

Costes Socio-Económicos de los Riesgos Psicosociales

**Balance de situación actual
y propuestas metodológicas
para avanzar en su medición o cálculo**

GUIA



**observatorio
de riesgos psicosociales
UGT**

GUIA

Costes Socio-Económicos de los Riesgos Psicosociales

**Balance de situación actual y propuestas metodológicas
para avanzar en su medición o cálculo**


Coordinación

**Carlos Gamero Burón
M^º Luz González Álvarez**

Universidad de Málaga



**Secretaría de Salud Laboral
UGT-CEC**



EDITA
Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambiente UGT-CEC

DISEÑA e IMPRIME
Blanca Impresores S.L.
95 319 11 02

Depósito Legal: M-29930-2013



**Secretaría de Salud Laboral
UGT-CEC**

Costes Socio-Económicos de los Riesgos Psicosociales

**Balance de situación actual
y propuestas metodológicas
para avanzar en su medición o cálculo**

Taller Observatorio RPS-UGT

23 de Septiembre de 2013

Coordinadores

**Carlos Gamero Burón
M.^a Luz González Álvarez**

Autores

**Montserrat García Gómez
Rosario Castañeda López
Rosa Urbanos Garrido
Juan Oliva Moreno
Omar de la Cruz Vicente
Ainhoa Ipiña Cruces
Patricia López Menduiña
Gregorio Rodríguez Cabrero**

**Juan Ignacio Marcos González
Begoña González Pérez**

**Carlos Gamero Burón
M.^a Luz González Álvarez**

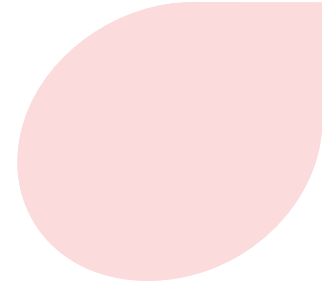
**M.^a Ángeles Carnero Fernández
Blanca Martínez Gonzalo
Rocío Sánchez Mangas**

Índice

Introducción.....	7
Sobre el Taller	13
Estudio de las enfermedades mentales derivadas del trabajo y sus costes asociados en España. Metodología	19
Costes asociados a los procedimientos judiciales en materia de riesgos psicosociales.....	53
La aportación de la Econometría Aplicada a la evaluación de los costes asociados al estrés laboral	81
El acoso laboral en España: Factores determinantes y efectos sobre la salud de los trabajadores.....	131
Visión de conjunto.....	165



FINISH



Introducción



La salud y el bienestar son objetivos primordiales, tanto para los individuos como para la sociedad en general, y unas condiciones de trabajo aceptables constituyen un elemento clave para la consecución de tales objetivos. Todos los tratados y políticas en materia laboral de la Unión Europea vienen reflejando esfuerzos encaminados a mejorar las condiciones de trabajo en los Estados miembros, contando con el apoyo y participación creciente de los interlocutores sociales.

A pesar de ello, la realidad que reflejan actualmente los entornos laborales hace necesaria una constante actualización de prioridades por parte de los legisladores, que lleve a abordar los nuevos riesgos laborales emergentes, esto es, los derivados del diseño, organización y gestión del trabajo así como del contexto social y medioambiental en el que se desarrolla.

Tales riesgos se traducen en un incremento en el nivel de estrés soportado por la población trabajadora y en la aparición de otros problemas interrelacionados como la discriminación, la violencia y el acoso en el trabajo, lo que puede conducir a un serio deterioro de la salud física y mental del trabajador expuesto.

Desde su nacimiento, el Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT viene realizando una importante labor de investigación sobre esta materia, comenzando con estudios de campo y continuando con el análisis descriptivo de la información recopilada. Estos exámenes y sus principales conclusiones han generado ya numerosas publicaciones y materiales de salud pública (boletines, fichas, guías, etc.) que constituyen referentes a nivel nacional para el logro del objetivo final perseguido, la prevención eficiente de los riesgos laborales emergentes con presencia espectacularmente creciente.

A partir de 2007, el Observatorio comenzó a abordar un importante reto: propiciar la colaboración en red de las universidades españolas a fin de llevar el estudio de estos temas a un estadio superior, con la idea de lograr el tratamiento de estas cuestiones con el rigor científico necesario.

Sin duda, la Universidad también se beneficiaría de tales acuerdos por cuanto éstos le darían la oportunidad de acercarse al cumplimiento de uno de los fines que le asigna la sociedad española, esto es, el análisis de situaciones problemáticas presentes en nuestra realidad socioeconómica y la contribución a la mejora de tales circunstancias.

Esta colaboración se ha materializado en estudios e investigaciones que, con un enfoque claramente multidisciplinar, contribuyen con pruebas y evidencias empíricas a los análisis realizados desde el propio Observatorio.

Dentro de este marco de cooperación, el Observatorio siempre ha tenido como una de sus prioridades el avanzar en la mejora de la información y análisis científicos rigurosos que pongan en evidencia la magnitud de los costes que provoca la falta de atención a los riesgos psicosociales.

Esto ha sido así desde el convencimiento de que tal evaluación posibilita obtener una visión cuantitativa de la importancia de la existencia de un entorno de trabajo libre de estos riesgos y documentar los potenciales beneficios de su prevención eficiente tanto a nivel público, como individual y empresarial:

- **Desde el punto de vista público:**

- ✓ El diseño e implementación de programas de prevención de riesgos en el trabajo es un tema central de la política laboral. Sin embargo, la provisión de salud en el trabajo no es el único objetivo de esta política. Por ello, para la asignación eficiente de recursos, es de importancia decisiva disponer de estimaciones del coste asociado a los distintos riesgos laborales, en general, y riesgos psicosociales, en particular, que arrojen luz para la toma de decisiones en este campo.
- ✓ Las repercusiones sobre la salud de tales riesgos son asistidas en su mayor parte por el Sistema Nacional de Salud y de Seguridad Social, con su consecuente efecto sobre los presupuestos nacionales. Tal hecho surge como consecuencia de que las patologías, tanto físicas como psíquicas, derivadas de estos riesgos que sufren los trabajadores siguen sin ser reconocidas como enfermedades profesionales, con el consiguiente desplazamiento de costes hacia los sistemas de protección social y, en definitiva, hacia los ciudadanos.

• **En el ámbito individual:**

- ✓ La conservación de una condición saludable es también una importante aspiración de cualquier trabajador. Pero tampoco la salud en el trabajo es la única aspiración personal. Ésta podría ser, por ejemplo, la retribución monetaria obtenida como contraprestación al trabajo realizado. Por ello, vuelve a ser de gran relevancia para la asignación de recursos personales que los trabajadores cuenten con estimaciones del valor monetario de los distintos riesgos laborales cuya presencia puede reducir su bienestar. Tales estimaciones servirían de apoyo para la toma de decisiones individuales en la esfera laboral, como la de aceptar o no un determinado empleo o la de dejar el actual.
- ✓ Se trataría, por tanto, de contribuir a aumentar la sensibilización y concienciación de los trabajadores sobre la existencia e importancia de los riesgos de origen psicosocial. Tales estimaciones de coste constituirían un refuerzo de cara a la realización de acciones formativas destinadas a ofrecer estrategias de afrontamiento al trabajador.

• **Desde el punto de vista empresarial:**

- ✓ El análisis de costes puede ayudar a demostrar que “una buena seguridad y salud es un buen negocio”, una buena inversión a nivel de empresa, puesto que la prevención de los riesgos psicosociales no sólo reduce costes, en términos de absentismo, presentismo, rotación de personal, etc., sino que también contribuye a mejorar el desempeño de las organizaciones.
- ✓ Sin duda, este punto resulta crucial. Es necesario promover que los empresarios conozcan los costes derivados de la falta de atención a los riesgos psicosociales señalándoles que el verdadero volumen de esos costes es superior al que se suele reflejar en las cuentas empresariales, ya que existen costes ocultos o indirectos que esconden la mayor parte de su volumen.
- ✓ El ahorro de tales costes constituiría un incentivo potencial (un nuevo *bonus*) para un cambio en la asignación de recursos por parte de las empresas y organizaciones, hacia un modelo de prevención, que funcionaría en paralelo con otras fuentes motivadoras externas de carácter coercitivo (*malus*). De esta manera, podría conseguirse el objetivo final de que la factura de las acciones de prevención de riesgos laborales recayese sobre quien realmente hace el daño (internalización de externalidades).



Open 493.11

400.00
1Y

500

Jan 4

Jan 2 09



Sobre el Taller



Inmersa en este contexto, la presente publicación recoge las aportaciones realizadas al Taller Práctico “Costes Socio-Económicos de los Riesgos Psico-sociales: Balance de situación actual y propuestas metodológicas para avanzar en su medición o cálculo” organizado por el Observatorio de Riesgos Psicosociales de UGT y celebrado el 23 de Septiembre de 2013 en Madrid. La Jornada contó con el siempre inestimable apoyo financiero de la Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales.

Entre los **objetivos perseguidos** por los convocantes cabe destacar los siguientes:

- Poner de manifiesto los avances experimentados hasta la fecha en la evaluación de los distintos costes socio-económicos asociados a los riesgos psicosociales.
- Propiciar la discusión sobre los aspectos metodológicos relacionados con la cuantificación monetaria de tales costes.
- Señalar las futuras líneas de investigación que este terreno ofrece.
- Dotar de mayor visibilidad a este pionero proyecto, intentando con ello aunar más voluntades desde el ámbito público y privado.

Esta actividad consiguió reunir alrededor de la misma mesa a expertos en los ámbitos de la Medicina del Trabajo, la Economía, la Sociología y el Derecho, con el objetivo de presentar y debatir las aportaciones preparadas por cada uno de los cuatro grupos de investigación convocados.

El acto de bienvenida e inauguración corrió a cargo de Marisa Rufino, responsable de la Secretaría Confederal de Salud Laboral y Medio Ambiente de UGT. Entre otras cuestiones, en su intervención enfatizó el hecho de que los tiempos de crisis no pueden ser excusa para dejar la prevención a un lado. Al contrario, en todo tiempo debe ser un valor central de la actividad sindical el exigir que se garantice la prevención eficaz de todos los riesgos, y en particular, de los riesgos psicosociales, que deben abordarse como lo que son, riesgos laborales a prevenir y no como riesgos externos al ámbito del trabajo.

También apuntó la importancia de las investigaciones rigurosas sobre los costes asociados a los riesgos psicosociales de cara a lograr la reacción de los empresarios, para hacerles comprender que es más barato invertir en prevención de riesgos psicosociales que asumir sus costes.

Igualmente, señaló que la elaboración de materiales científicos resulta de gran valía, particularmente en estos momentos en los que se está negociando la Estrategia Europea de Seguridad y Salud y, en el ámbito nacional, se encuentra abierta una mesa de negociación para desarrollar la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo. En ambas estrategias el objetivo de UGT es el de intentar que los riesgos psicosociales tomen el protagonismo que realmente tienen hoy en día en el ámbito laboral.

Por su parte, Cristóbal Molina, Director Científico del Observatorio y del Taller, señaló en todo momento la necesidad de mejorar el grado de conocimiento sobre los costes de la no prevención de los riesgos laborales, en especial en relación con los de origen psicosocial, a fin de avanzar en metodologías fiables y desagregadas de medición de tales costes y, sobre todo, en la fijación de indicadores que permitan a los poderes públicos una más eficiente, y también justa, asignación de los mismos.

Destacó el hecho de que tales evaluaciones resultan sencillas de plantear pero difíciles de materializar, lo que no debe ser obstáculo para redoblar esfuerzos de cara a convertir las intuiciones en evidencias. Sin éstas difícilmente habrá políticas decisorias ni, por tanto, avance en el terreno de la prevención de riesgos laborales, el objetivo perseguido. Son esas evidencias exactas, obtenidas desde el ámbito universitario, desde la ciencia, las que pueden transformar la realidad.

Como ya ha sido indicado, esta obra recoge las cuatro aportaciones presentadas en el mencionado Taller por sendos grupos de investigación. Las dos primeras abordan el tema de los costes asociados a los riesgos psicosociales, en general, mientras que las dos restantes centran sus esfuerzos en riesgos particulares, en concreto, el estrés laboral y el acoso moral en el trabajo (*mobbing*), respectivamente:

1. La primera de las contribuciones fue elaborada por el grupo investigador de la **Universidad de Alcalá**. En ella se presenta el trabajo realizado para UGT-CEC por ese mismo grupo en 2011 bajo el título “Costes laborales asociados a las enfermedades mentales”. El objetivo del mismo fue la estimación a nivel nacional y para el año 2010 de una parte de los costes indirectos debidos a la pérdida de pro-

ductividad generada por las enfermedades mentales y del comportamiento atribuibles al trabajo. En concreto, se calculó la factura que tales enfermedades con origen laboral generaron por pérdidas de producción asociadas a muertes prematuras y a incapacidades temporales.

2. El segundo trabajo fue preparado por el grupo **Marcos Abogados**. Mediante el estudio de casos, en él se aborda el relevante, pero hasta ahora inexplorado, tema de los costes asociados a los procedimientos judiciales motivados por la presencia de riesgos psicosociales en el trabajo. Ésta es, sin duda, una cuestión de gran relevancia, que puede utilizarse como una buena herramienta de cara a fomentar la prevención. Téngase en cuenta, por ejemplo, que existen ya centenares de sentencias en las que se imponen a las empresas recargos de prestaciones de la Seguridad Social por estrés y acoso (50% de la prestación por incapacidad permanente).

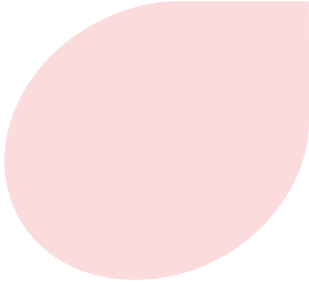

Este estudio se contempla como el embrión de un proyecto interdisciplinar y fundamentalmente metodológico en el que trabajarían conjuntamente expertos en Derecho del Trabajo y Economía. Los primeros serían los encargados de identificar las fuentes de información individualizada sobre costes judiciales. A partir de ellos los economistas realizarían sus estimaciones de costes de manera apropiada, utilizando los métodos de valoración propios de su ciencia.

3. La autoría de la tercera contribución corresponde al grupo investigador afiliado a la **Universidad de Málaga**. En ella se presenta y discute el pionero estudio realizado en el año 2008 para UGT-CEC sobre evaluación de los costes por pérdida de jornadas de trabajo y sobreutilización de servicios sanitarios asociados al estrés laboral: “Evaluación de los costes de la no prevención de riesgos psicosociales: propuesta para el estrés laboral”. Las investigaciones empíricas presentadas coinciden en el uso de técnicas econométricas como apoyo para el logro de la valoración perseguida. También se aportan posibles líneas futuras de investigación en el terreno de la valoración de los costes sanitarios y los derivados de la pérdida de calidad de vida de los trabajadores afectados, con apoyo en novedosas metodologías de análisis (*propensity score matching*, enfoque de la satisfacción con la vida).
4. La última de las contribuciones recogidas en esta publicación fue preparada por el grupo **Universidad de Alicante-Complutense-Autónoma de Madrid**. Sus autoras presentan dos trabajos que estudian distintos aspectos del acoso moral en España. En el primero se analiza empíricamente la incidencia del

fenómeno y sus determinantes. En el segundo trabajo, las consecuencias del mismo sobre el estado de salud de los trabajadores afectados. Como línea futura de investigación se propone, por una parte, la medición del coste de las bajas laborales causadas por el acoso laboral y, por otra, de los costes médicos que de él se derivan en términos de visitas al médico y consumo de fármacos.

Como cierre, esta obra recoge las principales conclusiones generales que se derivan de los anteriores estudios, destaca las líneas de investigación futuras en este terreno cuyo desarrollo permitiría obtener una percepción aún más clara de la dimensión del problema y reúne las recomendaciones que se derivan de todo el trabajo desarrollado hasta ahora de cara a lograr el objetivo final perseguido, esto es, una eficiente prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo.





Estudio de las
enfermedades mentales
derivadas del trabajo
y sus costes asociados en España.
Metodología.



Autores

Montserrat García Gómez

Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina del Trabajo y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Diplomada en Estadística

Rosario Castañeda López

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública

Rosa Urbanos Garrido

Doctora en Economía y Máster en Análisis Económico Departamento de Economía Aplicada Universidad Complutense de Madrid

Juan Oliva Moreno

Doctor en Economía. Departamento de Análisis Económico y Finanzas Universidad de Castilla-La Mancha

Omar de la Cruz Vicente

Economista. Facultad de Ciencias Económicas y Administración de Empresas Universidad de Alcalá

Ainhoa Ipiña Cruces

Psicóloga

Patricia López Menduiña

Especialista en Medicina del Trabajo

Gregorio Rodríguez Cabrero

Doctor en Economía y Catedrático de Sociología Universidad de Alcalá de Henares



1.

Introducción

Las enfermedades son especialmente importantes en la sociedad porque son numerosas, el coste de su tratamiento es alto, causan frecuentes ausencias del trabajo, tanto a corto como a largo plazo, y pueden provocar la muerte prematura o una reducción significativa en la calidad de vida. A esto se suma el hecho de que algunos grupos poblacionales pueden estar más afectados que otros, generando desigualdades sociales, y que algunas enfermedades se pueden prevenir fácilmente.

En particular, el interés por el estudio de los trastornos y enfermedades mentales y sus vínculos con el lugar de trabajo se debe a las siguientes condiciones:

- son de gran importancia para la salud pública;
- tienen un fuerte impacto sobre el trabajo, por ejemplo, bajas por enfermedad y jubilación anticipada;
- tienen factores de riesgo derivados de las exigencias y las condiciones del trabajo;
- se pueden prevenir mediante la acción desde la salud pública y desde la prevención de riesgos laborales;
- se pueden prevenir eficazmente haciendo de los lugares de trabajo un lugar de refuerzo de la salud y la prevención.

La combinación de alta prevalencia, inicio temprano y la cronicidad de los trastornos mentales, implica una contribución importante de los mismos a la carga total de enfermedad. La mayoría de los trastornos mentales relacionados con la discapacidad, incluida la mortalidad prematura, especialmente por suicidio, aumenta de manera significativa la carga global de la enfermedad. Y debido a esta combinación, la carga económica asociada a los trastornos mentales es inmensa.

El informe realizado por el Foro Económico Mundial junto con la Facultad de Salud Pública de Harvard en 2011 (World Economic Forum, 2011), analizó el impacto económico de las enfermedades crónicas más frecuentes: el cáncer, los trastornos cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y los trastornos mentales, y estimó su carga económica para los próximos 20 años. Consideradas globalmente, estas enfermedades crónicas supondrían un coste acumulado mundial de 47 billones de dólares durante el período comprendido entre el año 2011 y el 2030, siendo los trastornos mentales responsables de 6 billones de dólares en las próximas dos décadas, lo que equivale al 1,3% del PIB mundial.

Para hacer frente a estas enfermedades, en el año 2002, todavía con una Unión Europea de 15 miembros, la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo lanzó una campaña de concienciación sobre los riesgos psicosociales, bajo el eslogan “Trabajemos contra el estrés”. La Agencia comunicaba entonces que *“El estrés provoca la pérdida de millones de jornadas laborales cada año. Las cifras son elocuentes, pero son demasiadas las víctimas que sufren sin decir nada y demasiadas también las empresas que no se dan cuenta de que el estrés puede incidir en gran medida en su rendimiento comercial”*. Una década después, podemos decir que existe mayor concienciación en cuanto a las causas de los riesgos psicosociales, pero no se puede afirmar que hayan mejorado las cifras ni que haya una mejor comprensión de sus consecuencias, sea a nivel de salud organizacional o de salud individual (Agencia, 2011).

Los datos de la encuesta pan-europea ESENER indican que los accidentes, los trastornos musculoesqueléticos y el estrés laboral son las cuestiones de seguridad y salud en el trabajo que más preocupan en los lugares de trabajo europeos (ESENER incluye datos del sector público y privado, en establecimientos de 10 o más empleados). La violencia y, especialmente, el acoso moral y el hostigamiento, parecen generar una gran preocupación en numerosos lugares de trabajo, tanto en el sector público como en el privado. Sin embargo, los datos también muestran que aún persisten diferencias geográficas significativas en cuanto a la preocupación por riesgos psicosociales como el estrés, la violencia y el acoso laboral y, dadas las similitudes en el entorno de trabajo de los Estados miembros, no es aventurado asumir que esas diferencias están más relacionadas con los distintos niveles de sensibilización que con diferencias reales en cuanto a los niveles de exposición a estos riesgos.

Además, la Agencia Europea ha comunicado que la mayoría de las empresas europeas aún no disponen de procedimientos para hacer frente al estrés y a otros riesgos psicosociales en el lugar de trabajo, a pesar de que éstos planteen una amenaza cada vez mayor para los trabajadores europeos. La Agencia estudia esta situación en dos nuevos informes, en los que se analizan las razones por las que, pese a que un 79% de los directivos de la Unión

Europea (UE) se muestran preocupados por el estrés en el trabajo, y otro 40%, por la violencia y el acoso en este mismo entorno, aún se registra un 74% de empresas europeas que no aplican procedimientos para hacer frente a estos problemas.

Estos informes se elaboran en un momento en el que cada vez más trabajadores europeos afirman tener problemas de estrés, y con un sondeo de opinión reciente que revela que el 80% de los trabajadores de la UE prevé que los niveles de estrés aumentarán en los próximos cinco años. En los informes citados se estudiaron los factores que permiten que las empresas tengan más posibilidades de abordar estos problemas con éxito, como, por ejemplo, las preocupaciones manifestadas directamente por los empleados y la sensibilización sobre el argumento comercial para abordar estas cuestiones con seriedad: actualmente, se piensa que los riesgos psicosociales son la causa de entre un 50 y un 60% de todas las jornadas de trabajo perdidas, mientras que se estima que los trastornos de salud mental costarán a la UE 240.000 millones de euros al año. Las empresas que son conscientes de la estrecha relación existente entre los riesgos psicosociales y las elevadas tasas de absentismo son mucho más propensas a realizar importantes esfuerzos para abordar estos riesgos.

A la vista de los datos sobre los obstáculos que dificultan una mejor gestión de los riesgos psicosociales, los niveles de externalización de la prevención psicosocial, y las necesidades de información, la Agencia planteó a su Consejo de Administración llevar a cabo una nueva campaña europea, esta vez dedicada específicamente a identificar y diseminar las herramientas prácticas que se han creado en la última década, desde la celebración de la primera campaña, y que pueden permitir a las empresas abordar la gestión de los riesgos psicosociales. En su reunión de Marzo de 2011, el Consejo de Administración (que incluye un representante de los empresarios, de los sindicatos y del gobierno por cada uno de los 27 países miembros, además de la Comisión Europea y observadores) aprobó que las *“Soluciones prácticas para los riesgos psicosociales”* constituyeran el tema de la Campaña europea que tendrá lugar en 2014-15.

2.

El coste de la enfermedad

La estimación del coste de la enfermedad constituye un aspecto fundamental tanto para el conocimiento de la magnitud de un determinado problema de salud como para la asignación de recursos sanitarios, humanos y materiales, destinados a aminorar los efectos indeseables de la enfermedad crónica sobre los pacientes, el sistema sanitario y la sociedad que lo sustenta (Rice, 1994).

Los estudios en que se realizan estimaciones del coste de la enfermedad son importantes porque contribuyen a: a) definir la magnitud de la enfermedad en términos monetarios; b) justificar y evaluar los programas de intervención; c) ayudar en la asignación de los recursos de investigación; d) proporcionar una base para la política de planificación en relación con la prevención y las nuevas iniciativas, y e) proporcionar un marco económico para los programas de evaluación (López-Bastida, 2006).

El coste de la enfermedad sería el resultado de la suma de 3 elementos, a saber: los costes directos que se originan de la utilización de recursos para prevenir, detectar y tratar las enfermedades; los costes indirectos relacionados con el tiempo perdido, entre los que se cuenta la pérdida de productividad causada por la discapacidad (permanente o temporal) y la mortalidad prematura, y los efectos sobre el bienestar (costes psicológicos, intangibles) como incapacidad, angustia y ansiedad que se atribuyen necesariamente a la pérdida de calidad de vida que deviene de la enfermedad.

Los accidentes y enfermedades derivados del trabajo repercuten directamente sobre los trabajadores y sus familias, pero también sobre el conjunto de la sociedad. La carga que se deriva de estos problemas de salud no es únicamente una cuestión de índole económica, pero es habitual expresarla en unidades monetarias, al menos en los componentes que son más fácilmente cuantificables.

3.

Antecedentes

En el año 2010 comenzamos el estudio sobre **Carga Mental y Trabajo** con el objetivo general de estimar las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España, así como los costes asociados a las mismas.

En la **primera fase** del proyecto recopilamos la evidencia científica disponible para la estimación de la morbilidad y mortalidad específicas por trastornos mentales y del comportamiento derivados del trabajo en España, teniendo como objetivos específicos: (1) realizar una revisión exhaustiva de la literatura epidemiológica con criterios de calidad y de selección; (2) definir el alcance de los trastornos mentales y del comportamiento derivados del trabajo; (3) elaborar el listado de diagnósticos médicos correspondiente a los trastornos mentales y del comportamiento para los cuales existe en la literatura científica información objetiva y documentada sobre la asociación con el trabajo; (4) identificar las fuentes de información disponibles en España para obtener datos de calidad. Ello culminó con la preparación de un primer informe en 2010 titulado *Carga Mental y Trabajo* (García Gómez *et al.* 2010), que fue presentado a la sociedad en la I Jornada Confederal de Salud Laboral de UGT “Análisis e investigación sobre los riesgos psicosociales”, celebrada el día 20 de diciembre de 2010, en el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. En el informe se estudiaron también los cambios estructurales (tecnologías de la información y la comunicación, crecimiento del sector servicios, integración y globalización, cambios en las formas de gestión, cambios en la fuerza de trabajo), y los cambios en los contenidos de trabajo (nuevas formas de trabajar, nuevas cualificaciones, pequeñas y medianas empresas, ritmo y carga de trabajo) del cambiante mundo del trabajo, así como algunas consecuencias de estos cambios en el futuro. Se analizó la desigual distribución de los factores de riesgo psicosociales, realizando comparaciones entre países europeos y entre Comunidades Autónomas.

Una vez recopilada la evidencia científica sobre el tema e identificadas las fuentes de información disponibles en España, en la **segunda fase** del proyecto, desarrollada durante 2011, estimamos la carga de enfermedad mental atribuible al trabajo y los costes sanitarios directos asociados a la misma en España en 2010, derivados de su atención en el Sistema Nacional de Salud. El informe final *Enfermedades Mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010* (García Gómez *et al.* 2011) fue presentado a la sociedad en la II Jornada Confederal de Salud Laboral de UGT “Análisis e Investigación sobre los Riesgos Psicosociales”, celebrada el 1 de diciembre de 2011 en el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

En la **tercera fase** del estudio, desarrollada durante 2012, nos propusimos estimar una parte de los costes indirectos debidos a la pérdida de productividad que generaron estas enfermedades en España en 2010 (García Gómez *et al.* 2012). Calculamos las pérdidas de producción asociadas a muertes prematuras y a incapacidades temporales debidas a trastornos mentales y del comportamiento atribuibles al trabajo acaecidas en España durante el año 2010. El informe final *Costes laborales de las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España en 2010* (García Gómez *et al.* 2012) fue presentado a la sociedad en el Seminario sobre Riesgos Psicosociales celebrado el 8 de noviembre de 2012 en la Escuela Julián Besteiro de Madrid.

4.

Metodología de medición de costes

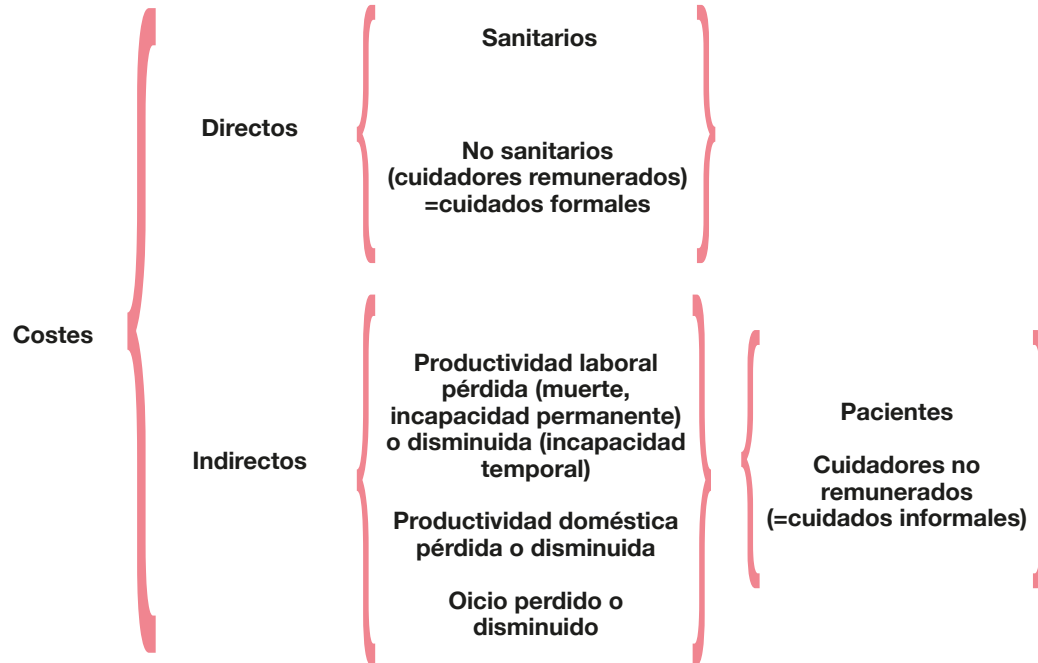
Dos métodos pueden emplearse para estimar el coste de las enfermedades: el método del capital humano y el de la disponibilidad a pagar (willingness-to-pay, o WTP). El primero de ellos busca contabilizar los recursos perdidos como consecuencia de los accidentes y enfermedades, asignando un valor monetario a estas pérdidas. Partiendo de este enfoque, el impacto económico de las enfermedades incluye fundamentalmente dos tipos de costes: en primer lugar, los denominados costes sanitarios o directos, que incluyen la factura de los servicios médicos utilizados en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; en segundo lugar, los costes indirectos, en los que se integran las pérdidas de productividad laboral causadas por la mortalidad prematura derivada de dichas enfermedades, así como las causadas por las bajas laborales correspondientes (temporales y permanentes). La consideración integral del conjunto de costes directos e indirectos exigiría tener en cuenta algunas dimensiones más, tal y como refleja la Figura 1. Sin embargo, las dificultades de medición hacen que la mayoría de estudios de este ámbito restrinja el análisis de los costes directos a los estrictamente sanitarios, y el de los costes indirectos a los ya mencionados de productividad laboral perdida.

Una tercera categoría de costes vendría dada por los intangibles, referidos al dolor y sufrimiento que padecen tanto los enfermos como sus familias. No obstante, esta última categoría se excluye habitualmente de los análisis, dadas las importantes dificultades asociadas a la asignación de un valor monetario a fenómenos como el dolor o la pérdida de calidad de vida¹.

¹ Existen otras posibles clasificaciones de los costes, como la de Driscoll *et al.* (2004), que incorpora las siguientes categorías: costes por pérdidas de producción, costes de capital humano, costes sanitarios y de rehabilitación, costes de administración, de transferencia y otros costes. No obstante, la mayor parte de los estudios que miden costes de enfermedades se decantan por la clasificación empleada en este trabajo.

Figura 1

Clasificación de costes derivados de los problemas de salud



Fuente: Lobo et al. (2004)

Por su parte, el método de la disponibilidad a pagar es un método alternativo para determinar el coste de las enfermedades que no distingue entre costes directos e indirectos. La idea que subyace a este enfoque es que son los propios individuos quienes mejor conocen el coste real que les supone cualquier dolencia o enfermedad, y por tanto son ellos quienes están en mejor posición para evaluar los costes médicos, ingresos perdidos, cargas familiares, dolor y sufrimiento (Leigh et al., 2000). En este caso, el coste total vendría aproximado por la cantidad que la sociedad está dispuesta a pagar para evitar que se produzcan los problemas de salud derivados del trabajo. No obstante, se trata de un método más apropiado para evaluar los costes y beneficios de una actuación que para obtener una estimación de la magnitud total de un problema. De hecho, la práctica totalidad de los trabajos que estiman el coste derivado de las enfermedades opta por el método del capital humano.

Otra cuestión metodológica relevante en relación con los estudios de costes de las enfermedades consiste en elegir entre los dos enfoques posibles en relación con la determinación del período de análisis: el enfoque de prevalencia y el de incidencia. El primero de ellos permite estimar el valor de los costes generados por todos los enfermos existentes en un momento del tiempo, con independencia de cuándo fueron diagnosticados. Por su parte, el enfoque de incidencia únicamente contabiliza los casos de nuevo diagnóstico en el período analizado, ofreciendo así una estimación de los costes futuros que generan dichos casos.

Dados los objetivos de nuestro estudio, en el cómputo de los costes directos se empleó el enfoque de prevalencia, mientras que para la cuantificación de los costes indirectos habrían de combinarse ambos enfoques.

4.1. Cálculo de los costes directos

Por lo que se refiere al gasto sanitario, y que conozcamos, la magnitud del impacto económico de las enfermedades laborales en España ha sido estimada en tan solo dos estudios publicados, uno de la European Agency for Safety and Health at Work (1998), y otro de García *et al.* (2007). El primero se basó en una encuesta a los Estados Miembros en la que España estimaba el importe de los costes directos e indirectos en algo más del 3% del PIB. Además de las enfermedades profesionales, en este estudio se incluyeron los accidentes de trabajo. Se partía de las cuentas de la seguridad social, y se analizaron los costos de la discapacidad, la atención sanitaria, farmacéutica y las pensiones. El segundo estudio optó por tomar los datos de coste directo de un estudio norteamericano (Leigh y Robbins, 2004), y solo para cuatro grupos de enfermedades: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y del sistema nervioso. No es infrecuente que los estudios sobre el coste de las enfermedades empleen, ante la ausencia de datos precisos para el caso español, información procedente de otros países que se encuentra en la literatura científica.

Alternativamente, a la hora de calcular el impacto económico de una patología concreta (o conjunto de patologías) para España, se emplean trabajos españoles de ámbito regional cuyos resultados se extrapolan al conjunto del país (Oliva-Moreno *et al.*, 2006), o bien trabajos de un ámbito geográfico mucho más restringido que han obtenido datos directos de los pacientes².

² Un buen ejemplo de los estudios que obtienen datos directamente de los pacientes en una determinada área es el de Serra-Batllés *et al.* (1998).

Dada la inexistencia de fuentes primarias de información sobre todos los componentes de los costes directos, lo más habitual es combinar fuentes primarias con fuentes secundarias (Oliva *et al.*, 2004). Las primeras se asocian normalmente al cálculo de los costes correspondientes a los ingresos hospitalarios y a la atención ambulatoria especializada, gracias a la disponibilidad de los datos procedentes del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

El Repositorio de Información del Sistema Nacional de Salud aporta toda la información relativa a los episodios de hospitalización, incluyendo información sobre los costes hospitalarios, obtenidos por los sistemas de contabilidad analítica. Anualmente se obtienen los costes totales nacionales y los costes medios para todos los pacientes, de acuerdo con la metodología establecida en el marco del proyecto “Análisis y desarrollo de los GRD en el Sistema Nacional de Salud”, sobre una muestra de altas representativa del conjunto de hospitales del Estado Español. De esta manera, es posible obtener el coste por paciente con un diagnóstico dado, una vez integrado el uso de recursos, así como la estancia media asociada.

Con el fin de facilitar el análisis del gasto en los hospitales españoles, desde el Instituto de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad³, se ha procedido a adaptar la llamada “Unidad Ponderada Asistencial”⁴ (U.P.A.) por modos de producción, incorporando a la valoración de la actividad hospitalaria la que se genera en áreas de hospitalización parcial (hospital de día y domiciliaria) y la cirugía sin ingreso (cirugía mayor ambulatoria). En nuestro estudio, hemos utilizado este concepto para obtener el coste que supone la atención ambulatoria especializada a los trastornos mentales y del comportamiento, calculando las Unidades Ponderadas de Actividad para España en el año 2010 para el global de los trastornos mentales, por un lado, y para las principales categorías diagnósticas, por otro, a partir del coste por proceso hospitalario y la estancia media, con la fórmula:

$$\text{U.P.A. "Trastornos mentales" 2010} = (\text{coste por proceso/estancia media}) * 0,75.$$

En base a dichos cálculos, podemos completar el conocimiento de los gastos directos por atención especializada de las enfermedades de origen laboral obtenidas en este estudio.

³ Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado evolución 2000-2008. [Acceso abril de 2011]. Disponible en: http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Evolutivo_2000-2008.pdf

⁴ Bestard JJ, Sevilla F, Corella MI. y Elola J. (1993). La unidad ponderada asistencial (UPA): nueva herramienta para la presupuestación hospitalaria. Gaceta Sanitaria, 39, pág. 263- 273.

No disponemos de similar información procedente de la Atención Primaria de Salud. El grupo de trabajo del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), tiene muy avanzado el proceso de construir una base de datos con información clínica procedente de primaria, que podrá en el futuro aportar datos de costes de los diferentes problemas de salud que se quieran analizar, partiendo de las visitas que se efectúan, los procedimientos que se aplican, tanto diagnósticos (realizados por primaria o solicitados a especializada), como terapéuticos (incluyendo la prescripción farmacéutica), así como las interconsultas solicitadas al segundo nivel de la atención sanitaria. Cuando se alcance el consenso en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se pilote el programa, y los datos se establezcan y sean suficientemente fiables, dispondremos de información valiosa con la que poder completar el estudio del gasto que las enfermedades derivadas del trabajo no financiadas por el Sistema de Seguridad Social suponen para el Sistema Nacional de Salud español.

