



Saúde laboral

Boletín nº 47

Nº 47 DECEMBRO 2023 CIG - GABINETE TÉCNICO CONFEDERAL DE SAÚDE LABORAL www.cigsaudelaboral.org

MONOGRÁFICO

SECTOR SANITARIO E SOCIAL

SUMARIO

A FONDO

RISCOS PSICOSOCIAIS NO SECTOR SANITARIO E SOCIAL. *Axencia Europea para a Seguridade e a Saúde no Traballo (EU-OSHA)*

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



OPINIÓN

A SITUACIÓN LÍMITE DA SANIDADE PÚBLICA GALEGA COMO CONSECUENCIA DAS POLÍTICAS DE DESTRUCCIÓN E PRIVATIZACIÓN PRACTICADAS POLOS DISTINTOS GOBERNOS DO PP

Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral

EDITA: Gabinete Técnico Confederal de Saúde Laboral



RISCOS PSICOSOCIAIS NO SECTOR SANITARIO E SOCIAL

FINANCIADO POR:



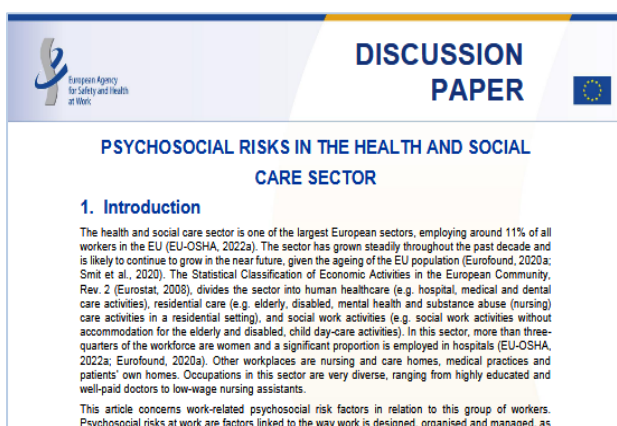
CONSELLERÍA DE PROMOCIÓN DO EMPREGO E IGUALDADE



Riscos psicosociais no sector sanitario e social.

Axencia Europea para a Seguridade e a Saúde no Traballo (EU-OSHA)

O presente artigo sintetiza o que consideramos os aspectos máis significativos dos riscos psicosociais presentes no sector sanitario e sociosanitario a nivel europeo, en base ao estudo do mesmo nome realizado pola Axencia Europea para a Seguridade e a Saúde no Traballo (EU-OSHA), que utilizou distintas enquisas e traballos de campo, así como exhaustivas análises bibliográficas sobre esta materia para realizar o mesmo. Así as cousas, neste artigo avalíanse entre outras cuestións, os factores de risco psicosocial que afectan á saúde e ao benestar das persoas traballadoras do sector, analizándose a estratexia de xestión deste tipo de riscos e a importancia de abordar as causas organizativas dos mesmos.



Introdución

O sector da saúde e a asistencia social é un dos sectores europeos máis grandes, xa que emprega ao redor do 11 % de todos os traballadores/as da UE. O sector medrou en actividade dun xeito constante ao longo da última década e é probable que siga medrando no futuro, dado o progresivo e continuo envellecemento da poboación da UE.

A Clasificación Estatística de Actividades Económicas na Comunidade Europea, divide o sector en atención sanitaria humana (por exemplo, actividades de atención hospitalaria, médica e odontolóxica), atención residencial (por exemplo, actividades de atención a persoas maiores, discapacitados/as, saúde mental e abuso de substancias -enfermaría-nunha contorna residencial) e actividades de traba-

llo social (por exemplo, actividades de traballo social sen aloxamento para persoas maiores e discapacitadas, actividades de gardería). *Neste sector, máis de tres cuartas partes da man de obra son mulleres e unha proporción significativa está empregada en hospitais.* Outros lugares de traballo son as residencias de anciáns e de coidado, as consultas médicas e os propios fogares dos pacientes. As ocupacións neste sector son moi diversas, desde médicos altamente cualificados e ben pagados ata auxiliares de enfermería con baixos salarios.

Este artigo fai referencia aos factores de risco psicosocial relacionados co traballo en relación con este grupo de persoas traballadoras.

Os riscos psicosociais no traballo son factores vinculados á forma na que se deseña, organiza e xestiona o traballo, así como ao contexto económico e social no que se desenvolve ese traballo (EU-OSHA, 2007). Algúns exemplos son a alta carga de traballo, a violencia e o acoso por parte de terceiros, os horarios de traballo irregulares e as altas esixencias emocionais do traballo (por exemplo, lidar coa dor e a morte de pacientes). Estes factores poden pro-

vocar estrés e unha grave deterioración da saúde mental e física das persoas traballadoras. En consecuencia, estes resultados negativos dos empregados/as poden dar lugar sen dúbida, a accidentes e enfermidades, a perdas de produción e a un aumento dos custos de persoal debido ao absentismo e á rotación de persoal a nivel organizativo.

Na actualidade, o sector da saúde e a asistencia social enfróntase a unha importante serie de desafíos:

- Debido ao envellecemento da poboación da UE, a demanda de actividades asistenciais (sanitarias) está a medrar dun xeito progresivo, mentres que baixa a contratación de novo persoal. Esta escaseza de persoal está a afectar fundamentalmente ás organizacións sanitarias e de asistencia social, provocando un aumento da carga de traballo e os gastos financeiros debido ao absentismo e a rotación das persoas traballadoras por cuestións relacionadas co estrés.
- Así mesmo o propio persoal sanitario e social está a envellecer. Os intentos de alongar a vida laboral da forza de traballo en xeral como solución á escaseza de persoal (é dicir, aumentos da idade oficial de xubilación) implican unha maior exposición dos traballadores/as sanitarios/as e sociais aos riscos profesionais. Ao mesmo tempo, nos próximos anos é probable que un maior número de empregados/as (incluídos os traballadores/as sanitarios/as e sociais) desenvolvan problemas de saúde crónicos mentres seguen traballando, xa que a prevalencia dos problemas de saúde crónicos aumenta coa idade.

- A maiores, por tratarse dun sector está altamente feminizado, existen desafíos adicionais en relación coa saúde e o benestar laborais. Entre eles atopámonos con que as mulleres están máis afectadas por desenvolver un dobre papel no traballo e no fogar, por exemplo, o coidado dos fillos, o traballo doméstico, os coidados informais e os cambios fisiolóxicos que se producen coa idade, como a menopausa.
- Finalmente reseñar que o sector sanitario e de asistencia social está recoñecido como un sector de alto risco xa que as persoas traballadoras están expostas a unha ampla gama de riscos para a súa saúde e benestar.



Os principais riscos laborais son: os riscos biolóxicos, que inclúen calquera forma de exposición a axentes biolóxicos como patóxenos transmitidos polo sangue e axentes biolóxicos infecciosos (por exemplo COVID-19); riscos químicos, incluída a exposición a medicamentos perigosos (por exemplo, tratamento do cancro) e desinfectantes; riscos físicos, como esvaróns, tropezos e caídas, exposición ao ruído e a radiacións ionizantes; riscos ergonómicos, por exemplo, posturas estáticas ou de elevación durante a manipulación do paciente; así

como riscos psicosociais, que están no centro do presente artigo. Estar exposto a riscos físicos é en si mesmo un significativo factor de risco para o estrés. Por exemplo, os trastornos musculoesqueléticos poden contribuír ao estrés e á sobrecarga mental, e viceversa. Esta interacción é especialmente relevante para o sector sanitario e social, dada a alta prevalencia de riscos tanto ergonómicos como psicosociais.

Á vez estanse a producir unha serie de factores contextuais adicionais que poden contribuír a un maior impacto dos riscos psicosociais:

Debido á globalización da economía e ao aumento da competencia no mercado, as organizacións sanitarias e de asistencia social teñen adoptado novos modos de xestión para aumentar a súa rendibilidade ou rebaixar o seu custo económico.



➤ A introdución de medidas de austeridade -a nivel autonómico e estatal- e organizativas, como os recortes de financiamento e os recortes salariais para os traballadores/as sanitarios/as e sociais, así como a aplicación de máis mecanismos neoliberais semellantes aos do mercado, tales como privatizacións totais ou parciais, ou a fusión da asistencia sanitaria para organizativamente acadar maiores volumes de actividade

e en moitos casos maior rendibilidade e beneficio, provocaron, á súa vez, unha deterioración das condicións de traballo no sector sanitario e da asistencia social.

