

# El sector sanitario frente a la pandemia: repercusiones psicosociales y retos tras la crisis de la COVID-19

**Rebeca Martín Andrés y Aitana Garí Pérez**

Centro Nacional de Nuevas Tecnologías. INSST

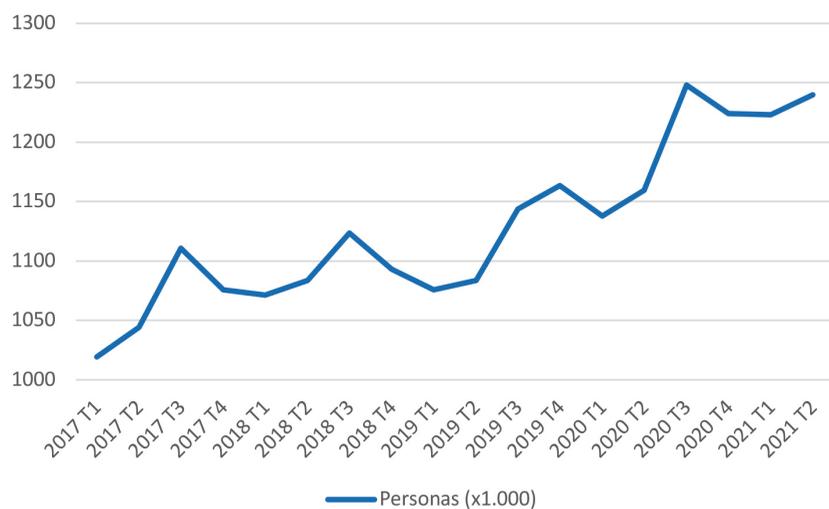
**Silvia Termenón Cuadrado**

Centro Nacional de Verificación de Maquinaria. INSST

*Desde que comenzó la expansión de la COVID-19 en nuestro país, en el primer trimestre de 2020, han sido muchos los cambios que se han producido en todos los ámbitos de nuestra vida. En el marco laboral algunos sectores se han visto especialmente afectados por la crisis sanitaria, ya que no solamente han sido modificadas las condiciones materiales de trabajo sino también su contenido. Es el caso del sector sanitario que, además de estar expuesto en primera línea al riesgo de contagio, ha soportado gran parte del peso de la carga emocional que supone “salvar” a la población de la crisis sanitaria. El presente artículo<sup>1</sup> trata de clarificar cómo ha sido trabajar en el sector sanitario durante la COVID-19, cuáles han sido los principales factores de riesgo psicosocial derivados o acentuados por la pandemia y cómo han afectado a las personas trabajadoras. Además, ya en periodo de recuperación y comenzando a superar la época más intensa de la COVID-19, se analizan los retos a los que se enfrenta el sector desde el punto de vista de la psicología laboral.*

<sup>1</sup> Basado en el proyecto de investigación aplicada del INSST “PSICOVID: escenarios de actuación y herramientas preventivas frente a los riesgos psicosociales del trabajo con pacientes de COVID-19 en el ámbito sanitario”.

**Gráfico 1** Evolución de las contrataciones en el sector de las actividades sanitarias 2017-2021



Fuente: INE, EPA 2017-2021

## EL SECTOR SANITARIO EN ESPAÑA

En España, según datos de la última Encuesta de Población Activa (EPA) (1) previa a la pandemia (tercer trimestre de 2019), trabajaban en el sector de las actividades sanitarias 1.083.800 personas<sup>1</sup>. Esta cifra se ha visto modificada por la crisis sanitaria, durante la cual se han incrementado las contrataciones para poder dar respuesta a las necesidades generadas por la COVID-19, llegando hasta la cifra de 1.240.000 personas en el segundo trimestre de 2021 (ver gráfico 1).

Dentro de los centros sanitarios existe gran heterogeneidad de perfiles, que dan cobertura a todos los servicios, tanto sanitarios como extrasanitarios, que se prestan en los centros hospitalarios y de atención primaria y especializada. Se trata de profesionales de la medicina en sus diversas especialidades, personal de enfermería, personal de mantenimiento,

limpieza y cocina, auxiliares, especialistas de diversas ramas técnicas, personal administrativo y de gestión, etc. Por este motivo, las personas trabajadoras del ámbito sanitario reúnen características muy diversas, como, por ejemplo, en lo que se refiere a su formación académica o a las funciones que desarrollan (ver gráficos 2 y 3). Sin embargo, hay algunas características comunes entre los colectivos del sector, como son la elevada feminización de su personal y las condiciones de contratación (ver gráficos 4 y 5). En relación con la primera, podemos observar cómo en todos los colectivos existe un porcentaje de mujeres superior al 60%. Esto es especialmente visible en profesiones asociadas al rol tradicional doméstico y de cuidados de las mujeres, como la limpieza o la enfermería, en las que el porcentaje supera el 80%<sup>2</sup>.