Hasta entonces, utilizamos como fuente primaria la información que aporta el CMBD para el coste de hospitalización de las enfermedades objeto de estudio, y fuentes secundarias para estimar el coste sanitario total. Por otra parte, y siguiendo la pauta marcada por la mayor parte de trabajos previos, se excluyeron del análisis otro tipo de costes directos no estrictamente sanitarios, en los que vendrían recogidas las remuneraciones a las personas cuidadoras de los enfermos.

Como se puede apreciar, las limitaciones de información condicionan inexorablemente el método empleado en el cómputo de los costes. En los últimos años se han producido algunos avances importantes en este ámbito, que nos proporcionan fuentes secundarias de información para realizar nuestros cálculos. Así, la Generalitat de Catalunya publica desde 2007 una distribución de gastos por enfermedades, cuya última edición está disponible desde el mes de septiembre de 2010. Dicho estudio proporciona información a distintos niveles de desagregación. En el capítulo elaborado por Pastor y Gisbert se ofrecen datos sobre el presupuesto sanitario del Catesalut para el ejercicio 2008 asociado a cada una de las 17 categorías de enfermedades en las que se subdivide la CIE-9, distinguiendo asimismo entre atención especializada (AE), atención primaria (AP) y atención farmacéutica (AF), tal y como muestra la Tabla 1.

A partir de esta información, para cada enfermedad considerada se han realizado dos tipos de análisis: en primer lugar, se han utilizado los datos primarios de coste de la atención especializada del SNS (ambulatoria e ingresos hospitalarios) (repositorio del CMBD 2010), correspondiente a los casos atendidos y que podrían ser atribuidos al trabajo, que se han calculado en este estudio.

En segundo lugar, el trabajo realizado sobre las fuentes secundarias fue el de calcular los pesos relativos de gasto de la atención primaria de salud y la atención farmacéutica en relación el coste hospitalario, a partir de los datos suministrados por la Generalitat de Catalunya. En el caso de los trastornos mentales, la atención especializada (AE) en Catalunya asciende a 249.750 miles de euros, la atención primaria (AP) a 269.658 miles de euros, y la atención farmacéutica (AF) a 249.814 miles de euros. A partir de estas cifras, hemos obtenido los siguientes factores de coste:

$$\text{Factor de coste para AP} = \text{gasto AP} / \text{gasto AE} = 1,08$$

$$\text{Factor de coste para AF} = \text{gasto AF} / \text{gasto AE} = 1,00$$

Estos factores se han aplicado posteriormente al coste de la atención especializada de los trastornos mentales calculado con fuentes primarias del SNS.

Tabla 1
Distribución del presupuesto 2008 del CatSalut/ICS por categorías CIE-9-MC (miles de euros)

CIM-9	AE	AP	AF	Total
I Malalties infeccioses i parasitàries	48.462	51.817	108.603	208.882
II Neoplàsies	488.882	17.745	255.409	762.036
III Malalties endocrines, nutricionals i metabòliques, i trastorns de la immunitat	77.753	169.351	98.444	345.548
IV Malalties de la sang i els òrgans hematopoètics	75.578	16.478	16.885	108.941
V Trastorns mentals	249.750	269.658	249.814	769.222
VI Malalties del sistema nerviós i els òrgans dels sentits	408.828	114.589	127.841	651.258
VII Malalties de l'aparell circulatori	556.396	183.153	393.416	1.132.965
VIII Malalties de l'aparell respiratori	351.402	176.849	167.270	695.521
IX Malalties d'aparell digestiu	355.528	84.183	99.006	538.717
X Malalties de l'aparell genitourinari	343.523	69.194	102.777	515.494
XI Complicacions de l'embaràs, el part i el puerperi	180.024	4.604	24.554	209.182
XII Malalties de la pell i el teixit subcutani	58.402	43.592	23.789	125.783
XIII Malalties del sist. musculoesquelètic i del teixit connectiu	211.172	120.380	90.180	421.732
XIV Malalties congènites	21.072	2.353	3.256	26.681
XV Afeccions originades en el període perinatal	85.842	333	460	86.635
XVI Síntomes, signes i afeccions mal definits	80.699	108.001	121.348	310.048
XVII Lesions i intoxicacions	434.235	78.698	99.346	612.279
Total	4.027.549	1.510.978	1.982.397	7.520.925

Fuente: Pastor y Gisbert (2010)

4.1.1. Variables estudiadas en el CMBD

Año: 2010.

Geografía del Hospital: todas las Comunidades Autónomas.

Grupos de edad: distinta según la estimación aplicada: de 16 a 65 años para Castejón; ≥ 25 para Toppinen *et al.*, Gobierno de Queensland, Nurminen y Karjalainen; de 15 a 69 años para nuestras estimaciones.

Sexo: ambos sexos.

Diagnóstico CIE-9-MC: categorías diagnósticas 290 a 319, excepto psicosis (294-299) y retrasos mentales (317-319).

Casos en el CMBD-H: total de altas por trastornos mentales y del comportamiento atendidos con hospitalización. Para el cómputo se considera solo el total de altas válidas. Del total de registros procesados se excluyen aquellos casos con fecha de alta fuera del año o inexistente, registros duplicados y los correspondientes a posibles casos atendidos sin ingreso en hospitalización (idéntica fecha de ingreso y alta excepto si esta se ha producido por fallecimiento, traslado o alta voluntaria).

Casos en el CMBD-AAE: casos atendidos (contactos, sesiones, visitas, según el área de atención). Para el cómputo se han considerado solo el total de casos válidos. Del total de registros procesados se han excluido aquellos casos con fecha de contacto fuera del año o inexistente, así como los registros duplicados.

Estancia media: promedio de estancia (de todos los casos seleccionados).

Coste Medio: expresa el coste medio estimado a partir de los casos atendidos en una muestra representativa de hospitales del SNS para el año correspondiente.

Unidad Ponderada de Actividad (U.P.A.): valoración de la producción hospitalaria adaptando la llamada “unidad ponderada asistencial” (UPA) por modos de producción, incorporando a dicha valoración de la actividad la que se genera en áreas de hospitalización parcial (hospital de día y domiciliaria) y la cirugía sin ingreso (cirugía mayor ambulatoria).

4.2. Cálculo de los costes indirectos

El enfoque habitualmente empleado en la medición de los costes indirectos de la enfermedad es el de la teoría del capital humano. Siguiendo este enfoque, el coste indirecto designa las pérdidas potenciales de producción que ocasiona una enfermedad o, dicho de otro modo, los recursos que dejan de generarse por su causa. Una interpretación más amplia de coste indirecto (CCOHTA, 1997), llevaría a identificar como tal todo el tiempo perdido a consecuencia de la enfermedad que está siendo objeto de estudio, lo que llevaría a incluir las siguientes partidas (Oliva, 2008 y 2010):

- Productividad laboral perdida por los pacientes.
- Productividad laboral perdida por los cuidadores (generalmente: pareja/cónyuge, amigos y familiares).
- Productividad doméstica perdida por los pacientes (también llamada productividad no laboral o no remunerada).
- Productividad doméstica perdida por los cuidadores.
- Tiempo de ocio perdido por los pacientes.
- Tiempo de ocio perdido por los cuidadores.

Muchas de estas partidas son “invisibles” (Durán, 2002), en el sentido de que los sistemas de contabilidad nacional tradicionales no computan las pérdidas de tiempo dedicado al trabajo, a las tareas domésticas o al ocio, a pesar de lo cual tienen un impacto en el bienestar social y por consiguiente resulta interesante identificarlos y cuantificarlos debidamente. No obstante, y sin dejar de reconocer la importancia de todas y cada una de las partidas mencionadas, debido a los problemas de información para la estimación de algunas de ellas nos centraremos en aquellas para las cuales disponemos de fuentes fiables para apoyar las estimaciones. Ello nos llevará a considerar el coste por la productividad laboral perdida a causa de la mortalidad y a causa de la morbilidad por incapacidad temporal.

4.2.1. Estimación de la productividad laboral perdida (Mortalidad)

Los datos epidemiológicos necesarios para el cálculo de las muertes y los Años Potenciales de Vida Perdidos se obtuvieron del Registro de Defunciones según la Causa de Muerte correspondiente al año de estudio, publicados por el INE. Dicha fuente proporciona información anual sobre los fallecimientos acaecidos dentro del territorio nacional atendiendo a la causa básica que los determinó y distinguiendo por Comunidad Autónoma de residencia. Para ello se emplea la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud. Se seleccionaron las causas de muertes correspondientes a Trastornos mentales y del comportamiento y a Suicidios y lesiones autoinfligidas.

Una vez que se conoce la edad de fallecimiento de cada individuo y los salarios esperados, se realiza el cálculo del flujo presente y futuro de la productividad laboral perdida por una muerte prematura ocasionada por cualquiera de las causas consideradas. Con este fin, para cada muerte producida en un grupo de edad y género determinado, se irá aplicando la tasa de ocupación y ganancia salarial esperados a cada periodo posterior hasta un límite prefijado (en nuestro caso, los 65 años). A los valores futuros obtenidos se les aplicó una tasa anual de descuento del tres por ciento y una tasa anual de crecimiento de la productividad laboral del uno por ciento. Este es el caso base, al cual se aplica un análisis de sensibilidad. Para ello se consideran dos tasas de descuento alternativas, cero por ciento y seis por ciento, y dos nuevas tasas de crecimiento de la productividad laboral, cero por ciento y dos por ciento. Asimismo, se utilizaron los datos referidos por el Instituto Nacional de Estadística sobre tasas de ocupación para los siguientes rangos de edad: 20-24; 25-54; y 55 en adelante, en una primera estimación (conservadora), y tramos de edad de 5 en 5 años a partir de los 20 y hasta los 64 donde, para el cálculo directo de la tasa de ocupación, se emplea la población en edad de trabajar y la población empleada facilitada por el INE para los tramos señalados.

Junto con el cálculo de la pérdida laboral, se aporta información sobre otro indicador medido en unidades físicas: los Años Potenciales de Vida Laboral Perdidos (APVLP). Este indicador aporta información complementaria al cálculo de la pérdida laboral, estando a medio camino entre el concepto de la carga de la enfermedad y el de impacto económico de la pérdida laboral. Los APVLP se calculan a partir del número de fallecimientos en edad laboral o en edad previa al momento de acceso al mercado de trabajo (menores de 16 años). Se consideró como edad límite de permanencia en el mercado de trabajo la edad legal de jubilación, es decir, los 65 años. Como criterio de prudencia sólo se consideraron fallecimientos acaecidos en personas de 20 y más años.

Estos cuatro elementos (muertes totales, muertes prematuras, pérdidas laborales, y APVLP) se integran en un conjunto de información sobre indicadores relacionados con el coste social de los fallecimientos prematuros.

4.2.2. Estimación de la productividad laboral disminuida (Incapacidad temporal)

Las pérdidas laborales ocasionadas por enfermedades y accidentes no sólo se deben a los fallecimientos provocados por las mismas. Entre los supervivientes, muchos de ellos quedan incapacitados para poder desarrollar sus actividades laborales, bien durante un periodo de tiempo limitado, bien de manera permanente.

Se entiende por Incapacidad Temporal (IT) aquella situación del trabajador en la que se encuentra imposibilitado temporalmente para trabajar y precisa asistencia sanitaria. La causa de la IT puede ser una enfermedad, común o profesional, o bien un accidente, sea o no en el puesto de trabajo.

Para ser beneficiario de una prestación por IT, las personas integradas en el Régimen General deben “estar afiliadas y en alta o en situación asimilada al alta en la fecha del hecho causante, mientras reciban asistencia sanitaria de la Seguridad Social y estén impedidas para el trabajo. Si la incapacidad deriva de accidente de trabajo o enfermedad profesional, se considerarán de pleno derecho afiliadas y en alta, aunque el empresario haya incumplido sus obligaciones”. Adicionalmente, se requiere “tener cubierto un período de cotización de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores al hecho causante, en caso de enfermedad común”.

En caso de accidente, sea o no de trabajo, y de enfermedad profesional, no se exige período previo de cotización. En caso de accidente común o enfermedad no profesional, el nacimiento del derecho de la prestación se produce a partir del cuarto día de la fecha de baja en el trabajo, mientras que en caso de enfermedad profesional o accidente en el puesto de trabajo, se reconoce desde el mismo día.

En el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos en el Régimen Especial de los Empleados de Hogar, la condición básica para recibir una prestación por IT es estar al corriente en el pago de cuotas.

Así pues, la IT es una clasificación administrativa que recoge el derecho al cobro de una prestación en caso de que acontezca una de las contingencias protegidas. Estas son, básicamente, la aparición de una enfermedad, común o profesional, y el accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador esté impedido para el trabajo y reciba asistencia sanitaria.

Los datos que se emplearon para la estimación de las pérdidas laborales asociadas a situaciones de IT se obtuvieron de la combinación de dos fuentes de datos. La primera es la correspondiente a las bajas laborales por enfermedad común de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales objeto de estudio. De dicha base de datos se ha obtenido la distribución territorial, por Comunidad Autónoma (CA), por edad y sexo del número de días de baja por IT acaecidas durante el año 2010.

El elemento clave a identificar, medir y valorar en este caso es, por lo tanto, la productividad laboral perdida a consecuencia de las enfermedades mentales. No obstante, el concepto de productividad laboral es difícilmente observable y mensurable. Dada la dificultad de medición del concepto, basándonos en las teorías económicas del capital humano (Grossman 1972 y 2000; Hodgson y Meiners, 1982), se considera que una manera razonable de aproximarnos a la productividad de un individuo es la remuneración que obtiene por su trabajo, esto es, el salario bruto (o ganancia salarial) que éste obtiene.

El salario bruto medio, ajustado por CA, edad y sexo, se obtiene de la Encuesta de Estructura Salarial (EES) del Instituto Nacional de Estadística (INE). Este concepto incluye las remuneraciones en metálico y en especie, pagadas a los trabajadores por el tiempo trabajado o por la labor realizada, y la remuneración por períodos de tiempo no trabajados, como vacaciones y días festivos. Se computan los devengos brutos, es decir, antes de haber practicado las deducciones de las aportaciones a la Seguridad Social por cuenta del trabajador o las retenciones a cuenta del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

La tercera fuente de datos a considerar es la información publicada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social referida al número de casos de Incapacidad Temporal acaecidos durante el año 2010 y su duración. Concretamente, la información se refiere a la duración media de los procesos finalizados en el periodo y al número medio mensual de procesos iniciados en el periodo. Se asume que la duración media de los procesos de IT durante el año 2010 es la misma que la duración media de los procesos finalizados. Por la misma razón, se considera que el número medio mensual de procesos iniciados en el periodo es una buena aproximación al número medio mensual de procesos existentes durante el periodo cuando se extrapolan a términos anuales. Las entidades que aportaron la información a partir de la cual se realiza la estimación de la pérdida de producción asociada a IT fueron el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Social de la Marina y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Estas tres fuentes de datos se combinan para estimar el número totales de días de baja por IT imputables a enfermedades mentales acaecidas en 2010 y su valoración monetaria (estimación de la productividad laboral perdida). De la base de datos de la Mutualidad obtenemos la distribución de los días de baja por Comunidad Autónoma (CA), sexo y tramo etario, de la Encuesta de Estructura Salarial la valoración de los días de trabajo perdidos ajustados por CA, sexo y edad, y con los datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social se extrapolan los anteriores resultados al total nacional.

5.

Resultados

Los principales resultados que obtuvimos en estos trabajos fueron los siguientes.

5.1. Carga mental y trabajo

1. El estrés puede provocar enfermedades y sufrimiento a las personas, tanto en su trabajo como en el hogar. Puede igualmente poner en peligro la seguridad en el lugar de trabajo y contribuir a otros problemas de salud laboral, como los trastornos osteomusculares y cardiovasculares. Tras las enfermedades osteomusculares, la segunda causa de baja laboral, temporal y permanente, la ocupan los trastornos mentales.
2. Por lo que se refiere al reconocimiento de los trastornos mentales como enfermedades profesionales, cabe señalar que no están incluidas en el Cuadro de Enfermedades Profesionales en el sistema de la Seguridad Social español. A nivel internacional, la OIT, por primera vez en 2010, introdujo los trastornos mentales y del comportamiento en la nueva lista de enfermedades profesionales aprobada en su reunión de 25 de marzo de 2010, que sustituye a la anterior de 2002.
3. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la Ley de Prevención de Riesgos Laborales incluye como daños derivados del trabajo a las enfermedades, patologías o lesiones sufridas con motivo u ocasión del trabajo, y entiende dentro del concepto “*condición de trabajo*” todas aquellas características del trabajo, incluidas las relativas a su organización y ordenación, que influyan en la magnitud de los riesgos a que esté expuesto el trabajador. Esto incluye a los factores psicosociales.
4. Un estudio de la OIT sobre salud mental y trabajo mostraba que la incidencia de los problemas de salud mental está aumentando, hasta el punto de que uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en algunos casos llevan al desempleo y a la hospitalización. El informe calcula que, en los países de la Unión Europea, entre un 3 y un 4% del PIB se gasta en problemas de salud mental.

5. La actual crisis económica mundial comportará algunos de los retos más grandes que se hayan presentado nunca para la salud pública: desnutrición y consumo de alimentos menos nutritivos; incremento de la población sin hogar; el paro y lo que comporta: pobreza relativa, pérdida de autoestima, comportamientos poco saludables, aumento de suicidios, etc.; drogadicción, depresión y otros problemas de salud mental (más tasas de alcoholismo, suicidios...); mortalidad aumentada; salud infantil deteriorada; violencia (producto de la frustración, desesperación por estar en paro, subocupación...); problemas de salud ambiental y laboral; injusticia social y violación de derechos humanos; problemas de disponibilidad, accesibilidad de los servicios de atención médica, etc.
6. La enfermedad mental, a su vez, contribuye a estos resultados, por lo que constituye un círculo vicioso. Por lo tanto, una reducción del gasto social y en salud por parte del Estado puede aumentar la carga de la enfermedad mental no tratada y, finalmente, el coste puede ser mayor de lo que se ahorra.
7. Según los datos de la Encuesta Nacional de Salud, los trabajadores parados, tanto hombres como mujeres, padecen más depresión, ansiedad, u otros trastornos mentales, que los trabajadores ocupados. Y también consumen más tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir.
8. Los trastornos mentales son los responsables de, aproximadamente, el 11% de la carga de la enfermedad en términos de consumo de recursos, discapacidades laborales e impacto en la calidad de vida de los pacientes. Se prevé que esta proporción aumente hasta casi un 15% en 2020, por lo que las intervenciones o tratamientos para los trastornos mentales serán cada vez más necesarios.
9. La reducción del estrés laboral y de los riesgos psicosociales no es sólo una obligación moral, sino también un imperativo legal. Justifican asimismo la reducción del estrés sólidos argumentos económicos.

5.2. Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010

1. Según nuestras estimaciones, el gasto sanitario directo de los trastornos mentales y del comportamiento atribuibles al trabajo en España en 2010, oscila entre 150 y 372 millones de euros. Este gasto representa entre el 0,24% y el 0,58% del gasto sanitario español para ese año.
2. Este gasto sanitario es desigual para hombres y mujeres, siendo en global el coste en los hombres casi el doble que el de las mujeres.
3. Por categorías diagnósticas, destaca el coste que supone la atención sanitaria a los trastornos por uso de sustancias, más de 35 millones de euros (casi cuatro veces más en hombres que en mujeres).
4. En segundo lugar, la atención a los trastornos de ansiedad, casi 15 millones de euros, suponen el segundo monto de este gasto sanitario, mayor aquí en el caso de las mujeres. Le siguen la depresión y el estrés.
5. Las incapacidades laborales por trastornos mentales y del comportamiento son más frecuentes en las trabajadoras que en los trabajadores, en todas las variables estudiadas. Y también son más prevalentes en los trabajadores menos cualificados, peones y subalternos, sobre todo en las mujeres. En el extremo opuesto se hallan los ingenieros y licenciados.
6. Según los cálculos realizados a partir de los excesos de riesgo hallados, hemos estimado que la fracción atribuible a factores de riesgo laboral de los trastornos mentales y del comportamiento es del 10,8%, 13,14% para los hombres y 8,29% en el caso de las mujeres.
7. Es decir, entre el 11 y el 27% de los trastornos y enfermedades mentales pueden ser atribuidos a las condiciones de trabajo, lo que representa la proporción de enfermedad que podría ser prevenida o evitada si la exposición origen del daño no ocurriera.
8. Las desigualdades sociales se reflejan también en el consumo de medicamentos. A medida que descendemos en la escala social, el porcentaje de consumidores de medicamentos tranquilizantes, rela-

jantes y pastillas para dormir, se incrementa, así como el consumo de antidepresivos, sobre todo en las mujeres. En adecuada correlación, a medida que descendemos en la escala social la proporción de personas que padecen depresión, ansiedad u otros trastornos mentales presenta un gradiente ascendente.

5.3. Costes laborales de las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España en 2010

- 1.** El número de fallecimientos totales en España acaecidos durante el año 2010 relacionado con los trastornos mentales y del comportamiento (incluyendo los suicidios y lesiones autoinfligidas) ascendió a 17.979, de los cuales un 41,86% correspondieron a hombres y un 58,14% a mujeres. La traducción de estas cifras a Años Potenciales de Vida Laboral Perdidos (APVLP) indica que se perdieron un total de 51.030 años, de los cuales un 78,41% correspondieron a hombres y el 21,59% restante a mujeres. Del total mencionado, 312 fallecimientos (84,6% correspondientes a hombres y 15,4% a mujeres) podrían ser atribuidos a las condiciones de trabajo en el año 2010, que se traducen en 5.972 Años Potenciales de Vida Laboral Perdidos (APVLP), de los cuales el 85,4% corresponde a los varones.
- 2.** Cuando las pérdidas laborales ocasionadas por muertes prematuras se cuantifican en millones de euros, el coste para el conjunto de los trastornos analizados en España en el año 2010 oscilaría entre 513,02 y 632,3 millones de euros. De este total, el montante vinculado a la mortalidad prematura que podría ser atribuida al trabajo oscilaría entre 63,9 y 78,9 millones de euros. El 91% del coste económico derivado de la mortalidad prematura correspondería a los trabajadores varones.
- 3.** En total, para 2010 se estima el número de días correspondientes a situaciones de IT en 245,6 millones, de los cuales se atribuiría a situaciones de IT asociadas a enfermedades mentales un total de 27,6 millones (el 11,24% del total). La traducción monetaria de estos días se traduce en unas pérdidas asociadas a enfermedades mentales de 1.645,55 millones de euros. De acuerdo con nuestros cálculos, el número de días de baja laboral temporal por enfermedades mentales atribuibles al medio laboral ascendería a 2,78 millones de días. La traducción monetaria de este número de días supone unas pérdidas estimadas en 170,96 millones de euros.

4. La distribución territorial de los días de baja por IT ocasionados por enfermedades mentales indica que es Cataluña, con el 17,69% del total, la que concentra la mayor proporción, seguida de Andalucía (15,29%), Madrid (13,22%) y Comunidad Valenciana (10,2%). Traducido a cifras monetarias, Cataluña asumiría una pérdida estimada en los 394,7 millones de euros (el 24,0% de la cifra total), Madrid un total de 224,7 millones de euros (13,7%), Andalucía 213,0 millones (12,9%) y la Comunidad Valenciana 156,6 millones (9,5%).
5. Teniendo en cuenta tanto las pérdidas ocasionadas por la mortalidad prematura como las derivadas de las bajas laborales por IT, se puede concluir que las pérdidas laborales estimadas para el año 2010, derivadas de las enfermedades mentales de origen laboral, oscilaron entre los 235 y los 250 millones de euros.
6. Si a los costes indirectos aquí estimados se suman los costes sanitarios directos calculados en la investigación anterior, el coste total de las enfermedades mentales derivadas del trabajo ascendería a una cantidad situada entre los 385 y los 400 millones de euros. Esto implicaría que los costes indirectos representarían aproximadamente el 61% del coste total, lo que coincide con las estimaciones hechas por el Libro Blanco.
7. Las cifras anteriores han de ser consideradas en todo caso como un umbral mínimo, puesto que han sido calculadas considerando una fracción atribuible del 11% (8,3% en las mujeres y 13,14% en los hombres) obtenidas en la investigación previa en la que, por diversos motivos allí expuestos, considerábamos como estimación conservadora del verdadero impacto de las condiciones de empleo y de trabajo en la salud mental. Por otra parte, es preciso tener en cuenta que en el presente estudio se ignoran algunas partidas (como el coste derivado de la incapacidad permanente, entre otras) que ayudarían a completar la cifra total correspondiente al coste global de las enfermedades analizadas.
8. A pesar de que los estudios de coste de la enfermedad presentan limitaciones, la información sobre el impacto económico que generan las enfermedades y problemas de salud puede ser una herramienta útil de cara a la planificación de las políticas públicas. La utilidad de un estudio como el que aquí se presenta consiste en revelar aquellos costes que no eran visibles o sobre los que se desconocía su cuantía en un principio. Esta información no sustituye, sino que complementa, a la información epidemiológica sobre problemas de salud de las poblaciones.

6.

Discusión

En el cálculo de los costes directos hemos analizado los denominados *costes directos sanitarios*, que incluyen la factura de los servicios médicos utilizados en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, pero no los *costes directos no sanitarios* (cuidadores remunerados). Se trata, por lo tanto, de una estimación a la baja del coste total que generan estas enfermedades derivadas del trabajo.

Las limitaciones de este apartado de nuestro estudio tienen que ver con la cobertura de los datos primarios de coste de la atención especializada utilizados, y con el uso de fuentes secundarias de información para el cálculo de los costes de la atención primaria y la farmacia. Por lo que se refiere a los datos primarios, la cobertura del sistema de información es del 100% tanto en el caso de los ingresos hospitalarios como en el de la actividad quirúrgica, pero sólo del 46,7% en la actividad médica del hospital de día, de acuerdo con la Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. Esta limitación nos lleva, obviamente, a una infravaloración del gasto, dado que a la infraestimación del coste de la atención especializada de estas enfermedades, hay que sumar la que se produce al calcular el gasto de su atención primaria y farmacéutica, basado en aquélla.

Como hemos explicado en el apartado de métodos, dada la inexistencia de fuentes primarias de información sobre todos los componentes de los costes directos, lo más habitual es combinar fuentes primarias con fuentes secundarias. Hay que destacar que las dificultades para acceder a información relevante en este ámbito no son exclusivas de España. Otros países también se encuentran en una situación similar. Así, la Comisión del Senado francés encargada de elaborar un trabajo similar al que aquí se presenta, pero para el conjunto de las enfermedades profesionales, reconocía en su informe de 2005 la inexistencia de una base de datos que agrupase los costes sanitarios por patología y permitiese calcular con una elevada fiabilidad los costes de las enfermedades derivadas del trabajo.

En el apartado de costes indirectos, se han de reseñar varios elementos relacionados con las prestaciones por incapacidad temporal con relevancia en la estimación de las cifras de pérdidas. La estimación de la pérdida laboral se basa en la constatación del hecho administrativo de la baja. Por ello, no podemos observar aquellas ausencias laborales de corta duración en las cuales no queda constancia de dicho hecho administrativo. En segundo lugar, la cobertura de la Incapacidad Temporal para los funcionarios públicos presenta especialidades que han impedido la comparación de

los datos derivados de los registros de prestaciones. Una parte de los funcionarios, en todos los niveles administrativos, está integrada en el Régimen General cuyas estadísticas de IT incluyen, por tanto, parte del absentismo por enfermedad de los trabajadores públicos. Sin embargo, en las cifras publicadas por el INSS no se engloba todos los casos (o días) de IT correspondientes a los funcionarios de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Organismo Público de la Administración del Estado (MUFACE), la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS). Concretamente, en el caso del colectivo más numeroso, los funcionarios encuadrados en MUFACE, 768.524 personas en el año 2010 (descontando a los funcionarios jubilados), el primer tramo de la baja por enfermedad está cubierto por su centro de trabajo, el cual paga las retribuciones completas hasta el tercer mes de la baja. A partir del cuarto mes MUFACE provee el subsidio por incapacidad temporal. Por tanto, las estadísticas del INSS reflejan sólo una parte de la IT en trabajadores del sector público. En principio, de la no observación de ausencias laborales por enfermedad o accidente leve que no derivan en un acto administrativo de baja laboral y del régimen especial de los funcionarios públicos esperaríamos una infraestimación de los días de trabajo perdidos y, por ende, de las pérdidas laborales estimadas.

Otra cuestión relevante es que algunos componentes del coste indirecto quedan fuera del cómputo que aquí se presenta. En primer lugar, el coste asociado a los cuidados informales que, habitualmente, prestan los familiares más próximos del enfermo, y que resulta particularmente importante en el caso de los trastornos mentales graves. Como señala la propia Estrategia de Salud Mental del SNS: “La dedicación al cuidado de la persona con esquizofrenia supone de 6 a 9 horas diarias y lleva consigo sentimientos de pérdida, restricciones sustanciales en la vida social y efectos negativos sobre la vida de familia, añadiéndose la preocupación, pérdida de oportunidades laborales y merma de la salud mental de la cuidadora o el cuidador”.

Por lo que se refiere a los resultados del estudio relativos al coste económico desde el ámbito de la entidad que realiza el pago de la prestación económica (Mutua), hemos descrito los principales factores que lo determinan (diagnóstico de la enfermedad, duración de los episodios y base reguladora) al igual que las variables que pueden afectarlos, como la edad, el sexo, la categoría profesional, el tipo de contrato y el sector económico, encontrando diferencias en los valores de estos factores que podrían explicar el mayor coste encontrado en algunas Comunidades Autónomas. Unas diferencias que en principio no deberían observarse, ya que tanto la regulación legal de la incapacidad temporal como los procedimientos de gestión por parte de las Mutuas son teóricamente iguales en todas las Comunidades Autónomas. Sería necesario desarrollar estudios posteriores *ad hoc* con el fin de evaluar el impacto que cada uno de estos factores tiene sobre el gasto total. Además, es preciso tener en cuenta que los datos de partida sólo pueden

considerarse parcialmente representativos del panorama español, por lo que la extrapolación al conjunto del Estado estará introduciendo algún tipo de sesgo. En particular, la sobrerrepresentación de afiliados de la Comunidad de Madrid en los datos de la Mutua y la infrarrepresentación de los trabajadores de Cataluña pueden estar en el origen de algunas de las divergencias territoriales observadas.

Por otra parte, el coste asociado a las pérdidas de productividad por incapacidad permanente queda excluido del análisis como consecuencia de la no disponibilidad de los datos correspondientes. Tampoco se computan aquí los costes derivados de la sustitución de personal en los procesos de baja laboral e incapacidad que han de asumir las empresas. Otros elementos que no hemos podido considerar en el análisis por falta de información existente es el impacto que las enfermedades mentales atribuibles al medio laboral ocasionan en términos de presencia en el puesto de trabajo con un nivel de productividad reducida -“presentismo”- y de jubilaciones anticipadas (Swanson *et al.*, 2011; Lépine *et al.*, 2011; Hilton *et al.*, 2008; Goetzel *et al.*, 2004). Adicionalmente, existen numerosos estudios que relacionan la pérdida del puesto de trabajo y la falta de empleo sobre la salud mental de las personas. Sin embargo, tampoco ha sido posible incorporar este tipo de consideraciones en las cifras de pérdidas estimadas. Ello, en su conjunto, nos hace señalar que la cifra real de pérdidas laborales estimadas en este estudio debe ser interpretada como un umbral mínimo de un impacto económico sin duda muy superior.

Finalmente, y como señala Dembe (2001), la mayor parte de los trabajos que analizan las enfermedades derivadas del trabajo tienden a concentrarse únicamente en la perspectiva económica (cálculo de costes) y en la duración de la incapacidad laboral. Pero normalmente no abordan las consecuencias sociales -más amplias- de dichas enfermedades, ni el impacto sobre las familias de los trabajadores afectados por la enfermedad, los compañeros de trabajo o la comunidad en su conjunto. Por ello es importante señalar que, más allá de los costes analizados en este trabajo, ha de considerarse la existencia de consecuencias sociales habitualmente ignoradas, que incluyen la respuesta psicológica y actitudinal de los trabajadores, y que habrán de ser exploradas en futuros trabajos.

7.

Conclusiones

1. Los factores psicosociales se han reconocido en general como cuestiones mundiales que afectan a todos los países, profesiones y trabajadores. La mayor flexibilidad y precariedad del trabajo, la intensificación del trabajo, y las relaciones laborales, en las que entran en juego el acoso y la intimidación, son algunos de los factores que favorecen el incremento de los trastornos causados por el estrés relacionado con el trabajo. Si bien es necesario realizar más investigaciones para comprender plenamente sus consecuencias, también está aceptado que dichos factores pueden tener efectos considerables en la salud, el absentismo y el rendimiento de los trabajadores.
2. Según los resultados de nuestro estudio, aunque las cifras obtenidas no den una imagen completa de lo que los trastornos mentales y del comportamiento cuestan a las administraciones sanitarias y de seguridad social, y a la sociedad en su conjunto, y a pesar de la complejidad de la materia tratada, su magnitud es tal que debería llamar la atención de los poderes públicos por el campo de acción que ponen en evidencia: prevención de riesgos laborales, salud pública de la población, investigación y sostenibilidad de los sistemas sociales.
3. En un momento en que las administraciones tienen que sopesar cada euro que gastan, la clarificación de las cuentas puede ayudar a mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios, de seguridad social y de prevención de riesgos laborales, además de ayudar a prevenir estas enfermedades.
4. La utilidad potencial de estos estudios se pone de manifiesto en el interés que las autoridades españolas han mostrado por incorporar estudios de coste de la enfermedad como soporte a su toma de decisiones. Este ha sido el caso en la elaboración de las Estrategias y Planes Integrales de abordaje, prevención y manejo clínico de la Diabetes Mellitus, las enfermedades isquémicas del corazón, los tumores y el ictus por parte el Ministerio de Sanidad. La información que suministran este tipo de trabajos puede integrarse en la elaboración de los Planes de Salud o de Prevención de Riesgos Laborales, donde a los datos epidemiológicos necesarios para identificar los problemas de salud clave, se añade el cálculo del coste que ocasionan estas enfermedades como una aproximación a la pérdida de bienestar social que originan.

En definitiva, las investigaciones como la aquí presentada han de servir de apoyo a la toma de decisiones sobre asignación de recursos en políticas de salud (Políticas Basadas en la Evidencia), de forma que las elecciones sean más racionales y la asignación de los recursos más transparente y eficiente.

Referencias

Castejón, J. El papel de las condiciones de trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral. UAB. Tesis doctoral. 2002.

Commission instituée par l'article L.176-2 du code de la Sécurité Sociale (2005), Rapport de la Commission. París, Francia.

Conjunto Mínimo Básico de Datos del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: www.mspsi.es

Dembe AE. The social consequences of occupational injuries and illnesses. American Journal of Industrial Medicine, 2001; 40 (4): 403–417.

Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Fundación BBVA. Madrid, 2002.

Driscoll T., Mannetje A., Dryson E., Feyer A.M. *et al.* (2004), The burden of occupational disease and injury in New Zealand. Technical Report. NOHSAC: Wellington. Disponible en: <http://ohsnetnz.org.nz/bodi/index.php>

European Agency for Safety and Health at Work. Economic Impact of Occupational Safety and Health in the Member States of the European Union. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work; 1997.

ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators (2004). 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica 109(Suppl.420):28-37.

García Gómez M, Ipiña Cruces A, Castañeda López R. (2010). Carga mental y trabajo. Ed. Secretaría de Salud Laboral de UGT-CEC, 2010.

García Gómez M, Castañeda R, Urbanos R, de la Cruz O, López P. Enfermedades Mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010. Ed. Secretaría de Salud Laboral de UGT-CEC, 2011.

García Gómez M, Oliva J, Urbanos R, de la Cruz O, Castañeda R. Costes laborales de las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España en 2010. Ed. Secretaría de Salud Laboral de UGT-CEC, 2012.

Gisbert R., Brosa M., Figueras M., Mindán E., Rovira J. (1997), El coste de la enfermedad en España: el coste de las enfermedades cardiovasculares, Merck & Co, Soikos, S.L.

Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang S, Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *J Occup Environ Med.* 2004 Apr;46(4):398-412.

Grossman M. *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation.* Columbia University Press, 1972.

Hilton MF, Scuffham PA, Sheridan J, Cleary CM, Whiteford HA. Mental ill-health and the differential effect of employee type on absenteeism and presenteeism. *J Occup Environ Med.* 2008 Nov;50(11):1228-43.

Inoriza J.M., Carreras M., Lisbona J.M., *et al.* (2010), La despesa sanitària poblacional segons la morbiditat atesa, incluído en Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, *Estudis d'Economia de la Salut (Volum III)*, pp. 40-102.

Leigh J.P., Markowitz S., Fahs M., Landrigan P. (2000), *Costs of Occupational Injuries and Illnesses*, Ann Arbor, The University of Michigan Press.

Leigh J.P., Robbins J.A. (2004), "Occupational disease and workers' compensation: coverage, costs and consequences", *Milbank Quaterly* 82-4, pp. 689-721.

Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2011;7(Suppl 1):3-7.

Ley 14/2007, de 26 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat. Disponible en: http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/va-l14-2007.html#c1 [consultado el 5-11-2010].

Lobo F., Oliva J., López Bastida J., Duque B., Osuna R. (2004), “Costes no sanitarios ocasionados por las enfermedades isquémicas del corazón en España”, Cuadernos económicos de ICE nº67, pp. 263-298.

López-Bastida J. Economía de la salud: el coste de la enfermedad y la evaluación económica en las enfermedades respiratorias. Arch Bronconeumol. 2006;42(5):207-10.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006), Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Trabajo e Inmigración (2009), Anuario económico y de gestión. Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. Ejercicio 2007. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/130945.pdf>

Nurminen M. Karjalainen,A. Epidemiological estimate of de propertion of fatalities related to occupational factors in Finland. Scand J Work Health 2001; 27: 161-213.

Oliva J. (2010), Pérdidas laborales ocasionadas por las enfermedades y problemas de salud en España en el año 2005, Papeles de Trabajo del Instituto de Estudios Fiscales nº 5/10.

Oliva J., Lobo F., Molina B. y Monereo S. (2004). Direct health care costs of diabetes patients in Spain. Diabetes Care, vol. 27, nº 11, pp. 2616-2621.

Oliva-Moreno J. *et al.* (2006), The Economic Costs of Anxiety in Spain, Estudios de Economía Aplicada vol. 24-3, pp. 821-36.

Orden SAN/8/2007, de 4 de abril, por la que se fijan las cuantías de los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Cántabro de Salud. Publicada el 16 de abril de 2008 en el BOC-nº 74, pp. 4915-4920.

Pastor M., Gisbert R. (2010), “Evolució de la participació dels plans directors en la despesa i en el pressupost sanitari del CatSalut. Any 2008”, incluido en Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Estudis d’Economia de la Salut (Volum III), pp. 9-39.

Queensland Government. Department of Employment and Industrial Relations. Workplace Health and Safety Queensland. Occupational Disease Strategy 2007-10. Disponible en: <http://www.deir.qld.gov.au/workplace/resources/pdfs/occupational-disease-strategy-2007-10.pdf>

Resolución de 17-01-2008, del Sescam, de la Dirección Gerencia, sobre las condiciones económicas aplicables en el año 2008 a la prestación de servicios concertados de asistencia sanitaria, en el ámbito de gestión del Sescam. Publicada el 12 de febrero de 2008 en el DOCM, nº 267, fasc. I, pp. 4012-4054.

Rice DP. Cost-of-illness studies: fact or fiction? Lancet. 1994; 344:1519–20.

Swanson LM, Arnedt JT, Rosekind MR, Belenky G, Balkin TJ, Drake C. Sleep disorders and work performance: findings from the 2008 National Sleep Foundation Sleep in America poll. J Sleep Res. 2011 Sep;20(3):487-94.

Toppinen, S. & Kalimo, R. (1997) Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä [Burnout among Finnish working population]. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

Serra-Batlles J., Plaza V., Morejón E., Comella A., Brugés J. (1998), “Costs of asthma according to the degree of severity”, Eur Respir J. 12, pp. 1322-1326.

World Economic Forum, WEF. Global Economic Burden of Non-communicable Diseases. (Citado el 15/10/2011). Disponible en: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE-GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf





Costes asociados a los procedimientos judiciales en materia de riesgos psicosociales



Autores

Juan Ignacio Marcos González

Abogado

Begoña González Pérez

Abogada

1.

Introducción

Nuestra experiencia profesional nos ha llevado a poder afirmar que cuando no existe una prevención adecuada de los riesgos psicosociales (entre los que se encuentran el estrés laboral, la fatiga, la adicción al trabajo, el síndrome del quemado, la conflictividad, el acoso laboral, el acoso sexual y la violencia en el trabajo), y no se da una pronta y adecuada respuesta por parte de los empleadores a estas problemáticas tan concretas, siempre se produce un daño para la persona afectada, o incluso para otras personas de la misma organización empresarial.

Cuando este daño se materializa como consecuencia del incumplimiento empresarial o no cumplimiento adecuado de sus obligaciones en materia preventiva, resulta sumamente complicado utilizar la vía del diálogo o de la mediación para compelerle a que adopte las medidas necesarias y adecuadas para que esa situación se solvete y no siga generando daños en sus trabajadores. Incluso los requerimientos que la Inspección de Trabajo y Seguridad Social realiza en esta materia, son reiteradamente desoídos por sus destinatarios, minorando la capacidad de mediación que tiene atribuida este Organismo.

Por ello, la utilización de la vía jurisdiccional en materia de riesgos psicosociales es fuertemente recurrente, habiéndose comprobado además en nuestra práctica profesional que un único supuesto de riesgo psicosocial, provoca siempre el inicio de un abanico de procedimientos.

Efectuada esta primera reflexión, a la hora de abordar este trabajo, comprobamos que el número de datos con los que contamos para poder fundamentarlo es ínfimo, al no existir ningún estudio estadístico que haya abordado ni siquiera mínimamente el impacto económico que los riesgos psicosociales suponen a nivel judicial. Parte de este problema se debe a la propia estructuración interna de la Administración de Justicia, así como a la falta de coordinación entre los distintos Organismos que intervienen en las distintas fases del proceso, tanto judicial como extrajudicial. Por tal motivo, resulta imposible disponer siquiera de una breve estimación sobre el número de procedimientos judiciales que se tramitan anualmente en esta materia, o de cuáles se resuelven antes de acudir a esa vía judicial, circunstancia que nos impide poder efectuar un estudio más o menos pormenorizado de esta concreta problemática.

Tenemos que añadir además que, tal y como está configurado el sistema judicial, tampoco existen datos rigurosos sobre esta materia a un nivel prejudicial o conexo con la litigación en esta materia, como pudieran ser los disponibles en la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), en la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), en los Servicios de Mediación y Conciliación Judicial, etc.

A modo ejemplificativo para señalar la incongruencia de los datos que se manejan en esta materia, podemos apuntar a los extraídos de la Memoria de la Fiscalía correspondiente al año 2012.

En dicha Memoria, se refleja un aumento durante el último año de los procedimientos de tutela de derechos fundamentales en la jurisdicción social y contencioso-administrativa, que son aquellos en los que por la propia articulación del procedimiento, tiene que intervenir el Ministerio Público como garante de los derechos fundamentales conculcados. No obstante la claridad de este dato, por la propia Fiscalía no ha podido argüirse el motivo de tal incremento, desconociendo si se debe a que efectivamente han aumentado las situaciones de vulneración de derechos fundamentales –o al menos, su judicialización–, o a una utilización fraudulenta de este procedimiento especial y preferente por parte del justiciable, ante el retraso que acumulan los Juzgados y Tribunales ante el aumento de las reclamaciones como consecuencia de la reforma laboral.

2.

Fuentes de localización de los datos que permitan analizar los costes judiciales de los riesgos psicosociales

Tal y como hemos adelantado con carácter introductorio en este trabajo, la información sobre los costes asociados a los riesgos psicosociales dentro del procedimiento judicial, es confusa y poco rigurosa, de tal forma que ni siquiera existe un cómputo aproximado de los procedimientos que se tramitan en las distintas jurisdicciones en esta materia. Como apuntábamos en el anterior apartado, un único supuesto de riesgo psicosocial suele provocar el acceso a la vía judicial en varias ocasiones a lo largo del tiempo, sin tener en consideración además, que la persona afectada puede hacer uso de otros Organismos no judiciales para intentar solventar su problemática laboral como, por ejemplo, la intervención de la Inspección de Trabajo o del Instituto de Salud Laboral.

Por otro lado, el acceso a una determinada jurisdicción tampoco es único. Lo que queremos decir con esta afirmación es que un supuesto de riesgo psicosocial puede dar lugar a actuaciones judiciales en varias jurisdicciones: la laboral, la contencioso-administrativa, la penal e incluso, la civil.

Si tenemos en consideración estas circunstancias, y les añadimos además la estanqueidad con la que actúa a nivel de información cada organismo judicial o extrajudicial, resulta sumamente complicado no solo obtener los datos de las distintas actuaciones sobre los riesgos psicosociales, sino cruzar tales datos para obtener una visión panorámica completa de la dimensión real de este problema que hay que atajar desde el punto de vista de la prevención de la salud.

Para poder analizar esta cuestión, sería importante que cada uno de los Organismos que intervienen a lo largo del proceso, pudieran contabilizar no solo qué concretas actuaciones se llevan a cabo por cada uno de los riesgos psicosociales, sino que también hiciesen un seguimiento del resultado final de su actuación. Sin embargo, a día de hoy esto no es posible, por lo que tan solo podemos enumerar las concretas fuentes que podemos utilizar para obtener los datos que nos permitan efectuar un estudio más profundo de esta cuestión, e intentar ser proactivos en la proposición de mejoras respecto de la información disponible.

Así, efectuada la oportuna consulta ante la Sección de Subsidios de la Dirección Provincial de Vizcaya del Instituto Nacional de la Seguridad Social, se nos informó de que no se realizan estadísticas referentes a la totalidad de los procesos de incapacidad temporal que se tramitan en cada ejercicio, los cuales van siendo registrados de manera genérica en una concreta aplicación informática. Es decir, no se identifica ningún tipo de dato adicional que permita conocer cuáles de los expedientes que se tramitan en el INSS se deben a riesgos psicosociales, como pudieran ser, por ejemplo, la etiología, el diagnóstico, etc.

Por otro lado, en lo referente a los procesos de determinación de contingencia, la información tampoco es más concreta, ya que aunque sí se determinan los que se resuelven como contingencia profesional, tampoco se diferencia si son a causa de accidente de trabajo (psíquico o físico) o enfermedad profesional.

Partiendo de lo anterior, los datos facilitados a este respecto son los siguientes:

Tabla 1. Número total de expedientes		
VIZCAYA	AÑO 2012	AÑO 2013 (hasta el 15.09.13)
INICIADOS POR CONT. COMÚN	473	370
APROBADOS COMO CONT. PROFESIONAL	137	120
DENEGADOS O CANCELADOS	336	250

Fuente: Sección de Subsidios de la Dirección Provincial de Vizcaya.

Por otro lado, el INSS tampoco efectúa un seguimiento de los expedientes que se desestiman o cancelan, al no contabilizar los que se judicializan, ni el resultado de los mismos.

Por su parte, los datos que maneja la Inspección de Trabajo y Seguridad Social tampoco son muy fiables, ya que no contemplan todas las posibilidades de actuación. Así, se pueden analizar los datos publicitados en la Memoria publicada por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social en relación con el informe anual del año 2011 de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

En dicho informe, se efectúa una distribución de los resultados en todo el territorio nacional en función del tipo de actuación, distinguiéndose al menos, entre dos tipos de acoso discriminatorio (por razón de sexo y otros tipos), dos tipos de discriminación (por razón de sexo y otros casos), el acoso sexual y las actuaciones que atentan contra la intimidad y dignidad de los trabajadores.

Tabla 2. Tipos de actuaciones y resultados

TIPO DE ACTUACIÓN	ACTUACIONES	RESULTADOS			%
		INFRACCIONES EN ACTAS	REQUERIMIENTOS	MEDIACIONES Y CONSULTAS	
Acoso discriminatorio por razón de sexo	213	8	40	0	22,54
Acoso discriminatorio salvo por razón de sexo	328	0	22	1	7,01
Discriminación por razón de sexo	1.640	34	199	5	14,51
Discriminación trabajo salvo razón de sexo	2.139	30	119	30	8,37
Derecho intimidad y dignidad trabajadores	3.379	191	388	23	17,82
Acoso sexual	498	6	133	1	28,11

Fuente: Memoria de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social (2011).

Estos datos publicados por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social no contemplan los datos más relevantes para este estudio, como pudieran ser las cuantías de las infracciones en las actuaciones que han finalizado con acta.

Además, al igual que ocurre en el caso del INSS, la Inspección de Trabajo tampoco dispone del seguimiento de estas actuaciones, desconociendo si las actas se impugnan por el sujeto afectado, si se confirman judicialmente, o si se revocan.

A nivel del País Vasco, los datos correspondientes al año 2012 son los siguientes:

Tabla 3. Cuantía de las infracciones (2012)		
	NÚMERO DE INFRACCIONES	IMPORTE (€)
Discriminación en el trabajo, salvo por razón de sexo	3	6.751
Derecho e intimidad y dignidad	10	240.003

Y, finalmente, los datos referidos a los 6 primeros meses del año 2013, son los siguientes:

Tabla 4. Cuantía de las infracciones (2013.01-2013.06)		
	NÚMERO DE INFRACCIONES	IMPORTE (€)
Discriminación en el trabajo, salvo por razón de sexo	1	30.000
Derecho a intimidad y dignidad	3	9.548

A nivel judicial propiamente dicho, la fuente principal de la que disponemos es el Centro de Documentación Judicial (CENDOJ), que es el órgano técnico del Consejo General del Poder Judicial que se ocupa de la publicación oficial de la jurisprudencia.

Sin embargo, tenemos que matizar varios aspectos que determinan que la información que podamos extraer de este Centro de Documentación jurisprudencial no es ni mucho menos completa, sino bastante sesgada en su contenido:

El primero es que no refleja aquellas situaciones en las que existe una conciliación o avenencia para solventar el problema. Estos datos, tendrían que ser extraídos de la información que pudiesen facilitar los servicios de conciliación judicial. Sin embargo, la información que se pudiese extraer de estos servicios tampoco será rigurosa, al existir determinados procedimientos en los que no se exige esa previa conciliación con carácter previo al acceso a la vía judicial. Pensemos, por ejemplo, en los procedimientos de tutela de derechos fundamentales o los procedimientos de Seguridad Social, o también de los propios Juzgados que llevasen una contabilización de los asuntos que se avienen sin necesidad de celebrar el juicio.

El segundo hándicap es que no se publican todas las resoluciones judiciales. Se publican en su mayoría las dictadas por los Tribunales Superiores de Justicia, las Audiencias Provinciales, la Audiencia Nacional, el Tribunal Supremo y el Tribunal Constitucional. De esta forma, casi nunca aparecen aquellos procedimientos que no se recurren en la primera instancia.

En tercer lugar, tenemos que apuntar que la publicación de las resoluciones en este Centro de Documentación no es inmediata. A día de hoy existe un retraso aproximado de 8 meses entre que se dicta una sentencia y aparece publicada en el CENDOJ.

Otra fuente de datos similar a la anteriormente señalada la encontramos en las bases privadas de datos de jurisprudencia, en las que ocurre algo similar que con el CENDOJ: los datos no son rigurosos. En estos casos, podemos obtener resultados distintos en cada una de las bases que utilizemos, puesto que cada una de ellas utiliza voces de búsqueda distinta, haciendo muy costoso el trabajo de identificar las resoluciones existentes en una concreta materia.

Por último, no podemos olvidar que la información que se publica en cada una de estas bases (tanto en el CENDOJ como en las bases de datos de jurisprudencia), ofrece datos extractados, sin relacionar cada uno de los procedimientos que se hayan podido tramitar por cada riesgo psicosocial.

Por todos estos motivos, los datos que podamos extraer a nivel judicial son muy escasos, y únicamente ilustrativos de la punta del iceberg. Por ello, la falta de datos, así como de su posibilidad de localización de una forma rigurosa, no nos permite conocer la verdadera entidad del problema al que nos enfrentamos, ni nos permitirá analizar las causas para poder combatir las desde su aparición.

3.

Pluralidad de procedimientos judiciales que puede iniciar una persona afectada por una situación de riesgo psicosocial

La experiencia profesional nos lleva a concluir que cuando una situación de riesgo psicosocial en el puesto de trabajo no es resuelta o no se adoptan las medidas necesarias para su desaparición, puede dar lugar a una multiplicidad de procedimientos judiciales.

Los más utilizados a nivel judicial son los siguientes:

- **Procedimiento de determinación de contingencia.** Es un procedimiento de Seguridad Social cuya utilización es recurrente, debido a que la gran mayoría de incapacidades temporales (IT) o de incapacidades permanentes (IP) que se conceden por problemas de salud asociados al desempeño del trabajo, son emitidas por el Servicio Público de Salud, por etiología común.

El objeto de este proceso es que se cambie la contingencia común y se declare que es profesional (accidente de trabajo), en cuyo caso, la responsable de todas las prestaciones es la Mutua con la que la empresa tenga aseguradas las contingencias profesionales.

- **Procedimiento de recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad e higiene en el trabajo.**

Se trata de un proceso de naturaleza mixta –sancionador/indemnizatorio-, regulado en el artículo 123 de la Ley General de la Seguridad Social. Es también un procedimiento de Seguridad Social que se tramita ante la jurisdicción laboral, cuyo fundamento radica en la existencia de un accidente de trabajo que se haya producido como consecuencia del incumplimiento por parte de la empresa de la normativa de prevención de riesgos laborales.

En el caso de que concurran estos requisitos, se condena a la empresa, con carácter exclusivo y no asegurable a través de una póliza de seguros, a abonar al trabajador un importe que se calcula en función de un porcentaje entre el 30% y el 50% de todas las prestaciones de Seguridad Social que haya generado o pueda generar en el futuro como consecuencia de ese accidente de trabajo.

- **Procedimiento de tutela de derechos fundamentales.** Es un procedimiento específico y preferente a nivel judicial (tiene prioridad de señalamiento a cualquier otro proceso). En él se pueden solicitar varios pronunciamientos, tendentes al reconocimiento de que se ha vulnerado un derecho fundamental de los previstos en la Constitución Española, a que no se siga produciendo esa situación, y a que se reparen sus consecuencias.
- **Procedimientos de despido o de extinción del contrato de trabajo por incumplimientos graves y culpables por parte del empleador.**
- **Procedimientos de oficio.**
- **Procedimientos de sanción.**
- **Procedimientos de reclamación de daños y perjuicios.**

La duración media de estos procedimientos, unidos al propio retraso de la justicia motivado por el incremento de la litigiosidad, nos impide también conocer en tiempo real la dimensión de esta problemática.

Por ello, hemos considerado que pudiera resultar ilustrativa la exposición de varios casos reales de riesgo psicosocial, y la tramitación de los distintos procedimientos que han iniciado los trabajadores afectados para la defensa de sus derechos e intereses, así como de los costes asociados a cada uno de estos procesos.

4.

Ejemplos prácticos. Casos reales

En este apartado del estudio que hemos iniciado para valorar los costes asociados a los riesgos psicosociales a nivel judicial, expondremos un caso de estrés laboral, un caso de acoso laboral y un caso de vulneración de la dignidad.

4.1. Estrés laboral derivado de una situación de conflictividad en el centro de trabajo

En conexión con lo manifestado en los apartados anteriores, el caso que exponemos en este apartado ha dado lugar a la tramitación de 6 procedimientos judiciales hasta la fecha. Resulta además significativo, tanto el tiempo en el que la trabajadora afectada estuvo sometida a la situación de estrés (unos 10 años), así como el tiempo empleado en la resolución de todos ellos: 10 años desde la interposición de la primera reclamación judicial, estando aún en tramitación el último de los procedimientos interpuestos.

- 3 procesos de determinación de contingencia.
- 1 proceso de recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad e higiene en el trabajo.
- 2 procesos de reclamación de los daños y perjuicios ocasionados a la trabajadora.

Se trata de una trabajadora que en el año 1991 y con 33 años de edad, comenzó a prestar servicios por cuenta ajena en el Consorcio de Compensación de Seguros, como técnico de tramitación de siniestros.

Desde el principio encontró reticencias por parte de sus compañeros y dificultades para integrarse en el grupo que éstos conformaban, llegando a sufrir un aislamiento grupal y generándose una situación de conflictividad prolongada en el tiempo. Esta situación era conocida por la empresa, ya que la trabajadora la puso en conocimiento del Delegado de Zona e incluso del Director General, al que llegó a pedir el traslado a otra delegación, sin obtener respuesta.

Esta situación –que se prolongó a lo largo de casi diez años–, ocasionó un perjuicio en la salud de esta trabajadora, que precisó cursar dos procesos de incapacidad temporal, durante un total de 630 días.

4.1.1. Procedimientos de determinación de contingencia

Al igual que ocurre en prácticamente todos los supuestos en los que un riesgo psicosocial se materializa en un daño a la salud de la persona que lo padece, también en este caso ambos procesos de baja fueron emitidos por el Servicio Público de Salud, por la contingencia de enfermedad común, ocasionándose, por lo tanto, un primer coste económico para el erario público, tanto a nivel prestacional (obligación de abonar la prestación de incapacidad temporal durante todo el tiempo de su duración), como a nivel asistencial. Y en este caso, tanto a nivel primario –Médico de Atención Primaria–, como especializado –derivación a las consultas de psicología y psiquiatría–. En este caso concreto, el coste de los dos procesos de baja ascendió a 32.813 euros.

De esta forma, se carga al presupuesto público con unos costes económicos elevadísimos, a pesar de que tales prestaciones debieran de ser asumidas por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales correspondientes, al tratarse de enfermedades del trabajo.

Así, por la propia perversión del sistema, la persona afectada es la que tiene que acudir a la vía judicial para solicitar lo que jurídicamente se denomina “determinación de la contingencia de la baja”, y que consiste en petitionar que se declare que el origen de su baja no es de etiología común (como pudiera ser una gripe, el sarampión, etc), sino que la misma proviene del trabajo.

En este caso, la trabajadora inició un primer procedimiento de determinación de contingencia respecto de su primer periodo de baja, el cual fue estimado por el Juzgado de lo Social nº 1 de Donostia-San Sebastián, en la sentencia nº 145/2003, de 21 de marzo, que declaró que la contingencia de la primera baja era la de ACCIDENTE DE TRABAJO. En esta sentencia, se recogió parte del contenido del informe elaborado por OSALAN –Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laboral– donde ya se apuntó a la necesidad de que la empresa incluyese los riesgos psicosociales en su evaluación de riesgos, en prevención de futuras situaciones similares.

Esta sentencia fue recurrida y finalmente confirmada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, en el recurso de suplicación 1836/2003.

Posteriormente, inició un segundo procedimiento judicial para solicitar que la contingencia de su segunda baja también fuese declarada accidente de trabajo, petición que fue estimada, en este caso por el Juzgado de lo Social nº 2 de Donostia-San Sebastián, en la sentencia nº 494/2004, de 3 de noviembre.

La consecuencia directa de estos pronunciamientos, es que la prestación de incapacidad temporal que había sido sufragada por la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), pasó a ser costeada por la Mutua con la que la empresa tenía concertadas las contingencias profesionales, que fue condenada a devolver a la TGSS las prestaciones por incapacidad temporal que había abonado hasta ese momento, y que como ya hemos señalado anteriormente, ascendieron a 32.813 euros.

En el caso que estamos exponiendo, se inició por la trabajadora un tercer procedimiento judicial de determinación de contingencia, aunque no referido a procesos de incapacidad temporal, sino en relación a la prestación de incapacidad permanente absoluta (IPA) que le fue reconocida.

Tras ser dada de alta, la trabajadora no se incorporó a su puesto de trabajo por prescripción de los facultativos que le estaban tratando de sus problemas de salud y, finalmente, la empresa extinguió su contrato de trabajo por motivo disciplinario de inasistencia al trabajo. Se derivó por ello un coste directo para el Servicio Nacional de Empleo, respecto de la prestación de desempleo reconocida a la trabajadora que vio extinguido su contrato de manera involuntaria.

Tras la finalización de su relación laboral con la empresa, la trabajadora continuó en tratamiento porque su enfermedad tuvo una agravación y más de dos años después de finalizar toda relación con su empleador, le fue reconocida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) una incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, por la contingencia de enfermedad común. Por tal motivo, el abono de la prestación -que ascendía a 2.064,98 euros mensuales-, fue costado por el INSS.

Al igual que en los procesos de baja previos, acudió a la vía judicial para que la contingencia de esta incapacidad permanente fuese la de accidente de trabajo, con efectos desde el 1 de enero de 2006. Su petición fue estimada por el Juzgado de lo Social nº 25 de Barcelona, que dictó la sentencia nº 471/2007, de 27 de noviembre, que fue confirmada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, en la sentencia de 9 de diciembre de 2009, dictada en el recurso de suplicación 6748/2008.

Estos dos pronunciamientos judiciales son de suma importancia, porque nos muestran qué consecuencias para la salud puede ocasionar una situación de estrés en la empresa que era conocida y no fue solventada, y hasta dónde puede alcanzar la responsabilidad en este caso, ya que casi tres años después de extinguida la relación laboral, se sigue manteniendo el nexo causal con el trabajo para establecer la contingencia de la incapacidad permanente absoluta.

La argumentación que utilizan ambas sentencias para considerar que la contingencia es profesional es la que se expone a continuación:

*“Tampoco puede aceptarse que la extinción de la relación laboral ha puesto fin a la enfermedad en cuanto **precisamente esa extinción no querida por la trabajadora y forzada por la situación que vivía en la empresa es lo que ha motivado que la enfermedad no solamente siga instaurada en el actor, sino que además haya llegado a un grado de gravedad tal como para incapacitarla de forma absoluta** para la realización de todo tipo de trabajo remunerado.*

Tras el despido su situación ha resultado agravada, pues aún cuando ha desaparecido la actitud de sus compañeros, no ha desaparecido la situación de estrés y desamparo en la trabajadora que constata que además de que la empresa no ha realizado acto alguno tendente a eliminar aquella situación, procede a su despido, después de 10 años de servicios prestados, y además por una supuesta inasistencia al trabajo cuando la misma se encontraba enferma por una situación provocada en el trabajo y consentida por el recurrente.

Esta nueva declaración de accidente de trabajo también tuvo consecuencias económicas para la Mutua, que fue condenada a devolver a la TGSS los importes que había abonado hasta la fecha, y a asumir en adelante el pago de la prestación de incapacidad permanente absoluta reconocida a la trabajadora.

Desde la fecha de reconocimiento (1/01/2006) hasta la actualidad, ha abonado un total de 94 mensualidades de IPA, por un total de 194.108,12 euros.

Además de lo anterior, y en virtud de la edad actual de la trabajadora, hasta que la misma acceda a la jubilación, deberá de costear, aproximadamente, otros 300.000 euros.

4.1.2. Procedimiento de recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad e higiene en el trabajo

Como ya hemos expuesto a la largo de este trabajo, además de las consecuencias que a nivel asistencial y prestacional puedan ocasionar los riesgos psicosociales, cuando éstos no han sido evaluados ni prevenidos, o cuando la empresa no ha adoptado las medidas necesarias para su resolución o desaparición, puede originarse una responsabilidad para la empresa infractora a través del procedimiento específico de recargo de prestaciones regulado en el artículo 123 de la Ley General de la Seguridad Social.

En el caso concreto que estamos exponiendo, la trabajadora acudió de nuevo a la vía judicial, solicitando que se declarase responsabilidad de su empleador y se le impusiera un recargo del 50% de todas las prestaciones de Seguridad Social que se le habían reconocido. En este caso, las dos de incapacidad temporal y la de incapacidad permanente absoluta.

Su demanda fue estimada por el Juzgado de lo Social nº 3 de Donostia-San Sebastián, en el sentencia nº 491/2010, de 20 de diciembre, que fue ratificada en su integridad por la dictada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco el 24 de mayo de 2011 en el recurso de suplicación 1003/2011. Esta última sentencia ha sido confirmada por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, a través del Auto de 1 de marzo de 2012, que rechazó el recurso de casación para la unificación de doctrina presentado por la empresa.

Así, como consecuencia de estos pronunciamientos judiciales, ésta ha sido condenada a abonar con carácter exclusivo y no asegurable, el 50% de todas las prestaciones de Seguridad Social que le han sido reconocidas a la trabajadora: 106.406,50 euros por las dos bajas, y 233.996,92 euros por la incapacidad permanente absoluta.

4.1.3. Procedimientos de reclamación de daños y perjuicios

Para finalizar la exposición de las actuaciones judiciales iniciadas por esta trabajadora, tenemos que señalar que la misma también ha interpuesto dos procedimientos de reclamación de los daños y perjuicios ocasionados por haber estado sometida de manera prolongada a una situación de estrés en su puesto de trabajo, sin que la empresa hubiera adoptado ninguna medida para solventarla.

El primero -que estuvo referido a los dos procesos de baja médica-, ha sido resuelto por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco en la sentencia de 13 de febrero de 2007, dictada en el recurso de suplicación 2742/2006, donde condenó a la empresa a abonarle 14.337,46 euros por el **daño a la salud** ocasionado.

La forma de cálculo utilizada por el Tribunal para reparar esos daños a la salud, fue la aplicación analógica de la Tabla V (Indemnizaciones Básicas por IT), contemplada en el Sistema de Valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación. Más concretamente, se aplicó el importe previsto en dicha Tabla para los días de incapacidad temporal no impositivos, al haber considerado el Tribunal que procedía efectuar un descuento porque durante las bajas se había percibido prestación. Tenemos que manifestar que esta teoría ya ha sido superada, y en la actualidad, los días de baja se computan como días impositivos a todos los efectos.

El segundo de los procedimientos de reclamación de daños está pendiente aún de resolución en vía judicial. En él se ejercita una acción por importe superior a los 300.000 euros vinculada a las secuelas ocasionadas a la trabajadora.

4.1.4. Valoración

Tal y como apuntábamos en la parte introductoria del presente trabajo, cuando la problemática surgida a causa de alguno de los riesgos psicosociales se judicializa, pueden surgir una pluralidad de acciones, que dan lugar a la tramitación de varios procedimientos judiciales que se dilatan a lo largo de varios años.

La mayor parte de estos procesos se inician a instancias de la persona afectada, inclusive los que versan sobre materia de Seguridad Social. De esta forma, si en este caso concreto la trabajadora no hubiese solicitado el cambio de la contingencia de sus bajas para que fuese declarada accidente de trabajo, **el coste de todas las prestaciones de Seguridad Social que ha generado, hubiesen sido costeadas por el Sistema Público de Seguridad Social.** Estamos hablando de más de 500.000 euros de prestaciones directas (bajas e incapacidad permanente), sin computar el gasto asistencial que ha generado.

4.2. Acoso laboral

En la exposición de este caso, destacaremos que, además de los procedimientos derivados propiamente de la situación de hostigamiento laboral que vivió en su puesto de trabajo, el trabajador afectado por la situación de acoso laboral también se vio obligado a iniciar varios procedimientos para la defensa ordinaria de sus derechos: procedimiento de vacaciones, varios procedimientos de reclamación de cantidad por impago de salarios y procedimiento de modificación sustancial de condiciones de trabajo. Además, en esta ocasión también existió la intervención de la Inspección de Trabajo y Seguridad, que hasta en dos ocasiones propuso acta de infracción contra el empleador. En su totalidad, se han tramitado diez procedimientos judiciales a lo largo de 6 años, estando alguno de ellos aún en tramitación.

En este caso concreto, su empresa realizó una serie de actuaciones atentatorias de sus derechos fundamentales a la dignidad y a la integridad física, tendentes a que el trabajador abandonase su puesto de manera voluntaria.

4.2.1. Procedimiento de determinación de contingencia

Al igual que en el primer supuesto, esta situación de hostigamiento continuado provocó que el trabajador cursase dos periodos de IT, por la contingencia de enfermedad común, durante un total de 609 días, con un coste para la Seguridad Social de 23.756,28 euros.

En esta ocasión, también fue el propio trabajador el que tuvo que iniciar, ante el INSS, el oportuno expediente de determinación de contingencia para que se declarase que sus bajas tenían como causa exclusiva el trabajo, situación que fue reconocida directamente por Entidad Gestora sin necesidad de acudir a la vía judicial.

Como ya se ha expuesto, la consecuencia jurídica del cambio de contingencia determina que la Mutua con la que la empresa tuviese cubiertas las contingencias profesionales se hace responsable del abono de las prestaciones de incapacidad temporal, obligándosele a devolver a la Administración el importe que previamente había adelantado.

4.2.2. Procedimiento de recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad e higiene en el trabajo

En esta ocasión, al igual que ocurrió con el procedimiento de determinación de contingencia, efectuada solicitud de recargo de prestaciones ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social, se estimó la reclamación del trabajador y se emitió Resolución por la que se impuso a la empresa un recargo del 50% de todas las prestaciones de Seguridad Social ocasionadas.

Como en este caso únicamente se habían causado prestaciones de IT, el recargo al que tiene que hacer frente la empresa es de 11.878,14 euros, que aún está pendiente de resolución judicial al haber recurrido la empresa la Resolución emitida por el INSS.

4.2.3. Procedimientos sancionatorios de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social

En el ejercicio de sus derechos legítimos, este trabajador decidió interponer denuncia en la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, donde expuso las circunstancias que estaba viviendo en su puesto de trabajo.

Tras las actuaciones inspectoras correspondientes, se constató por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social actuante que se había producido un atentado contra la dignidad del trabajador, merecedor de una sanción para su empresa por importe de 37.502 euros, al haber cometido una falta muy grave en materia de relaciones laborales.

Hubo una segunda actuación inspectora donde se volvió a constatar la vulneración del derecho a la dignidad del trabajador, habiéndose impuesto en esta ocasión a la empresa otra sanción por importe de 25.001 euros.

4.2.4. Procedimientos de oficio

Las dos actuaciones inspectoras a las que hemos hecho referencia en el apartado anterior, dieron lugar a la tramitación de sendos procedimientos judiciales de oficio iniciados por el Departamento de Empleo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. En ellos, este Organismo planteó al juzgador encargado de la resolución de ambos procedimientos, que determinase si se había producido la infracción del derecho a la dignidad del trabajador.

En ambos procedimientos se estimó la reclamación planteada, y se confirmó la citada resolución.

El primero fue resuelto por la sentencia nº 577/2009, de 23 de diciembre, dictada por el Juzgado de lo Social nº 5 de Bilbao, y confirmada por la de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, de 13 de julio de 2010 (recurso de suplicación 1540/2010).

El segundo fue resuelto por la sentencia nº 248/2012, de 321 de junio, dictada por el Juzgado de lo Social nº 1 de Bilbao, y confirmada por la de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, de 15 de enero de 2013 (recurso de suplicación 2916/2012).

4.2.5. Procedimiento de tutela de derechos fundamentales

En esta ocasión, el trabajador optó por conservar su puesto de trabajo en la empresa y por iniciar este procedimiento especial y preferente. En el mismo, se declaró que la empresa había vulnerado los derechos fundamentales del trabajador, se condenó a la misma a cesar en tales conductas, y a reponerle en las condiciones que disfrutaba con anterioridad a iniciarse el proceso de hostigamiento frente a él.

Además, se condenó a la empresa a reparar las consecuencias dañosas que sus actuaciones contrarias a derecho habían producido en el trabajador. El importe indemnizatorio a cuyo pago fue condenada ascendió a 74.246,16 euros, en virtud de los siguientes parámetros:

- **Daños patrimoniales:** diferencia entre la prestación de IT y lo que hubiese percibido el trabajador de estar en activo: 33.397,49 euros.
- **Daños personales:** aplica de manera analógica el baremo de accidentes de circulación del año 2010. Pero a diferencia de la forma de computar esta indemnización en el supuesto anterior (se descontaba lo percibido de la SS y se contabilizaban en consecuencia los días como no impeditivos), en este caso se acoge el nuevo criterio jurisprudencial del TS y se computan los días como impeditivos. Aplica el 25% del factor corrector en base al salario del actor, lo que arroja una cuantía de 40.848,67 € (incluye los daños morales).

En aras a la reparación íntegra del daño, la empresa también fue condenada a publicar la sentencia en los tablones de anuncios del centro de trabajo o en un lugar visible del mismo, durante un periodo ininterrumpido de siete días.

En este caso concreto, se denegó la publicación externa de la sentencia fuera del centro de trabajo porque no se acreditó la repercusión mediática fuera del entorno laboral. Este es el criterio de la jurisprudencia que se sigue en la actualidad.

Este procedimiento fue resuelto por el Juzgado de lo Social nº 5 de Bilbao en la sentencia nº 235/2010, de 21 de mayo, que fue parcialmente revocada por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco en la sentencia de 21 de diciembre de 2010 (recurso de suplicación 2718/2010). Finalmente, ha sido confirmada por la Sala de lo Social del Tribunal Supremo mediante la sentencia de 23 de abril de 2013 (recurso de casación para la unificación de doctrina 753/2011).

Tras todos estos procedimientos judiciales iniciados por el trabajador para la defensa de sus derechos, la empresa ha asumido en total por todos ellos un coste económico superior a los 160.000 euros, que ha resultado más de tres veces superior a la extinción indemnizada del contrato de este trabajador.

4.3. Vulneración de la integridad moral y de la dignidad

Por último, queremos exponer en este tercer supuesto real, la situación vivida por una trabajadora que estuvo expuesta a varios riesgos psicosociales en su centro de trabajo, de tal forma que pasó de vivir una situación de estrés laboral, motivada por una sobrecarga de trabajo, a no tener ninguna ocupación efectiva a lo largo de toda la jornada laboral, durante aproximadamente un año entero.

En este caso el periplo judicial también se ha prolongado a lo largo de diez años y ha dado lugar a la tramitación de múltiples procedimientos. El primero de ellos fue un despido.

4.3.1. Procedimiento de despido y readmisión irregular

La trabajadora fue despedida tras manifestar a su empleador que únicamente asumiría las tareas encomendadas durante la jornada laboral, ya que por prescripción médica se le había recomendado asumir menos carga de trabajo (situación de estrés laboral).

El despido se produjo mientras estaba disfrutando de su permiso de maternidad, por lo que el mismo fue declarado nulo, habiéndose condenado a la empresa a la readmisión de esta trabajadora.

