

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS / IKASGAIEN AMAIERAKO LANA
MÁSTER UNIVERSITARIO EN PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS ADMINISTRACIONES
SANITARIAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
FRENTE AL COVID-19

Saioa Cilveti Alvarez

DIRECTOR / ZUZENDARIA

José Luis Goñi Sein

Pamplona / Iruñea

8 de septiembre de 2022

RESUMEN. A finales del año 2019 aparecen en China las primeras personas contagiadas por el virus SARS-CoV-2. Desde entonces, el virus se ha expandido rápidamente causando numerosos contagios y muertes entre la población, dando lugar a la de pandemia mundial. Con el objetivo de controlar y disminuir los contagios, se aprueba en España el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

En este contexto se encuentra el sector sanitario, un sector vulnerable reconocido por su importante labor frente al virus. En materia de prevención de riesgos laborales, la pandemia no ha suspendido las obligaciones de la Administración Pública en su papel de empleadora para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su cargo, y en caso de incumplimiento de las mismas, ha dado lugar a su responsabilidad.

Palabras clave: Covid-19, Sector sanitario, Administración Pública, Medidas de prevención de riesgos laborales, Responsabilidad.

ABSTRACT. At the end of 2019, first people infected by the SARS-CoV-2 virus appeared in China. Since then, the virus has spread rapidly causing numerous infections and deaths, giving rise to a worldwide pandemic. In order to control and reduce contagion, Royal Decree 463/2020 of March 14 was approved in Spain, declaring the state of alarm for management of the health crisis situation caused by COVID-19.

In this context, healthcare sector finds itself as a vulnerable sector recognized for its important work facing the virus. In terms of labor risk prevention, the pandemic has not suspended the obligations of the Public Administration in its role as the employer to ensure the health and safety of the workers under its care, and in case of non-compliance with these obligations, it has given rise to its liability.

Key words: Covid-19, Healthcare sector, Public Administration, Prevention measures, Responsibility

Contenido

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCCIÓN | 5 |
| II. LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA..... | 6 |
| 1. Marco normativo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales | 6 |
| 2. Adaptación de la LPRL al ámbito de la Administración Sanitaria..... | 8 |
| 2.1. Administración Sanitaria en la Constitución Española..... | 8 |
| 2.2. La LPRL y su vocación de universalidad..... | 9 |
| 2.3. Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado..... | 10 |
| 2.4. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública | 11 |
| 2.5. Navarra en materia de Sanidad..... | 12 |
| III. NATURALEZA DEL COVID-19 Y EXPOSICIÓN AL RIESGO DE EXPOSICIÓN AL SARS-CoV-2..... | 13 |
| 1. Epidemiología de la enfermedad | 13 |
| 2. Características clínicas y evolución..... | 18 |
| 2.1. Características de la enfermedad..... | 19 |
| 2.2. Evolución de la enfermedad..... | 22 |
| 3. Exposición al riesgo del personal sanitario y no sanitario..... | 27 |
| 3.1. Clasificación del SARS-CoV-2 como riesgo biológico..... | 27 |
| 3.2. Determinación del personal sanitario y exposición al riesgo biológico..... | 29 |
| 3.3. Personal sanitario como grupo vulnerable frente al Covid-19..... | 31 |
| IV. ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA..... | 34 |
| 1. Organización de la prevención en la LPRL..... | 34 |
| 2. Organización de la prevención en las Administraciones Públicas | 34 |
| 3. Procedimiento de actuación de los servicios de prevención frente a la exposición al SARS-CoV-2 | 37 |
| V. OBLIGACIÓN DE LA PREVENCIÓN FRENTE AL COVID-19..... | 37 |
| 1. Evaluación del riesgo..... | 38 |
| 2. Información y formación | 40 |
| 3. Medidas de protección: procedimiento de actuación de los SP frente a la exposición al SARS-Cov-2..... | 42 |
| 3.1. Organizativas:..... | 44 |
| 3.2. Protección colectiva: | 44 |
| 3.3. Protección personal: EPIs..... | 45 |

| | | |
|-------|--|----|
| VI. | RESPONSABILIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA | 48 |
| 1. | Origen y regulación | 48 |
| 2. | Responsabilidad Patrimonial | 50 |
| 3. | Responsabilidad Penal | 53 |
| 4. | Responsabilidad Disciplinaria | 56 |
| VII. | CONCLUSIONES..... | 57 |
| VIII. | BIBLIOGRAFIA | 60 |

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene por objeto analizar, desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales, el papel de la Administración Pública en el sector sanitario de España durante el periodo de pandemia, las obligaciones asumidas para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores del sector sanitario y el tipo de responsabilidades en que ha podido incurrir con su actuación.

El trabajo se estructura en tres partes: en primer lugar, además de delimitarse el marco normativo que recoge la prevención de riesgos laborales, se pone en relación esta materia con la Administración sanitaria. A continuación, se esbozan las notas básicas sobre el virus que ha causado la pandemia, el SARS-Cov-2, es decir, se ofrece información sobre la epidemiología de la enfermedad, características clínicas y su evolución. Y dado que el tema se centra en los trabajadores del sector sanitario como grupo vulnerable, se expone el apartado relativo a la exposición al riesgo biológico.

En la segunda parte, se analizan, en primer lugar, las formas de organización de la prevención en la Administración sanitaria con mención a la organización en Navarra. A continuación, se establecen las obligaciones que asume la Administración pública en materia de prevención de riesgos laborales (realización de las evaluaciones de riesgo, ofrecer información y formación a los trabajadores y adoptar las medidas de protección frente a los riesgos que no se hayan podido eliminar).

Finalmente, se hace referencia a los tipos de responsabilidad en los que puede incurrir la Administración como empleadora por no cumplir sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales y se hace una breve referencia a los asuntos litigiosos más emblemáticos suscitados por el colectivo del sector sanitario ante los tribunales en materia de responsabilidades por la actuación deficiente de la Administración.

En cuanto a la información analizada para elaborar el presente trabajo, además de consultar las fuentes normativas relacionadas con el tema a tratar, tanto a nivel nacional como internacional, se ha obtenido información a través de fuentes oficiales como son la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Sanidad. Además, se han consultado diversos artículos publicados en revistas científicas como, por ejemplo, Elsevier, Revista española de Derecho del Trabajo, Enfermería Clínica y Medicina y Seguridad del Trabajo. Finalmente, en cuanto a la información jurisprudencial, se ha acudido a la base de datos de Aranzadi y a comunicados del Poder Judicial.

II. LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

1. Marco normativo de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales

En materia de Prevención de Riesgos Laborales (PRL en adelante), el marco normativo se integra por diferentes textos legales que establecen una serie de derechos y obligaciones o deberes para los sujetos intervinientes en las relaciones laborales.

A nivel nacional, la normativa sobre Prevención de Riesgos Laborales se regula en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL). El propio art. 1 establece que la normativa sobre prevención de riesgos laborales está constituida por la presente Ley, sus disposiciones de desarrollo o complementarias y cuantas otras normas, legales o convencionales, contengan prescripciones relativas a la adopción de medidas preventivas en el ámbito laboral o susceptibles de producirlas en dicho ámbito.

Es conveniente observar el preámbulo de la ley para lograr una visión global sobre el marco normativo, y en concreto, identificar la importancia de los dos pilares básicos de la normativa de prevención: el mandato constitucional y la presencia de España como miembro de la Unión Europea.

El fundamento principal se encuentra en la Constitución Española (CE), norma suprema del ordenamiento jurídico español. El art. 15 sobre derechos fundamentales establece que “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral (...)” y en relación con el ámbito laboral, el art. 40.2 establece el mandato constitucional a los poderes públicos de velar por la seguridad e higiene en el trabajo. Como consecuencia de ello, existe la necesidad de que los poderes públicos desarrollen una política de protección de la salud de los trabajadores, que se reconoce como un derecho, mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo (art. 43.1 y 2 CE).

Este derecho de los trabajadores a la protección de la salud en el trabajo se contempla además en el Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. En su art. 4.2.d) se establece los trabajadores, en la relación de trabajo, tienen derecho a su integridad física y a una adecuada política de prevención de riesgos laborales, y el art. 19 indica que el trabajador, en la prestación de sus servicios, tendrá derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.

En cuanto a los empleados públicos, es decir, quienes desempeñan funciones retribuidas en las Administraciones Públicas al servicio de los intereses generales, el derecho a recibir la protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo se encuentra en el art.14.1) del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público (EBEP).

La normativa de prevención encuentra su segundo pilar en la integración de España en la Unión Europea. En virtud de lo dispuesto en el artículo 118 A del Tratado, la ley nacional debe necesariamente ser armónica con la política comunitaria de la Unión Europea sobre la materia de PRL para alcanzar la mejora progresiva y homogénea de las condiciones de trabajo. Así, existe un acervo jurídico europeo sobre protección de la salud de los trabajadores en el trabajo, siendo la Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo su eje central.

Por lo tanto, el resultado del mandato constitucional del art. 40.2 CE y la Directiva comunitaria antes citada es la LPRL, que se encarga de transponer al Derecho español la citada Directiva.

Asimismo, para entender el marco normativo se debe tener en cuenta también el compromiso contraído por España con la Organización Internacional del Trabajo, a partir de la ratificación en 1985 del Convenio número 155 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo, adoptado en Ginebra el 22 de junio de 1981. En el apartado relativo a la Acción a Nivel Nacional, el art. 8 establece que “todo Miembro deberá adoptar, por vía legislativa o reglamentaria o por cualquier otro método conforme a las condiciones y a la práctica nacionales, y en consulta con las organizaciones representativas de empleadores y de trabajadores interesadas, las medidas necesarias para dar efecto al artículo 4 del presente Convenio”, es decir, el estado debe formular, poner en práctica y reexaminar periódicamente una política nacional coherente en materia de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente de trabajo, política tendrá por objeto prevenir los accidentes y los daños para la salud que sean consecuencia del trabajo, guarden relación con la actividad laboral o sobrevengan durante el trabajo, reduciendo al mínimo, en la medida en que sea razonable y factible, las causas de los riesgos inherentes al medio ambiente de trabajo.

En conclusión, como indica el art. 1 LRPL, el marco normativo en materia de PRL lo componen la Ley, sus disposiciones de desarrollo o complementarias y cuantas otras normas, legales o convencionales, contengan prescripciones relativas a la adopción de medidas preventivas en el ámbito laboral o susceptibles de producirlas en dicho ámbito. Así, debe destacar el principio de jerarquía normativa¹ y el carácter de derecho mínimo indisponible que tiene la Ley, en el sentido de que constituye el marco legal a partir del cual las normas reglamentarias irán fijando y concretando los aspectos más técnicos de las medidas preventivas, y, por otro lado, como soporte básico a partir del cual la negociación colectiva podrá desarrollar su función específica.

En este aspecto, es importante subrayar el Real Decreto 39/1997 de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención que se encarga de desarrollar aspectos esenciales en materia de prevención de riesgos laborales.

También es importante destacar en este trabajo el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a Agentes Biológicos durante el trabajo. Su contenido establece las disposiciones mínimas aplicables a las actividades en las que los trabajadores estén o puedan estar expuestos a agentes biológicos debido a la naturaleza de su tarea o puesto de trabajo, como es el caso del personal sanitario.

2. Adaptación de la LPRL al ámbito de la Administración Sanitaria

2.1. Administración Sanitaria en la Constitución Española

Al hablar de ámbito de la Administración Sanitaria en España, en primer lugar, hay que hacer referencia al artículo 43 de la CE. Se trata de un principio rector de la política social y económica que reconoce el derecho a la protección de la salud y atribuye la competencia a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Indica a su vez que es la ley la que establece los derechos y deberes de todos al respecto.

¹ BENLLOCH LOPEZ, M.C., UREÑA UREÑA, Y. “Conceptos básicos sobre Seguridad y Salud en el Trabajo. Unidad Didáctica 3”, en Manual Básico de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2018, pág. 5. En el sentido de que: 1) Una norma de rango inferior no puede contradecir lo dispuesto en otra de rango superior, de forma que, si produjese algún desajuste entre una y otra, prevalecería la norma de rango superior. 2) Una norma posterior deroga a una norma anterior de igual rango, de forma que, si en un supuesto se pudieran aplicar dos normas del mismo rango, prevalecerá la norma posterior. 3) Una ley especial prevalece frente a una ley general porque se entiende que el legislador ha querido tratar detalladamente la materia. 5

Por lo tanto, son los poderes públicos los que tienen competencia para organizar y tutelar este ámbito, y en función del principio de descentralización, es la Constitución Española la que establece las competencias asumibles por las Comunidades Autónomas (art. 148. 1. 21. “Sanidad e higiene”) y las exclusivas del Estado (art. 149. 1. 16. “Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos”).

Por lo tanto, los poderes públicos son competentes en la gestión de la salud pública y ello se conoce como ámbito de la Administración Sanitaria. En este ámbito destaca el Sistema Nacional de Salud (SNS), que es el ente que engloba las prestaciones y servicios sanitarios en España y que además constituye el marco de garantías generales para la protección de la salud de los ciudadanos.

Su política se orienta a garantizar la atención sanitaria a todas las personas del territorio español y persigue, a través de actuar con el sistema descentralizado² en las Comunidades Autónomas, la superación de los desequilibrios territoriales y sociales. Esta estructura descentralizada de los servicios de salud permite mejorar la atención a la población de cada territorio y consumir o utilizar eficientemente los recursos disponibles.

2.2. La LPRL y su vocación de universalidad

Con anterioridad a analizar la adaptación de la LPRL al ámbito de la Administración Sanitaria, es preciso recalcar que la LPRL, dada su vocación de universalidad, tiene por finalidad abordar de manera global y coherente el conjunto de los problemas derivados de los riesgos relacionados con el trabajo, cualquiera que sea el ámbito en el que el trabajo se preste.

Por ello, como se desprende del preámbulo de la ley y de su art. 3, el ámbito de aplicación de la Ley incluye tanto a los trabajadores vinculados por una relación laboral en sentido estricto, como al personal civil con relación de carácter administrativo o estatutario al servicio de las Administraciones públicas y también se aplica a los socios trabajadores o de trabajo de los distintos tipos de cooperativas. Como se estudiará en las siguientes líneas, quedan excluidos del ámbito de aplicación en el marco de la función

² Tal y como establece el art. 103 CE, “La Administración Pública sirve con objetividad los intereses generales y actúa de acuerdo con los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación, con sometimiento pleno a la ley y al Derecho”

pública, determinadas actividades de policía, seguridad, resguardo aduanero, peritaje forense y protección civil.

Por lo tanto, la LPRL se aplica también en el ámbito de las Administraciones Públicas.

2.3. Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado

En relación con la adaptación de la ley al ámbito de la Administración Sanitaria, hay que hacer mención al Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado, ya que es el texto normativo que se encarga de esta materia.

El origen de la adaptación, según el preámbulo, viene explicado por los artículos 31.1, 34.3 y 35.4 LPRL y la disposición adicional cuarta del RSP, donde se indicaba la necesidad de regular, a través de una normativa específica para las Administraciones Públicas, determinadas cuestiones como los derechos de participación y representación, la organización de los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades preventivas, la definición de funciones y niveles de cualificación del personal que las lleve a cabo y el establecimiento de adecuados instrumentos de control.

Por otro lado, se han dado modificaciones en la normativa general de PRL que han de ser trasladadas al ámbito de la Administración (por ejemplo, la Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales, que profundiza en la necesidad de integrar la actividad preventiva en las organizaciones y establece la obligatoriedad de elaborar Planes de Prevención como medio para conseguir dicha integración).