Por otra parte, en cuanto a las condiciones de contratación, se observa una

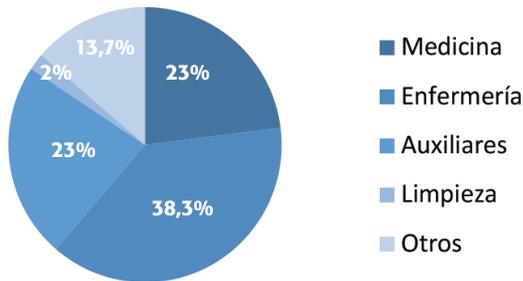
elevada temporalidad en los contratos que es frecuente en todas las profesiones del sector, y que en los hospitales supera el 40% en todas las profesiones y en los centros de salud oscila entre el 27,7% del personal médico y el 78,2% del personal de limpieza (ver gráficos 6 y 7). Además de lo anterior, las personas que trabajan en el ámbito sanitario tienen una importante característica común: trabajan para atender a otras personas que, por la naturaleza del servicio que se presta, se encuentran en una situación de vulnerabilidad. Estos aspectos hacen que, a pesar de las particularidades de cada colectivo, existan líneas de acción compartidas en lo que se refiere al abordaje de los riesgos psicosociales, especialmente en aquellas que tienen un trato directo con pacientes.

En relación con la organización de la prevención de riesgos laborales en el sector público, esta se encuentra condicionada por la organización anterior a la promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) (2), en 1995. En aquel momento, la seguridad y salud en el trabajo se gestionaba desde los servicios de "salud laboral", formados por personal sanitario de los propios centros y que principalmente desarrollaban funciones de vigilancia de la salud. Con la entrada en vigor de la LPRL y del Reglamento de los Servicios de Prevención, se crean los Servicios de Prevención (SP) y entran en funcionamiento de forma coordinada con los servicios de salud laboral desde ese momento. Dado que las competencias en materia de sanidad se han ido transfiriendo a las Comunidades Autónomas (CC AA), cada una ha desarrollado su propio sistema organizativo para poner en marcha las medidas contempladas en la LPRL en los centros sanitarios públicos, lo que ha dado lugar a sistemas preventivos heterogéneos, aunque todos creados alrededor de los servicios de salud. Por ejemplo: en algunas

1 Total nacional de personas de ambos sexos ocupadas en el grupo 86 del CNAE (Actividades sanitarias).

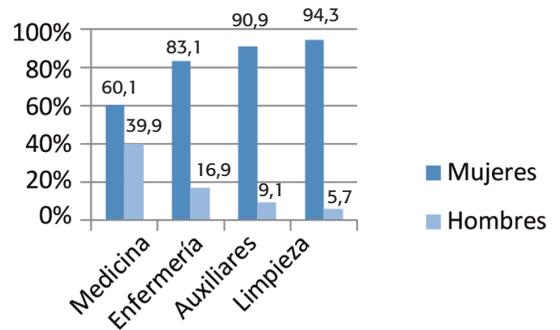
2 Instituto Nacional de Estadística (INE). Ficheros trimestrales de microdatos de la Encuesta de Población Activa (EPA) de 2019. Disponible en: <https://www.ine.es>

**Gráfico 2** Composición del sector sanitario por profesiones en hospitales



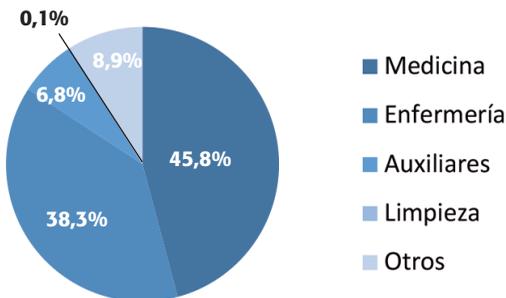
Fuente: INE, EPA 2017-2021

**Gráfico 3** Composición del sector sanitario por sexo y profesión en hospitales



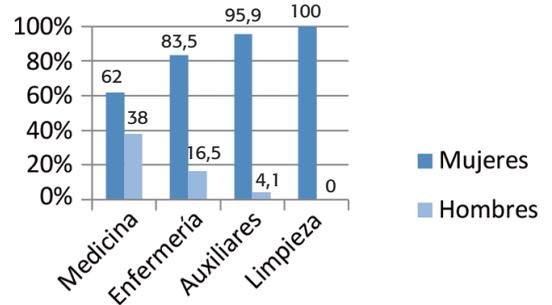
Fuente: INE, EPA 2017-2021

**Gráfico 4** Composición del sector sanitario por profesiones en centros de salud



Fuente: INE, EPA 2017-2021

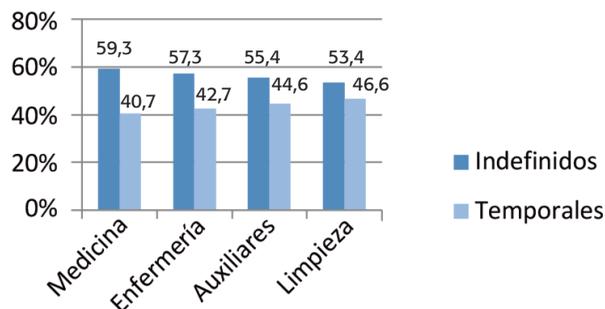
**Gráfico 5** Composición del sector sanitario por sexo y profesión en centros de salud