➤ Ademais, durante a pandemia de COVID-19, moitas persoas traballadoras do sector sanitario víronse obrigadas a continuar cos seus traballos na primeira liña da pandemia, o que fixo que estivesen expostas a un conxunto adicional e diverso de riscos e perigos que afectaron significativamente o seu benestar físico, psicolóxico e social.

Riscos psicosociais no sector sanitario e social

Os empregados/as do sector sanitario e social adoitan estar expostos a unha ampla variedade de factores de risco psicosocial. *No ano 2020, o 58,5% das persoas traballadoras deste sector, fronte ao 44,6 % do conxunto de todos os traballadores/as, declararon estar expostos a factores de risco que poden afectar negativamente ao seu benestar mental, ocupando o primeiro lugar entre todos os sectores* (Eurostat, 2021). Segundo os resultados da *Terceira Enquisa Europea de Empresas sobre Riscos Novos e Emerxentes (ESENER 2019)*, todos os factores de risco psicosocial enquisados foron máis no sector da saúde e a asistencia social que en todos os outros sectores combinados. Unha das conclusións da enquisa *Flash Barometer (SST Pulse)* da EU-OSHA, realizada a principios de 2022, foi que os enquisados/as que traballan en servizos relacionados coa asistencia sanitaria ou social parecen ter un maior risco de exposición a riscos psicosociais relacionados co traballo. Ademais, os seus informes aumentaran dende a enquisa anterior en 2014, excepto o temor á perda do emprego. Os

factores de risco psicosocial no traballo a miúdo se agrupan en demandas laborais (é dicir, aspectos do traballo que requiren esforzo) e recursos laborais (é dicir, aspectos do traballo que poden axudar a facer fronte ás demandas e acadar os obxectivos laborais). *A saúde e o benestar dos empregados/as están en risco cando os traballadores/as se enfrontan a altas demandas laborais e a recursos laborais insuficientes para facer fronte a estas demandas* (Bakker & Demerouti, 2007; De Jonge e Dormann, 2003; Johnson e Hall, 1988; Karasek, 1979).



Unha comparación recente entre sectores amosa que a combinación de altas demandas e baixos recursos (tamén chamados «empregos sobrecargados») é maior no sector da saúde e a asistencia social (Eurofound, 2022).

Factores de risco psicosocial específicos aos que adoitan estar expostas as persoas traballadoras sanitarias e sociais

Alta carga de traballo e presión de tempo

No sector da saúde e a asistencia social, a carga de traballo é xeralmente alta e vai en aumento debido ás crecentes necesidades dunha poboación que envellece e á escaseza de profesionais da saúde e a asistencia social (Drennan e Ross, 2019; EU-OSHA, 2014b; Van dean Heede et al., 2019; Yu et al., 2019). Como consecuencia, a relación paciente-

profesional adoita ser elevada (ETUI, 2022). Ademais, as persoas traballadoras sanitarias e sociais a miúdo teñen que lidar coa presión do tempo. *Segundo os datos de ESENER de 2019, a presión do tempo é o segundo risco psicosocial máis común no sector da saúde e a asistencia social (58 % (EU-OSHA, 2022a)).* En resposta á *enquisa Pulse* en materia de SST (EU-OSHA, 2022b) as persoas que traballan no sector sanitario e da asistencia social tiñan máis probabilidades de notificar a súa exposición a unha grave presión de tempo por sobrecarga de traballo (51,3% en comparación co 46% de todos os enquisados/as). Estes resultados están en consonancia cos datos da *Enquisa Telefónica Europea sobre as Condicións de Traballo* (EWCTS, polas súas siglas en inglés), que amosan que o traballo a gran velocidade é moi frecuente nas ocupacións sanitarias e de asistencia social (Eurofound, 2022).

Esixencias emocionais

O traballo sanitario e social pode caracterizarse como emocionalmente esixente (De Jonge et al., 2008; Eurofound 2020b, 2022). As demandas emocionais refírense ao esforzo das persoas traballadoras que se require para regular as súas emocións, incluíndo ocultar os seus propios sentimentos no traballo. Exemplos de tales demandas son lidar coa dor e a ansiedade dos pacientes, lidar coa presión dos familiares dos pacientes e confrontar enfermidades graves e terminais, emerxencias ou (outros) eventos traumáticos. *Ter que tratar con pacientes difíciles foi o risco psicosocial máis comunmente reportado no sector da saúde e a asistencia social segundo os datos de ESENER de 2019 (85% (EU-OSHA, 2022a)) e o coidado das persoas ao final das*

súas vidas a miúdo considérase un dos aspectos máis estresantes do traballo de enfermaría (Hopkinson et al., 2005).



Demandas cognitivas

O traballo sanitario e social tamén pode ser cognitivamente esixente. As demandas cognitivas refírense a aqueles aspectos do traballo que requiren un esforzo humano de procesamento de información (De Jonge e Dormann, 2003). Algúns exemplos son o uso de (novas) tecnoloxías sanitarias (EU-OSHA, 2014b) e tarefas complexas que requiren unha concentración total (por exemplo, procedementos cirúrxicos complexos, toma de decisións baixo unha gran presión de tempo). Ademais, os traballadores/as sanitarios/as e de asistencia social enfróntanse a miúdo á necesidade de realizar varias tarefas á vez (EU-OSHA, 2022a) e a procedementos estritos que deben seguir. Especialmente nos servizos de urxencias, o persoal sanitario pode experimentar medo a cometer unha negligencia médica e ás posibles consecuencias legais (Stehman et al., 2019).

Violencia, acoso e intimidación

As persoas traballadoras da saúde e a asistencia social tamén corren o risco de estar expostas á violencia e o acoso de terceiros (é dicir, causados

por pacientes, familiares de pacientes ou outros transeúntes), provocados por frustración, ansiedade, dor, factores psiquiátricos dos pacientes ou familiares, e a percepción de falta de atención ou dedicación (EU-OSHA, 2014b; Eurofound, 2015). Este risco está especialmente presente en situacións nas que os traballadores/as sanitarios/as e sociais traballan sós ou fóra do horario normal de traballo, manipulan medicamentos (por exemplo, os pacientes non están dispostos a tomar a medicación prescrita), proporcionan ou reteñen actividades asistenciais, exercen autoridade e traballan con persoas tensas ou emocional ou mentalmente inestables ou baixo a influencia de substancias. *En comparación con outros sectores, as persoas traballadoras do sector sanitario e da asistencia social notificaron a maior prevalencia de calquera tipo de intimidación* (é dicir, abuso verbal, atención sexual non desexada e intimidación, acoso ou violencia) no recente EWCTS (Eurofound, 2022). *A mesma enquisa mostra que, dentro deste sector, as mulleres declaran estar máis expostas á intimidación e á discriminación que os homes*. Do mesmo xeito, na enquisa OSH Pulse, a exposición notificada á violencia e ao abuso verbal por parte de membros do público foi maior no sector (30 % en comparación co 16 % de todos os sectores) (EU-OSHA, 2022b). Un estudo a escala relativamente pequena realizado en cinco países europeos amosou que, de 260 enfermeiras, máis do 90% declarou sufrir violencia por parte de terceiros na súa carreira profesional (Babiarczyk et al., 2019). Ademais da violencia de terceiros, os traballadores/as sanitarios/as e sociais tamén corren o risco de sufrir acoso por parte dos

seus compañeiros/as de traballo (por exemplo, Dellasega, 2009; Zapf et al., 2011). *Os factores que aumentan a prevalencia deste risco son as altas cargas de traballo, a presión exercida sobre as persoas traballadoras, os altos niveis de estrés e a falta de persoal (Pagnucci et al., 2022). Segundo a enquisa OSH Pulse, os traballadores/as sanitarios/as e sociais non só están máis expostos á violencia ou ao abuso por parte do público, senón que tamén están máis expostos ao acoso e á intimidación por parte dos seus compañeiros/as de traballo (10 % en comparación co 7 % de todos os sectores).*

Xornadas de traballo longas ou irregulares

Dado que moitos servizos de saúde e asistencia social prestan atención as 24 horas do día, o traballo por quendas e o traballo en horarios irregulares son moi comúns no sector da atención sanitaria e social. *Segundo os datos de ESENER de 2019, case un terzo dos traballadores/as deste sector declaran traballar en horarios longos ou irregulares (EU-OSHA, 2022a), o que supón unha ameaza significativa para a conciliación da vida laboral e familiar das persoas traballadoras do sector.*

Traballo precario

Nos últimos 30 anos, os intentos das organizacións sanitarias e sociais por aumentar a súa rendibilidade traducíronse en condicións de traballo máis precarias. En consecuencia, moitos traballadores/as da saúde e da asistencia social enfróntanse a prácticas contractuais precarias,

como ingresos, horarios de traballo e tarefas laborais impredecibles. Especialmente as mulleres pouco cualificadas e as persoas traballadoras migrantes experimentan inseguridade laboral, xa que estes grupos a miúdo descoñecen os seus dereitos (ETUI, 2022).

