

Informe SESPAS

Salud y bienestar del personal sanitario: condiciones de empleo y de trabajo más allá de la pandemia. Informe SESPAS 2024



Fernando G. Benavides^{a,b,*}, Mireia Utzet^{a,b}, Consol Serra^{a,b}, Pia Delano^{a,b}, Montserrat García-Gómez^c, Amaia Ayala^{a,b}, Jordi Delclós^{a,b,d}, Elena Ronda^{a,b,e}, Vega García^{e,f} y Ana María García^{a,b,g}, en nombre del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología de Salud Laboral

^a Centre d'Investigació en Salut Laboral, Universitat Pompeu Fabra - Hospital del Mar, Barcelona, España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Área de Salud Laboral, Ministerio de Sanidad, Madrid, España

^d School of Public Health, The University of Texas Health Science Center at Houston, Texas, United States of America

^e Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante, Sant Joan d'Alacant, Alicante, España

^f Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea, Gobierno de Navarra, Pamplona, España

^g Departamento de Salud Pública, Universidad de Valencia, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 1 de septiembre de 2023

Aceptado el 16 de febrero de 2024

Palabras clave:

Sistema nacional de salud

Salud laboral

Riesgos laborales

Trabajadores sanitarios

R E S U M E N

Definimos como personal sanitario a las personas que trabajan en actividades sanitarias, tengan contacto directo o no con los ciudadanos. En la actualidad, alrededor de 1,3 millones de personas (70% mujeres) trabajan en actividades sanitarias en España. Ello representa alrededor del 10% de la población activa, habiéndose incrementado un 33% desde 2008, un 100% las mujeres. Las organizaciones sanitarias, especialmente los hospitales, son lugares de trabajo de enorme complejidad, con condiciones de trabajo y empleo que se han precarizado, especialmente las ocupaciones más jerarquizadas, lo que los expone a numerosos riesgos laborales, fundamentalmente ergonómicos y psicosociales. Esto provoca frecuentes trastornos musculoesqueléticos y mentales, destacando por su alta prevalencia el *burnout*, que se estima en un 40% en algunos servicios como los de cuidados intensivos. Esta elevada morbilidad se ve reflejada en una alta frecuencia de incapacidades temporales, alrededor del 9% tras la pandemia. La pandemia, y sus consecuencias en los últimos 3 años, ha tensionado de forma extrema al sistema sanitario y evidencia de forma clara sus carencias en relación a las condiciones de trabajo y empleo. Los profesionales de salud laboral, sanitarios y técnicos, que forman parte de las organizaciones sanitarias, constituyen unos recursos muy valiosos para aumentar la resiliencia del Sistema Nacional de Salud (SNS). Recomendamos el fortalecimiento en recursos e institucionalmente de los servicios de salud laboral de los centros sanitarios, y la creación de un Observatorio sobre condiciones de trabajo, empleo y salud en el SNS, como instrumento para monitorizar los cambios y las soluciones propuestas.

© 2024 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Health and well-being of healthcare workers: employment and working conditions beyond the pandemic

A B S T R A C T

Healthcare workers are people who work in health activities, whether or not they have direct contact with citizens. Currently, around 1.3 million people (70% women) work in healthcare activities in Spain. This represents around 10% of the active population, having increased by 33% since 2008, especially the number of women, which has doubled. Healthcare organizations, especially hospitals, are extremely complex workplaces, with precarious working and employment conditions, especially in more hierarchical occupations, exposing healthcare workers to numerous occupational hazards, mainly from ergonomic and psychosocial conditions. These causes frequent musculoskeletal and mental disorders, highlighting burnout, which is estimated at 40% in some services such as intensive care units. This high morbidity is reflected in a high frequency of absences due to illness, around 9% after the pandemic. The pandemic, and its consequences in the last three years, has put extreme pressure on the health system and has clearly shown its deficiencies in relation to working and employment conditions. The hundreds of occupational health professionals, technicians and healthcare workers, who are part of the structures of health organizations, constitute very valuable resources to increase the resilience of the NHS. We recommend the

Keywords:

National health service

Occupational health

Occupational risk

Health workforces

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fernando.benavides@upf.edu (F.G. Benavides).

strengthening in resources and institutionally of the occupational health services of health centers and the creation of an Observatory of working, employment and health conditions in the National Health Service, as an instrument for monitoring changes and proposing solutions.