Fuente: INE, EPA 2017-2021

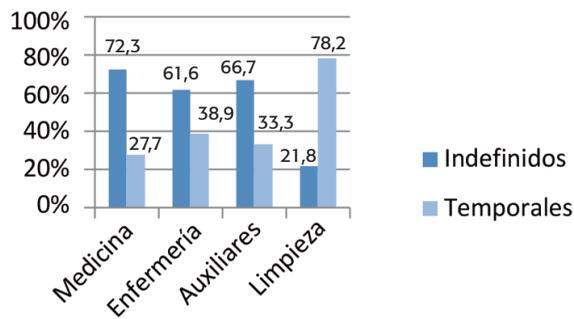


**Gráfico 6** Tipo de contrato por profesión en hospitales



Fuente: INE, EPA 2017-2021

**Gráfico 7** Tipo de contrato por profesión en centros de salud



Fuente: INE, EPA 2017-2021

## Enfoque metodológico

Este artículo ha sido desarrollado a partir de los resultados del proyecto de investigación aplicada del INSST “PSICOVID: escenarios de actuación y herramientas preventivas frente a los riesgos psicosociales del trabajo con pacientes de COVID-19 en el ámbito sanitario”.

El estudio ha seguido la metodología **SIDIN** —desarrollada por el departamento de Investigación e Información del INSST— que permite el análisis del objeto de estudio a través del enfoque sistémico.

Concretamente, el proyecto se ha llevado a cabo con un enfoque metodológico mixto que ha combinado:

1. Un **análisis estadístico** de la encuesta de población activa del año 2019 que permitió caracterizar los colectivos objeto de estudio en términos de variables sociodemográficas y de empleo.
2. Una **revisión bibliográfica** con varias estrategias de búsqueda en diversas bases de datos: Pubmed, SCOPUS y Cochrane Library Plus de las que se obtuvieron 1.433 artículos científicos (52 cumplieron los criterios de inclusión).
3. 41 **entrevistas en profundidad** a diversos actores implicados en el objeto de estudio.

Como resultado del proyecto se ha publicado el documento “[Trabajar en tiempos de COVID-19: Buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios](#)” (3), disponible en la página web del INSST.

CC AA existe una unidad central asociada a la consejería de sanidad de la que dependen los servicios de prevención que abarcan los centros de atención primaria y hospitales pertenecientes a una determinada área geográfica. En otras, existe un órgano central para los centros de atención primaria y un servicio de prevención para cada hospital que abarca también los centros de especialidades asociados.

## TRABAJAR Y PREVENIR LOS RIESGOS LABORALES DURANTE LA PANDEMIA EN LOS CENTROS SANITARIOS

El sector sanitario no se ha detenido en ningún momento durante la pandemia. Si bien es cierto que el impacto en las diferentes CC AA no fue homogéneo, las primeras etapas estuvieron marcadas por la falta de equipos de protección individual (EPI) y la situación de desbordamiento por la entrada masiva de pacientes en los centros sanitarios. Durante los primeros meses, la incertidumbre de enfrentarse a una enfermedad desconocida condicionó el día a día de las personas que se encontraban en primera línea de atención, expuestas de forma directa al riesgo de contagio. Los centros sanitarios tuvieron que reorganizar sus servicios de

la noche a la mañana, y su personal vio modificadas sustancialmente sus tareas para poder hacer frente a la crisis sanitaria. Se produjeron numerosas bajas por enfermedad debidas a la COVID-19 entre el personal del ámbito sanitario y, a su vez, se incrementó el número de contrataciones a fin de dotar a los servicios de personal suficiente para hacer frente a la demanda de atención sanitaria generada por el coronavirus.

La actividad de los SP del sector también se vio profundamente alterada. En la etapa más crítica de la pandemia, la prioridad era garantizar la protección del personal frente al riesgo biológico y adaptar los protocolos de seguridad a las normas del Ministerio de Sanidad, cambiantes en función de la evolución de la situación epidemiológica y del conocimiento que la investigación iba generando. Además, se tenían que gestionar los test diagnósticos de las personas con sospecha de contagio, hacer seguimiento del personal contagiado y atender todas las demandas que surgían por parte de los diferentes servicios. Algunos SP pusieron en marcha medidas de prevención de riesgos psicosociales, principalmente enfocadas a la gestión del estrés. También se instauraron servicios de ayuda psicológica, tanto por parte de los propios hospitales como por parte de organismos externos como

los colegios de psicología autonómicos y otras entidades. El principal objetivo, en este caso, era prestar apoyo psicológico a los y las profesionales del sector sanitario que lo precisaran como consecuencia del desgaste emocional derivado del trabajo que estaban realizando.

Por otra parte, las Comunidades Autónomas pusieron al servicio de los profesionales sanitarios alojamientos gratuitos. Con esta medida se pretendía minimizar el miedo de muchos de ellos a contagiar a sus familiares; pero supuso, por otra parte, un importante aislamiento adicional al que se vivía como consecuencia de la situación de confinamiento de la población.

Todo lo anterior dio lugar a que el personal del sector sanitario, además de experimentar las vivencias correspondientes como miembros de la población general (dificultades para la conciliación familiar, preocupaciones por la salud propia o de sus seres cercanos, sentimientos de impotencia e incertidumbre, etc.), se encontrasen expuestos a una serie de factores de riesgo psicosocial particulares como consecuencia de su actividad laboral.

## FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL DURANTE LOS PRIMEROS MESES DE LA CRISIS SANITARIA

El trabajo en los centros sanitarios durante la primera ola de la pandemia se vio marcado por una intensificación de los tiempos, cargas y ritmo de trabajo y altas exigencias cognitivas y emocionales. Además, la limitación inicial de medios para el tratamiento de los pacientes obligó a adoptar decisiones de vital importancia, lo que supuso importantes conflictos de rol para los profesionales sanitarios.