Falta de recursos organizativos

Polo xeral, faltan recursos organizativos que poidan axudar ás persoas traballadoras sanitarias e sociais a facer fronte ás elevadas demandas (EU-OSHA, 2014b). Segundo os datos do EWCTS, as persoas traballadoras do sector sanitario e social declaran ter pouca autonomía con respecto á velocidade do traballo en comparación con outros sectores (Eurofound, 2022). Na enquisa *OSH Pulse*, os enquisados/as do sector tamén eran os máis propensos a declarar unha falta de autonomía ou influencia sobre o ritmo de traballo ou os procesos de traballo (23% en comparación con 18 % para todos os sectores) (EU-OSHA 2022b). Ademais, a mala comunicación ou cooperación dentro da organización é un factor de risco psicosocial notificado con frecuencia neste sector (28 % (EU-OSHA, 2022a)). Na enquisa *OSH Pulse*, as persoas enquisadas do sector volveron ser as máis propensas a declarar unha comunicación ou cooperación deficientes dentro da organización (32,5 % fronte ao 26,5 % de todos os sectores) (EU-OSHA, 2022b). Ademais, algúns grupos de persoal sanitario e de asistencia social experimentan un escaso recoñece-



mento e recompensa polo seu traballo (ETUI, 2022). A escaseza de recursos tamén pode agravar aínda máis outros riscos psicosociais. Por exemplo, a falta de apoio debido á falta de persoal pode aumentar o risco de violencia de terceiros cara ás enfermeiras/os comunitarias e hospitalarias (Khera et al., 2021; Lasater et al., 2021; Pagnucci et al., 2022).

Consecuencias dos riscos psicosociais

Nivel individual

A nivel individual, a exposición a factores de risco psicosocial pode provocar estrés laboral e causar unha variedade de problemas graves de saúde mental e física, como fatiga crónica, esgotamento, depresión e enfermidades cardiovasculares (Niedhammer et al., 2021). Segundo a enquisa *Pulse da EU-OSHA sobre SST (2022b)*, o 30 % dos enquisados/as no sector sanitario e social declararon experimentar estrés, depresión ou ansiedade relacionados co traballo nos últimos 12 meses. Ademais, na enquisa *OSH Pulse*, o 41 % dos enquisados/as no sector da saúde e a asistencia social informaron experimentar fatiga xeral, en comparación cunha proporción do 37% en todos os sectores. En particular, descubriuse que a exposición a altas demandas emocionais aumenta o risco de trastornos depresivos (Madsen et al., 2022) e outros problemas de saúde mental (Eurofound, 2022). Polo xeral, as persoas traballadoras experimentan estrés cando as esixencias do seu traballo son excesivas e superiores á súa capacidade para afrontalas (EU-OSHA, 2012b). Por exemplo, as enfermeiras/os poden experimentar a sensación de non poder proporcionar unha boa atención debido á falta de tempo

(«estrés de conciencia» (Heikkilä et al., 2022)). O estrés no lugar de traballo que non se manexa con éxito pode conducir ao desenvolvemento de esgotamento. Os estudos demostraron que a prevalencia de Burnout é alta entre o persoal de enfermaría (Cañadas-De la Fuente, 2015; Woo et al., 2020) e médicos/as (De Hert, 2020).



Así mesmo, ao proporcionar atención aos/ás pacientes, é probable que os profesionais da saúde e a asistencia social estean expostos (directa ou indirectamente) a traumas psicolóxicos, o que pode conducir a respostas sintomáticas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Cieslak et al., 2016; Qian, 2022). Diferentes grupos de profesionais da saúde e a asistencia social foron diagnosticados con síntomas de TEPT, incluídos médicos/as, enfermeiras/os, parteiras/os, persoal de ambulancias e médicas/os de urxencias (Qian et al., 2022).

Ademais, diferentes estudos demostraron que os factores de risco psicosocial como as altas esixencias laborais (combinadas cun baixo control), os horarios de traballo esixentes e as quendas rotativas e irregulares tamén poden contribuír ao desenvolvemento de trastornos musculoesqueléticos (por exemplo, lumbalxia, dor de ombreiro, dor de xeonllo) para os profesionais sanitarios (Bernal et al., 2015; Chang e Peng, 2021; Karanikas e Jani,

2022; Long et al., 2012). Igualmente, un novo corpo de investigación está a indicar posibles vínculos entre o traballo por quendas e o cancro (de mama) (EU-OSHA, 2016b). De feito, a *Axencia Internacional para a Investigación do Cancro* clasificou o traballo por quendas como un probable carcinóxeno (IARC, 2020) e unha revisión recente realizada polo *Programa Nacional de Toxicoloxía dos Estados Unidos* concluíu que existe unha "alta confianza" en que o traballo nocturno persistente que resulta nunha alteración circadiana pode causar trastornos e incluso cancro (NTP, 2021). Por último, xunto ao impacto na saúde das persoas traballadoras, o estrés laboral tamén contribúe á intención dos traballadores/as de abandonar o sector sanitario (Halter et al., 2017; Weyman et al., 2013).



Nivel organizativo

Para as organizacións sanitarias e de asistencia social, a exposición das persoas traballadoras aos riscos psicosociais pode ter un impacto grave ao provocar unha perda de produtividade (Gates et al., 2011; Milliken et al., 2007), altos niveis de absentismo (EU-OSHA, 2014a; Verhaeghe et al., 2003) e as elevadas taxas de rotación (EU-OSHA, 2014a; Halter et al., 2017). *En consecuencia, os custos dos riscos psicosociais para estas organizacións son*

substanciais. En xeral, máis dun terzo de todas as ausencias por enfermidade son causadas (indirectamente) polo estrés laboral (Hoel et al., 2001; NEA 2020). Ademais, o *Centro Sainsbury para a Saúde Mental* (2007) estimou que os custos de estrés, ansiedade e depresión das persoas traballadoras en Gran Bretaña ascenden a 1.220 euros por empregado/a e ano. Nos Países Baixos, en 2020 os custos das baixas por enfermidade debidas ao estrés laboral estimáronse en 11.000 euros por empregado/a ausente e ano (TNO, 2022).

Nivel social

Por último, a nivel social, os riscos psicosociais relacionados co traballo poden dar lugar a un aumento dos custos sanitarios e a unha sobrecarga dos servizos autonómicos e estatais de saúde, reducindo así a produtividade económica e repercutindo negativamente no produto interior bruto. En 2002, a Comisión Europea calculou os custos globais do estrés laboral na UE-15 en 20.000 millóns de euros ao ano, que foron aumentando dende entón. Os custos do estrés laboral a nivel estatal oscilan substancialmente entre 221,13 millóns de dólares (Australia) e 187 mil millóns de dólares (Estados Unidos) (Hassard et al., 2017). A maioría dos custos están relacionados coas perdas de produtividade (70-90%), mentres que o resto dos custos están relacionados cos custos sanitarios e médicos. Con todo, dado que as estimacións anteriores non se especifican por sector e baséanse nunha ampla gama de custos relacionados co estrés laboral, é difícil obter unha cifra completa especificamente para o sector sanitario.

Impacto do COVID-19

A pandemia de COVID-19 tivo un enorme impacto mundial na saúde e o benestar das persoas traballadoras sanitarias e sociais e na súa exposición aos riscos psicosociais. En resposta á *enquisa de Pulse* de SST, o 59 % dos traballadores/as sanitarios/as e sociais responderon que a COVID-19 aumentara o seu estrés laboral, presentando a proporción máis alta de todos os grupos ocupacionais, en contraste coa porcentaxe obtida do 44 % do conxunto de todas as persoas traballadoras de todas os sectores da UE que responderon á enquisa.