Finalmente, la adaptación de la normativa al ámbito público debía reflejar el contenido de la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2007-2012. La estrategia establecía las Administraciones Públicas, como empleadores, debían hacer plenamente efectivo el derecho contemplado en el EBEP de los empleados públicos a recibir protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo. Así, al igual de lo que ocurre con las empresas en el ámbito privado, las Administraciones Públicas debían lograr un mejor y más eficaz cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, mejorar la eficacia y calidad de las actividades preventivas y fortalecer y

favorecer la implicación de los empleados públicos en la mejora de la seguridad y la salud en el trabajo.

En cuanto al ámbito de aplicación, el art. 2 establece que “será de aplicación en la Administración General del Estado y en los organismos públicos vinculados o dependientes de ella que tengan personal funcionario o estatutario a su servicio, ya tengan o no, además, personal laboral. En caso de que existan ambos tipos de personal, las previsiones serán igualmente aplicables a ambos”.

Como antes se ha indicado, existen actividades a las que no será aplicable la ley porque sus particularidades así lo impiden, y son: policía, seguridad y resguardo aduanero; servicios operativos de protección civil y peritaje forense en los casos de grave riesgo, catástrofe y calamidad pública; fuerzas armadas y actividades militares de la Guardia Civil.

Por lo tanto, se observa que el sector sanitario no es un supuesto de exclusión

2.4.Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

Según establece el preámbulo de esta ley, “ los poderes públicos han de asegurar y mejorar la salud de la población, la actual y la futura, entendiendo la inversión en salud como una contribución decisiva al bienestar social (...) Los dispositivos de salud pública (...) vigilan el estado de salud de la población y sus determinantes, advirtiendo de las potenciales ganancias en salud de diferentes políticas o intervenciones; responden a las amenazas sobre la salud de la población y a las crisis sanitarias; (...) y en el área de la prevención de la enfermedad y de las lesiones, mediante vacunaciones y otras intervenciones poblacionales.”.

El art. 1 define la salud pública como el “conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, con la participación de la sociedad, para prevenir la enfermedad, así como para proteger, promover y recuperar la salud de las personas, tanto en el ámbito individual como en el colectivo y mediante acciones sanitarias, sectoriales y transversales”. El art. 2 nos habla del ámbito de la ley, que “será de aplicación a las Administraciones públicas con carácter general y a los sujetos privados cuando específicamente así se disponga”.

En relación con la salud laboral, el art. 32 indica que “La salud laboral tiene por objeto conseguir el más alto grado de bienestar físico, psíquico y social de los trabajadores en relación con las características y riesgos derivados del lugar de trabajo, el ambiente laboral y la influencia de éste en su entorno, promoviendo aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo”.

El art. 33 y el 34 hacen referencia a la actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral y a la participación en salud laboral respectivamente. Se hace referencia a aspectos como la promoción de la salud integral de los trabajadores, el desarrollo y actuación en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos laborales y la promoción de la información, formación, consulta y participación de los profesionales sanitarios, de los trabajadores y sus representantes legales y de los empresarios en los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral.

2.5. Navarra en materia de Sanidad³:

Tal y como anteriormente se ha mencionado en relación con el principio de descentralización, la gestión de la sanidad recae sobre las Comunidades Autónomas. En lo que respecta a Navarra, ésta presenta algunas singularidades que la diferencian del régimen común y que se derivan de un régimen foral privativo e histórico.

Según el art. 53 de la Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra, “en materia de sanidad interior e higiene, corresponden a Navarra las facultades y competencias que actualmente ostenta, y, además, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado”.

Dentro de su territorio, Navarra tiene competencia para organizar y administrar todos los servicios correspondientes a la materia a la que se refiere el apartado anterior y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones relacionadas con las mismas. Sin embargo, para asegurar el cumplimiento de lo anterior, corresponde al Estado las actividades de coordinación y alta inspección.

Las singularidades que tiene la Comunidad Foral de Navarra se refieren por ejemplo a la asignación de los sanitarios al servicio de la Sanidad Local; a la organización de los

³ Visto en http://www.enciclopedianavarra.com/?page_id=18430

servicios de la Sanidad Pública Provincial; y a la financiación de ambos con cargo a la Hacienda Pública Foral. Esta peculiar administración sanitaria coexiste con la administración sanitaria estatal y sus organismos autónomos y con la entidad gestora de la Seguridad Social para la asistencia sanitaria (Dirección provincial del Instituto Nacional de la Salud – INSALUD).

Es decir, en Navarra no existen diferencias en la aplicación de la normativo sobre prevención de riesgos laborales, y es indiferente al igual que en el resto del Estado que se hable de empleados del ámbito privado como de empleados públicos, ya pertenezcan al sector sanitario o no.

Finalmente, es interesante subrayar que la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud de Navarra sienta los criterios y principios generales de actuación sanitaria orientando decididamente la actividad de la Administración sanitaria a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, así como al fomento de la educación para la salud de la población.

En lo que se refiere a los aspectos organizativos, la Ley Foral prevé y regula la existencia de órganos de participación y se centra en la creación y definición de la estructura orgánica básica del Organismo autónomo administrativo Servicio Navarro de Salud.

El Servicio Navarro de Salud dota a la Administración Sanitaria Foral de una estructura organizativa y de gestión en la que, por un lado, se integren los Centros y servicios sanitarios dependientes del Gobierno de Navarra, así como los provenientes de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social que le sean adscritos y, por otro, se dota de competencias en gestión de recursos humanos y económicos para que constituya un organismo autónomo y capacitado para la aplicación de técnicas y métodos de gestión.

III. NATURALEZA DEL COVID-19 Y EXPOSICIÓN AL RIESGO DE EXPOSICIÓN AL SARS-CoV-2

1. Epidemiología de la enfermedad

La epidemiología es la ciencia básica para la medicina preventiva y una fuente de información para la formulación de políticas de salud pública. Una posible definición de la epidemiología indica que se centra en el estudio de la aparición de enfermedades y de otras características relacionadas con la salud en poblaciones humanas y animales, que

permite de forma justificada la formulación de políticas sanitarias encaminadas a la prevención de enfermedades, lesiones y muertes prematuras ⁴.

La definición anterior es imprescindible para entender las actuaciones que se han sucedido y su motivación en el contexto de la pandemia generada por el Covid-19, a nivel internacional, nacional y local.

El 31 de diciembre de 2019, la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan (provincia de Hubei, China) informó sobre un agrupamiento de 27 casos de neumonía de etiología desconocida con inicio de síntomas el 8 de diciembre, incluyendo siete casos graves, con una exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos en la ciudad de Wuhan, sin identificar la fuente del brote. El mercado fue cerrado el día 1 de enero de 2020. El 7 de enero de 2020, las autoridades chinas identificaron como agente causante del brote un nuevo tipo de virus de la familia Coronaviridae, que ha sido denominado SARS-CoV-2. La secuencia genética fue compartida por las autoridades chinas el 12 de enero. Posteriormente, en la reunión celebrada el 30 de enero de 2020 por el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional, este declaró el brote de nuevo coronavirus como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).⁵

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la pandemia mundial, y a fecha 30 de abril los casos notificados en el mundo fueron de 3.090.445, con 217.769 fallecidos; en Europa 1.434.649 los casos confirmados y 135.961 las defunciones.⁶

En España, la declaración de pandemia llevó al Gobierno español a anunciar una medida inédita en nuestro país, declarar el Estado de alarma el 14 de marzo 2020, prorrogarlo hasta el 11 de abril y volver a extenderlo hasta el 21 de junio (en 5 fases).

Tal y como estableció el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma ⁷ para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada

⁴ Merletti, F., Solkolne, C. L., y Vineis, P. “Capítulo 28. Epidemiología y estadística”, en MAGER STELLMAN, J. (Dir.), Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), Madrid, 2012, pág. 28.2..

⁵ Información inicial de la Alerta en China. 31.12.2019. Ministerio de Sanidad. Visto en:

<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>

⁶ MORENO CASBAS, M.T. “Factores relacionados con el contagio por Sars-cov en profesionales de la salud en España- Proyecto SANICOVI, en *Enfermería Clínica*, núm. 30(6), 2020, pág. 361

⁷ El artículo cuarto, apartado b), de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio, habilita al Gobierno para, en el ejercicio de las facultades que le atribuye el artículo 116.2

por el COVID-19, la rapidez en la evolución de los hechos, a escala nacional e internacional, requiere la adopción de medidas inmediatas y eficaces para hacer frente a esta coyuntura. Las circunstancias extraordinarias que concurren constituyen, sin duda, una crisis sanitaria sin precedentes y de enorme magnitud tanto por el muy elevado número de ciudadanos afectados como por el extraordinario riesgo para sus derechos.

Las medidas previstas en la norma se orientaron a proteger la salud y seguridad de los ciudadanos, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública. También se establecía en el Real Decreto que eran medidas imprescindibles para hacer frente a la situación y que resultaban proporcionadas a la extrema gravedad de la misma y no suponían la suspensión de ningún derecho fundamental.

Entre las medidas, destacan por ejemplo la limitación de la libertad de circulación de las personas (art. 7, que establecía que durante la vigencia del estado de alarma las personas únicamente “podrán circular por las vías de uso público para la realización de las siguientes actividades: b) asistencia a centros, servicios y establecimientos sanitarios”) o el art. 13 relativo a las medidas para el aseguramiento del suministro de bienes y servicios necesarios para la protección de la salud pública.

A finales de abril de 2020, España se preparó para iniciar la transición hacia una nueva normalidad. Para ello, el Consejo de Ministros aprobó el Plan en el que se establecieron los principales parámetros e instrumentos para la adaptación del conjunto de la sociedad a la nueva normalidad, con las máximas garantías de seguridad sanitaria y recuperando progresivamente los niveles de bienestar social y económico anteriores al inicio de esta crisis.

Según la SND/387/2020, de 3 de mayo, por la que se regula el proceso de cogobernanza con las Comunidades Autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla para la transición a una nueva normalidad, el Plan se refería al proceso de desescalada gradual, asimétrico, coordinado con las Comunidades Autónomas y adaptable a los cambios de orientación necesarios en función de la evolución de los datos epidemiológicos y del impacto de las medidas adoptadas. El Plan contenía una fase cero o preliminar y tres fases de desescalada diferenciadas en función de las actividades permitidas en cada una de ellas, de manera que los territorios podían transitar en las fases en función de diversos

de la Constitución, declarar el estado de alarma, en todo o parte del territorio nacional, cuando se produzcan crisis sanitarias que supongan alteraciones graves de la normalidad.

criterios e indicadores hasta llegar a la nueva normalidad, una vez finalizada la fase III. En ese punto, se dio fin a las restricciones sociales y económicas, pero se mantuvo la vigilancia epidemiológica, la capacidad reforzada del sistema sanitario y las medidas de autoprotección de la ciudadanía.

Es importante destacar que las decisiones sobre el avance o retroceso en los diferentes territorios a través de las distintas fases era adoptada por el ministro de Sanidad mediante un proceso de gobernanza conjunta o cogobernanza con las comunidades y ciudades autónomas. Es decir, fue imprescindible que ambas instituciones actuarán en permanente diálogo bajo los principios de cooperación y colaboración.

Resulta destacable el apartado séptimo de la Orden, que en relación con la disponibilidad de profesionales sanitarios establecía que “durante el tiempo de vigencia del actual estado de alarma y sus posibles prórrogas, las comunidades autónomas velarán por garantizar la suficiente disponibilidad de profesionales sanitarios. Si bien no se recomienda un número de profesionales inferior al existente en la fecha de entrada en vigor del Real Decreto 476/2020, de 27 de marzo, por el que se prorroga el estado de alarma declarado por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, sí será necesaria la reorganización de los mismos de acuerdo con las prioridades de esta fase de transición, dotando a las estructuras de Salud Pública y Atención Primaria de los recursos necesarios.”

En relación con el sector sanitario, es importante destacar Ley 3/2021, de 12 de abril, por la que se adoptan medidas complementarias, en el ámbito laboral, para paliar los efectos derivados del COVID-19. Según el art. 1, “hasta que las autoridades sanitarias levanten todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, se entenderán en todo caso como servicios esenciales para la consecución de tal finalidad, cualquiera que sea la titularidad, pública o privada, o el régimen de gestión, directa o indirecta (...) los centros, servicios y establecimientos sanitarios que determine el Ministerio de Sanidad (...) de conformidad con dicho carácter esencial, las autoridades competentes deberán adoptar las medidas precisas para que los centros, servicios y establecimientos a que se refiere el apartado anterior puedan mantener su actividad, sin perjuicio de su suspensión o reducción parcial o de la aplicación sobre sus trabajadores de los procedimientos previstos en los artículos 22 y 23 del Real Decreto-ley 8/2020, de 17 de marzo, en los términos que se dispongan en cada caso.”

Continuando con la evolución temporal de la pandemia, se llega a la superación de todas las fases del Plan de desescalada, quedando sin efecto las medidas de la declaración del estado de alarma. Así, se decretó la “nueva normalidad” a partir de las 00:00 horas del 21 de junio de 2020, con la adopción de una serie de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para controlar la pandemia. El Gobierno aprobó entonces el Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Después del verano y dado que los datos epidemiológicos habían empeorado colocando a España en niveles altos o muy altos de contagio, el Gobierno aprobó el 25 de octubre de 2020 declarar el Estado de alarma en todo el territorio nacional para contener la propagación de infecciones causadas por el SARSCoV-2 (Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARSCoV-2). Su duración inicial era hasta las 00:00 horas del día 9 de noviembre de 2020 y fue prorrogado hasta las 00:00 horas del día 9 de mayo de 2021.

En este contexto, se adoptaron diferentes medidas de control de la transmisión que permitieron reducir las incidencias, revertir la tendencia ascendente y evitar alcanzar el nivel de sobrecarga que experimentó el sistema sanitario durante la primera ola de la pandemia. Además, dada la falta de una vacuna para el COVID-19, se tomaron medidas de salud pública de carácter no farmacológico, como por ejemplo medidas dirigidas a evitar la agrupación de personas sin relación de convivencia, mantenimiento de distancia social o reducción de la movilidad.

Finalmente, está el Real Decreto-ley 8/2021, de 4 de mayo, con entrada en vigor el 9 de mayo de 2021, por el que se adoptan medidas urgentes en el orden sanitario, social y jurisdiccional, a aplicar tras la finalización de la vigencia del estado de alarma.

Se estableció que no concurrían causas que justificasen la pervivencia del régimen excepcional del estado de alarma por los siguientes motivos: por un lado, existían elementos de control y contención de los contagios motivado por la evolución del proceso de vacunación de la población, y por otro lado se dio la normalización de los procesos de entrega y distribución de las vacunas adquiridas que permitía razonablemente augurar una progresiva inmunización de la población en los próximos meses. Además, es importante

la concienciación y responsabilidad de la gran mayoría de la ciudadanía, así como la eficacia de las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias, tanto estatales como autonómicas.

La estrategia actual está dirigida a vigilar y dirigir las actuaciones a personas y ámbitos de mayor vulnerabilidad y monitorice los casos de COVID-19 graves y en ámbitos y personas vulnerables. Así, con fecha 1 de marzo de 2022 la Comisión de Salud Pública acordó eliminar la recomendación de cuarentena a todos los contactos estrechos a nivel comunitario y dirigir las actuaciones hacia la recomendación de medidas preventivas que sirvan para proteger a la población más vulnerable, y con fecha 23 de marzo de 2022, se publicó la nueva Estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia (actualizada el 3 de junio de 2022).⁸

Finalmente, haciendo una breve referencia a la gestión de la pandemia en Navarra, el Real Decreto 463/2020 que declaró el estado de alarma, establecía que la autoridad competente a efectos del estado de alarma era el Estado, si bien cada administración conservaba las competencias que le otorgaba la legislación vigente en la gestión ordinaria de sus servicios para adoptar las medidas que estimara necesarias. Así, la ACFN ha aprobado desde la declaración del estado de alarma hasta la actualidad diversa normativa y ha adoptado medidas urgentes para responder al impacto generado por la crisis sanitaria de la COVID-19⁹.