Estos factores de riesgo psicosocial se produjeron en un contexto muy particular en el que todos los servicios se reorganizaron de forma radical para dar respuesta a las necesidades sanitarias. Esta situación dio lugar a **cambios en las actividades y tareas**, alterando sustancialmente la forma de trabajar del conjunto del personal sanitario<sup>3</sup>. Así, la presencia casi exclusiva de “pacientes COVID” en los centros sanitarios obligó a muchos profesionales a atender patologías respiratorias, aunque no fuera esta su especialidad. Otros profesionales, como los de atención primaria, tuvieron que proporcionar cuidados paliativos en el domicilio de los pacientes, en muchos casos sin medios materiales suficientes. Además, las medidas preventivas de distanciamiento social dieron lugar también a cambios en las condiciones de trabajo de muchos profesionales que, aun manteniendo su actividad profesional en la misma área de especialización, tuvieron que transformar su forma de trabajar sustancialmente. Es el caso, por ejemplo, de la atención telefónica a pacientes o de los procedimientos específicos de trabajo que ha tenido que adoptar el personal de limpieza.

A esta adaptación a marchas forzadas a las nuevas actividades, tareas y formas de trabajo se sumaron **largas jornadas y una carga de trabajo muy intensa**, especialmente en la etapa más crítica al inicio de la primera ola. Las jornadas de trabajo a menudo se prolongaron más allá de lo establecido y los profesionales tuvieron que posponer sus días de vacaciones o de permiso. Pero, además, la reducción de plantilla a consecuencia de las bajas médicas por la COVID o por ser

personas de riesgo, unida a la demanda masiva de atención sanitaria, produjeron un incremento exponencial de la carga de trabajo. Si bien es cierto que esta situación se trató de solventar con la contratación de personal adicional, en muchos casos se trataba de personas con escasa experiencia laboral (recién tituladas o en periodo de prácticas).

Otro de los efectos del trabajo en los centros sanitarios durante la pandemia fue la elevada **exigencia cognitiva**. La incertidumbre por el desconocimiento de la enfermedad que existía especialmente al inicio de la crisis, junto con el elevado nivel de atención y esfuerzo mental para adoptar rápidamente los nuevos procedimientos de trabajo, dio lugar a una elevada demanda de recursos cognitivos. Adicionalmente, muchas personas vieron reducido sustancialmente el nivel de **control** sobre sus tareas al trabajar en circunstancias de elevada incertidumbre e inseguridad, sintiendo una escasa capacidad para responder de forma eficaz a los requerimientos de las nuevas condiciones de trabajo.

Sin embargo, más allá de la intensificación del ritmo y carga de trabajo o del incremento de las demandas cognitivas, el efecto que tuvo una mayor repercusión en el personal sanitario fue la elevada intensidad de las **exigencias emocionales**. Las situaciones vividas en los centros sanitarios han provocado mucha tristeza y frustración a su personal, que fue testigo directo de la soledad y del sufrimiento de los pacientes y de sus familiares, con el sentimiento de no poder hacer lo suficiente por aliviarlos.

*“A cada uno le afecta de diferente manera, pero en general veo pena en las miradas, miedo, incertidumbre, dolor... Solamente con mirarnos se nos han saltado las lágrimas”.*  
(Celadora de mortuario de hospital)

<sup>3</sup> En el presente artículo hablaremos de personal sanitario para referirnos a todas las personas que forman parte de los diversos colectivos profesionales que desempeñan su actividad laboral en los centros sanitarios.

Las imposiciones de aislamiento de los pacientes por el riesgo de contagio, el desconocimiento en cuanto al tratamiento de la enfermedad o la sobrecarga de trabajo hicieron sentir a los profesionales culpa y frustración por no poder proporcionar a los pacientes la atención que necesitaban en ese momento.

*“He llorado muchísimo, por los pacientes, por la impotencia de no poder entrar en cada habitación a ayudarle y cuidarle como yo creo que hay que cuidar, a atenderle, subirle la cama, darle agua. (...) Hemos hecho todo lo que hemos podido en estas circunstancias, pero me da mucha pena no poder hacer mi trabajo como debería”. (Enfermera de planta de hospital)*

Otro factor de riesgo importante fue el **miedo al contagio** propio y, especialmente, de sus familiares. En muchos casos las personas trabajadoras de centros sanitarios decidieron aislarse en sus propios domicilios o en los alojamientos que pusieron a su disposición las comunidades autónomas. Esta decisión, a pesar de minimizar el riesgo de convertirse en vectores de contagio, supuso un mayor aislamiento y sentimiento de soledad al encontrarse alejados de su familia y sus amistades en un momento emocionalmente duro.

*“Hice a mi familia prometer que no iban a salir de casa para poder seguir trabajando. No puedo concentrarme pensando en que se pueden contagiar ellos”. (Médica residente de hospital)*

Por otra parte, especialmente entre el personal médico, se produjeron **conflictos de rol** debido a la necesidad de adoptar decisiones vitales para sus pacientes que, en general, no formaban parte de su desempeño profesional. Las limitaciones de medios materiales en los hospitales o la prestación de cuidados paliativos

por parte del personal de atención primaria dieron lugar a dilemas éticos y morales entre los profesionales sanitarios.

