3. CONDICIONES DE TRABAJO, RIESGOS PSICOSOCIALES, SALUD Y DESIGUALDADES EN TIEMPOS DE PANDEMIA

Salvador Moncada, Clara Llorens, Albert Navarro y Sergio Salas

3.1. INTRODUCCIÓN

Dos de los resultados más relevantes de las tres ediciones de la Encuesta de Riesgos Psicosociales¹ en el periodo 2005-2016 son el aumento de la inseguridad laboral y el mantenimiento de cerca de la quinta parte de la población asalariada en condiciones de «alta tensión» (Utzet et al., 2021) (situación especialmente nociva para la salud, caracterizada por tener altas exigencias laborales y poca autonomía y oportunidades para aplicar y desarrollar habilidades en la realización del trabajo o «bajo control»). Más recientemente, las dos ediciones de la Encuesta de Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto de la COVID-19 (COTS) apuntan a que la pandemia de COVID-19 empeoró las cosas (Llorens-Serrano et al., 2021). Aunque las medidas adoptadas para proteger el empleo evitaron daños mucho mayores, la inseguridad laboral -a la que se sumó la inseguridad relacionada con el temor a contagiar o a ser contagiado-, siguió aumentando, sobre todo en el primer año, y la población expuesta a la alta tensión se duplicó en 2021 y se mantuvo igualmente alta en 2022 respecto a 2016, llegando a abarcar casi la mitad de la población asalariada.

En realidad, estos problemas vienen de más lejos y se relacionan con las políticas económicas y laborales, las relaciones laborales, la organización del trabajo y las prácticas empresariales de gestión laboral. De no revertirse, probablemente pagaremos un alto precio en salud en términos de exceso de mortalidad y morbilidad evitable.

En este trabajo se presentan algunos de los principales resultados de diversas investigaciones realizadas durante las dos últimas décadas con los datos de las tres ediciones de la Encuesta de Riesgos Psicosociales en 2005, 2010 y 2016 (Utzet et al., 2021) y las dos de la Encuesta de Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto de la COVID-19 (COTS), en 2021 y 2022 (Salas-Nicás et al., 2021). Los resultados de estas investigaciones han sido incluidos en diversas publicaciones, algunas referenciadas en este texto. Para este trabajo no se han vuelto a analizar de los datos de estas encuestas, pero sí se ha realizado interpretación y discusión conjunta desde la perspectiva de la desigualdad y la pandemia de COVID-19.

Aunque no son idénticas, ambas encuestas, ERP y COTS, comparten instrumentos de medida (especialmente, el *Copenhagen Psichosocial Questionnaire* de exposición laboral a riegos psicosociales y la dimensión de salud mental del SF36²) y presentan una metodología análoga.

^{1.} Las ERP, son encuestas representativas de la población asalariada en España dirigidas a la medición de algunas condiciones de trabajo y, fundamentalmente, a las exposiciones psicosociales en el trabajo.

^{2.} En el manual de COPSOQ-lstas21 se explican ambos instrumentos. Disponible en: http://copsoq.istas21.net/ficheros/documentos/v2/manual%20Copsoq%202(24-07-2014).pdf.

Dirigidas fundamentalmente a población asalariada, todas ellas han sido fruto de la larga colaboración entre el Institutito Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS) de CCOO y el Grupo de Investigación en Riesgos Psicosociales, Organización del Trabajo y Salud (POWAH) de la Universitat Autònoma de Barcelona.

3.2. SALUD, TRABAJO Y DESIGUALDAD: ALGUNAS IDEAS CLAVE

Las evidencias científicas sobre desigualdades sociales en salud no se limitan a analizar las consecuencias de las condiciones materiales de vida sobre la salud, como el nivel de renta, el acceso a la vivienda o la alimentación. En las últimas décadas, se ha constatado que las condiciones de empleo y de trabajo explican algunos de los gradientes sociales observados en mortalidad y salud mental y cardiovascular (Chandola y Marmot, 2010; Niedhammer, Bourgkard y Chau, 2011). Por ejemplo, en el conocido estudio longitudinal de Whitehall, con el seguimiento en el tiempo de una gran cohorte de funcionarios municipales de Londres, las tasas de mortalidad de éstos seguían un claro gradiente de acuerdo con su categoría profesional, de manera que la mortalidad aumentaba a medida que disminuía la categoría (Marmot y Rose, 1984); múltiples resultados de este estudio han insistido en la misma dirección (Marmot et al., 1991). A nuestro entender, una de las características más relevantes de este estudio es que solamente incluye a población con una estabilidad laboral máxima y con tareas básicamente administrativas, lo que sugiere que la relación entre la clase ocupacional y la salud es tan poderosa que incluso podemos observarla en poblaciones empleadas en las mejores condiciones y sin la amenaza del desempleo.