Tras la readmisión, la empresa incumple la sentencia y le impone unas condiciones distintas a las que tenía antes de ser despedida, motivo por el cual se ve en la necesidad de solicitar la ejecución de la sentencia. En dicho trámite de ejecución se determinó que la readmisión no se había hecho de forma regular, apreciando un ánimo de represalia en la conducta de su empresa.

Sin embargo, lejos de corregir esta conducta, la trabajadora va sufriendo paulatinamente una degradación en sus funciones, hasta llegar a un punto en el que está toda la jornada laboral sin ocupación efectiva alguna. Situación en la que estuvo aproximadamente un año.

4.3.2. Procedimiento de determinación de contingencia

Como consecuencia de esta situación, la trabajadora cursó 3 periodos de IT por la contingencia inicial de enfermedad común. El segundo de ellos además, sin derecho a prestación económica. En total, estuvo 1.588 días, de los cuales 411 no tuvo derecho a prestación. Es decir, 1.177 días con derecho a prestación, con un coste económico para la Seguridad Social de 53.058,57 euros.

Solicitada la determinación de contingencia de dichos periodos, la misma ha sido considerada como accidente de trabajo por el Juzgado de lo Social nº 4 de Santander, en la sentencia nº 219/2013, de 1 de julio, que a día de hoy no es firme al haber sido recurrida por la empresa.

Al igual que en los casos anteriores, como consecuencia de esta sentencia y si la misma se confirma, la Mutua deberá devolver a la TGSS el importe de las prestaciones de IT.

4.3.3. Procedimiento de recargo de prestaciones

También en este caso se ha considerado que la empresa no cumplió con sus obligaciones en materia preventiva, motivo por el cual se le ha impuesto judicialmente un recargo del 50% de las prestaciones de Seguridad Social que le han sido reconocidas a esta trabajadora. El importe del mismo asciende a 26.529,28 euros.

4.3.4. Procedimiento de extinción del contrato de trabajo por incumplimientos graves y culpables por parte de la empresa, e indemnización por los daños y perjuicios causados

A diferencia del segundo caso expuesto, ante la situación de vulneración de derechos que estaba sufriendo, la trabajadora optó por solicitar la extinción de su contrato con su empleador.

La misma fue estimada por el Juzgado de lo Social nº 1 de Santander en la sentencia nº 195/2009, de 20 de abril, que fue parcialmente revocada en cuanto a la indemnización adicional considerada, por la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria en la sentencia nº 102/2010, de 17 de febrero (recurso de suplicación 703/2009).

En este procedimiento se estimó la petición de extinción del contrato y se condenó a la empresa a abonarle a la trabajadora el importe de 59.370 euros, así como una indemnización adicional de 10.202,72 euros, al considerar probado que había sido objeto de un proceso de hostigamiento que conculcó su derecho a la integridad física y a la ocupación efectiva. En este caso concreto, únicamente se indemnizó el daño psicofísico o daño a la salud, aplicando también, de manera análoga, el Baremo de accidentes de circulación. La cuantificación quedó referenciada únicamente a la última baja, al estar pendiente de resolución un procedimiento penal entre las partes en el que también se ejercitaba la responsabilidad civil de la empresa.

En la actualidad, está pendiente de resolución otro procedimiento de reclamación de daños y perjuicios que no fueron considerados en el procedimiento penal, al haber sido absueltos los sujetos causantes del hostigamiento. En el mismo se reclama una cantidad superior a los 300.000 euros.

4.3.5. Procedimiento de oficio

En este caso también se solicitó la intervención de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, que realizó dos actas de infracción:

- La primera, por importe de 6.000 euros, por falta de ocupación efectiva.
- La segunda, por importe de 20.000 euros, también por falta de ocupación efectiva y por vulnerar la dignidad de la trabajadora.

4.3.6. Procedimiento penal por delito contra la integridad moral y lesiones

A diferencia de los dos supuestos anteriores, en el presente, la trabajadora acudió a la vía penal para la defensa de sus derechos, por considerar que el empresario había incurrido en un delito contra la integridad moral (art. 173 CP) en concurso con un delito de lesiones (art. 172 CP).

Como ya hemos adelantado, los imputados fueron absueltos por el Juzgado de lo Penal nº 3 de Santander, en la sentencia nº 84/2013, de 23 de marzo, a pesar de haberse acreditado la situación de hostigamiento descrita.

4.4. Conclusiones

Una vez expuestos estos tres supuestos reales en los que un riesgo psicosocial no resuelto se ha materializado en graves perjuicios para los que lo han padecido, podemos extraer una serie de conclusiones comunes a todos ellos:

1. En los tres supuestos, se ha producido un **grave daño a la salud** de los trabajadores afectados.
2. Todos ellos han cursado varios periodos de incapacidad temporal de larga duración.
3. En todos ellos también, la contingencia inicial de las bajas ha sido la de enfermedad común, siendo los propios trabajadores los que han tenido que iniciar el procedimiento para que la contingencia fuese

profesional. La conclusión que podemos extraer es el **importante coste económico** que esta situación supone para el Sistema Nacional de la Seguridad Social. En solo estos tres casos, el importe de las prestaciones de incapacidad temporal ha ascendido a 109.627,85 euros, que han sido abonados por el INSS hasta que se cambió la contingencia y se condenó a las Mutuas correspondientes a devolverle estas cantidades. Además, en el primer caso, el importe de la prestación de incapacidad permanente absoluta asciende a los 500.000 euros, que hubiesen sido abonados por el Sistema Nacional de Seguridad Social si la trabajadora no hubiese solicitado el cambio de contingencia.

4. Ninguna de las empresas tenía realizada la evaluación de los riesgos psicosociales en el centro de trabajo ni en el puesto concreto de los trabajadores afectados.
5. En los tres casos, se ha impuesto un recargo de prestaciones a las empresas por falta de medidas de seguridad e higiene en el trabajo, en su porcentaje máximo (50%).
6. Los trabajadores afectados son de distinto sexo, edad, formación y profesión, y las empresas también pertenecen a distintos sectores de actividad. Esto nos induce a concluir que esta materia puede afectar a cualquier trabajador/a y a cualquier organización del trabajo.
7. En todos los casos, el daño ha dado lugar a la obligación por parte del empleador, a la reparación de los daños y perjuicios ocasionados a sus empleados.
8. En todos los casos, se han tramitado varios procedimientos judiciales, que se han prolongado a lo largo de varios años.

5.

Propuestas de mejora para obtener datos fiables que nos permitan conocer cuáles son a nivel judicial los costes asociados a los riesgos psicosociales

Dos son las propuestas que se realizan para poder conocer los datos necesarios:

1. Crear una clave específica para los riesgos psicosociales, a ser posible una para cada riesgo, en cada una de las posibles fuentes de información.
2. Informar a los órganos iniciadores del resultado final de sus actuaciones.

Punto primero: Crear una clave específica para los riesgos psicosociales.

- A. El primer órgano donde hay que poner esta clave específica es el Servicio de Mediaciones y Conciliaciones laborales. Es el lugar donde se presentan las papeletas de conciliación y es el primer sitio donde hay que clasificar el tipo de reclamación. Esta clasificación debe realizarse por el letrado conciliador, una vez que haya leído la papeleta de conciliación. De esta forma, podríamos conocer cuántas reclamaciones de riesgos psicosociales se han interpuesto y cuántas se han conciliado, pudiendo además accederse a las concretas cuantías de las conciliaciones efectuadas.
- B. El segundo órgano es el INSS. Sería necesaria la creación de una clave para las prestaciones generadas por riesgos psicosociales. De esta forma podríamos conocer el número de bajas, la duración de las mismas y diagnóstico de las causadas por riesgos psicosociales, si dichas bajas han derivado en una invalidez, si se ha interpuesto un procedimiento de cambio de contingencia y su resultado, y si han dado lugar a un recargo de prestaciones y, en su caso, en qué porcentaje, pudiendo llegar a conocerse el capital coste de esos recargos.
- C. El tercer órgano es la ITSS. La clave específica debería aplicarse a las denuncias interpuestas y debería ponerla el inspector actuante. De esta forma podríamos conocer cuántas denuncias por riesgo psicosocial se han interpuesto, cuántas han sido archivadas, cuántas han acabado con requerimiento y cuántas con propuesta de sanción. Y en cuántas se ha informado una propuesta de recargo.

- D.** El cuarto órgano es el Juzgado. La clave específica debe ponerla el secretario judicial, persona encargada de admitir a trámite las demandas, y debe efectuarse en cada juzgado. De esta forma podríamos conocer cuántas demandas por riesgo psicosocial se han interpuesto, cuántas han sido conciliadas judicialmente, cuántas han acabado en sentencia absolutoria, cuántas con condena y de qué importe, y cuántas han sido recurridas. Asimismo, debiera poder conocerse cuál es el resultado final de los recursos, porque los autos llegan finalmente al propio juzgado para su ejecución, y en los mismos consta el resultado de los recursos, bien sean del Tribunal Superior, bien sean del TS. El mismo proceso de seguimiento de la clave específica debiera seguirse tanto en el Tribunal Superior como en el TS.
- E.** El último órgano es la Fiscalía. La clave específica debe ponerla el fiscal actuante, debiendo resaltarse que el fiscal, además de su ámbito propio penal, actúa o debiera actuar en la defensa de los derechos fundamentales en el orden contencioso administrativo y laboral. De esta forma podríamos conocer cuántas denuncias penales se han interpuesto por riesgos psicosociales, cuántas se han archivado, cuántas han acabado en sentencia absolutoria, cuántas con condena y de qué importe, y cuántas han sido recurridas. Asimismo, debiera poder conocerse cuál es el resultado final de los recursos, porque los autos llegan finalmente al propio juzgado para su ejecución, y en los mismos consta el resultado de los recursos, bien sean de la Audiencia Provincial, bien sean del TS. En caso de existencia de un juzgado específico de ejecuciones, debiera efectuarse el seguimiento de los autos e informar sobre el resultado final continuando con la clave inicial. Además, la Fiscalía debe informar del número y resultado de los procedimientos de defensa de los derechos fundamentales en el orden contencioso administrativo y laboral en que es llamado, en cuántos interviene y resultado de los mismos.

Punto segundo: Informar a los órganos iniciadores del resultado final de sus actuaciones.

La propuesta es muy sencilla. Hemos constatado que los distintos órganos actuantes desconocen el resultado final de sus actuaciones. A modo de ejemplo, los inspectores laborales desconocen cómo terminan sus propuestas de recargo y de sanciones, si han sido revocadas, confirmadas y por qué ha sucedido. Esto impide cualquier posibilidad de mejora o reflexión y desalienta la actuación. Por ello, creemos que es fundamental informar a cada órgano concreto del resultado de sus actuaciones, a fin de sacar conclusiones sobre las mismas.





La aportación de la Econometría Aplicada a la evaluación de los costes asociados al estrés laboral



Autores

Carlos Gamero Burón

Doctor en Economía. Departamento de Economía Aplicada (Estadística y Econometría)
Universidad de Málaga.

M^a Luz González Álvarez

Doctora en Economía. Departamento de Economía Aplicada (Estadística y Econometría)
Universidad de Málaga.

1.

Introducción

Sin duda alguna, el mundo laboral está experimentando cambios de manera continua y considerable. Las nuevas formas de contratos laborales y de inseguridad laboral, el envejecimiento de la fuerza de trabajo, la intensificación del mismo, las demandas emocionales cada vez más elevadas y el pobre equilibrio entre las esferas familiar y laboral son factores que acrecientan las posibilidades de que surjan nuevos riesgos para la salud y la seguridad o que algunos de los peligros existentes aumenten.

Entre los denominados “riesgos emergentes”, un lugar especialmente destacado ocupan los riesgos de origen psicosocial. Muchos de los efectos de estos riesgos pueden atribuirse directamente al estrés. Éste ha sido identificado oficialmente desde hace ya décadas como uno de los riesgos emergentes más importantes en el panorama laboral actual y, en consecuencia, como uno de los principales desafíos para la seguridad y la salud laboral a que se enfrentan las organizaciones en el ámbito de la Unión Europea (DGEASCE, 1999).

El estrés es un fenómeno complejo, lo que se refleja en el gran número de definiciones que circulan en la literatura especializada. Sin embargo, en años recientes estas definiciones tienden a converger considerándolo como un proceso psicológico interactivo o un estado psicológico entre el individuo y la situación (Di Martino, 1992; Cox, 1993). De acuerdo con este modelo, el estrés se contempla como el desequilibrio percibido entre las demandas internas y externas que enfrenta el individuo y la habilidad percibida para afrontar la situación. Parece evidenciarse que no es tanto el tipo de actividad económica como el modo de organización del trabajo, las condiciones de empleo y el “estilo de gestión” los que más inciden en el nivel de estrés experimentado por los trabajadores. Se trata, pues, de un problema de dimensiones globales.

En algunos Estados miembros de la UE, existe una creciente concienciación de que el estrés laboral origina costes que son evitables y que el fomento de la salud mediante la adecuada configuración de los puestos de trabajo puede constituir una considerable ventaja para los países que lo aplican, por el logro de ventajosas ganancias de productividad en un contexto de creciente competencia globalizadora. En consecuencia, la evaluación de las repercusiones económicas de la existencia de condiciones de trabajo no óptimas es, cada vez más, uno de los elementos habituales de la información que se utiliza para tomar decisiones políticas sobre temas relacionados con la Seguridad e Higiene en el Trabajo. Sin embargo, las diferencias culturales entre los Estados miembros de la Unión conducen a diferentes actitudes con respecto a la utilización del análisis coste-beneficio en la redacción de documentos legislativos.

En España, a pesar de las expectativas generadas por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, hay una evidente falta de resultados positivos, reflejada principalmente en la debilidad de la acción preventiva de las empresas, señalada en encuestas, estudios, etc⁵. Lo singular de nuestro país en relación con esta cuestión es que la preocupación sigue estando centrada en el escalón más bajo de la prevención: los accidentes laborales. El incumplimiento de la normativa se suele atribuir a la carencia de “cultura preventiva”, que resulta aún mayor en lo relativo a los “novedosos” riesgos psicosociales. Esta carencia tendría como principal manifestación, entre los empresarios, la falta de conciencia de que la prevención es rentable, lo que les llevaría al error de considerar la prevención como un coste, externamente impuesto.

5 Según datos proporcionados por el INE, en nuestro país, alrededor del 80% de las empresas son pequeñas o muy pequeñas, es decir, empresas de menos de seis trabajadores, donde no existe representación sindical y donde las reivindicaciones en materia preventiva son difícilmente visibles. En el 70% de las empresas de entre seis y diez trabajadores no existe delegado de prevención. Además, en el 36% de los accidentes laborales sucedidos en el año 2008 en este último tipo de empresa, no existía evaluación de riesgos. Una de cada cuatro empresas en España sigue ajena a sus obligaciones preventivas básicas, según datos extraídos de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo realizada por el INSHT.

Sin duda alguna, contar con estimaciones del coste asociado a los riesgos laborales, en general, y a los psicosociales, en particular, puede ser de gran utilidad de cara a conseguir fomentar su prevención eficiente. Tales números pueden lograr una mayor concienciación de los poderes públicos, las empresas y organizaciones y los propios trabajadores sobre la magnitud del problema y constituir la base para la toma de decisiones sobre asignación de recursos en el ámbito de la política laboral, de la empresa o del individuo. En esa labor de cálculo de costes estimados, pensamos que la Econometría puede jugar un papel relevante. Las técnicas econométricas constituyen una potente herramienta para extrapolar a nivel poblacional las características observadas en una muestra aleatoria extraída de la población objetivo, lo que resulta de gran utilidad cuando el trabajo de valoración se basa en datos obtenidos a partir de encuestas.

Dentro de este contexto y centrado en el estrés laboral, el presente informe se estructura del siguiente modo. En la siguiente sección, junto con consideraciones de tipo metodológico, se presenta un inventario de las fuentes de costes asociadas al estrés laboral, paso necesario para abordar la tarea valorativa que se persigue. En la tercera sección se lleva a cabo una discusión sobre el papel que puede jugar la Econometría en el proceso de evaluación monetaria de tales costes. En la sección cuarta se presentan y discuten las tres investigaciones empíricas incluidas en el estudio elaborado para UGT desde la Universidad de Málaga por Gamero, González y García (2008), centradas en la evaluación de los costes asociados al estrés laboral. Tales estudios aportan como novedad la utilización de técnicas econométricas a datos procedentes de muestras representativas de la población asalariada española. En la quinta sección se detallan algunas líneas futuras de investigación sobre esta cuestión. La sexta sección recoge las principales conclusiones que se derivan de todo lo anterior.

2.

Metodología para la valoración económica de los costes asociados al estrés laboral

Desde un punto de vista metodológico, a nuestro juicio, la evaluación en términos monetarios de los costes asociados al estrés laboral debería atravesar una serie de fases o etapas que pueden resumirse del siguiente modo:

Fase 1: Definición precisa de la causa

- ¿Qué se entiende por estrés laboral? Para responder a esta pregunta se cuenta con las diversas definiciones o modelos ofrecidos por la teoría psicológica.
- ¿Cómo medirlo? Resulta imprescindible contar con un indicador del nivel de estrés soportado por el trabajador que sea manejable desde el punto de vista del trabajo empírico, es decir, que resulte operativo. Tal indicador puede consistir en una medida autodeclarada y/o en un diagnóstico clínico.

Fase 2: Identificación de las fuentes de coste asociadas al estrés laboral

- ¿A qué esferas o dimensiones afecta el estrés laboral? ¿A través de que vías incide sobre la competitividad y la productividad empresariales, sobre la salud y el bienestar de los trabajadores y sobre las cuentas públicas? A este respecto, se hace imprescindible una reflexión a nivel teórico sobre sus posibles implicaciones en el ámbito del trabajo y fuera de él. Tanto la Psicología como la Economía pueden ofrecer valiosas guías al respecto.
- ¿Cómo medir tales dimensiones? Si, por ejemplo, se presume que el estrés laboral afecta al absentismo laboral, se deberá realizar un importante esfuerzo por precisar qué se entiende por absentismo. También resultará necesario definir indicadores observables (variables) que representen a nivel empírico tal dimensión, es decir, indicar cómo medirlo. Siguiendo con el ejemplo del absentismo, esto podría hacerse mediante declaración del propio trabajador sobre los días faltados en un determinado intervalo temporal o acudiendo a los registros de las empresas u organizaciones, en el caso de que

existan. Por lo que respecta a la influencia del estrés laboral sobre la utilización de servicios sanitarios, es necesario precisar durante qué periodo habría que medir dicha utilización, ya que los procesos de estrés no suelen resolverse en cortos periodos de tiempo, y adecuarlo a la organización asistencial del Sistema Nacional de Salud

Fase 3: Cuantificación de los efectos del estrés sobre esas dimensiones

Se trata del diseño y aplicación de técnicas de tratamiento de datos que permitan discriminar qué parte de la variación en las dimensiones identificadas en la segunda fase es causada por el estrés laboral. Continuando con el ejemplo del absentismo, se trataría de determinar qué parte de los días de ausencia al trabajo se asocia con el estrés laboral y cuál a otras causas. En el caso de la asistencia sanitaria, es preciso determinar qué parte de las consultas médicas, urgencias, hospitalizaciones, etc. son debidas al estrés laboral y disociar éste último del estrés originado por otras circunstancias personales y familiares. En ambos casos, y como veremos más adelante, determinadas técnicas econométricas pueden resultar de utilidad.

Fase 4: Traducción a términos monetarios de los efectos detectados

¿Cuál es el importe monetario del efecto diferencial provocado por el estrés laboral en las dimensiones analizadas? Esta fase conlleva el diseño/aplicación de metodologías de valoración monetaria, que permitan traducir a euros los efectos detectados. En el caso de la valoración del absentismo asociado al estrés laboral, ello podría lograrse con la aplicación de los métodos del capital humano y de los costes friccionales. La valoración de la sobreutilización de servicios sanitarios puede obtenerse de los precios públicos o tarifas establecidas por los Servicios Regionales de Salud para reclamar a terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, en el supuesto de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo, del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina.

Fase 5: Discusión de los resultados

Se hace necesaria una indicación clara de las debilidades y fortalezas que presentan las investigaciones realizadas, derivadas de las técnicas utilizadas o de los datos con los que se ha contado. También procede la comparación de los hallazgos alcanzados con los existentes en la literatura científica sobre el tema, tanto a nivel nacional como internacional.

Las fases 1 y 2 resultan de crucial importancia. Como se ha indicado la fase 2 conlleva la identificación de las fuentes de coste generadas por el estrés. Resulta habitual considerar la siguiente tipología de costes asociados a los riesgos psicosociales:

- 1.** Costes directos, originados por la utilización de recursos para prevenir, detectar y tratar los riesgos psicosociales, y que pueden ser sanitarios (tratamiento de la enfermedad) o no sanitarios (cuidadores remunerados).
- 2.** Costes indirectos, es decir, los costes que soportan las empresas y la sociedad, en general, relacionados con las pérdidas de producción laboral (discapacidad o mortalidad), de producción doméstica o de ocio provocadas por la exposición al riesgo.
- 3.** Efectos sobre el bienestar: costes psicológicos, intangibles que se atribuyen necesariamente a la pérdida de calidad de vida que deviene de la enfermedad, tanto para los enfermos como para sus familias.

Por dificultades de medición, la mayoría de los estudios desarrollados en este ámbito se centran en los costes directos sanitarios y en los costes indirectos derivados de la pérdida de productividad laboral.

Otra clasificación más detallada de los costes asociados al estrés laboral es la que puede adaptarse del informe AESST (2002) y que distingue entre costes soportados por el individuo, por las empresas u organizaciones y por la sociedad. Las Tablas 1 a 3 recogen tales inventarios, con indicación de cómo podría procederse a la cuantificación monetaria de las distintas partidas de coste. En conjunto, estos listados dan idea de la gran cantidad de fuentes de coste que genera la existencia de entornos laborales estresantes, así como de la dificultad que entraña su valoración por la enorme exigencia informativa que conlleva.

Tabla 1
Costes asociados al estrés laboral soportados por el individuo

Variable	Descripción	Cómo obtener el valor monetario
Sanidad	Cuidados médicos no cubiertos por seguro (tratamientos no hospitalarios, medicinas), rehabilitación no médica (por ejemplo, vocacional)	Gastos sanitarios que no son compensados por seguro o empleador
Calidad de vida	Esperanza de vida, esperanza de vida sana, Satisfacción laboral, satisfacción con la vida	Disponibilidad a aceptar, disponibilidad a pagar
Dolor y sufrimiento	Para las víctimas, pero también para los parientes y amigos	No disponible método fiable
Pérdidas de ingresos presentes	Pérdidas de ingresos en el trabajo actual y en el segundo trabajo.	Reducción en los ingresos presentes, pérdida de salarios
Pérdidas de ganancias futuras potenciales	También se incluye el segundo trabajo	Diferencias entre la renta futura esperada total y compensaciones totales o pensiones
Gastos que no son cubiertos por seguros o compensaciones	Ejemplos son los costes de transporte, visitas a hospitales, etc.	Suma de todos los otros gastos para una víctima y su familia que no son compensados

Fuente: Adaptado de AESST (2002).

Tabla 2
Costes asociados al estrés laboral soportados por las organizaciones

Variable	Descripción	Cómo obtener el valor monetario
Ausencias del trabajo por enfermedad y absentismo	Cantidad de tiempo de trabajo perdido	Suma de costes de actividades que hacen frente a los efectos del tiempo de trabajo perdido, tales como el reemplazo y producción perdida; un efecto indirecto es que la baja por enfermedad reduce la flexibilidad o posibilidades de enfrentarse con situaciones inesperadas.
Presentismo	Disminución en la productividad del trabajador afectado cuando permanece en el puesto de trabajo	Valoración económica del trabajo dejado de hacer o de los retardos.
Rotación de personal por un entorno de trabajo pobre o jubilaciones anticipadas e incapacidad	Porcentaje o número de personas que dejan involuntariamente la compañía en un período de tiempo	Suma de costes de actividades originadas por rotación indeseada, (costes de reemplazo, formación adicional, pérdida de productividad, publicidad, procedimiento de selección de personal).
Jubilaciones anticipadas e incapacidad	Porcentaje o número de personas en un período de tiempo	Suma de los costes de actividades originadas por la incapacidad o la jubilación anticipada, multas, pagos a la víctima.
Rehabilitación no médica	Dinero gastado por el empleador para facilitar el retorno al trabajo (asesoramiento, formación, ajustes en el centro de trabajo)	Facturas
Administración de la enfermedad, ausencias, lesiones, etc.	Actividades de dirección que tienen que ser desarrolladas por la compañía en relación con las bajas por enfermedad	Salarios totales del tiempo perdido
Equipo dañado	Costes de daños o reparaciones de máquinas, materiales o productos asociados provocados por el estrés	Costes de reemplazo

Costes de oportunidad	Pedidos perdidos, competitividad en mercados específicos	Valor de la producción estimado, que representa los ingresos perdidos por la compañía
Falta de rendimiento de la inversión	Gastos asociados al estrés y no invertidos en actividades rentables (como producción, mercado de valores o ahorro) generando intereses.	Intereses de la cantidad de gastos, invertidos durante x años, con un tipo de interés de r%

Fuente: Adaptado de AESST (2002).

Tabla 3
Costes asociados al estrés laboral soportados por la sociedad

Variable	Descripción	Cómo obtener el valor monetario
Costes relacionados con la salud		
Sanidad	Hospitalización, otros cuidados médicos (tratamiento no hospitalario, medicinas), incapacidad permanente, rehabilitación no médica	Gastos reales en tratamientos médicos y rehabilitación
Calidad de vida	Esperanza de vida, esperanza de vida sana	Disponibilidad al pago y a la aceptación
Dolor y sufrimiento	Para las víctimas, pero también para los parientes y amigos	No disponible método fiable
Pérdidas de producción presentes	Ingresos perdidos debido a las bajas por enfermedad, absentismo o incapacidad	Ganancias totales perdidas durante el período de ausencia
Pérdida de ganancias y producción potenciales futuras	Pérdidas de ingresos durante el período completo de incapacidad permanente	Suma de la renta perdida durante el período esperado de incapacidad, en el que tanto la renta como el período son estimados con base en datos estadísticos

Fuente: Adaptado de AESST (2002).

En relación con los costes soportados por la sociedad, es importante señalar que, desde la óptica de la Economía del Bienestar, la cuantía de las transferencias aportadas por la Seguridad Social en concepto de prestación por incapacidad no representan un coste (más allá de los costes de fricción de recaudar y distribuir los fondos), tan sólo dinero que cambia de unos agentes a otros. En cambio, la producción que deja de realizarse a consecuencia de una incapacidad laboral temporal sí comporta recursos y riqueza que dejan de generarse en la sociedad y, por tanto, representan un coste o pérdida de Bienestar Social.

Parece suficientemente acreditado que el estrés causa una pesada carga a los empleados, a las organizaciones y a la sociedad en su conjunto. Así se deduce de las evidencias aportadas por los estudios disponibles realizados en países de nuestro entorno (véase Tabla 4). Estas valoraciones internacionales concluyen con una cifra monetaria agregada o global que representa su factura para la sociedad, con frecuencia expresada en porcentaje sobre alguna macromagnitud.

Tabla 4
Algunas cifras sobre el coste del estrés laboral

Fuente	Ámbito	Cobertura	Coste	% s/ PIB*
<i>Federal Assistant Minister for Industrial Relations (1994)</i>	Australia	Estrés laboral	30.000 mill. (A\$)	[4,7%]
Cooper <i>et al.</i> (1996)	Estados Unidos (empresas)	Estrés laboral	150.000 mill. (\$)	[1,1%]
Cooper <i>et al.</i> (1996)	Reino Unido	Estrés laboral	..	10%
Charlesworth (1996)	Reino Unido (empresas)	Estrés laboral	7.000 mill. (£)	[0,1%]
Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (1998)	UE-15	Enfermedades del trabajo	185.000 – 269.000 mill. (€)	2,6% - 3,8%
DGEASCE (1999)	UE-15	Estrés laboral	20.000 mill. (€)	[0,3%]
Hoel <i>et al.</i> (2001)	Varios países	Estrés y violencia en el trabajo	..	0,5% - 3,5%
Ramaciotti y Perriad (2001)	Suiza	Estrés laboral	1.450 – 3.410 mill. (SF)	0,44% - 1,04%
Stephens y Joubert (2001)	Canadá (industria)	Problemas de salud mental	14.400 mill. (C\$)	[1,3%]
Kalia (2002)	Estados Unidos	Estrés laboral	42.000 mill. (\$)	[0,4%]
Bejean <i>et al.</i> (2003)	Francia	Estrés laboral	830 – 1.656 mill. (€)	0,06% - 0,12%
Tangri (2003)	Canadá (industria)	Problemas de salud mental	35.000 mill. (C\$)	[2,9%]
<i>American Institute of Stress (2008)</i>	Estados Unidos (empresas)	Estrés laboral	300.000 mill. (\$)	[2,2%]

* Los porcentajes entre corchetes han sido calculados por los autores del informe teniendo en cuenta la cuantía de coste estimada y el PIB del país en la fecha del estudio.

Fuente: Gamero, González y García (2008).

Para nuestro país, las investigaciones impulsadas por UGT-CEC a través de su Observatorio de Riesgos Psicosociales, centradas en la valoración de costes sanitarios y por pérdida de productividad laboral, constituyen ejemplos de esta forma de proceder. No cabe duda que todas estas investigaciones presentan problemas metodológicos, derivados de la variedad de fuentes de datos, métodos de cálculo e indicadores de coste incluidos o excluidos, lo que se traduce en que resulte básicamente imposible comparar los datos aportados, ya sea dentro del mismo país o con una base internacional. Pero ilustran claramente el alcance del fenómeno económico relacionado con el estrés laboral. Por ello, tales estudios resultan de alto valor, fundamentalmente para la toma de decisiones en el ámbito de la política laboral y, sin duda, se han de redoblar los esfuerzos encaminados a depurar las metodologías adoptadas y obtener la información necesaria para su implementación.

Sin embargo, es importante tener en cuenta que difícilmente los datos agregados influirán en las decisiones empresariales sobre prevención, ya que éstas requieren de estudios de costes personalizados. Por ello, también resulta relevante impulsar trabajos centrados a nivel de cada empresa u organización. En este punto, el papel de los poderes públicos y de las organizaciones sindicales resulta extremadamente relevante, por cuanto pueden dotar a cada empresa o sector de los instrumentos o herramientas (las fórmulas) que les permitan llevar a cabo una evaluación propia de los costes que provoca la presencia de entornos laborales estresantes, teniendo en cuenta sus peculiares características, objetivos y dinámicas.

3.

La Econometría y su papel en la evaluación de costes asociados al estrés laboral

Para explicar el funcionamiento de la realidad económica en sus distintos aspectos, los economistas utilizan como herramienta básica la construcción de modelos económicos teóricos y matemáticos que describan el comportamiento de los agentes. El grado de aceptación de estos modelos debe evaluarse mediante la «confrontación» de sus implicaciones o predicciones con los datos disponibles (base empírica). En este sentido, es crucial el papel de la Econometría, ya que trata de suministrar las técnicas necesarias para llevar a cabo la mencionada confrontación.

Valavanis (1959) resume algunos de los objetivos de la Econometría: "... expresar las teorías económicas bajo una forma matemática a fin de verificarlas por métodos estadísticos y medir el impacto de una variable sobre otra, así como predecir acontecimientos futuros y dar consejos de política económica ante resultados deseables".

En sus orígenes, la Econometría tuvo orientación macroeconómica. Sin embargo, la crisis de los setenta provocó un cambio en sus intereses al ponerse de manifiesto las limitaciones de los grandes modelos macroeconómicos a la hora de proporcionar herramientas útiles para el diseño de políticas económicas, precisamente cuando más se necesitaban (ver, por ejemplo, Pagan, 1987).

Estas críticas propiciaron la reacción de la Econometría hacia el desarrollo de nuevos métodos, basados en el estudio de las relaciones microeconómicas, lo que proporcionó un claro impulso a la denominada Microeconometría. Esta disciplina provee de metodologías particulares para el estudio de datos de naturaleza micro, recabados generalmente a partir de muestras aleatorias representativas de una determinada población. En relación con las cuestiones de índole laboral, los primeros estudios microeconómicos se centraron en la explicación de los niveles salariales y de la participación de los individuos en el mercado de trabajo.

A finales del siglo XX, se produjo un fuerte desarrollo de la Psicología Económica. Sus investigaciones ponen en entredicho supuestos cruciales de la Economía para la explicación del comportamiento de los agentes (racionalidad, información perfecta, carácter egoísta de las motivaciones y utilidad de decisión). Influenciadas por estos avances y por otros procedentes del campo de la Sociología y la Antropología, comienzan a surgir investigaciones económicas centradas en desarrollar modelos teóricos con el objetivo de tratar de entender a la gente "normal". Así nace la Economía del Comportamiento.

Algunos economistas del trabajo, sensibles a la intercomunicación entre Economía y Psicología, comenzaron a centrar sus esfuerzos investigadores en el estudio de los determinantes y consecuencias de la calidad de vida en el trabajo, en general, y de la satisfacción laboral, en particular [Hamermesh (1977), Freeman (1978) y Borjas (1979)]. Estas investigaciones están contribuyendo a que el trabajo deje de ser considerado por los economistas simplemente como un mal necesario para obtener capacidad de compra. Se trataría de un bien multidimensional, susceptible de proporcionar utilidad por sí mismo. De esta manera, las características del empleo irían más allá del salario y el número de horas trabajadas, para incluir, por ejemplo, la calidad de las relaciones interpersonales, la estabilidad, el grado de conflicto entre vida laboral y familiar, el contenido y la dureza de las tareas, las posibilidades de promoción, etc.

En este contexto, cabe considerar a los riesgos psicosociales en el trabajo como atributos negativos del empleo y proceder al análisis de sus determinantes y consecuencias, con el auxilio de los métodos y técnicas econométricas. Sus consecuencias pueden traducirse en comportamientos contraproducidos (absentismo, presentismo, rotación laboral, accidentes laborales), en una sobreutilización de los servicios sanitarios o en una pérdida de la calidad de vida, que podrían ser susceptibles de valoración en términos monetarios.

La utilización de la Econometría para la valoración de los costes asociados a los riesgos psicosociales pasa por contar con una base empírica apropiada. Téngase siempre en mente que con la Econometría se infieren las características poblaciones a partir de las presentadas por una muestra aleatoria extraída de la población. Por tanto, si lo que se pretende es extraer conclusiones sobre costes a nivel nacional o sectorial, por ejemplo, los datos deberán proceder de encuestas realizadas a muestras aleatorias representativas a tales niveles.

Sin duda, ésta es la principal dificultad que el econométra debe enfrentar. Son escasas las encuestas de ámbito nacional que recopilen información sobre riesgos psicosociales en el ámbito laboral. En relación con el estrés laboral, la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (ECVT), la Encuesta Nacional de Salud (ENS), la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT) y, a nivel internacional, el International Social Survey Programme (ISSP) son excepciones. Son menos aún las fuentes que permiten valorar sus consecuencias. En Gamero, González y García (2008) se explotan algunas de estas bases de datos para analizar los determinantes del estrés laboral y valorar la factura a él asociada en términos de pérdidas de jornadas de trabajo y sobreutilización de servicios sanitarios. A continuación se presentan y discuten sus principales resultados.

4.

Evaluación de los costes de la no prevención de riesgos psicosociales en el trabajo: propuesta para el estrés laboral

En esta sección se presentan y discuten las investigaciones incluidas en el informe Gamero, González y García (2008) en las que se aplican técnicas econométricas para, en primer lugar, identificar los factores explicativos del estrés laboral, en segundo lugar, evaluar los costes derivados de la pérdida de jornadas laborales asociada con el estrés y, en tercer lugar, valorar monetariamente la sobreutilización de los servicios sanitarios por parte de los trabajadores estresados.

La ventaja comparativa de estos trabajos respecto a otras presentes en la literatura internacional reside en que aquí se ha recurrido al auxilio de la Econometría, aplicando sus técnicas a encuestas representativas a nivel nacional de la población asalariada en España (ECVT, ENS, ISSP) lo que ha permitido extrapolar los resultados a nivel nacional.

Estas encuestas incluyen en sus cuestionarios una pregunta con la que se pide a los entrevistados que indiquen, sobre una escala determinada, el nivel de estrés que experimentan en el trabajo. Ejemplos de utilización de niveles percibidos de tensión psicológica pueden encontrarse en Karasek y Theorell (1990). Ésta es la manera más simple de medir el estrés laboral. La alternativa, la medición a partir de los efectos físicos o psicológicos que provoca, resulta problemática puesto que una larga serie de factores distintos de los relacionados con el estrés pueden influir en la salud y derivar en tales efectos, dificultando la identificación de la causalidad.

Las medidas autodeclaradas de estrés no están, sin embargo, exentas de problemas. Surge la posibilidad de sesgos de medida debido a diferencias en la interpretación y percepciones de los encuestados. También podría estar presente el sesgo de deseabilidad social en las respuestas: los trabajadores podrían estar inclinados a indicar que experimentan estrés en la medida en que esto implica que el trabajador es un miembro valioso de la organización.

4.1. Investigación #1: Factores explicativos del estrés laboral

Esta primera investigación ha perseguido conseguir un conocimiento lo más profundo posible sobre las causas del estrés, paso previo necesario para abordar el estudio de sus consecuencias.