© 2024 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Puntos clave

- Las organizaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, especialmente los hospitales, son empresas de enorme complejidad en las que hay que atender, como en todas las empresas, los aspectos relacionados con la salud de las personas que trabajan en ellas, estén o no en relación directa con el cuidado de los pacientes.
- El número de personas que trabajaban en España en actividades sanitarias, en el primer trimestre de 2023, fue de 1,3 millones (un 10% de la población ocupada), habiendo experimentado un incremento del 33% desde 2008. Las mujeres han pasado de unas 500.000 en 2008 a casi 1 millón en 2023, más del 70% del total.
- Entre otros riesgos laborales a los que están expuestos los sanitarios destacan las posturas dolorosas o fatigantes (67%), la manipulación de cargas pesadas (40%), la inhalación o el contacto con productos o sustancias químicas (35%), las situaciones que pueden afectar emocionalmente (36%), las ofensas verbales (15%), el acoso o la intimidación (7%) y la violencia física (5%) en relación con su trabajo.
- De los problemas de salud más prevalentes en los sanitarios, según la literatura, cabe destacar los trastornos musculoesqueléticos y mentales. La prevalencia de *burnout* en el personal sanitario es alarmante, alcanzando una prevalencia hasta del 40% en servicios como las unidades de cuidados intensivos, y siendo casi el doble en personal de enfermería que en personal de medicina.
- Una de las consecuencias de esta situación es el alto porcentaje de ausencias por incapacidad temporal, el cual se ha incrementado después de la pandemia, pasando del 6% al 9%. Otra consecuencia es la creciente preocupación por el impacto del estrés crónico del personal sanitario en la seguridad del paciente y la calidad asistencial, que debe ser estudiado en profundidad de manera urgente.
- Como ha demostrado la pandemia, los servicios de salud laboral (o de prevención de riesgos laborales) constituyen recursos muy valiosos para las políticas de recursos humanos en los centros sanitarios, para rediseñar los puestos de trabajo con el fin de incrementar la resiliencia institucional y personal de los sanitarios.
- Para apoyar estas políticas es recomendable contar con un observatorio sobre las condiciones de trabajo, empleo y salud del personal sanitario en el Sistema Nacional de Salud.

Introducción

Las organizaciones sanitarias que configuran el Sistema Nacional de Salud (SNS), especialmente los hospitales, son empresas de enorme complejidad, en las que hay que atender, como en todas las empresas, los aspectos relacionados con la salud de las personas que trabajan en ellas. Las tareas que se llevan a cabo en los diferentes puestos o lugares de trabajo existentes en las organizaciones sanitarias son tan diferentes que las personas trabajadoras pueden estar expuestas a una gran diversidad de riesgos laborales^{1,2}.

Además, conviene recordar que la insatisfacción con el trabajo tiene un impacto directo e indirecto sobre la calidad de la asistencia a los pacientes. Esto es, unas condiciones de trabajo y empleo

inadecuadas en el personal sanitario pueden deteriorar la calidad de los servicios prestados y repercutir negativamente en la salud de las personas atendidas³.

En este artículo mantenemos la tesis de que la salud laboral puede contribuir a lograr un equilibrio entre la salud del personal sanitario y la calidad de los servicios que prestan a la ciudadanía a través del SNS.

Mercado y condiciones de trabajo y de empleo del personal sanitario

Entendemos por personal sanitario aquellas personas que trabajan en actividades sanitarias, en las que existe una amplia variedad de ocupaciones. Por un lado, las personas que están a cargo del cuidado directo del paciente, tales como personal de medicina y de enfermería, que tienen competencias propias y funciones relativamente autónomas, y por otro lado las técnicas auxiliares de enfermería y celadores/as que desempeñan funciones de apoyo en el cuidado de la salud, siguiendo una clara jerarquía tradicional. Esto se evidencia en las diferentes condiciones de trabajo y empleo entre ocupaciones, siendo el personal de enfermería y auxiliares quienes están más expuestos/as a peores condiciones de trabajo y empleo⁴. Además, también hay que tener en cuenta al personal administrativo, de gestión y de servicios como lavandería, limpieza, mantenimiento y seguridad, sin atención directa a pacientes, pero que mantienen el lado doméstico de la vida en estas organizaciones.