Segundo varios estudos, a pandemia deu lugar a niveis máis altos de ansiedade, estrés, depresión, insomnio, esgotamento, trastornos do sono, traumas psicolóxicos e síntomas de estrés postraumático entre os traballadores/as sanitarios/as e sociais, e non só de primeira liña; con traballadoras/es (especialmente as/os que tiñan fillos pequenos) e as enfermeiras/os, que informaron dos peores resultados de saúde (Franklin e Gkiouleka, 2021; Green et al., 2021; Salazar de Pablo et al., 2020; Sriharan et al., 2020). Estes efectos negativos son atribuíbles a diferentes factores de risco psicosocial. Un dos factores de risco máis importante era o medo a infectarse e transmitir o virus a familiares ou amizades. Este temor viuse reforzado pola insuficiencia ou escaseza

de equipos de protección, o que deu lugar a dilemas morais (por exemplo, prestar atención a pacientes infectados/as sen contar co equipo de protección adecuado). Mesmo cando estaba dispoñible, o uso de equipos de protección (p. ex., máscaras) asociouse con barreiras na comunicación coas/cos pacientes (p. ex., non poder ofrecer apoio emocional a través de expresións faciais).

Un informe realizado en colaboración coa OMS (Abdul Rahim et al, 2022) atopou que polo menos unha cuarta parte das persoas traballadoras da saúde e os coidados enquisadas informaron síntomas de ansiedade, depresión e esgotamento: entre o 23% e o 46% dos traballadores/as da saúde e os coidados informaron síntomas de ansiedade durante a pandemia de COVID-19, e entre o 20% e o 37% experimentaron síntomas depresivos e esgotamento. Comprobouse que as mulleres, os mozos/as e os pais/nais de nenos dependentes corrían un maior risco de sufrir trastornos psicolóxicos. O maior risco de resultados negativos para a saúde mental deuse entre os traballadores/as da saúde máis novos/as.

Outro factor de risco foi o aumento do nivel de tensión emocional, causado polo tratamento dos sentimentos de anguria dos pacientes, a xestión de recursos escasos, a necesidade de tomar decisións difíciles e a confrontación co sufrimento humano e a morte do paciente, así como a perda de colegas e a dor asociada. Ademais, a carga de traballo xeral aumentou, debido ao maior número de pacientes combinado coa falta de persoal e a ausencia por enfermidade dos/das colegas. Isto deu lugar a longas xornadas de traballo, o que repercutiu no equi-

librio entre a vida laboral e persoal dos traballadores/as, que se enfrontaron simultaneamente ao coidado dos nenos/as e ao peche de escolas. Nalgúns casos, as persoas traballadoras sanitarias e sociais tamén estiveron expostas á estigmatización e a violencia, xa que se lles consideraba portadoras do virus. Algúns grupos que se opoñen ás vacinas contra o COVID-19 tamén atacaron aos traballadores/as da saúde.

Aínda que a estas alturas o réxime de restricións pola COVID-19 se relaxou, o impacto da pandemia segue presente. A investigación amosa que a angustia psicolóxica por traballar durante un brote de enfermidade infecciosa pode persistir durante dous ou tres anos despois do brote (Maunder et al., 2006; Preti et al., 2020; Wu et al., 2009). Ademais, as novas ondas de COVID-19 e outras enfermidades transmisibles poden afectar ao sector sanitario e social de maneira semellante. Ademais, os servizos de saúde están a ter que facer fronte á acumulación de intervencións de tratamento que se pospuxeron durante a pandemia, e o atraso a miúdo derivou nun empeoramento das condicións dos pacientes. Tendo en conta a crecente escaseza de traballadores/as sanitarios e sociais, é imperativo que nos lugares de traballo posteriores á pandemia, así como durante futuros brotes virais a gran escala, se dea realmente prioridade á xestión do risco psicosocial no sector sanitario e social.

Impacto da dixitalización

Os sistemas sanitarios e os métodos de traballo están a transformarse rapidamente debido á dixitalización global e ao desenvolvemento das tecnolo-

xías da información sanitaria, o que repercute na exposición do persoal sanitario e de asistencia social aos riscos psicosociais. Aínda que as novas tecnoloxías teñen algunhas vantaxes (por exemplo, a prestación eficiente de asistencia sanitaria, o alixeiramento da carga de traballo das persoas traballadoras sanitarias), tamén poden crear novos riscos entre os profesionais da saúde e a asistencia social (por exemplo, as enfermeiras/os (Califf et al., 2020)). Por exemplo, é posible que se requiran novas habilidades, que se reduza o control dos empregados/as e que xurdan cuestións éticas (por exemplo, relacionadas co uso de algoritmos ou IA).



Cando os usuarios/as consideran que a tecnoloxía é pouco fiable e complexa e cando os cambios constantes nas tecnoloxías conducen á incerteza sobre o seu uso, poden producirse reaccións de estrés relacionadas coa tecnoloxía e sentimentos de inseguridade e vulnerabilidade entre os traballadores/as. Especificamente, poden temer perder o seu traballo a mans doutros traballadores/as que teñen unha mellor comprensión da tecnoloxía. Ademais, o uso das tecnoloxías da información (sanitarias) pode dar lugar a un "tecnoestrés" ou "tecnosobrecarga" (Lucena et al., 2021; Ragu-Nathan et al., 2008), unha situación na que os traballadores/as vense obrigados/as pola tecnoloxía a

traballar máis rápido e durante máis tempo. Un exemplo é que as enfermeiras e os enfermeiros utilizan os seus descansos no traballo para introducir a información requirida do paciente nun sistema. De feito, os datos da enquisa *OSH Pulse* (EU-OSHA, 2022b) amosan que os enquisados/as que traballan no sector sanitario e da asistencia social son máis propensos a pensar que o uso de tecnoloxías dixitais aumenta a súa carga de traballo en comparación coa media de todos os sectores combinados (38% fronte a 33%).

Un cambio específico impulsado pola tecnoloxía e de impacto nos métodos de traballo de atención sanitaria e social é o aumento do teletraballo, acelerado polos esforzos para controlar a pandemia de COVID-19 (Fang et al., 2022; Garavand et al., 2022). O teletraballo é o traballo realizado polos membros dunha organización durante o seu horario laboral habitual fóra do seu lugar de traballo principal, utilizando as TIC (por exemplo, computador, correo electrónico, móbil) para interactuar con outros para realizar as súas tarefas. Exemplos de teletraballo na atención sanitaria e social son as consultas telefónicas entre médicas/os e pacientes ou as reunións de persoal en liña. O teletraballo durante a pandemia de COVID-19 ofreceu varias vantaxes e



desvantaxes para os traballadores/as sanitarios e sociais en relación coa súa exposición aos riscos psicosociais. Os beneficios importantes do teletraballo foron protexer ás persoas traballadoras da saúde do medo á infección, mellorar o seu equilibrio entre o traballo e a vida persoal, reducir as horas de traballo e posibilitar a capacidade de brindar unha atención rápida. Doutra banda, o teletraballo durante a pandemia tamén se asociou a factores de risco psicosocial como a falta de apoio, a falta de interaccións cos compañeiros/as, as dificultades para comunicarse (non verbalmente) cos pacientes, o illamento social e profesional, e o estrés por cuestións técnicas ou a falta de coñecementos técnicos. O máis probable é que o modelo híbrido no que se combinan o teletraballo e o traballo presencial siga sendo un estándar no sector sanitario e social, polo menos para algúns profesionais (Oleksa-Marewska et al., 2022). Polo tanto, os riscos relacionados co teletraballo tamén deben terse en conta nos lugares de traballo sanitarios e de asistencia social posteriores á pandemia.

Outro risco que xurdiu coa chegada da dixitalización é unha nova forma de agresión, é dicir, o ciberacoso. O ciberacoso pode clasificarse como un acto ou actos intencionados e agresivos durante un período de tempo para inflixir dano á vítima mediante a utilización de diversas formas de expresión electrónica (Van Hee et al., 2018). Algúns exemplos son as mensaxes de texto, os tweets, os correos electrónicos ou as publicacións en redes sociais maliciosos ou ameazantes. Do mesmo xeito que o acoso laboral ordinario, o ciberacoso pode ter efectos prexudiciais na saúde e o benestar dos

empregados/as. Por exemplo, un estudo realizado no Reino Unido entre médicos/as en formación (Farley et al., 2015) amosou que case a metade dos participantes experimentaron actos de ciberacoso, e que estas experiencias estaban relacionadas coa tensión mental e a insatisfacción laboral.

Xestión do risco psicosocial no sector sanitario e sociosanitario

En comparación con outros sectores, a nivel europeo as organizacións do sector sanitario e social parecen ser máis propensas a participar na avaliación e xestión de riscos psicosociais. Por exemplo, os datos de ESENER de 2019 amosan que o 75 % das organizacións sanitarias e de asistencia social declararon levar a cabo avaliacións de riscos, fronte ao 23 % das organizacións de todos os sectores combinados.