Además de estas evidencias, ha habido multitud de aportaciones que sitúan las con-

diciones de empleo y de trabajo entre los determinantes cruciales de la salud de la población (Marmot y Wilkinson, 2006; Benach, Muntaner y Santana, 2007) profundamente relacionadas con las desigualdades de salud y condiciones de vida y de trabajo, incluyendo la exposición a factores psicosociales que, en general, tienden a mostrar peores indicadores entre las ocupaciones de estatus socioeconómico más bajo (Siegrist, 2002).

3.3. LA IMPORTANCIA DE LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

La relación entre la organización del trabajo y la salud no parece tan evidente como la que existe entre otras causas de enfermedad más conocidas, como, por ejemplo, la exposición laboral al amianto y varios tipos de cáncer. Los efectos de la organización del trabajo son más intangibles e inespecíficos y se manifiestan a través de diversos mecanismos que tienen su base en la interacción entre las oportunidades y demandas de la organización y las necesidades, habilidades y expectativas de las personas para que estas puedan satisfacer sus necesidades de bienestar, autoestima y autoeficacia (Siegrist y Marmot, 2004). Como sucede con otros problemas de salud relacionados con el trabajo, los principales efectos de los factores psicosociales en la salud se observan después de periodos de exposición más o menos largos, lo que dificulta su visualización. Este es el caso, por ejemplo, de la reducción de la esperanza de vida relacionada con la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares.

Podemos decir que los factores psicosociales son condiciones de trabajo con la etiqueta de «factores de riesgo» para la salud, ya que pueden ser *causa* de enfermedad, que se relacionan con la organización del trabajo y las prácticas de gestión laboral que se derivan de ella, y para los que las exposiciones y efectos no se observan fácilmente. Sus mecanismos de acción implican procesos emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivos (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc.), conductuales (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc.) y fisiológicos (reacciones neuroendocrinas). A estos mecanismos los conocemos popularmente como «estrés» y, según su intensidad, frecuencia y duración, pueden ser precursores de enfermedad (Levi, 1991).

Desde la perspectiva de la prevención de riesgos laborales, los factores psicosociales laborales representan el conjunto de *exposiciones* que hay que identificar, localizar y medir en los puestos de trabajo; la organización del trabajo y las prácticas de gestión laboral representan el origen o las *causas* de estas exposiciones nocivas que habrá que modificar para eliminarlas, reducirlas o controlarlas; y el *estrés*, el precursor de sus efectos en la salud, enfermedades o trastornos concretos (enfermedades cardiovasculares, depresión, etc.), que podrán producirse entre la población expuesta y que deben ser evitados.

Hay que insistir en que no se elige trabajar en malas condiciones para acabar enfermando: generalmente, quien trabaja en malas condiciones no puede elegir y, en muchos casos, desconoce el potencial nocivo de tales condiciones, que pueden implicar la exposición a agentes nocivos diversos (físicos, químicos o biológicos, herramientas de diseño no ergonómico, trabajo a turnos, relaciones conflictivas, etc.).

Son la organización del trabajo y las prácticas de gestión laboral las que determinan los contenidos específicos de las tareas y las condiciones en que deben realizase y que resultan de interés desde el punto de vista psico-

social. Las exigencias psicológicas (entre otras exigencias laborales relativas a la cantidad de trabajo en relación con el tiempo disponible, condicionadas por las prácticas de gestión laboral referidas a las plantillas asignadas para las distintas tareas, a los procesos de trabajo, a la política salarial, la tecnología utilizada, etc.) y el margen de autonomía que permite la organización del trabajo y las prácticas de gestión laboral -las relaciones sociales que condicionan- ofrecen, a cambio del esfuerzo invertido en la realización del trabajo, las posibilidades de aprendizaje y de desarrollo de habilidades que propician las perspectivas de promoción y la estabilidad del empleo que estas mismas prácticas de gestión laboral comportan. Digamos que cómo se realizan estas tareas es tanto o más importante que las tareas en sí mismas, de ahí la relevancia que tiene para la salud el nivel de decisión que la organización del trabajo permite a la persona que está realizando las tareas (y que tiene mucho que ver con lo que denominamos «control» sobre el trabajo).