Debido a las dinámicas de poder asimétricas en las organizaciones sanitarias, el personal de cuidados indirectos a pacientes suele ser invisible a nivel institucional (también social y científico), lo que conlleva con frecuencia unas condiciones de trabajo precarias y un deterioro del bienestar psicológico de este personal⁵. Además, muchas organizaciones sanitarias tienden a externalizar este tipo de servicios, lo que en ocasiones empeora las condiciones de trabajo y empleo⁶, dificultando a su vez las tareas de prevención de los servicios de salud laboral.

Como puede verse en la [figura 1](#), a partir de la Encuesta de Población Activa⁷, las personas que trabajaban en España en actividades sanitarias (código Q86 CNAE09) en el primer trimestre de 2023 eran alrededor de 1,3 millones, habiéndose incrementado aproximadamente un 33% desde 2008 (cuando eran unas 900.000), sobre todo en las mujeres, que pasaron de unas 500.000 en 2008 a casi 1 millón en 2023. Los hombres se han mantenido alrededor de los 300.000 en este mismo periodo. Respecto al total de las personas que trabajan en actividades sanitarias, estas han pasado de representar un 6,5% en 2008 a un 10% en 2023.

El trabajo en las organizaciones sanitarias, al igual que sucede con otros trabajos incluidos en el sistema de cuidados, se caracteriza por una marcada segregación por sexo, tanto horizontal como vertical. Así, aunque las mujeres representan en torno al 70% del personal sanitario, la proporción de mujeres en los puestos peor remunerados del sector es notablemente mayor que la de hombres (hasta un 90% en el caso de las técnicas auxiliares de enfermería), y significativamente menor en las ocupaciones de alta cualificación (en torno al 65% de los médicos y el 25% en puestos directivos); un trabajo realizado por mujeres y dirigido por hombres⁸. En el mismo sentido, en otro informe de la Organización Mundial de la Salud⁹ que incluye 104 países se destaca que las trabajadoras sanitarias tienen menos probabilidades de estar a tiempo completo y más

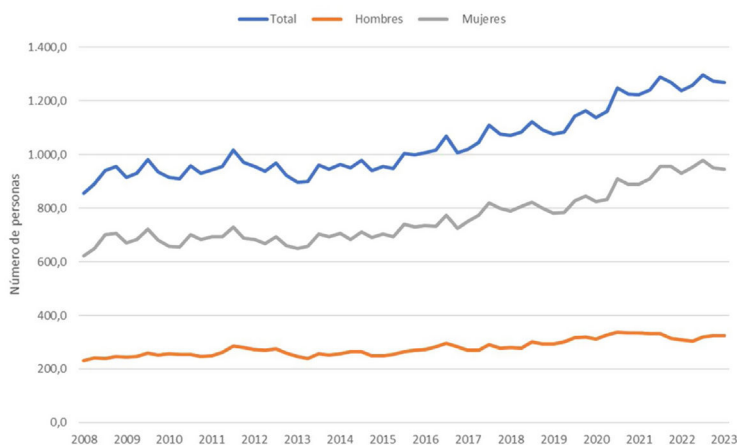


Figura 1. Población activa (empleados más desempleados) en las actividades sanitarias (Q86 CNAE11) por sexo y total. España, 2008-2023 (1T). (Fuente: Encuesta de Población Activa por trimestre, Instituto Nacional de Estadística.)

probabilidades de recibir salarios más bajos. Además, las mujeres tienen que soportar una doble carga de trabajo y compaginar su profesión con las tareas domésticas y de cuidados. En resumen, las mujeres ocupan puestos de menor prestigio y menos responsabilidad jerárquica, y con peores condiciones laborales.

La Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo en España de 2015¹⁰ (la última disponible) identifica al sector salud como el de mayor prevalencia de exposición al contacto con materiales infecciosos (59%) y a manipulación de personas (59%). Las prevalencias de exposición a posturas dolorosas o fatigantes (67%), a manipulación de cargas pesadas (40%) y a productos o sustancias químicas (35%) se encuentran también entre las más elevadas del total de los sectores. En relación con los riesgos psicosociales, las personas que trabajan en el sector salud destacan también con las mayores prevalencias de exposición continua (siempre o casi siempre) a situaciones que pueden afectar emocionalmente (36%), a interrupciones habituales (muy a menudo o bastante a menudo) de las tareas de trabajo programadas (45%) y a ofensas verbales (15%), acoso o intimidación (7%), o violencia física (5%), en relación con su trabajo. Por el contrario, las personas que trabajan en el sector salud, también en comparación con el resto de los sectores laborales en España, destacan como las que menor temor tienen de perder su trabajo (el 59% manifiestan estar totalmente o parcialmente en desacuerdo con que vaya a afectarles esa circunstancia). Asimismo, durante el primer año de pandemia se produjo un deterioro en la salud y la exposición a los riesgos psicosociales del personal sanitario, con un gradiente de género y clase, siendo las mujeres y el personal de geriatría los más afectados¹¹.