2. Características clínicas y evolución

Los coronavirus pertenecen a la familia de virus que pueden causar infección tanto en los seres humanos como en una variedad de animales como, por ejemplo, aves y mamíferos. Además, al tratarse de una enfermedad zoonótica, puede transmitirse de los animales a los humanos. Los coronavirus que afectan al ser humano (HCoV) pueden producir cuadros clínicos que van desde la afectación leve del resfriado común con patrón estacional en invierno, hasta otros más graves como los producidos por los virus del

⁸ Procedimiento de actuación para los servicios de PRL frente a la exposición al Covid 06/06/2022. Pág. 6

⁹ Informe Cámara de Comptos Navarra. Abril de 2021 - Gestión de la COVID-19 por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra (marzo-diciembre 2020. Pág. 5. Visto en: tps://camaradecomptos.navarra.es/sites/default/files/assets/files/informes/InformeComptos2104.pdf_firma do_0.pdf

Síndrome Respiratorio Agudo Grave (por sus siglas en inglés, SARS) y del Síndrome Respiratorio de Oriente Próximo (MERS-CoV).¹⁰

2.1. Características de la enfermedad

En cuanto a las características de la enfermedad, se pueden destacar las siguientes:

2.2.1. Características clínicas o sintomatología

Las características clínicas de la enfermedad producida por el virus SARS-CoV-2 se han identificado en estudios realizados en España y otros países. Los síntomas de presentación más frecuentes de la enfermedad son la fiebre, la tos seca, el cansancio o la fatiga, la disnea, el dolor faríngeo, los escalofríos y la diarrea.¹¹

El informe científico - técnico del Ministerio de Sanidad¹² hace referencia al informe de la misión de la OMS del 2020 en China, donde se describen los “síntomas y signos más frecuentes de 55.924 casos confirmados por laboratorio, que incluyen: fiebre (87,9%), tos seca (67,7%), astenia (38,1%), expectoración (33,4%), disnea (18,6 %), dolor de garganta (13,9%), cefalea (13,6%), mialgia o artralgia (14,8%), escalofríos (11,4%), náuseas o vómitos (5 %), congestión nasal (4,8%), diarrea (3,7%), hemoptisis (0,9%) y congestión conjuntival (0,8%). En Europa, con 14.011 casos confirmados notificados al Sistema Europeo de Vigilancia (TESSy) por 13 países (97% de Alemania), los síntomas más frecuentes fueron: fiebre (47%), tos seca o productiva (25%), dolor de garganta (16%), astenia (6%) y dolor (5%). En España, con 18.609 casos notificados, los síntomas más frecuentes fueron: Fiebre o reciente historia de fiebre (68,7%), tos (68,1%), dolor de garganta (24,1%), disnea (31%), escalofríos (27%), vómitos (6%), diarrea (14%) y otros síntomas respiratorios (4,5%).”

A su vez, el citado informe describe otros síntomas menos frecuentes relacionados con distintos órganos físicos y sistemas, como son los:

¹⁰ Información científica- técnica: Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad. Actualización, 17 de abril de 2020. Pág. 4. Visto en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200421_INFORME_CIENTIFICO_SANIDAD_COVID-19.pdf

¹¹ PÁRRAGA MARTINEZ, I., PÉRULA DE TORRES, L.A., GONZALEZ LAMA, J. et al. “Características clínico-epidemiológicas de la infección por el virus SARS-CoV-2 en médicos de familia: un estudio de casos y controles”, en *Atención Primaria*, núm. 53 - 101956, 2020, pág.2

¹² Información científica- técnica: Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad. Actualización, 17 de abril de 2020. Págs. 19 y 20. Visto en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200421_INFORME_CIENTIFICO_SANIDAD_COVID-19.pdf

- Neurológicos: mareo, alteración del nivel de conciencia, accidente cerebrovascular, ataxia, epilepsia y neuralgia.
- Cardiológicos: fallo cardíaco o daño miocárdico agudo.
- Oftalmológicos: ojo seco, visión borrosa, sensación de cuerpo extraño y congestión conjuntival.
- Otorrinolaringológicos: dolor facial, obstrucción nasal, disfunción olfatoria y del gusto.
- Dermatológicos: erupciones tipo rash (principalmente en el tronco), erupciones urticarianas, vesículas similares a varicela o púrpura. En los dedos de manos y pies lesiones acro-cianóticas parcheadas, de pequeño tamaño, a veces confluentes y en ocasiones con ampollas.
- Hematológico o fenómenos trombóticos: infarto cerebral, isquemia cardíaca, muerte súbita, embolismos, trombosis venosa profunda.

2.2.2. Transmisión de la enfermedad

Un factor decisivo en el desarrollo y gravedad de la enfermedad causada por el SARS-CoV-2 a nivel mundial ha sido la facilidad y rapidez con la que se ha transmitido entre humanos. Al inicio del trabajo se ha hecho referencia a que los primeros contagios se dieron en China, con la exposición común a un mercado mayorista de marisco, pescado y animales vivos. Sin embargo, el modo en el que pudo transmitirse el virus de la fuente animal a los primeros casos humanos es todavía desconocido.

La información actual permite confirmar con alto grado de probabilidad que la fuente primaria de la enfermedad es de origen animal, siendo el reservorio del virus el murciélago. Aun así, se sigue investigando acerca del animal hospedador intermediario, pudiendo haber sido este el pangolín.¹³

En cuanto a la transmisión o propagación del virus entre las personas, ésta puede ocurrir de varias formas. La OMS indica que el virus se puede transmitir por una persona infectada a través de pequeñas partículas líquidas expulsadas por su boca o nariz al hablar,

¹³ Información científica- técnica: Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad. Actualización, 17 de abril de 2020. Pág. 4. Visto en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200421_INFORME_CIENTIFICO_SANIDAD_COVID-19.pdf

estornudar o toser, cantar e incluso respirar.¹⁴ Esas partículas entran en contacto con las mucosas (ojos, nariz, boca) de otro sujeto y se puede producir el contagio.

En función del tamaño de las partículas líquidas expulsadas, el contagio puede variar según las personas se encuentren a distancia corta o larga respecto a la persona infectada. Así, el virus se transmite principalmente cuando las personas están en contacto estrecho (en un principio se estableció esta distancia en menos de 2 metros, y posteriormente a 1.5 metros) o a corta distancia, ya que la inhalación de los aerosoles o gotículas que contiene el virus puede desplazarse más fácilmente y entrar en contacto con los ojos, nariz o boca de la persona no infectada.

Sin embargo, en espacios cerrados, mal ventilados o en espacios abiertos concurridos, el virus también puede transmitirse a larga distancia. Esto ocurre porque las partículas quedan suspendidas en el aire o se posan en superficies¹⁵, por lo que, si una persona está en contacto con esa superficie y posteriormente y sin adoptar las medidas higiénicas oportunas pone en contacto con sus ojos, nariz o boca, puede tener lugar el contagio.

2.2.3. El periodo de incubación y duración de la enfermedad

Esta información tal y como indica el Ministerio de Sanidad¹⁶ es la siguiente: respecto al periodo de incubación, de media coincide con 5-6 días, con un rango de 1 a 14 días. El 97,5% de los casos sintomáticos se desarrollan en los 11,5 días tras la exposición.

¹⁴ La información oficial publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en relación con la pregunta *¿Cómo se propaga la COVID-19 entre las personas?*, con fecha de actualización del 30 de abril del 2021. Visto en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>

¹⁵ "La permanencia de SARS-CoV-2 viable en superficies de cobre, cartón, acero inoxidable, y plástico ha sido de 4, 24, 48 y 72 horas, respectivamente cuando se mantiene a 21-23 °C y con 40% de humedad relativa. En otro estudio, a 22 °C y 60% de humedad, se deja de detectar el virus tras 3 horas sobre superficie de papel (de imprimir o pañuelo de papel), de 1 a 2 días cuando lo aplican sobre madera, ropa o vidrio y más de 4 días cuando se aplica sobre acero inoxidable, plástico, billetes de dinero y mascarillas quirúrgicas". Información científica- técnica: Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad. Actualización, 17 de abril de 2020. Págs.5
Visto en:

https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200421_INFORME_CIENTIFICO_SANIDAD_COVID-19.pdf

¹⁶ Información Científica- técnica Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad. Actualización, 17 de abril de 2020. Págs. 7. Visto en:

https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200421_INFORME_CIENTIFICO_SANIDAD_COVID-19.pdf

La duración de la enfermedad, es decir, el tiempo medio que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta la recuperación, varía en función de que la enfermedad haya sido leve o grave. Así, será de 2 semanas cuando la enfermedad ha sido leve y 3-6 semanas cuando ha sido grave o crítica. El tiempo entre el inicio de síntomas hasta la instauración de síntomas graves como la hipoxemia es de 1 semana, y de 2-8 semanas hasta que se produce el fallecimiento.

2.2. Evolución de la enfermedad

Si se analiza la evolución de la enfermedad por la COVID-19, es de amplio conocimiento que se han producido diversos cambios en los síntomas y variantes de infección, tal y como han relatado los medios científicos, autoridades competentes en sanidad y los medios de comunicación a través de las noticias.

En este sentido, como indica la OMS ¹⁷, al igual que el resto de virus, el SARS-CoV-2 también ha cambiado con el paso del tiempo. Estos cambios pueden ser de escaso o nulo efecto sobre las propiedades del virus, pero existen algunos cambios que pueden afectar significativamente sobre las mismas como, por ejemplo, a la gravedad de la enfermedad asociada, la facilidad de transmisión, la eficacia de las posibles vacunas y medicamentos para su tratamiento o a los medios de diagnóstico.

Dada la importancia de la evolución de la enfermedad, la OMS en colaboración con asociados, redes de expertos y autoridades nacionales, institucionales e investigadores, desde finales del 2020, llevan a cabo un seguimiento de los cambios que experimenta el virus, vigilando y evaluando los peligros.

La evolución de la enfermedad tiene su causa en la aparición de nuevas variantes del virus, las cuales aparecen por diferentes motivos: “por deleciones genéticas (caracterizadas por la pérdida de una porción de la secuencia de ácidos nucleicos), por mutaciones sinónimas (que no ocasionan cambios en la síntesis de aminoácidos) o por mutaciones no sinónimas (asociadas con un cambio en la codificación de aminoácidos)”¹⁸.

¹⁷ Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-S, Organización Mundial de la Salud. Visto en: <https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

¹⁸ PÉREZ-ABELED, M. y SANZ MORENO, J. C. “Variantes de SARS-CoV-2, una historia todavía inacabada”, en *Vacunas*, núm. 22(3), 2021, pág. 174

2.2.1. Variantes del virus

Las variantes del virus, como indica la OMS ¹⁹, se han clasificado según el grado de importancia o gravedad en los siguientes grupos:

- Variantes de interés o VOI → son aquellas que:
 - Presentan cambios en el genoma que afectan a características del virus (transmisibilidad, gravedad enfermedad, capacidad para evitar la acción del sistema inmunitario, ser detectado por medios diagnósticos o atacado por medicamentos)
 - Dan lugar a transmisión significativa en medio extrahospitalario o causan varios conglomerados de COVID-19 en distintos países, o presentan aparentemente características que indican que pueden entrañar un nuevo riesgo para la salud pública mundial.
- Variantes de preocupación o VOC → Son aquellas que cumplen con los criterios para ser definida como una VOI y que existen pruebas de que está asociada a uno o más de los siguientes cambios en un grado que resulte significativo para la salud pública mundial:
 - Aumento de la transmisibilidad o cambio perjudicial en la epidemiología
 - Aumento de la virulencia o gravedad o cambio en la presentación clínica de la enfermedad
 - Disminución de la eficacia de las medidas sociales y de salud pública o de los medios de diagnóstico, las vacunas y los tratamientos disponibles
- Variantes de alta importancia o VOHC → Cuando exista una clara evidencia de que las medidas preventivas y terapéuticas muestren una eficacia significativamente menor que las conocidas para las variantes previamente circulante. ²⁰
- Variantes bajo vigilancia (adicionalmente considerada por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC)) → Se trata de

¹⁹ Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2, Organización Mundial de la Salud. Visto en: <https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

²⁰ PÉREZ-ABELED, M. y SANZ MORENO, J. C. “Variantes de SARS-CoV-2, una historia todavía inacabada”, en *Vacunas*, núm. 22(3), 2021, pág. 174

cualquier variante que presente modificaciones en el genoma y suscite sospecha de que puedan afectar a las características del virus y puede entrañar riesgos en el futuro. Sobre estas variantes no se dispone de pruebas claras de los cambios que pueda causar las características epidemiológicas del virus y por ello es necesario su estudio y mantener el seguimiento.

- Linajes de variantes preocupantes bajo vigilancia o VOC -LUM → nueva categoría introducida como consecuencia de la transmisión generalizada de la variante Ómicron, para proceder al seguimiento del linaje.

Sin embargo, con ánimo de facilitar a la sociedad el uso de estos términos y promover el debate social sobre el virus, la OMS adoptó un sistema más simple para denominar las variantes basado en el uso del alfabeto griego. De esta forma, pertenecían a las variantes VOC las denominadas Alpha, Beta, Gamma, Delta y Ómicron, y a las variantes VOI las denominadas Épsilon, Zeta, Eta, Theta, Iota. A su vez, durante la pandemia han sido habituales los periodos en los que concurrían varias variantes del virus, y que para que la sociedad estuviese más familiarizada con ellas, también se les hacía referencia con el país o lugar de detección. Así, las más relevantes han sido las siguientes²¹:

- Variante británica → Se detectó a finales del 2020 en el Reino Unido y su propagación fue rápida al resto de países. Se caracterizó por la mayor transmisibilidad y gravedad.
- Variante sudafricana → Se detectó en diciembre de 2020, y existen dudas sobre si se relaciona con mayor gravedad o pronóstico.
- Variante brasileña → fue detectada en Japón a partir de viajeros procedentes de Brasil. Se caracteriza con la capacidad de evasión de la respuesta inmune, mayor transmisibilidad y mayor tasa de reinfección.
- Variante californiana → Es una variante que se extendió rápidamente por Estados Unidos. Su capacidad de neutralización con medicamento o vacuna es menor.
- Variante india

²¹ PÉREZ-ABELED, M. y SANZ MORENO, J. C. “Variantes de SARS-CoV-2, una historia todavía inacabada”, en *Vacunas*, núm. 22(3), 2021, págs. 175 -177

Como dato significativo, en octubre de 2021 la variante Delta representaba casi el 90% de todas las secuencias víricas, según indican fuentes oficiales de la OMS, mientras que en la actualidad la variante dominante en todo el mundo es Ómicron, con una representación superior al 98% de las secuencias víricas a partir de febrero de 2022.

2.2.2. Evolución de la enfermedad en España

Para entender cómo ha sido la evolución de la enfermedad en España, además de la información anterior analizada en el punto III.1 sobre epidemiología de la enfermedad, hay que recordar la importancia de la actuación coordinada entre las comunidades autónomas y el Estado, que se reflejó, por ejemplo, en el sistema de notificación de los contagios.

En la actualidad, a través de este sistema las comunidades autónomas notifican diariamente al Ministerio de Sanidad las cifras de casos confirmados acumulados de COVID-19 correspondientes al total de casos, casos en profesionales sanitarios, hospitalizaciones, ingresos en UCI, fallecidos y casos recuperados. Para ello, las CCAA completan, según acceden a la información, la encuesta individualizada para cada uno de dichos casos. La encuesta incluye información clínico-epidemiológica consensuada y aprobada por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta y la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), y la notifican mediante la plataforma informática SiViES (Sistema para la Vigilancia en España), que gestiona el Centro Nacional de Epidemiología.²²

Hay que destacar que a medida que la pandemia avanzaba y aparecían nuevas variantes del virus, la información recabada a través de las encuestas se fue ajustando a las necesidades de cada momento y cada CCAA.