3.4. LOS FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES Y LA SALUD

Los factores psicosociales representan hoy uno de los riesgo laborales más importantes en la mayoría de los países para los que hay datos, los de la Unión Europea entre ellos (Schütte et al., 2014). La exposición laboral a los factores psicosociales se ha relacionado con multitud de enfermedades y trastornos de la salud física y mental, (Niedhammer, Bertrais y Witt, 2021), destacando las afecciones cardiovasculares (Taouk et al., 2019), los trastornos de salud mental (Harvey et al., 2017) y los musculoesqueléticos (Haukka et al., 2013); pero también se relacionan con estilos de vida nocivos (Siegrist y Rödel, 2006), el consumo de alcohol y drogas y el sedentarismo (Lallukka et al., 2008), siendo la exposición a factores psicosociales una de las causas más relevantes de absentismo laboral por motivos de salud.

Disponemos de una fuerte evidencia de que las altas demandas o exigencias del trabajo, el bajo control sobre el mismo, el escaso apoyo social de los compañeros y supervisores, la baja justicia relacionada con los procedimientos de trabajo y con las relaciones, y el desequilibrio entre el esfuerzo invertido en trabajar y las recompensas o compensaciones obtenidas a cambio, predicen la incidencia de los problemas de salud relacionados con el estrés (Nieuwenhuijsen, Bruinvels y Frings-Dresen, 2010).

Trabajar en condiciones de alta tensión – expresión ya referenciada en la introducción de este capítulo- significa tener muchas exigencias laborales (muchas tareas que hacer, emociones que manejar, alto ritmo de trabajo, etc.), a la vez que un bajo nivel de control sobre el trabajo (que implica poco o nulo margen de decisión y pocas oportunidades para desarrollar o adquirir habilidades) dobla el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular y acorta en cerca de dos años la esperanza de vida libre de discapacidad (Hanson et al., 2018). Los métodos de trabajo autoritarios, tayloristas o neotayloristas (lean production, high performance management) están en su base, pero no solo. También las plantillas recortadas, la mala planificación del trabajo en términos de cantidad, calidad y tiempo o las carencias en las tecnologías y procesos (Llorens et al., 2010; Llorens et al., 2019)3.

Con los datos de las Encuestas Europeas de Condiciones de Trabajo, se estimó que alrededor del 5,5 % de episodios de enfermedad cardiovascular (que constituye la primera causa de muerte en España, alrededor de 120 000 muertes al año) y el 20 % de los trastornos de salud mental podrían ser evitados entre la población trabajadora eliminando la alta tensión de los puestos de trabajo (Niedhammer et al., 2022) en los que su prevalencia es del 33,7 %: una de cada tres personas trabajadoras estaría expuesta a alta tensión en España. Como veremos, la COVID-19, ha empeorado esta prevalencia, alcanzando a casi la mitad de la población asalariada (Salas et al., 2020), suponiendo un enorme impacto en la salud de la población: solamente las muertes cardiovasculares atribuibles a la alta tensión superarían las muertes por accidentes de trabajo.

3.5. INSEGURIDAD LABORAL Y SALUD

La inseguridad laboral forma parte del constructo psicosocial y está relacionada con sus mismos determinantes, pero nos parece oportuno dedicarle un apartado específico en este informe al tratarse de un fenómeno que corre paralelo al desempleo y a la temporalidad (Green, 2006), características históricamente definitorias del mercado laboral en España. Podemos distinguir dos tipos de inseguridad laboral: la inseguridad sobre el empleo, referida a la preocupación por el futuro en relación con la pérdida del empleo y las posibilidades de encontrar otro en caso de pérdida; y la inseguridad sobre las condiciones de trabajo, que se relaciona con las amenazas de empeoramiento de condiciones de trabajo (como el salario, el horario, el puesto y los contenidos del trabajo). Ambas pueden afectar a la salud de forma distinta según las responsabilidades individuales y la situación financiera familiar (Gallie et al., 2016). Generalmente, la inseguridad sobre las condiciones de trabajo está en buena parte supeditada a la inseguridad sobre el empleo, pudiendo ser baja (o aparen-

^{3.} La literatura científica en este tema es muy abundante. No es este el lugar para ofrecer una revisión bibliográfica; las personas interesadas pueden consultar el marco conceptual de la metodología COPSOQ-Istas21 en: http://copsoq.istas21.net/ficheros/documentos/v2/manual%20 Copsoq%202(24-07-2014).pdf.

temente baja) cuando existe riesgo de quedar en paro.

