

CRISIS Y CAMBIOS EN EL TRABAJO ASOCIADOS A LA COVID19 Y SU IMPACTO EN LAS ADICCIONES

Nuevos factores de riesgo
y de protección para
las personas trabajadoras

Financiado por:



MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DELEGACIÓN DEL GOBIERNO
PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

UGT



U
G
T



CRISIS Y CAMBIOS EN EL TRABAJO ASOCIADOS A LA COVID19 Y SU IMPACTO EN LAS ADICCIONES

Nuevos factores de riesgo
y de protección para
las personas trabajadoras



Autoría

Cristóbal Molina Navarrete

Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad de Jaén

Margarita Miñarro Yanini

Profesora Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social. Universidad Jaume I de Castellón

Estefanía González Cobaleda

Graduada en Ciencias del Trabajo. Técnico Superior de Prevención de Riesgos Laborales (triple especialidad). Profesora Sustituta Interina. Universidad de Jaén

Ramón Gil Domínguez

Coordinador Grupos de Trabajo de la CNSST. Experto en Drogodependencias y Adicciones en el Ámbito Laboral. Secretaría Confederal Salud Laboral

Edita

Secretaría de Salud Laboral UGT-CEC

Financiado por



Las opiniones expresadas en esta guía no necesariamente reflejan la posición oficial de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

sumario

1. INTRODUCCIÓN	9
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO Y METODOLOGÍA	13
3. EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID19 EN LA POBLACIÓN EN GENERAL: DE LA CONSTATAción INTUITIVA A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA	17
3.1. La sobrecarga emocional de la pandemia: del confinamiento (aislamiento social) a la soledad, la negatividad y desesperanza, caldo de cultivo de las adicciones	17
3.2. Los primeros estudios confirman lo extendido y profundo de la huella psíquica en la población tras la pandemia y el riesgo de consumos problemáticos para la salud	19
3.3. La terminación de la pandemia no pondrá fin, per se, al “hoyo psicosocial” que ha creado en la población en general, y trabajadora en particular: los datos que piden políticas de intervención psicosocial laboral posterior	22
3.4. Relevancia de la actividad profesional y sus condiciones: Ensayo de catálogo de factores de riesgo y de protección frente a la huella psicosocial de la pandemia	25
3.5. El teletrabajo como factor de protección frente a estados de alta tensión creados por la COVID19: Un aspecto ambivalente, dependiente de las condiciones de uso.	27
4. COMPARACIÓN DE LA ENCUESTA OEDA- COVID E INFORME INTERUNIVERSITARIO	31
5. EL CALDO DE CULTIVO PARA LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS EN LOS ENTORNOS LABORALES: CONFIRMACIÓN ESTADÍSTICA DEL DETERIORO DE LA SALUD PSICOSOCIAL (MALESTAR) LABORAL	37
5.1. Presentación de síntesis del I Estudio Global sobre el impacto psicosocial de la COVID19 en la salud psicosocial de las personas trabajadoras (2021)	37
5.2. De la evidencia empírica de los estudios a las recomendaciones de futuro próximo como lección aprendida: el momento de la intervención psicosocial laboral	40



 **U
T
G
U**

1. INTRODUCCIÓN

Es bien conocido que, según la ENCUESTA sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en el ámbito laboral (2013-2014), y en términos generales, el porcentaje de personas consumidoras de sustancias psicoactivas es mayor entre las que afirman estar expuestas a ciertos riesgos en su entorno sociolaboral, en especial los de índole psicosocial. Consecuentemente, si en este tipo de entornos se deteriora, como así ha sucedido por la triple crisis derivada de la pandemia de COVID19, los factores y variables indicativos de salud psicosocial, **parecería claro** —como hipótesis realista— **que, con mayor o menor incidencia, también tendrían consecuencias en cambios de los patrones de consumos problemáticos**, sea de sustancias psicoactivas sea

los patrones de consumo y de hábitos, con potencial nocivo para la salud de las personas trabajadoras. En todo caso, se trata de identificar los factores de riesgo, así como los factores de protección. Y ello tanto para la corrección de los efectos de tipo negativo que se hayan podido producir en la pandemia de COVID19, que lo son a medio plazo, no solo en corto, como para la mejor gestión de las pandemias venideras, que vendrán, y con una frecuencia menor que esta (a ello no es ajeno tampoco las cuestiones del cambio climático ni el modelo económico mundial basado en el más puro rendimiento). En consecuencia, **junto a la interrelación en tiempos de esta crisis —que permanece aún—, se analiza las lecciones de futuro a extraer de ella, para una mejora**



de otras conductas de potencial riesgo adictivo, como de nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTRIC) y de ciertos hábitos de vida saludable, como la alimentación y el ejercicio físico.

Sobre esta base, este Estudio pretende hacer una revisión del estado de evidencia en el plano científico que existe entre los factores de riesgo psicosocial en los entornos de trabajo en general, y en especial en ciertas profesionales (las que se vinculan más intensamente a la primera línea de lucha contra la COVID19), y los eventuales cambios de

de la gestión de la salud psicosocial de la población en general, y muy en particular, de la población trabajadora, dada la asociación entre el deterioro de la salud psicosocial de esta y los incrementos de ciertos consumos y usos problemáticos. Una interrelación que debería ser más tenida en cuenta, a nuestro juicio. Así lo promueve, recientemente, la OIT, como veremos.





 **U
T
G
U**

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO Y METODOLOGÍA

Los primeros Estudios (tanto públicos como por entidades sociales) realizados sobre el impacto de la pandemia en consumos problemáticos, con sustancias (alcohol, en los domicilios, ante el confinamiento y las restricciones; psicofármacos, etc.) y conductuales (incremento exponencial del tiempo de dedicación al uso de dispositivos móviles, con el riesgo de que puedan serlo a juego online; dejación de hábitos saludables, como los de alimentación y ejercicio físico, etc.) alertaron sobre el impacto que la huella psicosocial derivada de aquélla tendría en tales patrones de consumo y de estilo de vida saludable. Estos estudios, por lo general, suelen hacer abstracción de la dimensión laboral, de modo que no tienen en cuenta cómo los distintos factores asociados a la pandemia (crisis sociales y de empleo, cambios organizativos, como la emigración masiva al teletrabajo, el estrés vinculado a la incertidumbre sobre el empleo, etc.), pueden estar influyendo —e influyen realmente— en tales cambios de pautas. Bien sabido es, según acabamos de recordar, que tales factores son muy relevantes para estimar tales prevalencias, como evidencia la Encuesta de Consumos en el Medio Laboral (acaba de publicarse la tercera). Por lo tanto, se hace preciso conocer estos factores de riesgo y tomar medidas, tanto públicas como en el seno de las empresas.

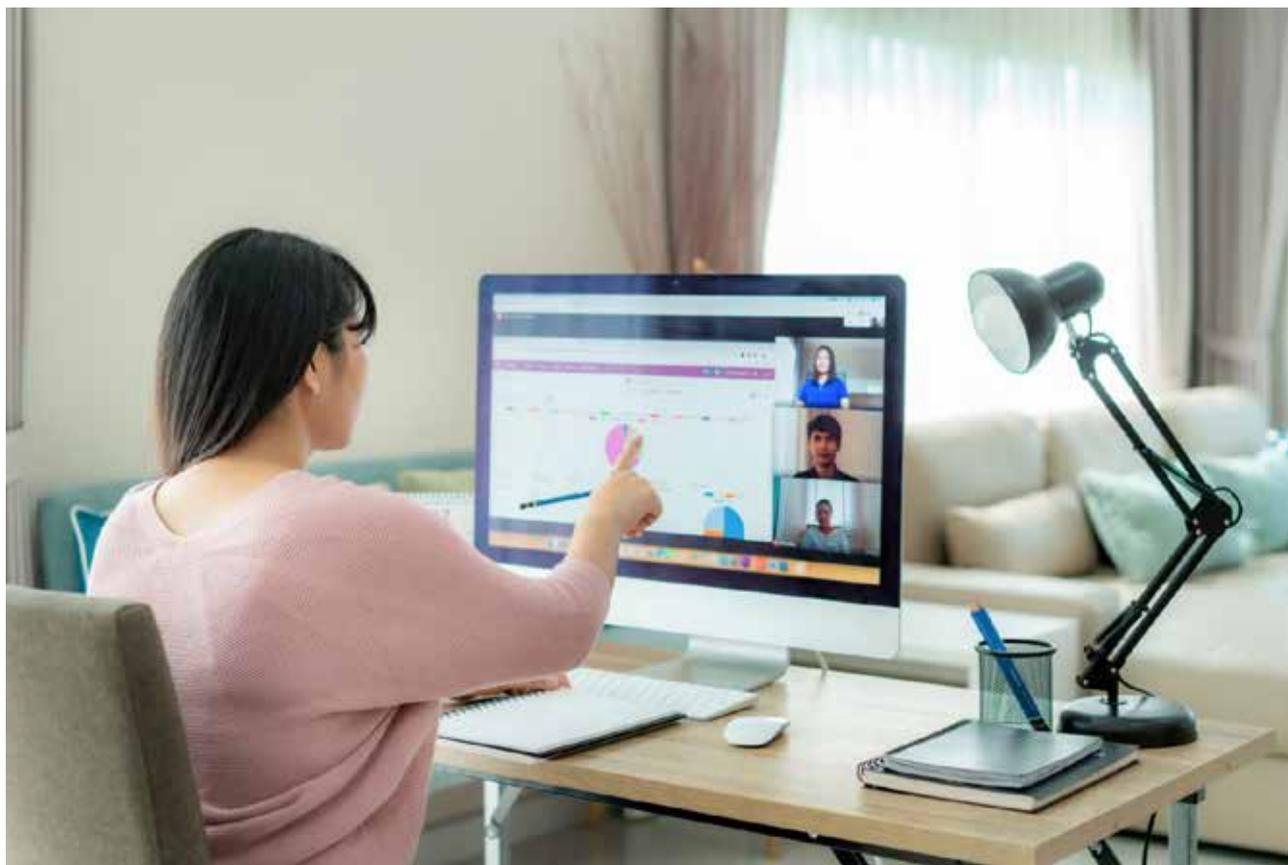
Más aún. La pandemia, y la crisis económico-laboral generada, supuso un acelerador de cambios organizativos en las empresas que tienen una dimensión estructural, como la digitalización, el teletrabajo, etc. Todos esos factores tienen consecuencias positivas, sin duda, para la economía y para el empleo, pero también conllevan riesgos. Las nuevas adicciones, las conductuales, tendrán un caldo de cultivo significativo para su desarrollo, lo que exige su inclusión en las políticas de usos razonables de esas tecnologías, así como en el desarrollo de competencias transversales relativas a la adaptación a los nuevos modos organizativos. La OIT, en su **Guía sobre la gestión de riesgos psicosociales relacionados con el trabajo durante la pandemia de COVID19** así lo deja claramente de manifiesto¹, aunque se haya practicado poco.

Ante esta necesidad y evidencia, en un escenario de deficiente aplicación, incluso de toma de conciencia en el ámbito de la gestión sanitaria y de diálogo social de esta dimensión de la pandemia, la actual, y, de no corregirse, las futuras, ya auguradas, se hace necesario promover Estudios que den cuenta de estas asociaciones causales entre la huella psicosocial que dejan en la población pandemias como la COVID19 y sus patrones de consumo y hábitos de vida, incidiendo como factores de riesgo para consumos nocivos. Por supuesto se trata de identificar estos factores de riesgo asociados a las condiciones de trabajo en estas situaciones pandémicas a fin de mutarlos en factores de protección, a través de las correspondientes medidas preventivas. No hay apenas estudios, como se decía, en estas claves, por lo que entendemos que es un déficit cognitivo importante que debe subsanarse, a fin de mejorar los mecanismos de acción para propiciar entornos sociales y laborales saludables para las personas trabajadoras en un mundo con COVID19 y más allá de él, pero con huellas de su desarrollo.

El Estudio que se conduce en las páginas que siguen ha perseguido básicamente, los siguientes objetivos específicos:

1. Análisis de los factores de riesgo de conductas nocivas para la población trabajadora específicamente asociados a las crisis y cambios derivados de la pandemia de COVID19.
2. Revisión de los estudios realizados hasta el momento al efecto, a fin de arrojar evidencias suficientes para una política, pública, de empresas y de diálogo social de carácter eficaz en orden a la protección preventiva.
3. Identificación de los factores de protección a desarrollar frente a ese plus de factores de riesgo asociados a la pandemia y a su incidencia en la organización del trabajo, actual y proyectada.

¹ https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---pro-trav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_763314.pdf



La actividad investigadora se ha desarrollado básicamente sobre dos tipos de técnicas, típicas de las ciencias sociales. De un lado, analítica, en la que se ha hecho una profunda revisión de las principales fuentes existentes en esta materia (investigación de datos de índole cuantitativo, pero secundaria). Al respecto, se han identificado y analizado con cierto detenimiento los Estudios e Informes, así como las diversas experiencias, de diferente tipo, realizadas hasta el momento, en España y en otros países, también por la OIT y la OMS, y en los que se deja constancia cuantitativa tanto de la “huella psicosocial” de la pandemia en la población en general, y laboral en particular, cuanto su incidencia en el cambio de pautas de conducta-consumo, identificando y estimando la incidencia en los diferentes colectivos de población. Un factor diferencial o variable clave ha resultado la posición que estos grupos han tenido en la lucha contra la pandemia, de modo que el impacto —prevalencia— aparece mucho mayor en aquellos en los que su actividad se ha producido más directamente en relación con la evitación del riesgo de contagio de COVID19 (personal sanitario, personal de residencias, personal de centros penitenciarios, personal de atención-servicios sociales, policía, etc.). No todos estos colectivos están mereciendo, conviene advertirlo, la misma atención, lo que profundiza en cierto “hoyo emocional”, agravado por unas condiciones de trabajo especialmente precarias.

De otro, cualitativa, a través de la promoción de un grupo de discusión sobre la materia, donde han participado personas expertas, informantes clave de ámbito científico y también en representación del mundo del trabajo y de la empresa, así como del tercer sector. Sobre la base de cuestionarios previos, luego modificados a raíz del primer debate en profundidad, se desarrollaron las dos sesiones, online, dadas las limitaciones de movilidad debidas a la pandemia. En ese grupo han participado, junto al Grupo de investigación:

- ▶ Guillermo Fouce. Psicología Sin Fronteras.
- ▶ Julio Abad. Psicólogo. Profesor Asociado. UJI. Asociación PATIM.
- ▶ Francisco López y Segarra. Profesor Jaime I Castellón. Presidente de PATIM.
- ▶ Ramón Gil. Experto en Adicciones. UGT-CEC.
- ▶ Juan Ignacio Marcos González. Abogado. Director Observatorio vasco acoso y discriminación.
- ▶ Manuel Velázquez. ITSS.



 **U
T
G
U**

3. EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LA COVID19 EN LA POBLACIÓN EN GENERAL: DE LA CONSTATAción INTUITIVA A LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

3.1. La sobrecarga emocional de la pandemia: del confinamiento (aislamiento social) a la soledad, la negatividad y desesperanza, caldo de cultivo de las adicciones

Desde su reconocimiento institucional en España —más tarde de su aparición social—, el proceso de tragedia pandémica se ha dilatado notablemente en el tiempo (va para año y medio) y ha resultado muy atormentado. En consecuencia, existe un significativo consenso en torno a la existencia de una muy profunda y dolorosa huella psicosocial “oculta” o “subyacente” en la población en general, y más prevalente e intensamente en ciertos grupos específicos de personas trabajadoras. La angustia y ansiedad que han venido generando las incertidumbres en torno al letal virus, así como sus efectos nocivos, propios y ajenos, en el plano de la pérdida de salud, pero también en las pérdidas relacionales (confinamiento, imposibilidad de dar el último adiós a familiares muy cercanos, o personas amigas; pérdida de empleo, o situación de incertidumbre en torno a cuánto se mantendrá el que se tiene, etc.) hacen pensar en que, en mayor o menor grado, la pandemia habría generado fracturas psíquicas o agujeros emocionales, como constatan los Colegios Profesionales de Psicología con el aumento de consultas clínicas².

² Por ejemplo, el Colegio Oficial de Psicología de Madrid habría estimado que la demanda de consultas de terapia psíquica en la Comunidad Autónoma habría crecido en torno a un 30 por cien a consecuencia de los estragos del virus. Vid. Tristeza, soledad, desesperanza: el hoyo emocional de la pandemia <https://elpais.com/espana/madrid/2021-04-05/tristeza-soledad-desesperanza-el-hoyo-emocional-de-la-pandemia.html> En realidad, no se hacía sino constatar en este ámbito territorialmente más limitado algo que la propia OMS, a nivel mundial, ya había augurado: la pandemia hace al mundo mucho más ansioso, atemorizado y, por tanto, estresado, por los confinamientos, duelos, crisis —sanitaria, económica, social—, con lo que se duplicará el número de personas con problemas psíquicos. Una síntesis de estudios estadísticos: <https://elpais.com/sociedad/2020-04-20/un-mundo-con-ansiedad-miedo-y-estres.html>

En unos casos, esta especial incidencia de los problemas de salud psicosocial asociados a la crisis se relaciona con las variables sociodemográficas (edad, sexo) y, en otros, también a variables profesionales. Se evidencia, pues, una significativa convicción, no solo social sino científica, sobre **la existencia de factores de especial vulnerabilidad psicosocial** en el contexto pandémico (factores de prevalencia y gravedad del riesgo), originario y actual, relacionados con condiciones personales y sociales previas (personas de mayor edad; afectadas previamente por otros problemas de salud, también psíquica o mental), pero también sobrevenidas (como la condición de persona contagiada; desempleo; deterioro económico, etc.), en especial por estar sometido a condiciones profesionales de estrés (ej. personal sanitario, personal de residencias, policías, etc.). Aunque esta huella psicosocial es inherente a las crisis, la pandemia la agravaría.

En efecto, la mayor experiencia y verificación estadística previas confirman que no hay crisis graves sociales que no terminen incidiendo negativamente en la salud mental (psicosocial) de las personas (lo que la OIT denomina “estrés de la crisis económica”). La crisis económica de 2009 habría aumentado la incidencia de la depresión casi un 20 por cien (18%), en torno al 10 por cien la ansiedad (8%) y los trastornos por abuso de alcohol habrían aumentado un 5% (**según el Informe de 2014 de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, SESPAS**³). En consecuencia, es esperable que en la cuádruple crisis pandémica (sanitaria, económica, social y laboral) sucede lo mismo, o, incluso, se agrave notablemente.

³ Cortès-Francha, Imma y González López-Valcárcel, Beatriz (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 28(S1): 1-6. <https://www.gacetasanitaria.org/es-linkresolver-crisis-economico-financiera-salud-espana-evidencia-S021391114000971>



En efecto, según señalan las personas especialistas y con una mayor experiencia en el estudio de los efectos psíquicos o mentales de las grandes emergencias, las tragedias derivadas de la pandemia responden a un “acontecimiento traumático masivo sin precedentes” por sus enormes dimensiones, no solo en el plano geográfico, también en otros (sociales, económicos, culturales, personales, etc.). Si sus efectos serán apreciables en toda la población, queda claro que serán más intensos en determinados colectivos. Así:

- a. por razones clínico-sanitarias (los millones de personas en todo el mundo que han enfermado, y que padecerán secuelas a medio plazo)
- b. por razones sociales y familiares (quienes han sido golpeados por los miles y miles de muertes o de fallecimientos, sin poder dedicarles la “despedida” y el “luto” debidos o “normalizados”)
- c. así como laborales (los miles y miles de personas que han visto perder el empleo —o autoempleo—, o que mantienen una notable incertidumbre sobre su continuidad y sus condiciones económicas y profesionales, de un lado; así como los colectivos que han debido afrontar más de cerca la lucha contra la pandemia en condiciones muy precarizadas, sobre todo al inicio (parte de estas personas forman también el grupo de contagiadas, sumando factores de vulnerabilidad psicosocial).

En todos estos colectivos se pronostica que:

“Habrá una avalancha de trastornos del ánimo y de ansiedad en los próximos meses y años en todo el mundo...eso incluye depresión, ansiedad, estrés postraumático, mayor consumo de alcohol y violencia machista. (...)”⁴.

A estos pronósticos sobre los que existe un amplio consenso, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluso puso número: **estima que al menos un 20 por cien de la población** (una de cada 5 personas) **padecerá algún tipo de afectación negativa a su salud mental, el doble de la incidencia** en circunstancias normales. Una estimación cargada de consecuencias sociales y económicas, si se tienen en cuenta las enormes deficiencias de los sistemas y políticas previstos para la atención a la salud mental de la población en general, y trabajadora en particular, siendo, al contrario, un fuerte factor de estigmatización y discriminación social y laboral⁵.

Como se decía, no son ni apreciaciones ni estimaciones aisladas, sino generalizadas. En un plano más nacional, y de microanálisis, diversas personas responsables de Centros de clínica psíquica han puesto de relieve, a través de su experiencia sobre el terreno, el incremento claro de esta “huella psicosocial” dejada por la pandemia en muchas personas, ante la incertidumbre crónica que está generando sobre el devenir de buena parte de sus esferas de vida y la sensación de pérdida de toda capacidad de control de su evolución, menos de anticipación o planificación del porvenir. Un estado de ánimo ansioso, de excesiva irritabilidad y proclividad a la depresión que no podría sino conllevar un alto riesgo de derivar en

⁴ Según el epidemiólogo e investigador de los efectos mentales de las grandes emergencias Sandro Galea, decano de la Escuela de Salud Pública de Boston. Vid. Alfageme, Ana (20 de abril de 2020). Un mundo con ansiedad, miedo y estrés. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2020-04-20/un-mundo-con-ansiedad-miedo-y-estres.html>

⁵ Vid. Confederación de Salud mental España (2015). Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma”. <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>

“Incremento de la alteración de la alimentación, del sueño, de adicciones... La fatiga pandémica y el hartazgo hace que nuestra capacidad de supervivencia se lleve al extremo”⁶.

No obstante, no son muchos, más bien lo contrario, los estudios científicos exhaustivos realizados con la gran escala de muestras y la diversidad de variables necesarias para arrojar la debida evidencia de tales efectos nocivos, convirtiendo el conocimiento intuitivo en una suficiente constatación científica. Por eso, debemos saludar con énfasis los ensayos, estudios, encuestas y otras técnicas de investigación social, cuantitativas y cualitativas, para tratar de alcanzar, en los diversos países, este conocimiento más científico. A la convicción (hipótesis de compartida) hay que sumar datos estadísticos, para extraer con más seguridad las debidas lecciones, tanto para el futuro inmediato como para un tiempo posterior, para el que ya auguran las instituciones y la ciencia una mayor recurrencia de crisis pandémicas, que conviene anticipar.