Como punto de partida, se revisaron las fuentes de información disponibles [ECVT (1999-2004), ENS (2006), ISPP (1997)] para dar una idea de la incidencia del estrés entre la población asalariada española. Se escogió como grupo de categorías definitorias de estrés el formado por el punto central de las respectivas escalas y todas las que indican un mayor nivel de estrés que ese punto⁶. Se observó una gran homogeneidad en el tiempo de las distribuciones, situándose el porcentaje de asalariados con riesgo de estrés por encima del 60% durante todos los años con información en el período 1997 a 2006.

⁶ Esta elección de categorías en las respuestas es, sin duda, criticable por su arbitrariedad, si bien resulta necesaria para conseguir operatividad en nuestro trabajo.

Para la estimación de un modelo econométrico explicativo del estrés soportado por los asalariados en España se utilizó como fuente de información la ECVT correspondiente al año 2004 (muestra final=2554). Esta encuesta proporciona abundante información sobre las características del trabajador y de su trabajo, lo que permite llevar a cabo este tipo de análisis.

La ECVT incluye en su cuestionario la pregunta: *¿Considera que su trabajo es estresante?*, a la que los individuos interrogados deben contestar en la siguiente escala de respuesta: *Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Frecuentemente o Siempre*. A efectos de la estimación, esta escala ha sido recodificada a otra numérica, variando desde el 0, que se corresponde con la respuesta *Nunca*, hasta el 4 que se corresponde con *Siempre*. Ésta es nuestra variable a explicar.

Contamos, pues con un indicador ordinal (s_i) del verdadero nivel de estrés soportado por el trabajador (s_i^*) y que resulta inobservable. Para esta variable latente s_i^* se especifica un modelo lineal:

$$s_i^* = \alpha + \beta_1 x_{1i} + \beta_2 x_{2i} + \zeta_i \quad [1]$$

donde α es una constante, los vectores x_{1i} y x_{2i} recogen, respectivamente, las características sociodemográficas y laborales correspondientes al individuo i , mientras que β_1 y β_2 reúnen los vectores de parámetros asociados. Por su parte, ζ es el término de perturbación que se supone normalmente distribuido, con media 0 y varianza 1.

Para recoger el efecto de los rasgos personales (vector x_{1i}) en la evaluación que el encuestado hace del nivel de estrés que soporta, se incluyen como regresores variables indicadoras de su sexo, su edad, si tiene hijos a su cargo, su nivel educativo, si es inmigrante, el valor que, en general, otorga al trabajo y si es el único responsable de las tareas domésticas.

Por su parte, las variables que componen el vector x_{2i} de características del empleo son las siguientes, agrupadas por facetas⁷:

- a)** Ingresos: salario neto mensual; indicador de si el salario es variable.
- b)** Tiempo de trabajo: número de horas de trabajo a la semana; jornada parcial; horario nocturno; trabajo por turnos; si puede tomar descansos durante la jornada; si realiza el trabajo en casa; si come fuera de casa.
- c)** Estabilidad laboral: contrato permanente en sector privado y funcionario (categoría de referencia: contratación temporal).
- d)** Dureza del trabajo: la realización de la tarea requiere esfuerzos físicos; el trabajo se realiza en condiciones peligrosas; el entorno físico en el que se desarrolla es agradable.
- e)** Contenido de la tarea y nivel de comunicación formal: la jornada laboral se hace aburrida y monótona; realiza siempre las mismas tareas; posibilidad de poner en práctica la iniciativa propia (trabajar con independencia); posibilidad de dar opinión respecto al trabajo que se realiza; puesto de supervisor/director; trabajo en grupo.
- f)** Relaciones personales en el centro de trabajo: buena calidad de las relaciones entre compañeros; buena calidad de las relaciones con los jefes.
- g)** Calidad del ajuste laboral: se introducen variables indicadoras del desajuste en la formación respecto a la requerida por el puesto de trabajo: sobreformación, infraformación, formación distinta a la requerida por el puesto (referencia: formación adecuada al puesto).
- h)** Conflicto trabajo/familia: variables indicadoras de si el trabajador desearía dedicar a la familia más o menos tiempo del que actualmente dedica.

⁷ Para determinadas características, la información suministrada se corresponde con la percepción que de ellas tiene el propio trabajador. En general, las preguntas que permiten obtener dichos datos ofrecen al encuestado una afirmación (por ejemplo, *el entorno físico en el que realizo mi trabajo es agradable*), solicitándole que indique su grado de acuerdo o desacuerdo en una escala ordinal de cinco posibles respuestas. A efectos de la estimación, las respuestas han sido agrupadas para construir variables dicotómicas.

La especificación econométrica se completa con la inclusión de variables indicadoras de la ocupación del individuo (según la Clasificación Nacional de Ocupaciones), de la actividad que desarrolla la empresa (Clasificación Nacional de Actividades Económicas) y de región, que controlan las características de los mercados laborales zonales.

Puesto que la variable de estrés observado (s_i) está vinculada ordinalmente con la regresión latente, el análisis econométrico subsiguiente se basa en un tipo de modelo especialmente diseñado para el tratamiento de esta clase de datos, en concreto, el *probit* ordenado (véase Zavoina y McElvey, 1975)⁸.

De la estimación del modelo especificado se deduce que tanto los rasgos sociodemográficos del trabajador como las características de su empleo contribuyen a la explicación del nivel de estrés. El hecho de que determinadas características de los empleos puedan catalogarse como estresantes para la mayor parte de los trabajadores posibilita aumentar el énfasis en la mejora de las condiciones de trabajo y en el rediseño del trabajo en general, como soluciones clave en una estrategia de intervención primaria contra el estrés laboral. A tenor de los resultados de nuestras estimaciones, aumentar el contenido de las tareas, mejorar el entorno físico en el que se realiza el trabajo, no prolongar excesivamente el tiempo de trabajo semanal, prestar especial atención a los trabajadores con horarios nocturnos o que trabajan por turnos, promover la calidad de las relaciones interpersonales en el centro de trabajo, preparar a los trabajadores para el trabajo en grupo, estimular el logro de la conciliación entre las esferas laboral y familiar, son sólo algunas posibles actuaciones que podrían emprenderse para lograr el objetivo final de mejorar la salud mental de los trabajadores asalariados de nuestro país.

4.2. Investigación #2: Coste por pérdidas de jornadas laborales asociado al estrés laboral

El objetivo fundamental perseguido por esta segunda investigación ha sido el de evaluar los costes para la economía española de las pérdidas de jornadas de trabajo atribuibles al estrés laboral.

Empleando la terminología al uso en la literatura laboral en castellano, las jornadas perdidas pueden catalogarse como “ausencias del trabajo” o bien como “absentismo laboral”. La ausencia en el trabajo hace referencia a la no presencia

⁸ El modelo *probit* ordenado es un modelo de probabilidad no lineal. Esto implica, entre otras cosas, que los coeficientes b 's estimados no se corresponden con los efectos marginales de los regresores sobre la probabilidad de que la variable de estrés observada, s_i , tome un determinado valor. En Greene (1999) pueden encontrarse detalles sobre el cálculo de esos efectos marginales.

en el trabajo “de derecho”, protegida por Ley y recogida en el convenio colectivo de la empresa. Son consecuencia de accidentes de trabajo, enfermedad o permisos varios. Por su parte, el absentismo laboral sólo abarca las no presencias laborales de “no derecho”, no protegidas por Ley ni por el convenio colectivo de la empresa, caracterizadas por estar asociadas con la motivación de la persona (acto voluntario y evitable), interpretables como un alivio de las presiones en el trabajo y que aparece frecuentemente camuflado bajo fórmulas que pueden certificarse.

El trabajo empírico se ha desarrollado en cuatro **fases**:

1. Estimación de un modelo microeconómico explicativo del número de jornadas perdidas⁹. Tal modelo responde a la siguiente formulación:

$$y_i = \alpha + \delta_1 z_{1i} + \delta_2 z_{2i} + \varepsilon_i \quad [2]$$

donde y_i , nuestra variable a explicar, representa el número de días de ausencia en un determinado intervalo de tiempo, α es una constante, los vectores z_{1i} y z_{2i} recogen, respectivamente, las características sociodemográficas y laborales correspondientes al individuo i , mientras que δ_1 y δ_2 reúnen los vectores de parámetros asociados. Por su parte, ε es el término de perturbación que se supone normalmente distribuido, con media igual a 0 y varianza igual a 1. El vector z_{2i} de características del empleo incluye también variables ficticias indicadoras del nivel de estrés laboral percibido por el trabajador.

Por la carencia a nivel nacional de encuestas que ofrezcan a la vez información sobre ausencias laborales y estrés, para esta estimación se recurrió al módulo *Working Orientations II* de la ISSP (1997), contándose con una muestra de 6170 asalariados de diez países de la OCDE, incluido España.

La ISSP incluye como pregunta: *¿Cuántos días ha faltado Vd. al trabajo durante los últimos 6 meses (sin contar vacaciones)?* Las opciones de respuesta que se ofrecen al encuestado son las siguientes: *Ninguno, de 1 a 5 días, de 11 a 20 días, más de 20 días.* Esta agrupación obliga a efectuar la estimación del modelo especificado aplicando la técnica econométrica conocida como *regresión por intervalos*.

⁹ El trabajo de Leontaridi y Ward (2002) ha constituido una excelente guía para esta fase de la investigación.

La variable que se deriva de las respuestas a tal pregunta incluye tanto “ausencias en el trabajo” como “absentismo laboral”. No se dispone de información sobre las razones de las faltas y, en particular, de las debidas a enfermedad. Sin embargo, dado que la enfermedad puede ser resultado del estrés, esta carencia informativa supone un menor problema para nuestra investigación que para otros estudios centrados exclusivamente en el absentismo. Téngase en cuenta también que la autodeclaración cuenta con la ventaja de que quedan registradas las ausencias laborales de corta duración en las cuales no queda constancia administrativa del hecho.

La pregunta sobre estrés que se introduce en la ISSP (1997) es la misma que la presente en el cuestionario de la ECVT (1999-2004). Para ser consistentes con la caracterización de riesgo de estrés adoptada con anterioridad, las variables ficticias introducidas en la especificación econométrica se corresponden con los niveles *Siempre*, *Frecuentemente* y *Algunas Veces*.

Como era de esperar, las estimaciones efectuadas muestran coeficientes positivos y estadísticamente significativos asociados a las variables ficticias indicadoras de los niveles de estrés (Tabla 5). Ello indica que los trabajadores sometidos a riesgo de estrés se ausentan más de su trabajo que aquellos que no soportan tal riesgo. Dado que los coeficientes estimados en nuestra regresión se corresponden directamente con los efectos marginales sobre el número de días de ausencia, se puede concluir que los empleados que declaran que su trabajo es *Algunas veces* estresante se ausentan, por término medio, 0,4329 días más en un período de 6 meses (0,8658=2x0,4329 días más en un año) que aquellos que declaran *Nunca* o *Casi nunca*. Por su parte, los encuestados que responden *Frecuentemente*, faltan al trabajo 1,0726 días más a los 6 meses (2,1452 días más al año) que los que sirven de referencia y los que contestaron *Siempre*, 0,6813 días más (1,3626 días al año).

Tabla 5
Diferencial en el número de días de ausencia en el trabajo atribuible al estrés laboral
(nº de días medio por trabajador)

Nivel de estrés declarado	Diferencial	
	A los 6 meses	A los 12 meses
<i>Algunas veces</i>	0,4329**	0,8658
<i>Frecuentemente</i>	1,0726***	2,1452
<i>Siempre</i>	0,6813**	1,3626

(***) indica significatividad estadística al 1%, (**) al 5%.

Fuente: Estimación propia a partir de ISSP (1997).

En definitiva, el análisis econométrico efectuado en esta primera fase ha tenido como resultado la confirmación del comportamiento diferencial del trabajador sometido a riesgo de estrés respecto al absentismo laboral y también ha permitido cuantificar esas diferencias respecto a los “no estresados” en términos de número de días de ausencia.

2. Utilización del modelo estimado en la primera fase para predecir los días de falta al trabajo de cada uno de los asalariados incluidos en las sucesivas entregas de la ECVT para el período 1999-2004. Tal tarea pudo llevarse a cabo por la similitud que presentan los cuestionarios de la ISSP y la ECVT. En el año 2005 no se desarrolló la ECVT, mientras que a partir del año 2006 se observa una modificación radical en el cuestionario, que lo aleja del utilizado en la ISSP (1997). Tal cambio lleva aparejado también un recorte sustancial de la cantidad de información suministrada. Todo ello imposibilitó su utilización a efectos de esta investigación.

3. Evaluación del coste en términos de días de ausencia del trabajo. Para cada año, se cálculo del número total de días de ausencia al trabajo que se producen en España mediante la suma ponderada (usando los factores de elevación) de las estimaciones obtenidas en la fase 2. A continuación, se realizó la suma ponderada de los diferenciales en días de ausencia asociados al estrés (estimados en la fase 1), asignados convenientemente a los individuos según el nivel de estrés que declaran. Esto proporciona la parte del número total de días de ausencia al trabajo debida exclusivamente al estrés laboral.

Como resultado de estas operaciones se concluyó que el número de días de ausencia del trabajo imputables al estrés laboral aumentó en España desde los 10,2 millones de jornadas en 1999 hasta los 12,3 millones en el año 2004. Durante el período, estas faltas supusieron alrededor del 45% del total de días de ausencia en el trabajo (Tabla 6).

Tabla 6
Estimación del número de ausencias del trabajo en España.
Total y por estrés laboral. Período 1999-2004

	Número de asalariados (miles) (*)	Días totales de ausencia (miles)	% sobre total días laborables	Días de ausencia por estrés laboral (miles)					
				Intervalo		% sobre días totales de ausencia		Intervalo	
				Estimación puntual	Confianza (95%)	Estimación puntual	Confianza (95%)	Estimación puntual	Confianza (95%)
1999	11.474,4	22.022,1	0.86	10.178,5	4.429,1	15.927,9	46,22	20,11	72,33
2000	12.285,7	22.933,1	0.84	10.636,6	4.735,7	16.537,6	46,38	20,65	72,11
2001	12.949,4	23.887,8	0.83	11.310,8	5.101,6	17.520,1	47,35	21,36	73,34
2002	13.471,9	25.424,7	0.85	11.386,4	4.997,6	17.775,2	44,78	19,66	69,91
2003	14.127,4	25.933,3	0.83	11.445,6	5.094,2	17.797,0	44,13	19,64	68,63
2004	14.720,8	27.974,7	0.85	12.299,9	5.526,4	19.073,4	43,97	19,76	68,18

* Datos obtenidos de la Encuesta de Población Activa (INE).

Fuente: Elaboración propia a partir de ISSP (1997) y ECVT (1999-2004).

4. Evaluación del coste en términos monetarios. Siguiendo las indicaciones para la valoración que se derivan del Método del Capital Humano, se ha traducido a euros las cifras contenidas en la Tabla 6 considerando que una jornada de ausencia tiene un coste igual al salario bruto al día del trabajador ausentado.

La Tabla 7 exhibe el resultado de tales operaciones para todos los años considerados en el análisis. Se observa que la cuantía a la que asciende el coste por pérdida de jornadas de trabajo atribuible al estrés laboral evoluciona, en su estimación puntual, de manera creciente desde los 623,3 millones de euros en 1999 hasta los 940,7 millones en 2004, lo que supone un incremento en el período del 50,9% en términos nominales y de un 28,1% en términos reales. Estas cantidades suponen, año a año, algo más del 25% del coste total por pérdidas de jornadas laborales en España, un porcentaje próximo al 0,11% del PIB y cercano al 0,40% en términos del Excedente Neto de Explotación.

Tabla 7
Estimación del coste en términos monetarios de las ausencias del trabajo en España.
Total y por estrés laboral. Período 1999-2004

	Número de asalariados (miles) (*)	Coste total por absentismo (millones €) (1)	Coste por estrés laboral					
			Estimación		Intervalo		% sobre coste total por absentismo	
			puntual (millones €) (2)	confianza (95%) (millones €) (3)	Estimación Puntual (2)/(1)	Intervalo confianza (95%) (3)/(1)	Estimación Intervalo (4)/(1)	Intervalo confianza (95%) (4)/(1)
1999	11.474,4	2.451,5	623,3	274,6	972,0	25,4	11,2	39,6
2000	12.285,7	2.657,0	669,3	299,4	1.039,3	25,2	11,3	39,1
2001	12.949,4	2.858,6	805,6	376,0	1.235,2	28,2	13,2	43,2
2002	13.471,9	3.171,6	814,1	364,1	1.264,2	25,7	11,5	39,9
2003	14.127,4	3.357,1	860,2	391,1	1.329,2	25,6	11,6	39,6
2004	14.720,8	3.784,7	940,7	438,8	1.442,7	24,9	11,6	38,1

* Datos obtenidos de la Encuesta de Población Activa (INE).

Fuente: Elaboración propia a partir de ISSP (1997) y ECVT (1999-2004).

Esta investigación no está exenta de **limitaciones**. A continuación se señalan las principales:

1. La autodeclaración por parte del trabajador es la manera más simple de medir el estrés laboral pero, como se ha indicado anteriormente, no está exenta de problemas. Surge la posibilidad de sesgos de medida (de interpretación y percepción) y de deseabilidad social. Este último puede ser de mayor magnitud en momentos bajos del ciclo económico, como los actuales: los trabajadores pueden tender a declarar mayores niveles de estrés de lo que lo hubieran hecho sin crisis económica, como forma de dar más valor a su trabajo, del que muchos otros carecen. El hecho de que declaren mayores niveles de estrés que los que les corresponderían según sus características observables podría afectar a futuras estimaciones del impacto del estrés sobre el número de jornadas perdidas. Como consecuencia resulta recomendable combinar la información autodeclarada de estrés con alguna medida diagnóstica de tensión psicológica.

- 2.** La operación de traslación del modelo de absentismo estimado con datos procedentes de la ISSP (1997) a las sucesivas entregas anuales de la ECVT (1999-2004) parte del supuesto de que tal modelo se mantiene estable durante todo el período. Pero esto no necesariamente ha de ser así. De hecho, según datos de la EPA, la tasa de desempleo en España experimentó en el período de 1997 a 2004 una paulatina reducción, pasando del 20,7% al 11% y parece suficientemente demostrado que las cifras de ausencias laborales, en general, y de informes de contingencias laborales, en particular, presentan una relación inversa con las de paro. Por este motivo, las cifras de coste proporcionadas constituirían una estimación a la baja del verdadero montante del coste por la pérdida de jornadas de trabajo asociado al estrés laboral
- 3.** Otra fuente de infraestimación de tales costes radica en que la utilización del método del Capital Humano para la valoración monetaria de las jornadas perdidas conlleva dejar fuera del análisis un número importante de costes indirectos (honorarios legales, pagos médicos especializados, costes de reemplazo del trabajador, producción perdida).
- 4.** La actualización de esta investigación enfrenta importantes dificultades de tipo informativo. A día de hoy, siguen sin existir en el panorama estadístico nacional fuentes de información que proporcionen de manera simultánea microdatos sobre número de faltas al trabajo y nivel de estrés soportado. La utilización auxiliar de la ISSP (1997) plantea los problemas señalados en el anterior punto 1, tanto más ahora, por la lejanía temporal desde su realización. Por su parte, y como ya se ha comentado anteriormente, la ECVT no se realizó en el año 2005, mientras que a partir del año 2006 se observa una modificación radical en el cuestionario, con un recorte sustancial de la cantidad de información suministrada, lo que imposibilita su utilización a efectos de esta investigación. Además, por problemas presupuestarios, esta operación estadística dejó de realizarse en 2010.

4.3. Investigación #3: Coste por sobreutilización de asistencia sanitaria

El objetivo de esta investigación fue evaluar los costes para el Sistema Nacional de Salud de las visitas al médico general, especialista y urgencias hospitalarias atribuibles al estrés laboral.

El trabajo empírico se desarrolló en tres **fases**:

1. Estimación de modelos econométricos explicativos del número de consultas médicas. Tal modelo responde a la siguiente formulación:

$$E(U_i | X_i) = e^{\gamma_1 x_{1i} + \gamma_2 x_{2i} + \gamma_3 x_{3i} + \gamma_4 x_{4i} + \zeta_i} \quad [3]$$

donde U_i , nuestra variable a explicar, representa el número de visitas médicas durante un determinado periodo de tiempo. Los vectores x_{1i} , x_{2i} , x_{3i} y x_{4i} recogen, respectivamente, las características de estado de salud, sociodemográficas, laborales y de estrés correspondientes al individuo i , mientras que γ_1 , γ_2 , γ_3 y γ_4 reúnen los parámetros asociados. Por su parte, ζ es el término de perturbación que se distribuye como una normal.

La base de datos elegida fue la Encuesta Nacional de Salud (ENS) española para el año 2006/2007, por tratarse de la única base de datos que recopila información sobre estado de salud, utilización de asistencia sanitaria y estrés laboral. Respecto a la utilización, el estudio se centró en tres servicios sanitarios, cuyas preguntas en la ENS son: 1) *¿Cuántas veces ha consultado con un médico de familia en las últimas cuatro semanas por algún problema, molestia o enfermedad?* 2) *¿Cuántas veces ha consultado con un especialista en las cuatro últimas semanas por algún problema, molestia o enfermedad?* y 3) *¿Cuántas veces tuvo que utilizar un servicio de urgencias en los últimos doce meses?* Al tratarse de variables cuantitativas discretas, la estimación del modelo especificado debe realizar mediante modelos de recuento o *count-data*-binomial negativo.

Para recoger el efecto del estado de salud (vector x_{1i}) sobre la demanda de servicios sanitarios, se incluyen como regresores variables indicadoras de si el trabajador declara mala o muy mala salud, o si ha visto limitada su actividad habitual en los últimos 15 días. Por lo que respecta a las características sociodemográficas (vector x_{2i}), se incluyen indicadores del sexo, edad (y su cuadrado), nivel educativo del asalariado, junto con los ingresos mensuales del hogar y Comunidad Autónoma de residencia. Por lo que respecta al empleo (vector x_{3i}), sólo se han considerado indicadores del tipo de jornada de trabajo, dadas las limitaciones de la ENS en ese aspecto.

Con objeto de cuantificar el comportamiento diferencial de los individuos estresados respecto a la utilización de estos tres servicios sanitarios, se incluyeron variables ficticias indicadores del nivel de estrés laboral percibido por el trabajador. La ENS 2006/2007 incluye como pregunta: *Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera Vd. el nivel de estrés de su trabajo, según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante)*. Para ser consistentes con la caracterización de riesgo de estrés adoptada en la anterior investigación, las variables ficticias incluidas se corresponden con las respuestas 4, 5, 6 y 7.

En el Tabla 8 se exponen los resultados obtenidos para los tres servicios analizados. Por lo que respecta al médico general, las cifras suponen que los individuos que valoran su situación en el trabajo como “estresante”, por término medio, realizarán más visitas al médico general que otros que no estén sometidos a riesgo de estrés. En cuanto al especialista, sólo se obtienen diferencias significativas en la categoría intermedia (4) y en la extrema (7). Como máximo, los asalariados con un trabajo muy estresante realizan 0,5 visitas más al año a un especialista que los asalariados sin riesgo de estrés. Respecto a las urgencias, únicamente los asalariados con el mayor riesgo de estrés muestran un comportamiento diferenciador, ya que acuden 0,17 veces más.

Tabla 8			
Diferencial en el número medio de visitas anuales atribuible exclusivamente al estrés laboral			
Nivel de estrés declarado	Méd. General	Méd. Especialista	Méd. Urgencias
4	0,4139**	0,3145**	-0,0191
5	0,3479*	0,2044	-0,0300
6	0,6676***	0,1552	0,0381
7	1,4075***	0,4999**	0,1714***

(***) indica significatividad estadística al 1%, (**) al 5% y (*) al 10%
Fuente: Estimación propia a partir de ENS (2006).

2. Evaluación del total de visitas a los tres servicios mencionados debidos al estrés laboral para el conjunto de la población ocupada española. En primer lugar, se calculó el total de visitas realizadas por los trabajadores debidas a múltiples causas mediante la suma ponderada de los valores observados. Para calcular qué parte de esa cantidad se debe exclusivamente al estrés laboral, se realizó la suma ponderada de los diferenciales en utilización asociados al estrés laboral (Fase 1), asignados convenientemente a los individuos según el nivel de estrés que declaran.

Tabla 9 Estimación del número de visitas médicas anuales en España Total y por estrés laboral. Año 2006							
	Total visitas (miles)	Número de visitas por estrés laboral				% sobre total visitas	
		Estimación puntual (miles)	Intervalo confianza (95%) (miles)		Estimación puntual	Intervalo confianza (95%)	
Médico General	43.657,2	6.213,3	4.122,8	8.458,5	14,23	9,44	19,37
Médico Especialista	25.439,1	2.964,1	1.317,2	4.784,2	11,65	5,18	18,81
Urgencias	5.634,1	132,8	-148,1	435,5	2,36	-2,63	7,73

Fuente: Elaboración propia a partir de ENS (2006).

Los resultados obtenidos (Tabla 9) permitieron concluir que en 2006 las visitas al médico general motivadas por problemas de estrés superan los 6,2 millones, mientras que las consultas al especialista están en torno a los 3 millones. La cifra de urgencias es sensiblemente menor, unas 133000 visitas, aproximadamente.

3. Valoración monetaria del coste en asistencia sanitaria asociado al estrés laboral que soporta el Sistema Nacional de Salud en España. En esta etapa se consigue traducir a términos monetarios la diferencia en el número de consultas médicas que es imputable exclusivamente al estrés laboral, calculadas en la fase anterior, mediante los precios públicos fijados por cada Comunidad Autónoma para reclamar a terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, en el supuesto de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas Patronales de Accidentes de Trabajo.

La Tabla 10 muestra el resultado de tales operaciones. El coste monetario de las mismas se eleva a los 455,2 millones de euros, lo que representa un 11,09 por ciento del coste total de todas las visitas realizadas por el grupo de asalariados. Así como un porcentaje próximo al 0,05% del PIB y cercano al 0,82% en términos del Gasto Sanitario Público.

Tabla 10
Estimación del coste monetario de las visitas médicas en España
Total y por estrés laboral. Año 2006

	Coste total visitas (millones €)	Coste por estrés laboral					
		Estimación puntual (millones €)	Intervalo		% sobre coste total visitas		
			Intervalo confianza (95%) (millones €)	Estimación	Intervalo	confianza (95%)	
Médico General	1.756,0	248,5	165,1	338,1	14,15	9,40	19,25
Médico Especialista	1.594,0	188,8	83,7	304,9	11,84	5,25	19,13
Urgencias	754,1	17,9	-19,1	57,7	2,37	-2,53	7,65
Total	4.104,1	455,2	229,7	700,7	11,09	5,60	17,07

Fuente: Elaboración propia a partir de ENS (2006).

Este trabajo presenta varias **limitaciones**, tales como:

1. La pregunta sobre utilización del médico general y especialista en las últimas cuatro semanas de la ENS no permite distinguir si la consulta se realiza en el sistema sanitario público o si se trata de una consulta privada, sufragada por el propio individuo. Por tanto, puede que parte de dicha cifra no sea pagada por el SNS español.
2. El periodo de observación en la ENS para las visitas al médico general o a un especialista sólo hace referencia a las últimas cuatro semanas, sin duda, se trata de un periodo muy corto para atender un cuadro de estrés, sobre todo, en el caso de los médicos especialistas para los que hay que soportar largas listas de espera para ser atendidos.
3. La identificación del grupo de estresados se realizó de la misma forma que para las dos investigaciones anteriores. Sin embargo, dados los resultados de las estimaciones para explicar la utilización, cabe pensar que si el indicador para medir el estrés va ser la percepción del individuo, puede que los niveles intermedios de estrés sean suficientes para ausentarse del puesto de trabajo, pero no para acudir a un médico. Por tanto, habría que ser más estrictos en la consideración de trabajador estresado o disponer de un indicador de estrés más objetivo desde un punto de vista clínico.

4. Las estimaciones de los modelos econométricos empleados para explicar el número de visitas adolescentes de sesgos, ya que deberían incluirse más variables relacionadas con el puesto de trabajo y, sobre todo, de responsabilidades familiares que impiden conciliar la vida laboral con la personal. Si bien estas últimas se pueden encontrar en la ENS, las relativas al puesto de trabajo son muy escasas en dicha base de datos.
5. Por otro lado, la consideración de esas nuevas variables explicativas junto con otras como el estado de salud, o los hábitos de vida no saludables, también generarán problemas debidos al grado de correlación y causalidad del estrés con dichas variables. Por ejemplo, estrés-estado de salud-fumar-alcohol-descanso-ejercicio físico.

5.

Futuras líneas de investigación

En este apartado se presentan dos posibles líneas de investigación cuyo desarrollo pensamos que puede contribuir a mejorar el conocimiento sobre la magnitud de los costes derivados del estrés laboral. Ambas tienen en común el uso de técnicas econométricas como auxilio para la valoración económica de tales costes.

5.1. Valoración monetaria del efecto del estrés laboral sobre la utilización de servicios sanitarios: aplicación del enfoque cuasi-experimental – propensity score matching.

En el tiempo transcurrido desde la última investigación presentada en el epígrafe anterior se ha impuesto un nuevo enfoque para la evaluación de políticas públicas, basada en la metodología de los experimentos o ensayos clínicos. Éstos se consideran el método de referencia para la estimación del efecto de un tratamiento, de una intervención o de la exposición a factores de riesgo sobre una variable objetivo o resultado. Una asignación aleatoria, basada en el azar, de los pacientes en dos grupos, denominados tratamiento y control, asegura que los grupos sean comparables y pertenecer al grupo tratamiento no se confundirá con las características basales de los pacientes, independientemente de si éstas son observables o inobservables. Por lo tanto, el efecto del tratamiento, intervención o exposición sobre los resultados se puede cuantificar comparando directamente los resultados entre los sujetos del grupo tratamiento y los del grupo control.

Evidentemente, el diseño de ensayos clínicos es tremendamente costoso si se quieren evaluar determinadas políticas públicas o privadas a nivel nacional, por ello, esta nueva corriente de investigación adapta los diseños experimentales a bases de datos observacionales. Con este tipo de bases de datos, la elección del grupo tratamiento no es aleatoria. Es decir, estar sometido a un factor de riesgo psicosocial – estrés laboral – va a estar influenciado por otras características propias de los individuos.

Históricamente, los estudios empíricos se basaban en métodos de regresión para tener en cuenta las diferencias en las características basales observadas entre los sujetos estresados y no estresados. Por ejemplo, un modelo mejorado de la anterior investigación incluiría: factores demográficos (edad, sexo), variables relativas a las responsabilidades familiares, tanto económicas como de cuidado de hijos o dependientes, estado de salud, hábitos de vida, nivel educativo, región de residencia, tipo de jornada de trabajo, grado de responsabilidad o satisfacción, además de la percepción de estrés laboral. Sin embargo, existen una serie de factores inobservables (personalidad, motivación, situaciones a las que hacer frente, etc.), y relaciones de causalidad o endogeneidad entre factores que están relacionados, tanto con declarar un nivel de estrés como con la utilización de servicios sanitarios (salud-hábitos de vida), que van a provocar que la cuantificación del efecto de la exposición a estrés laboral sobre el uso de la asistencia sanitaria pueda estar sesgado.

En estos casos, la mejor opción para reducir o eliminar los efectos de los factores de confusión, y no atribuir relaciones de causalidad, sino de asociación, cuando se utilizan datos observacionales es emplear métodos de emparejamiento (matching).

Formalmente, suponemos que T toma dos valores 1 - exposición o tratamiento (estresados) y 0 - ausencia de exposición. U_{i1} y U_{i0} representan la utilización del individuo i con y sin exposición a estrés laboral, respectivamente. Para cada individuo i , el efecto de la exposición sobre el uso de servicios sanitarios vendría dado por la diferencia $U_{i1} - U_{i0}$. Sin embargo, con los datos procedentes de una encuesta, para un individuo i sólo tendremos información de U_{i1} (si declara estar sometido a estrés laboral) o de U_{i0} (si declara lo contrario), aunque el otro valor puede ser estimado. Para el conjunto de todos los individuos, habrá que estimar el efecto medio de la exposición a estrés (ATT) que mide, por término medio, cuánto varía la utilización para aquellos individuos que están estresados.

$$ATT = E(U_1 - U_0 | T = 1) \quad [4]$$

El método de evaluación no experimental, denominado *propensity score matching* (PSM), estima los efectos de la exposición utilizando la información de un grupo de individuos del grupo control (no estresados), pero que tienen características observables similares a los del grupo de tratamiento (estresados), con objeto de identificar lo que les habría ocurrido a las unidades participantes en ausencia de la exposición. La clave es buscar y construir un grupo de comparación válido (contrafactual), para calcular la diferencia de los resultados entre participantes y no participantes que son similares desde el punto de vista observacional.

Uno de los temas críticos en la aplicación de técnicas de *matching* o emparejamiento, para eliminar el sesgo potencial, es definir claramente y justificar lo que significa “similar”, sobre todo, cuando se trabaja con múltiples variables explicativas. Rosenbaum y Rubin (1983) resolvieron este problema proponiendo el cálculo del *propensity score*. Éste mide la probabilidad estimada de que un individuo de la muestra participe en el grupo de tratamiento, dado un conjunto *X* de variables observables. De esta forma, el *propensity score* resumirá toda la información relevante contenida en las variables *X* y permitirá emparejar individuos que experimentan estrés laboral con otros idénticos del grupo de control en función únicamente del *propensity score*, en lugar de un conjunto completo de variables observadas *X*.

En ocasiones, los criterios que determinan la participación en el grupo de tratamiento (estresados) son desconocidos, por lo que es conveniente estimar modelos *logit* o *probit* controlando por todas las variables que supuestamente influyen en la probabilidad de pertenecer al grupo de tratamiento.

Los primeros trabajos que aplican métodos de *propensity score matching* para explicar cómo la salud incide en el comportamiento de los trabajadores respecto al mercado de trabajo corresponden a Lechner y Vázquez-Álvarez (2004), Frolich *et al.* (2004), Dano (2005), García-Gómez y López Nicolás (2006) y García-Gómez (2011).

Con la aplicación de estos métodos para evaluar el efecto del estrés laboral sobre la utilización de servicios sanitarios, se espera que las diferencias en utilización entre estresados y no estresados se reduzcan o incluso desaparezcan, una vez que se ha depurado la influencia de otros factores de confusión.

Por otro lado, hay otro hecho que puede ahondar en ese sentido, ya que la coyuntura económica en España es muy distinta en los años 2006/07 y 2011/12 a los que se refiere la Encuesta Nacional de Salud. Al tratarse de muestras de corte transversal independientes, no se analiza a los mismos individuos en los dos períodos, pero es posible poner de manifiesto cambios en la percepción de salud y otros problemas de la población, sea cual sea su relación con la actividad.

Los expertos en salud pública han expresado su preocupación por las consecuencias potenciales para la salud de las circunstancias económicas de paro, deuda y pérdida de ingresos derivadas de una crisis como la que afecta a España desde 2008. Por otro lado, afirman que el miedo y la inseguridad generada por la posibilidad de perder el empleo también están asociados a la salud física y mental, en algunos casos, incluso más que con la pérdida real del trabajo. Sin embargo, otros trabajos sugieren que unas condiciones económicas adversas puede tener beneficios para la salud, ya que la gente puede fumar y beber menos, practicar más actividad física al tener más tiempo libre, incluso se reduce el tráfico y la posibilidad de sufrir accidentes de tráfico (Laufey *et al.*, 2012; Stucker *et al.*, 2009; Ruhn, 2000; Gerdtham y Ruhn, 2006).

Para ver cómo ha evolucionado el estado de salud y la utilización de asistencia sanitaria en España, se realiza una comparativa con las ENS 2006/07 y 2011/12, la cual arroja los siguientes resultados:

Tabla 11 Estado de salud de la población de 16 y más años (%)			
Variable	2006/07	2011/12	Diferencia
Salud Regular/Mala/Muy mala	33,47	28,05	-5,42
Dolor cervical	23,48	17,96	-5,52
Dolor lumbar	23,84	20,51	-3,33
Depresión/ansiedad	13,67	9,74	-3,93
Colesterol	14,11	16,44	2,33
Migraña	14,42	10,25	-4,17
Hemorroides	8,15	4,81	-3,34
Úlcera estómago	3,59	2,44	-1,15
Muestra	29.478	21.007	-8.471
Población	37.428.809	38.726.948	1.298.139

Fuente: Elaboración propia a partir de ENS 2006/07 y 2011/12.

La población que declara un estado de salud regular, malo o muy malo ha descendido en 5,42 puntos porcentuales. Del mismo modo, los problemas de salud más relacionados con el estrés también han descendido, salvo el colesterol. Por ejemplo, el porcentaje de población que padece dolor de espalda cervical ha disminuido 5,5 puntos. El descenso tanto de las migrañas como de la depresión/ansiedad está en torno a los 4 puntos. Algo menos ha disminuido el porcentaje de población que sufre hemorroides o dolor de espalda lumbar.

Si se analiza la tendencia en los indicadores de utilización de servicios sanitarios, las conclusiones que se extraen son muy similares:

Tabla 12			
Utilización de servicios sanitarios de la población de 16 y más años			
Variable	2006/07	2011/12	Diferencia
Visitó M. General	31,18	28,36	-2,820
Núm. Cond. Medio visitas	1,3734	1,3180	-0,055
Visitó M. Especialista	15,39	15,20	-0,190
Núm. Cond. Medio visitas	1,3788	1,3418	-0,037
Visitó M. Urgencias	29,51	27,08	-2,430
Núm. Cond. Medio visitas	1,7470	1,7312	-0,016
Ingresó hospital	9,598	8,547	-1,051
Ingresó hospital de día	6.618	7.600	0,982
Muestra	29.478	21.007	-8.471
Población	37.428.809	38.726.948	1.298.139

Fuente: Elaboración propia a partir de ENS 2006/07 y 2011/12.