Los efectos de la inseguridad laboral sobre la salud se han puesto de manifiesto en las últimas décadas, disponiendo en la actualidad de numerosa literatura científica que lo confirma. Un estudio europeo mostró que las personas con empleos inseguros tenían peor salud percibida (self-rated health) en la mayoría de los 16 países incluidos en el análisis, España entre ellos (Krisztina et al., 2010). En una revisión de 47 estudios longitudinales (De Witte, Pienaar y De Cuyper, 2016) se relaciona la inseguridad laboral con las enfermedades cardiovasculares, la salud percibida, diversos síntomas psicosomáticos, el absentismo por motivos de salud, problemas de sueño, trastornos musculo-esqueléticos, enfermedades respiratorias y el uso de servicios sanitarios. También en las últimas décadas. las evidencias que la relacionan con la salud mental (Stansfeld y Candy, 2006; Kim y von dem Knesebeck, 2016) y otros problemas de salud como la diabetes (Ferrie et al., 2016) se han ido acumulando.

La exposición a la inseguridad para encontrar trabajo en caso de quedarse en el paro se asoció a un mayor riesgo de tener un peor estado de salud mental en las ERP de 2005 y 2010 (Utzet *et al.*, 2016) y 2016 (Salas-Nicás *et al.*, 2018), siendo la inseguridad relacionada con la reducción del salario la que más intensamente se asoció con los trastornos psiquiátricos menores (Navarro *et al.*, 2017).

La misma investigación europea citada anteriormente (Niedhammer *et al.*, 2022), sostiene que el 7,52 % de los episodios de enfermedad cardiovascular y el 13,44 % de los de depresión podrían ser evitados si se eliminara la inseguridad relacionada con la pérdida de empleo, a la que estaba expuesta una de cada cuatro personas empleadas.

La inseguridad laboral tiene otros efectos a nivel de organización social y del trabajo igualmente preocupantes en relación con la salud, especialmente el posible deterioro del apoyo social en el trabajo y su relación con las enfermedades cardiovasculares y la salud mental. Se ha evidenciado que la ideación del suicidio es un 45 % más frecuente cuando los trabajadores están expuestos a un bajo apoyo social de superiores y compañeros y un 91 % más frecuente cuando están expuestos a una alta inseguridad. Si nos centramos en los suicidios, la exposición al bajo control (o sea, baja influencia y bajas posibilidades de desarrollo) incrementa un 23 % su frecuencia y la exposición al bajo apoyo social de superiores y compañeros la aumenta un 16 % (Milner et al., 2018).

Por último, no deberíamos olvidar el descrito efecto de «disciplinamiento» que sobre el conjunto de la población trabajadora puede tener la destrucción de empleo y que afecta tanto a las personas que pierden el empleo como a las que lo mantienen en peores condiciones (Cano, 2007), lo que también conduciría al empeoramiento de la salud mental (Paul y Moser, 2009).

3.6. EXPOSICIÓN A RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA (2005-2022)

En el análisis de las tres ediciones de la ERP entre 2005 y 2016 se mostraron resultados similares a los observados en las Encuestas Europeas de Condiciones de Trabajo (EWCS) de los últimos 15 años (Eurofound, 2019), tanto en relación con la evolución temporal como con respecto al gradiente social de las exposiciones psicosociales, sin cambios dramáticos en los últimos 15 años en las demandas de trabajo, pero con ligeros aumentos en la intensidad del trabajo, las demandas emocionales y el control sobre el trabajo desde 2010 y el empeoramiento de la inseguridad sobre el empleo (Utzet *et al.*, 2021).