⁶ Así lo constata la psicóloga Mercedes Bermejo, directora en un centro privado en Pozuelo de Alarcón y coordinadora de la Sección Clínica del COPM, sobre la experiencia de las 25 personas profesionales que trabajan con ella. Se recoge, junto con otras posiciones expertas y casos de experiencia en el citado reportaje periodístico (periodismo de investigación divulgativa) Vid. Valdés, Isabel (5 de abril de 2021). Tristeza, soledad, desesperanza: el hoyo emocional de la pandemia. *El País*. <https://elpais.com/espana/madrid/2021-04-05/tristeza-soledad-desesperanza-el-hoyo-emocional-de-la-pandemia.html>

3.2. Los primeros estudios confirman lo extendido y profundo de la huella psíquica en la población tras la pandemia y el riesgo de consumos problemáticos para la salud

La revisión de la “literatura científica” en esta materia viene a confirmar la intuición y el análisis más extendido. Así, **en la experiencia anglosajona, recientes revisiones de los estudios e informes en la materia han puesto de manifiesto este significativo impacto psicosocial negativo** (nocividad en la salud mental, la denominada “gran pandemia silenciosa” o “larvada”), incluyendo un repaso de más de una veintena de estudios que se situarían en esa línea de análisis. Consecuencias como insomnio, las emociones de tristeza, culpa, miedo, estados de irritabilidad, humor bajo y nerviosismo, así como, por lo tanto, estrés psíquico (“distrés”), estrés postraumático y depresión, desfilan de un modo continuado por esos estudios. En algunos de ellos incluso cuentan con datos comparados entre grupos “diana” y “grupos control”: **un 34% frente al 12%** según medie aislamiento o no⁷.

⁷ Vid. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. Disponible en [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30460-8.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30460-8.pdf)



También en España se han empezado a desarrollar estudios de investigación estadística de este tipo, a fin de ofrecer datos primarios relevantes para convertir la convicción y notoriedad social en evidencias científicas. Y ello tanto desde un punto de vista poblacional general, como para la población trabajadora, de un lado, así como, en relación con la huella psicosocial general como en su rama relativa a las adicciones, con sustancia y comportamentales, de otro, sea para la población española en general, como para la trabajadora. En estos ámbitos de estudios empíricos se pretende registrar (medir) con cierto detalle y precisión el impacto psicológico que la COVID19 está dejando en España. Se busca **no solo diagnóstico, sino también dibujar el mapa de necesidades de cuidados psíquicos** de la población, también para colectivos profesionales. Sería el caso, por ejemplo, del pionero **Estudio-Informe interuniversitario** (apoyado por el Ministerio de Universidades), tanto sobre técnicas cualitativas (técnica de entrevistas en profundidad) como cuantitativas (encuestas sobre cuestionarios realizados a la muestra de población amplia), sobre **“Las consecuencias psicológicas de la COVID19 y el confinamiento”** (mayo 2020)⁸. En él también se tienen en cuenta los cambios producidos en los patrones de consumo y hábitos de vida “saludable” derivados del impacto psicosocial del confinamiento.

⁸ Vid. Balluerka Lasa, N. Et alii (2020): *Las consecuencias psicológicas de la COVID19 y el confinamiento*, Ministerio de Universidades, Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticias/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

A nuestro juicio, asentado sobre una sólida base de datos estadísticos (aunque la mayoría centrados en el periodo de confinamiento), existe una notable evidencia sobre la alteración del estado de salud de las personas a raíz de la pandemia, por cuanto consta el empeoramiento del conjunto de variables psicosociales más influyentes en aquél. Así, respecto de hábitos de vida saludable y conductas de consumos de riesgo hallan:

- a. **“Durante el confinamiento un aumento del uso de redes sociales** y de mayor tiempo viendo la TV, un incremento del uso de videojuegos en los más jóvenes...”.
- b. **“El consumo de bebidas alcohólicas, tabaco o medicamentos también ha sufrido cambio en aquellos que informaron consumirlos. Si bien, este cambio, en productos tales como el tabaco o bebidas alcohólicas se ha producido en ambas direcciones, es algo mayor el incremento que la disminución –sobre todo el consumo tabáquico aumentó en las mujeres–”** (p. 126).

De este modo, el analizado estudio interuniversitario, deja claro, a nuestro juicio, que la pandemia ha tenido efectos bidireccionales en los patrones de consumo de sustancias. Unas personas han dejado de realizar consumos (de tabaco, de alcohol), mientras que otras, en cambio, los han aumentado. No obstante, conforme al citado estudio, parecen ser más las personas que han realizado incrementos que las que los han reducido. El Estudio llama la atención especialmente sobre el incremento del consumo tabáquico en las mujeres, por lo que introduce una nueva e interesante perspectiva de género en esta materia.





- c. **El aumento del consumo de psicofármacos** fue menor en hombres (7,6%) que en el caso de las mujeres (15,4%) (p. 117).
- d. **También se registran porcentajes de aumento elevados en consumo de productos de mayor carga calórica**, tanto para hombres (32,9%), como, mayor aún, en el caso de las mujeres (49%) (p. 118). Al tiempo que se reduce la actividad física.

Muy interesante, para nuestro estudio, resulta la relación de prevalencia hallada en este caso con la pérdida de trabajo. Las personas encuestadas que habían perdido su trabajo, bien de forma temporal, bien definitiva, incrementaron **en mayor medida el consumo de alimentos hipercalóricos frente a aquellos que mantenían su puesto de trabajo.** Al respecto, no es ocioso recordar que, según la célebre **Encuesta de Consumos de sustancias psicoactivas en el medio laboral (2013-2014), la situación ocupacional de las personas es una de las variables más relevantes a la hora de establecer prevalencias en el riesgo de consumos problemáticos**, es decir, nocivos para la salud —aun sin llegar a ser propiamente adictivos—. En ella se constata claramente que el porcentaje de personas consumidoras de sustancias es mayor entre quienes carecen de empleo actual que entre las que lo mantienen. De ahí que el análisis de regresión logística, controlando las variables de edad y sexo, confirme que **estar parado aumenta la probabilidad de tener un consumo de alcohol de riesgo, siendo el empleo, pues, un claro factor de protección** también frente a derivas nocivas en los hábitos de consumo.

Además, es de interés en este Estudio que introduzcan otros ámbitos de interconexión entre salud pública y salud laboral, como son los relativos al ejercicio físico y a la alimentación, aspectos que la OIT viene reclamando sean integrados en las políticas de seguridad y salud en el trabajo (SST), a fin de mejorar la eficacia de las políticas de promoción de la salud laboral (PST). Desde esta perspectiva, el Estudio interuniversitario de referencia confirmaría, con datos estadísticos, la llamada realizada, no solo por la OIT, sino también por la Agencia de Seguridad y Salud en el Trabajo (OSHA-EU), a fomentar esa interacción o integración entre la política de SST y la PST. De conformidad con la Encuesta ESENER, Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes sobre cómo se gestionan los riesgos de seguridad y salud en los lugares de trabajo europeos, que ya va por su tercera edición (2019 —las anteriores son de 2008 y 2014—)⁹, quedaría constatado estadísticamente que mejora la eficacia de la promoción de la salud en las empresas que integran estos temas dentro de su sistema de gestión de riesgos laborales (para pandemias habría que promover su integración en los planes de emergencia, renovando las obligaciones legales y reglamentarias existentes hasta el momento —art. 20 LPRL—, como veremos en el apartado de propuestas).

El interés del Estudio reseñado también aparece si lo comparamos con otros Estudios análogos. Sin duda, así resultará, de forma especial, respecto del realizado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (**Encuesta OEDA-COVID: impacto de la pandemia por COVID19 el año 2020 en el**

⁹ Vid. Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER). Disponible online en: <https://osha.europa.eu/es/facts-and-figures/esener>

patrón de consumo de sustancias psicoactivas y otros comportamientos con potencial activo, Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el PNSD, 2021, 42 pp.¹⁰).

La comparación puede hacerse tanto en un plano cuantitativo (registros estadísticos), como cualitativo (consecuencias derivadas a efectos de políticas y medidas de gestión de estas situaciones de alteración de patrones de consumo de sustancias y hábitos de vida asociados a todo el proceso de —larga— pandemia, no sólo de confinamiento). Aquí nos centraremos en el aspecto cuantitativo, porque si bien no hay una total coincidencia en los porcentajes concretos de cambios y tendencias de consumos (**respecto de los hipnosedantes y su sesgo de género hay una convergencia absoluta, no tanto respecto de hábitos tabáquicos, por ejemplo**)¹¹ entendemos que lo más relevante son las consecuencias de futuro para políticas y medidas de gestión de situaciones de este tipo. Aunque, por supuesto, no se trata de restar relevancia a esta faceta, como evidencian otras Encuestas análogas. Sería el caso de la del Departamento de Salud del Gobierno vasco (El impacto de la COVID19 y sus consecuencias en el ámbito de las adicciones en Euskadi, 2020)¹², que presenta, dicho sea de paso, una eminente dimensión preventiva.

¹⁰ La Encuesta OEDA-COVID (2020) es una encuesta dirigida a la población general residente en España y realizada mediante entrevista telefónica a una muestra representativa de esta población (8.700 encuestas, 7886 con edades comprendidas entre 15 y 64 años y 894 pertenecientes a personas mayores de 64 años) elegida de forma aleatoria, con sistema de cuotas por sexo y edad. El trabajo de campo se realizó entre el 10 de noviembre y el 3 de diciembre de 2020, inicio de la tercera ola de la pandemia. AA.VV. 2020: *Informe 2020. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Encuesta OEDA-COVID (2020)*. Ministerio de Sanidad. Disponible online en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasinformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>

¹¹ Ante los datos “positivos”, desde el Ministerio del ramo parece confiarse en que “es posible cambiar positivamente hábitos y tendencias adictivas” a largo plazo, aún vencida la pandemia. De ahí la llamada a la exploración de “todas las vías” para mantener ese camino en el tiempo pos-pandemia. Esta actuaría, pues, como “un experimento natural: cuando ha habido menos acceso y disponibilidad, ha habido menos consumo”. En este contexto ¿cuál debe ser la conclusión? ¿La limitación de acceso es sostenible en el tiempo fuera de las restricciones decretadas respecto de libertades fundamentales o requiere de otro tipo de medidas más educativo-culturales?. Agencia EFE (26 de marzo de 2021). La pandemia rompe mitos: cae el consumo de alcohol pero suben tranquilizantes, *Agencia EFE*, <https://www.efe.com/efe/espana/sociedad/la-pandemia-rompe-mitos-cae-el-consumo-de-alcohol-pero-suben-tranquilizantes/10004-4497839>

¹² Departamento de Salud de Euskadi (2020): *El impacto de la COVID19 y sus consecuencias en el ámbito de las adicciones en Euskadi*. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_gabia/es_def/adjuntos/Impacto-COVID19-Adicciones-Resumen-ejecutivo-Prevencion.pdf. Entre otras cosas, se constata, como pone de relieve la Encuesta OEDA-COVID, que el conjunto de restricciones, prohibiciones y el cierre de bares, locales de hostelería, terrazas, establecimientos de apuestas y juego presencial durante el confinamiento pueden considerarse medidas positivas para el ámbito de las adicciones, en la medida en que han ayudado al descenso del consumo social en espacios públicos. No obstante, “no parece que haya ocurrido lo mismo en el caso de los espacios privados, donde se percibe un aumento en la venta de alcohol fuera de bares y establecimientos de hostelería; es decir, en tiendas de alimentación, supermercados y similares”.

Por eso, nos parece importante la dimensión cualitativa, pues **el Estudio interuniversitario aporta datos adicionales en el ámbito propositivo, a medio y largo plazo, que no están en la Encuesta OEDA-COVID, por lo que puede complementarla**, ofreciendo pautas para realizar relaciones causales y propuestas para una mejor gestión de las situaciones de futuro. **En efecto, sobre la base de los resultados de salud psicosocial, el Informe interuniversitario evidencia la necesidad de desarrollar un catálogo de recomendaciones y medidas de prevención** para después del confinamiento que permitiera corregir la nocividad de los cambios.

Advierte de dos datos relevantes para entender el alcance del estudio. A saber:

1. Se refiere a la población en general, por lo que no atiende específicamente ni a casos clínicos o subclínicos ni a los profesionales sanitarios que los atienden.
2. Distingue en el programa de pautas para corregir los efectos psicológicos el periodo que va inmediatamente después al confinamiento, por un lado, y **el periodo, mucho más a largo plazo, para los efectos derivados de la pandemia, de otro**. Se reclama, así, el **imperativo preventivo con una proyección amplia**, más allá de las temáticas específicas (confinamiento) abordadas en este informe.

3.3. La terminación de la pandemia no pondrá fin, per se, al “hoyo psicosocial” que ha creado en la población en general, y trabajadora en particular: los datos que piden políticas de intervención psicosocial laboral posterior

Justamente, a nuestro juicio, una de las contribuciones más sugerentes de este Estudio es la llamada que se hace a evitar el error que supondría creer que, con el fin de la pandemia, no solo del confinamiento social más intenso, y la consiguiente desaparición de buena parte de las restricciones de vida más relevantes, en lo social y en lo laboral, llegará el final de la referida “huella psicosocial”. Al contrario, **alerta de que los efectos psicosociales de la pandemia irán más allá del confinamiento y de la propia crisis sanitaria, porque en muchos casos emergerán demorados en el tiempo y con un significativo riesgo de resultar crónicos**. No se trataría de una mera especulación, sino que, en línea con las lecciones o enseñanzas extraídas por la OMS respecto de otras crisis, y a las que aludimos más arriba, tal resultado **se mostraría coherente con situaciones típicas de los cursos de estrés postraumático**, así como asociados a otras patologías relacionadas con las medidas de cuarentena que se han observado en el contexto internacional de la crisis de la COVID19.

Cierto, su estimación es que, para la mayoría de las personas que informaron en la citada encuesta haber experimentado alteraciones emocionales o conductuales, o haber modificado sus hábitos hacia polos no saludables (consumos nocivos, alteraciones de alimentación, así como falta de



ejercicio, etc.), “converjan con el tiempo a la situación previa al confinamiento”. Ahora bien, no menos cierto es que, de conformidad con los modelos más consolidados de patologías de tipo psicosocial (psicopatologías), que evidencian la diversidad de respuestas individualizadas según la interacción que en cada caso haya de los diversos “factores de riesgo” en juego, tanto los típicos de vulnerabilidad individual como ambientales, esto es, de alteración de los “entornos sociales (y laborales)” en que cada persona se desenvuelve, concluye de forma rotunda que:

“...es de esperar que una proporción de las personas que indicaron un cambio negativo en las variables psicológicas que se han examinado... deriven en... trastornos psicológicos con cierta perdurabilidad en el tiempo que podrían convertirse en crónicos” (p. 128).

Consecuentemente, **junto a medidas para la prevención de problemas psicosociales y de salud mental generales** (planes integrales, campañas formativas, estudios de seguimiento en casos de especial riesgo en quienes informen de estados de malestar emocional, etc.), **incluye otras particulares para colectivos específicos**. Desde esta perspectiva de **intervención selectiva o de “cribado”** (por grupos), varios factores, sociodemográficos y profesionales se resaltan.

En el plano de las variables demográficas, sin duda la edad adquiere un protagonismo muy especial, como suele suceder en todo este tipo de encuestas y análisis. El Estudio confirma la relevancia de un colectivo que está resultando especialmente “golpeado” por las diversas crisis derivadas de la pandemia, como son las personas adolescentes, grupo de vulnerabilidad especial —al igual que lo fueron, por razones bien diferentes, las personas mayores en el inicio de la pandemia y hasta el momento de la vacunación, del que se descartan o marginan a los jóvenes, por cierto—. Pero también llama la atención, en la misma línea que los estudios reclamados en otros apartados precedentes, sobre el impacto que, como factor de vulnerabilidad de entorno, en este caso familiar, tendrán aquellas situaciones familiares —se cuentan por decenas de miles en España— en las que concurra, bien el fallecimiento de personas por COVID19, bien el deber de

cuidar a personas afectadas, especialmente si, curadas, tienen secuelas, con un alto riesgo de que deriven en un **“síndrome de fatiga crónica”**¹³.

Fuera de estos escenarios o entornos “comunitarios”, o externos a lo laboral, el Estudio de nuestra revisión también se detiene en una especial referencia al impacto psicosocial de la COVID19 atendiendo al factor profesional, no solo de personal sanitario, aunque sea prevalente, pues se llama la atención en general sobre el personal de cuidado. Desde este punto de vista, **para el personal sanitario se prevé**, y se reivindica, que:

“...el alto estrés experimentado en poco tiempo por este colectivo... puede originar problemas crónicos, incluyendo inestabilidad emocional y sensación de estar quemado. Se recomienda por lo tanto hacer un seguimiento del personal sanitario y ofertar recursos terapéuticos específicos” (p. 129).

¹³ Muy interesante es el reportaje realizado, sobre base de estudios científicos, en el que se pone de relieve que este riesgo de fatiga crónica pos-COVID19 existe, pero ni es tan extenso como inicialmente se alertó ni de tanta intensidad. No obstante, llama a seguir haciendo estudios clínicos al respecto, para que haya más conocimiento que “ruido”. Vid. Méndez, Jesús (5 de abril de 2021): Qué hay de nuevo sobre la COVID persistente y otras secuelas del coronavirus. *SINC SALUD*. <https://www.agenciasinc.es/Reportajes/Que-hay-de-nuevo-sobre-la-COVID-persistente-y-otras-secuelas-del-coronavirus>. En todo caso, es evidente que no pueden generalizarse los análisis, pues los factores de vulnerabilidad individual, social y familiar divergen. En este sentido, en un significativo número de casos anidarán eventuales “duelos patológicos diferidos”, ante la imposibilidad de haberse despedido adecuadamente de sus seres queridos a raíz de las medidas de aislamiento por la pandemia. Limón, Raúl (24 de abril de 2021): Las consecuencias de la “higiénica” y “encubierta” muerte por COVID. *El País*. <https://elpais.com/ciencia/2021-04-24/las-consecuencias-de-la-higienica-y-encubierta-muerte-por-COVID.html>. En otros casos, la persistencia de las secuelas de la enfermedad generará un factor importante de “estrés de persona cuidadora”. De ahí, la importancia de contar con ayuda institucional, esto es, de servicios sociosanitarios especializados. Parece que esta es la línea emprendida por muchos Hospitales, en los que se están creando unidades especializadas e interdisciplinarias de atención a las secuelas psicofísicas de la enfermedad. Algunos ejemplos de ello podemos hallarlo en numerosas noticias al efecto: ej. Rivera, Pablo (22 de mayo de 2020). El Hospital de Bellvitge crea una unidad para tratar secuelas del COVID19. *El Español*. https://cronicaglobal.elspanol.com/vida/hospital-bellvitge-crea-unidad-secuelas-COVID19_350343_102.html. Más ampliamente: Pérez Oliva, Milagros (27 de mayo de 2020). Los hospitales crean unidades para atender secuelas de la enfermedad. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2020-05-26/los-hospitales-crean-unidades-para-atender-secuelas-de-la-enfermedad.html>

Asimismo, se realizan análogas advertencias para otros colectivos que también han tenido un papel activo en la lucha contra la pandemia, con alta demanda durante el tiempo de confinamiento, pero también para el posterior momento de control de restricciones. Por eso se reclama para ellos, por lo tanto, como una recomendación en sus políticas de seguridad y salud en el trabajo, **una política específica de seguimiento de su estabilidad emocional**, incluyendo aquí a:

“...las fuerzas de seguridad, personal de emergencias y aquellos que por su ocupación han debido permanecer especialmente activos y enfrentarse a una importante dosis de estrés durante la crisis sanitaria¹⁴”.

Aunque no incluye el impacto en los hábitos de consumo y de vida saludable, sino solo sus factores de riesgo, su caldo de cultivo, como es el impacto en la evolución de los estados emocionales de la población durante el confinamiento, también se situaría en esta línea otro de los Estudios que hemos revisado para este análisis. Nos referimos ahora al **Estudio longitudinal** (a lo largo de un determinado periodo sobre una misma población, a fin de poder identificar los cambios experimentados bajo presión de circunstancias parcialmente mutadas) **realizado en el marco de la Cátedra extraordinaria Universidad Complutense de Madrid-Grupo 5¹⁵**. Pese a sus limitaciones del arco temporal (se agota en el periodo de confinamiento), el Estudio es útil porque pretende evaluar los efectos que la situación de alarma y cuarenta producida por la COVID19 tuvo sobre diversas variables psicosociales en la población.

A saber:

1. **la salud psicológica en la población en general, así como grupos específicos de la misma, entre los que se sitúan determinados colectivos de profesionales**
2. **la soledad;**
3. **la discriminación vista desde su faceta múltiple o de interseccionalidad, esto es, con atención a la acumulación de diferentes factores (edad, sexo, enfermedad, etc.)**
4. **el apoyo social**
5. **la autocompasión y**
6. **el bienestar**

¹⁴ Vid. Balluerka Lasa, N. Et alii (2020): *Las consecuencias psicológicas de la COVID19 y el confinamiento*, Ministerio de Universidades, Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco. https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticias/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

¹⁵ Vid. Ausín, B. Et alii (2020): *Estudio del Impacto Psicológico derivado de la Covid19 en la población española (PSI- COVID19)*, Primeros Resultados, abril 2020. Cátedra extraordinaria UCM-Grupo 5. Disponible en: <http://www.infocoponline.es/pdf/ESTUDIO-IMPACTO-COVID.pdf>

En este caso, también a la dimensión cuantitativa se suma la cualitativa. El objetivo no es solo de registro estadístico (enfoque cuantitativo), sino también netamente propositivo. Busca dar pautas adecuadas de:

“buenas prácticas enfocadas en el abordaje de este tipo de situaciones que funcione como prevención primaria, secundaria y terciaria de los efectos psicológicos de esta situación y que ayude a paliar las negativas consecuencias que finalmente tendrá sobre el sistema sociosanitario” (p.3).

En lo que a nuestro estudio refiere de forma especial, resultan reseñables dos variables:

1. **los efectos de discriminación en ciertos colectivos** (personas mayores, con problemas psíquicos, **con bajos recursos económicos¹⁶**, personal sanitario, o infectadas por el virus)
2. **y las prevalencias de pérdida de salud psicosocial por profesiones**, según su papel en la lucha contra el riesgo de contagio por COVID19.

En un contexto extendido de bajo estado de ánimo poblacional (60 por cien) y alta ansiedad (70 por cien)¹⁷, desde la variable del “estigma social” que habría acompañado estos procesos, para el primer periodo:

- ▶ **Un 5% se ha sentido discriminado o excluido por sus vecinos, amigos, etc. desde que comenzó el COVID19**

Al respecto, cabe recordar que estas situaciones se han vivido también, aún de forma más limitada, en las empresas (entornos de trabajo como fuente de vulnerabilidad de situaciones individuales, actuando como factores de riesgo en vez de como factor de protección frente a las amenazas de consumos nocivos). Varios datos jurídicos así lo evidenciarían de forma irrefutable —tanto como inquietante—. De un lado, hemos conocido diversas resoluciones judiciales que han declarado nulos por discriminatorios algunos despidos que tienen como base estas situaciones de ansiedad, miedo o estigmatización frente al contagio, o al mero riesgo de tal. De otro, la ITSS ha levantado varias actas contra empresas que han despedido a personas trabajadoras tras dar positivo en pruebas PCR¹⁸.

- ▶ Desde el inicio del COVID19, un 12% cree que las personas que no están en su situación no pueden entenderles y un 8% ha evitado relacionarse para no ser rechazado¹⁹.

¹⁶ Vid. Ausín, B. Et alii (2020): *Estudio del Impacto Psicológico derivado de la COVID19 en la población española (PSI-COVID19)*, Primeros Resultados, abril 2020, óp. cit., p. 23.

¹⁷ Ibidem, p. 21.

¹⁸ PÉREZ, GORKA R. (22 de abril de 2021). Multa de 10.000 euros a una empresa que despidió a cuatro empleados por dar positivo en COVID, El País, <https://elpais.com/economia/2021-04-22/la-inspeccion-de-trabajo-multa-a-una-empresa-que-despidio-a-cuatro-empleados-por-dar-positivo-en-COVID.html>

¹⁹ En lo que concierne a la “soledad”: El 45 % de la muestra dice sentir que le falta compañía (el 11% lo siente a menudo), el 37% se ha sentido algunas veces aislado (el 16%a menudo) y el 25% se han sentido excluidas (5% a menudo), siendo los jóvenes (18-39) los que más soledad han sentido.