A xestión do risco psicosocial organizacional pódese dividir en prevención de riscos primarios, secundarios e terciarios segundo a etapa preventiva. No nivel de prevención primaria, tómanse medidas para identificar e abordar os factores estresantes no nivel organizativo (por exemplo, cargas de traballo, falta de control sobre como se traballa, mala comunicación ...) ou para promover as necesidades de saúde mental. No nivel de prevención secundaria, identifícanse individuos ou grupos que necesitan apoio e ferramentas adicionais para axudalos a lidar de maneira máis efectiva co estrés, por exemplo, capacitación en resiliencia. No nivel terciario de prevención, axúdase ás persoas que experimentan problemas de saúde mental a facer fronte ás consecuencias da exposición ao estrés ou a contro-

lar os seus síntomas, por exemplo, o acceso a asesoramento psicolóxico. Sobre a base do principio de xerarquía de control, a prevención debe dirixirse en primeiro lugar ao nivel máis alto (prevención primaria), para reducir a fonte do risco, aínda que poden ser necesarias medidas complementarias nos tres niveis.

Nos seguintes parágrafos analízanse estes tipos de prevención de riscos psicosociais a nivel organizacional no sector sanitario e sociosanitario.



Prevención primaria de riscos

Na lexislación europea en materia de saúde e seguridade, faise fincapé na prevención primaria de riscos mediante intervencións dirixidas á organización como fonte dos riscos. *As intervencións dirixidas á organización teñen como obxectivo mellorar a saúde e o benestar dos empregados/as e previr o estrés laboral e o esgotamento mediante o cambio da forma en que se deseña, organiza e xestiona o traballo* (Nielsen, 2013). De acordo co marco de mellores prácticas para a xestión de riscos psicosociais (PRIMA-EF), *isto require un proceso continuo e*

graduado de identificación sistemática dos riscos psicosociais relacionados co traballo, unha planificación de intervencións adaptadas para abordar estes riscos, a aplicación dos plans de acción e a avaliación (EU-OSHA, 2018; Leka et al., 2008; Leka et al., 2011). Diferentes estudos demostraron efectos positivos deste tipo de enfoques a nivel organizacional nos resultados de saúde e benestar dos empregados/as en institucións sanitarias (comunitarias) (por exemplo, Havermans et al., 2018; Mikelsen et al., 2000; Niks et al., 2018).



En función dos resultados da avaliación de riscos, as intervencións adaptadas ás organizacións sanitarias e de asistencia social poderían orientarse a reducir as elevadas demandas laborais. *Exemplos deste tipo de intervencións son a mellora dos niveis de dotación de persoal durante as horas punta, a redución da proporción de pacientes por persoal, a rotación de tarefas emocionalmente esixentes de distintas intensidades, a especificación (adicional) de funcións e responsabilidades, ou a limitación do traballo nocturno para os traballadores/as de máis*

idade que informan de dificultades (ETUI, 2022; EU-OSHA, 2009). Para aumentar os recursos laborais, as intervencións poderían estar dirixidas a garantir o tempo de recuperación ou a mellorar o control e a participación dos empregados/as, por exemplo, a través de prácticas de autoasignación (Barret e Holme, 2018; ETUI, 2022; EU-OSHA, 2009). Un maior control do persoal empregado pode ser especialmente beneficioso para as persoas traballadoras que necesitan adaptarse aos seus compromisos asistenciais fóra do traballo. Como adoitan existir múltiples factores de risco, pode ser necesaria unha combinación de intervencións que poden ser moi diversas.

Para facer fronte á violencia e a agresión de terceiros nos lugares de traballo (persoas sanitarias sociais), as intervencións poderían incluír políticas de tolerancia cero con respecto aos comportamentos agresivos, información sobre as precaucións necesarias, sistemas de alarma, redución da cantidade de diñeiro en efectivo, vixilancia, formas de incidencia da violencia e formación en materia de seguridade (p. ex. Abeyta e Welsh, 2022; EU-OSHA, 2009). Dado que o risco de agresión de terceiros aumenta pola falta de persoal, as longas listas de espera e a alta carga de traballo (Pagnucci et al., 2022), as intervencións de dotación de persoal tamén poden diminuír este risco. Por último, exemplos de intervencións para previr a violencia e a agresión internas (é dicir, o acoso e a intimidación no lugar de traballo) son, entre outras, as accións destinadas a recoñecer e abordar o problema, as políticas de tolerancia cero (Edmonson e Zelonka, 2019) e o investimento no empoderamento das persoas traballadoras (Moura et al., 2020).

Prevenção de riscos secundaria

Eliminar por completo a fonte dos riscos pode ser un desafío e, ás veces, imposible debido á natureza do traballo (por exemplo, tratar con pacientes agresivos ou transeúntes ou pacientes angustiados e moribundos). É por iso que a prevención secundaria de riscos tamén pode ser necesaria. Este tipo de prevención céntrase en identificar ás persoas ou grupos que necesitan apoio e ferramentas adicionais para xestionar os riscos psicosociais ou facer fronte de maneira máis eficiente ao estrés. Isto pódese facer a través de medidas destinadas a aumentar as súas habilidades para reducir os riscos existentes ou a súa capacidade para amortecer os efectos negativos para a saúde mental destes riscos. Exemplos de medidas destinadas a aumentar as aptitudes son os programas de capacitación sobre xestión do tempo, xestión de conflitos e resposta á violencia, o acoso e a intimidación. Exemplos de medidas que axudan aos profesionais da saúde e a asistencia social a lidar coas demandas (emocionais) ou o estrés de maneira máis efectiva son os diferentes tipos de adestramento en resiliencia (Johnson et al., 2015; Rogers et al., 2016), as medicións diarias do estado de ánimo e as transmisións do estado de ánimo que promoven a afirmación positiva (Cheng et al., 2020), o adestramento de autofeedback, o apoio do grupo de pares, a musicoterapia receptiva (Bertuzzi et al., 2021) e as intervencións baseadas na atención plena (Burton et al., 2017; Kriakous et al., 2021). Unha meta-análise de Ruotsalainen e Verbeek (2008) atopou evidencia de pequenas reducións dos niveis de estrés laboral entre as persoas traballadoras da

saúde para este tipo de intervencións dirixidas ao individuo. De todos os xeitos, xeralmente recoméndase combinar estas medidas con medidas preventivas primarias (por exemplo, Somani et al., 2021).



Prevenção de riscos terciarios

Unha situación na que as persoas traballadoras xa se viron prexudicadas por riscos psicosociais esixe unha prevención de riscos terciaria. No nivel terciario de prevención, axúdase ás persoas que experimentan problemas de saúde mental a lidar coas consecuencias da exposición a o estrés ou a controlar os seus síntomas. Este tipo de prevención céntrase en limitar as consecuencias negativas dos riscos psicosociais. Algúns exemplos son o asesoramento ou a terapia para os traballadores/as que sofren problemas psicosociais, ou os programas de reincorporación ao traballo ou de rehabilitación para as persoas traballadoras que se ausentan do traballo debido a problemas de saúde, para facilitar o seu proceso de reintegración (Franche et al., 2005), ou tratamentos para o trastorno do estrés postraumático (Liyanage et al., 2022).

Impulsores e barreiras para a xestión do risco psicosocial

A pesar da dispoñibilidade de intervencións e ferramentas para a xestión de riscos psicosociais, parece que abordar os riscos psicosociais na práctica adoita ser máis difícil que tratar outros tipos de riscos para a seguridade e a saúde no traballo. Independentemente do sector, *os requisitos previos que son moi importantes para o éxito das intervencións de xestión de riscos psicosociais organizacionais son, entre outros, o compromiso da dirección para xestionar os riscos psicosociais, a participación dos empregados/as na selección de accións e a xestión dos riscos, e a comunicación clara e activa durante todo o proceso de xestión dos mesmos* (Bourbonnais et al., 2006; Dahl-Jørgensen e Saksvik, 2005; ISO 45003:2021). Outro predictor importante para a xestión do risco psicosocial é o diálogo social (Iavicoli et al., 2011) e a conciencia e percepción dos diferentes grupos de interese sobre os riscos psicosociais. Houtman e cols. (2020) amosaron que o acordo entre a dirección e os representantes dos traballadores/as en canto ao seu coñecemento e percepción dos riscos psicosociais parece ser un importante predictor da xestión dos riscos psicosociais.