El título de este último trabajo incluye los términos «persistent inequality», lo que resulta significativo, pues los resultados muestran una persistente desigualdad en las exposiciones psicosociales entre 2005 y 2016. Según la clase ocupacional, las y los trabajadores manuales estaban más expuestos que los no manuales a todos los riesgos psicosociales estudiados, excepto a la inseguridad sobre las condiciones de trabajo, que podría estar condicionada por la inseguridad sobre el empleo. La exposición al bajo control sobre el trabajo -componente esencial de la alta tensión, que afectó al 22,3 % de la población encuestada en 2016- fue del doble para trabajadoras y trabajadores manuales comparando con las y los no manuales; y casi un 20 % superior en relación con el bajo apoyo social y la inseguridad sobre el empleo. Además, hay que destacar que, aunque una vez considerada la clase social (u ocupacional en este caso), prácticamente no hubo diferencias entre los niveles de exposición psicosocial en función del género y los niveles de inseguridad sobre el empleo fueron más altos para las mujeres, en consonancia con otras publicaciones anteriores (Campos-Serna et al., 2013).

Considerando los resultados de las dos ediciones de las encuestas COTS, parece claro que la pandemia empeoró el panorama, sobre todo en relación a la inseguridad, la alta tensión y la desigualdad (Salas-Nicás *et al.*, 2021). La exposición a alta tensión afectó en 2020 y 2021 a casi la mitad (el 45,8 % en la COTS de 2021) de las y los trabajadores participantes en la encuesta. Hay que insistir que esta cifra supone que durante la pandemia de COVID-19 la prevalencia de la alta tensión duplicó la existente en 2016 (Llorens-Serrano *et al.*, 2021).

De igual modo, permanecieron las desigualdades por clase ocupacional observadas anteriormente: uno de cada dos trabajadores y trabajadoras en puestos manuales estaban expuestos a alta tensión (53,3 %), mientras

que este nivel de exposición se reduce a dos de cada cinco entre los puestos no manuales (Llorens-Serrano et al., 2021). Además, se observó que la alta tensión era más prevalente en los puestos de trabajo concebidos como una extensión del trabajo doméstico y del de cuidados, menos valorados socialmente y ampliamente feminizados (como, por ejemplo, limpiadoras, auxiliares de geriatría y de enfermería, trabajadoras de ayuda a domicilio, trabajadoras del hogar, etc.), evidenciando las desigualdades estructurales de clase y género y que incluye también la falta de prevención de riesgos laborales en esos puestos (Llorens y López, 2021). La inseguridad referida a perder el empleo, a empeorar las condiciones de trabajo o a encontrar otro empleo en caso de perder el actual mantuvo en 2022 niveles muy similares a los del año anterior, siendo la más alta la referida a la preocupación por no encontrar otro empleo (75,6 %); mientras que la inseguridad relacionada con la pérdida del empleo afectó al 42,6 % de las personas encuestadas. La inseguridad, especialmente la referente a la pérdida del empleo y la disminución del salario, aumentan considerablemente entre las personas con niveles de renta más bajos, que son un 11,8 % y un 8,6 % más altas en este colectivo.

3.7. LA SALUD RELACIONADA CON EL TRABAJO ANTES Y DESPUÉS DE LA PANDEMIA

El riesgo de mala salud mental no mostró cambios significativos entre 2005 y 2016, manteniéndose alrededor del 16 % en dicho periodo (Utzet *et al.*, 2021). Las desigualdades en la prevalencia de la salud mental según la clase ocupacional y género se mantuvieron a lo largo de los tres momentos analizados: es decir, las mujeres y los trabajadores manuales presentaron peor salud mental que los hombres y los trabajadores no manuales respecti-

vamente, como ya observaron otros autores con otras poblaciones en países distintos (Hämmig y Bauer, 2013; Marmot, 2006).

Casi el 37 % de los y las trabajadoras manifestó un empeoramiento de su estado de salud en la COTS de 2020, mientras que cerca del 42 % tuvo graves problemas para dormir durante el último mes. El consumo de tranquilizantes y analgésicos opiáceos se duplicó con respecto a la situación anterior a la pandemia, mientras que el riesgo de tener una mala salud mental alcanzó a algo más del 55 % de la población participante. (Salas-Nicás et al., 2021). Un año después, la COTS de 2021 mostró una situación algo peor: el riesgo de mala salud mental alcanzó a cerca del 61 % de la población participante. Además, mostró una marcada desigualdad: las mujeres mostraron un 12 % más riesgo que los hombres y los ióvenes de 16 a 34 años se vieron un 15 % más perjudicados que los mayores de 50 años.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1 La evolución de la exposición a riesgos psicosociales en el trabajo en España parece preocupante en el doble sentido de su magnitud y de la desigualdad social que comporta. En general, las exposiciones psicosociales son peores en los puestos menos cualificados, peor pagados y más inseguros; peores para las mujeres en relación con los hombres; y peores para las personas más jóvenes con relación a las de mayor edad.