Los problemas de salud en el personal sanitario y sus consecuencias

Unas condiciones de trabajo y empleo como las mencionadas pueden afectar a la salud, tanto física como mental. Entre los problemas de salud más prevalentes en los sanitarios, según la literatura, cabe destacar sobre todo los trastornos musculoesqueléticos y mentales. Los primeros están provocados por posturas forzadas, movimientos repetitivos y levantamiento de peso, lo que se expresa como lumbalgias y cervicalgias¹². Los estudios corroboran esta asociación, pues aquellos trabajadores que presentan una baja prevalencia de levantamiento de más de 15 kg de peso y posturas forzadas, o que realizan su trabajo sentados, tienen una menor incidencia de incapacidades laborales por trastornos musculoesqueléticos^{13,14}.

Respecto a los problemas de salud mental, diversos autores han concluido que la escasa capacidad de decisión sobre la tarea y

los conflictos laborales entre compañeros actúan como factores de riesgo relacionados con sufrir síndrome depresivo¹⁵. Por su parte, las altas demandas, la carga excesiva de trabajo y una escasa recompensa por el trabajo realizado son factores de riesgo para sufrir *burnout*¹⁶. La prevalencia de *burnout* en el personal sanitario es alarmante. Un metaanálisis de 25 estudios que incluyen más de 20.000 sanitarios/as de unidades de cuidados intensivos encontró que más del 40% refieren síntomas de agotamiento de acuerdo con el *Maslach Burnout Inventory*, siendo casi el doble en enfermeras que en médicos¹⁷. Si el *burnout* en personal sanitario se describiera en términos clínicos, hablaríamos de epidemia.

De estos y otros problemas de salud, como las lesiones, se derivan unas consecuencias que preocupan tanto a los gestores de las organizaciones sanitarias como a los profesionales de la salud laboral. La primera consecuencia, ampliamente debatida, es la ausencia del trabajo por incapacidad temporal, mal llamada, a nuestro entender, «absentismo». La segunda, muy poco estudiada, es el efecto de los problemas de salud del personal sanitario sobre la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

Ausencias por incapacidad laboral temporal

De acuerdo con los datos sobre el porcentaje de ausencias por incapacidad temporal que publica trimestralmente Randstad para España¹⁸, medido como el porcentaje de personas que se ausentan del trabajo respecto al total de ocupados, este fue del 6%, siendo las ramas de actividades sanitarias y servicios sociales las de mayor frecuencia de incapacidad temporal. Esta situación genera una preocupación razonable, pues provoca desajustes en la gestión de los recursos humanos del SNS.

La información del Hospital del Mar de Barcelona (datos no publicados) confirma que, efectivamente, antes de la pandemia el porcentaje de ausencias se mantenía, con oscilaciones, alrededor del 6%, y a partir de 2021 se produce un incremento progresivo hasta alcanzar en la actualidad cifras de alrededor del 9% (un incremento del 50%), incluso después de terminado el estado de alarma sanitaria.

No obstante, este porcentaje de ausencias, por su propia definición, es muy sensible a la duración de los episodios, por lo que obliga a utilizar otros indicadores que diferencien entre incidencia y duración, como la tasa de incidencia mensual (número de casos nuevos de incapacidad temporal dividido por el total de personas-día en ese mes, por 1000). Como podemos observar en la figura 2, la tasa de incidencia mensual de incapacidad temporal en el Hospital del Mar de Barcelona se ha mantenido en valores de 2 por 1000 antes de la pandemia, incluso en 2020, excluidos los episodios por