Pola contra, *os principais obstáculos para a xestión do risco psicosocial inclúen a falta de concienciación ou compromiso das partes interesadas (por exemplo, a dirección, os/as profesionais de recursos humanos, os empregados/as), a pouca percepción e falta de sensibilidade das cuestións psicosociais (por exemplo, o estigma asociado á saúde*



mental) e a percepción das partes interesadas de que a xestión do risco psicosocial é complexa, custosa e require coñecementos especializados de alto nivel. Aínda que os datos de ESENER de 2019 amosan que estas barreiras para a xestión de riscos psicosociais notificáanse con menos frecuencia no sector da asistencia sanitaria e social que en todos os outros sectores combinados, os riscos seguen estando moi presentes e, por tanto, é pertinente abordalos. Por exemplo, o 51% das persoas enquisadas no sector da saúde e a asistencia social sinalan a reticencia para falar abertamente sobre os riscos psicosociais, a falta de experiencia ou de apoio especializado. Un 34% informa dunha falta de concienciación entre o persoal e nun 23% dunha falta de concienciación entre a dirección. En canto ás principais dificultades notificadas para abordar a seguridade e a saúde no traballo en xeral, a falta de tempo do persoal (41% fronte á 33%) e a falta de diñeiro (26% fronte ao 19%) notificáronse con maior frecuencia no sector sociosanitario que en todos os outros sectores xuntos. Dispoñer de tempo suficiente é especialmente importante para abordar eficazmente os factores de risco psicosocial.

En definitiva, para unha axeitada xestión dos riscos psicosociais no sector sanitario e da asistencia social é importante non só centrarse nas medidas dirixidas directamente aos riscos psicosociais, senón tamén en crear as condicións organizativas para que ditas medidas sexan eficaces.

Conclusiones

Os riscos psicosociais relacionados co traballo supoñen unha ameaza para a saúde e o benestar do persoal sanitario e social. Neste artigo-documento revisouse a bibliografía existente e os informes de datos sobre os factores de risco psicosocial relacionados co traballo e a xestión de riscos no sector da saúde e a asistencia social. As principais conclusións son:

- 1) A prevalencia dos riscos psicosociais é un dos grandes problemas de saúde mental relacionados co traballo (é dicir, estrés, depresión ou ansiedade), sendo esta prevalencia máis elevada no sector da asistencia sanitaria e social en comparación con outros sectores.
- 2) Os riscos psicosociais típicos no sector da saúde e a asistencia social son as elevadas cargas de traballo, a presión do tempo, as demandas emocionais (por exemplo, a exposición a acontecementos traumáticos, a confrontación coa dor e a morte das persoas), as demandas cognitivas (por exemplo, a toma de decisións baixo presión), a violencia de terceiros, o acoso interno, as moitas horas de traballo e o traballo por quendas, a miúdo combinados coa falta de tempo, habilidades, control sobre o traballo e apoio social debido á falta de persoal.
- 3) En xeral, a exposición a riscos psicosociais pode ter graves consecuencias a nivel individual (p. ex., problemas de saúde mental e física, renuncia ao posto de traballo), organizativo (p. ex., perda de produtividade, absentismo, rotación) e social (p. ex., custos sanitarios, sobrecarga dos distintos servizos de saúde).
- 4) A pandemia de COVID-19 tivo un importante impacto negativo na saúde e o benestar dos traballadores/as sanitarios e sociais, debido ao aumento dos factores de risco psicosocial (por exemplo, medo a infectarse, aumento da tensión emocional, aumento da carga de traballo).
- 5) O aumento da dixitalización no sector da asistencia sanitaria e social crea novos riscos psicosociais para as persoas traballadoras sanitarias e sociais (por exemplo, falta de competencias, falta de control, "sobrecarga tecnolóxica"). O aumento do teletraballo pode ofrecer algúns beneficios (por exemplo, redución da xornada laboral, mellora da conciliación da vida laboral e familiar), mais tamén riscos (por exemplo, falta de apoio, falta de interaccións cos compañeiros/as). Outro risco que xurdiu debido á dixitalización é o ciberacoso.
- 6) As iniciativas para xestionar os riscos psicosociais no sector da saúde e a asistencia social poden adoptarse a nivel europeo (por exemplo, lexislación), estatal (por exemplo, campañas), autonómico/sectorial (por exemplo, apoio dos sindicatos) e empresarial/administración pública sectorial (por exemplo, intervencións no lugar de traballo).

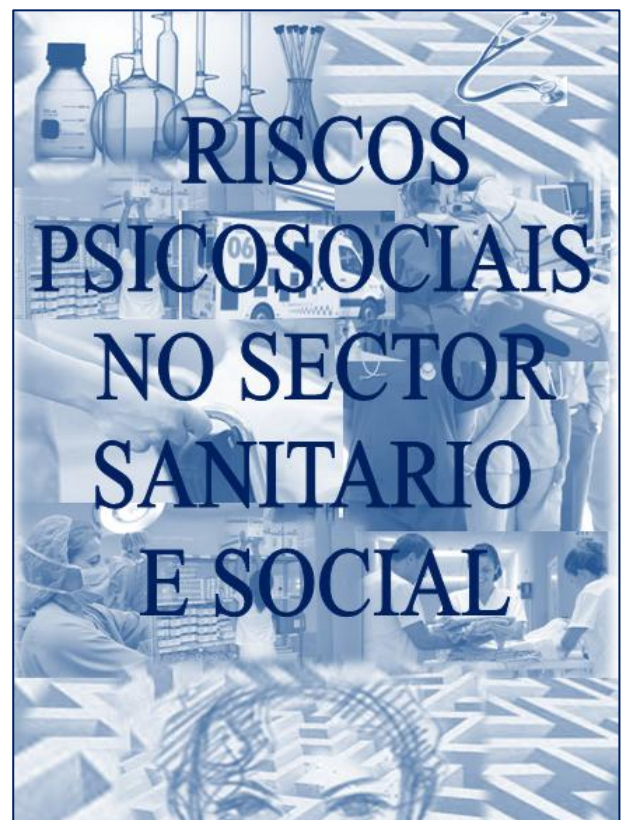
7) A nivel de empresa ou organismo público, as intervencións deben dirixirse principalmente á fonte organizativa dos riscos (por exemplo, mellorar os niveis de dotación de persoal, reducir a proporción de pacientes por persoal, limitar o traballo nocturno, garantir o tempo de recuperación). Cando non é posible eliminar os riscos, as intervencións tamén poden centrarse en proporcionar ferramentas para facer fronte aos riscos psicosociais (por exemplo, formación sobre a xestión do tempo ou a xestión de conflitos, ou intervencións baseadas na atención plena). Cando as persoas traballadoras xa se viron prejudicadas polos riscos psicosociais, necesítanse intervencións que limiten os efectos negativos (por exemplo, programas de asesoramento ou rehabilitación). Múltiples factores de risco psicosocial están presentes no traballo de atención sanitaria e social, o que significa que se necesitan intervencións multifactoriais e multinivel.

8) A dixitalización non só crea novos riscos para os traballadores/as sanitarios e sociais, senón que tamén pode contribuír a unha xestión eficaz dos riscos psicosociais. As novas tecnoloxías poden axudar ás persoas traballadoras sanitarias e sociais a alixeirar a carga de traballo ou a facer fronte a problemas de saúde psicosocial, como o estrés, a ansiedade e o esgotamento.

9) En comparación con outros sectores, as organizacións do sector sanitario e social parecen ser máis propensas a participar na xestión de riscos psicosociais. Ademais, os obstáculos para a xestión de riscos psicosociais (por exemplo, a reti-

cencia para falar abertamente sobre estas cuestións, a falta de coñecementos especializados, a falta de concienciación) notificáanse con menos frecuencia no sector da asistencia sanitaria e social en comparación con outros sectores.

10) Para unha axeitada xestión dos riscos psicosociais no sector da saúde e a asistencia social, é importante avaliar e supervisar (continuamente) a prevalencia e as consecuencias dos riscos existentes, así como dos novos e emerxentes (impulsados pola tecnoloxía). Deben identificarse ou desenvolverse, aplicarse e avaliarse medidas adecuadas para facer fronte a estes riscos.



A situación límite da sanidade pública galega como consecuencia das políticas de destrución e privatización practicadas polos distintos gobernos do PP

Nos últimos anos, coincidindo cos gobernos do PP na nosa terra e as súas políticas de descapitalización e derrubo do sistema público galego de saúde, o progresivo e continuo empeoramento das condicións laborais do persoal sanitario do SERGAS está a provocar entre outras moitas consecuencias, a fuxida cara a sanidade privada e aos sistemas sanitarios doutros países dunha cantidade importante de profesionais que buscan e necesitan mellores condicións de traballo.