*“En los centros de salud no estamos entrenados en paliativos pero nos estamos viendo obligados a administrar sedaciones en domicilios”. (Médica de centro de salud)*

También relacionado con el desempeño profesional, la necesidad de responder a demandas cambiantes impuestas por la situación de crisis dio lugar a una indefinición de las funciones y responsabilidades con un impacto en la **claridad de rol** de los profesionales. Adicionalmente, sus funciones y responsabilidades se vieron incrementadas, dando lugar a una importante **sobrecarga de rol**.

Sin embargo, los efectos de la exposición a estos factores de riesgo psicosocial se vieron moderados por un importante elemento de protección: el **apoyo social**. Este factor, ampliamente estudiado en la literatura (3-5), tiene un efecto positivo sobre las personas expuestas a trabajo emocional en situaciones de crisis, es un elemento de resiliencia que minimiza los posibles efectos negativos de los riesgos psicosociales sobre la salud. En el caso de la pandemia por COVID-19, a pesar de las medidas de distanciamiento social, la calidad de las relaciones interpersonales entre el personal de los centros sanitarios ha mejorado. Incluso en los hospitales de campaña y en los servicios “reconstruidos” como consecuencia de la crisis, a pesar de no tener una relación previa en muchos casos, se han construido fuertes relaciones de apoyo.

*“El ambiente ha mejorado mucho. Estamos haciendo mucho equipo, ya no vamos a lo nuestro, ahora todos nos ayudamos entre categorías (celadores, auxiliares...). Antes cada uno hacía estrictamente lo suyo, ahora*

*todo el mundo echa una mano en todo, aunque no sean tus tareas”. (Fisioterapeuta de hospital)*

## NI HÉROES, NI HEROÍNAS: EFECTOS SOBRE LA SALUD

Durante las etapas iniciales de la crisis sanitaria, el apoyo a los profesionales sanitarios fue generalizado. Se situaron, sin quererlo, en el centro del foco social y mediático como las únicas personas capaces de “salvar” a la población de la pandemia, como “héroes y heroínas” en una película apocalíptica. Sin embargo, gran parte de las personas pertenecientes al sector sanitario se sintieron muy molestas con este papel de salvadoras que se les otorgaba. Por una parte, porque el rol de heroicidad lleva asociadas una serie de atribuciones con las que no se sentían identificadas: no se permite fallar, no existe el dolor ni el sufrimiento, no hay descanso ni cansancio posible, etc. Pero, además, el sector sanitario venía de una situación en la que estaba reivindicando apoyo de la sociedad para mejorar sus condiciones de trabajo, entendidas como precarias por gran parte de los colectivos que lo integran: elevada temporalidad en la contratación, escasez de personal, ratios elevadas de pacientes por profesional, etc. Unido a ello, es sabido que el sector sanitario es uno de los más expuestos a violencia externa en el trabajo: en España, entre el 60% y el 90% de los profesionales han sido agredidos en alguna ocasión a lo largo de su trayectoria profesional (6). Es por ello que, en su mayoría, los profesionales del sector sanitario pedían no ser considerados héroes y heroínas y reivindicaban mejores condiciones de contratación y de trabajo más allá de la situación de pandemia.

*“Se supone que somos héroes pero luego esto pasa y se olvidan de ti”. (Jefe de servicio de hospital)*

Lo cierto es que, al margen de heroicidades y dentro del marco de la COVID-19, el trabajo de los profesionales sanitarios bajo las condiciones de exposición a riesgos psicosociales tiene un coste en términos de daños a la salud. La literatura científica señala que, en el caso de otras crisis sanitarias (en epidemias anteriores como las provocadas por el VIH, SARS o ébola), el personal que trabaja en primera línea padece problemas de salud como agotamiento, ansiedad o estrés postraumático. Una revisión sistemática indica que el impacto de los brotes epidémicos en la salud mental de los trabajadores sanitarios se traduce en una mayor prevalencia de ansiedad (45%), seguida de depresión (38%), trastorno de estrés agudo (31%), agotamiento (29%) y trastorno de estrés postraumático (TEPT) (19%) (7). Otros autores señalan problemas de salud general en más del 62,5% de los trabajadores sanitarios expuestos a SARS, MERS y COVID-19, así como otros problemas más específicos: 43,7% miedo, 37,9% insomnio, 37,8% malestar psicológico, 34,4% agotamiento, 29% rasgos de ansiedad, 26,3% síntomas depresivos y 20,7% características de trastorno de estrés postraumático (8). En vista de estos datos, es innegable que las condiciones de trabajo en contextos pandémicos constituyen un riesgo para la salud física y, especialmente, la mental de las personas que trabajan en el sector sanitario.