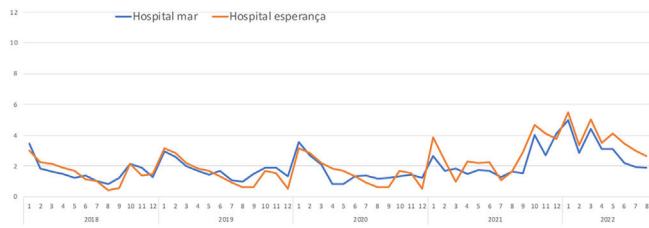


Figura 2. Evolución mensual de la tasa de incidencia de incapacidad temporal por contingencias comunes, por 1000 personas-día, del Hospital del Mar de Barcelona en sus dos principales centros asistenciales, de enero de 2018 a agosto de 2022. (Fuente: elaboración propia a partir del registro de incapacidad temporal y de horas contratadas del departamento de recursos humanos del Hospital del Mar de Barcelona).

COVID-19, y no fue hasta el último trimestre de 2021 cuando se produjo un incremento de hasta 4 por 1000, pero volviendo a los valores anteriores a la pandemia a finales de 2022.

Este incremento de la tasa de incidencia en el Hospital del Mar de Barcelona entre finales de 2021 e inicios de 2022 se concentraba, fundamentalmente, en las mujeres, en las técnicas auxiliares, en las personas contratadas para suplencias y en las áreas asistenciales, en especial en las de enfermos graves, urgencias y hospitalización, y en las unidades de geriatría/sociosanitario y salud mental. Estos datos parecen confirmar, una vez más¹⁹, que la incapacidad temporal está condicionada, además de por el problema de salud que la motiva, por las condiciones de trabajo y empleo de la persona que la sufre, así como por el procedimiento de certificación por parte del médico de atención primaria.

Esta diferencia entre los dos indicadores puede estar mostrando que el incremento del porcentaje de ausencias se podría deber a que hay casos, no necesariamente muy numerosos, que han prolongado la duración de la incapacidad temporal. Una hipótesis plausible, que hay que contrastar, es que estos casos estén asociados a la denominada COVID-19 persistente o a otros problemas de salud relacionados de manera directa o indirecta con el estrés causado por la pandemia. La literatura hasta ahora disponible va en esta dirección, señalando algunos de los estudios preliminares que la duración debida a un episodio de COVID-19 persistente supera los 100 días²⁰⁻²², y un 16% necesitaron adaptación del puesto de trabajo²³.

Tal complejidad nos debe hacer adoptar una mirada más amplia para su adecuada gestión, huyendo de simplificaciones que atribuyen como principal causa del llamado «absentismo» a la inadecuada utilización de esta prestación social por parte del personal sanitario. Enfocar la gestión de la incapacidad temporal desde la incidencia (etiología y prevención), y no solo desde la duración (pronóstico y control), ofrece claves para afrontar más adecuadamente la gestión de este delicado asunto en especial relevante para las organizaciones sanitarias. Esto es, centrarnos en las causas para prevenirlas, y no tanto gestionar su duración, sean estas de carácter ergonómico (posturas forzadas, manipulación de cargas o movimientos repetitivos, entre otros) o psicosocial (alta exigencia, bajo control o poco apoyo de las personas supervisoras, entre otros), por ser las más frecuentes, con programas, por ejemplo, de ergonomía participativa, que han demostrado su efectividad^{24,25}.

Efectos sobre la seguridad del paciente

En las últimas dos décadas ha habido una creciente preocupación por el impacto del estrés crónico en el personal sanitario sobre la seguridad del paciente y la calidad asistencial²⁶. Un metaanálisis centrado en personal médico y de enfermería muestra que el *burnout* está fuertemente asociado con insatisfacción laboral, arrepentimiento de la elección de la profesión, intención de rotación, baja productividad e insatisfacción de las personas atendidas,

lo que conduce a un mayor riesgo de mala calidad en la atención y a errores clínicos²⁷. A pesar del conocimiento acumulado, este es aún insuficiente para estimar la magnitud real del problema y comprender cómo el *burnout* contribuye a la atención insegura y de baja calidad de los/las pacientes. Igualmente, es necesario estudiar la relación entre la productividad, a partir de los indicadores de actividad de los centros sanitarios, y la frecuencia de episodios de incapacidad temporal, pues puede ofrecer oportunidades para gestionar adecuadamente este problema.