Con la información recabada desde el inicio de la pandemia y hasta el 28 de marzo de 2022, en España se identificaron seis periodos epidémicos de COVID-19, también

²² Centro Nacional de Epidemiología / Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe sobre “Análisis de los casos de COVID en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España”, 29-05-2020. Pág. 3. Visto en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>

conocidos coloquialmente como “olas”. En los periodos obtenidos destacan la evolución de las tasas de incidencia acumulada a 14 días en toda la población.²³

Es importante destacar el comienzo del periodo de vacunación en España frente al virus, que inicio la primera etapa en febrero de 2021. En aquel momento, las primeras dosis disponibles se suministraron a los grupos prioritarios (como, por ejemplo, residentes y personal en centros de mayores y de atención a grandes dependientes, personal sanitario y sociosanitario de primera línea) y a otros grupos prioritarios en función de la edad (siendo prioritarios los mayores de 80 años) o personas con condiciones de riesgo muy alto. Durante los meses de verano se suministró la vacuna al resto de población de edades comprendidas entre los 50 y los 5 años.

En la actualidad, en España están autorizadas y disponibles cuatro vacunas frente al virus (Comirnaty, de Pfizer/BioNTech, Spikevax de Moderna, Vaxzevria de AstraZeneca y la de Janssen) que producen una respuesta inmune protectora elevada en las personas vacunadas con las dosis recomendadas (generalmente, se requiere la administración de dos dosis para conseguir una respuesta inmune adecuada. La vacuna de Janssen, sin embargo, solo requiere la administración de una dosis). Además, con el fin de restaurar la protección que se pierde con el tiempo y proteger a aquellos cuyo sistema inmune no alcanza un nivel de protección adecuado, se administrarán dosis de recuerdo o dosis adicionales. Aun así, hay que recordar que la inmunización de la población vacunada no está asegurada en su totalidad ²⁴, y por lo tanto hay que seguir implantando otras medidas preventivas.

Las características que se han observado en la sexta ola, afectada principalmente por la variante ómicron son ²⁵: la alta cobertura de vacunación (con más del 92% de la

²³ Centro Nacional de Epidemiología / Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe nº 137. “Situación de COVID-19 en España”, 12-07-2022, pág. 3. Visto en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202022/informe%20n%C2%BA%20137%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2012%20de%20julio%20de%202022.pdf>

²⁴ ¿Cuántas dosis son necesarias para ser inmune?, Ministerio de Sanidad, actualizado a 1 de agosto 2022. Visto en: <https://www.vacunacovid.gob.es/preguntas-y-respuestas/cuantas-dosis-son-necesarias-para-ser-inmune>

²⁵ Estrategia de Vigilancia y Control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia. Actualizado a 3 de junio de 2022. Pág.4 . visto en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Nueva_estrategia_vigilancia_y_control.pdf

población española mayor de 12 años vacunada con pauta completa), las características de la variante mencionada, la mayor realización de pruebas diagnósticas y la elevada incidencia con casos de síntomas leves o asintomáticos.

A finales de marzo del 2022 y con el final de fase aguda de la pandemia, entró en vigor la nueva Estrategia de Vigilancia y Control frente a COVID-19, cuya última actualización es del 3 de junio de 2022. Se trata de un documento aprobado por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta y por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Como se indica en la estrategia, destaca el cambio en la epidemiología de la COVID-19 debido al alto nivel de inmunidad alcanzado por la población, que apoya la transición hacia una estrategia que vigile y dirija las actuaciones a personas y ámbitos de mayor vulnerabilidad y monitorice los casos de COVID-19 graves y en ámbitos y personas vulnerables. Este cambio implica aceptar un cierto nivel de transmisión del SARS-CoV-2 en poblaciones vacunadas y jóvenes en las que la infección tiene un impacto poblacional menor en términos de gravedad.

La estrategia seguirá en vigor mientras no se produzca un cambio significativo en la tendencia que indique una circulación controlada del SARS-CoV-2 o bien un cambio en la situación epidemiológica que requiera restablecer medidas de vigilancia y control a propuesta de la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta.

3. Exposición al riesgo del personal sanitario y no sanitario

3.1. Clasificación del SARS-CoV-2 como riesgo biológico

Antes de analizar la exposición al riesgo del personal sanitario y no sanitario, es aconsejable identificar qué tipo de riesgo constituye la exposición al SAR-Cov-2, y para ello, hay que hacer mención a la Directiva 2000/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 18 de septiembre de 2000 sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

En su art. 2 recoge la definición de agente biológico como “los microorganismos, con inclusión de los genéticamente modificados, cultivos celulares y endoparásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad” y establece su clasificación en cuatro grupos de riesgo, según su diferente índice de riesgo de infección:

- 1) Grupo 1: agente biológico que resulte poco probable que cause enfermedad en el hombre;
- 2) Grupo 2: un agente patógeno que pueda causar una enfermedad en el hombre y pueda suponer un peligro para los trabajadores; es poco probable que se propague a la colectividad; existen generalmente una profilaxis o un tratamiento eficaces;
- 3) Grupo 3: un agente patógeno que pueda causar una enfermedad grave en el hombre y presente un serio peligro para los trabajadores; existe el riesgo de que se propague en la colectividad, pero existen generalmente una profilaxis o un tratamiento eficaces;
- 4) Grupo 4: un agente patógeno que pueda causar una enfermedad grave en el hombre y suponga un serio peligro para los trabajadores; existen muchas probabilidades de que se propague en la colectividad; no existen generalmente una profilaxis o un tratamiento eficaces.

En el Anexo III se encuentra la lista de agentes biológicos que son patógenos humanos conocidos, clasificados según el criterio anterior. Sin embargo, para que el anexo refleje el estado de conocimientos y avances científicos y epidemiológicos más recientes, ha sido aprobada la Directiva (UE) 2020/739 de la Comisión, de 3 de junio de 2020, por la que se modifica el anexo III de la Directiva 2000/54/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a la inclusión del SARS-CoV-2 en la lista de agentes biológicos que son patógenos humanos conocidos, así como la Directiva (UE) 2019/1833 de la Comisión²⁶. Como conclusión, el SARS-Cov-2 se clasifica en el grupo de riesgo 3°.

En España, la normativa aplicable sobre esta materia la encontramos en el Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo. Al igual que en el ámbito comunitario, la normativa anterior se ha visto modificada mediante Orden TES/1180/2020 que adapta su contenido al fenómeno de la pandemia y actualiza

²⁶ La Directiva (UE) 2019/1833 de la Comisión se aprobó para modificar los anexos I, III, V y VI de la Directiva 2000/54/CE. Se consiguió incluir un gran número de agentes biológicos en el listado, entre ellos el «coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave» (SARS-CoV) y el «coronavirus del síndrome respiratorio de Oriente Medio» (MERS-CoV).

la lista de agentes biológicos patógenos humanos, incluyendo el “coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave” con clasificación en el grupo 3.

3.2.Determinación del personal sanitario y exposición al riesgo biológico

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias reconoce como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos.

Desde el punto de vista de las administraciones públicas, el personal sanitario se refiere, según el art. 3 Real Decreto 184/2015, de 13 de marzo, que regula el catálogo homogéneo de equivalencias de las categorías profesionales del personal estatutario de los servicios de salud, al personal que desempeña su función en los centros e instituciones sanitarias de los servicios de salud de las distintas administraciones con competencias en asistencia sanitaria.

Esta definición se puede aplicar también en el ámbito privado, de modo que el personal sanitario engloba a toda persona que desempeñe su función en los centros e instituciones sanitarias con competencias sanitarias y que cuente con titulación necesaria del ámbito de la salud.

Siguiendo la anterior definición, el Instituto Vasco de Estadística ²⁷ indica por ejemplo que el personal sanitario está comprendido por las siguientes categorías:

- Médicos: todo personal médico que preste sus servicios en el hospital, independientemente de su puesto (Jefe de servicio, etc.); no se incluyen en este concepto los M.I.R., los asistentes voluntarios ni los becarios.
- Otros especialistas. Se incluyen en este concepto todos los especialistas no desarrollados en el apartado anterior (medicina preventiva, odontología).
- De Guardia. Médicos dedicados exclusivamente a la realización de guardias hospitalarias.
- Otros titulados superiores con función sanitaria. Físicos, biólogos, farmacéuticos, etc., que presten servicio en el hospital.

²⁷ Visto en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_17/elem_1508/definicion.html

- A.T.S. y D.E. Ayudantes técnicos sanitarios y diplomados de enfermería. Las matronas y fisioterapeutas se hacen constar en sus epígrafes correspondientes.
- Técnicos sanitarios. Formación profesional de segundo grado con labor asistencial (anatomía patológica, laboratorio, etc.).

En cuanto al personal no sanitario, se puede definir atendiendo a su carácter residual, y comprende las siguientes categorías:

- Directores y gerentes. Personal dedicado exclusivamente a la dirección y gestión del hospital. Un médico que compatibilice sus labores de dirección y administración con su labor asistencial, se hace constar como personal médico y no en este concepto, para evitar duplicidades.
- Técnicos superiores. Titulados superiores que desarrollan sus funciones en las áreas de administración y servicios generales.
- Técnicos medios. Titulados de grado medio que desarrollan sus funciones tanto en las áreas de administración como en servicios generales.
- Administrativos. Auxiliares administrativos y administrativos.
- Personal de oficio cualificado. Formación profesional de segundo grado, excluyendo la rama sanitaria.
- Pacientes y visitantes que no desarrollan ninguna competencia sanitaria.

En relación con la exposición al riesgo biológico, a pesar de que algunas de las enfermedades originadas por agentes biológicos pueden producirse en el mundo laboral en general, es sin duda en el ambiente laboral sanitario donde estas enfermedades adquieren una especial importancia por la mayor posibilidad de contagio²⁸. Así, se puede hacer referencia al personal sanitario como el colectivo profesional que está expuesto a una variedad de riesgos relacionados con su puesto de trabajo, como son los biológicos, químicos, físicos y psicológicas, siendo el primero el más frecuente.

La exposición al riesgo biológico puede tener lugar cuando el trabajador se encuentra en contacto con los pacientes o familiares del paciente, por contacto con herramientas, utensilios y demás objetos de uso sanitario que puedan estar infectados, por contacto con el resto de trabajadores del centro sanitario e incluso por el simple tránsito

²⁸ CONSTANS AUBERT, A., ALONSO ESPADELÉ, R.M., PÉREZ NICOLÁS, J., “Utilización de los equipos de protección individual frente al riesgo biológico por el personal sanitario”, en Medicina y Seguridad del Trabajo, núm. 210, 2008, pág. 36

por el centro o permanencia en lugares no destinados a uso sanitario, como pueden ser las salas de descanso o cafetería habilitada.

Por ello, la protección de los trabajadores sanitarios frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos es una de las herramientas para garantizar su seguridad y la salud. Para ello, existen una serie de medidas preventivas²⁹ que se analizarán en el trabajo, como son las medidas físicas (para evitar el contacto a través del confinamiento de la zona con cabinas o el uso de equipos de protección individuales), químicas (desinfectantes y esterilizantes) y biológicas (vacunación o inmunización activa).

3.3. Personal sanitario como grupo vulnerable frente al Covid-19

3.3.1. Datos de contagios en el inicio de la pandemia

Si se analiza el desarrollo de la pandemia, se observa que en el inicio de la misma se dio una alta transmisión intrahospitalaria a trabajadores sanitarios de los hospitales de Wuhan. Hasta el 20 de febrero de 2020 en China se habían detectado 2.055 trabajadores sanitarios con infección por SARS-CoV-2 confirmada. Sin embargo, como indican las conclusiones de la misión de la OMS en China, una vez se tomaron medidas de protección individual adecuadas, la transmisión a sanitarios descendió drásticamente.

En España, hasta el 30 de abril de 2020 se habían notificado 203.715 casos totales de COVID-19 a la RENAVE a través de la plataforma SiViES, de los que 28.326 corresponden a personal sanitario. Según el informe de RENAVE, El 65% de los profesionales sanitarios presentaban como antecedente epidemiológico de riesgo el contacto con personas con infección respiratoria, y el 70% el contacto estrecho con casos de COVID19 probable o confirmado.³⁰

En el informe de RENAVE de fecha 29-05-2020, se recoge información de los casos de COVID-19 con fecha de diagnóstico anterior al 11 de mayo de 2020 notificados a la RENAVE a través de la plataforma SiViES. A partir de ese día se inició la Estrategia

²⁹ CONSTANS AUBERT, A., ALONSO ESPADELÉ, R.M., PÉREZ NICOLÁS, J., “Utilización de los equipos de protección individual frente al riesgo biológico por el personal sanitario”, en Medicina y Seguridad del Trabajo, núm. 210, 2008, pág. 36

³⁰ Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII) Actualizado 30-04-2020. Pag. 11. Visto en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a.%20Situaci%C3%B3n%20en%20Sanitarios%20a%2030%20de%20abril%20de%202020.pdf>

de Diagnóstico, Vigilancia y Control en la Fase de Transición de la Pandemia de COVID-19, que requiere ciertos ajustes en la forma de notificación con el objetivo de hacer más ágil la tarea. Los datos informaron 40.961 casos confirmados en personal sanitario por cualquier técnica con fecha de diagnóstico previa al 11 de mayo de 2020 (suponía el 24,1% del total de casos de COVID-19 declarados a la RENAVE hasta esa fecha)³¹. A finales del 2020, al igual de lo que ocurrió en China, este porcentaje disminuyó hasta un 4,6%, siendo significativamente mayor este porcentaje entre las mujeres que entre los hombres (6,9% vs 2,1%).³²

3.3.2. Factores de contagio

En cuanto a los factores de contagio, el alto contagio entre el personal sanitario al inicio de la pandemia se puede atribuir a diferentes factores entre los que se encuentran: la falta de información y desconocimiento sobre la enfermedad y su rápida propagación, mayor contacto directo con personas contagiadas, la ausencia de equipos de protección individual y su uso inadecuado causado por problema mundial de desabastecimiento de equipos.