Desde la variable profesional, que no centra el Estudio revisado —sí el nuestro—, aunque es relevante, se destacan como típicos “resultados complejos”, esto es, que precisan mayor ajuste y análisis específicos, los siguientes:

“Los sectores profesionales dedicados a los transportes y los cuerpos de seguridad son los que reportan peor estado de ánimo, ansiedad y síntomas de estrés postraumático, mientras que el dedicado a la comunicación revela más síntomas somáticos. Debe considerarse que los sanitarios, aunque ya presentaban niveles elevados de malestar, se encontraban al inicio de la situación y no habían llegado a los niveles de saturación e impacto actuales” (p. 23)²⁰.

En este estudio longitudinal, por lo tanto, se esperaba claramente que, como así habría sucedido, tales profesionales incrementen de forma relevante ese impacto psicológico. Por lo tanto, al margen de las divergencias de tiempos y muestras de las Encuestas, **se constata en todos ellos esa prevalencia diferencial del constatado “hoyo emocional” por tipo de actividad profesional, un factor clave en la incidencia del riesgo-protección frente a consumos nocivos.**

3.4. Relevancia de la actividad profesional y sus condiciones: Ensayo de catálogo de factores de riesgo y de protección frente a la huella psicosocial de la pandemia

Precisamente, en uno de los Estudios intermedios del citado Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), en relación con el consumo de sustancias psicoactivas y de otras adicciones (fundamentalmente ludopatías y tecno-adicciones), se advertía de la necesidad de ponderar los datos de las Encuestas que han ido proliferando en esta materia. Y ello

²⁰ Vid. Ausín, B. Et alii (2020): *Estudio del Impacto Psicológico derivado de la Covid19 en la población española (PSI-COVID19)*, Primeros Resultados, abril 2020, óp. cit., p. 23.

porque, si bien es cierto que todas contribuyen a mejorar el análisis general de la situación y de los cambios asociados con la pandemia COVID19 y sus consecuencias, todas ellas tendrían límites para su generalización, sea en la población en general cuanto, aún más, en la población laboral. Por lo que reclama la necesidad de ponderarlos y, al tiempo, contextualizarlos con los que han de obtenerse “posteriormente mediante los sistemas de información” normalizados, en la medida en que se basarían en “sistemas registrales” y “muestras aleatorias”, más fiables y de mayor alcance, para identificar el impacto real de la COVID19 en los consumos de sustancias psicoactivas, sus consecuencias y sobre adicciones comportamentales²¹.

Sin dejar de reconocer la corrección de esta cautela, siempre necesaria, entendemos que, precisamente, revisando los Estudios, Informes y Encuestas disponibles sobre la huella psicosocial en general de la COVID19, sea en la población en general o laboral en particular, así como su proyección en los hábitos de consumo (aunque abunden menos), y comparándolos con los factores de riesgo y de protección habituales en aquellos sistemas de registro “normalizados”, se pueden alcanzar ya algunas conclusiones sólidas. En este sentido, y por lo que atañe de forma más directa en nuestro objeto de Estudio o análisis, **vuelven a concurrir los Estudios-Informes disponibles a la hora de señalar qué colectivos profesionales deben exigir una atención especial** para atender este impacto más incisivo o prevalente psicosocial a raíz de la pandemia. Lo que importa más, a estos efectos, no sería tanto, a nuestro juicio, el registro o estimación precisos de los porcentajes de afectación en cada caso, sino las tendencias constatadas, por lo que, si convergen, parece claro que se relativizan las diferencias porcentuales, pues ni tienen la misma muestra ni se

²¹ Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2020): *COVID19, consumo de sustancias psicoactivas y adicciones en España*, Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2020_Coronavirus/pdf/20200715_Informe_IMPACTO_COVID19_OEDA_final.pdf



hace en los mismos tiempos, como bien advierte el OEDA.

Desde esta perspectiva, los diversos Estudios que venimos revisando, en línea con lo que muestran especialmente la **UCM-Grupo5** como el **Estudio-Informe Interuniversitario** (apoyado por el Ministerio de Universidades) referidos, **sitúan a los profesionales en primera línea de acción frente a la COVID19 como grupos con especial vulnerabilidad psicosocial**, y, por tanto, **con mayores factores de riesgo para desarrollar patrones de consumos de riesgo**. El factor "ecosistema sociolaboral" vuelve a aparecer, así, como un factor muy significativo, pese a no ser el único, por supuesto. Al respecto, como es conocido (quedan bien definidos en las Estrategia Nacional de Adicciones vigente), **los tres grupos de factores de riesgo que inciden en el patrón de conducta problemática y/o adictiva**, el típico individual (vulnerabilidad personal), el de entorno próximo (vínculos sociales y familiares) y el de entornos o ambientes más amplios (contexto social, sistema económico, entorno laboral, etc.), **han sido alterados o afectados por las crisis asociadas a la pandemia**.

Más concretamente, estos elementos y los factores de riesgo que agrupan son²²:

- a. La componente individual (o intrapsíquica) de la persona (autoestima, habilidades de gestión emocional de los episodios de crisis, estados de desosiego o estrés, etc.).
- b. El medio sociolaboral (niveles de desorganización social, problemas de socialización, el estado funcional o disfuncional de roles, también en el trabajo)
- c. La vinculación social (familia, compañeros/as de trabajo, escuela).
- d. El aprendizaje social (observación, oportunidad, normas sociales, refuerzo).
- e. La capacidad para el cambio del conocimiento, actitud y comportamiento (valores y creencias subyacentes a la intención de conducta y a su actualización).

Concretamente, **respecto al mapa de factores de protección y factores de riesgo** frente a los efectos en la salud psicosocial derivados de la pandemia (más concretamente en el periodo de confinamiento²³), para nuestro Estudio, es especialmente interesante tener en cuenta cuáles son los identificados como tales en el referido Estudio longitudinal de la

²² Instituto Deusto de Drogodependencias (Universidad de Deusto) (2004): *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. <https://docplayer.es/52424-Factores-de-riesgo-y-de-proteccion-frente-al-consumo-de-drogas-hacia-un-modelo-explicativo-del-consumo-de-drogas-en-jovenes-de-la-capv.html>

²³ Aunque el Estudio precisa que los factores de riesgo y de protección no son completamente idénticos para cada tipo de problema psicológico analizado, sí extrae un balance general sobre los que considera "comunes y más relevantes". En todo caso, se advierte, de forma oportuna, que tales factores se relacionan con la situación de alarma y confinamiento vivida del 21 al 29 de marzo de 2020 en relación con el COVID19, por lo que no serían "generalizables a otros momentos o situaciones" (p. 22).

UCM-Grupo 5M:

1. Factores de protección

- ▶ **El mantener el trabajo que se desempeñaba**, o estar en una situación de pensionista de jubilación (garantía de una renta económica suficiente).
- ▶ Disponer de una **buena situación económica**.
- ▶ **El nivel de estudios que poseen las personas**. En efecto, como es sabido, la incertidumbre sobre las cosas -factor de riesgo- se reduce a mayor conocimiento se posea sobre ellas. Por eso, a más estudios (educación y capacitación) mayor capacidad de gestión de los procesos de aprendizaje necesarios para afrontar, de forma eficaz y saludable, las situaciones de especial inseguridad e incerteza, como es una pandemia derivada de un virus y una enfermedad derivada de su contagio nuevos.
- ▶ Prestación de servicios mediante teletrabajo.
- ▶ Tener hijos/as a cargo.
- ▶ Condiciones de trabajo previas con las que la carga psicosocial esté controlada.

2. Factores de riesgo

- ▶ Estar en paro, así como la inseguridad creada por el miedo a caer en él.
- ▶ Edad (18-39 años).
- ▶ No tener pareja.
- ▶ Situación económica deficiente.
- ▶ Padecer enfermedades cardiovasculares o pulmonares previas.
- ▶ Convivir o tener personas diagnosticadas de COVID19.
- ▶ Asimismo, tener a cargo personas con discapacidad severa, así como personas con trastornos mentales previos.
- ▶ Mayor precariedad de condiciones previas a la situación estresante crítica que supone la pandemia.

En consecuencia, **los factores trabajo/paro y suficiente/baja renta económica, así como las condiciones de trabajo previas y durante la pandemia, desempeñan un papel muy relevante en la dialéctica protección/riesgo psicosocial**.

De este modo, se confirma y agrava de manera notable el paradigma de interacciones en los patrones de consumos problemáticos propios de tiempos de "normalidad". La citada Encuesta sobre Consumos de Sustancias Psicoactivas en el ámbito laboral (2013-2014) es una buena pauta para

verificarlo.

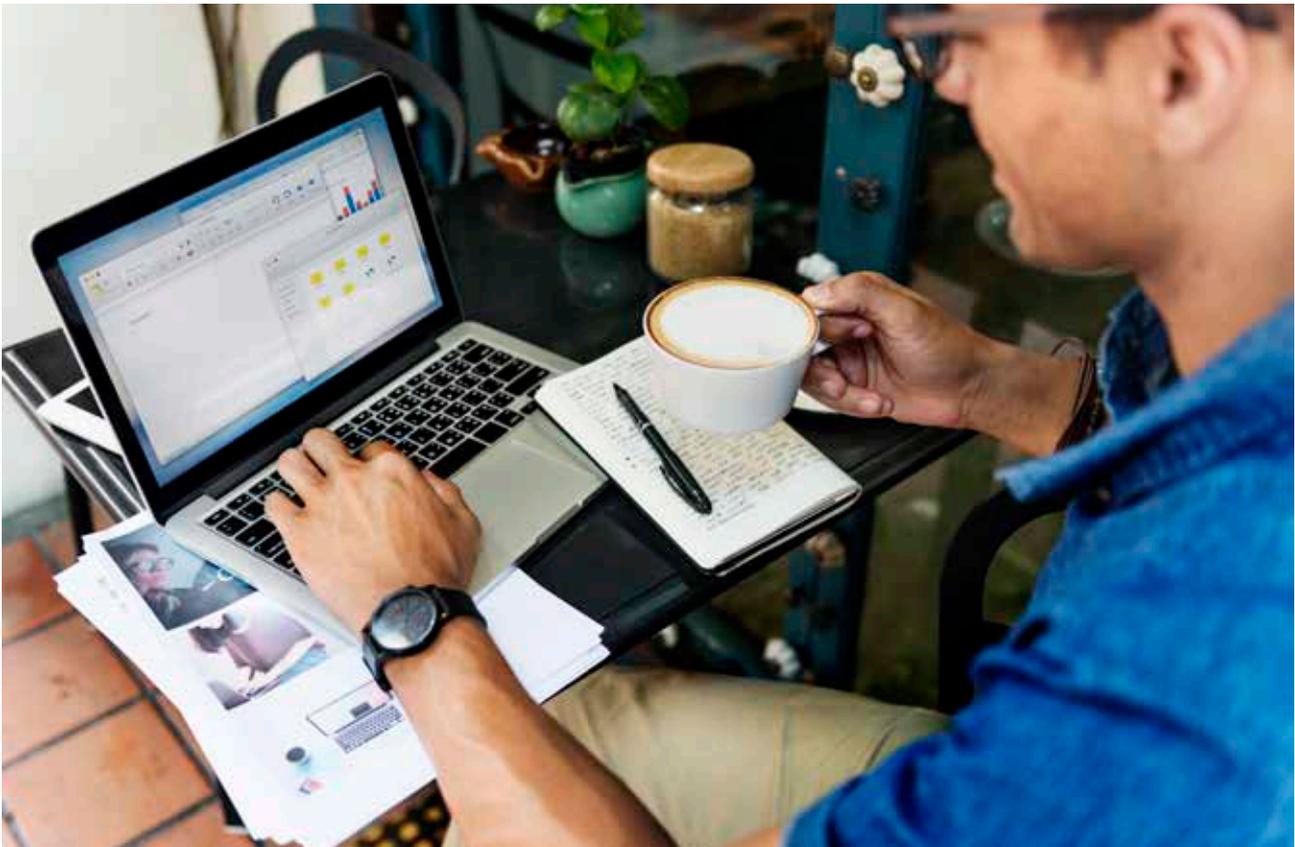
Una línea confirmatoria que aparece también en diversos Estudios, **en los que queda bien clara la relación entre el miedo a la inseguridad de la población asalariada derivada de la crisis económico-laboral asociada a la COVID19 y la multiplicación de entornos de trabajo de alta tensión psicosocial, duplicándose respecto de situaciones precedentes.** Además, estos Estudios también confirman que el factor “bajos salarios” **incide en que un mayor número de personas trabajadoras asuman el riesgo de ir a trabajar con síntomas (el doble respecto de quienes disponen de un salario decente),** lo que puso en riesgo tanto su salud como la de sus personas compañeras, y clientes. En estos escenarios, los resultados respecto de los estados de salud no pueden ser sino negativos.

Veremos que esta estimación coincide con otras más recientes y específicas, promovidas en un entorno diferente, típico de la consultoría de empresa, como es el caso del Grupo AFFOR.

Por supuesto, existe una notable mayoría de mujeres, con lo que se introduce el determinante factor de sexo-género, claramente asociado también a la división sexista del trabajo (productivo y reproductivo), confirmando la mayor “factura de dolor” pagado por las mujeres en esta pandemia. **Dicho empeoramiento fue más acusado entre mujeres que entre hombres (41,6% frente a 31,9%).**

3.5. El teletrabajo como factor de protección frente a estados de alta tensión creados por la COVID19: Un aspecto ambivalente, dependiente de las condiciones de uso

En estos Estudios, de una forma explícita, en unos, o implícita, en otros, **el trabajo en remoto en general, y el teletrabajo en particular, aparece como un factor de protección frente a la citada huella psicosocial de la COVID19,** al reducir el riesgo de contagio y proporcionar un estado de mayor seguridad, por el control del entorno que crearía en las personas trabajadoras. Ahora bien, como la propia OIT ha puesto de relieve, en línea con lo evidenciado por otros Estudios más recientes, la transformación digital de los entornos laborales presenta mayor ambivalencia, pudiendo actuar también como factor de riesgo, en especial si se desenvuelve en determinadas condiciones poco ordenadas. En este sentido, el reciente Informe de la OIT **“Anticiparse a las crisis, prepararse y responder: Invertir hoy en sistemas resilientes de SST”** (2020), recuerda que las personas trabajadoras, además del riesgo de contraer el coronavirus, deben enfrentarse a otros peligros que han surgido durante la pandemia, pero que permanecerán mucho después, ante la referida acelerada colonización digital de los entornos de trabajo, como el aumento del estrés laboral y de la violencia y el acoso (en su modalidad de ciberacoso). Las nuevas prácticas y procedimientos de trabajo adoptados para mitigar la propagación del virus también pueden crear nuevos riesgos para la SST, incluidos riesgos químicos (nuevos equipos de protección con materiales que también incorporan riesgos desconocidos), ergonómicos y psicosociales.



Al respecto, algunos estudios han puesto de relieve cómo las medidas organizativas y de gestión empresarial de la pandemia habían creado una grave “brecha sociolaboral” atendiendo al factor de posición profesional en la empresa. En esta dirección, **según un estudio global realizado por Microsoft²⁴**, con una muestra de 30.000 personas adscritas laboralmente a todo tipo de empresas y procedentes de 31 países diferentes:

- a. **el 41% de las personas trabajadoras reconoce haber sopesado abandonar su empleo en los últimos doce meses**, “arrojando la toalla” como respuesta al estado de zozobra en que se habrían visto inmersos a causa de las altas demandas de trabajo derivadas para hacer frente a los efectos socioeconómicos de la crisis sanitaria.
- b. **El 54% de las personas empleadas encuestadas sienten que trabajan, a todas luces de más, padeciendo una elevada sobrecarga**
- c. mientras que casi el 40% **(39%) declaran estar exhaustos, agotados (según el síndrome de agotamiento profesional)**.
- d. Asimismo, el 46% se ha planteado la posibilidad de mudarse en el último año, un movimiento en línea con las mayores posibilidades de movilidad que procura el trabajo a distancia, sea o no a domicilio («home office»).

En suma, confirmando la visión del Consejo Económico y Social Europeo (CESE) en esta materia, el Estudio de Microsoft, con datos estadísticos relevantes concluye que:

“pese a la flexibilidad laboral prometida como inherente al teletrabajo (“Home Office”), la migración masiva a esta forma de organizar el trabajo, por las medidas decretadas de confinamiento y restricciones a la movilidad, parece haber supuesto, para un elevado porcentaje de personas teletrabajadoras, una situación al borde del síndrome de «burnout» o se hallan ya en el precipicio de este trastorno emocional (riesgo psicosocial laboral)”

En cambio, estos problemas psicosociales y laborales, con los que tienen que lidiar muchas personas trabajadoras en tiempos de pandemia, les serían, en su gran mayoría, ajenos a quienes ejercen el liderazgo, o la dirección, en el seno de las empresas. Según esta misma encuesta, **el 61% de quienes ejercen puestos de liderazgo parece ufanarse de estar prosperando en el plano profesional**. Esta cifra es un 23% más elevada que en la persona empleada media, por lo que parece desprenderse del dato estadístico una profunda brecha, una gran fosa abisal, entre jefes y personas subordinadas en las organizaciones.

²⁴ El Estudio en su versión original puede localizarse aquí: <https://www.microsoft.com/en-us/worklab/work-trend-index/hybrid-work>. Un amplio resumen del mismo puede leerse en la publicación “Empleados hundidos en la miseria y jefes exultantes: la brecha laboral en tiempos de pandemia”. Disponible en: <https://www.marketingdirecto.com/marketing-general/tendencias/empleados-infelices-jefes-exultantes-brecha-pandemica>

En suma:

La gestión empresarial pandémica habría llevado a una suerte de inquietante situación de darwinismo sociolaboral. Así, mientras quienes ocupan una posición de mayor fuerza en la empresa (jefes), mayoritariamente prosperan, quienes tienen una posición débil (personal subordinado), mayoritariamente luchan por sobrevivir en el plano laboral.

Asimismo, es interesante para nuestro Estudio la observación que se hace en la Encuesta analizada de Microsoft respecto a la “brecha sociolaboral generacional” o por edad. Según los datos ofrecidos, entre las personas empleadas que lo están pasando particularmente mal en tiempos de pandemia destacan la llamada “generación centennials” (jóvenes de entre 18 y 25 años). Son a estos colectivos más jóvenes (además de a las mujeres), como evidencian los Estudios primarios sobre los efectos de la pandemia, tanto en la llamada huella psicosocial como en sus cambios de patrones de usos o conductas problemáticas, a los que más afectaría, lacerándolos con especial saña el aislamiento y restricciones derivadas de la gestión institucional de la pandemia.

Precisamente, de acuerdo con **un reciente estudio de Joblist²⁵**, más de una tercera parte de quienes se acogen a la fórmula del teletrabajo declaran sentirse muy invisibles o extremadamente invisibles en el desempeño de su labor profesional. **Las mujeres son hasta dos veces más proclives que los hombres a sentirse invisibles para sus superiores cuando trabajan desde casa**. Y más tres cuartas de quienes practican el «home office» coinciden en señalar que tienen que esforzarse más de la cuenta para hacerse notar en el trabajo desde que irrumpiera en sus vidas la pandemia del COVID19. Hay un riesgo, pues, de discriminación.

²⁵ Para el original en inglés: <https://www.joblist.com/trends/getting-yourself-noticed-as-an-employee-working-remotely> Su síntesis en castellano. El teletrabajo o la maldita condena de ser invisible a ojos del jefe, febrero 2021: <https://www.marketingdirecto.com/marketing-general/tendencias/teletrabajo-maldita-condena-ser-invisible-ojos-jefe>



 **U
T
G
U**

4. COMPARACIÓN DE LA ENCUESTA OEDA-COVID E INFORME INTERUNIVERSITARIO

Aunque en el apartado anterior hemos realizado ya algunas referencias, en este se pretende realizar una exposición comparada algo más detallada entre el Estudio-Informe interuniversitario y Encuesta OEDA-COVID. Ambos Estudios son gran relevancia, convergiendo en varios aspectos, si bien no de forma plena.

Bebidas alcohólicas

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas durante la pandemia, aun siendo tratados en ambos de manera profunda, los resultados obtenidos son diferentes. En primer lugar, para la Encuesta OEDA-COVID el consumo de alcohol ha disminuido ligeramente durante la pandemia, pasando del 62% al 57,3% el total de la población consumidora de alcohol (el 3,3% ha aumentado el consumo, alrededor de un 22% refiere haber disminuido las cantidades de alcohol ingeridas). En el Estudio-Informe interuniversitario el 20,8% de la población consumió más, respecto al 18,2% que redujo su consumo.

Por otro lado, es revelador por la Encuesta OEDA-COVID al indicar que, entre aquellas personas que han aumentado el consumo de alcohol durante la pandemia, 9 de cada 10 refieren haber aumentado la frecuencia de consumo e incluso la cantidad consumida (5 de cada 10 personas). Todo ello puede estar relacionado con los “consumos o usos problemáticos o nocivos” a corregir por ser inconciliable claramente con la salud de las personas.

Si observamos ambos Informes, se realiza un estudio acerca de la situación laboral de las personas consumidoras reflejando cierta disparidad entre ambos. Para la Encuesta OEDA-COVID en lo que respecta a los cambios en el patrón de consumo de alcohol, se destaca que un 7,1% de la población refiere haber abandonado el consumo de alcohol durante la pandemia, mientras que un 2,3% señala haber empezado a consumirlo (p.9).



El Estudio-Informe referido constata un descenso algo mayor de consumo en hombres (19,7%) que en mujeres (16,7%). Por edades, se observó que el grupo de más jóvenes es el que ha cambiado (reduciéndolo) más sus hábitos de consumo de bebidas alcohólicas (p. 115). Además, este último Estudio se indica un conjunto de aspectos que se pueden relacionar con las posibles causas de dicha prevalencia, manifestando un incremento del consumos aquellas personas que han empeorado sus condiciones de trabajo (el 21% ha incrementado un poco el consumo y el 4,4% su incremento ha sido mucho mayor).

Tabaco

La prevalencia de consumo de tabaco durante la pandemia por COVID19 en la población analizada por la Encuesta OEDA-COVID muestra una disminución estadísticamente significativa respecto a las prevalencias de consumo de tabaco antes de la pandemia (del 29,1% al 27,7%), no observándose prácticamente diferencias según el sexo (28% en hombres y 27,5% en mujeres). Para el Estudio-Informe Interuniversitario la tendencia y prevalencia es similar, con un descenso de consumo similares en ambos sexos con un porcentaje cercano al 10%, mientras que se constata un mayor proporción de mujeres frente a hombres que incrementaron el consumo de tabaco durante la pandemia (25% vs. 16%) (página 112 del referido Estudio-Informe).

En función de la situación laboral, se aprecia casi en igual proporción las personas que se encuentra trabajando y han abandonado o disminuido el consumo de tabaco y aquellas que han iniciado o aumentado el consumo en ambos Estudios. En igual sentido, para aquellos colectivos de personas

que se encuentran en paro o que han perdido su trabajo definitiva o temporalmente se ha producido en ambas direcciones, aumento y disminución.

Por último, la Encuesta OEDA-COVID ha analizado la prevalencia del consumo de cigarrillos electrónicos, observando una disminución de manera estadísticamente significativa durante la pandemia por COVID19 (del 3,5% al 2,3%), siendo mayor el consumo en la población más joven (15 a 34 años) en ambos sexos.