Papel de los servicios de salud laboral en el Sistema Nacional de Salud

La pandemia de COVID-19 ha hecho evidente la resiliencia del personal sanitario, un hecho que ha sido reconocido ampliamente. Sin embargo, aunque es importante desarrollar la resiliencia individual, no hemos de olvidar la necesidad de tener, sobre todo, organizaciones resilientes²⁸. La resiliencia de una organización se ha definido como la capacidad de esta para anticiparse, prepararse, responder y adaptarse a cambios acelerados y a interrupciones repentinas, presentes y futuras²⁹.

En relación con las intervenciones para mejorar y apoyar el bienestar del personal sanitario y aumentar su resiliencia, en diferentes hospitales holandeses se observó que estaban dirigidas sobre todo al ámbito individual y presentaban una eficacia limitada o desconocida³⁰. Las soluciones más efectivas, de acuerdo con una revisión sistemática que incluyó 50 estudios³¹, son multidimensionales y organizativas, como fomentar el trabajo en equipo, mejorar los procesos y reducir las tareas administrativas, las cuales deben implicar a la organización en su conjunto.

Iniciativas de este tipo deben implementarse de manera coordinada con los servicios de salud laboral. La gestión de la pandemia en el personal sanitario a través de los comités de crisis creados *ad hoc* en los centros sanitarios, en especial en los hospitales, ha servido para mostrar los beneficios de disponer de servicios de salud laboral bien dimensionados y con capacidad resolutoria, que interactúan como un servicio más junto con los servicios clínicos; estos últimos atendiendo a los pacientes que llegaban a los hospitales saturados, y los servicios de salud laboral cuidando a las personas trabajadoras desbordadas por la demanda. La sinergia entre ellos fue fundamental para que el hospital funcionara en medio de una profunda crisis sanitaria.

Hay que recordar que el 38% del personal sanitario tuvo una incapacidad temporal por COVID-19 en las cuatro primeras olas de la pandemia, y que la incidencia de incapacidad temporal siempre fue superior a la del resto de las personas trabajadoras esenciales y la población general hasta el final de la cuarta ola, momento en que las mejoras en el conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento, las medidas preventivas no farmacológicas³², la inmunidad natural y el aumento de las coberturas de vacunación (más del 90% del personal sanitario vacunado en junio de 2021)³³ llevaron a una reducción de la incidencia de COVID-19 en el personal sanitario. Igualmente, la crisis sanitaria reveló deficiencias en los servicios de salud laboral, como la escasez de recursos y, a veces más importante, la escasa experiencia de colaboración con los servicios asistenciales.

Es una labor urgente compartir estas experiencias vividas durante la pandemia, y extraer sus enseñanzas. Entre estas podemos mencionar, en primer lugar, la necesidad de mantener y reforzar los mecanismos y los foros de coordinación y colaboración en el ámbito de la salud laboral desplegados desde las administraciones sanitarias³⁴. En segundo lugar, de manera complementaria, hay que fomentar la colaboración en proyectos de investigación conjunta de los servicios de salud laboral, como el que se ha iniciado

a través del Programa 6 del CIBER de Epidemiología y Salud Pública en relación con la COVID-19 persistente en personal sanitario³⁵.

Algunas conclusiones y una recomendación

Los centenares de profesionales de la salud laboral, sanitarios y técnicos, que forman parte de las estructuras de las organizaciones sanitarias, constituyen unos recursos muy valiosos para aumentar la resiliencia del SNS. Las políticas de recursos humanos en los centros sanitarios deben incorporar a estas personas para rediseñar las condiciones de trabajo y empleo. La gestión de este círculo virtuoso es un reto para todas las organizaciones sanitarias.

Esto es, para mantener un SNS sostenible y seguro es fundamental cuidar y apoyar al personal sanitario, garantizando unas condiciones de trabajo y empleo decentes, tal como se establece en los marcos estratégicos en materia de seguridad y salud en el trabajo para 2023-2027, tanto en el ámbito europeo como en el español³⁶. Para ello es necesario reforzar los servicios de salud laboral (o servicios de prevención de riesgos laborales) en las instituciones sanitarias, dotándolos de más recursos y competencias. Esto último pasa, como se vio durante la pandemia, por situarlos en los órganos de gobierno de dichas instituciones, dependiendo de manera más directa de la gerencia, y estrechamente coordinados con los departamentos de recursos humanos.