Sin embargo, en relación con la incidencia de casos positivos entre los profesionales sanitarios, por ejemplo en Navarra, existen estudios que indican que “la relativamente baja incidencia en el sector sanitario, que atiende a las personas enfermas de Covid-19, puede estar relacionada con el mayor conocimiento y pericia de sus profesionales en el manejo de personas con enfermedades infecciosas, el desplome de la actividad sanitaria presencial no COVID, y la relativa, aunque insuficiente inicialmente, mayor dotación de equipos de protección frente al virus”.³³

³¹ Análisis de los casos de COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII) Actualizado 29-05-2020. Pag. 11. Visto en:

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>

³² Informe nº 59. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. Pag. 17. Visto en:

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2059%20de%20diciembre%20de%202020.pdf>

³³ MORENO SUESKUN I, EXTRAMIANA CAMENO E, DÍAZ-GONZÁLEZ JA, FERNÁNDEZ BARAIBAR J. “Incidencia casos COVID-19 en población laboral según actividad económica en Navarra, mayo–diciembre 2020”, en *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, vol. 25, núm. 2, 2022, pág.125. visto en: <https://archivosdeprevencion.eu/index.php/aprl/article/view/176>

En este contexto, el personal sanitario se ha situado en la primera barrera en la lucha contra la Covid-19, y dado que el mecanismo de transmisión del virus los sitúa en una posición de especial riesgo tanto de infección como de transmisión del mismo, el Ministerio de Sanidad clasifica en el grupo de mayor vulnerabilidad y riesgo laboral ³⁴. Se han establecido las siguientes definiciones ³⁵:

- **Ámbito vulnerable:** centros, servicios y establecimientos sanitarios, centros sociosanitarios y centros de día que prestan asistencia sociosanitaria, centros penitenciarios y otros centros con personas institucionalizadas.
- **Personas relacionadas con ámbitos vulnerables:** Personas que residen o acuden, están ingresadas o trabajan en ámbitos vulnerables, así como trabajadores que prestan apoyo y cuidado a personas vulnerables (institucionalizadas o en domicilios).
- **Grupos Vulnerables:** personas de 60 años o más, inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca y embarazadas

En definitiva, se puede afirmar que el personal sanitario, como sector vulnerable, presenta más riesgo respecto al no sanitario en relación con el virus. Dentro de las categorías del personal sanitario, el personal dedicado a la enfermería presenta el riesgo más alto, dado su contacto directo y habitual con los pacientes.³⁶

3.3.3. Contagio por SARS-Cov-2 como enfermedad profesional

Finalmente, hay que recordar que, tanto la Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia, en su disposición adicional cuarta, como el Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico, en su artículo 6, establecen la consideración como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo a las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-

³⁴ PÁRRAGA MARTINEZ, I., PÉRULA DE TORRES, L.A., GONZALEZ LAMA, J. et al. “Características clínico-epidemiológicas de la infección por el virus SARS-CoV-2 en médicos de familia: un estudio de casos y controles”, en *Atención Primaria*, núm. 53 - 101956, 2020, pág.2

³⁵ Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2. Ministerio de Sanidad, 6 de junio de 2022. Págs. 8 y 9. Visto en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf

³⁶ CIORBA CIORBA, F.R., FLORES BENITEZ, J., HERNANDEZ IGLESIAS, R., INGLES TORRUELLA, J., OLONA CABASES, M. “Factores de Riesgo de Contagio de la Covid-19 en Personal Sanitario”, en *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, núm. 24, 2021, pág. 371

sanitarios como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV2 durante el estado de alarma.

Los requisitos para que se considere accidente del trabajo son los siguientes: que el centro de trabajo este inscrito en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios, que el trabajador haya sido infectado en el ejercicio de su profesión, durante la prestación de servicios sanitarios o socio-sanitarios, y que haya contraído el virus SARS-CoV-2, dentro del periodo comprendido desde la declaración de la pandemia internacional por la Organización Mundial de la Salud hasta el levantamiento por las autoridades sanitarias de todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el mencionado virus SARS-CoV-2³⁷.

IV. ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN EN LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

1. Organización de la prevención en la LPRL

La organización de la prevención de riesgos laborales está recogida en el Capítulo IV de la LPRL. Se establece que, en cumplimiento del deber de protección de riesgos profesionales y el desarrollo de las actividades de prevención, en virtud de los arts. 30 y 31 de la LPRL, ampliado por el art. 10 RSP, el empresario podrá organizar los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades preventivas con arreglo a alguna de las modalidades siguientes:

- 1) Asumiendo el empresario personalmente la actividad.
- 2) Designando a uno o varios trabajadores para llevarla a cabo.
- 3) Constituyendo un servicio de prevención propio.
- 4) Recurriendo a un servicio de prevención ajeno.

2. Organización de la prevención en las Administraciones Públicas

Para el caso de las Administraciones Públicas, la Disposición Adicional 4ª RSP establece que la regulación de la actividad preventiva se realiza en los términos previstos en una norma de carácter reglamentario.

³⁷ Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2. Ministerio de Sanidad, 6 de junio de 2022. Pág.13. Visto en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf

Así, para la Administración General del Estado se aplica el Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado. Su contenido establece que “las Administraciones Públicas deberán cumplir también lo exigido a las empresas en el ámbito privado, esto es: lograr un mejor y más eficaz cumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales, mejorar la eficacia y calidad de las actividades preventivas y fortalecer y favorecer la implicación de los empleados públicos en la mejora de la seguridad y la salud en el trabajo”.

El artículo 7 sobre los Servicios de Prevención recoge que en cumplimiento del deber de prevención de riesgos profesionales, los órganos competentes determinarán, previa consulta con los representantes del personal y en función de la estructura organizativa y territorial de sus organismos, así como del tipo de riesgos presentes en los mismos y su incidencia en los empleados públicos, la modalidad de organización de los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades preventivas más ajustado a sus características, potenciando la utilización de los recursos propios existentes en la Administración General del Estado y en los organismos públicos incluidos en el ámbito de aplicación de este real decreto.

Sera el órgano competente el que se encargue de organizar los recursos oportunos con arreglo a alguna de las modalidades siguientes, o a cualquier combinación de las mismas:

- Constituyendo un servicio de prevención propio.
- Designando a uno o varios empleados públicos para llevarla a cabo.
- Recurriendo a un servicio de prevención ajeno.

Con carácter general se dará prioridad a la constitución de servicios de prevención propios, contratando temporalmente las actividades preventivas difíciles de asumir por su complejidad técnica.

Partiendo del principio de descentralización aplicable en el ámbito sanitario, serán los poderes públicos de cada Comunidad Autónoma los que determinen la organización de la prevención de riesgos laborales.

Por ejemplo, en cuanto a la organización de la Administración Sanitaria en Navarra, también es de aplicación lo establecido en la Disposición Adicional cuarta del

RSP. Por esto, para regular la materia relativa a la organización de la prevención de riesgos laborales hay que hacer referencia al Decreto Foral 135/1998, de 20 de abril, por el que se adapta la normativa de prevención de riesgos laborales al ámbito de la Administración de la Comunidad Foral y sus organismos autónomos.

Este decreto se encarga de la organización de los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades preventiva, la definición de las funciones y niveles de cualificación del personal que las lleve a cabo y el establecimiento de los adecuados instrumentos de control, todo ello previa consulta con las organizaciones sindicales más representativas.

En el Capítulo IV re coge la materia relativa a los Servicios de Prevención. El art. 10 establece que será la modalidad de servicios de prevención propios la que se lleve a cabo para la organización de los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades preventivas en la Administración de la Comunidad Foral y sus organismos autónomos.

Como aspecto particular y para facilitar la gestión de la prevención en la ACFN mediante una actuación coordinada y mancomunada, se constituirá un servicio de prevención para la Administración General; otro para el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea; y un tercero para el Departamento de Educación. Sin embargo, excepcionalmente cuando los riesgos de la actividad, la frecuencia y gravedad de la siniestralidad o las peculiaridades de la organización de una actividad así lo aconseje, se podrá designar a uno o varios empleados para ocuparse de la actividad preventiva en el Departamentos, organismos autónomos o unidades orgánicas.

Como cierre al tipo de modalidad preventiva, el art. 15 dispone que las actividades preventivas que no sean asumidas a través de los servicios de prevención propios y, en su caso, de los trabajadores designados, serán concertadas con una o más entidades especializadas.

Es de interés para el presente trabajo destacar el contenido del artículo 12, según el cual “el servicio de prevención del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea podrá disponer de unidades orgánicas específicas en la estructura de los principales centros sanitarios” y en su apartado segundo “(...) en los centros sanitarios se coordinarán las actividades de medicina preventiva con las demás funciones relacionadas con la prevención en orden a conseguir una actuación integrada e interdisciplinaria.”

3. Procedimiento de actuación de los servicios de prevención frente a la exposición al SARS-CoV-2

El Ministerio de Sanidad confeccionó al inicio de la pandemia el Procedimiento de Actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales frente a la exposición del SARS – CoV- 2, el cual contiene recomendaciones que están en continua revisión en función de la evolución y la nueva información disponible sobre la infección por el virus.

La edición inicial del procedimiento se publicó el 28 de febrero de 2020 y en la actualidad está vigente la versión número 21^a, que fue publicada el 6 de junio de 2022. A través de las revisiones efectuadas, entre otros aspectos, se han añadido definiciones y actualizado las existentes (por ejemplo, la definición del concepto de especial sensibilidad y especial vulnerabilidad), se han actualizado procedimientos (por ejemplo, a las Estrategias de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición) y modelos de informes para comunicación de contacto estrecho y especial sensibilidad, y se ha incorporado la novedad legislativa de consideración de la COVID-19 como accidente de trabajo.

En cuanto al contenido del procedimiento, el índice contiene: las cuestiones generales sobre el Covid-19 y la pandemia; las medidas de prevención recomendadas (de carácter organizativo, colectivo y personal); definiciones sobre qué se entiende por ámbito vulnerable, personas y grupos vulnerables y trabajador especialmente sensible; información sobre la condición post covid-19; guía para la detección, notificación, estudio y manejo de casos y contactos; finalmente información sobre la colaboración en la gestión de la incapacidad temporal y con la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

V. OBLIGACIÓN DE LA PREVENCIÓN FRENTE AL COVID-19

Tal y como recoge el art. 14 LPRL, el derecho que tienen los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo se corresponde con el correlativo deber u obligación del empresario de protección, ya sea un empresario privado o una Administración pública.

Como indica el apartado segundo, en cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo. Para ello, en el marco de sus responsabilidades, el empresario realizará la prevención de los riesgos laborales mediante la integración de la actividad preventiva en la empresa y la adopción de cuantas medidas

sean necesarias para la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, que se derivan de la evaluación de riesgos. A su vez, debe ofrecer información, consulta y participación y formación a los trabajadores, así como actuar en casos de emergencia y de riesgo grave e inminente, y llevar a cabo la vigilancia de la salud.

1. Evaluación del riesgo

El art. 16.2.a) LPRL establece que “el empresario deberá realizar una evaluación inicial de los riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores, teniendo en cuenta, con carácter general, la naturaleza de la actividad, las características de los puestos de trabajo existentes y de los trabajadores que deban desempeñarlos. Igual evaluación deberá hacerse con ocasión de la elección de los equipos de trabajo, de las sustancias o preparados químicos y del acondicionamiento de los lugares de trabajo. (...) será actualizada cuando cambien las condiciones de trabajo y, en todo caso, se someterá a consideración y se revisará, si fuera necesario, con ocasión de los daños para la salud que se hayan producido.”

En los casos en los que de la evaluación de riesgos se derive un resultado negativo que ponga de manifiesto situaciones de riesgo, el empresario llevará a cabo las actividades preventivas necesarias para eliminar o reducir y controlar dichos riesgos.

En definitiva, constituye el proceso dirigido a estimar la magnitud de los riesgos que no se hayan podido evitar y ofrece la información necesaria para que el empresario esté en condiciones de adoptar la decisión adecuada sobre las medidas preventivas a implantar. Se lleva a cabo a través de las etapas de análisis del riesgo (identificando el peligro y estimando su riesgo a través de la valoración conjunta de la probabilidad y las consecuencias de su materialización) y la valoración del riesgo (a través de la comparación del resultado del riesgo obtenido con el riesgo tolerable).³⁸

En relación con la evaluación de riesgos del personal sanitario durante la pandemia frente al Covid-19, hay que tener en cuenta la aplicación del art. 4 del RD 664/1997 en relación con la exposición a agentes biológicos (actualizado por la Orden TES/1180/2020 que adapta su contenido al fenómeno de la pandemia).

³⁸ “Evaluación de Riesgos Laborales”, en Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo núm. 5, 2000, pág. 1. Visto en: https://www.insst.es/documents/94886/96076/Evaluacion_riesgos.pdf/1371c8cb-7321-48c0-880b-611f6f380c1d

Con la presencia del virus se produjo un cambio en las condiciones laborales del personal sanitario, y ello conllevó a la necesidad de evaluar el riesgo al que se exponían. La evaluación se efectúa teniendo en cuenta toda la información disponible sobre el virus, que como hemos visto, ha ido desarrollándose con el paso del tiempo. En particular, como indica el art. 4, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- a) La naturaleza del agente biológico al que estén y puedan estar expuestos los trabajadores y el grupo a que pertenecen, de acuerdo con la tabla y criterios de clasificación contenidos en el anexo II. En el caso del Covid-19, se ha establecido que pertenece al grupo 3.
- b) Las recomendaciones de las autoridades sanitarias sobre la conveniencia de controlar el agente biológico a fin de proteger la salud de los trabajadores que estén o puedan estar expuestos a dicho agente en razón de su trabajo.
- c) La información sobre las enfermedades susceptibles de ser contraídas por los trabajadores como resultado de su actividad profesional.
- d) Los efectos potenciales, tanto alérgicos como tóxicos, que puedan derivarse de la actividad profesional de los trabajadores.
- e) El conocimiento de una enfermedad que se haya detectado en un trabajador y que esté directamente ligada a su trabajo.
- f) El riesgo adicional para aquellos trabajadores especialmente sensibles en función de sus características personales o estado biológico conocido, debido a circunstancias tales como patologías previas, medicación, trastornos inmunitarios, embarazo o lactancia.

En lo que se refiere a la exposición al riesgo, el Procedimiento de Actuación para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 (en la revisión número 7ª), se indica que, en función de la naturaleza de las actividades y los mecanismos de transmisión del nuevo coronavirus, se establecen los diferentes escenarios de riesgo en los que se pueden encontrar los trabajadores. Se diferencian las siguientes situaciones:

- Exposición de riesgo: Personal sanitario asistencial y no asistencial que atiende un caso confirmado o en investigación sintomático. Conductor de ambulancia, si hay contacto directo con el paciente trasladado. Tripulación medios de transporte (aéreo, marítimo o terrestre) que atiende durante el viaje

un caso sintomático procedente de una zona de riesgo. Situaciones en las que no se puede evitar un contacto estrecho en reuniones de trabajo con un caso sintomático.

- Exposición de bajo riesgo: Personal sanitario cuya actividad laboral no incluye contacto estrecho con el caso confirmado: Acompañantes para traslado, Celadores, camilleros, trabajadores de limpieza. Personal de laboratorio responsable de las pruebas de diagnóstico virológico. Personal no sanitario que tenga contacto con material sanitario, fómites o desechos posiblemente contaminados (limpieza, desinfección, eliminación de residuos, atención al público, hostelería, trabajadores de las empresas funerarias). Ayuda a domicilio de contactos asintomáticos.
- Baja probabilidad de exposición: Trabajadores sin atención directa al público, o a más de 2 metro de distancia, o con medidas de protección colectiva que evitan el contacto: — Personal administrativo. — Conductor ambulancia con barrera colectiva, sin contacto directo con el paciente. — Conductores de transportes públicos — Personal de seguridad — Policías/Guardias Civiles — Personal aduanero — Bomberos y personal de salvamento

En función de la evaluación específica del riesgo de exposición de cada caso, se deben adoptar unas medidas preventivas para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores. En especial, en lo referente al personal sanitario durante la pandemia, ha sido necesario adoptar unas medidas preventivas más estrictas que son las que a continuación se detallan.

2. Información y formación

Como recoge la LPRL en su exposición de motivos, es fundamental para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores que el empresario ofrezca la información y la formación a los trabajadores dirigidas a un mejor conocimiento del alcance real de los riesgos derivados del trabajo y de la forma de prevenirlos y evitarlos, de manera adaptada a las peculiaridades de cada centro de trabajo, a las características de las personas que en él desarrollan su prestación laboral y a la actividad concreta que realizan. Así, según el art. 14.1 de la Ley en relación con el derecho a la protección frente a los riesgos laborales, “los derechos de información, consulta y participación, formación en materia preventiva, (...), forman parte del derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo”.

En cuanto a su regulación, el derecho a la información y a la formación se concreta en los artículos 18 y 19 respectivamente. Se establece que la información que reciban los trabajadores debe ir relacionada con los riesgos en el trabajo, tanto los que afectan a la empresa en su conjunto como a cada tipo de puesto de trabajo o función, a las medidas y actividades de protección y prevención aplicables y a las medidas de emergencia.

En cuanto a la formación, se debe garantizar que los trabajadores reciban una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada, en materia preventiva, tanto en el momento de su contratación como cuando se produzcan cambios en sus funciones o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo. Debe estar adaptada en todo caso a la evolución de los riesgos y a la aparición de otros nuevos, y repetirse periódicamente si fuera necesario.