Cannabis

En cuanto al consumo de cannabis se examinan cambios en su consumo. La prevalencia de consumo durante los meses previos a la pandemia por COVID19 es mayor entre los hombres que en mujeres (10,6% en hombres y 4,9% en mujeres) según la Encuesta OEDA-COVID y disminuyéndose dichos valores durante la pandemia. No obstante, siguen siendo los hombres los mayores consumidores, aunque no se muestran datos según la situación laboral. Para el Estudio-Informe Interuniversitario se ha producido un aumento del consumo de cannabis del 4,8% en varones y del 3,5% en mujeres. Al igual que la Encuesta OEDA-COVID, constata un descenso porcentualmente mayor en dicho consumo (7,7% en hombres y 7,2% en mujeres) (p. 114 del Estudio-Informe). En función del contexto laboral, aquellas personas que han perdido su trabajo definitivamente son las que mantienen esta conducta, sin cambios de disminución o aumento, siendo más elevada (94,6%) frente a las que mantienen su puesto de trabajo (88,5%). Respecto a las condiciones laborales no se detectan cambios significativos si son peores o iguales condiciones.



Fármacos

En el análisis comparativo acerca de la prevalencia sobre los consumos de fármacos entre la población encuesta por ambos Estudio, debemos de tener en cuenta una gran diferencia entre ambos. De un lado, en el Estudio-Informe Interuniversitario se diferencia el consumo de fármacos para problemas de salud física y medicamentos para problemas de salud psicológica.

De otro, la Encuesta OEDA-COVID se estudia el consumo de analgésicos opioides y de hipnosedantes sin receta, es decir, siempre que no hayan sido recetados por personal médico directamente a la persona encuestada.

Respecto al primero, el Estudio-Informe Interuniversitario, no realiza una distinción entre si dichos fármacos son recetados o no por personal médico. Ahora bien, el consumo de fármacos dirigidos a los problemas de salud física tiene un mayor aumento en su consumo durante la pandemia (12,9%) frente a su minoración de consumo (3%). En cuanto al consumo de psicofármacos sucede lo mismo, han experimentado un mayor aumento (11%) que disminución o abandono (4%). Por lo tanto, en ambos casos la mayor frecuencia se puede analizar en el incremento moderado de fármacos.

Precisamente, en la Encuesta OEDA-COVID el 1,3% de las personas encuestadas declara haber consumido analgésicos opioides sin receta antes y durante la pandemia, no encontrándose diferencias por sexo, ni tampoco se observan cambios en el patrón del consumo durante la pandemia.

En cualquier caso, en la Encuesta OEDA-COVID se ha valorado también el consumo de hipnosedantes sin receta (tranquilizantes o somníferos –lexatin u orfidal–), siendo reveladores los datos. De manera que la prevalencia de dichos

consumos durante los meses previos a la pandemia por COVID19 era del 1,9%, siendo mayor el consumo en mujeres que en hombres (1,4% en hombres y 2,3% en mujeres). En cualquier caso, dichos valores aumentan de manera estadísticamente significativa durante la pandemia en el total de la población (3,1%), siendo casi el doble el consumo en las mujeres (2,1% en hombres y 4,0% en mujeres) y con una mayor prevalencia en el grupo de 25 a 54 años de edad. Consecuentemente, son sumamente representativos los datos proporcionados y que se pueden vincular directamente con las consecuencias que la pandemia ha ocasionado en las personas, cuando la mayor prevalencia sobre esta conducta se observa en la población que se inicia o aumenta el consumo de hipnosedantes sin receta durante la pandemia. Esto es, el 2,2% han comenzado o ha aumentado el consumo de este tipo de sustancias respecto al 0,6% que la mantiene o el 0,9% que abandona o disminuye el consumo, siendo el porcentaje superior en el caso de las mujeres (3,1%) frente a los hombres (1,4%).

Consumo de alimentos hipercalóricos

No cabe duda de que una de las cuestiones más relevantes respecto de la incidencia de la pandemia en los cambios de patrones de conducta y hábitos de vida saludable, que afecta a la población en general, y a la trabajadora por igual, es la intensificación del consumo de alimentos hipercalóricos, en conjunción con una pérdida de rutinas de ejercicio físico (entre otras cosas porque el confinamiento impidió la movilidad para el trabajo). Se trata de una de las conductas que puede llegar a producir un consumo problemático o adictivo al ocasionar un daño a la salud de la persona consumidora, de ahí su inclusión creciente en las políticas de fomento o de promoción de la seguridad y salud en el trabajo. Por ello, es muy interesante, como ya se apuntó, la información que aporta.



En este caso se produce un incremento del consumo de alimentos hipercalóricos incluso en ambos sexos, donde el aumento es elevado para hombres (32,9%) y mayor aún en el caso de las mujeres (49%). Si esta cuestión la analizamos por edades, el consumo durante la pandemia se ha incrementado para todos los grupos de edad, esto es, entre 18 a 34 años (45%) y 35 a 60 (45%).

Igualmente, se encontró una tendencia relevante en función de la situación laboral. La pérdida de empleo (temporal o definitivamente) también actúa aquí como factor de riesgo de consumos de riesgo o nocivos. En este sentido, se han incrementado en mayor medida el consumo de alimentos hipercalóricos (13,5%) frente a los que mantenían su puesto de trabajo (8,4%). Como veremos en su momento, la OIT, en su Informe sobre **Anticiparse a las crisis, prepararse y responder - Invertir Hoy en Sistemas Resilientes de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), 2021, sí que incorpora estas cuestiones de promoción de la salud** como una de las claves para gestionar las pandemias en los entornos de trabajo saludables del futuro.

Juego online con uso o no de dinero

En ambos Estudios se realiza un estudio pormenorizado del juego como conducta a analizar tanto si es online (en internet) como presencial (físicamente en establecimientos especializados en juegos), así como si se utiliza el dinero o no en dicha conducta como puede ser mediante las apuestas. Precisamente, en **el Estudio-Informe Interuniversitario, en**

cuanto a hábitos y conductas de consumo, se ha observado durante la pandemia un incremento del uso de redes sociales y de mayor tiempo viendo la TV, además de un incremento del uso de videojuegos en los más jóvenes. En este sentido, comparando por sexo, un 45% de hombres han aumentado el consumo de videojuegos frente al 41% de mujeres. Asimismo, se ha incrementado en un 59% el uso de los videojuegos en aquellas personas que han perdido el trabajo de forma temporal frente a los que lo han perdido definitivamente (53%).

El Estudio-Informe Interuniversitario estima que el 3% de la población encuestada ha sufrido un incremento en sus conductas de apuestas online, más a menos edad. En cambio, la Encuesta OEDA-COVID no observa cambios significativos referente a la prevalencia del juego con dinero online antes y durante la pandemia (antes 4,5% y durante 4,3%). De hecho, se muestra principalmente una ausencia de cambio en el patrón de juego. No obstante, coinciden **acerca del incremento de la prevalencia en edades más jóvenes, disminuyendo dicha prevalencia conforme aumenta la edad.**

En ambos Estudios se observa la misma tendencia sobre las apuestas online al realizar una comparación entre hombres y mujeres. En efecto, **el aumento del porcentaje de juego de apuestas se produce principalmente en mujeres frente a hombres, siendo ligeramente menor sobre estos últimos.**





 **U
T
G
U**

5. EL CALDO DE CULTIVO PARA LOS CONSUMOS PROBLEMÁTICOS EN LOS ENTORNOS LABORALES: CONFIRMACIÓN ESTADÍSTICA DEL DETERIORO DE LA SALUD PSICOSOCIAL —MALESTAR— LABORAL

5.1. Presentación de síntesis del I Estudio Global sobre el impacto psicosocial de la COVID19 en la salud psicosocial de las personas trabajadoras (2021)

Desde esta última perspectiva, ya más estrictamente laboral, especialmente interesante es el reciente **Estudio Global sobre el impacto psicológico de la COVID19 en la salud psicosocial de las personas trabajadoras** (2021). La consultora multinacional AFFOR, especializada en prevención psicosocial, de matriz española y presencia en diversos países Latinoamericanos (Argentina, Colombia, Ecuador, Chile, México, Panamá y Perú) ha llevado a cabo, a fin de evaluar cómo está afectando la pandemia del COVID19 y el confinamiento en la salud psicosocial laboral, el **I Estudio Global sobre el impacto psicológico del COVID19 en la salud de las personas trabajadoras** en todos los países en los que tiene presencia.

El Estudio se ha realizado en colaboración con la Cátedra de Prevención de la Universidad de Sevilla, PRL Innovación, Foro de Recursos Humanos y DCH-Organización Internacional de Directivos de Capital Humano. La pretensión de este Estudio específico para la población laboral es análoga a los apenas comentados respecto de la población en general. Para la recogida de datos sobre el índice de afectación de la salud emocional en población trabajadora, empleando diferentes escalas psicológicas validadas, se ha puesto igualmente la atención en el triple foco de los niveles de ansiedad, estrés y depresión (recuérdese que es la segunda causa de incapacidad laboral)²⁶.

²⁶ AFFOR (2021): *I Estudio Global sobre el impacto psicológico del COVID19 en la salud de los trabajadores* en España y siete países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Chile, Ecuador, México, Panamá y Perú). <https://affor.es/affor-lanza-el-i-estudio-global-sobre-el-impacto-psicologico-del-COVID19-en-la-salud-de-los-trabajadores-en-espana-y-latinoamerica/>

Justamente, su punto de partida es la constatación por los estudios revisados del gran impacto psicosocial negativo de la pandemia, sobre todo tras períodos de confinamiento (estrés postraumático, desorientación, ira). En consecuencia, asume la inevitabilidad del tránsito desde el riesgo biológico al riesgo psicosocial, por lo que reclama una atención específica a los factores organizativos e individuales que inciden en ese tránsito, a fin de reducir el impacto. Al igual que el analizado Estudio-Informe interuniversitario, si bien para la población en general, sin perjuicio de sus recomendaciones específicas para grupos profesionales particulares, no ha buscado solo un registro cuantitativo, un dato estadístico del día, sino también, y sobre todo, extraer de ellos pautas orientativas para abordar las medidas preventivas necesarias en las organizaciones.

En última instancia, se trata de gestionar eficazmente estas situaciones para minimizar los factores y riesgos psicosociales en los entornos laborales para tiempos de pandemia, apoyando al mismo tiempo emocionalmente a las personas trabajadoras.

En España, la muestra de la encuesta habría sido de 1024 personas trabajadoras. De ellas, un porcentaje muy importante sería de mujeres (634), el resto hombres (390). Se han distribuido por distintos sectores de actividad. Los datos obtenidos han sido tratados (procesados) sobre dos escalas psicológicas validadas²⁷:

- a. **Test de Salud Total (TST)** y
- b. **GHQ Goldberg.**

Los resultados obtenidos utilizando una y otra técnica de escrutinio son diversos, si bien siempre desde la coincidencia de ambos en un elevadísimo porcentaje de incidencia de los factores de riesgo psicosocial en la población trabajadora (encuestada). Así:

²⁷ Ausín, B. Et alii (2020): *Estudio del Impacto Psicológico derivado de la Covid19 en la población española (PSI- COVID19), Primeros Resultados, abril 2020*. Cátedra extraordinaria UCM-Grupo 5. Disponible en: <http://www.infocoponline.es/pdf/ESTUDIO-IMPACTO-COVID.pdf>

1. Conforme al primer instrumento, **casi el 42 por cien (41,99%) de la población trabajadora encuestada presentaría relevantes síntomas de ansiedad, siendo casi 3 de cada 10, en torno a un tercio (27,3%), la que** siente que su salud ha empeorado en las últimas semanas.

Se incluyen a quien quienes han contestado de forma afirmativa a 8 o más de los 22 síntomas propuestos por el instrumento. Esta herramienta es indicativa de riesgo psicosocial según la NTP 421 (*"Test de salud total" de Langner-Amiel: su aplicación en el contexto laboral*²⁸). En ella se recuerda que los resultados de este test "no indican enfermedad o patología", sino solo riesgo de estrés laboral: Si dicho resultado ($T \geq 8$) está relacionado con el entorno de trabajo (condiciones psicosociales) y no se toman medidas, se resentirá el individuo y la organización. No infieren estructuras de personalidad (factor de vulnerabilidad personal presente en patrones de consumos problemáticos, como se sabe), sino sintomatología psicosomática relacionada con el estrés. Evidencia la relación del contexto como factor de disfunción de salud para la persona.

En consecuencia, mediante otras herramientas de valoración (en el sistema de gestión de prevención de riesgos el instrumento de evaluación ex art. 16 LPRL) se podrá detectar cómo y dónde se producen esas tensiones psicosociales (conflictos de desequilibrio) para las personas trabajadoras individualmente consideradas. En la población trabajadora se referirán a aspectos organizativos y en consecuencia, de relación con el entorno físico y humano de la organización.

²⁸ Fidalgo Vega, M. y Pérez Bilbao, J. (1999): *NTP 421. "Test de salud total" de Langner-Amiel: su aplicación en el contexto laboral*, Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, Madrid. https://www.insst.es/documents/94886/326962/ntp_421.pdf/32205878-3f0b-42df-a86a-c55c5d5c8003

2. En cambio, atendiendo a la referida **Escala de Goldberg, el 67,58% de las personas trabajadoras encuestadas requerirían de una evaluación detallada desde el área de salud laboral por posible ansiedad y depresión.**

En este caso, el Estudio sigue criterios técnicos recogidos en el **Protocolo PSICOVS2012** (Osalan-Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales²⁹). En suma, **7 de cada 10 personas trabajadoras de la población encuestada requerirían una evaluación detallada del servicio de prevención de riesgos laborales por alto riesgo de estrés e, incluso, depresión pos COVID19** (según Goldberg). Es una escala con un baremo de corrección más estricto, se considera positivo cuando el empleado muestra alteración en 3 de los 12 síntomas. Pretende ser una herramienta de *screening*.

Vemos, pues, que según la herramienta que se utilice varía notablemente el porcentaje de prevalencia de riesgo psicosocial asociado a entornos laborales en tiempos de COVID19³⁰. Pero, una vez más, insistimos en que la cuestión fundamental no está en los porcentajes que resultan de las encuestas y del procesamiento de sus datos según diferentes herramientas, sino las tendencias que todas ellas evidencian o confirman. Y aquí no hay duda alguna del impacto tan notable y de la necesidad de medidas preventivas.

²⁹ Osalan (2014): *Guía de recomendaciones para la vigilancia específica de la salud de trabajadores expuestos a factores de riesgo psicosocial*. http://www.infocoonline.es/pdf/guia_PSICOVS2012.pdf

³⁰ AFFOR (2021): *I Estudio Global sobre el impacto psicológico del COVID19 en la salud de los trabajadores en España y siete países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Chile, Ecuador, México, Panamá y Perú)*. <https://affor.es/el-42-de-la-poblacion-trabajadora-encuestada-presenta-sintomas-de-ansiedad/>



Fuente: AFFOR (2021). *I Estudio Global sobre el impacto psicológico del COVID19 en la salud de los trabajadores*. Disponible en <https://affor.es/el-42-de-la-poblacion-trabajadora-encuestada-presenta-sintomas-de-ansiedad/>

Según los principales resultados, los síntomas que aparecen de forma frecuente o habitual son:

- ▶ nerviosismo, irritabilidad o tensión (86,2%),
- ▶ alteración del sueño (84,7%) —“uno de los principales factores que repercuten de forma negativa en la salud mental”—,
- ▶ dolor de cabeza (68,8%),
- ▶ retraso en el comienzo de las tareas (50,6%) y
- ▶ sensación de ahogo sin esfuerzo físico (42,6%).

Entre los principales motivos de ese malestar psicosocial laboral:

- ▶ el 61,5% revela sentirse agobiado y en tensión,
- ▶ el 56,8% manifiesta tener una falta de concentración,
- ▶ el 54,7% señala una pérdida de sueño por preocupaciones y
- ▶ el 46,5 se siente poco feliz y deprimido³¹.

31 FUENTE: AFFOR (2021). *I Estudio Global sobre el impacto psicológico del COVID19 en la salud de los trabajadores en España y siete países de Latinoamérica (Argentina, Colombia, Chile, Ecuador, México, Panamá y Perú)*. <https://affor.es/el-42-de-la-poblacion-trabajadora-encuestada-presenta-sintomas-de-ansiedad/>



Fuente: AFFOR (2021). *I Estudio Global sobre el impacto psicológico del COVID19 en la salud de los trabajadores*. Disponible en <https://affor.es/el-42-de-la-poblacion-trabajadora-encuestada-presenta-sintomas-de-ansiedad/>

Atendiendo a la variable relativa a la actividad profesional, la incidencia va de una forma muy notable, confirmando la relevancia de este factor profesional, como venimos evidenciando por la convergencia en el dato de los diferentes estudios disponibles.

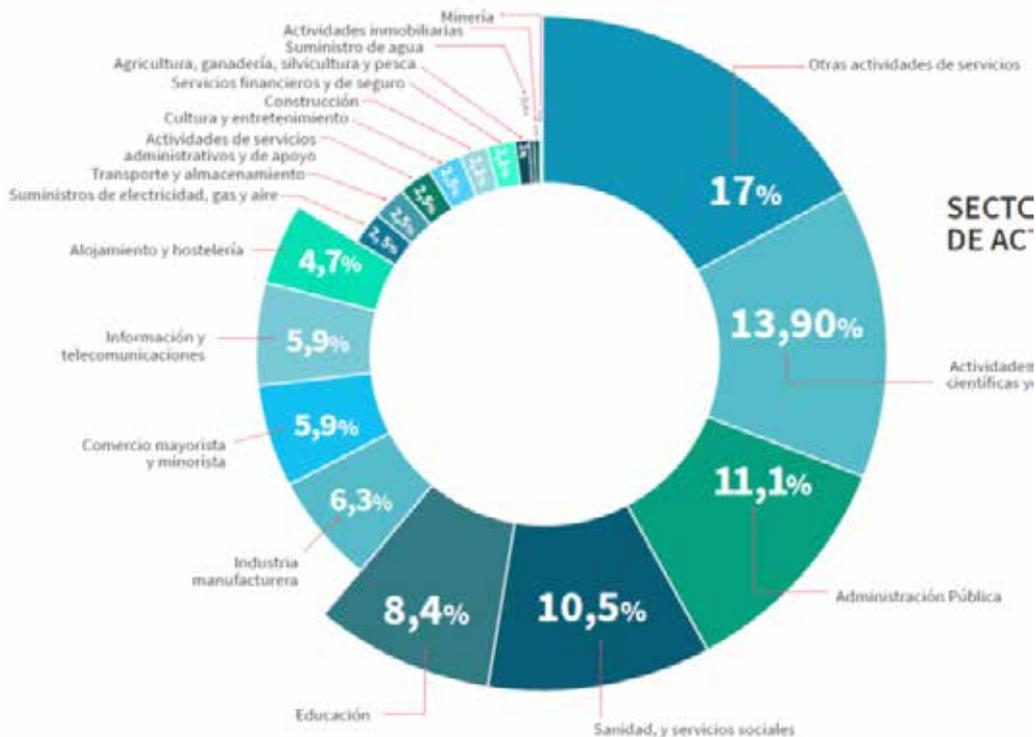
Los profesionales de los servicios públicos en primera línea de acción contra la COVID19 se confirman, por enésima vez, como los de mayor incidencia. A lo que hay que sumar también la presión de estrés que han sufrido las personas dedicadas a la investigación científico-técnica, en especial para el descubrimiento de la vacuna, en una carrera draconiana por ver quién llegaba antes.

Esta constatación se haya en otros Estudios específicos al respecto. Así, el realizado por el Equipo de Investigación de Psicología Sin Fronteras para UGT-Madrid lo reafirma. En él se

pone de manifiesto que el impacto de la COVID19 ha agudizado problemas del pasado, en buena medida invisibilizados, ocupando un lugar destacado en el escenario COVID19 nuevas dinámicas laborales como el tecnoestrés, el síndrome de *burnout* o la carga mental³².



32 Vid. Informe de Investigación Riesgos Psicosociales y COVID19 realizado para UGT-Madrid por el grupo de especialistas de Psicología Sin Fronteras (2020): **El impacto de la pandemia por Virus SARS-CoV-2 (Enfermedad por Coronavirus 2019; COVID19) en los Riesgos Laborales Psicosociales**, p. 137. Disponible: file:///C:/Users/34669/Downloads/informe_final_ugt_psf_2020.pdf



Fuente: AFFOR (2021). *Estudio Global sobre el impacto psicológico del COVID19 en la salud de los trabajadores*. Disponible en <https://affor.es/el-42-de-la-poblacion-trabajadora-encuestada-presenta-sintomas-de-ansiedad/>

5.2. De la evidencia empírica de los estudios a las recomendaciones de futuro próximo como lección aprendida: el momento de la intervención psicosocial laboral

En atención a estos datos, parece evidente que hay un altísimo porcentaje de personas trabajadoras (4 de cada 10, al menos), que presentan una elevada probabilidad (riesgo ex art. 4 LPRL) de generar un trastorno psicopatológico a medio plazo si no se gestiona eficazmente (art. 14 LPRL) la sintomatología hoy existente. De ahí lo acertado de su conclusión propositiva:

Resulta clave para una gestión eficaz del riesgo psicosocial derivado de la pandemia en los entornos laborales llevar a cabo una política de evaluaciones pormenorizadas de todas aquellas personas trabajadoras que estén mostrando sintomatología relevante para prevenir consecuencias tanto en su salud mental y física, como en la eficiencia de las organizaciones.

De nuevo, y a fin de arrojar más evidencia científica, merece la pena traer a colación el ya citado **Informe de Microsoft**. En él se incluye otra interesante conclusión, por supuesto, nada novedosa, sino también intuitiva desde el principio de la pandemia y la migración masiva (obligada y desregulada —por tanto “algo salvaje” sociolaboralmente—) al teletrabajo que supuso **que el tiempo empleado por las personas trabajadoras en reuniones efectuadas mediante Microsoft Teams (entendemos que de forma análoga, o superior, en ZOOM —tanto que da nombre a un nuevo riesgo psicosocial: “síndrome Zoom”—) se ha duplicado en el último año.**

Las reuniones telemáticas serían, además, 10 minutos más largas que la media y las personas usuarias de esta plataforma envían también un 45% mensajes más a la semana. Finalmente, una gran parte de estos mensajes lo hacen al margen del horario laboral establecido. Por lo tanto:

«Hay un sentimiento generalizado de que los límites se han esfumado y los jefes se creen en el derecho de despertar a sus subordinados a las 7 de la mañana o hacerles trabajar hasta los 8 o las 9 de la noche» (Informe Microsoft).

El problema no parece coyuntural, aunque esté disminuyendo notablemente tras el confinamiento el porcentaje de personas teletrabajadoras. De hecho, las ofertas de empleo para trabajar en remoto se han multiplicado por cinco en LinkedIn durante el último año. Por lo tanto, los problemas psicosociales derivados de esta forma de organización del trabajo, que no deben ocultar también sus ventajas si se ordenan sus condiciones de forma adecuada (RDL 28/2020), no desaparecerán, al contrario.

Entre ellos, el referido Informe **detecta la creación de silos dentro de las empresas**: se crean conexiones con círculos más próximos de compañeros, mientras se aíslan más de aquellas personas compañeras de trabajo menos cercanas.