El porcentaje de población que ha visitado al médico general o las urgencias hospitalarias ha descendido en algo más de 2 puntos. Una menor proporción de la población ha requerido un ingreso hospitalario que compensa el aumento de los ingresos en hospital de día. Apenas ha cambiado el porcentaje de población que ha visitado al especialista. Por lo que respecta al número de visitas al médico general, especialista y urgencia, ha disminuido en todos los casos.

Estas cifras están condicionadas por el efecto de la población de edad más avanzada, por ello se han analizado las mismas variables para la población de entre 16 y 64 años, teniendo en cuenta su situación respecto a la actividad económica. El hecho de desagregar las cifras respecto a una sola variable, ya muestra diferencias entre los grupos, aunque la tendencia general sea un mejor estado de salud declarado. Merece atención que el descenso en el porcentaje de personas que declaran un peor estado de salud sea mayor para los parados (8,46), labores del hogar (7,19) y los ocupados (5,82) que para el total de la población (5,42). Los colectivos más afectados por problemas de salud corresponden a jubilados y personas dedicadas exclusivamente a las labores del hogar. De 2006/07 a 2011/12 se ha reducido el porcentaje de ocupados y parados con dolores cervicales y lumbares, migraña y depresión/ansiedad, si bien entre los parados el descenso ha sido casi el doble.

Tabla 13
Estado de salud de población de 16-64 años según actividad económica (%)

Variable	OCUPADOS			PARADOS			JUBILADOS		
	2006/07	2011/12	Dif.	2006/07	2011/12	Dif.	2006/07	2011/12	Dif.
Regular/Mala/Muy mala	22,79	16,97	-5,82	32,04	23,58	-8,46	56,55	53,94	-2,61
Dolor cervical	19,88	14,36	-5,52	24,53	14,27	-10,26	33,63	27,76	-5,87
Dolor lumbar	20,70	16,69	-4,01	24,55	16,14	-8,41	33,89	34,31	0,42
Depresión/ansiedad	9,18	5,60	-3,58	15,85	10,53	-5,32	26,48	24,28	-2,20
Colesterol	10,26	12,43	2,17	8,92	9,56	0,64	26,38	29,40	3,02
Migraña	13,26	9,04	-4,22	17,90	10,79	-7,11	18,57	16,04	-2,53
Hemorroides	6,90	3,74	-3,16	6,87	4,06	-2,81	11,52	8,66	-2,86
Úlcera estómago	2,60	1,68	-0,92	3,20	2,67	-0,53	7,72	4,81	-2,91
Muestra	13.480	8.627	-4853	1.821	2.624	803	1.745	1.329	-416
Población	18.789.653	17.617.333	-1.172.320	2.538.276	5.358.512	2.820.236	2.432.340	2.713.972	281.632

Variable	ESTUDIANTES			LAB. HOGAR			OTRA SITUAC		
	2006/07	2011/12	Dif.	2006/07	2011/12	Dif.	2006/07	2011/12	Dif.
Regular/Mala/Muy mala	8,40	6,51	-1,89	40,00	32,81	-7,19	46,15	19,56	-26,59
Dolor cervical	7,47	5,28	-2,19	31,64	23,40	-8,24	22,54	15,89	-6,65
Dolor lumbar	9,17	6,09	-3,08	28,41	25,80	-2,61	29,07	13,85	-15,22
Depresión/ansiedad	3,84	1,71	-2,13	20,82	16,04	-4,78	22,41	8,01	-14,40
Colesterol	1,60	0,95	-0,65	15,17	19,15	3,98	8,92	16,46	7,55
Migraña	10,46	7,20	-3,26	22,71	19,94	-2,77	12,92	11,60	-1,32
Hemorroides	0,73	0,70	-0,02	11,92	6,84	-5,08	4,97	0,84	-4,13
Úlcera estómago	0,03	0,10	0,07	4,69	2,69	-1,99	3,60	3,60	0,00
Muestra	1.124	1.159	35	3.255	1.327	-1928	218	45	-173
Población	1.566.734	2.366.812	800.079	4.537.116	2.709.888	-1.827.228	303.868	91.895	-211.973

Fuente: Elaboración propia a partir de ENS 2006/07 y 2011/12.

Por lo que respecta a la utilización de asistencia sanitaria, los grupos de población que acuden en menor medida al médico general y al especialista durante las últimas cuatro semanas son los estudiantes y ocupados. Los porcentajes son similares para todos los grupos, cuando se analiza la probabilidad de acudir al servicio de urgencias durante el último año. En el tiempo transcurrido, el descenso en utilización de servicios sanitarios es mayor en el grupo de parados. El número medio de visitas ha disminuido en todos los casos.

Tabla 14
Utilización asistencia sanitaria de la población de 16-64 años según actividad económica (%)

Variable	OCUPADOS			PARADOS			JUBILADOS		
	2006/07	2011/12	Dif.	2006/07	2011/12	Dif.	2006/07	2011/12	Dif.
Visitó M. General	23,44	21,06	-2,38	29,06	24,23	-4,83	44,75	40,98	-3,77
Núm. Cond. Medio visitas	1,3543	1,2795	-0,0748	1,3967	1,2599	-0,1368	1,4600	1,4019	-0,0581
Visitó M. Especialista	12,8	13,15	0,35	15,3	12,54	-2,76	27,65	25,72	-1,93
Núm. Cond. Medio visitas	1,3832	1,3571	-0,0261	1,3619	1,3390	-0,0229	1,5862	1,4206	-0,1656
Visitó M. Urgencias	28,6	25,59	-3,01	32,97	27,78	-5,19	31,69	30,21	-1,48
Núm. Cond. Medio visitas	1,6668	1,5651	-0,1017	2,0301	1,8478	-0,1823	2,1580	2,3930	0,235
Ingresó hospital	7,205	6,669	-0,536	10,97	7,773	-3,197	14,96	12,82	-2,14
Ingresó hospital de día	5,54	6,043	0,503	6,194	7,084	0,89	11,21	12,96	1,75
Muestra	13.480	8.627	-4853	1.821	2.624	803	1.745	1.329	-416
Población	18.789.653	17.617.333	-1.172.320	2.538.276	5.358.512	2.820.236	2.432.340	2.713.972	281.632

Variable	ESTUDIANTES			LAB. HOGAR			OTRA SITUAC		
	2006/07	2011/12	Dif.	2006/07	2011/12	Dif.	2006/07	2011/12	Dif.
Visitó M. General	17,08	19,48	2,4	34,51	33,58	-0,93	37,03	25,37	-11,66
Núm. Cond. Medio visitas	1,1969	1,1625	-0,0344	1,3432	1,2757	-0,0675	1,8837	1,0000	-0,8837
Visitó M. Especialista	8,15	10,81	2,66	16,59	15,1	-1,49	28,2	12,12	-16,08
Núm. Cond. Medio visitas	1,1540	1,1999	0,0459	1,2767	1,2901	0,0134	1,5745	1,2459	-0,3286
Visitó M. Urgencias	31,53	28,23	-3,3	28,2	26,08	-2,12	36,04	38,58	2,54
Núm. Cond. Medio visitas	1,6277	1,6317	0,004	1,8832	1,7030	-0,1802	1,8868	2,1750	0,2882
Ingresó hospital	3,4	3,137	-0,263	10,73	9,376	-1,354	15,1	18,06	2,96
Ingresó hospital de día	3,718	6,188	2,47	6,626	8,868	2,242	10,11	10,83	0,72
Muestra	1.124	1.159	35	3.255	1.327	-1928	218	45	-173
Población	1.566.734	2.366.812	800.079	4.537.116	2.709.888	-1.827.228	303.868	91.895	-211.973

Fuente: Elaboración propia a partir de ENS 2006/07 y 2011/12.

La situación resulta paradójica, ya que la mejor evolución en salud y en utilización de servicios sanitarios la presenta el colectivo de parados. En este sentido, hay estudios basados en el supuesto de que la reducción del tiempo dedicado a trabajar conlleva una menor exposición a factores de estrés laboral, lo que supone que las enfermedades asociadas a los riesgos laborales se van a reducir (Boone y van Ours, 2006; Davies *et al.*, 2009). Otra explicación de tales datos radica en que la prioridad por la salud y la asistencia sanitaria ha disminuido, la preocupación fundamental para los españoles es tener empleo. Para los parados, el motivo de preocupación es encontrarlo y para los ocupados, mantenerlo. Esto también explica que los ocupados se sientan afortunados y su nivel de exigencia haya disminuido (Diario El mundo 26/08/2013 ¿Depresión postvacacional con seis millones de parados?), por lo que reducen la utilización de servicios sanitarios.

Si el estudio se restringe a los ocupados según su nivel de estrés declarado, se observa que los trabajadores con mayor nivel de estrés declaran peor estado de salud y una mayor proporción sufre problemas de salud. Tales porcentajes han disminuido para los tres grupos de estresados, pero el descenso es de mayor magnitud, precisamente, para el grupo de trabajadores con mayor nivel de estrés, esto hace que las diferencias en salud entre trabajadores poco estresados y muy estresados se reduzcan considerablemente.

Tabla 15
Estado de salud de la población ocupada según nivel de estrés

Variable	ESTRÉS 1 - 2			ESTRÉS 3 - 4 - 5			ESTRÉS 6 - 7		
	2006/07	2011/12	Dif.	2006/07	2011/12	Dif.	2006/07	2011/12	Dif.
Regular/Mala/Muy mala	18,63	13,91	-4,72	21,42	15,96	-5,46	29,26	20,70	-8,56
Dolor cervical	15,78	11,18	-4,60	19,38	13,64	-5,74	25,44	18,18	-7,26
Dolor lumbar	17,92	15,81	-2,11	19,75	15,88	-3,87	26,26	19,15	-7,11
Depresión/ansiedad	6,63	4,38	-2,25	7,71	4,52	-3,19	14,89	8,39	-6,50
Colesterol	7,46	12,61	5,15	10,10	12,28	2,18	13,02	12,72	-0,30
Migraña	11,85	8,62	-3,24	12,40	8,15	-4,25	16,83	11,37	-5,46
Hemorroides	6,61	3,81	-2,80	6,51	3,65	-2,86	8,64	4,02	-4,62
Úlcera estómago	2,43	1,57	-0,85	2,36	1,23	-1,13	2,39	2,51	0,12
Muestra	2.389	1.519	-870	7.877	4.794	-3083	2.952	2.260	-692
Población	3.330.971	3.005.961	-325.010	10.982.861	9.486.883	-1.495.978	4.115.959	4.472.331	356.373

Fuente: Elaboración propia a partir de ENS 2006/07 y 2011/12.

En cuanto a la utilización de servicios sanitarios, se observa el mismo comportamiento. Los trabajadores más estresados acuden en mayor proporción a todos los servicios sanitarios. En este caso, los servicios que muestran un comportamiento más similar a lo largo del tiempo son las visitas al especialista y los ingresos hospitalarios, un hecho que se explica por el fuerte condicionante de la oferta y las listas de espera que aquejan a estos servicios, y por la propia organización del sistema sanitario, puesto que precisan de la prescripción de un facultativo. Situación contraria es la que caracteriza a las visitas al médico general o las urgencias hospitalarias, que se realizan a demanda del paciente. Por lo respecta al médico general, en 2011/12 las diferencias entre los grupos de trabajadores se han reducido completamente (21,34 – 20,33 – 22,01), eso sin tener en cuenta más variables que podrían explicar esas mínimas diferencias en utilización. Respecto a las urgencias hospitalarias, las diferencias entre trabajadores no estresados y muy estresados han aumentado, aunque habrá que depurar si son otras características las que expliquen dichas diferencias.

Tabla 16
Utilización de asistencia sanitaria de la población ocupada según nivel de estrés

Variable	ESTRÉS 1 - 2			ESTRÉS 3 - 4 - 5			ESTRÉS 6 - 7		
	2006/07	2011/12	Dif.	2006/07	2011/12	Dif.	2006/07	2011/12	Dif.
Visitó M. General	21,09	21,34	0,25	23,11	20,33	-2,78	26,26	22,01	-4,25
Núm. Cond. Medio visitas	1,3266	1,2019	-0,1247	1,3108	1,257	-0,0538	1,4481	1,3583	-0,0898
Visitó M. Especialista	11,69	10,44	-1,25	11,89	12,98	1,09	15,91	15,03	-0,88
Núm. Cond. Medio visitas	1,4179	1,2814	-0,1365	1,3632	1,3773	0,0141	1,3895	1,3619	-0,0276
Visitó M. Urgencias	28,68	21,22	-7,46	26,67	25,00	-1,67	33,06	29,11	-3,95
Núm. Cond. Medio visitas	1,5613	1,4481	-0,1132	1,6739	1,5060	-0,1679	1,7895	1,7264	-0,0631
Ingresó hospital	6,49	5,60	-0,89	6,88	6,44	-0,45	7,73	7,48	-0,25
Ingresó hospital de día	5,20	5,37	0,17	5,03	5,60	0,57	6,91	7,63	0,72
Muestra	2.389	1.519	-870	7.877	4.794	-3083	2.952	2.260	-692
Población	3.330.971	3.005.961	-325.010	10.982.861	9.486.883	-1.495.978	4.115.959	4.472.331	356.373

Fuente: Elaboración propia a partir de ENS 2006/07 y 2011/12.

A la vista de los primeros resultados obtenidos, la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 va a presentar limitaciones. Además de las ya apuntadas en apartados anteriores, la ENS tiene una periodicidad quinquenal, por lo que no volverá a realizarse hasta 2016. Por otro lado, es una muestra de corte transversal por lo que no permite observar si la situación de estrés laboral es puntual o es continua. Y, por último, sigue siendo poco exhaustiva en las cuestiones relativas al puesto de trabajo.

5.2. Valoración monetaria del efecto del estrés laboral sobre el bienestar de los trabajadores: aplicación del enfoque de la satisfacción con la vida

Los riesgos psicosociales, en general, y el estrés laboral, en particular, producen importantes efectos sobre la salud y el bienestar de los trabajadores afectados. Se trata de costes psicológicos, intangibles, como incapacidad, angustia y ansiedad que se atribuyen necesariamente a la pérdida de calidad de vida que deviene del desajuste psicológico, tanto para los afectados como para sus familias.

Las importantes dificultades asociadas a la asignación de un valor monetario a fenómenos como el dolor o la pérdida de calidad de vida hacen que la mayoría de estudios de este ámbito restrinja el análisis de los costes directos a los estrictamente sanitarios, y el de los costes indirectos a los ya mencionados de productividad laboral perdida.

Aquí proponemos la utilización de una metodología novedosa para estimar el valor monetario de los efectos del estrés laboral sobre el bienestar de la población trabajadora: el enfoque de la satisfacción con la vida (ESV). Supone una alternativa a las tradicionales metodologías de valoración basadas en las preferencias reveladas y preferencias declaradas (valoración contingente).

Los datos sobre satisfacción con la vida son capturados a partir de encuestas a individuos que constituyen una muestra aleatoria de la población objetivo. Sus cuestionarios incluyen una pregunta con la que se invita a los participantes a declarar su grado de satisfacción con la vida sobre una escala (por ejemplo, de 0 a 10). Tales datos son comparables interpersonalmente, contienen pequeños errores de medida y pueden recopilarse a gran escala a un coste suficientemente bajo.

Se han hecho grandes progresos sobre la medición del bienestar subjetivo usando declaraciones individuales y ello ha permitido el desarrollo de un nuevo y fructífero campo de investigación en Economía, dentro del cual el ESV se asienta¹⁰. El uso del ESV en el estudio de muchos fenómenos económicos está en expansión y, a día de hoy, contamos con numerosos ejemplos publicados en revistas de gran prestigio internacional que pueden constituir una excelente guía para nuestra investigación. Así, ha sido utilizado para valorar las preferencias de los individuos por bienes o males públicos y externalidades positivas y negativas, ya sea con datos individuales o agregados. En este campo, las cuestiones abordadas han sido diversas. En Van Praag y Baarsma (2005) se analiza el efecto del ruido en el área del aeropuerto de Amsterdam; en Frey *et al.* (2007) se presenta una valoración en términos monetarios de la actividad terrorista; en Welsch (2002) se aplica el enfoque a la valoración de la polución del aire en las ciudades, mientras que Rehdanz y Maddison (2003) y Luechinger y Raschky (2009) se centran en los efectos del clima y de los desastres causados por las inundaciones, respectivamente.

Más cercanos al objetivo perseguido por nuestra investigación, otros trabajos han centrado sus esfuerzos en estimar los equivalentes en renta de las diferentes características del empleo: Helliwell y Huang (2005), Ahn (2007), Helliwell y Huang (2008) y Gamero (2009), entre otros.

Recientemente, este enfoque también se ha utilizado como método de valoración en temas de salud: Clark y Oswald (2002), Ferrer-i-Carbonell y Van Praag (2002), Groot y Brink (2006), Rojas (2009), Graham *et al.* (2009), Rojas y Elizondo-Lora (2011). En general, en estas investigaciones se estima el valor monetario de una enfermedad, en función de su afectación al bienestar subjetivo.

¹⁰ Excelentes revisiones sobre el estudio del bienestar subjetivo en Economía pueden encontrarse en Frey y Stutzer (2002b;a), Layard (2005), Di Tella y MacCulloch (2006), Clark *et al.* (2008) y van Praag y Ferrer-i-Carbonell (2008).

En el caso que nos ocupa, la valoración monetaria de los efectos del estrés laboral sobre el bienestar de la población trabajadora, la aplicación del ESV se efectuará en tres **fases**:

1. Estimación por mínimos cuadrados ordinarios de una función microeconómica de satisfacción con la vida, suponiendo que los datos sobre satisfacción son un indicador cardinal del bienestar subjetivo. Con ello se pretende valorar los efectos del ingreso y del estrés laboral sobre el bienestar de los trabajadores, una vez descontados los propios de otras variables explicativas (sociodemográficas, del empleo, etc). Estos dos efectos son comparables porque ambos están en términos de unidades de satisfacción.

2. Cálculo del excedente compensatorio medio. Se parte de dos supuestos: que la presencia de estrés laboral deteriora la satisfacción de vida de las personas y que un aumento en el ingreso la mejora. Con base en las estimaciones efectuadas en la primera fase, es posible calcular la cantidad de dinero necesaria para compensar la pérdida de bienestar causada por el estrés (excedente compensatorio) suponiendo que el nivel de ingresos iguala la media muestral. La idea es calcular la cuantía monetaria necesaria para compensar a un trabajador con ingresos iguales a la media por cambiar su condición de no estresado a estresado, manteniendo constante su nivel de satisfacción con la vida. Este montante puede ser interpretado como el valor monetario medio del beneficio personal que se obtiene de la existencia de un entorno de trabajo libre de estrés, según percepción del trabajador.

3. Cálculo del excedente compensatorio individual y elevación a nivel nacional. Consiste en la utilización de la información individual sobre ingresos de cada trabajador sometido a riesgo de estrés para obtener su correspondiente excedente compensatorio. Teniendo en cuenta la propiedad de representatividad de la muestra y los factores individuales de elevación, es posible llegar a un montante del excedente compensatorio a nivel nacional, interpretable como el beneficio de los programas eficientes de prevención que busquen corregir o evitar este riesgo psicosocial.

Una característica de esta metodología de evaluación basada en el enfoque de bienestar subjetivo es que la persona simplemente declara su grado de satisfacción con la vida, sin necesidad de realizar valoraciones monetarias en panoramas hipotéticos ni especular respecto a cuál sería su satisfacción con la vida ante distintos eventos posibles y probablemente nunca experimentados, como ocurre con el método de la valoración contingente. La ventaja respecto al método de la preferencia revelada reside en que no es necesario suponer que las decisiones individuales tienen lugar en el seno de mercados perfectos.

Desde un punto de vista informativo, la aplicación de este método requiere contar con encuestas representativas a nivel nacional que, al menos, contengan información sobre satisfacción con la vida, ingresos del individuo o del hogar, estrés laboral, características sociodemográficas personales para controlar por rasgos individuales que afecten al nivel de bienestar y características del empleo. Dentro del panorama estadístico español sólo una encuesta reúne estos requisitos mínimos: la ECVT. Como ya se ha informado anteriormente, se cuenta con entregas anuales para el período 2006-2010 (a partir de 2010 la encuesta dejó de realizarse por falta de presupuesto). Su utilización permitiría obtener una visión de la evolución temporal del efecto del estrés laboral sobre la calidad de vida de los trabajadores.

En cuanto a las limitaciones del método de la satisfacción con la vida, para algunos estudiosos del tema (Johns y Ormerod, 2007), sólo los estudios tipo panel o longitudinales, en los que se da seguimiento y se aplica una batería de preguntas a los mismos individuos durante periodos de tiempo más o menos extendidos, permiten obtener resultados confiables de correlaciones entre bienestar subjetivo y diferentes dominios de la vida de las personas, evitando el sesgo de medición que puede derivarse de recurrir a la memoria y a la reflexión sobre eventos sucedidos en el pasado o de las cambiantes emociones cotidianas. Incluso contando con tales informaciones, las valoraciones subjetivas de bienestar pueden verse afectadas por cambios económicos estructurales, como el soportado por España antes y después de 2008.

6.

Conclusiones

La Econometría proporciona potentes herramientas para la evaluación de los costes asociados al estrés laboral. La principal limitación al aplicar sus métodos y técnicas reside en su exigencia informativa, esto es, en la necesidad de contar con encuestas representativas a nivel nacional, sectorial, etc. que contengan toda la información relevante para abordar la cuestión.

Las fuentes de información existentes en España (ECVT, ENCT, ENS) resultan adecuadas para describir las condiciones de trabajo, calidad de vida de los trabajadores y el estado de salud de la población, pero resultan insuficientes para realizar una evaluación monetaria de los costes asociados a los riesgos psicosociales, puesto que no están diseñadas para tal fin. Para el desarrollo de las investigaciones recogidas en Gamero, González y García (2008), centradas en el coste por pérdida de jornadas laborales y por sobreutilización de servicios sanitarios, no fue posible contar con una única encuesta representativa que permitiese la investigación de forma conjunta y homogénea de tales aspectos. Tampoco pudieron abordarse otros (por ejemplo, los relacionados con el presentismo o la movilidad laboral), ya que las bases de datos existentes no proporcionan tal información.

Precisamente, en torno a esta carencia gira una de las más importantes recomendaciones que se derivan de este informe: la necesidad de diseñar encuestas a nivel nacional o sectorial que satisfagan los requerimientos informativos que conlleva la correcta evaluación de todos los costes asociados al estrés laboral.

En lo que respecta a las líneas de investigación que hemos señalado como futuras, pensamos que pueden ayudar a completar el panorama de costes para la sociedad descrito por los estudios efectuados hasta la fecha, contribuyendo de esta manera a evidenciar la magnitud global del problema.

Pero también somos de la opinión que es necesario dar un paso más hacia la evaluación de los costes a nivel empresarial¹¹. Las cifras agregadas pueden ser difíciles de interpretar dentro del contexto empresarial. En la actualidad, las empresas u organizaciones cuentan con poca o ninguna información que puedan utilizar para estimar de la manera

¹¹ Véase Brun y Lamarche (2006).

más exacta posible el impacto del estrés laboral. Los responsables de recursos humanos o de la seguridad e higiene en el trabajo a menudo no cuentan con los argumentos financieros necesarios para influenciar los procesos de toma de decisiones que tienen un impacto en la salud de las personas y en la administración de una organización. Resulta, pues, esencial que contemos con mejores medios para identificar y entender los costes del estrés laboral desde un punto de vista empresarial u organizacional, para arrojar luz sobre las decisiones que surgen en el seno de las compañías y de las instituciones públicas. Tal tarea se prevé tan ardua como necesaria.

Referencias

AESST-Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (1998): *Repercusión Económica de la Seguridad y salud en el trabajo en los Estados miembros de la Unión Europea*, Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.

AESST-Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2002): *Inventory of socioeconomic costs of work accidents*, Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.

Ahn, N. (2007): Value of Intangible Job Characteristics in Worker's Job and Life Satisfaction: How much are they worth?, *FEDEA, Documento de Trabajo*, n.º 2007-10.

American Institute of Stress (2008): *Job Stress*, www.stress.org/job.htm. [Consultado en Octubre de 2008].

Bejean, S., Sultan-Taib, H. y Wolff, N. (2003): Modelling the Social Cost of Work-Related Stress, *LEG-Document de travail*, No. 2003-11. Université de Bourgogne.

Boone, J., van Ours, J.C. (2006): "Are recessions good for workplace safety?", *Journal of Health Economics*, 25, pp.1069-1093.

Borjas, G.J. (1979): Job satisfaction, wages and unions, *Journal of Human Resources*, 14, pp. 21-40.

Brun, J.P. y Lamarche, C. (2006): *Assessing the costs of Work Stress*, Research Report, Quebec: Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organizations.

Charlesworth, K. (1996): *Are Managers under Stress? A Survey of Management Morale*, London: The Institute of Management.

Clark, A. E. y Oswald, J. (2002): A simple statistical method for measuring how life events affect happiness, *International Journal of Epidemiology*, 31, pp. 1139-1144.

Clark, A.E., Frijters P. y Shields, M.A. (2008): Relative Income, Happiness and Utility: An Explanation for the Easterlin Paradox and Other Puzzles. *Journal of Economic Literature*, 46, pp. 95-144.

Cooper, C.L., Liukkonen, P., y Cartwright, S. (1996): *Stress Prevention in the Workplace: Assessing the Costs and Benefits to Organisations*. Dublin, Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo.

Cooper, C.L., Sloan, S.L. y Williams, S. (1988): *Occupational Stress Indicator Management Guide*, Windsor: NFER-Nelson.

Cox, T. (1993): *Stress Research and Stress Management: Putting Theory to Work*. HSE Contract Research Report, NO 61. London: HMSO.

Dano, A.M. (2005): "Road injuries and long-run effects on income and employment". *Health Economics*, 14, pp. 955-970.

Davies, R., Jones, P., Núñez, I. (2009): "The impact of the business cycle on occupational injuries in the UK", *Social Science and Medicine*, 65, pp. 178-182.

DGEASCE-Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea (1999): *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La "sal de la vida" o el "beso de la muerte"?*, Luxemburgo: Office for Official Publications of the European Communities.

Di Martino, V. (1992): *Occupational Stress: A preventive approach*. En OIT Conditions of Work Digest, 11/2, 3-21. Geneva: OIT.

Di Tella, R. y MacCulloch, R.J. (2006): Some Uses of Happiness Data in Economics, *Journal of Economic Perspectives*, 20, pp. 25-46.

ECVT-Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo: Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

ENS-Encuesta Nacional de Salud: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y e Igualdad.

ENCT- Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Ferrer-i-Carbonell, A. y van Praag, B.M.S. (2002): The subjective costs of health losses due to chronic diseases. An alternative model for monetary appraisal, *Health Economics*, 11, pp. 709-722.

Freeman, R.B. (1978): Job satisfaction as an economic variable, *American Economic Association, Papers and Proceedings*, 68, pp. 135-141.

Frey, B.S. y Stutzer, A. (2002a): *Happiness and Economics: How the Economy and Institutions Affect Well-Being*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Frey B.S. y Stutzer A. (2002b): What Can Economists Learn from Happiness Research? *Journal of Economic Literature*, 40, pp. 402-35.

Frey, B. S., Luechinger, S. y Stutzer, A. (2007): Calculating tragedy: assessing the costs of terrorism, *Journal of Economic Surveys*, 21(1), pp. 1-24.

Frolich, M., Hesmati, A., Lechner, M. (2004): "A microeconomic evaluation of rehabilitation of long-term sickness in Sweden". *Journal of Applied Econometrics*, 19, pp. 375-396.

Gamero, C. (2009): Valoración de las características de los empleos por nativos e inmigrantes: el enfoque de la satisfacción con la vida, *Principios: Estudios de Economía Política*, 14, pp. 93-111.

Gamero, González y García (2008): *Evaluación de los costes de la no prevención de riesgos psicosociales en el trabajo: propuesta para el estrés laboral*, Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales, UGT-CEC.

García Gómez, M., Castañeda, R., Urbanos, R., de la Cruz, O. y López, P. (2011): *Enfermedades mentales derivadas del trabajo en España y su coste sanitario directo en 2010*, Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales, UGT-CEC.

García Gómez, M., Oliva, J., Urbanos, R., de la Cruz, O. y Castañeda, R. (2012): *Costes Laborales de las enfermedades mentales atribuibles al trabajo en España en 2010*, Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales, UGT-CEC.

García-Gómez, P. (2011): "Institutions, health shocks and labour market outcomes across Europe". *Journal of Health Economics*, 30, pp. 200-213.

García-Gómez, P., Lopez-Nicolás, A. (2006): "Health shocks, employment and income in the Spanish labour market". *Health Economics*, 15, pp. 997-1009.

Gerdtham, U.G., Ruhn, C.J. (2006), "Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD", *Economics & Human Biology*, 4(3), pp. 298-316.

Graham, C., Jaramillo, L.F.H. y Lora, E.A. (2009): Valuing health conditions: Insights from happiness surveys across countries and cultures. *Working Paper 4625*. Washington, D.C.: *Inter-American Development Bank*.

Greene, W. (1999): *Análisis Econométrico*, Madrid: Prentice Hall Iberia.

Groot, W. y van den Brink, H.M. (2006): The Compensating Income Variation of Cardiovascular Disease, *Health Economics* 15 (10), pp. 1143-1148.

Hamermesh, D.S. (1977): Economic aspects of job satisfaction, en O.C. Ashenfelter y W.E. Oates (eds.), *Essays in Labor Market Analysis*, New York: John Wiley.

Helliwell, J. F. y Huang, H. (2005): How's the Job? Well-Being and Social Capital in the Workplace, *NBER Working Paper*, n.º 11759.

Helliwell, J. F. y Huang, H. (2008): Well-Being and Trust in the Workplace, *NBER Working Paper*, n.º 14589.

Hoel, H., Sparks, K., y Cooper, C. (2001): *The cost of violence/stress at work and the benefits of a violence/stress-free work environment*. Informe comisionado por la International Labour Organization (ILO), Institute of Science and Technology (University of Manchester):

John, H. y Ormerod, P. (2007): *Happiness, Economics and Public Policy*, The Institute of Economic Affairs, Reino Unido.

Kalia, M. (2002): Assessing the economic impact of stress - the modern day hidden epidemic, *Metabolism*, 51(6), 49-53.

Karasek, R. y Theorell, T. (1990): *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.

Layard, R. (2005): *Happiness: Lessons from a New Science*. New York, NY: Penguin.

Laufey, T., Corman, H., Noonan, K., Olafsdottir, P., Reichman, N.E. (2012): *Are recessions good for your health behaviors? Impacts of the economic crisis in Iceland*, NBER Working Paper 18233.

Lechner, M., Vazquez-Alvarez, R. (2004): *The effect of disability on labour outcomes in Germany: evidence from matching*. Discussion Paper No. 4223. Centre for Economic Policy Research, London.

Leontaridi, R. M. y Ward, M.E. (2002): Work-Related Stress, Quitting Intentions and Absenteeism, *IZA Discussion Paper* No. 493.

Luechinger, S. y Raschky, P. A. (2009): Valuing flood disasters using the life satisfaction approach, *Journal of Public Economics*, 93(3-4), pp. 620-633.

Pagan, A. (1987): Three Econometric Methodologies: A Critical Appraisal, *Journal of Economic Surveys*, 1(1), pp. 3-24.

Ramaciotti, D., y Perriard, J. (2001): *Les coûts du stress en Suisse*, informe preparado para la Secretaría de Estado de Economía, sector Trabajo y Salud del gobierno suizo.

Rehdanz, K. y Maddison, D. (2003): *Climate and Happiness, Research Unit Sustainability and Global Change Working Paper*, Centre for Marine and Climate Research, Hamburg University, n.º FNU-20.

Rojas, M. (2009): A Monetary Appraisal of some Illnesses in Costa Rica: A Subjective Well-Being Approach, *Pan American Journal of Public Health*, 26(3), pp. 244-254.

Rojas, M. y Elizondo-Lara, M. (2011): La evaluación de enfermedades. Un enfoque de bienestar subjetivo, *El Trimestre Económico*, LXXIX (3), pp. 527-545.

Rosenbaum, P., Rubin, D.B. (1983): "The central role of the propensity score in observational studies for causal effects". *Biometrika*, 70, pp. 41-55.

Ruhn, C.J. (2000): "Are recessions good for your health?", *The Quarterly Journal of Economics*, 115(2), pp. 617-650.

Stephens, T. y Joubert, N. (2001): The Economic Burden of Mental Health Problems in Canada, *Chronic Diseases in Canada*, 22(1), 18-23.

Stucker, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., Mckee, M. (2009): "The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis", *Lancet*, 374, pp. 315-323.

Tangri, R.P. (2003): *What Stress Costs*. Halifax: Chrysalis Performance Strategies Inc.

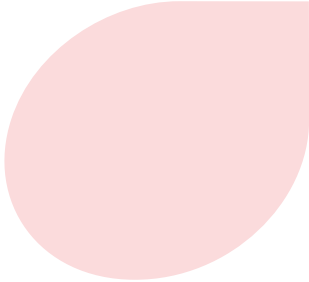

Valavanis, S. (1959): *Econometrics*, Nueva York: McGraw-Hill.

van Praag B.M.S. y Baarsma, B.E. (2005): Using Happiness Surveys to Value Intangibles: The Case of Airport Noise, *Economic Journal*, 115, pp. 224-46.

van Praag, B.M.S. y Ferrer-i-Carbonell, A. (2008): *Happiness Quantified - a Satisfaction Calculus Approach*. Oxford: Oxford University Press.

Welsch, H. (2002): Preferences over Prosperity and Pollution: Environmental Valuation Based on Happiness Surveys, *Kyklos*, 55(4), pp. 473-494.

Zavoina, W. y McKelvey, W. (1975): "A statistical model for the analysis of ordinal-level dependent variables", *Journal of Mathematical Sociology*, 4, Summer, 103-120.



El acoso laboral en España: Factores determinantes y efectos sobre la salud de los trabajadores



Autores

M. Ángeles Carnero Fernández

Doctora en Economía. Departamento de Fundamentos del Análisis Económico
Universidad de Alicante

Blanca Martínez

Doctora en Economía. Departamento de Economía Cuantitativa
Universidad Complutense de Madrid

Rocío Sánchez-Mangas

Doctora en Economía. Departamento de Análisis Económico: Economía Cuantitativa
Universidad Autónoma de Madrid

1.

Introducción

Hace 20 años, el acoso laboral o *mobbing* era un fenómeno totalmente desconocido. Hoy en día, el estudio de este problema así como la creciente preocupación por el mismo es un hecho. Leymann (1996) define el *mobbing* como una forma de violencia psicológica extrema que se puede producir en el ámbito de una organización en una o más de las 45 formas o comportamientos descritos en su Leymann Inventory of Psychological Terrorization (LIPT), que se ejercen de forma sistemática, al menos una vez por semana y durante un tiempo prolongado -más de 6 meses-, sobre otra persona en el lugar de trabajo. Estos comportamientos incluyen agresiones verbales, rumores, humillaciones personales y profesionales, etc.

Hay múltiples estudios que cuantifican la importancia del *mobbing* en distintos países europeos. Sin embargo, la definición de acoso y las muestras consideradas varían y por lo tanto la incidencia de acoso no es realmente comparable. Por ejemplo, Cowie *et al.* (2000) muestran que el 38% de los trabajadores de instituciones internacionales en Inglaterra sufren conductas hostiles en el trabajo. Hubert *et al.* (2001), analizan una muestra de trabajadores en el sector financiero holandés, y obtienen una tasa de acoso laboral del 1%. La IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (EWCO, 2005), señala que el *mobbing* afecta a un 5% de trabajadores en Europa, con diferencias relevantes entre países (del 2% en Italia y Bulgaria al 17% en Finlandia). Para España, los resultados del *Barómetro Cisneros* elaborado por Piñuel y Zabala y Oñate (2002), reflejan que alrededor del 16% de los trabajadores de un área industrial cercana a Madrid (corredor del Henares) declara sufrir conductas hostiles en el trabajo.

El acoso laboral no solamente afecta a las víctimas, sino también a la organización y a la sociedad. Vega y Comer (2005) afirman que las conductas hostiles en el trabajo pueden crear un entorno de amenazas psicológicas que disminuye la productividad e inhibe al trabajador a la hora de comprometerse con la organización de manera individual o en grupo. La literatura existente también ha mostrado conexiones entre el acoso laboral y la aparición de problemas de salud físicos y psicológicos. Josipovic-Jelic *et al.* (2005) señalan que el *mobbing* tiene efectos negativos sobre la salud, el trabajo y la vida personal, sobre todo en los profesionales sanitarios expuestos a un alto nivel de estrés. Agervold y Mikkelsen (2004) utilizan datos de trabajadores no cualificados de una compañía manufacturera danesa y muestran que los trabajadores acosados declaran sufrir más síntomas de estrés y fatiga mental que los trabajadores no expuestos a conductas hostiles. Hoel *et al.* (2004) también estudian el impacto del *mobbing* sobre la salud y el bienestar de los trabajadores y encuentran que los trabajadores identificados como acosados tuvieron peores indicadores de salud. Para España, Piñuel y Zabala y Oñate (2002) señalan que más de la mitad de los trabajadores que son víctimas de acoso en el trabajo declaran que el trabajo afecta a su salud física y psicológica. Un trabajo más reciente, de Meseguer *et al.* (2008) analizan una muestra de trabajadores del sector agrofrutícola de Murcia y muestran evidencia de que el acoso está relacionado positivamente con los síntomas psicósomáticos.