2 La que ya era una elevada prevalencia del trabajo en condiciones de alta tensión entre 2005 y 2016 se duplicó en 2020 y creció algo más en 2021, alcanzando a la mitad de la población asalariada expuesta. El trabajo en condiciones de alta tensión se ha relacionado consistentemente con múltiples problemas de salud de alta frecuencia entre la población, como las enfermedades cardiovasculares y di-

versos trastornos de la salud mental, y podría ser responsable de muchas más muertes que las provocadas por los accidentes de trabajo.

A esta evolución negativa de la alta tensión se le debe sumar la evolución de la inseguridad laboral, también con fuerte relación con la salud, tanto en el sentido de inseguridad sobre el empleo como sobre las condiciones de trabajo -el salario, especialmente-. Aunque las medidas políticas adoptadas para proteger el empleo al inicio de la pandemia han podido evitar una situación peor, parece evidente que el trabajo inseguro y precario ha seguido siendo un enorme problema durante la pandemia, el cual sigue afectando de forma designal a los diferentes colectivos, empeorando las condiciones de trabajo y de vida de los grupos de población más vulnerables, entre ellos los jóvenes. Esperemos que la vigente reforma laboral rompa la tendencia de precarización de las condiciones de empleo y trabajo que ha caracterizado el mercado de trabajo en España en las últimas décadas.

A pesar de que la pandemia de la CO-VID-19 ha tenido un notable impacto en estas exposiciones, su origen viene de mucho antes; la pandemia ha empeorado la situación y ha contribuido a visualizar, a veces de forma dramática, algunos de los problemas más acuciantes, como, por ejemplo, las penosas condiciones de trabajo en sectores como las residencias de gente mayor (ratios únicamente sostenibles a costa de la salud de las trabajadoras y de las personas dependientes, métodos de trabajo taylorizados, horarios imposibles, etc.), cuyo origen no ha sido la pandemia.

5 Además de las políticas de empleo, a nuestro entender es necesario revertir esta situación mediante intervenciones en los centros de trabajo. Ello implica la acción sobre la organización del trabajo y las políticas y prácticas empresariales de gestión laboral, con la pretensión de hacerlas más democráticas, participativas, justas y equitativas. Ello requiere de medidas legislativas, de participación propositiva y de seguimiento por parte de los agentes sociales. Algunas ideas en este sentido incluirían fomentar:

- a) El enriquecimiento de los contenidos del trabajo para aquellos trabajos de contenidos poco complejos.
- b) La introducción de fórmulas de participación directa en las empresas e instituciones.
- c) El fomento de las formas cooperativas de trabajo.
- d) La ordenación de la jornada laboral de manera compatible con las exigencias de la vida social y familiar, del trabajo doméstico y de cuidados.
- e) El mantenimiento de las exigencias laborales en unos límites razonables, considerando su relación con la salud.
- f) La estabilidad en el empleo y en las condiciones de trabajo.

6 Un serio problema añadido a lo expuesto, común a todos los aspectos de la salud laboral, es la baja cobertura de la figura de las Delegadas y Delegados de Prevención, prevista en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales: prácticamente, la mitad de la población asalariada en España no dispone de representación legal de los y las trabajadoras, lo que nos parece inasumible en tanto que supone una obvia conculcación del derecho a la salud y a la organización y representación sindical en el trabajo y una limitación muy importante para la prevención efectiva en los centros de trabajo. La investigación ha mostrado

que donde existe representación hay mejores condiciones de trabajo (Ollé Espluga, 2015), incluso en sectores de difícil sindicalización como puede ser el de cuidados domiciliarios (Delp y Muntaner, 2010). Un cambio legislativo debería instaurar la figura de la Delegada o Delegado de Prevención a nivel sectorial o territorial, con el fin de facilitar la acción de los agentes sociales y el diálogo social en las pequeñas y muy pequeñas empresas.

BIBLIOGRAFÍA

Benach, J., Muntaner, C. y Santana, V. (2007). *Employment Conditions and Health Inequalities, Final Report to the WHO Comission on Social Determinants of Health*. Disponible en: http://cdrwww.who.int/entity/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf.

Campos-Serna, J. et al. (2013). "Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review.", *International journal for equity in health*, 12, p. 57.