A la crisis sanitaria provocada por la pandemia de COVID-19 seguirán otras; por ejemplo, la que ya estamos afrontando provocada por la emergencia climática, ahora muy visible con los efectos de las olas de calor sobre el exceso de mortalidad³⁷, y la capacidad de respuesta del personal sanitario del SNS será de nuevo esencial para apoyar las políticas públicas de mitigación, adaptación y compensación³⁸.

Por último, para apoyar estas políticas es recomendable contar con un observatorio sobre las condiciones de trabajo, empleo y salud del personal sanitario en el SNS, que recoja de manera continua y sistemática toda la información sobre las experiencias que van desarrollando las organizaciones sanitarias en materia de salud laboral, así como disponer de la mejor información disponible de las encuestas de población activa, de salud y de condiciones de trabajo. En este sentido, uno de los primeros trabajos de tal observatorio debería ser recolectar información sobre los distintos modelos de servicios de salud laboral existentes según el tipo de centros sanitarios y comunidades autónomas, y así poder compararlos en función de indicadores de proceso y resultados. Esto facilitará el análisis exhaustivo y periódico de toda la información, lo que sin duda será de ayuda para políticos, gestores, profesionales y ciudadanía.

Anexo

El Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología en Salud laboral está compuesto por Mireia Utzet, Consol Serra, Elena Ronda, Jordi Delclós, Amaia Ayala, Montserrat García-Gómez, Eva Pedrosa, Erika Valero, Albert Navarro, Marta Zimmermann, Ana María García, Fernando G. Benavides y Vega García.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

La mayoría de los datos citados en el texto vienen acompañados de la fuente original de donde se ha obtenido. Los datos de incapacidad laboral del Hospital del Mar de Barcelona están disponibles mediante solicitud a los autores.

Contribuciones de autoría

El primer borrador del texto fue redactado por F.G. Benavides y M. Utzet, y P. Delano elaboró las gráficas. Todo fue revisado en

profundidad por el resto de las personas firmantes y, tras sucesivas revisiones, se acordó la versión final. Todas las personas firmantes hicieron aportaciones significativas para ser consideradas autoras.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016.
2. World Health Organization. Occupational hazards in the healthcare sector. (Consultado el 30/7/2021.) Disponible en: <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector>.
3. Occupational health and safety risks in the healthcare sector. European Commission. Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Unit B.3. Luxembourg: European Union; 2011. (Consultado el 31/7/2021.) Disponible en: <https://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1965/osh.pdf>.
4. Llop-Gironés A, Vračar A, Llop-Gironés G, et al. Employment and working conditions of nurses: where and how health inequalities have increased during the COVID-19 pandemic? *Hum Resour Health*. 2021;19:1-11.
5. Zuberi DM, Ptashnick MB. The deleterious consequences of privatization and outsourcing for hospital support work: the experiences of contracted-out hospital cleaners and dietary aids in Vancouver, Canada. *Soc Sci Med*. 2011;72:907-11.
6. Hennekam S, Ladge J, Shymko Y. From zero to hero: an exploratory study examining sudden hero status among nonphysician health care workers during the covid-19 pandemic. *J. App Psychol*. 2020;105:1088-100.
7. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de población activa. Distribución porcentual de los activos por sector económico. (Consultado el 18/7/2021.) Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=3994>.
8. World Health Organization. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: WHO; 2019. Human Resources for Health Observer Series No. 24.
9. Boniol M, McIsaac M, Xu L, et al. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Geneva: WHO; 2019. (Consultado el 31/7/2021.) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>
10. Pinilla García J, Almodóvar Molina A, Galiana Blanco ML, et al. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. 2015. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo; 2017.
11. Moreno Martínez M, Feijoo-Cid M, Fernández-Cano MI, et al. Psicosocial risk in healthcare workers after one year of COVID-19. *Occup Med (Lond)*. 2022;kqac121.
12. Wadell G, Burton T, Aylward M. Work and common health problems. *J Incur Med*. 2007;39:109-20.
13. Oliv S, Noor A, Gustafsson E, et al. A lower level of physically demanding work is associated with excellent work ability in men and women with neck pain in different age groups. *Saf Health Work*. 2017;8:356-63.
14. Oliv S, Gustafsson E, Noor A, et al. Important work demands for reducing sickness absence among workers with neck or upper back pain: a prospective cohort study. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2019;20:529-37.
15. Theorell T, Hammarström A, Aronsson G, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*. 2015;15:738.
16. Aronsson G, Theorell T, Grape T, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*. 2017;17:264.
17. Papazian L, Hraiech S, Loundou A, et al. High-level burnout in physicians and nurses working in adult ICUs: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med*. 2023;49:387-400.
18. Randstad Research. Informe Absentismo Laboral, Primer Trimestre 2023. (Consultado el 31/7/2021.) Disponible en: <https://www.randstadresearch.es/publicaciones/absentismo/>.
19. Benavides FG, Delclós J. Incapacidades laborales. En: *Salud laboral*. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2022. p. 197-206.
20. Martínez AE, Banderet F, Labhardt ND, et al. Long-term outcome after SARS-CoV-2 infection in healthcare workers: a single centre cohort study. *Swiss Med Wkly*. 2021;15:w30094.
21. Dennis A, Cuthbertson DJ, Wootton D, et al. Multi-organ impairment and long COVID: a 1-year prospective, longitudinal cohort study. *J R Soc Med*. 2023;116:97-112.
22. Mendola M, Leoni M, Cozzi Y, et al. Long-term COVID, Long-term COVID symptoms, work ability and fitness to work in healthcare workers hospitalized for SARS-CoV-2 infection. *Med Lavoro*. 2022;113, e2022040.
23. Tajer C, Martínez MJ, Mariani J, et al. Post Covid-19 syndrome. Severity and evolution in 4673 health care workers. *Medicina (Buenos Aires)*. 2023;83:669-82.