En cuanto a esta materia en el ámbito del sector sanitario durante la pandemia, tal y como se indicaba en el Procedimiento de Actuación para los Servicios de Prevención frente al Covid-19 en su revisión 7ª, “la información y la formación son fundamentales para poder implantar medidas organizativas, de higiene y técnicas entre el personal trabajador en una circunstancia tan particular como la actual. Se debe garantizar que todo el personal cuenta con una información y formación específica y actualizada sobre las medidas específicas que se implanten. Se potenciará el uso de carteles y señalización que fomente las medidas de higiene y prevención. Es importante subrayar la importancia de ir adaptando la información y la formación en función de las medidas que vaya actualizando el Ministerio de Sanidad, para lo cual se requiere un seguimiento continuo de las mismas.”

Se observa también en la última revisión del procedimiento que “la información y la formación continúan siendo fundamentales, así como la higiene personal, la higiene de los lugares de trabajo y la correcta ventilación de los lugares de trabajo y espacios interiores” para hacer frente al virus.

Además, en tanto el SARS-CoV-2 es un agente biológico, hay que estar a lo dispuesto en el art. 12 del RD 664/1997 sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos, que establece que los “trabajadores recibirán formación suficiente y adecuada e información precisa basada en todos los datos disponibles, en particular en forma de instrucciones, en relación con: a) Los riesgos potenciales para la salud. b) Las precauciones que deberán tomar para

prevenir la exposición. c) Las disposiciones en materia de higiene. d) La utilización y empleo de ropa y equipos de protección individual. e) Las medidas que deberán adoptar los trabajadores en el caso de incidentes y para la prevención de éstos”.

Por lo tanto, la información y formación sobre el virus aportada ha sido sobre cuestiones como: información general sobre las características del virus y su transmisión, sobre el lavado de manos con agua y jabón y otras de sustancias desinfectantes como geles, sobre las medias de prevención y en concreto sobre el uso, retirada y desecho de los equipos de protección individuales como mascarillas, guantes y batas médicas.

Por último, es importante destacar que los trabajadores sanitarios no dedicados a la atención de casos confirmados con COVID-19 y no expuestos a entornos probablemente contaminados por el virus, así como los trabajadores de empresas subcontratadas que trabajen en los centros sanitarios deben, asimismo, recibir información general y consejo sobre la infección.³⁹

Una medida adoptada en los centros sanitarios para ofrecer información tanto a los trabajadores como a los usuarios ha sido la colocación de instrucciones por escrito o carteles.

3. Medidas de protección: procedimiento de actuación de los SP frente a la exposición al SARS-Cov-2

Las medidas de prevención o protección son las medidas adoptadas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo. Por ello, en la pandemia por Covid-19, las medidas deben garantizar la protección adecuada al trabajador de aquellos riesgos para su salud o su seguridad que no puedan evitarse o limitarse suficientemente mediante la utilización de medios de protección colectiva o la adopción de medidas de organización del trabajo. Sin embargo, hay que recordar que la dimensión de la protección va más allá del trabajador e incluye al resto de las personas susceptibles de contacto directo o indirecto con el paciente.⁴⁰

³⁹ Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2. Ministerio de Sanidad, 28 de febrero de 2020. Pág. 3. Visto en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Procedimiento_servicios_prevencion_riesgos_laborales_COVID-19.pdf

⁴⁰ Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2. Ministerio de Sanidad, 28 de febrero de 2020. Pág. 3

El art. 3 del RSP establece que para eliminar o reducir el riesgo se deben adoptar las siguientes medidas: medidas de prevención en el origen, organizativas, de protección colectiva, de protección individual, o de formación e información a los trabajadores.

Hay que recordar que cuando se habla de las medidas materiales para eliminar o reducir los riesgos en el origen, incluyendo las dirigidas a limitar los riesgos o sus consecuencias en caso de accidentes o emergencias, se hace referencia tanto a: 1) las medidas materiales de prevención que eliminan o disminuyen la probabilidad de materialización de los riesgos y que serán prioritarias respecto a; 2) las medidas de protección cuyo objetivo es minimizar sus consecuencias, y donde la protección colectiva es a su vez prioritaria frente a la protección individual. Las medidas de protección se seleccionarán basándose en su fiabilidad y procurando que no dificulten o entorpezcan el trabajo a realizar.⁴¹

Cabe mencionar el art. 8 del Real Decreto-ley 21/2020, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19 (actualmente derogado al declararse el fin de la crisis sanitaria), que en relación con los centros, servicios y establecimientos sanitarios establecía que “la administración sanitaria competente garantizará que se adoptan las medidas organizativas, de prevención e higiene para asegurar el bienestar de los trabajadores y los pacientes. Asimismo, garantizará la disponibilidad de los materiales de protección necesarios en las ubicaciones pertinentes, la limpieza y desinfección de las áreas utilizadas y la eliminación de residuos, así como el mantenimiento adecuado de los equipos e instalaciones”.

Las medidas que se han adoptado para hacer frente al Covid-19 han sido las siguientes según lo dispuesto en el art. 7.1 RD 21/2020, el art. 7 y 8 RD 664/1997 y la información contenida en los Procedimientos de actuación para los Servicios de Prevención de riesgos frente al Covid-19

⁴¹ Gestión de la prevención de riesgos laborales en la pequeña y mediana empresa. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Pág. 1. Visto en: <https://www.insst.es/documents/94886/454629/4.+Medidas-actividades+para+eliminar+o+reducir+los+riesgos.pdf/9c0d3210-a8ed-4a2a-979a-bbf20db0e808?t=1532347333447>

3.1.Organizativas:

- Adaptar las condiciones de trabajo (en lo relativo a la atención de pacientes), incluida la ordenación de los puestos de trabajo y la organización de los turnos, garantizando los periodos de descanso, así como el uso de los lugares comunes, y la ordenación de la circulación de personas, de forma que se garantice el mantenimiento de una distancia de seguridad interpersonal mínima de 1,5 metros (en un principio era de 2 metros) entre los trabajadores y usuarios. Cuando ello no sea posible, deberá proporcionarse a los trabajadores equipos de protección adecuados al nivel de riesgo.
- Adoptar medidas para evitar la coincidencia masiva de personas, tanto trabajadores como usuarios, en los centros de trabajo durante las franjas horarias de previsible mayor afluencia. En este sentido, por ejemplo, se ha priorizado la atención telefónica de pacientes, y también se han habilitado en los centros sanitarios zonas específicas y aisladas para tratar a los “pacientes COVID”.
- Informar a los trabajadores y usuarios sobre las medidas organizativas y su debida obligación de cooperación.
- Adoptar medidas para la reincorporación progresiva de forma presencial a los puestos de trabajo y la potenciación del uso del teletrabajo cuando por la naturaleza de la actividad laboral sea posible. Valorar la adopción de opciones de trabajo mixtas para aquellas actividades que no requieran una presencia continua en el centro de trabajo.
- Debe evitarse la exposición de los trabajadores sanitarios y no sanitarios que, en función de sus características personales o estado biológico conocido, debido a patologías previas, medicación, trastornos inmunitarios o embarazo, sean considerados especialmente sensibles a este riesgo.

3.2.Protección colectiva:

- Adoptar medidas de ventilación, limpieza y desinfección adecuadas a las características e intensidad de uso de los centros de trabajo, con arreglo a los protocolos que se establezcan en cada caso.
- Seguir y utilizar protocolos y medios seguros para la recogida, almacenamiento y evacuación de residuos por los trabajadores, incluido el uso de recipientes seguros e identificables, previo tratamiento adecuado si fuese necesario

- Reforzar las medidas de higiene personal en todos los ámbitos, y para ello, poner a disposición de los trabajadores agua y jabón, o geles hidroalcohólicos o desinfectantes con actividad virucida, autorizados y registrados por el Ministerio de Sanidad para la limpieza de manos.
- Colocación de barreras físicas de separación, uso de interfonos, ventanillas, mamparas de metacrilato o cortinas transparentes.
- Delimitación mediante señales en el suelo y mantenimiento de distancia en mostradores y ventanillas de atención.
- Vacunación frente al Covid-19 y realización de pruebas antígenos.

3.3. Protección personal: EPIs

- Uso de mascarillas, gafas protectoras y pantallas faciales

Tal y como indica el Ministerio de Sanidad, el uso de mascarilla reduce la emisión de aerosoles generados al respirar, hablar, gritar, toser o estornudar y es eficaz para reducir la emisión de cualquier virus respiratorio, incluido SARS-CoV-2. Además, el uso de mascarilla reduce la exposición al virus, al filtrar el aire inhalado a través de ella. Sin embargo, no hay que olvidar que el uso de los EPIs en ningún caso sustituye a las medidas preventivas y de protección anteriormente mencionadas, y que se deben poner en práctica de forma conjunta, completando las mismas.

En relación con los tipos de mascarilla, durante la pandemia se ha hablado del uso de diferentes clases de mascarillas: higiénicas, quirúrgicas, de protección respiratoria (clasificados a su vez en función de su eficacia de filtración del aire en FFP1, FFP2 y FFP3) y protectores faciales⁴². Así, en el entorno laboral la selección del tipo de mascarilla vendrá determinado por el nivel de riesgo de infección determinado en la evaluación de riesgos laborales.

En cuanto a las características principales y tal y como indica el Criterio Técnico del INSST (01.12.2020):

- Mascarillas de protección respiratoria autofiltrante: el uso previsto es proteger al usuario de gotas y aerosoles filtrando el aire inhalado, mediante el uso de un

⁴² Criterio técnico del INSST: Medidas de protección personal frente al coronavirus SARS-CoV-2: conceptos sobre su utilización en el ámbito laboral (01.12.2020). Pag. 2. Visto en: <https://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Prevencion%20de%20Riesgos%20Laborales/coronavirus/20201201%20Criterio%20T%C3%A9cnico%20INSST.pdf>

material filtrante y un correcto ajuste con la cara, y se clasifican en función de su eficacia de filtración (FFP1, FFP2 y FFP3). Las mascarillas autofiltrantes con válvula de exhalación sólo protegen al portador de la misma y, por tanto, no son adecuadas para la protección de terceras personas. Para su comercialización deben estar debidamente certificadas y homologadas conforme a la normativa comunitaria.

- Mascarillas quirúrgicas: son productos sanitarios y su uso previsto principal es proteger a terceros de la exposición a gotas potencialmente infectadas que procedan de la persona portadora de la mascarilla quirúrgica filtrando el aire exhalado. Sin embargo, también ofrecen cierta protección a la persona portadora del equipo filtrando el aire inhalado que atraviesa el material de la mascarilla, aunque por su diseño, puede entrar aire sin filtrar por los huecos que queden entre la mascarilla y la cara del portador
- Mascarillas higiénicas: su utilización por personas que no muestran síntoma clínico de infección vírica ni bacteriana, y que no entran en contacto con personas que muestran tales síntomas. Minimizan la proyección de las gotitas respiratorias del usuario que contienen saliva, esputos o secreciones respiratorias cuando el usuario habla, tose o estornuda. Pueden también limitar la penetración en el área nasal y bucal del usuario de las gotitas respiratorias de origen externo sin ofrecer la protección del usuario en los términos de una mascarilla autofiltrante. También impide que esta área del usuario entre en contacto con sus manos

En la actualidad, por lo general en el entorno laboral no resultará preceptivo el uso de mascarilla. Sin embargo, habrá que atender a la evaluación de riesgos del puesto de trabajo en concreto y a las indicaciones de los servicios de prevención ya que permitirá tomar una decisión sobre las medidas preventivas adecuadas que deben implantarse, incluido el posible uso de mascarillas si así se derivara de la misma. Aun así, en el contexto epidemiológico y de inmunidad actual, se indica el uso obligatorio de la mascarilla en unos supuestos, entre los que destaca el de los trabajadores de centros, servicios y establecimientos sanitarios y trabajadores de centros socio-sanitarios entre otros.⁴³

⁴³ Real Decreto 286/2022, de 19 de abril, por el que se modifica la obligatoriedad del uso de mascarillas durante la situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19

En este apartado del trabajo se debe recordar que, además de los problemas propios que acarrea una crisis sanitaria en el sector sanitario (como son el colapso de los servicios por incremento de demanda de pacientes, sobrecarga de trabajo unido a elevados niveles de estrés por parte de los profesionales sanitarios o la falta de información y formación necesaria), destaca el problema de desabastecimiento o inadecuación de los equipos de protección disponibles, tanto colectivos (por ejemplo, los geles hidroalcohólicos o desinfectantes) como individuales (mascarillas).

Esta circunstancia ha dado lugar a que los trabajadores sanitarios no hayan podido desarrollar su labor en condiciones de seguridad y salud mínimas, y por ello han recurrido a los tribunales para exigir responsabilidad a las Administraciones públicas.

En el artículo publicado en la *Revista Española de Derecho del Trabajo*⁴⁴, se estudia la reclamación de colectivos de trabajadores que, en el contexto de la crisis sanitaria y con la ausencia e insuficiencia de equipos de protección adecuados, prestan servicios en sectores esenciales. En las reclamaciones, para defender el derecho fundamental a la salud, vida e integridad física, se solicita a los tribunales la adopción de medidas de carácter urgente e inmediato para la provisión del material de protección y así poder hacer frente a los riesgos derivados de sus puestos de trabajo. A modo de ejemplo, destacan las sentencias del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, de 3 de abril de 2020 en relación con las plantillas de trabajadores integrantes de Osakidetza, la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, de 26 de mayo de 2020 en relación con el personal de transporte sanitario urgente y la Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Aragón 1046/2020.

Sin embargo, como se indica en la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo 3024/2020, que es aplicable a las anteriores sentencias, se trata de casos en los que no se hace un juicio de culpabilidad ni imputaciones de responsabilidad a la Administración por el incumplimiento de las obligaciones en materia preventiva, sino que establece si ha existido vulneración del derecho fundamental a la integridad física consagrado en el artículo 15 de la Constitución, por no haber garantizado la Administración la provisión de material de protección según

⁴⁴ GOÑI SEIN, J.L., GONZALEZ LABRADA, M., SIERRA HERNALIZ, E. Y LLORENS ESPADA, J. “Seguridad y salud en el trabajo”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 237, 2020, pág. 1 y 3

las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y del propio Ministerio de Sanidad a los profesionales sanitarios al inicio de la pandemia.

Por lo tanto, existen casos en los que se resuelve sobre la vulneración del derecho fundamental de los trabajadores y se establece la adopción de medidas cautelares para que se adopten las medidas preventivas oportunas por parte de la Administración pública, sin embargo, ello no lleva a imponer responsabilidad a la Administración Pública. Por ello, se han interpuesto demandas exigiendo el cumplimiento de dichas medidas y en caso contrario, exigiendo responsabilidad por la falta de las mismas. En el próximo apartado se explica la materia sobre responsabilidad de la Administración Pública.

VI. RESPONSABILIDADES DE LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA

1. Origen y regulación

Al hablar de responsabilidad de la Administración Sanitaria, en primer lugar, hay que hacer referencia a su origen. El Convenio nº 155 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores y Medio Ambiente de Trabajo, ratificado por España, establece las políticas en materia de seguridad y salud de aplicación a las ramas de la actividad económica y a los trabajadores, incluidas las del sector de la Administración Pública y empleados públicos⁴⁵ (art. 3). Sobre el aspecto de la responsabilidad, el art. 9 indica que “el control de la aplicación de las leyes y de los reglamentos relativos a la seguridad, la higiene y el medio ambiente de trabajo deberá estar asegurado por un sistema de inspección apropiado y suficiente” y “el sistema de control deberá prever sanciones adecuadas en caso de infracción de las leyes o de los reglamentos”.