Cano, E. (2007). "La extensión de la precariedad laboral como norma social". Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, 29, pp. 117-138.

Chandola, T. y Marmot, M. G. (2010). "Socioeconomic status and stress." *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health*, pp. 185–193.

Delp, L. y Muntaner, C. (2010). "The political and economic context of home care work in California", 20(4), pp. 441–464. doi: 10.2190/NS.20.4.d.

Eurofound (2019). Working conditions and workers' heal-th. Luxemburgo.

Ferrie, J. E. *et al.* (2016). "Job insecurity and risk of diabetes: a meta-analysis of individual participant data". *Canadian Medical Association Journal*, pp. 1–9. doi: 10.1503/cmaj.150942/-/DC1.

Gallie, D. *et al.* (2016). "The hidden face of job insecurity". *Work, Employment & Society*, pp. 1–18. doi: 10.1177/0950017015624399.

Green, F. (2006). "The rise and decline of job insecurity. 2003". *The Rise and Decline of Job Insecurity*, 1(May).

Hanson, L. L. M. et al. (2018). "Job strain and loss of healthy life years between ages 50 and 75 by sex and occupational position: Analyses of 64 934 individuals from four prospective cohort studies". *Occupational and Environmental Medicine*, 75(7), pp. 486–493. doi: 10.1136/oemed-2017-104644.

Harvey, S. B. *et al.* (2017). "Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems". *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), pp. 301–310. doi: 10.1136/oemed-2016-104015.

Haukka, E. *et al.* (2013). "Pain in multiple sites and sickness absence trajectories: a prospective study among Finns.". *Pain*, 154(2), pp. 306–312. doi: doi.org/10.1016/j.pain.2012.11.003.

Kim, T. J. y von dem Knesebeck, O. (2016). "Perceived job insecurity, unemployment and depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies". *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 89(4), pp. 561–573. doi: 10.1007/s00420-015-1107-1.

Lászlóa, D. *et al.* (2010) "Job insecurity and health: A study of 16 European countries". *Soc Sci Med*, 70(1982), pp. 867–874.

Lallukka T. *et al.* (2008). "Associations of job strain and working overtime with adverse health behaviors and obesity: evidence from the Whitehall II Study, Helsinki Health Study, and the Japanese Civil Servants Study.". *Soc Sci Med.*, 66(8), pp. 1681–98.

Levi L. (1991). "Work, worker and wellbeing. An overview.". A healthier work environment. Basic concepts and methods of measurement. Proceedings of an international meeting. Estocolmo.

Llorens-Serrano, C. *et al.* (2021). "Condiciones de Trabajo y Salud tras un año de pandemia. Resultados de la encuesta COTS en 2021 y comparación con 2020", p. 30. Disponible en: https://lmayo.ccoo.es/e6edc-f4abd413487d2e0671937ee4e04000001.pdf.

Llorens C; Lopez M. (2021). "Llueve sobre mojado: mujeres en trabajos invisibilizados durante la pandemia". *Por Experiencia*, 85. Disponible en: https://porexperiencia.com/condiciones-de-trabajo/llueve-sobre-mojado-mujeres-en-trabajos-invisibilizados-durante-la-pandemia.

Llorens, C. *et al.* (2010). "Psychosocial risk exposures and labour management practices. An exploratory approach." *Scandinavian journal of public health*, 38, pp. 125–136. doi: 10.1177/1403494809354363.

Llorens, C. *et al.* (2019). "For better or for worse? Psychosocial work environment and direct participation practices". *Safety Science*, 116. doi: 10.1016/j. ssci.2019.02.028.

Marmot, M. G. et al. (1991). "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study". *The Lancet*, 337(8754), pp. 1387–1393. doi: 10.1016/0140-6736(91)93068-K.

Marmot, M. G. y Rose, G. (1984). "Inequalities in death; specific explanations of a general pattern?". *Lancet*, pp. 1003–1006.

Marmot, M. y Wilkinson, R. G. (2006). Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press.

Milner, A. et al. (2018). "Psychosocial job stressors and suicidality: A meta-analysis and systematic review". *Occupational and Environmental Medicine*, 75(4), pp. 245–253. doi: 10.1136/oemed-2017-104531.

Navarro, A. et al. (2017) "Specific psychosocial exposures for workers' mental health: A population-based study". *American Journal of Industrial Medicine*, 60(8). doi: 10.1002/ajim.22733.