Inequívocamente, la salud es un componente importante del capital humano. Algunos estudios analizan el impacto de la salud sobre los salarios. Por ejemplo, Jäckle y Himmler (2010) señalan que la salud, como parte del capital humano de una persona, puede afectar a la productividad y al salario. En esta línea, Haveman *et al.* (1994) analizan una muestra de hombres trabajadores de Estados Unidos, y muestran que la mala salud afecta negativamente a los salarios. Por último, Contoyannis y Rice (2001) concluyen que los problemas psicológicos de salud disminuyen el salario de los hombres trabajadores, mientras que buenos indicadores de salud aumentan el salario hora de las mujeres trabajadoras.

Por lo tanto, si el *mobbing* afecta de manera negativa a la salud de los trabajadores, los comportamientos hostiles en el trabajo podrían ser considerados inputs negativos en la función de producción de capital humano, con consecuencias en la productividad y los salarios.

Entender y cuantificar el *mobbing* es de suma importancia debido a las consecuencias socio-económicas que conlleva, tanto para la víctima como para la organización y la sociedad. Como hemos señalado anteriormente, el acoso laboral afecta a la salud y a la productividad de los trabajadores (absentismo laboral, jubilaciones anticipadas, bajas laborales), pero también afecta a las decisiones de abandonar el puesto de trabajo que llevan asociadas costes de reemplazamiento y de búsqueda de un nuevo trabajo, a la satisfacción laboral, etc. Medir el coste del acoso laboral es una tarea extremadamente difícil, ya que hay tantas dimensiones afectadas que medirlas todas es prácticamente imposible. Por otro lado, las fuentes de datos disponibles no permiten realizar un estudio riguroso del coste económico del acoso laboral a nivel estatal. Hay algún intento de medir el coste asociado a una de las posibles dimensiones del acoso. En esa línea, Pastrana (2002) aproxima el coste del *mobbing* asociado a las bajas por incapacidad temporal. A partir del análisis de datos referentes a 6.500 bajas temporales, intuye que el acoso es la causa del 1.71% de dichas bajas y que podrían suponer una pérdida de 52 millones de euros en compensaciones salariales.

En este trabajo consideramos que antes de abordar la complejidad que conlleva la estimación del coste económico del *mobbing* en términos de pérdida de salud, es importante llevar a cabo dos estudios previos: entender y detectar los determinantes del acoso laboral, con importantes consecuencias en materia de prevención del acoso, y analizar los efectos del acoso laboral en la salud de los trabajadores.

Por lo tanto, este trabajo tiene dos objetivos. En primer lugar, a partir de los datos de la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, V ENCT (2003), estudiamos los determinantes del acoso laboral en el trabajo en España y analizamos qué variables explican la probabilidad de sufrir *mobbing* (ver Carnero *et al.*, 2010). Las causas del acoso pueden ser numerosas y surgir de la organización, del acosador o incluso de la personalidad de la víctima (Hirigoyen, 2001). Leymann (1996) identifica dos factores principales que podrían causar acoso: la organización en el trabajo, y una mala gestión organizativa. Sobre la base del trabajo de Leymann (1996), investigamos si las variables que afectan a la organización en el trabajo y a las condiciones de trabajo pueden explicar la probabilidad de sufrir acoso laboral. Una mala gestión de la dirección podría también ser importante a la hora de explicar dicha probabilidad, pero los datos disponibles no permiten llevar a cabo este tipo de análisis. Nuestros resultados sugieren que las condiciones del puesto de trabajo son más importantes a la hora de explicar la probabilidad de sufrir acoso que las características

personales del trabajador. En este sentido, encontramos que trabajar en el sector servicios, en empresas grandes, percibir un salario variable, trabajar los fines de semana, más de 40 horas semanales y en Madrid son factores con un impacto positivo en la probabilidad de sufrir acoso. Por otra parte, haber recibido cursos de formación en la empresa y tener un horario flexible reducen significativamente dicha probabilidad.

En segundo lugar, utilizando datos de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, VI ENCT (2006), estudiamos el impacto del *mobbing* en la salud de los trabajadores en España (ver Carnero *et al.*, 2012). Definimos para ello dos indicadores de mala salud de los trabajadores: (i) la percepción del trabajador de que el trabajo afecta a su salud; (ii) el hecho de padecer determinados síntomas de mala salud, tanto física como mental; y encontramos que sufrir acoso laboral incrementa la probabilidad de sufrir problemas de salud de manera significativa.

2.

Datos y metodología

2.1. El acoso laboral

Para analizar el acoso laboral en España hemos utilizado datos de la V ENCT (2003). Esta encuesta se ha realizado a 5236 trabajadores y proporciona información detallada de condiciones de trabajo, incluyendo, por primera vez, cuestiones relativas a factores psicológicos y conductas violentas en el trabajo. El cuestionario también incluye información sobre características del trabajo y variables sociodemográficas referidas al trabajador.

Con la información disponible y siguiendo la definición de Leymann, podemos identificar a las víctimas de acoso a través de las siguientes cuestiones relativas a las conductas violentas en el trabajo:

P79. Durante los últimos 12 meses, cuando usted ha estado en su trabajo ¿ha sido objeto de violencia física por parte de personas pertenecientes a su lugar de trabajo o por parte de otras personas, o ha sido objeto de pretensiones sexuales no deseadas (acoso sexual)?

P80. Durante los últimos 12 meses, ¿una o varias personas con las que trabaja han tenido hacia usted alguna de las siguientes conductas? Le ponen dificultades para comunicarse (le impiden expresarse, no se le habla, se evita la mirada, se ignora su presencia, se prohíbe que se hable con Vd.,), le desacreditan personal o profesionalmente (calumnias, se le ridiculiza, se burlan de su vida privada o manera de pensar, se cuestionan sus decisiones, se le asignan tareas humillantes, no se le asignan tareas, se critica el trabajo delante de terceros...), le amenazan (amenazas orales, escritas, por teléfono; se le ocasionan desperfectos en su puesto de trabajo, en el vehículo, en su domicilio,...) o alguna conducta de este tipo. ¿Con qué frecuencia?

La pregunta P79 no proporciona información acerca de la frecuencia de las conductas violentas a las que se refiere. Las respuestas posibles a esta pregunta son: Sí/No. En la pregunta P80, las respuestas posibles son: Sí, diariamente; Sí, al menos una vez por semana; Sí, varias veces al mes; Sí, varias veces al año; No. Tratando de adaptarnos lo máximo posible a la definición de Leymann, identificamos como víctimas de acoso aquellas que responden “Sí” a la pregunta P79 y “Sí, diariamente” o “Sí, al menos una vez por semana” a la pregunta P80.

Con esta definición, encontramos 254 víctimas de acoso, de un total de 5211 trabajadores con información disponible, lo que supone una tasa de acosados de 4.87%. Los resultados de este estudio pueden compararse con otros trabajos. En primer lugar, según la III Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, referida a 2000, un 5% de trabajadores en España están sujetos a situaciones de intimidación. La heterogeneidad entre países es importante, con tasas que varían entre el 4% en Portugal y el 15% en Finlandia. Sin embargo, dado que la concienciación del problema de acoso, y por tanto, las herramientas para que el trabajador lo detecte son distintas en los distintos países, las tasas no son realmente comparables. En segundo lugar, según el Barómetro Cisneros, el 16% de los trabajadores entrevistados sufren acoso moral. El ámbito de estudio fue el área industrial del Corredor del Henares. Hemos de destacar que, con los datos de la V ENCT (2003) que usamos en este trabajo, la tasa de acoso en la Comunidad de Madrid es de un 10.7%, muy superior a la media.

La Tabla 1 muestra la incidencia del acoso, desglosando su definición en las conductas señaladas en las preguntas P79 y P80 mencionadas anteriormente.

Tabla 1
Conductas violentas definidoras del acoso laboral (% de víctimas)

Conductas violentas	Total	Mujeres	Hombres
Violencia física por parte de personas del lugar del trabajo	11.50	12.93	10.47
Violencia física por parte de otras personas	39.93	25.47	50.21
Pretensiones sexuales no deseadas	7.30	8.50	6.52
Ser silenciado, ignorado, aislado	41.07	51.68	33.44
Ser humillado, ridiculizado, cuestionado	27.98	32.25	24.78
Amenazas verbales o escritas	6.63	11.88	2.88

Fuente: Elaboración propia a partir de V ENCT (2003).

Es sorprendente el alto porcentaje de trabajadores que sufren violencia física por parte de personas ajenas al lugar de trabajo, casi el 40%. Esta conducta, junto al hecho de ser silenciado, ignorado o aislado son las más que presentan mayor incidencia, seguidas de ser humillado, ridiculizado o cuestionado. Si atendemos a la distribución por sexos, observamos que los hombres sufren principalmente violencia física por parte de personas ajenas al lugar de trabajo, mientras que entre las mujeres la conducta con mayor incidencia es ser silenciada, ignorada o aislada. Destacan, asimismo, las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto al hecho de recibir amenazas verbales o escritas, con una incidencia casi 4 veces superior entre las mujeres, y la violencia física por parte de personas ajenas al lugar de trabajo, cuya incidencia entre los hombres es el doble que entre las mujeres.

Analizamos a continuación el fenómeno del acoso laboral en función de las características del trabajador y del puesto de trabajo. La Tabla 2 ofrece información estadística descriptiva sobre la incidencia del *mobbing* para diferentes categorías de trabajadores y distintas condiciones de trabajo.

Tabla 2
Incidencia del acoso laboral (%)

Características personales		Condiciones de trabajo	
Sexo		Salario	
Mujer	5.55 (0.523)	Variable	7.20 (0.794)
Hombre	4.47 (0.359)	Fijo	4.29 (0.317)
Cabeza de familia		Antigüedad	
Sí	4.86 (0.385)	Menos de 1 año	4.41 (1.033)
No	4.89 (0.475)	1–3 años	5.19 (0.665)
Número de hijos		3–10 años	3.82 (0.546)
0	4.70 (0.396)	Más de 10 años	5.29 (0.453)
1	5.42 (0.645)	Formación para el trabajo	
2	4.50 (0.675)	Sí	3.78 (0.281)
3	5.6 (2.102)	No	12.25 (1.381)
4	8.33 (6.703)	Formación general	
Más de 4	16.1 (12.89)	Sí	4.31 (0.369)
Nacionalidad		No	5.65 (0.496)
Español	4.80 (0.298)	Trabajo en fin de semana	
Extranjero	11.6 (4.206)	Sí	7.13 (0.536)
Nivel educativo		No	3.10 (0.323)
Ed. primaria	4.30 (0.479)	Horario	
Ed. secundaria	5.07 (0.492)	Flexible	3.55 (0.529)
Ed. superior	5.09 (0.613)	Fijo	5.25 (0.354)
		Jornada	
		Partida	3.38 (0.353)
		Continua	5.27 (0.526)
		Turnos	9.59 (1.129)
		Horas de trabajo semanales	
		20 o menos	3.85 (1.897)
		21–40	3.91 (0.310)
		Más de 40	8.42 (0.827)
Características del trabajo		Condiciones de calidad en el puesto	
Sector		Condiciones físicas	
Industria	2.47 (0.492)	Buenas	3.64 (0.394)
Servicios	6.13 (0.395)	Malas	6.34 (0.473)
Construcción	0.50 (0.308)	Factores organizativos	
Número de trabajadores		Positivos	2.83 (0.603)
Menos de 10	3.37 (0.657)	Negativos	9.07 (0.949)
10–49	3.35 (0.492)		
50–249	2.90 (0.518)		
250–499	3.36 (0.945)		
Más de 500	8.27 (0.669)		

Nota: Desviaciones típicas entre paréntesis.
Fuente: Elaboración propia a partir de V ENCT (2003).

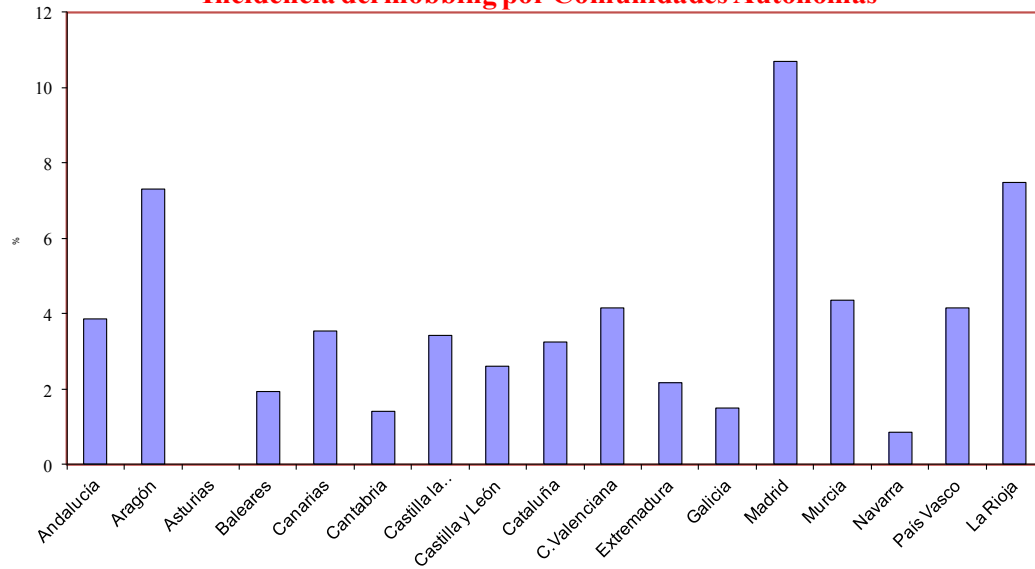
En cuanto a las características personales, los aspectos más destacables son los siguientes: el porcentaje de acosados es ligeramente superior entre los hombres que entre las mujeres, entre los que tienen 4 o más hijos que entre los que tienen 3 o menos, y también superior entre los trabajadores extranjeros que entre los españoles.

En lo relativo a las condiciones de trabajo, el acoso laboral tiene mayor incidencia entre aquellos que perciben salario variable, así como entre los que no reciben formación general o específica en el trabajo, los que trabajan en fin de semana, los que tienen horario fijo, trabajan a turnos o más de 40 horas semanales. En cuanto a las características de la empresa, cabe destacar que el acoso laboral es superior en el sector servicios y en empresas de más de 500 trabajadores.

Hemos estudiado también la calidad en el puesto de trabajo. Para ello, hemos definido dos indicadores. El primero, referido a las condiciones físicas, refleja la confortabilidad en el puesto en función de la temperatura y el nivel de ruido. Denotamos las condiciones físicas como buenas cuando ambos aspectos están en un nivel adecuado. El segundo indicador, relativo a los factores organizativos, se define en términos de la autonomía y la carga de trabajo. Cuando el trabajador tiene cierto grado de autonomía y una carga de trabajo adecuada (ni excesiva ni demasiado escasa), definimos los factores organizativos como positivos. Como reflejan los datos, la incidencia del acoso laboral es claramente inferior cuando la calidad en el puesto es buena, tanto en lo que respecta a las condiciones físicas del puesto como a los factores organizativos.

Por último, hemos analizado la incidencia del *mobbing* en términos geográficos. Los resultados se muestran en el Gráfico 1.

Gráfico 1
Incidencia del mobbing por Comunidades Autónomas



Fuente: Elaboración propia a partir de V ENCT (2003).

Es evidente la que existe entre las distintas regiones. Con la excepción de Asturias, donde ningún trabajador fue identificado como acosado, las tasas de acoso varían entre un 0.85% en Navarra y un 10.7% en Madrid. La tasa de acoso en esta Comunidad Autónoma es más del doble que la media nacional.

Dada la evidencia descriptiva mostrada, tratamos a continuación de cuantificar la importancia de los distintos factores en la probabilidad de estar acosado. Para ello planteamos un modelo probit cuya variable dependiente, que denotamos por *Acosado*, es una variable binaria que toma el valor 1 si el trabajador es víctima de acoso laboral y 0 en otro caso. Consideramos los siguientes vectores de variables explicativas:

- X^P : características personales
- X^J : características del trabajo
- X^W : condiciones de trabajo

El modelo que planteamos puede escribirse, para $i=1, \dots, N$, como:

$$\Pr\left(\text{Acosado}_i = 1 \mid X_i^P, X_i^J, X_i^W\right) = \Phi\left(\beta_0 + \beta'_P X_i^P + \beta'_J X_i^J + \beta'_W X_i^W\right) \quad [1]$$

donde $\beta_0, \beta'_P, \beta'_J$, y β'_W son los parámetros a estimar y $\Phi(\cdot)$ es la función de distribución normal acumulada.

En un modelo probit los parámetros no entran de forma lineal y, por tanto, los efectos parciales de las variables X sobre la probabilidad de sufrir acoso no vienen dados directamente por los coeficientes estimados, sino por una función de todos los coeficientes y todas las variables explicativas. Los efectos parciales, por tanto, varían entre individuos. Se calcularán los efectos parciales medios.

2.2. El acoso laboral y la salud de los trabajadores

Existe evidencia internacional acerca del deterioro en la salud física y mental que experimentan los trabajadores sometidos a acoso. Véase, por ejemplo, Agervold y Mikkelsen (2004), Hoel *et al.* (2004) y Josipovic-Jelic *et al.* (2005). Estos estudios, basados en comparar la salud de los trabajadores acosados y los no acosados, encuentran que las víctimas de acoso laboral tienden a presentar peor salud que el resto. Una vez que las víctimas de *mobbing* son identificadas como tal, es difícil determinar cuántas de ellas terminarán desarrollando problemas de salud debidos a la situación de acoso. Esto dependerá, por un lado, de la intensidad y la duración en el tiempo de las conductas de acoso, y, por otro, de las características personales de la víctima.

Para tratar de establecer evidencia descriptiva sobre la posible relación entre el acoso laboral y la salud de los trabajadores, usamos datos de la VI ENCT (2006). Esta encuesta se ha realizado a 11054 trabajadores y recoge, como la ola anterior, información relativa a condiciones de trabajo, características personales y del puesto de trabajo, conductas violentas en el trabajo y daños a la salud. La diferencia fundamental de la VI ENCT (2006) con la ola anterior de 2003 es que el cuestionario es rellenado por los trabajadores en casa y no en el puesto de trabajo. Una ventaja importante de encuestar a los trabajadores en casa es que permite acceder a trabajadores que estén de baja por diversos motivos.

Dos preguntas de la VI ENCT (2006) tienen especial interés para nuestros objetivos:

P63. ¿Considera Vd. que su trabajo está afectando a su salud?

P66. Últimamente, ¿sufre con frecuencia alguno de los siguientes síntomas?

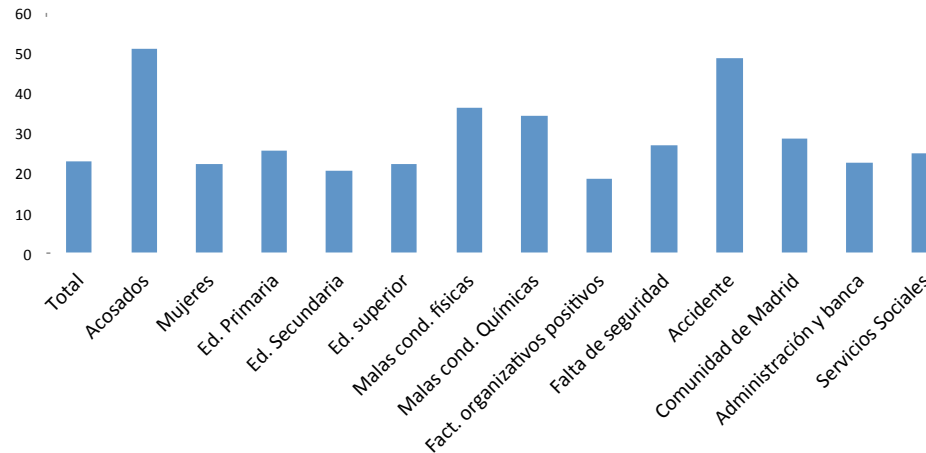
- Le cuesta dormir o duerme mal
- Tiene sensación continua de cansancio
- Sufre dolores de cabeza
- Sufre mareos
- Le cuesta concentrarse, mantener la atención
- Le cuesta acordarse de las cosas u olvida las cosas con facilidad
- Se nota tenso, irritable
- Tiene la sensación de estar emocionalmente agotado, falta de energía
- No consigue olvidarse de los problemas del trabajo
- Sufre alteraciones del apetito o digestivas (náuseas, acidez, digestiones pesadas...)
- Tiene problemas en los ojos (lagrimeo, visión borrosa...)
- Bajo estado de ánimo

La pregunta P63 mide la percepción individual del trabajador acerca del impacto que el trabajo tiene en su salud. Las respuestas posibles son Sí/No. P66 proporciona información acerca de problemas físicos o psicológicos que los trabajadores puedan sufrir, ya sean debidos al trabajo o a otras causas.

Para analizar la relación entre el trabajo y la salud, definimos dos indicadores: (i) la percepción del trabajador de que el trabajo afecta a su salud; (ii) la presencia de síntomas de mala salud.

En cuanto al primer indicador, cabe destacar que el 23% de los encuestados perciben que el trabajo afecta a su salud. El Gráfico 2 muestra la incidencia en función de determinadas características. Como puede observarse este porcentaje es mucho mayor entre los trabajadores acosados, 51%.

Gráfico 2
Porcentaje de trabajadores que declaran
que el trabajo afecta a su salud

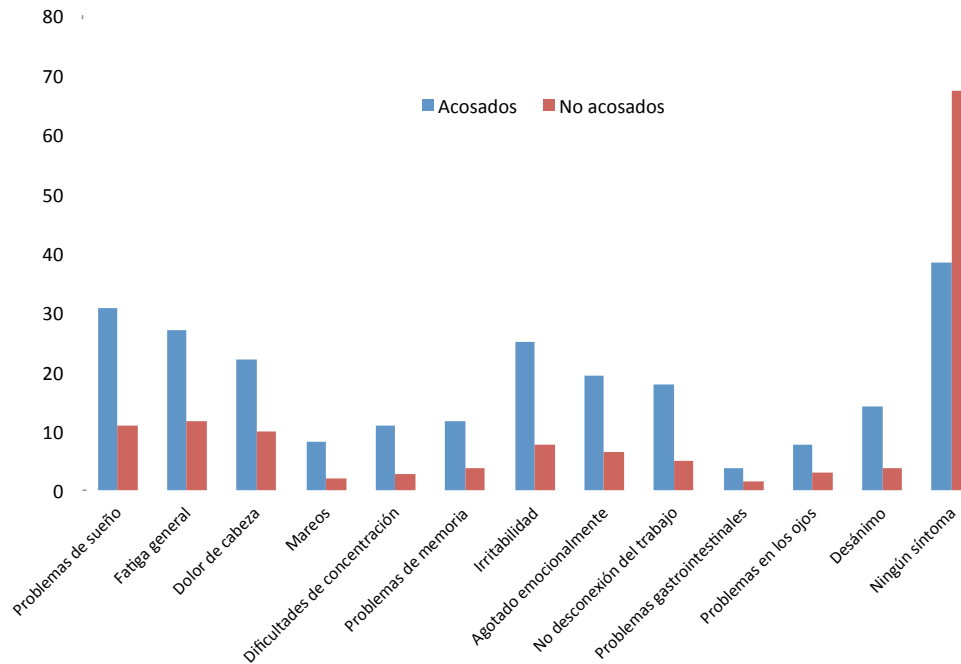


Fuente: Elaboración propia a partir de VI ENCT (2006).

En cuanto a las condiciones de trabajo, destaca que haber sufrido un accidente en el trabajo en los últimos 2 años o estar expuesto a riesgo de accidente por falta de seguridad en el lugar de trabajo, incrementa por encima de la media la percepción de que el trabajo afecta a la salud. Asimismo, unas malas condiciones físicas en el lugar de trabajo (definidas en términos de temperatura, ruido, luminosidad, calidad del aire y vibraciones) también hacen aumentar la percepción de que el trabajo afecta a la salud. Lo mismo ocurre si se trabaja con unas condiciones químicas no deseables (definidas en relación con la presencia de gases nocivos o componentes químicos tóxicos). Vivir en la Comunidad de Madrid también aparece como un factor relacionado con una mayor percepción de que el trabajo afecta a la salud. Por otro lado, trabajar con factores organizativos favorables (carga de trabajo adecuada y cierta autonomía en el trabajo) disminuye dicha percepción. No aparecen diferencias relevantes en relación con otras características del trabajo o personales.

El Gráfico 3 muestra evidencia descriptiva relativa al segundo indicador: el hecho de padecer síntomas de mala salud. En concreto, muestra el porcentaje de trabajadores que sufren los síntomas señalados en la pregunta P66 del cuestionario.

Gráfico 3
Porcentaje de trabajadores que sufren determinados síntomas



Fuente: Elaboración propia a partir de VI ENCT (2006).

Los síntomas que presentan mayor incidencia, tanto para trabajadores acosados como para el resto, son los problemas de sueño y la fatiga general. Como puede observarse, el porcentaje de trabajadores que sufren cada uno de los síntomas recogidos en P66 es mayor entre acosados que entre no acosados. Así, por ejemplo, un 30% de las víctimas de acoso sufren problemas de sueño, mientras que este porcentaje es del 11% entre los trabajadores no acosados. Las diferencias también son importantes para la fatiga general (27% entre acosados y 11% entre no acosados) y para el dolor de cabeza (22% y 11%, respectivamente). Otros síntomas para los que se observan diferencias destacables entre los dos grupos de trabajadores son: irritabilidad, agotamiento emocional, obsesión por el trabajo y desánimo.

El porcentaje de trabajadores que no sufren ningún síntoma es mucho mayor entre trabajadores no acosados que entre las víctimas de acoso laboral (casi 70% en los no acosados frente a menos del 40% entre los acosados).

La evidencia descriptiva mostrada en los Gráficos 2 y 3 indica que parece existir una relación entre ser víctima de acoso laboral y experimentar, en mayor medida que quien no lo es, problemas relacionados con la salud. Para determinar si el *mobbing* puede explicar las diferencias de salud entre acosados y no acosados, planteamos un modelo econométrico que cuantifique la relación entre sufrir problemas de salud y ser víctima de acoso. Para ello usamos los dos indicadores de salud mencionados anteriormente y definimos dos variables binarias que denotamos como *MS1* (mala salud según el indicador 1) y *MS2* (mala salud según el indicador 2):

$$MS1_i = \begin{cases} 1 & \text{si el trabajador } i \text{ afirma que el trabajo afecta a su salud} \\ 0 & \text{en otro caso} \end{cases}$$

$$MS2_i = \begin{cases} 1 & \text{si el trabajador } i \text{ sufre algún síntoma de mala salud} \\ 0 & \text{en otro caso} \end{cases}$$

Para cada uno de estos indicadores, formulamos un modelo probit que explica la mala salud en función de características personales y del trabajo, condiciones de trabajo y el hecho de estar acosado. Por tanto, para la muestra de trabajadores indexados por $i=1, \dots, N$, definimos, para cada uno de los indicadores $j=1, 2$:

$$\Pr(MS_j_i = 1 \mid \text{Acosado}_i, X_i^P, X_i^W, X_i^J) = \Phi(\beta_0 + \beta_1 \text{Acosado}_i + \beta'_P X_i^P + \beta'_W X_i^W + \beta'_J X_i^J) \quad [2]$$

donde *Acosado* es un indicador que vale 1 si el trabajador es víctima de acoso laboral. Consideramos además las siguientes variables explicativas:

- X^P : características personales
- X^W : condiciones de trabajo
- X^J : características del trabajo

Hay un aspecto econométrico importante a considerar en este modelo. Puede existir simultaneidad entre ser víctima de acoso y sufrir problemas de salud. Es decir, la variable *Acosado* en la ecuación anterior podría ser endógena, dando lugar a sesgos en la estimación. Este tipo de sesgo de endogeneidad en modelos no lineales como el probit ha sido ampliamente estudiado en la literatura. Para modelos no lineales en los que la variable potencialmente endógena es discreta, como es nuestro caso, métodos de estimación en dos etapas, como el propuesto por Rivers y Vuong (1998) para regresor endógeno continuo no son válidos. Por ello, la estrategia de estimación consiste en estimar, conjuntamente con la ecuación de salud, un modelo adicional para la variable endógena, lo que lleva a un modelo probit bivalente. Ejemplos de este método de estimación en diversos contextos pueden verse en Carrasco (2001) y De la Rica y Ferrero (2003), entre otros.

Formulamos el modelo para la probabilidad de estar acosado como:

$$\Pr(\text{Acosado}_i = 1 | Z_i^P, Z_i^W, Z_i^J) = \Phi(\gamma_0 + \gamma_P' Z_i^P + \gamma_W' Z_i^W + \gamma_J' Z_i^J) \quad [3]$$

donde Z^P , Z^J y Z^W son vectores de características personales, condiciones de trabajo y características del trabajo, respectivamente.

Para poder identificar el efecto del *mobbing* en la salud es necesario considerar algunas restricciones de exclusión, es decir, debemos encontrar variables explicativas en la ecuación [3] que no aparezcan como regresores en [2]. Volveremos sobre el tema de la existencia de instrumentos válidos en la discusión de resultados de estimación en la sección 3.2. Denotamos por u_1 y u_2 respectivamente los términos de error en los modelos de variable latente que dan lugar a los anteriores modelos probit [2] y [3]. Suponemos que dichos errores siguen distribución normal bivalente con media cero, varianza unitaria y correlación dada por un parámetro que denotaremos r . Si $r \neq 0$, hay evidencia de endogeneidad, y, por tanto, la estimación de la ecuación [2] bajo la hipótesis de exogeneidad sería inconsistente. En ese caso, el signo de la correlación entre los errores de ambas ecuaciones proporciona información sobre el signo del sesgo.

Como ya se comentó en la sección 2.1., al trabajar con modelos no lineales, el efecto parcial de los regresores no viene dado por los coeficientes estimados, sino por una función no lineal de todos los coeficientes y todas las variables explicativas. Serán, por tanto, distintos para los distintos individuos. Se calcularán efectos parciales medios.



3.

Resultados de estimación

3.1. Factores determinantes del acoso laboral

En esta sección mostramos los resultados de la estimación de un modelo probit para cuantificar la importancia de las características personales, características del puesto de trabajo y condiciones de trabajo, en la probabilidad de estar acosado. Dichos resultados, que se muestran en la Tabla 3, sugieren que las condiciones de trabajo y las características del trabajo son más importantes, para explicar la probabilidad de estar acosado en el trabajo, que las características personales. De hecho, en relación con las características personales, sólo las variables sexo y educación secundaria son significativas: ser mujer aumenta la probabilidad de estar acosado y tener educación secundaria disminuye dicha probabilidad (la categoría de referencia es educación primaria). Por otro lado, entre las características del trabajo y las condiciones de trabajo sólo las variables experiencia, formación general y tipo de jornada son no significativas.

Tabla 3
Probabilidad de estar acosado. Estimación Probit

Variables	Total	Mujeres	Hombres
Constante	-1.85 (0.190)***	-1.50 (0.341)***	-1.84 (0.231)***
Características personales			
Mujer	0.17 (0.095)*	–	–
Cabeza de familia	-0.03 (0.089)	0.05 (0.135)	-0.07 (0.112)
Número de hijos	-0.02 (0.044)	0.04 (0.081)	-0.04 (0.049)
Extranjero	0.31 (0.305)	0.06 (0.457)	0.49 (0.362)
Educación secundaria	-0.15 (0.088)*	-0.09 (0.157)	-0.18 (0.109)*
Educación superior	-0.13 (0.120)	-0.20 (0.177)	-0.09 (0.163)
Características del trabajo			
Administración / Banca	0.35 (0.113)***	0.10 (0.174)	0.51 (0.141)***
Servicios sociales	0.43 (0.119)***	0.38 (0.161)**	0.57 (0.160)***
Más de 500 empleados	0.21 (0.089)**	0.20 (0.141)	0.21 (0.112)*
Condiciones de trabajo			
Salario variable	0.19 (0.088)**	0.28 (0.140)**	0.16 (0.111)
Años de antigüedad	0.00 (0.044)	-0.03 (0.073)	0.01 (0.056)
Formación para el trabajo	-0.47 (0.102)***	-0.33 (0.182)*	-0.56 (0.125)***
Formación general	-0.12 (0.079)	0.11 (0.131)	-0.14 (0.101)
Trabajo en fin de semana	0.28 (0.084)***	0.24 (0.140)***	0.30 (0.104)***
Horario flexible	-0.19 (0.105)*	-0.31 (0.172)*	0.16 (0.140)
Trabajo a turnos	0.07 (0.055)	-0.07 (0.092)	0.13 (0.067)*
Más de 40 horas semanales	0.31 (0.091)***	0.29 (0.154)*	0.34 (0.113)***
Buenas condiciones físicas	-0.21 (0.086)**	-0.30 (0.123)**	-0.18 (0.113)
Comunidad de Madrid	0.33 (0.087)***	0.65 (0.134)***	0.08 (0.119)
log pseudo-likelihood	-612.17783	-227.93599	-373.53912
Pseudo R ²	0.1097	0.1236	0.1201
Número de observaciones	4498	1402	3096

*Nota: *, ** y ***: significatividad al 10, 5 y 1% respectivamente. Errores estándar robustos entre paréntesis.*
Fuente: Elaboración propia a partir de VI ENCT (2006).

Para todas las variables significativas hemos calculado sus efectos parciales sobre la probabilidad de estar acosado. Los resultados se muestran en la Tabla 4. Podemos ver que recibir formación específica, trabajar en el sector de servicios sociales, en la Administración Pública o en banca, trabajar en la Comunidad de Madrid, y trabajar más de 40 horas a la semana parecen ser las variables que tienen un mayor impacto en la probabilidad de sufrir *mobbing*. De hecho, la Tabla 4 muestra que haber recibido formación específica para el puesto de trabajo actual reduce la probabilidad de estar acosado casi 4 puntos porcentuales. Trabajar en el sector servicios, en la Administración Pública o en la banca, en la Comunidad de Madrid y trabajar más de 40 horas semanales aumentan también de manera significativa la probabilidad de sufrir *mobbing* (3.46, 2.62, 2.33 y 2.16 puntos porcentuales, respectivamente).

En relación con las variables que reducen la probabilidad de sufrir acoso, encontramos que la calidad del puesto de trabajo (buenas condiciones físicas) y tener un horario flexible son los factores con un mayor impacto significativo en la disminución de dicha probabilidad. Respecto a las características personales, ser mujer aumenta de manera significativa la probabilidad de sufrir acoso: los resultados de la estimación muestran que dicha probabilidad es 1.05 puntos porcentuales mayor que para los hombres.

Tabla 4
Efectos parciales de las variables significativas (puntos porcentuales)

Variable	Total	Mujeres	Hombres
Características personales			
Mujer	1.05 (0.62)	-	-
Educación secundaria	-0.82 (0.48)	-	-0.86 (0.50)
Características del trabajo			
Administración / Banca	2.62 (1.03)	-	3.73 (1.41)
Servicios sociales	3.46 (1.23)	3.20 (1.63)	4.57 (1.87)
Más de 500 empleados	1.40 (0.66)	-	1.19 (0.71)
Comunidad de Madrid	2.33 (0.73)	6.54 (1.78)	-
Condiciones de trabajo			
Salario variable	1.20 (0.62)	2.36 (1.36)	-
Formación para el trabajo	-3.91 (1.16)	-2.91 (2.02)	-4.30 (1.40)
Trabajo en fin de semana	1.64 (0.53)	1.74 (1.07)	1.49 (0.55)
Horario flexible	-0.97 (0.48)	-1.82 (0.88)	-
Trabajo a turnos	-	-	0.63 (0.32)
Más de 40 horas semanales	2.16 (0.74)	2.50 (1.57)	2.00 (0.79)
Buenas condiciones físicas	-1.16 (0.46)	-2.12 (0.93)	-

Nota: Errores estándar robustos entre paréntesis.

Fuente: Elaboración propia a partir de VI ENCT (2006).

Como análisis adicional, nos parece relevante explorar en más detalle las diferencias por sexo y analizar si las variables que explican las conductas violentas en el lugar de trabajo son las mismas y tienen el mismo impacto, independientemente del sexo de la víctima de acoso. Para ello, hemos estimado el modelo probit anterior por separado para mujeres y para hombres. Las últimas columnas de las Tablas 3 y 4 muestran los resultados de las estimaciones. El análisis de los resultados sugiere que existen diferencias en las variables relevantes para ambos sexos. Con respecto a las características personales, ninguna de ellas es relevante para explicar el acoso hacia las mujeres, mientras que para los hombres tener educación superior es significativa y con un impacto negativo y similar al encontrado para la totalidad de la muestra. Entre las características del trabajo, trabajar en el sector de servicios sociales es la única variable significativa para explicar la probabilidad de acoso entre las mujeres; mientras que para los hombres todas las variables referidas a las características del trabajo son significativas.