En el marco comunitario, la Directiva 89/391/CEE se refiere a esta materia en los artículos 4 y 5. Se indica que los Estados miembros de la Unión Europea deben adoptar las disposiciones necesarias para garantizar que los empresarios, los trabajadores y los representantes de los trabajadores estén sujetos a las disposiciones jurídicas necesarias para la aplicación de la Directiva, y en relación con las obligaciones de los empresarios, que deben garantizar la seguridad y salud de los trabajadores y que están sujetos al principio de responsabilidad. Sin embargo, se contempla la opción de que los estados

⁴⁵ art. 14 de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público reconoce el derecho de los empleados públicos a la protección en materia de seguridad y salud laboral en el mismo sentido en el que, ya antes, la LPRL contemplaba a los empleados públicos como sujetos incluidos en su ámbito de aplicación.

excluyan o disminuyan la responsabilidad del empresario cuando los hechos sean derivados de circunstancias que les sean ajenas, anormales e imprevisibles, o de acontecimientos excepcionales cuyas consecuencias no hubieren podido ser evitadas a pesar de toda la diligencia desplegada.

En España, la LPRL adopta el contenido de la directiva anterior. El art. 14.2 establece que “en cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo. A estos efectos, en el marco de sus responsabilidades, el empresario realizará (...)”.

El mencionado marco de responsabilidades y sanciones se contempla en el Capítulo VII de la ley, donde el art. 42.1 recoge lo siguiente: “el incumplimiento por los empresarios de sus obligaciones en materia de prevención de riesgos laborales dará lugar a responsabilidades administrativas, así como, en su caso, a responsabilidades penales y a las civiles por los daños y perjuicios que puedan derivarse de dicho incumplimiento.”

Como se ha expuesto en el trabajo, el concepto de empresario incluye a las Administraciones Públicas. En este ámbito, se puede hacer referencia a la especialidad contemplada en el art. 45, que es un precepto concreto aplicable al sector pública y que trata sobre la responsabilidad administrativa.

En conclusión, las responsabilidades en que puede incurrir la Administración Pública y en concreto la sanitaria, como consecuencia de los incumplimientos en materia de seguridad y salud laboral es un tema complejo por diferentes razones, como son que se trate de un organismo público y ser una persona jurídica. Aun así, ante supuestos en que se produce un incumplimiento de las normas de prevención de riesgos por parte de la Administración Pública, exista o no un accidente de trabajo o enfermedad profesional, las posibles responsabilidades derivadas de ese incumplimiento serán las de tipo patrimonial o civil, penal, disciplinaria y de imposición de medidas correctoras.⁴⁶

No hay que olvidar que la aplicación de la normativa de riesgos laborales no se ha visto suspendida por la pandemia y la declaración del estado de alarma y, por lo tanto,

⁴⁶ Navas-Parejo Alonso, M. “Responsabilidades de la Administración Pública en Materia de Prevención de Riesgos Laborales”, en GONZALEZ ORTEGA, S. Y CARRERO DOMINGUEZ, C. (Dir.), Manual de prevención de riesgos laborales en las Administraciones Públicas, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, 2012, págs. 242-243

tampoco lo ha hecho el régimen de responsabilidades de la Administración Sanitaria. Es decir, a pesar de lo dispuesto en el art. 5.4 Directiva 89/391/CEE, en el contexto de la pandemia por COVID-19, se rechaza que se trate de una causa de fuerza mayor que exima de responsabilidad o delimite los incumplimientos empresariales, y esto es así porque la pandemia por Covid-19 no ha sido un acontecimiento de “caso fortuito de fuerza mayor que exonere de la adopción y cumplimiento de las medidas preventivas necesarias ya que las enfermedades contagiosas epidémicas son un acontecimiento previsible y previsto en la normativa española. (...) no se trata de un acontecimiento externo o ajeno a la administración sanitaria, absolutamente independiente y extraño a su conocimiento, que sea imprevisible o, siendo previsible, fuese inevitable.”⁴⁷

2. Responsabilidad Patrimonial

La responsabilidad patrimonial o civil en el ámbito de la prevención de riesgos se encuentra regulada en el art. 42 LRPL, y su finalidad consiste en la reparación del daño producido a la vida o integridad física y psíquica de una persona por defectos o incumplimientos en materia de prevención de riesgos laborales. Es decir, se trata de una responsabilidad cuya finalidad principal es la satisfacción de la víctima en sentido económico, y no está principalmente enfocada a evitar el daño por incumplimiento de la ley de prevención por el empleador o consistir en el reproche de su conducta.

Su fundamento se encuentra en diferentes preceptos [art. 9 y 106.2 CE, art. 9 LOPJ y los artículos 32 a 37 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector público (LRJSP)], y la jurisdicción competente para el conocimiento de las demandas en esta materia es la social.⁴⁸

En cuanto a los elementos necesarios⁴⁹ para que se de esta responsabilidad, tienen que concurrir los siguientes:

⁴⁷ GOÑI SEIN, J.L., GONZALEZ LABRADA, M., SIERRA HERNANIZ, E. Y LLORENS ESPADA, J. “Seguridad y salud en el trabajo”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 245, 2021, págs. 2

⁴⁸ Navas-Parejo Alonso, M. “Responsabilidades de la Administración Pública en Materia de Prevención de Riesgos Laborales”, en GONZALEZ ORTEGA, S. Y CARRERO DOMINGUEZ, C. (Dir.), *Manual de prevención de riesgos laborales en las Administraciones Públicas*, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, 2012, págs. 245

⁴⁹ Navas-Parejo Alonso, M. “Responsabilidades de la Administración Pública en Materia de Prevención de Riesgos Laborales”, en GONZALEZ ORTEGA, S. Y CARRERO DOMINGUEZ, C. (Dir.), *Manual de prevención de riesgos laborales en las Administraciones Públicas*, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, 2012, págs. 253

- Daño personal, directo y cierto en sus existencia y cuantía, que debe ser compensado económicamente a pesar de las posibles dificultades en cuanto a su valoración.

En la actualidad no se exige la antijuricidad del daño, es decir, la inexistencia del deber jurídico de soportar el daño por parte del que lo sufre por razón de su cargo, condición o características de su puesto de trabajo (anteriormente era un requisito adicional en los casos de responsabilidad, por ejemplo, respecto de la Policía o la Guardia Civil e incluso personal de sanitario).

- Realización de una conducta ilícita por parte del empleador, es decir, el incumplimiento de una norma sobre prevención de riesgos laborales sin que exista justificación.
- Relación de causalidad entre el incumplimiento por parte de la Administración Pública empleadora y el daño causado. Como antes se ha mencionado, en el caso de la pandemia, esta no se puede considerar como elementos de exoneración de responsabilidad.
- Existencia de culpabilidad en el empleador, medida a través de la intencionalidad y el grado de diligencia en su actuación.

En cuanto a los tipos de responsabilidad patrimonial, se habla de responsabilidad contractual y extracontractual, en función de si el daño se produce entre sujetos obligados por contrato, por el incumplimiento de alguna de sus cláusulas, y, por otro lado, entre responsabilidad directa e indirecta o por hechos de personas dependientes. El empresario (en este caso la Administración Pública), actuando a través de su máximo representante o titular, suele ser el que responde porque es el principal obligado a garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio. Sin embargo, el accidente o enfermedad puede haber sido causada por contribución de una persona, por ejemplo, otro empleado público. Así pues, la Administración puede responder por dos vías: a) directamente, por su incumplimiento, por ejemplo, por no haber proporcionado suficientes medidas de seguridad; b) indirectamente, porque uno de los empleados públicos a su servicio ha provocado el daño.⁵⁰

⁵⁰ Navas-Parejo Alonso, M. “Responsabilidades de la Administración Pública en Materia de Prevención de Riesgos Laborales”, en GONZALEZ ORTEGA, S. Y CARRERO DOMINGUEZ, C. (Dir.), Manual de prevención de riesgos laborales en las Administraciones Públicas, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, 2012, págs. 249

En relación con la pandemia ⁵¹, se puede destacar además que para que se puede reclamar frente a la Administración por las medidas adoptadas o no adoptadas para combatir la pandemia hay que estar al art. 3 de la Ley Orgánica 4/1981 reguladora de los estados de alarma, excepción y sitio. Indica que “quienes como consecuencia de la aplicación de los actos y disposiciones adoptadas durante la vigencia de estos estados sufran, de forma directa, o en su persona, derechos o bienes, daños o perjuicios por actos que no les sean imputables, tendrán derecho a ser indemnizados de acuerdo con lo dispuesto en las leyes”.

En la práctica, el caso destacable sobre este tipo de responsabilidad se encuentra en la Sentencia del Juzgado de lo Social núm. 5 de Alicante, de 7 de enero de 2022, que condena a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana sobre la indemnización de daños y perjuicios por el incumplimiento de la normativa de prevención de riesgos laborales durante el estado de alarma. Se indica en el fundamento de derecho quinto que “claramente que las medidas de que disponían los trabajadores no cumplían con los requisitos legales y reglamentarios para garantizar la salud y seguridad en el trabajo. Consideramos que esta falta de medios no puede, ni debe, repercutir en perjuicio de los trabajadores, que son quienes afrontaron de forma directa e inmediata el mayor riesgo para la salud colectiva que se recuerda en los últimos años. La responsabilidad de la insuficiencia corresponde a la empleadora” y “los trabajadores demandantes prestaron servicios médicos en condiciones inadecuadas e insuficientes para salvaguardar la salud y seguridad en el trabajo, a pesar del deber de la empleadora de adoptar todos los medios necesarios para ello, por lo que procede estimar la demanda en los términos que se indicarán en el fallo de la sentencia”.

Un aspecto destacable es que la sentencia se pronuncia sobre la indemnización de los daños morales o inmateriales sufridos y sobre su cuantificación. Para ello, como se recoge en el fundamento de derecho sexto, se parte de la concurrencia de los requisitos antes mencionados (producción de un daño, negligencia, dolo o morosidad en la conducta de quién lo causó por incumplimiento o cumplimiento defectuoso de la normativa de riesgos laborales y relación de causalidad entre la conducta del agente y del daño causado).

⁵¹ Visto en <https://www.ramonycajalabogados.com/es/responsabilidad-patrimonial-de-las-administraciones-publicas-derivada-de-su-actuacion-en-el-marco-0>

En cuanto a la cuantificación, se establece que la indemnización será correcta y proporcionada cuando se atiende al daño sufrido, a la gravedad de la infracción y su grado interno, y para ello se sigue el criterio orientativo del art. 40.2 b) del Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS). La demanda, según el fundamento de derecho sexto, clasifica a los trabajadores en cuatro grupos “según las circunstancias que concurrieron en cada caso y ha fijado una indemnización diferente y proporcionada para cada grupo”. Así, se determina que el daño moral fue mayor y por ello su indemnización, para el personal que sufrió contagio con hospitalización, seguido del personal que sufrió contagio con cuarentena y baja, posteriormente el personal que tuvo que hacer cuarentena sin contagio y, finalmente, el personal que no sufrió ni contagio, ni tuvo que hacer cuarentena.

3. Responsabilidad Penal

Se deriva del art. 42.1 LPRL, pero no existe una regulación o desarrollo específico de su contenido en dicha ley. Para entender en qué consiste es necesario atender a su regulación en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

En términos generales, se trata de una facultad del poder público que, con sujeción a unos principios, castiga una serie de conductas especialmente rechazables por la sociedad y tiene a su vez una función preventiva o disuasoria. Las sanciones penales, pueden ser de tipo pecuniario (multas) o personal (prisión).

Según el art. 1.1 del Código, no será castigada ninguna acción ni omisión que no esté prevista como delito por ley anterior a su perpetración.

Desde el punto de vista de la prevención de riesgos laborales destacan los delitos contemplados en los artículos 316, 317 y 318:

El art. 316 establece que “los que con infracción de las normas de prevención de riesgos laborales y estando legalmente obligados, no faciliten los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, de forma que pongan así en peligro grave su vida, salud o integridad física, serán castigados con las penas de prisión de seis meses a tres años y multa de seis a doce meses”. El art. 317 por su parte indica que “cuando el delito a que se refiere el artículo anterior se cometa por imprudencia grave, será castigado con la pena inferior en grado”.

El art. 318 recoge que cuando los hechos previstos en los artículos anteriores se atribuyeran a personas jurídicas, se impondrá la pena señalada a los administradores o encargados del servicio que hayan sido responsables de los mismos y a quienes, conociéndolos y pudiendo remediarlo, no hubieran adoptado medidas para ello.

En relación con este último precepto, hay que recordar que se estudia la responsabilidad de la Administración Sanitaria como persona jurídica responsable durante la pandemia. Para ello, hay que tener en cuenta lo establecido en el art. 31 quinquies del Código, que indica que “las disposiciones relativas a la responsabilidad penal de las personas jurídicas no serán aplicables al Estado, a las Administraciones públicas territoriales e institucionales, a los Organismos Reguladores, las Agencias y Entidades públicas Empresariales, a las organizaciones internacionales de derecho público, ni a aquellas otras que ejerzan potestades públicas de soberanía o administrativas”.

Como se indica desde el punto de vista profesional ⁵², “los servicios sanitarios que ofrecen los hospitales públicos están comprendidos dentro de las competencias que están cedidas por el Estado a las Comunidades Autónomas. Esto es así porque las Comunidades Autónomas tienen que constituir las Áreas de Salud, que son las estructuras fundamentales del sistema sanitario y se responsabilizan de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial, tal y como se prevé en los arts. 55 y siguientes de la misma Ley. Por tanto, en ningún caso un hospital público podrá ser responsable penalmente, al margen de su responsabilidad civil subsidiaria cuando se comentan delitos dentro de sus instalaciones por el incumplimiento de su deber in vigilando. En cambio, sí cabría en mi opinión exigir responsabilidad penal a personas jurídicas privadas, incluyéndose aquí a los hospitales privados vinculados al Sistema Nacional de Salud, en la medida en que, conforme establece el art. 66.3 de la Ley General de Sanidad, la titularidad del establecimiento se mantenga en manos privadas”.

En consecuencia, en principio no se le puede exigir responsabilidad penal a la Administración Sanitaria pero sí que puede responder subsidiariamente de la

⁵² TRALLERO MASO, A. “La responsabilidad penal de las personas jurídicas y el sector sanitario”, en *Revista Aranzadi Doctrinal*, núm. 2/2017, pág. 9

responsabilidad civil derivada de delito. En la práctica, la aplicación de estos preceptos suele darse cuando se produce el concurso con los delitos de homicidio o lesiones.

Según una comunicación del Poder Judicial efectuada al inicio de la pandemia⁵³, la Sala II del Tribunal Supremo acordó la inadmisión a trámite de 20 querellas y 30 denuncias presentadas por distintos sindicatos, asociados, organizaciones profesionales del ámbito de la sanidad y de las Fuerzas de Seguridad, familiares de víctimas del coronavirus y un partido político contra el Gobierno por su gestión durante la crisis de la COVID, al considerar que no estaba debidamente justificada la autoría de los hechos punibles atribuidos a los miembros del Ejecutivo. Sin embargo, remitió a los Juzgados ordinarios para que investigasen la omisión de medidas de seguridad para sanitarios o policías, la contratación de material fallido y las muertes de ancianos en las residencias. Los magistrados señalan que cuando las diligencias que practiquen esos juzgados evidencien la existencia de indicios de responsabilidad contra algún aforado, será el momento de que el juez de instrucción, en su caso, eleve una exposición razonada sobre ellos al Supremo.