Estos datos son compatibles con los **estudios** realizados ya en el marco de la COVID-19. Por ejemplo: el Laboratorio de Psicología del Trabajo y Estudios de la Seguridad de la Universidad Complutense de Madrid, en base a los resultados de la investigación "Sanicovid-19: impacto emocional frente al trabajo por la pandemia del COVID-19 en personal sanitario", efectuada sobre 1.234 profesionales (el 90% de la Comunidad de Madrid) pone de manifiesto que el 56,6% de los



trabajadores y trabajadoras de la salud presentan síntomas de trastorno de estrés postraumático. El porcentaje que presenta un posible trastorno de ansiedad es del 58,6%, siendo grave en un 20,7% de los casos. Además, el 46% presenta un posible trastorno depresivo y el 41% se siente emocionalmente agotado (9). Un sondeo llevado a cabo por parte de la Sociedad Española de Medicina Interna durante la primera ola de la pandemia, en mayo de 2020, en el que participaron 902 profesionales, llega a conclusiones similares; concretamente se identificó que la sobrecarga y la presión asistencial estaban afectando directamente al bienestar físico y emocional de los internistas: el 52% manifestaba haberse enfrentado a conflictos de tipo ético, el 68,1% reconocía haber sentido "impotencia" y el 67,5% refería episodios de insomnio o haber dormido peor de lo habitual. Casi seis de cada diez especialistas, además, reconocían haberse sentido "tristes y abatidos" (59,2%) (10). En esta misma línea, otro estudio liderado por la Unidad de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío de

Sevilla (11), sobre un total de 1407 profesionales sanitarios, señala que una cuarta parte (24,7%) de los encuestados cumplían los criterios de trastorno por estrés agudo y más de la mitad (53,6%) informaron síntomas relacionados con una mala salud general. Una revisión sistemática (mayo de 2021) confirma la presencia de niveles moderados y altos de estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y *burnout*, con estrategias de afrontamiento diversas entre profesionales occidentales (Europa y EE UU) (12).

Las entrevistas realizadas en el marco del proyecto PSICOVID también revelan los efectos sobre la salud de la exposición a esas condiciones de trabajo.

*"A nivel físico estoy totalmente contracturada, se me duermen los brazos, no sé si estaremos todos igual. ( ) Además, llevo con lexatin o valium para dormir desde que empezó esto porque es muy difícil si no conciliar el sueño por todo el estrés acumulado y todo lo que ves... y la sensación de irte a casa y que dejas cosas pendientes"*

*y que has hecho cosas, no mal, pero como has podido, que no era la forma que tenía que ser. También dolores de cabeza y ardores. El valium y el lexatin están agotados en el hospital".*  
(Enfermera UCI)

Señalan el aumento en el consumo de alcohol, tabaco y automedicación. Pero lo más llamativo es que todas las personas entrevistadas, sin excepción, coinciden en que han sufrido alteraciones asociadas a estrés, particularmente cansancio, trastornos del sueño y dolores musculares.

*"Duermo menos horas por las preocupaciones, también porque no puedo parar de intentar buscar soluciones... estamos estudiando y aplicando un nuevo tratamiento".*  
(Jefe de anestesia de hospital)

Por otra parte, los estudios coinciden en señalar que existe un perfil con mayor riesgo de sufrir daños a la salud: mujeres, trabajadoras de primera línea durante la pandemia, especialistas en enfermería o pertenecientes a colectivos con baja cualificación, con edades comprendidas entre los 20 y 30 años, con menos de cinco años de experiencia laboral y sin capacitación previa en intervención en crisis. Además, los antecedentes de trastornos del estado de ánimo constituyen un factor de riesgo adicional. También se ha puesto de manifiesto que el impacto de la situación de crisis sobre las personas es mayor cuando existe falta de apoyo social, rechazo social, aislamiento o estigmatización (4, 12-14).

No cabe duda, en base a la experiencia acumulada en situaciones anteriores y los estudios realizados en el marco de la COVID, que los daños a la salud derivados del trabajo durante la crisis sanitaria ya se están manifestando en las personas trabajadoras. Esta situación requiere una

**intervención preventiva urgente** para evitar que estos daños se agraven. Además, teniendo en cuenta la elevada feminización del sector sanitario, parece claro que la perspectiva de género es imprescindible en el análisis del impacto de la situación sobre la salud de las personas trabajadoras así como en la planificación y diseño de medidas de intervención (12).

## RETOS DE LA ERA POST-COVID PARA LA GESTIÓN DE RIESGOS PSICOSOCIALES

Actualmente, ya superadas las etapas más críticas de la pandemia y con la situación epidemiológica relativamente estabilizada gracias a la vacunación masiva de la población, los centros sanitarios están recuperando de forma progresiva la normalidad pre-pandémica. Las áreas destinadas a atender a pacientes de COVID se encuentran más limitadas y la incertidumbre sobre el abordaje de la enfermedad se está superando, aunque siga en proceso de investigación. La presión asistencial está volviendo a la situación anterior a la crisis, por lo que la gran mayoría de los profesionales de los centros sanitarios han ido retomando su actividad habitual, si bien en muchos casos se han mantenido algunas de las medidas impuestas por la pandemia como las consultas telefónicas en atención primaria y especializada. Aun así, no se puede obviar que, como se ha descrito anteriormente, las personas trabajadoras del sector se han visto expuestas a factores de riesgo psicosocial cuyos efectos pueden manifestarse de forma diferida. Es por ello que, de cara a la adaptación a la nueva realidad laboral, los agentes implicados en la prevención de riesgos laborales del sector deben prestar especial atención a algunos aspectos de gran relevancia con el objetivo de restaurar los entornos de trabajo, adaptados a la situación actual:

1. **Evaluar los daños** para identificar colectivos que se encuentran en situación de mayor riesgo y priorizar las intervenciones preventivas en función de las necesidades detectadas. En base a la evidencia científica acumulada, lo esperable es que aparezcan con mayor frecuencia trastornos de ansiedad (incluido TEPT) y trastornos del estado de ánimo, por lo que puede ser de utilidad la aplicación de pruebas de cribado (no de diagnóstico) en los centros sanitarios. En este sentido puede ser interesante la utilización de instrumentos como el ASQ-15 (15) para el cribado de trastornos de ansiedad y el CUDOS (16) para el cribado de los trastornos del estado de ánimo. Ambos cuestionarios se encuentran disponibles en el Banco de Instrumentos y Metodologías en Salud Mental del Instituto de Salud Carlos III, cuentan con buenas propiedades psicométricas y son de fácil y rápida aplicación. Además, dada la prolongación en el tiempo de la situación de pandemia, es aconsejable también valorar el nivel de agotamiento emocional del personal sanitario, con instrumentos específicos como el *Maslach Burnout Inventory* (17). Los resultados de estos test de cribado deberán cruzarse con datos sociodemográficos como sexo, edad, profesión o servicio en el que desempeñan sus funciones.
2. Si bien siempre es relevante, y especialmente en profesiones expuestas a trabajo emocional como las del sector sanitario, la **vigilancia de la salud mental** es de vital importancia ahora, dentro del marco del derecho a la vigilancia de la salud que se establece en el artículo 22 de la LPRL. Por otra parte, debemos recordar que el artículo 37.3.b/1 del Reglamento de los Servicios de Prevención establece la evaluación de la salud de los trabajadores "después de la asignación de tareas

específicas con nuevos riesgos para la salud”, como ha sido el caso de muchas de las trabajadoras y trabajadores sanitarios durante la pandemia. Por ello es altamente recomendable que, tras una situación de elevada exposición a riesgos psicosociales, como ha sido la del personal sanitario durante la COVID-19, se incluyan protocolos específicos de vigilancia de la salud que permitan la detección precoz de daños sobre la salud mental.

3. La **coordinación entre el área técnica y la de vigilancia de la salud** de los servicios de prevención es un elemento fundamental para que la gestión de los riesgos psicosociales sea verdaderamente efectiva. Así, el artículo 22.4 de la LPRL establece que, sin perjuicio de las garantías de confidencialidad, *“el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva”*. En situaciones en las que existe alto riesgo de exposición y una elevada probabilidad de daños a la salud, como es el caso de los riesgos psicosociales en centros sanitarios durante la pandemia, esta coordinación cobra especial relevancia, ya que es la constatación de la necesidad de mejorar la gestión de dichos riesgos. Resultaría especialmente necesario hacer efectiva esta coordinación y cooperación entre el área técnica y la sanitaria de los servicios de prevención. De este modo ambas especialidades preventivas trabajarían juntas para abordar la prevención psicosocial de forma

**Tabla 1** ■ Características y propuestas preventivas según los perfiles identificados en base a la aceptación de las medidas y el tiempo disponible

	ELEVADA ACEPTACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS	ESCALA ACEPTACIÓN DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS
<b>CON DISPONIBILIDAD DE TIEMPO</b>	<p><b>PERFIL 1:</b> elevada aceptación de las acciones preventivas y tiempo disponible para participar en ellas.</p> <p>Medidas recomendadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• acciones formativas/ psicoeducativas presenciales y/o en línea</li> <li>• apoyo emocional (individual y/o grupal) presencial y/o en línea</li> <li>• vigilancia de la salud mental</li> </ul>	<p><b>PERFIL 3:</b> escasa aceptación de las acciones preventivas y tiempo disponible para participar en ellas.</p> <p>Medidas recomendadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• instrumentos de autoevaluación del estado de salud mental</li> <li>• acciones formativas/ psicoeducativas con un enfoque dirigido hacia la mejora de la atención al paciente o a la gestión de los equipos de trabajo</li> <li>• vigilancia de la salud mental</li> </ul>
<b>SIN DISPONIBILIDAD DE TIEMPO</b>	<p><b>PERFIL 2:</b> elevada aceptación de las acciones preventivas sin tiempo disponible para participar en ellas.</p> <p>Medidas recomendadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• acciones formativas/ psicoeducativas en línea y/o mediante materiales gráficos/ audiovisuales</li> <li>• apoyo emocional (individual y/o grupal)</li> <li>• vigilancia de la salud mental</li> </ul>	<p><b>PERFIL 4:</b> escasa aceptación de las acciones preventivas sin tiempo disponible para participar en ellas.</p> <p>Medidas recomendadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• instrumentos de autoevaluación del estado de salud mental</li> <li>• vigilancia de la salud mental</li> </ul>

integral y, sin duda, más eficaz, dando además cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 18.2 del Reglamento de los Servicios de Prevención.