Si analizamos las variables relativas a las condiciones de trabajo, merece la pena señalar que la calidad del puesto de trabajo (buenas condiciones físicas) y trabajar en la Comunidad de Madrid no son significativas para explicar la probabilidad de estar acosado para los hombres; sin embargo, dichas variables son las más significativas para explicar el *mobbing* en las mujeres. Para una mujer, la probabilidad de sufrir acoso aumenta 6.54 puntos porcentuales por el hecho de vivir en la Comunidad de Madrid. Además, tener un horario flexible y un salario variable son variables significativas para las mujeres, pero no tienen ningún efecto en la probabilidad de sufrir acoso en el caso de los hombres.

Por último, hemos analizado si las mujeres continúan sufriendo conductas violentas en el trabajo en mayor medida que los hombres, cuando eliminamos de la definición de acoso las pretensiones sexuales no deseadas. Como esta conducta violenta está más vinculada con las mujeres, queremos estudiar si los acosadores utilizan únicamente las pretensiones sexuales no deseadas cuando la víctima del *mobbing* es una mujer. Para llevar a cabo este análisis hemos eliminado del grupo de víctimas de acoso laboral a aquellos trabajadores que declaran estar expuestos a una única forma de conducta violenta en el lugar de trabajo: pretensiones sexuales no deseadas. De acuerdo a la nueva definición identificamos 246 víctimas de acoso laboral, que corresponde a un 4.72% del total de la muestra. Hemos estimado el mismo modelo *probit* que para la definición inicial de acoso, y encontramos resultados similares, con la excepción de la variable sexo. Esta variable ya no es significativa, indicando que el sexo ya no es relevante para explicar la probabilidad de estar acosado en el lugar de trabajo. Este resultado podría sugerir que las diferencias por sexo que hemos encontrado al tratar de identificar y explicar los determinantes del *mobbing* están vinculadas a conductas sexuales no deseadas. Sin embargo, esta explicación hay que tomarla con cautela ya que hay otros muchos aspectos como la discriminación y/o la segregación del mercado de trabajo que no se han tenido en cuenta.

3.2. Efectos del acoso laboral sobre la salud de los trabajadores

A continuación mostramos los resultados de la estimación conjunta de las ecuaciones [2] y [3] para los dos indicadores de salud usados. Los resultados para la ecuación de acoso laboral [3] son muy parecidos para ambos indicadores. Dado que los factores determinantes del *mobbing* ya han sido analizados en la sección anterior, nos centramos ahora en los resultados relativos a la ecuación de salud.

Los resultados cuando usamos como indicador de salud la percepción de los trabajadores de que el trabajo afecta a la salud (MS1) aparecen en la Tabla 5. La variable de interés, estar acosado, es significativa y tiene un efecto positivo en la probabilidad de que el trabajador perciba que el trabajo afecta a su salud.

Tabla 5
Mala salud (MS1: indicador de percepción) y acoso. Estimaciones probit bivariante

Mala salud (MS1)		Acoso laboral	
Acosado	1.374 (0.209)***		
Características personales		Características personales	
Mujer	0.139 (0.041)***	Educación secundaria	0.121 (0.068)*
Educación secundaria	-0.041 (0.046)	Educación superior	0.238 (0.078)***
Educación superior	0.099 (0.056)*		
Edad	0.013 (0.001)***	Condiciones de trabajo	
Condiciones de trabajo		Formación para el trabajo	-0.343 (0.072)***
Malas condiciones físicas	0.350 (0.051)***	Trabajo en fines de semana	0.298 (0.060)***
Malas condiciones químicas	0.334 (0.046)***	Buenas condiciones físicas	-0.239 (0.058)***
Falta de seguridad	0.296 (0.048)***	Más de 40 horas semanales	0.130 (0.069)*
Accidente	0.569 (0.059)***	Características del trabajo	
Factores organizativos positivos	-0.156 (0.050)***	Comunidad de Madrid	0.420 (0.063)***
Más de 40 horas semanales	0.158 (0.049)***	Banca / Administración Pública	0.191 (0.075)**
Características del trabajo		Servicios sociales	0.398 (0.076)***
Banca / Administración Pública	0.130 (0.052)**	Más de 500 empleados	0.160 (0.089)*
Servicios sociales	-0.017 (0.063)		
Constante	-1.882 (0.096)***	Constante	-1.676 (0.093)***
Número de observaciones: 5452	Log-likelihood: -3859.78		
Test de Wald de significación conjunta: p-valor: 0.000			
Coeficiente de correlación -0.354 (0.097)***			
Test de Wald de exogeneidad ($H_0: \rho = 0$): $\chi^2 = 11.043$, p-valor: 0.0009			

Notas: Errores estándar robustos entre paréntesis

*, **, *** : variables significativas al 10%, 5% y 1% , respectivamente

Fuente: Elaboración propia a partir de VI ENCT (2006).

En cuanto a las características personales, a igualdad de otros factores la probabilidad es mayor para las mujeres. Tener educación superior tiene también un efecto positivo y significativo. Con respecto a las condiciones de trabajo, todas las variables consideradas tienen un efecto significativo en la probabilidad de que el trabajador perciba que el trabajo afecta a su salud. Como es esperable, uno de los factores más relevantes es el hecho de haber sufrido un accidente en los últimos 2 años. En relación con las características del trabajo, encontramos que trabajar en banca o

en la Administración Pública tiene un efecto positivo sobre la probabilidad de tener mala salud, medida por el indicador de percepción.

La potencial endogeneidad del *mobbing* en la ecuación de salud ha motivado la estimación conjunta de ambas ecuaciones. Hemos considerado las siguientes restricciones de exclusión: trabajar en Madrid, durante los fines de semana y para una empresa grande. Estas variables afectan a la probabilidad de sufrir acoso, pero no a la probabilidad de sufrir mala salud en términos del indicador de percepción. Cuando se incluyen en la ecuación de salud, resultan no ser significativas. Por tanto, se han considerado como instrumentos para identificar el efecto del *mobbing* en la salud.

El coeficiente de correlación entre los errores de ambas ecuaciones es negativo, -0.354. El p-valor del test de exogeneidad muestra que la hipótesis de exogeneidad ha de rechazarse a los niveles de significación habituales. Este resultado indica la existencia de un problema de endogeneidad del *mobbing* en la ecuación de salud. Por tanto, la estimación del modelo probit univariante para la ecuación de salud llevaría a resultados inconsistentes. El signo negativo del coeficiente indica que hay factores inobservables que incrementan la probabilidad de estar acosado y a la vez disminuyen la probabilidad de reportar que el trabajo afecta a la salud. Una posible explicación podría relacionarse con el hecho de ser una persona de éxito o atractiva, en un sentido amplio (profesionales de éxito, trabajadores con alta autoestima, etc.). Por un lado, los trabajadores exitosos, atractivos, etc. pueden ser en mayor medida objeto de envidia por parte de terceras personas, entre otras, las que trabajan con ellos. Ello podría llevar a que esos trabajadores sean, con mayor probabilidad, víctimas de acoso. Por otro lado, las personas con alta autoestima, exitosas, tienen típicamente mejor percepción de su salud. Esto podría llevar a que reporten en menor medida que el trabajo afecta a su salud. Existen trabajos en la literatura que apoyan este tipo de argumentos. Véase, por ejemplo, Mulford *et al.* (1998), Hammermesh (2006), Westhues (2005), Shackelford y Larsen (1999). Otra posible explicación tiene que ver con la adaptación. Por un lado, las personas fuertes, con alta autoestima, tienen mayor habilidad para detectar el *mobbing*. Por otro lado, una personalidad fuerte los hace menos sensibles a las consecuencias del *mobbing* sobre la salud.

La Tabla 6 muestra los resultados de la estimación del modelo probit bivariante usando el segundo indicador de mala salud, *MS2*, el basado en la existencia de determinados síntomas. Como se indicó anteriormente, los coeficientes de la ecuación del *mobbing* son muy similares a los de la Tabla 5. Acerca de las estimaciones para la ecuación de salud, encontramos que ser víctima de acoso incrementa significativamente la probabilidad de sufrir síntomas de mala salud.

Tabla 6
Mala salud (MS2: indicador de síntomas) y acoso. Estimaciones probit bivariante

Mala salud (MS2)		Acoso laboral	
Acosado	0.946 (0.308)***		
Características personales		Características personales	
Mujer	0.314 (0.038)***	Educación secundaria	0.131 (0.068)*
Educación secundaria	0.026 (0.043)	Educación superior	0.242 (0.078)***
Educación superior	0.211 (0.052)***	Condiciones de trabajo	
Edad	0.010 (0.001)***	Formación para el trabajo	-0.309 (0.072)***
Condiciones de trabajo		Trabajo en fines de semana	0.297 (0.060)***
Malas condiciones físicas	0.265 (0.049)***	Buenas condiciones físicas	-0.242 (0.061)***
Malas condiciones químicas	0.142 (0.044)***	Más de 40 horas semanales	0.141 (0.068)**
Falta de seguridad	0.299 (0.043)***	Características del trabajo	
Accidente	0.412 (0.057)***	Comunidad de Madrid	0.417 (0.066)***
Factores organizativos positivos	-0.137 (0.045)***	Banca / Administración	0.219 (0.074)***
Más de 40 horas semanales	0.251 (0.046)***	Pública	0.414 (0.075)***
Características del trabajo		Servicios sociales	0.164 (0.090)*
Comunidad de Madrid	-0.314 (0.053)***	Más de 500 empleados	
Banca / Administración Pública	0.163 (0.048)***	Constante	-1.716 (0.094)***
Servicios sociales	-0.065 (0.060)		
Constante	-1.421 (0.089)***		

Número de observaciones: 5450 Log-likelihood: -4480.26

Test de Wald de significación conjunta: p-valor: 0.000

Coefficiente de correlación ρ : -0.142 (0.148)

Test de Wald de exogeneidad ($H_0: \rho = 0$): $\chi^2 = 0.901$, p-value: 0.342

Notas: Errores estándar robustos entre paréntesis

*, **, *** : variables significativas al 10%, 5% y 1% , respectivamente

Fuente: *Elaboración propia a partir de VI ENCT (2006).*

Respecto a las características personales, ser mujer implica, a igualdad de otros factores, una mayor probabilidad de sufrir mala salud. También se incrementa esta probabilidad con la edad y el nivel educativo. En lo relativo a las condiciones de trabajo, encontramos de nuevo, y como es esperable, que estar expuesto a malas condiciones físicas o químicas aumenta la probabilidad de sufrir síntomas de mala salud. Lo mismo ocurre si el lugar de trabajo es

poco seguro, si el trabajador ha sufrido un accidente en los últimos 2 años, o si trabaja más de 40 horas semanales. Por el contrario, tener factores organizativos favorables (carga de trabajo adecuada y cierta autonomía) disminuye la probabilidad de mala salud. Estos resultados están en línea con los encontrados cuando el indicador de mala salud se basa en la percepción. Con respecto a las características del trabajo, los resultados muestran, al igual que vimos en la Tabla 5, que trabajar en banca o en la Administración Pública incrementan la probabilidad de sufrir mala salud. Sin embargo, la Tabla 6 muestra que trabajar en Madrid reduce significativamente dicha probabilidad. Este efecto regional no era significativo en la ecuación de salud basada en el indicador de percepción. En nuestra opinión, éste es un resultado interesante, puesto que trabajar en Madrid aparece como un factor que contribuye de forma positiva a ser víctima de acoso laboral, pero de forma negativa a sufrir síntomas de mala salud.

Para identificar el efecto del *mobbing* en la salud, consideramos como restricciones de exclusión trabajar durante los fines de semana y para una empresa grande. Estas variables no son significativas cuando se incluyen en la ecuación de salud. Es interesante destacar que el coeficiente de correlación entre los errores de las ecuaciones de la salud y el *mobbing* no es significativamente distinto de cero (p-valor 0.342 en el test de exogeneidad). No podemos, por tanto, rechazar la hipótesis de exogeneidad, lo que indica que el efecto del acoso laboral en la salud puede estimarse de forma consistente mediante un modelo probit univariante para la salud.

Rechazar la hipótesis de exogeneidad cuando usamos el indicador basado en percepción y no hacerlo cuando el indicador se basa en los síntomas, es, en nuestra opinión, un resultado esperable. La razón es que el primer indicador se relaciona directamente con aspectos del trabajo, cosa que no ocurre con el segundo indicador. Cuando consideramos la presencia de síntomas de mala salud, el trabajador es preguntado acerca de dichos síntomas, pero la pregunta no se relaciona con el trabajo, es decir, el trabajador puede sufrir mala salud debido al trabajo, pero también a muchas otras causas. Mientras que el indicador basado en la percepción contiene información del par salud-trabajo, en el indicador basado en síntomas, la información se refiere sólo a la salud. Esto puede explicar por qué puede haber endogeneidad entre *mobbing* y salud usando un indicador, pero no el otro.

Sobre la base de los resultados del test de exogeneidad mostrados en la Tabla 6, hemos estimado la ecuación de salud mediante un modelo probit univariante. Los resultados se muestran en la Tabla 7. Como puede observarse, los resultados principales en términos del efecto cualitativo y la significatividad de todas las variables explicativas son similares a los mostrados en el panel izquierdo de la Tabla 6.

Tabla 7
Mala salud (MS2: indicador de síntomas). Estimaciones probit univariante

Acosado	0.669 (0.074)***
---------	------------------

Características personales

Mujer	0.305 (0.038)***
Educación secundaria	0.027 (0.042)
Educación superior	0.221 (0.051)***
Edad	0.009 (0.001)***

Condiciones de trabajo

Malas condiciones físicas	0.269 (0.048)***
Malas condiciones químicas	0.159 (0.043)***
Falta de seguridad	0.290 (0.042)***
Accidente	0.419 (0.056)***
Factores organizativos positivos	-0.141 (0.043)***
Más de 40 horas semanales	0.259 (0.044)***

Características del trabajo

Comunidad de Madrid	-0.290 (0.049)***
Banca / Administración Pública	0.160 (0.047)***
Servicios sociales	-0.031 (0.056)

Constante	-1.399 (0.087)***
-----------	-------------------

Número de observaciones: 5679

Log-likelihood: -3429.38

Notas: Errores estándar robustos entre paréntesis

*, **, *** : variables significativas al 10%, 5% y 1% , respectivamente

Fuente: Elaboración propia a partir de VI ENCT (2006).

Las tablas anteriores muestran los coeficientes estimados. En la Tabla 8 ofrecemos el efecto parcial en la salud de nuestra variable de interés, ser víctima de acoso. Cuando usamos el indicador basado en la percepción, mostramos el efecto bajo ambas hipótesis: exogeneidad y endogeneidad. Cuando el indicador usado es el basado en los síntomas, sólo mostramos los resultados bajo exogeneidad, puesto que dicha hipótesis no fue rechazada.

Tabla 8 Efecto estimado del <i>mobbing</i> en la salud		
Indicadores de mala salud	Bajo exogeneidad	Bajo endogeneidad
1. Percepción	0.240 (0.029) ^{***}	0.501 (0.072) ^{***}
2. Síntomas	0.260 (0.028) ^{***}	

Notas: Errores estándar robustos entre paréntesis

*, **, *** : variables significativas al 10%, 5% y 1% , respectivamente

Fuente: *Elaboración propia a partir de VI ENCT (2006).*

Cuando consideramos el *mobbing* como regresor exógeno, encontramos que ser víctima de acoso supone un incremento en la probabilidad de afirmar que el trabajo afecta a la salud de unos 24 puntos porcentuales. Sin embargo, tener en cuenta la endogeneidad del *mobbing* y corregirla lleva a un efecto estimado de 50 puntos porcentuales. Por tanto, no tener en cuenta la endogeneidad induce un sesgo a la baja muy notable, quedando el efecto del *mobbing* claramente infraestimado. Si nos centramos en la probabilidad de sufrir síntomas de mala salud, los resultados muestran que ser víctima de acoso incrementa dicha probabilidad en 26 puntos porcentuales.

4.

Conclusiones y líneas de investigación futura

En este trabajo hemos analizado el problema del acoso laboral en España. En primer lugar, mostramos que alrededor del 5% de los trabajadores sufrieron acoso laboral durante 2003, existiendo diferencias significativas por Comunidades Autónomas, sectores y tamaño de las empresas. Las tasas de acoso mayores se concentran en la Comunidad de Madrid, en el sector servicios y en las empresas con más de 500 trabajadores. Además, las condiciones de trabajo y

las características del trabajo son más relevantes que las características personales para explicar la probabilidad de sufrir *mobbing*. Concretamente, trabajar en el sector servicios, en una empresa con más de 500 trabajadores, percibir un salario variable, trabajar más de 40 horas semanales y vivir en Madrid son factores que tienen un impacto positivo en la probabilidad de sufrir acoso laboral. Por otro lado, haber recibido formación específica por parte de la empresa y tener un horario flexible reducen dicha probabilidad. Por último, nuestro análisis muestra que las mujeres tienen una probabilidad mayor de sufrir acoso y las variables que explican esta probabilidad son distintas dependiendo del sexo de la víctima de *mobbing*.

En segundo lugar, para estudiar el impacto del acoso laboral sobre la salud de los trabajadores, definimos dos indicadores de la mala salud de los trabajadores: la percepción del trabajador de que el trabajo afecta a su salud, y el hecho de padecer determinados síntomas de mala salud. Teniendo en cuenta que el *mobbing* puede ser una variable endógena en la ecuación de salud, hemos considerado un modelo probit bivalente que estima conjuntamente las ecuaciones de acoso y salud. Los resultados sugieren que sufrir acoso laboral aumenta de manera significativa tanto la probabilidad de percibir que el trabajo afecta a la salud, como la probabilidad de padecer síntomas de mala salud. Cuando utilizamos como indicador de mala salud la percepción del trabajador de que el trabajo afecta a su salud, mostramos evidencia de la endogeneidad del acoso laboral, y si estimamos su efecto sobre la salud teniéndola en cuenta, obtenemos que ser víctima de acoso laboral aumenta la probabilidad de percibir que el trabajo afecta a la salud en 50 puntos porcentuales. Cuando consideramos como indicador de salud la presencia de síntomas de mala salud no podemos rechazar el supuesto de exogeneidad y, en este caso, sufrir *mobbing* aumenta la probabilidad de padecer síntomas de mala salud en 26 puntos porcentuales.

Este trabajo constituye un primer paso para abordar la complejidad que conlleva la estimación del coste económico del acoso laboral en términos de pérdida de salud. Además de estudiar el efecto del acoso sobre la salud de los trabajadores a partir de los dos indicadores de salud mencionados anteriormente, consideramos que hay otros aspectos que deben tenerse en cuenta: consumo de medicamentos, visitas al médico, bajas laborales, etc. Nuestra línea de investigación futura trata de analizar el impacto del acoso laboral en la salud de los trabajadores en el sentido más amplio posible, como paso previo para cuantificar el coste económico del acoso laboral en términos de pérdida de salud de los trabajadores que lo sufren.

Referencias

Agervold, M. y Mikkelsen, E. (2004), “Relationships between bullying, psychosocial work environment and individual stress reactions”, *Work & Stress* Vol. 18, pp. 336 -351.

Carnero, M.A., Martínez, B. y Sánchez-Mangas, R. (2010), “Mobbing and its determinants: the case of Spain”, *Applied Economics*, Vol.42 No 29, pp. 3777-3787.

Carnero, M.A., Martínez, B. y Sánchez-Mangas, R. (2012), “Mobbing and workers’ health: empirical analysis for Spain”, *International Journal of Manpower*, Vol.33 No 3, pp. 322-339.

Carrasco (2001), “Binary choice with binary endogenous regressors in panel data: estimating the effect of fertility on female labour participation”, *Journal of Business and Economic Statistics*, Vol. 19, pp. 355-395.

Contoyannis, P. y Rice, N. (2001), “The impact of health on wages: evidence from the British Household Panel Survey”, *Empirical Economics*, Vol. 26, pp. 599-622.

Cowie, H., Jennifer, D., Neto, C., Angulo, J.C., Pereira, B., Del Barrio, C. y Ananiadou, K. (2000), “Comparing the nature of workplace bullying in two European countries: Portugal and UK”, in Sheehan, M. , Ramsay, S. and Patrick, J. (Eds) *Transcending Boundaries: Integrating people, Processes and Systems*, Conference Proceedings, Brisbane, Queensland.

De la Rica, S. y Ferrero, D. (2003), “The effect of fertility on labor force participation: the Spanish evidence”, *Spanish Economic Review* Vol. 5, pp. 153-172

Hamermesh, D. (2006), “Changing looks and changing discrimination: the beauty of economists”, *Economics Letters*, Vol. 93, pp. 405-412.

Haveman, R., Wolfe, B., Kreider, B. y Stone, M. (1994), “Market work, wages and men’s health”, *Journal of Health Economics* Vol. 13, pp. 166-182.

Hirigoyen, M.F (2001), *El Acoso Moral en el Trabajo. Distinguir lo Verdadero de lo Falso*, Ed. Paidós, Barcelona.

Hoel, H., Faragher, B. y Cooper, C.L. (2004), "Bullying is detrimental to health, but all bullying behaviours are not necessarily equally damaging", *British Journal of Guidance & Counselling* Vol. 32, pp. 367-387.

Hubert, A.B., Furda, J. y Steensma, H. (2001), "Mobbing: Systematic harassment in organizations", *Gedrage Organisatie*, Vol. 14, pp. 378-396.

Jäckle, R. y Himmler, O. (2010), "Health and Wages. Panel Data Estimates Considering Selection and Endogeneity", *Journal of Human Resources*, Vol. 45 No 2, pp. 364-406.

Josipovic-Jelic, Z., Stoini, E. y Celic-Bunikic S. (2005), "The effect of mobbing on medical staff performance", *Acta Clin Croat*, Vol. 44, pp. 347-352.

Leymann, H. (1996). *Mobbing. La persecution au travail*, Ed Seuil, París.

Meseguer, M., Soler, M.I., Sáez, M.C. y García, M. (2008), "Workplace mobbing and effects on workers' health", *The Spanish Journal of Psychology*, Vol. 11, pp. 219-227.

Mulford, M., Shatto, C. y Stockard, J. (1998), "Physical attractiveness, opportunity and success in everyday exchange", *American Journal of Sociology*, Vol. 103, pp. 1565-1592.

Pastrana, J. I. (2002), "¿Cuánto cuesta el mobbing en España? *Lan Harremanak*. Vol. 7, 171-181.

Piñuel y Zabala, I. y Oñate, A. (2002), "La incidencia del mobbing o acoso psicológico en el trabajo en España: resultados del barómetro Cisneros sobre violencia en el entorno laboral", *Lan Harremanak*, Vol. 7, pp. 35-62.

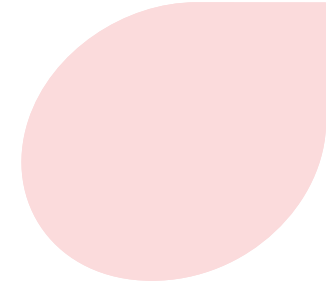
Rivers, D. y Vuong, Q.H. (1998), "Limited information estimators and exogeneity tests for simultaneous probit models", *Journal of Econometrics*, Vol. 39, pp. 347-366.

Shackelfor, T.K. y Larsen, R.J. (1999), "Facial attractiveness and physical health", *Evolution and Human Behaviour*, Vol. 20, pp. 71-76.

Vega, G. y Comer, D. (2005), "Sticks and Stones may break your bones but words can break your spirit: Bullying in the workplace", *Journal of Business Ethics*, Vol. 58, pp. 101-109.

Westhues, K. (2005), *The envy of excellence: administrative mobbing of highachieving professors*, Edwin Mellen Press.





Visión de conjunto



Esta última sección persigue los siguientes objetivos:

- Relacionar las diferentes metodologías adoptadas por los distintos grupos de investigación cuyas contribuciones han sido presentadas en este Taller.
- Recopilar las principales evidencias sobre costes derivados de la falta de atención a los riesgos psicosociales en el trabajo que se derivan de los estudios compilados.
- Destacar las líneas de investigación que tales estudios plantean para su desarrollo futuro.
- Indicar las conclusiones que, desde una perspectiva general, conlleva todo el trabajo recogido en este libro.

1.

Metodologías

Básicamente, en estos trabajos se han adoptado tres metodologías para el tratamiento de la información disponible, de cara a lograr evidencias sobre la magnitud de los costes asociados a los riesgos psicosociales en el trabajo:

- **Metodología epidemiológica.** Es la empleada por el estudio de las enfermedades mentales derivadas del trabajo y sus costes asociados en España, elaborado por el grupo investigador de la Universidad de Alcalá. Este método está basada en la obtención de riesgos relativos y fracciones atribuibles al trabajo, como paso previo para la asignación de coste a tales enfermedades.
- **Estudio de casos.** Mediante el análisis de decisiones judiciales en casos situacionales reales, el grupo Marcos Abogados logra abordar lo relativo a los costes asociados a los procedimientos judiciales motivados por la presencia de riesgos psicosociales en el trabajo.

- **Metodología econométrica.** Los trabajos centrados en la incidencia y repercusiones del estrés (Universidad de Málaga) y del acoso laboral (Universidad de Alicante-Complutense-Autónoma de Madrid) coinciden en la aplicación de técnicas econométricas inferenciales a los datos proporcionados por encuestas representativas de la población asalariada española.

Cada una de estas metodologías cuenta con ventajas y enfrenta limitaciones, muchas de éstas últimas derivadas de la insuficiente información con la que se parte para su aplicación. La elección de una u otra necesariamente ha de depender del objetivo perseguido y del tipo de datos disponibles para la investigación (datos poblacionales o muestras). En cualquier caso, la precisión de las estimaciones aportadas será tanto mayor cuanto mayor sea la cantidad y calidad de la información disponible.

2.

Principales evidencias

Los siguientes cuadros recogen las principales evidencias científicas que se desprenden de las contribuciones recogidas en esta publicación. Vistas en su conjunto, ponen de manifiesto la magnitud del problema que supone la existencia de entornos laborales con presencia de riesgos psicosociales.

Cuadro 1

Evidencias sobre el coste de las enfermedades mentales

- El gasto sanitario directo de los trastornos mentales y del comportamiento atribuibles al trabajo en España en 2010, oscila entre 150 y 372 millones de euros.
- Las pérdidas laborales en 2010 ocasionadas por muertes prematuras que podrían ser atribuida al trabajo oscila entre 63,9 y 78,9 millones de euros en 2010.
- El coste del número de días de baja laboral temporal por enfermedades mentales atribuibles al medio laboral asciende a 170,96 millones de euros en 2010.

Cuadro 2

Evidencias sobre los costes asociados a los procedimientos judiciales en materia de riesgos psicosociales

- La negativa por parte del empresario de utilizar la vía del diálogo o la mediación conlleva que la vía jurisdiccional en materia de riesgos psicosociales sea fuertemente recurrente.
- Un único riesgo psicosocial provoca siempre el inicio de un abanico de procedimientos (de determinación de contingencia, de recargo de prestaciones, de tutela de derechos fundamentales, de despido, de oficio, de sanción, de reclamación de daños y perjuicios).
- Como consecuencia de la estructuración interna de la Administración de Justicia y de la falta de coordinación de los distintos órganos intervinientes en cada procedimiento, el número de datos con los que se cuenta para calcular costes judiciales asociados a los riesgos psicosociales es ínfimo.
- A partir del estudio de casos se concluye que el cambio a contingencia profesional supone un importante ahorro para el Sistema Nacional de la Seguridad Social en términos de prestaciones por incapacidad (temporal o permanente) y de asistencia sanitaria, en detrimento de las Mutuas.

Además, las empresas denunciadas se enfrentan a importantes recargos de prestaciones y a la reparación de los daños y perjuicios ocasionados a sus empleados.

Cuadro 3

Evidencias sobre el coste del estrés laboral

- Tanto las características sociodemográficas como las características del empleo influyen en el nivel de estrés declarado por el trabajador. Ello permite aumentar el énfasis en el rediseño del trabajo en general como estrategia de intervención primaria contra el estrés.
- La evaluación de costes sanitarios directos, derivados de las visitas al médico general, especialista y urgencias, imputables al estrés laboral, ascienden a 455,2 millones de euros en 2006.
- Por lo que respecta a la medición de costes indirectos derivados de la pérdida de jornadas laborales, los resultados muestran que las ausencias del trabajo imputables al estrés laboral representan casi la mitad del total de días ausentes. En términos económicos, su coste evoluciona de manera creciente desde los 623,3 millones de euros en 1999 hasta los 940,7 millones en 2004.

Cuadro 4

Evidencias sobre el efecto del acoso laboral

- En 2003, el problema del acoso laboral afectaba al 5% de los trabajadores españoles. Los factores relevantes que influyen en la probabilidad de sufrir *mobbing* están más relacionados con las condiciones y las características del trabajo que con las características personales.
- Con datos de 2006 se comprueba que sufrir acoso laboral aumenta de manera significativa tanto la probabilidad de percibir que el trabajo afecta a su salud, como la probabilidad de padecer síntomas de mala salud.

3.

Líneas futuras de investigación

En lo que respecta a las futuras líneas de investigación sobre los costes derivados de la no prevención de riesgos psicosociales, pensamos que las indicadas por los grupos colaboradores con este Taller pueden ayudar a completar el panorama hasta ahora descrito. Su desarrollo contribuiría a evidenciar aún más la magnitud global del problema, tanto desde la óptica del trabajador, como de la empresa y de la sociedad, en general. Son las siguientes:

- **Sobre los costes asociados a los procedimientos judiciales en materia de riesgos psicosociales**

El estudio recogido en esta publicación sobre esta cuestión se contempla como el embrión de un proyecto interdisciplinar y fundamentalmente metodológico en el que trabajarían conjuntamente expertos en Derecho del Trabajo y Economía. Los primeros serían los encargados de identificar las fuentes de información individualizada sobre costes judiciales. A partir de estos datos, los economistas realizarían sus estimaciones de costes de manera apropiada, utilizando los métodos de valoración propios de su ciencia.

En la actualidad, la información sobre los costes asociados a los riesgos psicosociales dentro del procedimiento judicial resulta escasa, confusa y poco rigurosa, de tal manera que ni siquiera existe un cómputo aproximado de los procedimientos que se tramitan en las distintas jurisdicciones en esta materia. Ante esto, los autores realizan dos propuestas de mejora para obtener datos fiables que permitan conocer la cuantía de tales costes. A saber:

- La primera propuesta pasa por la creación de una clave específica para los riesgos psicosociales en cada una de las posibles fuentes de información, lo que permitiría la identificación y seguimiento de los procesos.

- La segunda, informar al órgano iniciador de cada procedimiento del resultado final de sus actuaciones, lo que impulsaría la reflexión e incentivaría la actuación.

- **Sobre el impacto económico del estrés laboral**

Se plantea dedicar esfuerzos a dos áreas de análisis. Ambas propuestas coinciden en el uso de técnicas econométricas como auxilio para la valoración económica de los costes. Son las siguientes:

- **Aplicación del enfoque cuasi-experimental** (*propensity score matching*) a la valoración del **efecto del estrés sobre la utilización de servicios sanitarios** (médico general, médico especialista y urgencias). Este método estima los efectos de la exposición utilizando la información de un grupo de individuos del grupo control (no estresados), pero que tienen características observables similares a los del grupo de tratamiento (estresados), con objeto de identificar lo que les habría ocurrido a las unidades participantes en ausencia de la exposición. Supone una alternativa a los enfoques tradicionales basados exclusivamente en la estimación de modelos de regresión. Su aplicación puede contribuir a obtener estimaciones más precisas sobre el coste sanitario directo derivado del estrés laboral. Para las estimaciones se utilizará como fuente informativa la Encuesta Nacional de Salud (ENS 2011/2012).

- **Aplicación del novedoso Enfoque de la Satisfacción con la Vida** para estimar el valor monetario de los **efectos del estrés laboral sobre el bienestar de la población trabajadora**. Este enfoque supone una alternativa a las tradicionales metodologías de valoración basadas en las preferencias reveladas y preferencias declaradas. Ha sido utilizado para valorar las preferencias de los individuos por bienes o males públicos y externalidades positivas y negativas, para la estimación de los equivalentes de renta de las diferentes características de los empleos y, más recientemente, para estimar el valor monetario de una enfermedad en función de su afectación al bienestar subjetivo. Como fuente de información, se propone utilizar la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (ECVT 2006-2010).

- **Sobre el acoso laboral**

Los trabajos desarrollados hasta el momento sobre esta cuestión constituyen un primer paso para abordar la complejidad que conlleva la estimación del coste económico del acoso laboral en términos de pérdida de salud. Se propone:

- Estudiar el efecto del mobbing sobre otros aspectos relacionados, como el consumo de medicamentos, las visitas al médico, las bajas laborales, etc. Se trataría, por tanto, de analizar el **impacto del acoso laboral en la salud de los trabajadores en el sentido más amplio posible**, como paso previo para cuantificar su coste económico en términos de pérdida de salud de los trabajadores que lo sufren.

4.

Conclusiones finales

La situación actual es difícil para dedicar recursos a la prevención de riesgos laborales en general, y psicosociales en particular, pero la reforma laboral y los recortes de políticas sociales están generando una percepción de inseguridad en los centros de trabajo.

El sentido común señala que la falta de atención a los riesgos psicosociales necesariamente genera un impacto negativo sobre las propias empresas, sobre los trabajadores y sobre la sociedad en su conjunto. Sin embargo, resulta difícil convencer a los empresarios y a la Administración de que la prevención de estos riesgos resulta rentable.

Un método eficaz para lograrlo puede ser el adoptado por UGT-CEC a través de su Observatorio de Riesgos Psicosociales y en colaboración con distintas universidades españolas, esto es, efectuar estimaciones económicas y presentar un panorama completo y realista de los costes totales que generan la presencia de estos riesgos, así como de los beneficios obtenidos con su prevención eficiente. Puede ser una herramienta para provocar la reacción de los empresarios, concienciándolos de que la inversión en prevención va a ser menor que los costes que van a soportar por tener a trabajadores sometidos a todos estos problemas.

Las evidencias científicas recogidas en esta publicación señalan que los costes que se derivan de no efectuar una prevención eficiente de los riesgos psicosociales son de gran magnitud. Tal carga se distribuiría de la siguiente manera:

- Las empresas asumen, entre otros, los costes derivados de la pérdida de jornadas de trabajo y de los posibles procedimientos judiciales con sentencia condenatoria en los que participen como parte acusada.
- La sociedad en su conjunto, todos los ciudadanos, soporta los costes derivados de la atención sanitaria a los trabajadores afectados, la carga que suponen las prestaciones por incapacidad transitoria o permanente como consecuencia de la declaración de las contingencias como comunes y la pérdida de productividad laboral que genera tales incapacidades. A esto habría que unir la valoración económica de los recursos empleados por la Administración de Justicia en los litigios en materia de riesgos psicosociales.
- Las Mutuas, en caso de producirse el cambio de la contingencia a profesional por sentencia judicial, deben devolver a las arcas públicas el coste de la atención sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud al trabajador y las prestaciones por incapacidad temporal o permanente indebidamente satisfechas por la Seguridad Social.
- Los trabajadores afectados sufren una merma considerable en su estado de salud y, en general, en su bienestar.

Como consecuencia del elevado número de dimensiones a las que afecta la presencia de riesgos psicosociales, el análisis de los costes asociados debe ser necesariamente multidisciplinar. Requiere aunar voluntades de especialistas en el campo de la Psicología, la Medicina del Trabajo, el Derecho pero, especialmente, de las contribuciones de la Gestión, la Organización de Empresas y la Economía.

Sin duda, existe mucho terreno por recorrer. Algunos hechos ponen piedras en el camino:

- Los altos índices de infradeclaración de los problemas mentales, junto con el hecho de que con demasiada frecuencia son considerados como enfermedad común y no provocados por el trabajo, provocan un falseamiento de las estadísticas. En este sentido, la OIT en 2010 ha elaborado una nueva lista de enfermedades derivadas del trabajo entre las que incluye las enfermedades mentales, pero las autoridades españolas todavía no han secundado la decisión de renovar dicha lista.
- Las encuestas existentes en el panorama estadístico español (ECVT, ENCT, ENS) resultan adecuadas para describir las condiciones de trabajo, calidad de vida de los trabajadores y el estado de salud de la población, pero resultan insuficientes para realizar una evaluación monetaria de los costes asociados a los riesgos psicosociales, puesto que no están diseñadas para tal fin. Además, como hemos visto, la información sobre procedimientos judiciales es escasa y fragmentada lo que imposibilita alcanzar una visión de conjunto del problema.

También somos conscientes de que es necesario dar un paso más, hacia la evaluación de los costes a nivel empresarial. Las cifras agregadas pueden ser difíciles de interpretar dentro del contexto empresarial. En este punto, la Administración y las organizaciones sindicales podrían jugar un papel de asesoramiento, ya que pueden ofrecer a cada empresa o sector los instrumentos o herramientas que les permitan realizar una evaluación propia de los costes que provoca la presencia de entornos laborales estresantes, teniendo en cuenta sus peculiares características, objetivos y dinámicas. De esta manera, se podría conseguir que la motivación por prevenir fuese interna a la empresa y no externa a través de sistemas de premio y castigo (*bonus-malus*). Ello contribuiría a lograr el objetivo último deseado, esto es, una prevención más eficiente de los riesgos psicosociales en el trabajo.

GUÍA

Costes Socio-Económicos de los Riesgos Psicosociales

**Balance de situación actual y propuestas metodológicas
para avanzar en su medición o cálculo**

Coordinación

**Carlos Gamero Burón
M^ª Luz González Álvarez**

Universidad de Málaga



**Secretaría de Salud Laboral
UGT-CEC**



observatorio
de riesgos psicosociales
UGT

Con la Financiación de: DI-0010/2012



**FUNDACIÓN
PARA LA
PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES**