En relación con los delitos contra los derechos de los trabajadores de los art 316 y 317 del Código Penal en el ámbito del sector sanitario, la Sala explica que el delito sanciona a los sujetos que están “legalmente obligados” a dispensar esa protección, y en el caso de la Administración pública, se trata de una organización compleja que se rige por los principios de eficacia, jerarquía, descentralización, desconcentración y coordinación. Esto da lugar a que aquellos que ocupan el puesto más alto de la estructura jerárquica de la Administración, no pueden ser considerados responsables in integrum de todas y cada una de las conductas ejecutadas por otros y que han podido generar o incrementar el riesgo para la vida o la salud de los trabajadores o funcionarios. Es decir, su posición no les convierte en garantes de todas las actuaciones que tengan lugar en el ámbito de la Administración en el que ejerzan sus competencias. Aun así, indica que nada impide la apertura de una investigación jurisdiccional encaminada a determinar, en cada caso, “quién era la autoridad legalmente obligada a prestar los medios indispensables para

⁵³ El Tribunal Supremo inadmite las denuncias y querellas contra el Gobierno por la gestión del COVID y las remite al juzgado decano de Madrid. Comunicación Poder Judicial, 18 de diciembre 2020. Consultado en: <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunal-Supremo/Noticias-Judiciales/El-Tribunal-Supremo-inadmite-las-denuncias-y-querellas-contra-el-Gobierno-por-la-gestion-del-COVID-y-las-remite-al-juzgado-decano-de-Madrid>

que los trabajadores desempeñaran su actividad conforma a las normas de seguridad “, y esto se debe llevar a cabo en primer lugar por los juzgados ordinarios.

4. Responsabilidad Disciplinaria

Se trata de una responsabilidad regulada en los arts. 29.3 y 42 LPRL. En cuanto al primer precepto que trata sobre las obligaciones de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales, el apartado tercero indica que el incumplimiento por los trabajadores dichas obligaciones tendrá la consideración de incumplimiento laboral (a los efectos previstos en el artículo 58.1 del Estatuto de los Trabajadores) o de falta en su caso, conforme a lo establecido en la correspondiente normativa sobre régimen disciplinario de los funcionarios públicos o del personal estatutario al servicio de las Administraciones públicas (en el EBEP en arts. 94 y 95.2).

Se trata de una responsabilidad con una finalidad fundamental correctiva de los comportamientos contrarios a los deberes y obligaciones del empleado público, en este caso del sector sanitario. Sin embargo, no hay que olvidar que el principal responsable en materia de seguridad y salud laboral es la propia Administración Pública y que los incumplimientos de sus empleados públicos no le eximen de sus obligaciones.⁵⁴

Por lo tanto, es un concepto que engloba dos vertientes: una activa, consistente en el derecho/obligación de ejercicio del poder disciplinario; otra pasiva, esto es, analizada desde la posición del trabajador responsable.

La finalidad correctiva de esta responsabilidad prevalece sobre la sancionadora o punitiva. Así pues, aunque lo habitual es la idea de que el poder disciplinario es un derecho a ejercer por la Administración Pública, lo cierto es que su obligación general de proteger a sus trabajadores tiene como consecuencia que el ejercicio del poder disciplinario en el marco de la seguridad y salud laboral se configure también como una obligación ya que no está en juego únicamente el interés de la propia Administración sino el del trabajador.⁵⁵

⁵⁴ Navas-Parejo Alonso, M. “Responsabilidades de la Administración Pública en Materia de Prevención de Riesgos Laborales”, en GONZALEZ ORTEGA, S. Y CARRERO DOMINGUEZ, C. (Dir.), Manual de prevención de riesgos laborales en las Administraciones Públicas, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, 2012, págs. 265

⁵⁵ Navas-Parejo Alonso, M. “Responsabilidades de la Administración Pública en Materia de Prevención de Riesgos Laborales”, en GONZALEZ ORTEGA, S. Y CARRERO DOMINGUEZ, C. (Dir.), Manual de prevención de riesgos laborales en las Administraciones Públicas, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, 2012, págs. 263

VII. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se obtienen a partir de este trabajo son las siguientes:

1. Existe una amplia variedad normativa sobre la prevención de riesgos laborales que, siguiendo el principio de jerarquía normativa, se encuentra en: la Constitución Española como norma suprema, los Tratados y Convenios internacionales (con especial referencia al Convenio núm. 155 OIT), la normativa Comunitaria (como la Directiva 89/391/CEE y la Directiva 2000/54/CE con la modificación del anexo III por la Directiva 2020/739 de la Comisión), la legislación estatal, respetando el principio de competencia territorial entre el Estado, las CCAA y las entidades locales, con las Leyes y las normas con rango de Ley (LPRL, Ley del ET y EBEP) y rango inferior a la ley (Real Decreto que aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención y destacar el RD 664/1997 sobre exposición a riesgos biológicos), y otras fuentes (convenios colectivos, contratos de trabajo, usos y costumbres locales y profesionales y jurisprudencia).
2. A finales del año 2019 en China ocurrieron los primeros contagios por un nuevo virus, el conocido como SARS- CoV-2, que rápidamente se propagó por el resto del mundo y dio lugar a la pandemia y a una crisis sanitaria mundial. Como consecuencia en España se decretó el Estado de Alarma.
3. Durante el Estado de alarma en España para hacer frente al virus destaca la labor que han desempeñado las autoridades públicas (a través de toda la normativa elaborada que contenían las medidas preventivas contra el virus según la fases de contagio), los profesionales del sector sanitario (no solo en su labor de atención y cuidado de las personas contagiadas por el virus, sino también por el apoyo que han dado al resto de profesionales y autoridades en relación con la investigación sobre el virus y en la búsqueda de la vacuna y medicamentos contra el virus) y la sociedad en general.
4. En materia de prevención de riesgos, la LPRL es de aplicación tanto a las relaciones laborales en sentido estricto, como al personal civil con relación de carácter administrativo o estatutario al servicio de las Administraciones públicas. Por ello, la Ley también se aplica en el ámbito de la Administración sanitaria

respecto a los trabajadores sanitarios, haciendo hincapié en los profesionales de la medicina y enfermería como sector vulnerable.

5. La Administración Pública, como parte empleadora, es responsable de cumplir con los deberes y obligaciones contemplados en la LPRL para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores. Hay que destacar que la pandemia por Covid-19 no se califica como un acontecimiento de caso fortuito de fuerza mayor que exonere a la Administración pública, de la adopción y cumplimiento de las medidas preventivas necesarias ya que las enfermedades contagiosas epidémicas son un acontecimiento previsible y previsto en la normativa española.⁵⁶
6. En relación con el sector sanitario, además de los problemas propios que acarró la crisis sanitaria como el colapso de los servicios por incremento de demanda de pacientes, sobrecarga de trabajo unido a elevados niveles de estrés por parte de los profesionales sanitarios, la mayor exposición al virus o la falta de información y formación necesaria, ha destacado el problema de desabastecimiento o inadecuación de los equipos de protección disponibles (como mascarillas, guantes, gafas protectoras, ropa protectora y geles desinfectantes). Esto ha dado lugar a que los trabajadores de ese sector no pudiesen actuar en condiciones donde se garantizase su seguridad y salud.
7. Las responsabilidades en que puede incurrir la Administración Pública y en concreto la sanitaria, como consecuencia de los incumplimientos en materia de seguridad y salud laboral es un tema complejo. Ante supuestos en que se produce un incumplimiento de las normas de prevención de riesgos por parte de la Administración Pública, exista o no un accidente de trabajo o enfermedad profesional, las posibles responsabilidades derivadas de ese incumplimiento serán las de tipo patrimonial o civil, penal, disciplinaria y de imposición de medidas correctoras
8. A pesar de la existencia de diferentes variables del virus, se ha comprobado que la forma óptima de prevenir su transmisión consiste en usar una combinación de

⁵⁶ GOÑI SEIN, J.L., GONZALEZ LABRADA, M., SIERRA HERNAIZ, E. Y LLORENS ESPADA, J. “Seguridad y salud en el trabajo”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 245, 2021, págs. 2

todas las medidas preventivas, no solo Equipos de Protección Individual. En la mayor parte de las exposiciones laborales la aplicación estricta de las medidas de higiene de manos, superficies y equipos, junto con las medidas de protección respiratoria (etiqueta respiratoria y uso continuado y correcto de la mascarilla) y ventilación, minimiza la transmisión de la infección.⁵⁷

9. Es fundamental analizar el papel que ha desarrollado la Administración Pública durante el periodo de pandemia en relación con la prevención de riesgos laborales, para poder determinar y evitar o corregir las deficiencias o errores, y promover aspectos de mejora para posibles futuras situaciones similares, como por ejemplo con la reciente llamada Viruela del mono.

⁵⁷ Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2. Ministerio de Sanidad, 6 de junio de 2022. Pág.7. Visto en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf

VIII. BIBLIOGRAFIA

- BENLLOCH LOPEZ, M.C., UREÑA UREÑA, Y. “Conceptos básicos sobre Seguridad y Salud en el Trabajo. Unidad Didáctica 3”, en Manual Básico de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2018, pág. 5
- Centro Nacional de Epidemiología / Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe sobre “Análisis de los casos de COVID en personal sanitario notificados a la RENAVE hasta el 10 de mayo en España”, 29-05-2020. Pág. 3. Visto en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20personal%20sanitario%2029%20de%20mayo%20de%202020.pdf>
- Centro Nacional de Epidemiología / Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Informe nº 137. “Situación de COVID-19 en España”, 12-07-2022, pág. 3. Visto en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/INFORMES%20COVID-19%202022/informe%20n%C2%BA%20137%20Situaci%C3%B3n%20de%20COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a%20a%2012%20de%20julio%20de%202022.pdf>
- CIORBA CIORBA, F.R., FLORES BENITEZ, J., HERNANDEZ IGLESIAS, R., INGLES TORRUELLA, J., OLONA CABASES, M. “Factores de Riesgo de Contagio de la Covid-19 en Personal Sanitario”, en *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, núm. 24, 2021, pág. 371
- CONSTANS AUBERT, A., ALONSO ESPADELÉ, R.M., PÉREZ NICOLÁS, J., “Utilización de los equipos de protección individual frente al riesgo biológico por el personal sanitario”, en *Medicina y Seguridad del Trabajo*, núm. 210, 2008, pág. 36
- Criterio técnico del INSST: Medidas de protección personal frente al coronavirus SARS-CoV-2: conceptos sobre su utilización en el ámbito laboral (01.12.2020). Pag. 2. Visto en: <https://www.upm.es/sfs/Rectorado/Gerencia/Prevencion%20de%20Riesgos%20>

[Laborales/coronavirus/20201201%20Criterio%20T%C3%A9cnico%20INSST.pdf](#) (consultado en julio 2022)

- ¿Cuántas dosis son necesarias para ser inmune?, Ministerio de Sanidad, actualizado a 1 de agosto 2022. Visto en: <https://www.vacunacovid.gob.es/preguntas-y-respuestas/cuantas-dosis-son-necesarias-para-ser-inmune> (consultado en agosto 2022)
- Estrategia de Vigilancia y Control frente a COVID-19 tras la fase aguda de la pandemia. Actualizado a 3 de junio de 2022. Pág.4. visto en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV/documentos/Nueva_estrategia_vigilancia_y_control.pdf (consultado en julio 2022)
- “Evaluación de Riesgos Laborales”, en Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo núm. 5, 2000, pág. 1. Visto en: https://www.insst.es/documents/94886/96076/Evaluacion_riesgos.pdf/1371c8cb-7321-48c0-880b-611f6f380c1d (consultado en agosto 2022)
- Gestión de la prevención de riesgos laborales en la pequeña y mediana empresa. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Pág. 1. Visto en: <https://www.insst.es/documents/94886/454629/4.+Medidas-actividades+para+eliminar+o+reducir+los+riesgos.pdf/9c0d3210-a8ed-4a2a-979a-bbf20db0e808?t=1532347333447> (consultado en julio de 2022)
- GOÑI SEIN, J.L., GONZALEZ LABRADA, M., SIERRA HERNAIZ, E. Y LLORENS ESPADA, J. “Seguridad y salud en el trabajo”, en *Revista Española de Derecho del Trabajo*, núm. 245, 2021, págs. 2
- Información científica-técnica: Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Ministerio de Sanidad. Actualización, 17 de abril de 2020. Pág. 4. Visto en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200421_INFORME_CIENTIFICO_SANIDAD_COVID-19.pdf (consultado en julio 2022)
- Información inicial de la Alerta en China. 31.12.2019. Ministerio de Sanidad. Visto en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV/situacionActual.htm> (consultado en julio 2022)

- Informe Cámara de Comptos Navarra. Abril de 2021 - Gestión de la COVID-19 por la Administración de la Comunidad Foral de Navarra, marzo-diciembre 2020. Pág. 5. Visto en: [tps://camaracomptos.navarra.es/sites/default/files/assets/files/informes/InformeComptos2104.pdf_firmado_0.pdf](https://camaracomptos.navarra.es/sites/default/files/assets/files/informes/InformeComptos2104.pdf_firmado_0.pdf) (consultado en julio 2022)
- Informe nº 59. Situación de COVID-19 en España. Casos diagnosticados a partir 10 de mayo. Pag. 17. Visto en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2059_29%20de%20diciembre%20de%202020.pdf (consultado en julio 2022)
- Informe sobre la situación de COVID-19 en personal sanitario en España. Equipo COVID-19. RENAVE. CNE. CNM (ISCIII) Actualizado 30-04-2020. Pag. 11. Visto en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/COVID-19%20en%20Espa%C3%B1a.%20Situaci%C3%B3n%20en%20Sanitarios%20a%2030%20de%20abril%20de%202020.pdf> (consultado en julio 2022)
- *¿Cómo se propaga la COVID-19 entre las personas?*, Organización Mundial de la Salud (OMS), con fecha de actualización del 30 de abril del 2021. Visto en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted> (consultado en agosto 2022)
- Merletti, F., Solkolne, C. L., y Vineis, P. “Capítulo 28. Epidemiología y estadística”, en MAGER STELLMAN, J. (Dir.), Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), Madrid, 2012, pág. 28.2..
- MORENO CASBAS, M.T. “Factores relacionados con el contagio por Sars-cov en profesionales de la salud en España- Proyecto SANICOVI, en *Enfermería Clínica*, núm. 30(6), 2020, pág. 361
- MORENO SUESKUN I, EXTRAMIANA CAMENO E, DÍAZ-GONZÁLEZ JA, FERNÁNDEZ BARAIBAR J. “Incidencia casos COVID-19 en población laboral

- según actividad económica en Navarra, mayo–diciembre 2020”, en *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, vol. 25, núm. 2, 2022, pág.125.
- Navas-Parejo Alonso, M. “Responsabilidades de la Administración Pública en Materia de Prevención de Riesgos Laborales”, en GONZALEZ ORTEGA, S. Y CARRERO DOMINGUEZ, C. (Dir.), *Manual de prevención de riesgos laborales en las Administraciones Públicas*, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, 2012, págs. 242-243
 - PÁRRAGA MARTINEZ, I., PÉRULA DE TORRES, L.A., GONZALEZ LAMA, J. et al. “Características clínico-epidemiológicas de la infección por el virus SARS-CoV-2 en médicos de familia: un estudio de casos y controles”, en *Atención Primaria*, núm. 53 - 101956, 2020, pág.2
 - PÉREZ-ABELED0, M. y SANZ MORENO, J. C. “Variantes de SARS-CoV-2, una historia todavía inacabada”, en *Vacunas*, núm. 22(3), 2021, pág. 174
 - Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2. Ministerio de Sanidad, 6 de junio de 2022. Visto en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Proteccion_Trabajadores_SARS-CoV-2.pdf (Consultado en julio 2022)
 - Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-Cov-2. Ministerio de Sanidad, 28 de febrero de 2020. Visto en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Procedimiento_servicios_prevenccion_riesgos_laborales_COVID-19.pdf (Consultado en agosto 2022)
 - Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-S, Organización Mundial de la Salud. Visto en: <https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants> (Consultado en agosto 2022)
 - TRALLERO MASO, A. “La responsabilidad penal de las personas jurídicas y el sector sanitario”, en *Revista Aranzadi Doctrinal*, núm. 2/2017, pág. 9