4. De cara al diseño de medidas preventivas, es importante conocer las **barreras** que existen para la aceptación de las posibles acciones en los diferentes colectivos, especialmente cuando éstas requieren su participación activa (como sería el caso de asistencia a acciones formativas o psicoeducativas, grupos de ayuda mutua, etc.). Tal como se ha corroborado en el citado proyecto “PSI-COVID” del INSST, dentro del sector

sanitario existen diversos colectivos con distintas necesidades y diferente disposición a participar en las acciones de prevención de riesgos psicosociales que requieren su participación activa. Concretamente, de acuerdo con los resultados obtenidos, el personal de los centros sanitarios podría clasificarse, en términos de barreras para la aceptación de las medidas preventivas psicosociales, en cuatro categorías en base a la combinación de dos variables: el grado de aceptación de las medidas y el tiempo disponible para recibirlas. Por este motivo es necesario hacer un análisis específico en cada centro sanitario

que permita desarrollar las acciones preventivas más adecuadas para cubrir las necesidades y superar las barreras de acceso de cada colectivo. La tabla 1 muestra un resumen de las principales características de cada grupo y una orientación sobre las posibles medidas preventivas que se pueden adoptar en cada caso.

La historia nos ha demostrado que los tiempos de crisis son también momentos de grandes oportunidades y, en este caso, la pandemia ha puesto en el centro

lo importante: la salud. El mundo se ha parado por una cuestión de salud pública y, como consecuencia, se ha puesto de manifiesto la importancia vital de las personas que trabajan para garantizarla. Esta situación de crisis ha contribuido a visibilizar más el papel esencial del sector sanitario en la sociedad, y debería servir para situarlo en el lugar que le corresponde. Tanto en el contexto de la pandemia como fuera de él, los centros sanitarios deben apostar por una mayor atención a la salud mental de su personal y una mayor dotación de recursos

para combatir los riesgos psicosociales. En este sentido, es importante incidir en la mejora continua de las condiciones de trabajo, de manera que la carga tanto física como mental de trabajo disminuya, reduciendo así el elevado nivel de estrés y *burnout* que sufren las personas trabajadoras del sector, un abordaje de la violencia externa en el trabajo que reduzca las agresiones a las personas trabajadoras... en definitiva, no se debería dejar pasar esta crisis sin aprender que las personas que nos cuidan merecen ser cuidadas. ●

## Referencias bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística, 2019. Encuesta de Población Activa [Internet].
2. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10 de noviembre.
3. Guimón J., 2008. Prevención y tratamiento de cuadros de estrés por terrorismo. *Avances en Salud Mental Relacional*, p. 14.
4. Su TP, Lien TC, Yang CY, Su YL, Wang JH, Tsai SL, et al., 2007. *Prevalence of psychiatric morbidity and psychological adaptation of the nurses in a structured SARS caring unit during outbreak: a prospective and periodic assessment study in Taiwan*. *J Psychiatr Res*. 2007;41(1-2):119-30.
5. INSHT, 2001. NTP 603. El modelo demanda-control-apoyo social.
6. Serrano Vicente M.I., Fernández Rodrigo M.T., Satústegui Dordá P.J., Urcola Pardo F., 2019. Agresiones a profesionales del sector sanitario en España, revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*.
7. Serrano-Ripoll M.J., Meneses-Echavez J.F., Ricci-Cabello I., Fraile-Navarro D., Fiol-de Roque M.A., Pastor-Moreno G., et al., 2020. *Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis*. *Journal of Affective Disorders*, 277:347-57.
8. Salazar de Pablo G., Vaquerizo-Serrano J., Catalán A., Arango C., Moreno C., Ferré F., et al., 2020. *Impact of coronavirus syndromes on physical and mental health of health care workers: Systematic review and meta-analysis*. *J Affect Disord*, 275:48-57.
9. Luceño-Moreno L., Talavera-Velasco B., García-Albuérne Y., Martín-García J., 2020. *Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic*. *Int J Environ Res Public Health*; 17(15).
10. Sociedad Española de Medicina Interna, 2020. El 52% de internistas participantes en un sondeo refiere haberse enfrentado a conflictos éticos durante la crisis sanitaria por COVID-19. Disponible en: <https://www.fesemi.org/informacion/prensa/semi/el-52-de-internistas-participantes-en-un-sondeo-refiere-haberse-enfrentado>.
11. Rodríguez-Menéndez G., Rubio-García A., Conde-Álvarez P., Armesto-Luque L., Garrido-Torres N., Capitán L., et al., 2021. *Short-term emotional impact of COVID-19 pandemic on Spanish health workers*. *Journal of Affective Disorders*; 278:390-4.
12. Danet A., 2020. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática.
13. Serrano-Ripoll M.J., Meneses-Echavez J.F., Ricci-Cabello I., Fraile-Navarro D., Fiol-de Roque M.A., Pastor-Moreno G., et al., 2020. *Impact of viral epidemic outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis*. *J Affect Disord*; 277:347-57.
14. Tang L., Pan L., Yuan L., Zha L., 2017. *Prevalence and related factors of post-traumatic stress disorder among medical staff members exposed to H7N9 patients*. *International Journal of Nursing Sciences*; 4(1):63-7.
15. Bobes J., G-Portilla M., Bascarán M., Sáiz P., Bousoño M., 2002. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona: Ars Médica, Psiquiatría Editores.
16. Agüera LaMCaCJaMEaD-CHaMJ, 2013. *Adaptation into Spanish of the Clinically Useful Depression Outcome Scale (CUDOS) for assessing major depressive disorder from the patient's perspective*. *Actas españolas de psiquiatría*; 41:287-300.
17. Salanova M., Schaufeli W.B., Llorens S., Peiró J.M., Grau R., 2000. Desde el 'burnout' al 'engagement': ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, p. 117-34.