Persoas traballadoras sanitarias que levan anos sentíndose “maltratadas” polo Goberno da Xunta que, tralos inmensos esforzos e sacrificios que tiveron que facer durante o período de pandemia como consecuencia da falta de medios e do persoal necesario para atender axeitadamente dita continxencia, atopáronse con que ao remate da mesma, o Goberno de Galiza non só non incrementou o persoal necesario para cubrir o seu déficit, senón que pola contra reduciu substancialmente o mesmo, empeorando significativamente as súas xa deficientes condicións de traballo, provocando condicións límite de sobrecarga laboral á vez que se mantíña e se mantén unha calculada estratexia de extrema precariedade na contratación laboral do persoal do SERGAS.



Situacións laborais como as que obrigan a facer as chamadas “autocoberturas”, nas que como consecuencia do déficit estrutural de persoal de enfermaría, medicina de familia ou pediatría que afecta ao sistema público galego de saúde, este persoal vese obrigado en moitas ocasións a ter que duplicar a súa xornada de traballo para cubrir ocos de servizo que non lles corresponden.

Situacións tan extremas e inxustificables como ter que asumir quendas de 15 días seguidos para logo ao seu remate ter un só día de descanso e voltar a traballar nunha quenda de 13 días sen descanso e de maneira continuada, o que non é algo tan inusual. Estas situacións evidentemente prodúcense pola falla estrutural do persoal necesario, máis tamén pola existencia de moitas persoas traballadoras contratadas polo SERGAS por períodos menores de 6 meses para aforrarse custos a costa dos seus dereitos laborais, e que por medo a represalias nas súas futuras contratacións, rematan por cumprir e asumir as dobres xornadas e as quendas impostas, ás veces comunicadas só cunha hora ou dúas de antelación.

Neste contexto, dáse a circunstancia que recentemente o Goberno da Xunta do PP a través da Di-

rección do SERGAS anunciou un plus de 1.365€ anuais para os/as profesionais de enfermaría que fixeran 105 ou máis horas de xornada complementaria. Deste xeito o Goberno do PP segue na mesma dirección e coa mesma estratexia de non incrementar o cadro de persoal de enfermaría, insistindo ademais na precarización da contratación e a temporalización da mesma. Dito doutro xeito, o Goberno do PP na Galiza mantendo a súa liña de destrución da sanidade pública galega, prima que as persoas traballadoras de enfermaría, medicina de familia ou pediatría fagan horas extras, para deste xeito seguir sen resolver o problema real e acuciante de fondo que supón a evidente e palmaria falta de persoal.

Sen dúbida algunha a Xunta do PP está a practicar unha política intencional, consciente e planificada de precarización laboral e de atentado permanente aos dereitos básicos das persoas traballadoras que, como o partido político de dereita extrema que realmente é, pretende e até agora conseguiu, dispoñer de milleiros de traballadores/as profesionais formados, desprotexidos, sen dereitos e sen contratos estábeis, dos que poder botar man cando o consideren ou necesiten, sen que estes teñan posibilidades de defensa ou de resposta a este sistema de abuso e conculcación de dereitos laborais, paradigma e paraíso da ideoloxía neoliberal.



Nos últimos 12 anos, aproximadamente 10.000 profesionais da enfermaría do servizo público galego de saúde (SERGAS) están a ser sometidas a unha precariedade laboral extrema cada día máis agravada, con elevadísimas taxas de temporalidade e eventualidade que entre outras moitas consecuencias cercena o seu dereito ás vacacións, aos permisos por casamento, ás baixas por enfermidade ou embarazo, ... ; véndose sometidas a unha continua mobilidade entre distintos servizos, a concatenación de distintos contratos ao longo de anos e anos, imposibilidade de conciliar a vida persoal e familiar coa laboral ou vivir baixo a permanente ameaza de penalizacións nas listas de contratación, se se “portan mal”, protestan pola súa situación ou loitan polos seus dereitos laborais. Universo PP.

Paralelamente a esta situación, na primeira parte deste ano 2023 a Consellería de Sanidade do PP coa intención de contentar a unha parte dos médicos/as e a patronal da sanidade privada, chegou a un acordo co *Consello Galego de Colexios Médicos* que permite que os facultativos/as podan exercer en centros privados que ata agora estaban vetados ou prohibidos. En definitiva, trátase de darlles a estes máis facilidades para que compatibilicen a actividade pública e privada e deste xeito diminuír os custos de persoal para a patronal da sanidade privada.

Aínda que os médicos/as xa podían compatibilizar a sanidade pública coa privada, estes tiñan que solicitar que se lles recoñecese a través de Función Pública. O que vai cambiar con este acordo -que se vai aplicar retroactivamente dende o 1 de xaneiro de 2023-, é que tamén poderán compaxinar o seu traballo en centros concertados co SERGAS. Ata agora se a sanidade pública galega concertaba

algún servizo cun centro privado, ningún facultativo/a da sanidade pública podía traballar nese centro sanitario, aínda que fora nun servizo distinto ao que estaba concertado. A partir de agora e por graza dese convenio, si se permitirá, sempre que traballen en servizos que non estean conveniados co SERGAS. Así é como a Xunta de Galicia do PP dá resposta ao clamor e a esixencia do conxunto da cidadanía galega de restituír e mellorar os servizos e a calidade do Sistema Público Galego de Saúde, afondando na privatización da sanidade pública e no desmantelamento da mesma, facilitando aínda máis a dobre adicación público-privada dos médicos/as galegos/as. Baste dicir que nas CCAA nas que goberna o PP, a sanidade pública perdeu no último ano ao redor de 4.200 traballadores/as, mentres a sanidade privada gañou 9.500, medrando na Galiza os seguros médico privados no último ano un 20%.

Aínda que o actual presidente da Xunta Alfonso Rueda sucesor de Feijóo, esfórzase como o seu antecesor en presentar estatísticas maquilladas favorables a súa xestión da sanidade galega, a saturación permanente e a falta de capacidades do SERGAS para dar resposta axeitada ás demandas de atención médica da cidadanía galega, revelan unha situación de colapso que se percibe no día a día dos pacientes e en cada xornada laboral do desbordado e maltratado persoal da sanidade pública. Particularmente nunha atención primaria na que os pacientes teñen que esperar como mínimo unha semana para ter unha cita co seu médico/a de familia, atención bucodental, pediatría ou enfermaría.

Son xa moitos os anos que partidos políticos opositores do PP, sindicatos, asociacións de pacientes e colexios médicos están a denunciar insistentemen-



te o progresivo deterioro da atención primaria e a perda evidente da calidade na atención médico-sanitaria. Situación esta ante a que o PP de Galicia limítase a botar balóns fóra, mentindo á cidadanía e culpabilizando da súa nefasta xestión ao Goberno central do Estado, cando a realidade é que a competencia sanitaria exclusiva xa leva moitos anos (desde 1989) transferida ao noso País.

Se atendemos aos datos económicos, só a comunidade de Madrid -paradigma do neoliberalismo e da privatización da sanidade pública- inviste na atención primaria, piar da sanidade pública, unha porcentaxe menor por habitante que Galiza. Así, mentres Galiza adica un 11,6% do total dos seus orzamentos en sanidade á atención primaria, comunidades autónomas como Andalucía ou Castela León adican un 17,7% e un 16,1% respectivamente.

Recentemente, unha ampla enquisa realizada practicamente á metade do persoal médico galego do SERGAS, revelou que máis da metade dos mesmos teñen que facer horas extras para poder atender a todos os pacientes que teñen asignados. Que o 42% dos facultativos/as que atenden nos PAC (Puntos de Atención Continuada) que actúan como servizos de urxencia extrahospitalarias, compaxinan as súas xornadas laborais con consultas ordinarias en atención primaria. Situación esta que a bo seguro nun inmediato futuro se verá agravada polo progresivo envellecemento do cadro de persoal

médico do SERGAS, xa que aproximadamente un 35% do mesmo ten máis de 60 anos e procederán a xubilarse nuns poucos anos.

A precariedade e escaseza dos medios humanos sanitarios ao que o Goberno do PP da Xunta de Galicia está a obrigar ao SERGAS e a sobrecarga asistencial á que o seu persoal se ve sometido, non só representa un alto risco de accidente e enfermidade para estas persoas traballadoras, senón que tamén para os propios pacientes a cuxa atención non lles poden adicar o tempo esixible e necesario para proporcionarlles unha atención sanitaria de calidade.