Las necesidades de intervención psicosocial, pues, se hacen cada vez más evidentes. Justamente, conforme a la reseñada conclusión de la OMS (que considera la depresión como una de las principales causas de incapacidad laboral), y los altos costes que generan los trastornos por depresión y



por ansiedad a la economía mundial (1 billón anual de dólares en pérdida de productividad), una vez más se enfatiza en el citado Estudio de AFFOR, consultora especializada, **la necesidad de promover acciones de intervención desde todos los ámbitos**. En este sentido, hallamos una nueva razón de actualidad, y de imperatividad, de una notable mejora de sistemas y políticas en materia de salud psicosocial y mental de las personas en general, y trabajadoras en particular. Una necesidad que ya reflejara el Defensor del Pueblo que, en su comparecencia en el Congreso en noviembre de 2020, reiteró y enfatizó su precedente petición al Gobierno y a las Comunidades Autónomas de incrementar el servicio de atención a **la salud mental en España** (siendo la ratio de profesionales en la sanidad pública tres veces menor que la media europea), y muy particularmente el ámbito laboral³³.

Se insiste, de este modo, en una posición crítica defendida precedentemente, en la que se insiste en la escasez de personal especializado en tratamiento psicológico en el seno del Sistema Nacional de Salud, SNS, y que estaría también en la base del uso desproporcionado de medicamentos para cuestiones que serían más eficaz y eficientemente atendidas a través de prestaciones de servicios psicosociales. La demanda asistencia psicosocial vendría creciendo en los últimos años, incrementándose probablemente tras la pandemia, pero se constata una muy notable insuficiencia **de una prestación prevista en la cartera del SNS**³⁴.

³³ Informe Defensor del Pueblo (2020). Actuaciones ante la pandemia de COVID19, Comparecencia en la Comisión Mixta de Relaciones con el Defensor del Pueblo de las Cortes Generales, el 26 de noviembre de 2020, http://www.infocoponline.es/pdf/Documento_COVID19.pdf

³⁴ Informe del Defensor del Pueblo. Atención psicológica en el Sistema Nacional de Salud <http://www.infocoponline.es/pdf/Atenci->

En suma, no es ni casualidad ni fatalismo que España sea el país del mundo donde se tomen más tranquilizantes (10 de abril de 2021: <https://www.publico.es/sociedad/ansioliticos-espana-espana-pais-mundo-toman-tranquilizantes.html>).

La pandemia no habría hecho más que agravar esta situación, a lo largo de todo este proceso, todavía pendiente de finalización, no solo en la fase de confinamiento. En consecuencia, si, según las lecturas que se hacen sobre el último estudio OEDA- COVID-2020, parecieran haberse roto algunos de los relatos propios del imaginario social en las fases más álgidas de la crisis sanitaria (incluso después, con las noticias alarmantes sobre la proliferación de fiestas ilegales, en especial de jóvenes) y que dominaron en la pasada primavera (el consumo global de alcohol, aunque también el del tabaco y el de cannabis, han descendido en estos meses), no ha sucedido lo mismo con los hipnosedantes sin receta, que prácticamente se ha duplicado.

Justamente, al respecto sí ha evidenciado el Ministerio de Sanidad y el Plan Nacional sobre Drogas (Adicciones) su preocupación, aunque sea fundamentalmente por razones de salud pública al tratarse de un incremento de uso de medicamentos sin receta. La subida se produjo en todos los grupos de edad y en ambos sexos, pero mucho más en las mujeres: antes del coronavirus, la prevalencia en ellos era del 1,4 % y

[C3%B3n-psicol%C3%B3gica-en-el-SNS.pdf](http://www.infocoponline.es/pdf/PONENCIA-SENADO.pdf). Asume las conclusiones del informe de la **Ponencia de estudio del Senado sobre las necesidades de recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud**, publicado en 2010, en las cuales ya se evidenciaba la escasez y su desviada cobertura a través de un exceso de farmacología para problemas psicosociales. <http://www.infocoponline.es/pdf/PONENCIA-SENADO.pdf>

del 2,3 % en mujeres, que se han disparado al 2,1 % y 4 %, respectivamente. El 0,7 % ha tomado tranquilizantes en los últimos 30 días.

Pero, como estamos viendo, hay causas de índole institucional, e incluso sociolaboral. En consecuencia, las soluciones también deben atender a estas dimensiones. La situación de sobrecarga psicosocial y emocional en determinadas profesionales, sumada a condiciones de empleo y de trabajo precarias, en modo alguno son ajenas a estos consumos, por lo que una parte de la solución debe hacerse recaer en políticas de gestión psicosocial de los entornos de trabajo en general, y en especial del propio de ciertos colectivos, aquellos más feminizados y que han estado en "primera línea del campo de batalla" con la COVID19, con una extremada escasez de medios —personales y materiales—.

En consecuencia, una vez más en el marco de las políticas integrales de gestión de la salud laboral promovidas por la OIT (PROGRAMA SOLVE), se debe subrayar no solo las virtudes sino la necesidad de una gestión integrada de políticas de promoción de la salud psicosocial laboral con las de prevención de riesgos laborales psicosociales, a fin de evitar que la situación de alto riesgo derivado de la pandemia se actualice en daños psicosociales.





U
G
T



6. DESIGUAL HUELLA PSICOLÓGICA DE LA COVID19 EN LAS PERSONAS TRABAJADORAS: LA PREVALENCIA EN LAS PROFESIONES VINCULADAS A SU GESTIÓN “EN PRIMER LÍNEA”

6.1. La actividad profesional, y sus condiciones de trabajo, factores de prevalencia en los consumos de riesgo y su especial reafirmación en la crisis pandémica

Desde hace años, la Encuesta de Consumos de Sustancias Psicoactivas en el Medio Laboral, la herramienta metodológica de estimación de prevalencias en relación con consumos de riesgo, no ya solo adictivos, más consolidada en este ámbito de investigación científico-social, viene confirmando que factores sociolaborales, como el “sector de actividad profesional”, la “categoría ocupacional”, la “jornada de trabajo” y el nivel de exposición a riesgos laborales, en especial los de naturaleza psicosocial, constituyen elementos muy relevantes a la hora de valorar los factores que inciden en aquellas prevalencias. Ciertamente, la propia Encuesta nos advierte de sus limitaciones en torno a las inferencias causales directas o inmediatas, porque se trata de estudios descriptivos transversales que no permite establecer estrictas relaciones de causa-efecto. No obstante, sí facilita identificar un catálogo relevante de factores que inciden, junto con otros, dada su naturaleza multifactorial, en las prevalencias de la población trabajadora a la hora de identificar, desde una política preventiva y de gestión integral de seguridad y salud en el trabajo, la mayor o menor probabilidad de derivar, en situaciones de alta tensión laboral.

Se comprende así más fácilmente, desde este modelo teórico, científicamente avalado, que estén siendo los colectivos profesionales con una mayor exposición a la pandemia los que presentan mayor huella psicosocial y, en consecuencia, un mayor riesgo de consumos nocivos (especialmente hipnosedantes). Por lo tanto, sea desde un plano teórico general, cuanto desde la experiencia empírica hasta ahora disponible en relación con los efectos de la pandemia en patrones de consumo y hábitos de vida alterados en relación con lo recomendable para ser saludables en la población trabajadora, resulta adecuada, sino estrictamente necesaria,

esta perspectiva de valoración diferencial de la prevalencia de consumos de riesgo atendiendo a (1) **los factores ocupacionales** y (2) **de exposición a los riesgos de inseguridad en el trabajo** (especial “penosidad” del trabajo a realizar, en sí, pero sobre todo por las inadecuadas condiciones de servicio —ej. carencia de persona suficiente, la no disposición de EPI, etc.—) y de **“toxicidad psicosocial”** en su desempeño.

6.2. Un estudio sectorial para la profesión sanitaria: Algunas experiencias disponibles de la especial huella psicosocial de la pandemia en los profesionales de la salud

6.2.1. La profunda anomalía española: España mantiene el récord de profesionales de la sanidad contagiados por COVID19, a causa de su precariedad de EPI

Los datos estadísticos disponibles, en el plano internacional y nacional, así lo confirman. Según ha evidenciado el reciente informe de la OIT (2020) sobre **“Anticiparse a las crisis, prepararse y responder - Invertir Hoy en Sistemas Resilientes de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)”, el 20% (1 de cada 5) personas trabajadoras en el sector sanitario informan que padecen síntomas de ansiedad y depresión durante la pandemia**³⁵. Debe tenerse en cuenta que, en España, existe un factor adicional que agrava este problema: **nuestro país ha sido el que mayor prevalencia de contagios en profesionales sanitarios ha tenido (supera claramente los 115.000), casi un 5% del total de personas contagiadas —sin embargo, representan apenas un 2% de la población española—.**

³⁵ OIT (2021): *Anticiparse a las crisis, prepararse y responder: Invertir hoy en sistemas resilientes de SST*, Ginebra, p. 4. Resumen ejecutivo disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---lab_admin/documents/publication/wcms_780970.pdf



Evidentemente de ahí se infiere que la causa no puede estar en la menor diligencia de nuestros profesionales respecto de otros países, sino en la bastante menor disposición de equipos de protección individual adecuados (EPI) para prestar servicios de alta exposición³⁶.

Con estos datos —inquietantes—, no sorprende que haya una profunda coincidencia en los diferentes Estudios e Informes disponibles **sobre la especial incidencia de la huella psicosocial derivada de la pandemia en el personal sanitario**, según ya se ha evidenciado. Así ante una situación de pandemia mundial, la salud mental de la población se ve comprometida para todos sus colectivos y niveles, resulta especialmente intensa en los colectivos que están en primera línea de defensa contra el virus como son los profesionales sanitarios.

De ahí que hayan proliferado los Estudios para medir el impacto en la salud mental de los profesionales sanitarios que prestan atención a pacientes durante el brote de SARS-CoV-2. Tanto en la comunidad científica, como en los medios de comunicación, se han llevado a cabo diferentes análisis y experiencias, tanto para medir su número como para ponerle rostros, masculinos y femeninos.

36 Así lo evidenció—denunció en julio de 2020 la **Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)** en una reunión telemática con sus homólogos europeos en la que ha quedado en evidencia que **los contagios de COVID19 entre el personal sanitario en España son más numerosos que en otros países**. De hecho, la cifra total en España es superior a la suma de los sanitarios infectados en Italia (24,683) y Francia (25,727), los dos países más afectados por detrás de España (51,849). Al respecto puede leerse el informe divulgativo en <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/COVID19-es-pana-suma-mas-sanitarios-infectados-que-italia-y-francia-juntos-4071>. Pero el problema fue a más, y se ha mantenido como una profunda “anomalía española”. Hasta el punto de que, a febrero de 2021, se computaban más de 118.000 personas de la profesión sanitaria contagiadas. Muy interesante el análisis desglosado, con cifras oficiales, en **“Los profesionales sanitarios contagiados de COVID19 en la pandemia superan los 110.000”**, disponible en <https://www.rtve.es/noticias/20210201/profesionales-sanitarios-contagiados-COVID19-superan-50000/2014047.shtml>

En el primer ámbito, el científico, recientes análisis de revisión científica (sobre un total de 13 estudios revisados) han concluido que la salud mental de los profesionales sanitarios se vio comprometida ante la pandemia de SARS-CoV-2 en el ejercicio de sus funciones, siendo especialmente afectados los profesionales que se encontraban en la primera línea de batalla contra el virus. Sin embargo, paradójicamente, en ese estudio los valores de afectación parecen estar por debajo de los de la población general. Así, de un lado, es interesante destacar que se **identifica una amplia variabilidad de resultados**, por tanto, cierta disparidad, según el indicador de salud psicosocial tratado y según los estudios, lo que exige mayores análisis³⁷:

- a. **niveles medio-altos de ansiedad (26,5%-44,6%) y depresión (8,1%-25%)**
- b. **preocupación e insomnio (23,6%-38%),**
- c. **y, paradójicamente, niveles de estrés por debajo de lo esperado (3,8%-68,3%).**

Una vez más, este hecho podría ser explicado por la diferente fecha de realización del trabajo y la fase en la que se encontraba la pandemia en el momento de estudio. Asimismo, será determinante el país de referencia, atendiendo a la incidencia del problema también respecto del personal sanitario, y a esos efectos no puede ser baladí que España presente, como se ha dicho, una anomalía profunda, al tener el triste récord **del mayor nivel de contagios de profesionales sanitarios de toda la UE**. El tiempo dilatado de trabajo, **el mayor miedo de poder contagiarse y contagiar a seres queridos y/o a**

37 García Iglesias Et alii, (2020): Impacto del Sars-Cov-2 (COVID19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática, *Rev Esp Salud Pública*; Vol. 94. Disponible en https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/REVISIONES/RS94C_202007088.pdf

pacientes (antes de vacunación, naturalmente), la preocupación especial por el descontrol de la epidemia, entre otros, **son variados factores precipitantes para una alteración de la salud mental de los profesionales sanitarios** en tiempos de la COVID19 especialmente reseñable en España. Dicha alteración supone un problema importante a nivel personal y un menoscabo en las funciones prestadas a nivel profesional, pudiendo aumentar el riesgo de contagio y de una mala praxis profesional.

6.2.2. La creciente evidencia científica sobre la huella psicosocial de la COVID19 en las personas profesionales sanitarias, también en las no contagiadas

Trabajos más empíricos y específicos para nuestro país, incluso experiencias diversas, de grupos de discusión, y estudios de campo, así lo evidencian. Por ejemplo, el PAÍS, con un periodismo no sólo de “divulgación científica”, sino de “investigación científico-social”, ha realizado un trabajo de campo, a través de la técnica de investigación social consistente en entrevistas estructuradas, y grupos de discusión controlados, en torno al impacto psicosocial de la gestión profesional de la COVID19 en un grupo de personas trabajadoras en el sector sanitario, personal facultativo y de enfermería. Si en mayo de 2020 —momento crítico— reunió a 6 profesionales sanitarios para que expresaran cómo afrontaron la primera ola de la pandemia, plasmándolo en un Documental (“Los que se enfrentaron a la curva”), un año después han vuelto a ser reunidos por el periódico para que, ahora, hagan balance y reflexionen sobre la “huella psicosocial” de esta actividad. La experiencia ha vuelto a evidenciar el intenso impacto psicosocial de esta gestión, pues es común detectar ese rastro psíquico en su interior:

“Ahora es cuando nos viene toda la carga psicológica. Es como que tienes el estrés acumulado ya del año entero” (Federico Bermúdez, enfermero de Urgencias —Infanta Leonor de Madrid³⁸).

Médicos/as y enfermeras/os expresan así la factura (fractura) psicosocial (mental) que arrastran desde hace un año. Y se refleja en síntomas típicos de pérdida de salud psíquica: insomnio, ansiedad, estrés y depresión.

En el plano de las propuestas, la reacción de ciertos centros sanitarios (según expresan las personas profesionales que intervienen en el reportaje) **está siendo instaurar terapias conjuntas e individuales enfocadas al impacto provocado por el coronavirus en su personal**³⁹.

6.2.3. De la evidencia de las causas de la anormal huella de pérdida de salud, no solo psicosocial, en el personal sanitario a las propuestas de solución: más allá de la gestión de resiliencia individual para afectar a la sistémica

Pero debe quedar claro que no basta con la típica gestión individualizada, incluso grupal. Se trata de un rasgo característico de una concepción subjetivista o personalista de las cuestiones de salud psicosocial, tan extendida como, a nuestro juicio, insuficiente, incluso errada. **El enfoque de gestión de resiliencia no debe ser única, ni siquiera prevalentemente, individual,** como suele proponerse para la gestión de estrés, y de episodios de crisis postraumáticas, sino que ha de ser un modelo de “resiliencia” (por usar el término tan afortunado en estos días, acogido por la OIT para potenciar los SST de gestión anticipada de las crisis pandémicas), sino también, y sobre todo, de **resiliencia colectiva, institucional o sistémica,** que es la propuesta por la OIT. **En consecuencia, siguiendo el modelo teórico de estrés más asumido (demanda-control-apoyo), deben cambiarse modelos de organización de los servicios para ofrecer más capacidad de control** de las situaciones por parte del personal sanitario (“recursos humanos”, medios materiales) y **bastante mayor apoyo institucional** añadido (unidades, servicios o redes estructurales de atención para los momentos más críticos, minimizando el impacto).

También es importante el tratamiento de protección social de estas situaciones, desde el plano reparador, evitando la notable incertidumbre existente sobre la naturaleza del estado creado por el contagio, o por las cuarentenas. Puede pensarse que esta cuestión reparadora no es la más relevante en un plano eminentemente preventivo, y proactivo, siguiendo la óptica que en este estudio se prima. Tal perspectiva de evaluación-análisis implica ya el contagio, y, por lo tanto, uno de los factores identificados como de riesgo para generar no solo problemas de salud biológica, sino también la temida “huella psicosocial” y sus eventuales derivas hacia un patrón de conducta de riesgo respecto de sustancias y hábitos de vida no saludables. Ahora bien, este enfoque no es nada baladí desde una visión de gestión integral de estos riesgos, que debe dar cabida no solo a la prevención primaria y secundaria, sino también a la terciaria, así como no lo es tampoco desde una visión estrictamente preventiva, al menos de cara a las lecciones que han de aprenderse para el futuro (para las recurrentes y no tan lejanas nuevas epidemias).

Al respecto, sabido es también que en nuestro país sigue rigiendo el principio jurídico de atención separada de las contingencias, siendo reforzado el estatuto de garantías de aquellas calificadas como profesionales, y debilitado las calificadas como comunes. Las políticas dirigidas a la prevención y vigilancia de la salud para las EEP son superiores a las comunes.

³⁸ Martínez Creso, Virginia et alii. (2021). ‘La ola invisible’: La factura psicológica de los sanitarios por la COVID19, Videoreportajes, EL PAÍS, disponibles en: <https://elpais.com/videos/2021-04-16/la-ola-invisible-la-factura-psicologica-de-los-sanitarios-por-la-COVID19.html>

³⁹ Vid. Dosil Santamaría M, et alii. (2020): “Impacto psicológico de la COVID19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles”, en Rev. Psiquiatr. Salud Ment. (Barc), pp. 1-7. Disponible: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-avance-resumen-impacto-psicologico-COVID19-una-muestra-S1888989120300604>

Como es sabido, aunque sindicalmente se pidió desde el inicio que el tratamiento de estas situaciones, para las personas profesionales, debía ser la propia de la enfermedad profesional, haciendo una lectura expansiva, pero posibilista, del actual sistema normativo, comunitario y nacional, el Gobierno se vino resistiendo a ello. Por eso, ante la presión creada, sindical y socialmente, la legislación de excepción en esta materia se ha ido adaptando en estos meses en España. Así, desde su no consideración como un accidente de trabajo, sino solo asimilado a él, pasando luego por la calificación de accidente de trabajo, hasta la actual situación de calificación de enfermedad profesional. Dejando a un lado este factor de incertidumbre jurídico-social (que tras el RDL 3/2021 permanece para otros sectores, como limpieza, transporte de ambulancias, transporte de viajeros, etc.), lo cierto que existe un **desajuste entre la enorme incidencia de los contagios por COVID19 y la bajísima estimación de accidentes** de trabajo en tales casos.

6.2.4. De una anomalía a otra anomalía: la subestimación oficial de los contagios profesionales para el personal sanitario

Vemos cómo, de una anomalía preventiva (el récord de contagios profesionales de toda la UE lo tiene España) pasamos, lamentablemente, a otra, lo que tampoco nos debe extrañar si se tiene en cuenta la deficiente cultura, y práctica, de estimación del auténtico volumen real de incidencia de las Enfermedades Profesionales (EPPP) en nuestro país. Y desde luego menos las de índole psicosocial. Datos oficiales nos permite constatar esta nueva profunda anomalía, ahora en el plano de la reparación, dificultando la adecuada gestión integral de los problemas. En este sentido debe recordarse que una adecuada gestión reparadora

de estas situaciones es, a su vez, **un significativo factor de protección frente a la huella psicosocial de la pandemia, pues enlaza directamente con el factor certidumbre sobre la suficiencia de la renta económica disponible. En consecuencia, una inadecuada gestión al respecto muta en factor de riesgo.**

El pasado mes de marzo el INSST publicaba el informe **“CASOS NOTIFICADOS COVID19 COMO CONTINGENCIA PROFESIONAL. Datos acumulados febrero 2020- ENERO 2021”**⁴⁰. Constan en el informe, elaborado con los datos del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (Delt@), hasta el 31 de enero de 2021, 11.848 accidentes calificados como de trabajo. **De ellos, 11.500 (el 97,06%) corresponden a actividades sanitarias, así como de los servicios sociales (grupo Q de la CNAE).**

Separando los epígrafes del grupo Q del resto, se obtienen los datos de la tabla 1. Por su parte, el Ministerio de Sanidad publica los datos diarios de los contagios y aislamientos laborales clasificados por actividad económica, en formato Excel Se pueden consultar siguiendo la ruta: inclusion.gob.es > Inicio > Medidas contra la COVID19 > Seguridad Social > Datos > Evolución sectorial y territorial de la Incapacidad Temporal por COVID. Constan en este Excel, desde el 1 de marzo de 2020 hasta el 31 de enero de 2021, un total de 2.358.185 casos de aislamiento, que incluyen los casos de contagio.

⁴⁰ Ministerio de Trabajo y Economía Social (2021): *Casos notificados COVID19 como contingencia profesional datos acumulados febrero 2020- enero 2021*. Disponible en: <https://www.insst.es/documents/94886/790582/Casos+notificados+COVID19+como+contingencia+profesional.+Datos+acumulados.pdf/bb6a2543-e768-4ca8-aa30-f80ab48ae454>

Tabla 1. Accidentes de trabajo por contagio de SARS-CoV-2 Personal sanitario i personal no sanitario, según el informe del INSST

CNAE	Casos	Porcentaje
861 Actividades hospitalarias	10.223	86,28%
862 Actividades médicas y odontológicas	618	5,22%
869 Otras actividades sanitarias	31	0,26%
871 Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios	443	3,74%
872 Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia	46	0,39%
873 Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física	103	0,87%
879 Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales	3	0,03%
881 Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad	29	0,24%
889 Otras actividades de servicios sociales sin alojamiento	4	0,03%
Total sanitarios	11.500	97,06%
Total no sanitarios	348	2,94%
Total España	11.848	100,00%

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social (2021): *Casos notificados COVID19 como contingencia profesional datos acumulados febrero 2020-enero 2021*.

Tabla 2. Diferencias entre el Ministerio de Sanidad y el Sistema Delt@ Casos por SARS-CoV-2. España, de febrero de 2020 a enero de 2021

Casos	Ministerio de Sanidad	Sistema Delt@	Diferencia absoluta	Sistema Delt@ s/ M ² de Sanidad
Personal sanitario	393.908	11.500	-382.408	2,92%
Personal no sanitario	1.964.277	348	-1.963.929	0,02%
Total España	2.358.185	11.848	-2.346.337	0,50%

Fuente: Ministerio de Trabajo y Economía Social (2021): Casos notificados COVID19 como contingencia profesional datos acumulados febrero 2020-enero 2021.

Los 11.848 casos que constan en el Sistema Delt@ suponen el 0,50% de los que registra el Ministerio de Sanidad.