24. Soler-Font M, Ramada JM, Merelles A, et al. Process evaluation of a complex workplace intervention to prevent musculoskeletal pain in nursing staff: results from INTEVAL_Spain. *BMC Nurs.* 2021;20:189.
25. García AM, Boix P, Benavides FG, et al. Participation to improve working conditions: evidence and experiences. *Gac Sanit.* 2016;30 (Supl 1):87–92.
26. Teoh K, Singh J, Medisaukaite A, et al. Doctors' perceived working conditions, psychological health and patient care: a meta-analysis of longitudinal studies. *Occup Environ Med.* 2023;80:61–9.
27. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2022;378:e070442.
28. Rangachari P, Woods JL. Preserving organizational resilience, patient safety, and staff retention during COVID-19 requires a holistic consideration of the psychological safety of healthcare workers. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;195:223–32.
29. OECD. Ready for the next crisis? Investing in health system resilience. Paris: OECD Health Policy Studies; 2023.
30. Boskma A, van der Braak K, Ansari N, et al. Assessing the well-being at work of nurses and doctors in hospitals: protocol for a scoping review of monitoring instruments. *JMIR Res Protoc.* 2023;12:e43692.
31. DeChant PF, Acs A, Rhee KB, et al. Effect of organization-directed workplace interventions on physician burnout: a systematic review. *Mayo Clin Proc Innov Qual Outcomes.* 2019;3:384–408.
32. Utzet M, Benavides FG, Villar R, et al. Non-pharmacological preventive measures had an impact on COVID-19 in healthcare workers before the vaccination effect: a cohort study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19:3628.
33. Olmedo Lucerón C, Limia Sánchez A, García Gómez M. La vacunación frente a la COVID-19 en colectivos laborales. *Rev Esp Salud Publica.* 2021;95, e202110121.
34. García Gómez M, Gherasim AM, Gisasola Yeregui A, et al. Contribución de la salud laboral al control de la pandemia por COVID-19 en España. *Rev Esp Salud Publica.* 2021;95, e202110168.
35. Proyecto intramural CIBERESP. Persistent COVID and job performance among healthcare workers: a qualitative approach. (Consultado el 23/8/2023.) Disponible en: <https://www.ciberesp.es/programas-de-investigacion/p6-investigacion-en-servicios-sanitarios-y-practica-clinica>.
36. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Estrategia Española de la Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020. (Consultado el 23/8/2023.) Disponible en: <https://www.insst.es/estrategias-de-seguridad-y-salud-en-el-trabajo>.
37. Ballester J, Quijal-Zamorano M, Méndez Turrubiates RF, et al. Heat-related mortality in Europe during the summer of 2022. *Nat Med.* 2023;29:1857–66.
38. Eurofound. Impact of climate change and climate policies on living conditions, working conditions, employment and social dialogue: a conceptual framework. Luxembourg: Eurofound Research Paper, Publications Office of the European Union; 2023.