A suba da esperanza de vida implica un envellecemento progresivo da poboación que, na Galiza supón que un 25% da mesma se sitúe por riba dos 65 anos. Esta circunstancia comporta un importante reto, médico e asistencial, para o conxunto do sistema sanitario galego que debe atender a unha poboación galega cada vez máis envellecida e cun aumento exponencial das patoloxías múltiples e crónicas que necesitan un importante esforzo asistencial. Doenzas cardiovasculares, enfermidades infecciosas, pacientes con enfermidades crónicas complexas, diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, problemas cardiorrespiratorios, doenzas dexenerativas, etc. En definitiva, atopámonos ante un escenario en cernes onde vanse incrementar notablemente os/as doentes crónicos complexos e pluripatolóxicos de idade avanzada, cunha autonomía persoal diminuída e un significativo deterioro funcional e/ou cognitivo.

A extensión da cronicidade das patoloxías consecuencia do importante avance na esperanza de vida da poboación galega, debería obrigar á clase política

e especialmente a quen gobernan, a satisfacer a necesidade non só de importantes investimentos en materia de sanidade pública (ao contrario do que fan e veñen facendo historicamente os gobernos do PP), senón que tamén a unha mudanza das dinámicas prioritarias de hospitalización e de funcionamento do conxunto dos centros sanitarios do SERGAS, máis preparados e orientados ao tratamento das patoloxías agudas que de atención a unha cronicidade en franca expansión.

Os pacientes con patoloxías múltiples e cronicadas, sendo aproximadamente un 7%, xa consumen agora ao redor dun 50% dos recursos sanitarios. Son doentes que necesita dos servizos de polifarmacia, revisións periódicas de distintas especialidades médicas ou de enfermaría e do seguimento constante da medicina e enfermaría familiar e comunitaria sobre a evolución do seu estado de saúde. Pacientes que en ningún caso poden estar esperando meses por unha consulta médica ou de enfermaría ou pola realización dun proba diagnóstica.

Así as cousas, urxe trocar o fondo e a filosofía de xestión do SERGAS na procura do seu afortalamiento e dotación de recursos humanos e materiais, así como a mellora das condicións de traballo do seu persoal. Algo isto, absoluta e radicalmente o contrario do que veñen facendo nos últi-



mos anos os distintos e sucesivos Gobernos do PP na Xunta de Galicia, enpeñados como están en destruír e deteriorar a sanidade pública galega, en favor da extensión dunha privatización a ultranza da mesma, coa intención de facer da saúde das persoas un enorme negocio de grandes beneficios para aqueles que a avalan, impulsan, promocionan e xestionan.

O intento do PP de conceder o complemento de exclusividade aos médicos/as da sanidade pública aínda que tamén traballen na privada

O complemento de exclusividade habilitado no seu momento polo SERGAS para incentivar a aqueles médicos/as con adicación plena e exclusiva ao sistema sanitario público galego, pode estar agora a piques de ser desvirtuado e carente de sentido tralo acordo asinado entre a Confederación Estatal de Sindicatos Médicos de Galicia (CESM) e a dirección do SERGAS, quen en última instancia pretendería segundo o manifestado polo Conselleiro do ramo, retribuír este concepto ao persoal médico que exerza no ámbito público e no privado.

Efectivamente, a Lei 55/2003, do Estatuto Marco do persoal estatutario dos servizos de saúde, destaca, a “dedicación prioritaria ao servizo público e á transparencia”, falando da “prioridade e da exclusividade que se reflicte no réxime retributivo coa renuncia ao complemento específico e no réxime de incompatibilidades do persoal médico, no que se establece unha remisión á normativa dos empregados públicos, resultando de aplicación a Lei 53/1984, de Incompatibilidades do Persoal ao Servizo das Administracións Públicas”.

Ante os continuos recortes que o PP leva practicando na última década e media dos seus gobernos

na Galiza, as reivindicacións e obxectivos dos colectivos sanitarios, son e foron entre outros, que se invista máis e mellor na atención primaria, que non se contrate persoal sanitario sen formación especializada acreditada, que se poña punto e final á precariedade laboral e á inestabilidade no traballo no conxunto do sistema sanitario público galego e que se aplique unha política retributiva e de carreira profesional realmente xusta e incentivadora.

Na actualidade e dentro do continuo proceso de desmantelamento e a privatización sanitaria practicada polo PP na Galiza, este pretende conceder aos médicos e ás médicas que traballan simultaneamente na sanidade pública e na privada, a maiores do seu salario, o incentivo económico de 870 euros máis o mes. Isto é, o “complemento” económico por adicación exclusiva a maiores do seu salario, destinado a aqueles médicos/as que se adican profesionalmente so e exclusivamente ao sistema sanitario público, centrando no mesmo todos os seus esforzos, sendo esta a compensación da Administración a súa fidelización en aras dunha sanidade pública máis eficiente e eficaz.

Son xa moitos os servizos privatizados polo PP nos últimos anos que sen dúbida deberían reintegrarse canto antes á sanidade pública: información, historia clínica, receita electrónica, central de chamadas, ambulancias, loxística, investigación, docencia, ... Mais non contentos aínda con isto, o PP dentro da súa patolóxica e perniciosa obsesión de privatización a ultranza da sanidade pública galega, tras un acordo co CESM, afín ideoloxicamente a eles e que realmente só representa a unha moi pequena parte dos médicos/as galegos/as colexiados/as, dan un paso máis no proceso de desmantelamento da sanidade pública galega, no seu intento de retorcer a

normativa, tentando conceder dun xeito inxusto, caciquil e arbitrario, o complemento salarial de exclusividade, a aqueles médicos e médicas que na práctica vulneran esa exclusividade e que polo tanto non reúnen o requisito mínimo imprescindible para ser perceptores de dito complemento.

O que realmente está a facer o PP e incentivar o desmantelamento e deterioro da sanidade pública, incentivado por unha banda que os seus médicos/as do SERGAS se adiquen simultaneamente á sanidade privada, descapitalizando profesionalmente a sanidade pública galega, á vez que se desincentiva aos médicos/as que realmente están a cumprir de verdade co requisito de adicación exclusiva requirido.

Dende o sindicalismo corporativo sanitario, que só pensan en si mesmos e nos seus particulares beneficios, argumentan a falsidade que aos médicos/as con dobre traballo (pública-privada) se lles retira o suplemento específico de exclusividade” como se este lles correspondera, cando a realidade é que eses médicos/as cobran o salario que lles corresponde na pública, mais non poden cobrar en ningún caso un complemento salarial por unha exclusividade que a todas luces non cumpren.

Nestes pasados días nunha entrevista publicada polo diario Nós, un médico especialista da AP de Outes dicía: O actual Conselleiro de Sanidade do PP, Julio García Comesaña, afirmou recentemente que o “seu departamento traballaba en fórmulas para flexibilizar a Lei de compatibilidades para exercer no Sergas e tamén no ámbito privado”. Comesaña por moito Conselleiro que sexa, non

pode flexibilizar una lei ao seu gusto e conveniencia. As leis cúmprense na súa literalidade. Ademais, algo importantísimo: a lei (e non a Xunta) di que “está prohibido atender na privada pacientes da súa area sanitaria”, e como todos sabemos, non se cumpre nin á Consellaría lle interesa investigalo. A lei di que “o persoal licenciado sanitario pode exercer o seu posto no servizo público de saúde e simultaneamente na medicina privada, sempre que renuncie ao complemento específico e cumprindo o réxime de incompatibilidades”. O seu incumprimento está tipificado como falta grave ou moi grave, coa conseguinte sanción disciplinaria que en cada caso correspondería impoñer ao facultativo/a que non cumpra.

A Xustiza estriba en manter un complemento por fidelización ... e cumprir a lei. Se queren aumentar o salario de profesionais que traballan na pública e na privada, poden facelo, incumprindo a lei ... pero que non lle chamen complemento de exclusividade.

De novo o PP pactando co “sindicalismo” corporativista outorgando a cambio concesións, privilexios e tratos de favor para frear y dividir as lexítimas reivindicacións do conxunto do cadro de persoal sanitario. Unha estratexia esta que xa lle ten dado bos resultados en moitas outras ocasións. Divide e vencerás.

Así as cousas, unha vez máis haberá que estar atentos para que o PP non volva facer unha nova falcastruada pola porta de atrás, como parte da súa inveterada costume de facer da política unha forma privilegiada de iniquidade, corrupción e mal goberno.