En suma, según los —poco creíbles— datos oficiales:

- ▶ Entre el personal sanitario, que tiene reconocido el contagio como accidente de trabajo desde mayo de 2020, se pasa de 393.908 casos de IT a 11.500 accidentes laborales (**el 2,94%**).
- ▶ Entre el personal no sanitario, de 1.964.277 casos de IT por COVID19, se pasa a 348 accidentes laborales (el 0,02%). Si descontamos Administración Pública, quedan 61 (**el 0,003%**).
- ▶ En el total de España, hasta enero de 2021, de 2.358.185 casos de IT se pasa a 11.848 accidentes laborales (**el 0,50%**).

Las causas de esta nueva infraestimación de la accidentalidad laboral, así como de enfermedades profesionales (esto se explica por la consideración mucho más reciente), **son complejas. No es misión de este Estudio analizarlas**⁴¹. Pero sí conviene insistir en que no es lo mismo un tratamiento jurídico-social que otro y que esa diferencia **tiene también implicaciones en la dialéctica factores de riesgo/factores de protección respecto de la huella psicosocial**.

Siendo evidente la infradeclaración —la pandemia no cambia una pauta más general, al contrario, la ha acentuado— como accidentes de trabajo, a pesar de que económicamente no afecta más que al sistema, no a las entidades empleadoras, ya que la prestación económica es sufragada por las Mutuas, **el futuro puede generar otro factor de incertidumbre, que golpee la salud psicosocial de estos profesionales y, por lo tanto, aumenta el riesgo de patrones de vida y de consumos igualmente de riesgo o nocivos**. Se comprueba cada día más que haberse contagiado

de COVID19 puede dejar secuelas a más largo plazo y en caso de nuevas dolencias a causa de dichas secuelas, es muy diferente que se consideren como la recaída de un accidente de trabajo o como una dolencia común nueva, ya que las repercusiones económicas son muy superiores en caso de recaída. Pero, además, se abre la vía a otro tipo de responsabilidades, como son las derivadas de la falta de medidas de prevención de riesgos laborales. Una mayor transparencia registral de haber pasado la COVID19 como accidente de trabajo facilitaría esta mayor protección (también para las mejoras voluntarias), reduciendo la necesidad de acudir a nuevos procesos de revictimización institucional (los calvarios de los procesos judiciales).

En este sentido, más arriba se ha dado cuenta de los Estudios que ponen de relieve no solo que el contagio es un importante factor de riesgo psicosocial, sino que también lo es todo lo que tiene que ver con la percepción de seguridad económica respecto de estas situaciones. Si bien es cierto que, en este ámbito, suele haber normas que complementan hasta el cien por cien de la retribución las bajas, incluso si lo son por enfermedad común, no menos cierto es que la calificación como EEPP abre un abanico de protecciones mucho más significativas. Por tanto, de mayor o menor manera, también se revela como un factor institucional de protección a no despreciar para esa promoción de sistemas de seguridad y salud en el trabajo, no solo sistemas de asistencia sanitaria para la población en general, resilientes respecto de estos problemas de nuevas emergencias más que recurrentes, según la reciente evidencia.

En consecuencia, si las pandemias no son un puro fatalismo, una catástrofe natural, como una tormenta, un ciclón o incluso un incendio, sino que tienen que ver mucho con nuestro modelo de producción de la vida (sistema económico cada vez menos ambientalmente sostenible), las instituciones (políticas públicas), y empresas (políticas de empresa), siempre en un marco de diálogo social (gobernanza colectiva), deberán estar preparadas para afrontarlos con mayor eficacia, como propone la OIT y después veremos con algún detalle más en el momento final del Estudio, el propositivo. Asimismo, la cuestión de género y del trabajo de cuidar debe adquirir un mayor protagonismo.

⁴¹ Vid. ORRIT VIRÓS, Josep, (7 de abril de 2021): Infradeclaración de accidentes de trabajo por COVID19: sólo se consideran el 0,5% de los contagios laborales. *Prevención Integral*. <https://www.preencionintegral.com/comunidad/blog/tribulaciones-prevencionista/2021/04/07/infradeclaracion-accidentes-trabajo-por-COVID19-solo-se-consideran-05-contagios-laborales>

6.3. El personal de residencias de atención a personas mayores: un problema previo agravado por la COVID19, con una manifiesta dimensión igualmente de género

6.3.1. De “aquellos polvos, estos lodos”: la devaluación de estos servicios de cuidar y precarización de condiciones de trabajo como caldo de cultivo previo.

Siendo muy relevante el impacto psicosocial de la COVID19 en el personal sanitario, en modo alguno es el único especialmente significativo. **Otro de los colectivos profesionales que más han sufrido los efectos devastadores de la pandemia es el personal en residencias de personas mayores.** Si los diversos colectivos de profesionales sanitarios centran el interés de los estudios e informes, tanto empíricos como analíticos, no se quedan muy rezagados los relativos a las personas cuidadoras en residencias, en los que el estrés y precariedad característicos del modelo institucionalizado de gestión al respecto se han cebado en tiempos de pandemia.

Por lo tanto, **al mayor riesgo biológico, actualizado en daños, suman la prevalencia en el riesgo-daño psicosocial en su entorno laboral** (aislamiento social completo antes de la vacunación, altísima mortalidad de las personas que cuidaban, elevado porcentaje de contagios, etc., son factores que exponen a un gran estrés y depresión, además de síndrome del quemado profesional, por las situaciones de miedo, incertidumbre y peligro que tuvieron, y que en el futuro podría reproducirse de no actuar adecuadamente). No por casualidad, superado ya el encendido debate sobre los grupos prioritarios de vacunación en el ámbito profesional, que apostó claramente por darle prioridad a este colectivo de profesionales (al igual que a

los sanitarios), no así a las personas “cuidadoras informales” (un debate que permanece abierto), **se tiende ahora a poner el acento en torno a las pésimas condiciones en que trabajan.** Así lo han puesto de manifiesto en España diversos informes como el del **Instituto de Políticas Públicas del CSIC**, el de la **Secretaría de Estado de Derechos Sociales**, o el estudio de **Zalakain y Davey** (2020).

Una vez más, debemos llamar la atención sobre el error que sería poner el acento, para la solución más adecuada de futuro, solo en la mejora de las competencias de gestión individualizada de estas personas profesionales, como tiende a proponerse, desde el típico enfoque individualista⁴². **Además, y sobre todo, debe advertirse de nuevo que las soluciones han de ser más institucionales. Por lo tanto, también aquí debe pedirse cambios desde la organización** (de empresa y del sistema institucional en su conjunto). En estos estudios se evidencia la necesidad de revalorizar el trabajo de cuidar, sobre la base no solo de mejora de sus condiciones de empleo y de trabajo, en un colectivo feminizado, sino de más amplio cambio de paradigma en la atención y el cuidado a largo plazo. **Antes era importante, ahora, además, necesario.** Es claro el Informe **Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID19: dificultades y aprendizajes (octubre 2020)**⁴³.

⁴² Pérez de Arenaza Escribano, Carmen y Rodríguez Rodríguez, Vicente (17 de febrero de 2021): Estrés y precariedad: el difícil día a día de los cuidadores de residencias en la pandemia. *The Conversation*. <https://theconversation.com/estres-y-precariedad-el-dificil-dia-a-dia-de-los-cuidadores-de-residencias-en-la-pandemia-155057>

⁴³ Del Pino, E. et. alii (2020): *Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID19: dificultades y aprendizajes*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC) Madrid. <https://digital.csic.es/handle/10261/220460>



“Los cambios en el modelo de atención a personas mayores y dependientes se plantean como una necesidad imperiosa tras el largo período de austeridad presupuestaria que ha sufrido el sector. Para los responsables de las residencias concertadas, las transformaciones que se reclaman deben venir acompañadas de una mejora de la financiación del sistema de cuidados que se traduzca en un incremento de los recursos transferidos por plaza” (p.106).

Vemos, pues, cómo, de forma análoga al sector sanitario, las **“leyes de austericidio”**, las que sirvieron de -errada- respuesta a la crisis económico-financiera precedente, han hecho más de un estrago también en este sector y tiene bastante que ver con las debilidades de respuesta para la actual crisis, la pandémica. Justamente, el INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO COVID 19 Y RESIDENCIAS⁴⁴, de la Secretaría de Estado de derechos sociales (noviembre 2020), elaborado por los Grupos de trabajo COVID19 de la Comisión Delegada y del Comité Consultivo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, incide en estos aspectos y concluye, entre las “lecciones aprendidas”, que:

- a. Los “recursos humanos” (personas) disponibles, su formación y entrenamiento son uno de los elementos más críticos para abordar con éxito la pandemia en las residencias (p. 34). Sin embargo, constata las enormes carencias al respecto. Por eso considera “imprescindible ofrecer formación específica... y entrenar en el uso de material de protección, especialmente al personal de cuidados directos...”.
- b. Se debe proporcionar atención psicológica a todo el personal de las residencias que ayude a superar las situaciones vividas con especial atención a quienes presenten signos de estrés postraumático (p. 40).
- c. Una buena gestión conjunta de la crisis entre salud pública y servicios sociales aporta mejores resultados finales que redundan en una mayor protección de las personas más vulnerables al patógeno y en una menor tensión en el sistema sanitario.
- d. Es fundamental trabajar en la conexión entre los servicios sociales de carácter residencial y la sanidad pública. En ello cobra especial importancia estratégica la actuación de la atención primaria en salud.

⁴⁴ Secretaría de Estado de Derechos Sociales -IMSERSO (2020): informe del grupo de trabajo COVID 19 y residencias. https://www.mscbs.gob.es/ssi/imserso/docs/GT_COVID_19_RESIDENCIAS.pdf

6.3.2. Radiografía pre-pandemia de un sector esencial de la infravalorada “economía de cuidar” o de la subestimada “sociedad del trabajo de cuidar”

El sector de cuidados residenciales a mayores tiene una enorme importancia económica y social. Según los datos disponibles, daría empleo en torno a 320.000 personas en España. Pese a tratarse de un servicio social esencial, claramente exigido por el art. 50 de la Constitución, **el 80% de éstas personas se ocupan en el sector privado**, de las que, evidenciando un sesgo de sexo y género, más intenso todavía que en el sector sanitario: **el 83% son mujeres**.

Esta feminización del colectivo comporta algunos problemas específicos desde la “huella psicosocial”, como el de la necesidad de hacer frente a la doble jornada laboral (estrés laboral de género), a fin de encargarse de la casa, los hijos e hijas y los familiares de edad avanzada. A partir del año 2015 se produjo un incremento importante del volumen de empleo en este sector⁴⁵.

No obstante, este aumento de la contratación se produjo a costa de una mayor precarización del sector. De este modo, se experimentó un claro empeoramiento de las condiciones de trabajo, reduciendo la contratación indefinida e incrementando la temporal y a tiempo parcial. Naturalmente, la precariedad es generalizada y afecta a los -bajos- salarios⁴⁶.

Asimismo, ya antes de la pandemia, las ratios entre profesionales y residentes eran muy deficientes, si bien la cifra media entre las diversas comunidades es bastante variable⁴⁷. Además, actualmente, las personas que acuden a los servicios de las residencias son altamente demandantes de atención y cuidados. Esta situación se agudizó desde el fracaso de la Ley de Dependencia, determinando que, en España, las personas que llegan a residencias generalmente son las que no pueden valerse por sí mismas por presentar elevado grado de deterioro físico o cognitivo, por lo que necesitan muchos cuidados y muchas veces, especializados⁴⁸, requiriendo de una amplia atención que exigiría que las residencias contaran con nutridas plantillas de personal especializado. No obstante, lo poco atractivo que resulta el sector desde el punto de vista laboral determina que generalmente estén compuestas de personal con escasa formación, puesto que, dada la confluencia

⁴⁵ Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID19: Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID19: dificultades y aprendizajes, POSEB, Instituto de Políticas y Bienes Públicos Consejo Superior de Investigaciones Científicas, p.31

⁴⁶ Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración en España “Ante la crisis de COVID 19: la oportunidad de un mundo mejor”, 65ymás.com.

⁴⁷ Así, la ratio va de 14 trabajadores por cada 100 usuarios en Extremadura a 40 en Gipuzkoa, Informe “The COVID19 on users of Long-Term Care services in Spain”, International Long Term Care Services in Spain, p. 6.

⁴⁸ Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID19, cit. p.67

de especialidades sanitarias, las personas profesionales suelen preferir trabajar en el sector sanitario, que ofrece habitualmente mejores condiciones laborales⁴⁹.

6.3.3. Irrupción de la pandemia e incidencia sobre la salud psicosocial del personal: factores de riesgo y principales resultados (actualización del daño psicosocial)

a. Principales factores de riesgo psicosocial en el sector del trabajo de cuidar en centros residenciales

En este panorama claramente precarizado, devaluado, estaba “escrito” que -como también se ha apuntado ya- la pandemia hiciera estragos, aflorando unas pésimas condiciones que desde el sector se venían denunciando desde hace largo tiempo. La consecuencia más evidente que ocasionó la pandemia fue la **sobrecarga de trabajo de las personas prestadoras de servicios en las residencias**, que se multiplicó exponencialmente debido a la suma de diversos factores encadenados, según muestran los Informes-Estudios analizados y referidos. Así:

1. Carencia de personal estructural: el problema ya existía antes de la pandemia, pero se hizo más evidente y acuciante, por la suma de los siguientes factores.
2. Reducción adicional de personal: Sobre unas plantillas ya insuficientes, y en un momento de máxima necesidad, las bajas por contagios o cuarentenas fueron demoledoras. Éstas, en algunas residencias, llegaron a afectar al 75% del personal simultáneamente, lo que exigió un esfuerzo exorbitado del personal en activo.

⁴⁹ Informe del Grupo de trabajo COVID 19 y residencias, Comisión Delegada y del Comité Consultivo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, p.32.

3. Imposibilidad de cubrir las bajas por falta de personal disponible: a la merma de plantillas por bajas se sumó la imposibilidad de cubrir las bajas por no disponer de mano de obra dispuesta a realizar el trabajo debido a no considerarlo atractivo.
4. Cuando se lograba encontrar personal, generalmente carecía de formación, por lo que era necesario enseñarle, dirigirle y supervisarle: se trata de otro problema añadido a los anteriores, que se vincula a la falta de profesionalización en el sector ligada a las malas condiciones laborales. La carencia de formación para el desarrollo del trabajo determinó que el personal preexistente debiera destinar tiempo y esfuerzo a enseñar, dirigir y supervisar al personal novel, lo que supuso un aumento de trabajo.
5. Enfermedad de residentes, que exigió prestarles mayor atención y distinta de la habitual: a todo lo anterior se sumó la necesidad de prestar una mayor y diferente atención a las personas residentes, dada su enfermedad, lo que incrementó el trabajo.
6. Aplicación de protocolos específicos que supuso trabajo añadido: Por lo demás, la necesidad de aplicar protocolos específicos también sumó obligaciones y tareas a las personas trabajadoras de residencias de la tercera edad.

A la insuficiencia de medios humanos **se sumó la carencia de medios materiales necesarios para el desarrollo del trabajo**. Aunque se trata de un servicio intensivo en el factor trabajo, en “mano de obra”, es evidente que, por las circunstancias de vulnerabilidad de las personas que se atienden, y a fin de dispensarles una atención satisfactoria en todas sus necesidades, precisa de inversiones en equipos de trabajo. Sin embargo, se constató la falta de equipos y medios de protección y de diagnóstico, que





complicó mucho el desarrollo del trabajo e hizo, incluso, que se realizara en condiciones de riesgo (reutilización de mascarillas, desconocimiento de posible infección...). A ello hay que añadir que, ante la saturación hospitalaria, fue necesario atender a las personas residentes enfermas en la propia residencia. No obstante, en muchas carecían de personal sanitario adecuado, con conocimiento específico en ese ámbito y/o la atención era deficitaria, al ser muy habitual que estuviera vinculado con la entidad a tiempo parcial.

Si todo ello minó a las personas trabajadoras del sector, otras circunstancias terminaron de infligirles un claro **impacto emocional negativo (la llamada carga psicosocial o carga emocional de este trabajo)**. Aunque posteriormente se ha querido reivindicar el gran esfuerzo realizado con su trabajo, lo cierto es que en ese momento se vieron afectados por:

1. **Muerte de personas residentes:** Las personas cuidadoras establecen una relación muy estrecha con las residentes, con las que mantiene con frecuencia vínculos afectivos
2. **Culpabilización de la sociedad:** Pese al gran esfuerzo que hubo de realizar el personal de residencias, se dio una visión negativa de éste y recibieron críticas a su trabajo por los malos resultados, además de identificarlos como focos de contagio⁵⁰. Ello contrasta con la valoración positiva de la sanidad pública, considerada "heroica"⁵¹.

3. **Soledad:** en el período más agudo de la pandemia, fue muy frecuente que las personas trabajadoras permanecieran en las residencias sin marcharse a sus casas a pernoctar para no introducir el virus y por miedo a contagiar a sus familias⁵².
4. **Sensación de abandono e incompreensión:** Esta sensación fue debida a la falta de valoración y reconocimiento, así como las constantes críticas a su trabajo, que demostraban no conocer, o despreciar, el enorme esfuerzo realizado⁵³.
5. **Incertidumbre:** falta de control y desconocimiento total de la evolución pandémica.
6. **Miedo a contagiarse.**

b. Resultados psicosociales: del hoyo emocional pandémico al incremento del consumo de hipnosedantes

Como resultado del cúmulo de circunstancias descritas, todos los informes consultados revelan el gran **estrés psíquico al** que se vio sometido el personal de atención en residencias⁵⁴. Algunos informes constatan una alta frecuencia de los casos de shock postraumático entre las personas trabajadoras de residencias, fundamentalmente

⁵² Zalakaín J. y Davey, V. (2020): Informe "The COVID19 on users of Long-Term Care services in Spain", International Long Term Care Services in Spain, p.16. <https://lrcCOVID.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID-Spain-country-report-28-May-1.pdf>

⁵³ Informe del Grupo de trabajo COVID 19 y residencias, p.37.

⁵⁴ Pérez de Arenaza Escribano, Carmen y Rodríguez Rodríguez, Vicente (17 de febrero de 2021): Estrés y precariedad: el difícil día a día de los cuidadores de residencias en la pandemia. *The Conversation*. <https://theconversation.com/estres-y-precariedad-el-dificil-dia-a-dia-de-los-cuidadores-de-residencias-en-la-pandemia-155057>

⁵⁰ Picardo García, J.M. (2021). "COVID19 en residencias de mayores: una asignatura pendiente", *Revista de Enfermería*, nº31, p.118.

⁵¹ Informe del Grupo de trabajo COVID 19 y residencias, cit., p.35.

de las muchas que padecieron más de cerca el fallecimiento de residentes con los que habían desarrollado lazos afectivos (**la carga emocional del trabajo de cuidar**)⁵⁵. Aunque en estos estudios específicos del sector no suelen dar el paso de ligar la evaluación de la huella psicosocial del personal del trabajo de cuidar dentro de residencias a su impacto en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas, sí que hoy se dispone de otros estudios en los que **ese tránsito se produce, confirmando que en este sector tenga una importante prevalencia el consumo de hipnosedantes**, y especialmente en mujeres, dada la extremada feminización del sector. No solo la carga emocional, también la carga física, y la inexistencia de una adecuada política de prevención de riesgos ergonómicos, coadyuvan a la necesidad de buscar “alternativas de aguante” (más que de “resiliencia”) basadas en prácticas de consumos de riesgo, lo que agrava el problema de deterioro de la salud, lógicamente.

psicoactivas. Así, nada menos que **tres de cada cuatro de las trabajadoras encuestadas informaban de tener más de dos zonas habituales de dolor** en su cuerpo (cuello, rodillas, articulaciones, espalda, brazos) y/o fatiga acumulada, con alteraciones del sueño y cuadros de ansiedad o angustia. En cambio, para paliar o afrontar estos síntomas **una de cada cuatro recurre a la automedicación**, en la mayoría de los casos, eso sí, con un más que notable aumento progresivo de las dosis para conseguir algún efecto calmante o paliativo.

De este modo, se verifica con datos la dimensión multifactorial de los consumos problemáticos, de riesgo o nocivos. Ahora bien, al mismo tiempo se reafirma, con contundencia, la prevalencia que las condiciones de trabajo suponen para este tipo de consumos, por lo que el modo en que se prestan (contractual y materialmente) los servicios no son nada “inocentes” respecto de esos



En este sentido, ya se puso de relieve como, **se habría doblado en la pandemia el consumo de hipnosedantes. Las causas principales son más que evidentes:**

- a. **Una excesiva carga y ritmo de trabajo** (téngase en cuenta que un número relevante de estas trabajadoras tiene más de 50 años).
- b. **Elevada carga emocional en la prestación de estos servicios.**
- c. **El no reconocimiento de sus diversas patologías como enfermedades profesionales, que genera una situación de infraprotección.**

Ciertamente, estos Estudios evidencian **que no hay una relación causal directa entre el impacto ergonómico y psicosocial negativo de una prestación de servicios, y sus condiciones, y el consumo de sustancias**

patrones de consumo inadecuados o de riesgo. Por lo tanto, las políticas de seguridad y salud en el trabajo deben asumir, a través de la evaluación y planificación de estos factores de riesgo, una intervención mucho más decidida para resolver estos problemas, al igual que los sistemas de protección-reparación de los daños derivados (EPPP). Debe tenerse también **en cuenta que 6 de cada 10 accidentes de trabajo en este sector de actividad se relaciona con sobreesfuerzos**. Asimismo, los testimonios de un buen número de gerocultoras ponen de relieve que no solo inciden en su pérdida de salud, y deriva hacia hábitos de consumo de sedantes, “los dolores físicos”, sino que **“los dolores psíquicos nos afectan mucho más”**.

El no haberlo hecho así en estos años (el problema no se reconoce en los sistemas de gestión de riesgos de estas entidades), **está también en la base de que**, como se dijo igualmente, con la pandemia, y las condiciones ya descritas de prestación de servicios, con una inadecuada

⁵⁵ Informe del Grupo de trabajo COVID 19 y residencias, cit., p.33.



protección del riesgo de contagio añadida, **los Estudios específicos para el tiempo de trabajo en residencias durante la COVID19 han constatado un notable incremento del consumo de hipnosedantes en la población trabajadora en general, y en este colectivo de prevalencia de forma muy particular. Prácticamente se ha doblado en estos.** A problemas estructurales, pues, se suman los coyunturales, derivados de las deficientes condiciones de gestión de la pandemia en estos centros de trabajo que, como vemos, no están pensados ni propiamente para las personas usuarias, ni tampoco para sus profesionales, sino para el beneficio empresarial. En este sentido, no sorprende que un escenario con condiciones tan precarizadas sea frecuente el descuido de la **calidad en la evaluación de riesgos** —si no se gasta en plantilla, menos en salud—, **con una vigilancia insuficiente de la salud, siendo las medidas preventivas casi inexistentes.**

Al respecto, es muy importante insistir en esta feminización alta, así como la relativa edad madura de buena parte de quienes trabajan en estos centros, máxime tras el nuevo RD 901/2020, que requiere incluir en los Planes de Igualdad esta perspectiva de género en la política de salud laboral en sentido integral. Como hemos recordado, es una evidencian científica plena la relación entre las situaciones de estrés laboral elevado y la prevalencia en el consumo de los hipnosedantes, lo que se produce tanto en “situaciones normalizadas” como, según ha quedado comprobado, de pandemia, donde se agravan. De ahí la necesidad de una intervención psico-social adecuada⁵⁶.