Niedhammer, I. et al. (2022). "Update of the fractions of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to psychosocial work factors in Europe". International Archives of Occupational and Environmental Health. Springer Berlin Heidelberg, 95(1), pp. 233–247. doi: 10.1007/s00420-021-01737-4.

Niedhammer, I., Bertrais, S. y Witt, K. (2021). "Psychosocial work exposures and health outcomes: A meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis". *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 47(7), pp. 489–508. doi: 10.5271/sjweh.3968.

Niedhammer, I., Bourgkard, E. y Chau, N. (2011). "Occupational and behavioural factors in the explanation of social inequalities in premature and total mortality: a 12.5-year follow-up in the Lorhandicap study". *European journal of epidemiology*, 26(1), pp. 1–12. Disponible en: http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3515451&tool=pmcentrez&rendertype=abstract (Accessed: 17 February 2015).

Nieuwenhuijsen, K., Bruinvels, D. y Frings-Dresen, M. (2010). "Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review.". *Occupational medicine (Oxford, England)*, 60(4), pp. 277–86. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20511268 (Accessed: 22 January 2015).

Ollé Espluga, L. (2015). Participació en salut laboral: caracterització i efectes de la interacció entre delegats de prevenció i treballadors. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.

Paul, K. I. y Moser, K. (2009). "Unemployment impairs mental health: Meta-analyses". *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), pp. 264–282. doi: 10.1016/j. jvb.2009.01.001.

Salas-Nicás, S. et al. (2018). "Cognitive and Affective Insecurity Related to Remaining Employed and Working Conditions: Their Associations with Mental and General Health". *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(11), pp. e589–e594. doi: 10.1097/JOM.0000000000001448.

Salas-Nicás, S. et al. (2021). "Working conditions and health in Spain during the COVID-19 pandemic: Minding the gap". Safety Science, 134. doi: 10.1016/j. ssci.2020.105064.

Salas N et al. (2020). Condiciones detrabajo, inseguridad y salud en el contexto del COVID-19: Edited by ISTAS-CCOO-POWAH UAB. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/infpro/2020/227641/InformeCOTS_DEF2.pdf.

Schütte, S. et al. (2014). "Psychosocial working conditions and psychological well-being among employees in 34 European countries.". International archives of occupational and environmental health, 87(8), pp. 897–907. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24526111 (Accessed: 17 February 2015).

Siegrist, J. y Marmot, M. (2004). "Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges.". *Social science & medicine (1982)*, 58(8), pp. 1463–73. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00349-6.

Siegrist, J. y Rödel, A. (2006). "Work stress and health risk behavior". *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32(6), pp. 473–481. doi: 10.5271/sjweh.1052.

Siegrist J (2002). "Reducing social inequalities in health: work-related strategies.". *Scandinavian journal of public health.*, 59(Supplement), pp. 49–53.

Stansfeld, S. y Candy, B. (2006). "Psychosocial work environment and mental health—a meta-analytic review". Scandinavian journal of work, environment & health. Centre for Psychiatry, Wolfson Institute of Preventive Medicine, Joseph Rotblat Building, Barts and London, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, Charterhouse Square, London EC1 6BQ, United Kindom. s.a.stansfeld@qmul.ac.uk, 32(6), pp. 443–462.

Taouk, Y. et al. (2019). "Psychosocial work stressors and risk of all-cause and coronary heart disease mortality: A systematic review and meta-analysis". Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 46(1), pp. 19–31. doi: 10.5271/sjweh.3854.

Utzet, M. et al. (2016). "Is the worsening of psychosocial exposures associated with mental health? Comparing two population-based cross-sectional studies in Spain, 2005-2010". American Journal of Industrial Medicine, 59(5). doi: 10.1002/ajim.22577.

Utzet, M. et al. (2021). "Persistent inequality: evolution of psychosocial exposures at work among the salaried population in Spain between 2005 and 2016". International Archives of Occupational and Environmental Health. Springer Berlin Heidelberg, 94(4), pp. 621–629. doi: 10.1007/s00420-020-01609-3.

De Witte, H., Pienaar, J. y De Cuyper, N. (2016). "Review of 30 Years of Longitudinal Studies on the Association Between Job Insecurity and Health and Well-Being: Is There Causal Evidence?". *Australian Psychologist*, 51(1), pp. 18–31. doi: 10.1111/ap.12176.