En suma, si la prevención de los patrones de consumo de hipnosedantes de riesgo pasa por una política de mejora integral de la salud en las residencias, a su vez esta mejora no será posible sin un cambio notable hacia condiciones de trabajo más favorables, además de una mayor y mejor organización tecnológica —y de otros medios materiales—. El exceso de la temporalidad y parcialidad en los contratos, junto con altas demandas de trabajo, también en el plano emocional, en un marco de bajos salarios⁵⁷, son factores que, como vemos, inciden de forma notable en el deterioro de la salud. Todo ello manteniéndose la reducida valoración social (ej. en ninguna de las entrevistas a residencias de estos Informes se reconoce haber concedido algún incentivo económico o mejora salarial a las personas trabajadoras en reconocimiento al esfuerzo realizado, aunque varios de ellos sí destacaron haber dado las gracias de forma explícita y reiterada, como forma de “retribución moral”⁵⁸).

Evidentemente, esa precariedad, bajos salarios e importante carga de trabajo (tanto física como emocional) explica la falta de personal dispuesto a trabajar en este sector, así como la falta de profesionalización de quienes sí que lo están. De ahí también la predisposición a su extremada feminización en lo servicios, en virtud de la segregación sexista del mercado de trabajo, sea en el plano horizontal sea vertical. Asimismo, la baja valoración social (y económica) del trabajo en residencias también se proyecta en la escasa disposición, de la empresa y del personal, a asumir la debida capacitación o formación en el trabajo.

⁵⁶ Colella, E. et alii. (2014). (2014). “Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados”. *Gaceta Sanitaria*, 28(5), pp. 369-375. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014000500005

⁵⁷ Los salarios varían mucho en las distintas CCAA: en Gipuzkoa puede alcanzar los 13 euros la hora, en el resto de España la media está en casi la mitad (7 euros). Vid. Informe “The COVID19 on users of Long-Term Care services in Spain”, cit., p. 6.

⁵⁸ Vid. Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID19, cit., p.71.

6.3.4. Del “diagnóstico” a las “terapias” para una “nueva economía del trabajo de cuidar” (en residencias): algunas propuestas institucionales para dar corrección a los factores de riesgo y mutarlos en factores de protección

En un ámbito económico y laboral tan relevante, pero en situación tan crítica⁵⁹, también la pandemia ha tenido la “virtud” de evidenciar que no puede continuarse así, que este modelo hace insostenible, humana y socialmente, un tipo de servicios que debe tener una presencia más decisiva en el futuro próximo, ante el envejecimiento de la población. De ello parecen ser ahora más conscientes las diferentes Administraciones Públicas. Así lo reclama el Defensor del Pueblo.

En efecto, la Defensoría del Pueblo en el ámbito estatal viene reclamando que haya una revaloración económica y sociolaboral del sector de cuidados, con una mejor ratio de personal-persona dependiente usuarias, de un lado, y una mayor capacitación (profesionalización de este sector de la economía del trabajo de cuidar). Así:

“Para mejorar la calidad asistencial, el Consejo Territorial de Asuntos Sociales y Dependencia ha de estudiar y revisar al alza los ratios mínimos de personal de atención directa acordados. Hay razones para pensar que no son ya suficientes, dado que los usuarios con dependencia son más y su dependencia es mayor, y porque son clave para una atención correcta y plenamente respetuosa con sus derechos. Los ratios deben establecerse por categorías profesionales. Es necesario, además, que las administraciones se impliquen en garantizar que el personal responde a la cualificación necesaria para el desarrollo de sus funciones”.

Un doble problema de escasez de personal y de la formación adecuada, a la que suma una baja inspección pública de estos servicios (la mayoría de gestión pública indirecta, a través de su concesión a empresas privadas). Problemas estructurales frente a los que pretendía alertar el Defensor del Pueblo, que se han dejado ver con toda su crudeza en la actual crisis. Por eso, es preciso reconocer también el enorme esfuerzo que realizaron las personas trabajadoras del sector de la atención residencial a personas mayores en circunstancias y condiciones muy complejas (algo que, como se ha evidenciado, apenas se ha producido)⁶⁰.

Cierto, en estas propuestas, el foco de atención parece centrarse más en las personas a cuidar, mejorando la calidad de los servicios, que en las personas cuidadoras, garantizando que también se mejore la calidad de las condiciones de empleo y de trabajo de cuidar en residencias.

En buena medida, pareciera como si esta segunda mejora fuese un resultado automático de la primera, lo que no está, ni mucho menos, asegurado, sin perjuicio de su evidente conexión⁶¹. No obstante, en algún caso sí que se plantean medidas específicamente dirigidas a la mejora de su bienestar, destacando entre ellas las que están basadas en su labor e implicación, como son las de compartir experiencias, sesiones didácticas para aliviar tensiones, autocuidado...⁶². Desde luego que la mejora de las condiciones de empleo y de trabajo es un presupuesto insoslayable para mejorar el bienestar de este personal, cambiando el modelo, pero no es suficiente.

En esta dirección se proponen diferentes iniciativas legislativas para introducir mayor atención psicosocial específica, no solo a las personas atendidas, también a las que cuidan, con lo que se evitarían estos nocivos efectos en próximas pandemias, pero también en situaciones mucho más normalizadas⁶³. De ahí la enorme importancia en este ámbito de potenciar un **marco (legal e institucional) de gestión capaz de interrelacionar eficazmente las políticas de promoción de la salud psicosocial (bienestar social) de personas cuidadoras y de personas cuidadas** (la calidad del servicio viene muy condicionada por la calidad del empleo y del trabajo que en él se desarrolla), con una adecuada, eficaz, gestión de prevención de riesgos laborales, sean ergonómicos sean psicosociales (estrés laboral y síndrome de *burnout*).

Un impulso que bien pudiera -y debiera- venir del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia (PRTR) presentado por el Gobierno español para beneficiarse de los tan célebres Fondos de Recuperación (“*Next Generation UE*”). Concretamente a propósito del conocido como **“Componente 22” de dicho PRTR**. El Gobierno compromete en él reforzar los servicios de cuidar con 3.500 millones, centrándose en la atención domiciliaria (más que en la mejora de residencias de mayores), la digitalización y la garantía de la accesibilidad “integral”. La llegada de los fondos europeos emerge como una oportunidad para acelerar la necesaria mejora de los servicios de acción social, parte esencial de una nueva **“economía de los servicios de cuidados”** y, por tanto, la **“sociedad del trabajo de cuidar”**, ahora ya el “cuarto pilar del Estado del Bienestar”.

⁶¹ Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID19, cit., p.20

⁶² Pérez de Arenaza Escribano, C. y Rodríguez Rodríguez, V. (17 de febrero de 2021): Estrés y precariedad: el difícil día a día de los cuidadores de residencias en la pandemia. *The Conversation*. <https://theconversation.com/estres-y-precariedad-el-dificil-dia-a-dia-de-los-cuidadores-de-residencias-en-la-pandemia-155057>

⁶³ Una perspectiva más diluida en la **proposición de Ley de centros residenciales de personas mayores de la Comunidad de Madrid de Podemos**. En su art.66 incluye ratios mínimos por cada 100 residentes, en función del área de atención y del grado de dependencia. Asimismo, en su art.67, también incluye la posible colaboración de personas voluntarias, a través de Entidades de Voluntariado con las que se haya suscrito convenio, para el acompañamiento de los residentes, sin suplir a las personas trabajadoras. Esta posibilidad puede incidir en la descarga de esa tarea de acompañamiento a mayores, pero no deja de abrir otro tipo de interrogantes.

⁵⁹ Zalakain y Davey (2020). The COVID19 on users of Long-Term Care services in Spain. <https://itcCOVID.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID-Spain-country-report-28-May-1.pdf>

⁶⁰ Sintetizado en el Informe del Defensor del Pueblo. Actuaciones ante la pandemia de COVID19, 2020. http://www.infocoponline.es/pdf/Documento_COVID19.pdf, página 87.

En el referido “Componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia” (PRTR) habría tres ejes básicos de intervención. El más ambicioso de los planes es el de apoyo y cuidados de larga duración, que cuenta con una dotación de 2.100 millones de euros. Este **proyecto tendrá el objetivo de transformar el modelo de atención de la dependencia residencial a uno domiciliario**, el que parece demandar de forma mayoritaria las personas de edad avanzada y/o en situación de dependencia. El modelo futuro será el de favorecer la atención en casa a través de un apoyo continuado, o el mayor tiempo que sea posible, tanto con suficiente personal de ayuda a domicilio como seguimiento tecnológico.

Precisamente, **el segundo plan de inversión, el Plan de Modernización de los Servicios Sociales tiene la digitalización de los modelos de gestión y prestación de este tipo de servicios en nuestro país su eje cardinal**. Esta transformación viene acelerada por las necesidades que la crisis sanitaria derivada de la pandemia ha desvelado, agravando carencias precedentes (unos 900 millones de euros). El tercer eje de inversión será el de la “accesibilidad” de los servicios sociales (“España, País Accesible”). El proyecto pretende garantizar la “accesibilidad integral” a los servicios, sea en el plano físico (adaptación de los espacios físicos propios de los centros de salud, educativos, transporte público, etc.) como comunicativo (adecuación de todos los canales de comunicación de las administraciones públicas). Aquí el presupuesto es más bien modesto (157 millones de Euros).

Vemos, pues, por lo que atañe al enfoque de mejora de la gestión psicosocial, que una de las líneas de actuación será la transformación digital de la prestación de servicios, además de dotar de más medios y personal los servicios sociales. Es evidente que, de ese modo, al reducir el contacto directo, se reducirá también el riesgo de infección biológica en futuras pandemias de las características de la COVID19, pero, en todo caso, como vimos, no por eso desaparecerán otros riesgos, como los ergonómicos y, sobre todo los psicosociales, como advierte la OIT en su significativo Informe sobre “**Anticiparse a las crisis, prepararse y responder - Invertir Hoy en Sistemas Resilientes de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)**”⁶⁴. Como veremos de inmediato, este Informe, pese a su dimensión global, relativa a la mejora del entero sistema de “SST” de cada país, no sólo en relación con los factores de riesgo psicosocial, también en relación con los hábitos de consumos problemáticos y/o adictivos, aporta medidas y pautas muy relevantes también para nuestro ámbito de estudio.

En última instancia, la mejora de la salud psicosocial de la población trabajadora en sentido integral presupone mejorar los sistemas de SST.

⁶⁴ Disponible en su versión completa (hay también otra resumida) en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---lab_admin/documents/publication/wcms_780968.pdf







U
G
T



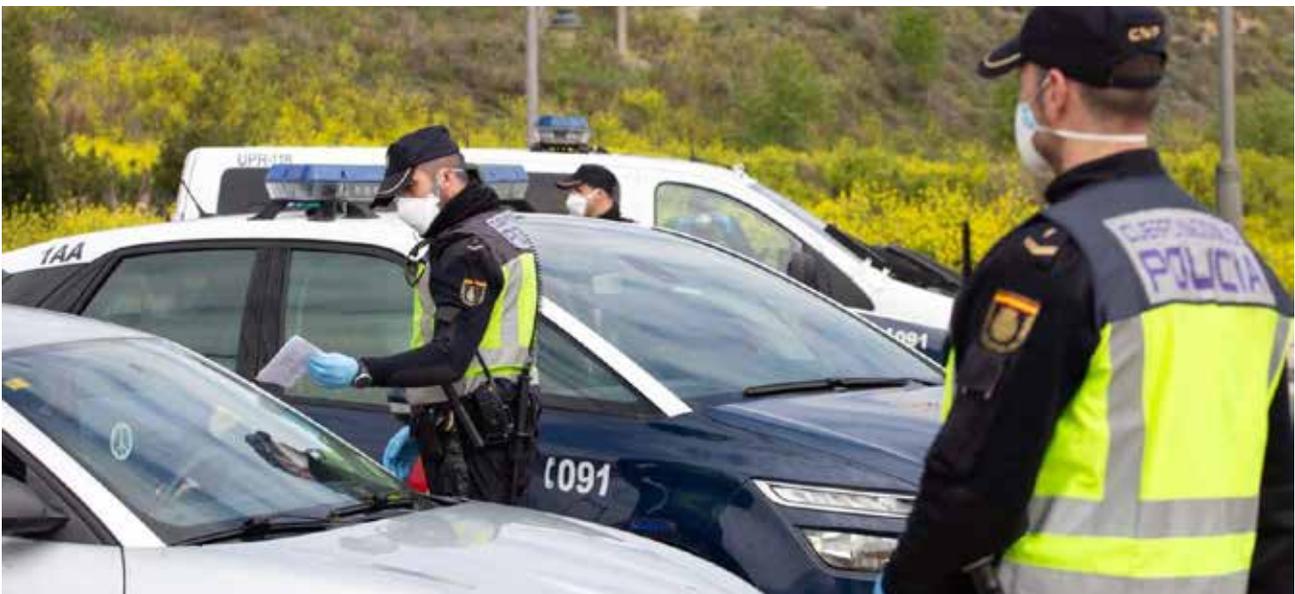
7. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS: ANTICIPARSE A LA PRÓXIMA PANDEMIA DESDE SISTEMAS DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL PSICOSOCIALMENTE RESILIENTES

7.1. Algunas conclusiones: ¿qué lecciones aprendidas o por aprender hay a partir de las evidencias constatadas sobre la huella psicosocial derivada de la COVID19, también en relación con los factores de prevalencia de consumos de riesgo?

No descubrimos nada —tampoco la OIT— cuando se recuerda que la pandemia de COVID19 lleva más de un año provocando profundos impactos en la práctica totalidad de nuestros “mundos de vida” (económicos, sociales, culturales y de ocio, familiares, etc.) y, desde luego, en el laboral. Todo esto es conocido y, por lo general, los estudios e informes se centran en analizar todas estas consecuencias en lo que concierne tanto a la inseguridad contractual laboral creada (cierres de empresa, pérdida de empleos, suspensión de contratos de trabajo con deterioro de las rentas económicas de las personas trabajadoras; precariedad laboral) cuanto a la inseguridad

e insalubridad de las condiciones de trabajo (contagios, insuficiencia de medios de protección individual —EPI—, etc.). Sin embargo, bastante menos conocido y analizado ha sido, hasta hace bien poco tiempo, el impacto de las crisis derivadas de la pandemia, sea en la salud psicosocial, que ha quedado orillada de los protocolos y procedimientos de gestión de la seguridad y salud en el trabajo relacionada con el riesgo de contagio, sea, más particularmente, en la influencia que esa huella psicosocial en la población trabajadora, por lo que aquí más interesa, ha tenido en el cambio de hábitos de vida saludable y patrones de consumos nocivos o de riesgo, sean en relación con sustancias psicoactivas o conductas problemáticas (ludopatías, tecno-adicciones).

En los últimos meses, sin embargo, la percepción está variando. Cada vez se pone mayor atención a esta doble problemática psicosocial en la interacción de la COVID19 y los entornos de trabajo. La especial exposición al riesgo (biológico) de infección por el nuevo coronavirus de ciertos profesionales (de



la sanidad, servicios sociales, servicios de limpieza y alimentación, servicios de emergencia, policías), por encima de otros, si bien el riesgo ha sido generalizado, y en condiciones de insuficiente protección frente al riesgo, además de con condiciones de trabajo precarizadas en muchos casos, son todos ellos factores constatados de inseguridad, zozobra, temor y ansiedad, que han alertado sobre la emergencia de otra grave "crisis de salud" —pública y laboral— derivada, ahora "cebada con las mentes o cabezas": la huella psicosocial de la COVID19 en general, y en la población trabajadora en particular, con el consiguiente problema de salud mental. De ahí que se convierta en un tema prioritario de análisis, saliendo de su invisibilidad.

Entre los datos estadísticos más relevantes expuestos a lo largo de este Estudio, ahora, en este momento conclusivo, merece la pena traer a colación los siguientes, en los que quedaría bien reflejada la constatada profunda huella psicosocial en la población en general, y más en particular en la población trabajadora más vinculada a la gestión directa del COVID19, también por sus concretas condiciones de trabajo y sobrecarga emocional. A saber:

- ▶ La adopción de drásticas medidas de confinamiento, para evitar el riesgo de contagio, con el consiguiente aislamiento social, es un potente factor de riesgo psicosocial: si bien los porcentajes varían según los estudios (a su vez dependientes del momento en que se realiza) **un 34% sufren estrés psíquico y ansiedad si sufre aislamiento, frente al 12 % de la población si no se da tal medida drástica.**
- ▶ La OMS estima que, al menos un 20 por cien de la población (una de cada 5 personas) padecerá algún tipo de afectación negativa a su salud mental, a raíz de la pandemia, **el doble de la incidencia en circunstancias normales.**
- ▶ **Entre un 40 y un 60% de las personas trabajadoras presentan síntomas relevantes de estrés psíquico y ansiedad a raíz de las condiciones** en que se han visto obligadas a realizar su trabajo. **Un 44 por cien de ellas han convivido con un entorno laboral de alta tensión.**
- ▶ **Entre los sectores profesionales que presentan una mayor "huella psicosocial" ("hoyo emocional") se encuentran el personal sanitario y el personal de residencias.**
- ▶ **En España, prácticamente el 5% de las personas contagiadas son personal sanitario.**
- ▶ Estas condiciones han doblado el consumo de hipnosedantes, prevalente en las mujeres (15,6%, Encuesta OEDA) que en hombres (7,6%). **Aunque los porcentajes varían según los Estudios, coinciden en la prevalencia de las mujeres. Cuando se atiende a las variables categoría profesional, condiciones laborales y nivel de renta los porcentajes aumentan notablemente.**

- ▶ **Un 5% se ha sentido discriminado o excluido por sus vecinos, amigos, etc. desde que comenzó el COVID19.**
- ▶ **Un porcentaje significativo de la población ha variado sus hábitos de alimentación y ejercicio físico, aumentando los consumos hipercalóricos y reduciendo la actividad.**

Estos datos han evidenciado un uso de hipnosedantes como "solución compensatoria" de la pérdida de capacidades físicas para afrontar las altas cargas laborales. Las físicas, sin duda, pero también las cargas emocionales de trabajo. En línea con los estudios que confirman una relación entre el estrés laboral y los trastornos mentales, también se registra una asociación entre los consumos de hipnosedantes y los niveles de precariedad, aunque, una vez más, los porcentajes sean dispares.

Esta prevalencia en el consumo de hipnosedantes atendiendo al factor trabajo y su feminización, en el sector del trabajo de cuidar, cuenta con una larga evidencia⁶⁵. **Hoy resulta manifiesta la importancia de del rol laboral para evaluar la salud de las mujeres, lo que, además, habrá que realizar obligatoriamente en los Planes de Igualdad (2021).**

En suma, ante este constatado cúmulo, aunque sumergido hasta el momento, de dolor psicosocial y emocional (no ya solo de índole biológico) en supervivientes⁶⁶, profesionales de hospitales, centros de salud y ambulancias, familiares de personas fallecidas, desempleadas, etc., por lo general ausentes o extramuros de los protocolos de gestión del riesgo de contagio, **no solo hay que corregir la actual desatención, sino también el riesgo de que siga siendo invisible en futuras pandemias**⁶⁷. Además de reeducar para gestionar mucho más eficazmente estas situaciones (un estudio independiente promovido por la OMS acaba de concluir que no se ha sido suficientemente eficaz en la gestión pandémica, pese a cierta complacencia en Estados y Unión Europea), en todos los niveles de población, es obligado preparar a los sistemas sanitarios para enfrentarlos, sí, pero también a los sistemas nacionales de seguridad y salud en el trabajo, incluyendo las políticas de empresa.

⁶⁵ Vid. Collet, E. et alii. Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados, Ob. Cit. Vid. EDIS (Equipo de Investigación Sociológica) (2007). El consumo de alcohol y otras drogas entre las mujeres. Informe de resultados de las encuestas a mujeres en general y a escolares. Publicaciones del Instituto de la Mujer, número 98, año 2007. <https://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/serieEstudios/docs/elConsumodeAlcohol.pdf>

⁶⁶ Las lagunas de conocimiento sobre sus efectos obligan a mantener cautela, pues cada día conocemos nuevas situaciones que evidencian la nocividad del virus. Por ejemplo, sería el caso del denominado "COVID19 persistente". No se trata de secuelas de la COVID19, sino de situaciones que, en su día debutadas levemente, al cabo de meses crea problemas serios (caso de Ainhoa Arteta). Vid. *COVID persistente: el infierno de sufrir una enfermedad que nunca se acaba*. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/08/15/5f372f7e21efa0d8018b45b0.html>

⁶⁷ Vid. Alfageme, Ana (20 de abril de 2020). Un mundo con ansiedad, miedo y estrés. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2020-04-20/un-mundo-con-ansiedad-miedo-y-estres.html>



En consecuencia, como expresamos al finalizar el apartado 3 de este Estudio, trayendo a colación, una vez más, el arraigado marco de las políticas integrales de gestión de la salud laboral promovidas por la OIT, es el tiempo de subrayar **no solo las virtudes, sino la necesidad también, y sobre todo, de una gestión integrada de políticas de promoción de la salud psicosocial laboral con las de prevención de riesgos laborales psicosociales, a fin de evitar que la situación de alto riesgo derivado de la pandemia se actualice en daños psicosociales.** Sea de presente, sea de futuro inmediato.

7.2. Propuestas para una mejor gestión negociada de futuras pandemias con entornos de trabajo resilientes al plus de riesgo de consumos nocivos y/o adictivos

1. El necesario fortalecimiento de los sistemas nacionales de SST para responder mejor a las crisis y las emergencias

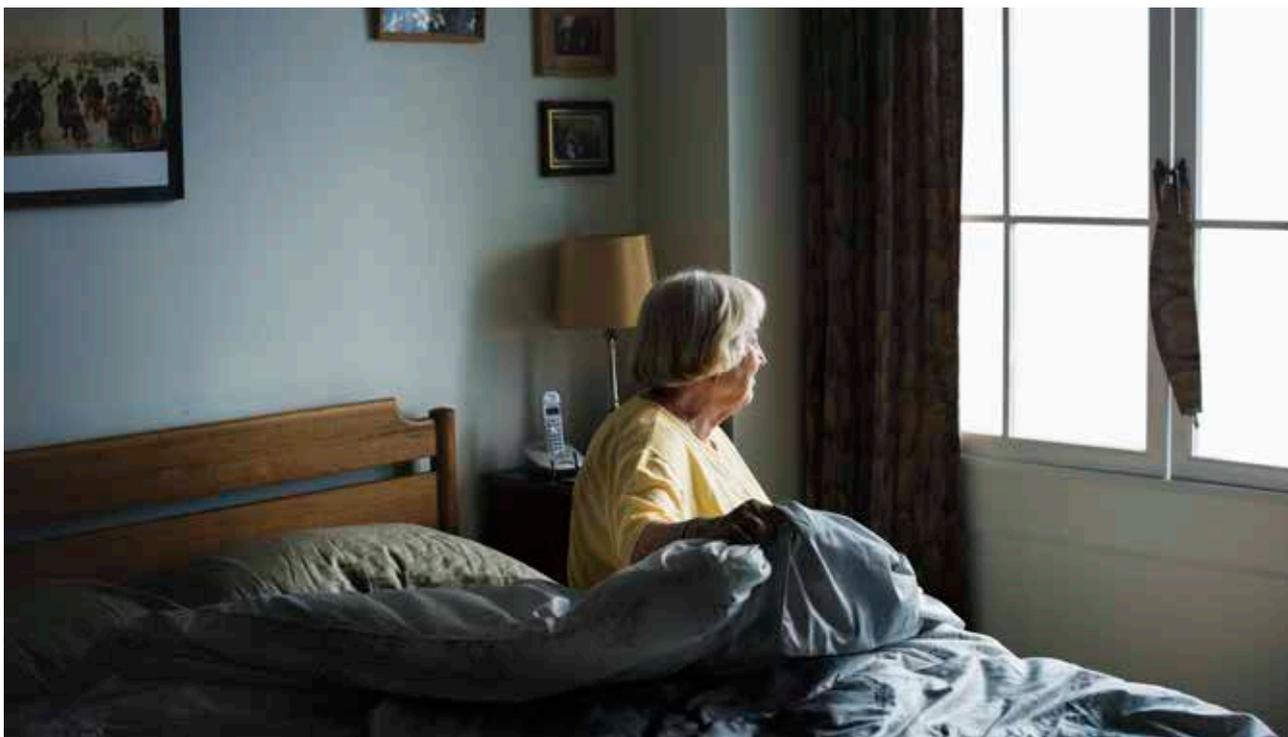
Como ha evidenciado un reciente Informe de personas expertas independientes, si bien a instancia de la OMS, **la pandemia de coronavirus, y sobre todo sus efectos trágicos, en todos los planos, se podía haber evitado. Este informe independiente no solo critica la lenta acción de los gobiernos, sino que les reprueba no haber aprendido nada de las crisis anteriores.** De ahí que se concluya que:

“El sistema actual falló en protegernos de la pandemia de la COVID19. Y si no actuamos para cambiarlo ahora, no nos protegerá de la próxima amenaza pandémica, que podría ocurrir en cualquier momento”⁶⁸.

En este sugerente Informe se recuerda que los sistemas asistenciales no estaban bien preparados para atender la crisis, por lo que aporta directrices para fortalecer el papel de la gobernanza mundial de estas situaciones, mejorar la financiación de la prevención de nuevas pandemias y reforzar la respuesta multilateral a este tipo de crisis.

Por lo tanto, empieza a haber una amplia concienciación, social e institucional, de la necesidad de revigorizar los sistemas nacionales de salud (SNS) de los Estados, evidenciándose el grave error que fueron “las leyes de austeridad”, al socavar notablemente los sistemas sanitarios precedentes, al menos en países como España o Italia, por lo que aquí más interesa. Del mismo modo que, como se ha señalado, también se ha abierto una significativa convicción de la necesidad de reforzar todo lo que tiene que ver con los servicios sociales, también por la relevancia que el “cuarto pilar del Estado de Bienestar” tiene para una “economía de cuidados” más eficiente. **Sin embargo, no se ha identificado en los Estados, menos en el seno de las organizaciones empresariales, una análoga concienciación sobre la necesidad de revalorizar los sistemas y políticas nacionales de seguridad y salud en el trabajo.**

⁶⁸ Una amplia síntesis en: Linde, Pablo (12 de mayo de 2021): Informe de los expertos para la OMS: “La catástrofe de la COVID se podría haber evitado”. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2021-05-12/un-panel-de-expertos-internacionales-pide-actuar-ya-ante-la-siguiente-pandemia-la-catastrofe-de-la-COVID-se-podria-haber-evitado.html>



Uno de sus elementos centrales es, como se sabe, todo lo que tiene que ver con los niveles de gestión de la SST en el ámbito empresarial para prevenir y responder a los riesgos en la materia. Pues bien, sí ha hecho este llamamiento recientemente la OIT con el citado Informe: **Anticiparse a las crisis, prepararse y responder: Invertir hoy en sistemas resilientes de seguridad y salud en el trabajo** (2020)⁶⁹. El Día Mundial de la Seguridad y Salud en el Trabajo de 2021 (28 de abril) ha sido aprovechado por la OIT para presentar un Informe en el que se hace un llamamiento para maximizar los principales elementos de los sistemas nacionales de SST, mostrando cómo cada elemento tiene la misma importancia y relevancia a la hora de enfrentarse a estos retos. Como no podía ser de otro modo, reconoce que un sistema nacional de SST fuerte salvaguarda vidas y medios de subsistencia. Pero, para ello, es también imperativo que estos sistemas estén bien dotados de recursos (personales y materiales) y **sean lo suficientemente robustos como para anticiparse a los impactos, abordar los desafíos de manera directa, proporcionar resiliencia al mundo del trabajo, y afectando indirectamente de manera positiva a la salud pública**. En suma, una mayor integración entre salud pública y salud laboral emerge, de nuevo para la OIT, como clave de éxito para afrontar el futuro.

No puede seguir aceptándose la sobrecarga (física y emocional) de trabajo ni prestar los servicios en situaciones de riesgo. Los estudios ponen de relieve esas situaciones de trabajo en estados propios de incertidumbre y temor,

⁶⁹ OIT (2021): *Anticiparse a las crisis, prepararse y responder: Invertir hoy en sistemas resilientes de SST*, Ginebra. Resumen ejecutivo disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---lab_admin/documents/publication/wcms_780970.pdf

generando el caldo de cultivo de ansiedad, zozobra, estrés y depresión que subyace a patrones de consumos y comportamientos opuestos a los que exigen los estándares de bienestar, social y laboral. La jurisprudencia más reciente, contenciosa y social (SSTS, 4ª, 217/2021, 17 de febrero y 425/2021, 22 de abril), confirma que se ha trabajado en tales condiciones y eso es inaceptable, desde luego de futuro.

2. Promover una gestión más integral de los riesgos laborales, sobre la base de la estrecha relación entre todos los factores de riesgos, también de las medidas, de forma que no se establezca una distancia entre las normas técnicas (higiene) y de salud pública, y las de salud laboral y prevención de riesgos laborales (EPI, medidas organizativas, trazabilidad de contagios etc.)

La Encuesta de la Red de Personas Expertas de SST del G20 (se creó en 2015 con la misión de facilitar el intercambio de conocimientos y experiencia entre los países del G20, abordar los retos políticos y técnicos mundiales, así como de buscar soluciones basadas en la colaboración y proporcionar acceso a la información y los conocimientos técnicos en la red) proporciona una información muy interesante sobre las principales medidas adoptadas para proteger la SST de las personas trabajadoras durante la COVID19. Muchas de esas medidas merecerían integrarse de forma más precisa en el sistema de obligaciones de equipos de protección en los entornos de trabajo, en especial cuando se produzca una alerta de contagios. El Informe de la OIT reclama la necesidad de ajustarse a la jerarquía de medidas y controles establecidos en los sistemas de SST, como son los que requieren primar las medidas organizativas y colectivas, más típicas de la prevención primaria,

respecto de las individuales, que actúan más bien como prevención típica secundaria o medidas de protección (ej. EPI). En este contexto, considera especialmente relevante una opción típicamente organizativa y vinculada a la transformación digital del mundo de trabajo, clave para reducir la exposición y la tasa de transmisión, como es sustituir antiguos procesos de trabajo por otros nuevos (por ejemplo, aplicando modalidades de trabajo desde casa), así como **los controles vinculados a políticas de vigilancia de la salud**⁷⁰.

3. Requerir una toma de conciencia más precisa de que la referida gestión integral de riesgos laborales se impone, incluso en situaciones de emergencia higiénica o biológica, de modo que no se invisibilicen o desconozcan los demás, como ha sucedido con los riesgos psicosociales (la huella psicosocial o el referido “hoyo emocional”)

La revisión de Estudios aquí realizada evidencia con total rotundidad la muy notable, incluso profunda, incidencia que la COVID19 ha tenido en el incremento de los factores y riesgos psicosociales⁷¹. **Los protocolos de gestión sanitaria en general, y de salud y seguridad en el trabajo, sin embargo, los han orillado por completo.**

Aunque no ha sido así en todos los lugares del mundo, en Europa en general, y en España en particular, las políticas de protección del bienestar psicosocial han brillado por su ausencia, sepultadas por la prioridad de prevenir el riesgo de contagio. La OIT ha sido muy clara al respecto y reclama la necesidad de no descuidar una dimensión preventiva a favor de otras. Pone como ejemplo de buenas prácticas a tal fin, de un lado, **las directrices para la gestión de la COVID19 adoptadas por el Gobierno de Malasia.**

En ellas se hace hincapié **en la necesidad de realizar evaluaciones de la salud mental de las personas trabajadoras junto con estrategias de mitigación adecuadas.** De otro, la ley chilena sobre el teletrabajo en respuesta a la pandemia **que incluye una referencia a los derechos de las personas trabajadoras, el estrés y la salud mental, los horarios de trabajo y el derecho a la desconexión.** En última instancia, unas reglas que ya están vigentes en España y que conviene poner en valor para el actual momento y sobre todo para el futuro.

Precisamente, debido al mayor riesgo de violencia y aco-

⁷⁰ A los que suma lo que llama “controles de ingeniería” (en los lugares de trabajo donde pueden aplicarse, los controles de este tipo reducen la exposición a los peligros sin depender del comportamiento de las personas trabajadoras y pueden ser la solución más rentable de aplicar —mejora de la ventilación; la instalación de barreras físicas, como protectores de plástico transparente contra estornudos, o la instalación de una ventanilla a la que pueda accederse sin bajarse del coche para el servicio de atención al cliente—), así como los “controles administrativos y organizativos” (cambios de turnos u horarios; políticas de vigilancia de la salud, etc.).

⁷¹ Vid. Informe de Investigación Riesgos Psicosociales y COVID19 realizado para UGT-Madrid por el grupo de especialistas de Psicología Sin Fronteras: *El impacto de la pandemia por Virus SARS-CoV-2 (Enfermedad por Coronavirus 2019; COVID19) en los Riesgos Laborales Psicosociales*, 2020. Disponible: file:///C:/Users/34669/Downloads/informe_final_ugt_psf_2020.pdf

so, tanto físico como psicológico, en particular contra el personal sanitario, la OIT también recuerda que muchos países están aplicando políticas y normativas para prevenir estos comportamientos. Los Estudios analizados en relación con el personal de residencias también hacen referencia a esta dimensión de los riesgos en el sector. La centralidad que la OIT da a esta dimensión psicosocial de la gestión de las pandemias desde los entornos de trabajo se proyectó en una Guía relativa a: **Gestión de los riesgos psicosociales relacionados con el trabajo durante la pandemia de COVID19**⁷². En ella, entre otras pautas, se aportan **medidas para reducir la sensación de inseguridad laboral y ayudar a las personas trabajadoras a mejorar su sentimiento de control sobre el futuro, en especial en lo que refiere a la protección frente al despido (p. 25)** (factor de riesgo —si no existen medidas adecuadas— o de protección —sí las hay—, al igual que sucede con la renta suficiente).

Este reforzamiento de la dimensión psicosocial de las políticas de seguridad y salud en el trabajo, tanto para entornos presenciales clásicos como para los digitales, debe también incorporar, en línea con el paradigma de la OIT desde 1996, la dimensión de la prevención de los consumos de riesgo y/o adictivos, relativos a sustancias o a determinadas conductas. No sorprende, pues, que el punto 8 de la referida Guía de la OIT, sobre **Promoción de la salud y prevención de los comportamientos negativos para afrontar la pandemia**, ponga en el centro de estas políticas de gestión los factores de riesgo-protección de consumos poco saludables.

Así, constata que:

“Los riesgos psicosociales y el estrés relacionado con el trabajo están asociados a comportamientos poco saludables, como el consumo excesivo de alcohol, el aumento del consumo de cigarrillos, los malos hábitos alimentarios, el ejercicio físico menos frecuente y las pautas de sueño irregulares. Todos estos comportamientos pueden afectar tanto a la salud física como a la salud mental y tener un impacto negativo en el rendimiento laboral”.

Para hacer frente a este impacto de cambio de las rutinas precedentes hacia patrones de consumo y hábitos de vida no saludables, con potencialidad nociva para la salud, alcance o no auténticos factores de riesgo adictivo, propone un amplio catálogo de medidas preventivas. Unas son organizativas, otras educativas. En última instancia tiene que ver con una política de promoción de hábitos saludables de vida para las personas trabajadoras (p. 26)

4. Promover una revisión de la técnica de planes de emergencia, de modo que no se identifiquen solo con típicas catástrofes naturales, sino también con las pandemias, que se advierten cada vez más recurrentes

⁷² OIT (2021): *Anticiparse a las crisis, prepararse y responder: Invertir hoy en sistemas resilientes de SST*, Ginebra. Resumen ejecutivo disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---lab_admin/documents/publication/wcms_780970.pdf

El Informe de la OIT reclama mejoras en los marcos normativos de SST. A nuestro juicio, la evitación de la huella psicosocial derivada de las pandemias en las personas trabajadoras —así como en la población en general—, a su vez un factor de riesgo importante para el desarrollo de patrones de consumos nocivos y hábitos de vida no saludables, en detrimento de su bienestar integral, también social, pasa por una política de seguridad y salud en el trabajo que atienda a las lecciones aprendidas de esta pandemia. Por lo tanto, conviene introducirla de una forma “estructural”, para eventuales nuevas apariciones, como ya atisban numerosos estudios y ponen de relieve tanto la OMS como la OIT. **Naturalmente, para ello hay que ampliar el concepto de la técnica clásica de los “planes de emergencia”.**

A nuestro juicio, sería recomendable una reforma del artículo 20 LPRL, que regula esta materia.

De este modo, se expandiría el concepto de “emergencia” también a las pandemias, por lo que podría suponer una política y un conjunto de obligaciones anticipatorias de ahora ya “previsibles” situaciones análogas. Las autoridades deberían controlar el cumplimiento de este tipo de obligaciones, así como requerir una preparación continuada para su gestión. Pero es manifiesto que también debe estar concernida la negociación colectiva, en la medida en que deben promoverse las soluciones dialogadas, en vez de las unilaterales, difundidas en Europa.

5. Debe garantizarse, no solo promoverse, una gobernanza de las crisis del tipo pandémico más colectiva, basada en el principio del diálogo social, así como de autonomía colectiva, y no tanto sobre el principio de autoridad —sea pública sea empresarial—

Esta última observación nos permite llamar la atención crítica sobre una característica que ha tenido la gestión de la crisis pandémica en los entornos laborales y **que ha supuesto un claro reforzamiento del principio de autoridad empresarial, habilitada por el principio paralelo de autoridad sanitaria pública. Los protocolos de la autoridad sanitaria** (también hoy la Ley 2/2021) llaman fundamentalmente al ejercicio del poder empresarial, como garante que lo es de la seguridad y salud en el trabajo, pero sin apelar, o explicitar, que ese ejercicio también ha de hacerse respetando las reglas laborales vinculadas a la participación colectiva. Las decisiones judiciales recientes ponen de relieve este reforzamiento del principio de autoridad empresarial, hasta el punto de habilitarle para modificaciones unilaterales, incluso sustanciales, si se amparan en exigencias de salud laboral y salud pública (ej. STSJ Galicia 2 de diciembre de 2020, para el Grupo Inditex⁷³). Aunque en un “estado excepcional”,

73 Tampoco el TS parece darle mayor importancia a que no se cumpla con los deberes de participación colectiva. Así, la STS, 4ª, 217/2021, 17 de febrero, en relación con el incumplimiento de las políticas preventivas para la policía vasca (y en línea con lo que se apreció para el personal sanitario), considera que “la realización unilateral de la evaluación de riesgos, sin la participación de los representantes de los trabajadores” no supone una afectación “a los derechos fundamentales que se entienden vulnerados...”.



propio de la situación de alarma, y de un marcado protagonismo de la autoridad sanitaria, pueda parecer razonable tal unilateralismo, no es así y la experiencia, también exhibida por la OIT, en América Latina ofrece un ejemplo diverso.

La OIT recuerda que la **Recomendación sobre el empleo y el trabajo decente para la paz y la resiliencia, 2017 (núm. 205)**, esboza un enfoque estratégico para la respuesta a las crisis, basado en el diálogo social. De ahí que destaque la importancia de promover unas condiciones de trabajo seguras y decentes e insta a que se fomente la adopción de políticas negociadas en las empresas para facilitar la resiliencia en orden a prevenir y mitigar las crisis. En sí mismo, **el diálogo social sería un valor para prepararse mejor** para afrontarlas mediante la identificación y la evaluación de los riesgos, la gestión de éstos y la prevención y mitigación de sus efectos negativos, sobre una base de consenso, o de participación de las representaciones de las personas trabajadoras. También se ponen ejemplos en América Latina.

En España, sin embargo, la gestión ha sido más unilateral, sólo en contadas ocasiones ha habido una gestión negociada, incluso acordada (ej. ciertos protocolos de retorno al trabajo tras el confinamiento). Por supuesto, no han faltado los procesos negociados, aunque hayan sido reducidos. **Un ejemplo de renovación para el futuro puede tenerse a partir de la experiencia del acuerdo de materias concretas ex art. 83.3 ET del Grupo Inditex, de modo que lo que se ha producido de forma reactiva pueda realizarse de forma proactiva.** Este acuerdo estatal para la mejor prevención del riesgo de contagio frente a la COVID19, ha sido considerado, incluso judicialmente, modelo de gestión de riesgos en situaciones de emergencia.

Debe tenerse en cuenta que las decisiones de la autoridad sanitaria habilitan a los empleadores para modificar condiciones de trabajo, como las relativas a jornada, turnos, horarios, centros de trabajo, etc. Por lo tanto, la gestión de la pandemia genera incertidumbre, con cambios no esperados ni negociados, al menos en la letra de la ley, por lo que contribuye a generar mayor desasosiego, zozobra, angustia y estrés, caldos de cultivo para conductas de consumos problemáticos (factores de riesgo para la prevalencia en los consumos nocivos). De ahí la utilidad de este tipo de acuerdos, que reduce la incertidumbre para las personas que están empleadas y también la conflictividad judicial⁷⁴.

⁷⁴ Así, por ejemplo, respecto de la recuperación de horas no efectuadas se establece un amplio abanico de opciones para que altere lo menos posible "la organización de su vida personal y familiar" (ej. preferencia a la persona afectada a optar por trabajo voluntario en domingos y festivos, respetando en todo caso el sistema de adscripción establecido en cada tienda y pactado en cada comité de empresa; ampliar el horario de trabajo en tienda siempre que la carga de trabajo lo permita, a efectos de poder hacer otras actividades; ampliar el plazo establecido para la devolución de dichas horas hasta el 31 de diciembre de 2021; posibilidad de utilizar los días de asuntos propios para el saldo de horas pendientes o para dar flexibilidad al turno que corresponda), así como respecto de las reducciones de jornada y cambios de turno, prestando atención a criterios médico-sanitarios, etc.

Una importante limitación de estos acuerdos —además de lo escasos que han sido en la práctica española— **es que orillan por completo la dimensión psicosocial de la seguridad y salud en el trabajo en estos contextos pandémicos.**

Una deficiencia que, como se ha visto, supone el desconocimiento del reclamo efectuado por la propuesta de la OIT, muy razonable, aunque no tenga fuerza vinculante, sino de recomendación.

6. Para el sector de los servicios de cuidar (en especial a personas mayores y/o con algún grado de dependencia), el bienestar psicosocial de las personas que en él se emplean, fundamentalmente hoy mujeres, pasa tanto por una mejora nítida de sus condiciones de empleo y de trabajo como de la mejora de la calidad de sus sistemas de gestión empresarial de riesgos laborales, en especial de índole psicosocial (incluyendo la prevalencia de consumos de hipnosedantes)

En relación con uno de los colectivos especialmente tratados en este Estudio, el relativo al personal de las residencias de mayores, ya hemos visto que entre los factores causantes del impacto negativo en su salud psicosocial están, sin duda, las precarias condiciones de empleo y de trabajo. Por lo tanto, corregir esta precariedad es una condición necesaria para proteger su bienestar psicosocial, como también apunta, más globalmente, la OIT. **La seguridad contractual bajo el paradigma de trabajo decente de la OIT** (estabilidad razonable, salarios dignos, límites adecuados de jornada para que sea saludable, carga de trabajo, física y emocional adecuada, etc.), **así como la fijación institucional de ratios mínimos entre personas atendidas y personas cuidadoras, serán dos presupuestos clave para prevenir los principales factores de inseguridad y de insalubridad psicosocial** (sobrecarga, física y emocional; problemas ergonómicos; el estrés de género, etc.) de este personal.

Ahora bien, creemos que no será suficiente, porque también se precisará que esa calidad en el empleo y el trabajo **se proyecte en la calidad de los sistemas de gestión de sus factores de riesgo laboral, sobre todo ergonómicos y psicosociales**⁷⁵. En consecuencia, se estima necesario, **no solo oportuno, normalizar (y mejorar) sus evaluaciones de riesgos en los puestos del personal de cuidados de residencias de mayores**, como exigencia de la previsión establecida en el art.16.2,a, 2º párrafo LPRL, así como la planificación de actividad ex art. 17 LPRL. Tomar conciencia de los problemas es fundamental para empezar a resolverlos realmente.

⁷⁵ Que la inseguridad contractual y la devaluación económica son factores prevalentes de riesgos psicosociales asociados a las condiciones contractuales de trabajo es una evidencia que hoy goza de amplio consenso. Vid. Informe UGT-Madrid. (AAVV: García Bustos, José Manuel, Fouce Fernández, José Guillermo, García Villameriel, Luis). *Mapa de Riesgo Psicosocial Laboral en la Comunidad de Madrid*, 2020, p. 179.

Creemos de utilidad esta llamada de atención en el actual marco de la denominada y analizada **“Componente 22 del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia”** (PRTR)⁷⁶, relativo al “Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de inclusión” (p. 165). Si bien en este ámbito se hace una escuetísima referencia a la mejora de las “condiciones laborales” de las personas trabajadoras en este sector, parece constituir solo una cuestión derivada, no central (el objetivo básico es mejorar la atención a las personas usuarias). Nos parece, por las razones explicadas en el cuerpo del Estudio, que debería atenderse de forma específica, no genérica o presunta, a esta dimensión del bienestar de las personas empleadas, pues es una condición también del bienestar de las personas atendidas

Reconocimiento de la COVID19 (y los contagios venideros asociados a futuras pandemias análogas) como un accidente del trabajo y/o una enfermedad profesional desde el inicio, sin las tribulaciones e incertidumbres derivadas de las dudas y resistencias legislativas a tal fin.

⁷⁶ Plan de recuperación, transformación y resiliencia (2021). Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/30042021-Plan_Recuperacion_%20Transformacion_%20Resiliencia.pdf

La OIT llama igualmente en el citado Informe a este reconocimiento. La situación ha sido muy desigual a nivel mundial. Así se expone en una interesante base de datos de la OIT (*National Qualification of a work-related infection of COVID19*⁷⁷), así como en la página web de la IISA, en las que se da idea de las diferencias entre países. Convendría extraer las debidas consecuencias y no cometer el mismo error en el futuro.

En efecto, como ya se comentó en el cuerpo del Estudio, aunque se trate de una cuestión típica de la “prevención terciaria”, o, más claramente, de la reparación de los daños (biológicos, también psicosociales), el tratamiento normativo de estas situaciones, como contingencia común o como contingencia profesional, no es baladí. En España, como se recordó, ha habido una inseguridad notable en la regulación de esta materia, pasando por todas las fases y situaciones, desde la de solo asimilación al accidente de trabajo, a la de enfermedad profesional para algunos colectivos, no todos (RDL 3/2021). En consecuencia, el sistema institucional también se convierte en factor de incertidumbre, zozobra, desasosiego y, en última instancia, desprotección.

⁷⁷ OIT (2021): *Anticiparse a las crisis, prepararse y responder: Invertir hoy en sistemas resilientes de SST*, Ginebra. Resumen ejecutivo disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---lab_admin/documents/publication/wcms_780970.pdf

U
G
T





Financiado por:

 MINISTERIO DE SANIDAD	SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD
	DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

