



**Enfermedades Mentales  
derivadas del trabajo en  
España y su coste sanitario directo  
en 2010**



**observatorio**  
de riesgos psicosociales  
**UGT**







Este trabajo ha sido realizado para UGT-CEC por la Universidad de Alcalá.

EDITA  
Secretaría de Salud Laboral de la UGT-CEC

IMPRIME  
Blanca Impresores S.L.  
95 319 11 02

Depósito Legal: J-2.500-2011  
ISBN-13: 978-84-695-0816-9



# ENFERMEDADES MENTALES DERIVADAS DEL TRABAJO EN ESPAÑA Y SU COSTE SANITARIO DIRECTO EN 2010

RESPONSABLE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

**Gregorio Rodríguez Cabrero**

*Cátedra de Análisis de Políticas Sanitarias  
Universidad de Alcalá de Henares*

COORDINACIÓN DEL ESTUDIO:

**Montserrat García Gómez**

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

AUTORIA:

**Montserrat García Gómez**

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

**Rosario Castañeda López**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.*

**Rosa Urbanos Garrido**

*Doctora en Economía y Máster en Análisis Económico.  
Profesora titular de Economía Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid*

**Omar de la Cruz Vicente**

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

**Patricia López Mendiña**

*Especialista en Medicina del Trabajo*

### **Agradecimientos**

*A la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales Fraternidad Muprespa, por habernos facilitado los datos agregados de incapacidad temporal por causa común necesarios para realizar las estimaciones de riesgos atribuibles al trabajo de los trastornos mentales y del comportamiento.*

### **Uso del masculino en referencia a personas de ambos sexos**

*La utilización en este escrito del masculino plural cuando nos refiramos a mujeres y hombres en el trabajo como colectivo no tiene intención discriminatoria alguna, sino la aplicación de la ley lingüística de la economía expresiva, para facilitar la lectura con el menor esfuerzo posible, dada la abundancia de datos, refiriéndonos explícitamente a trabajadoras y trabajadores cuando la comparación entre sexos sea relevante en el contexto.*





*Las diferencias en el estado de salud y la esperanza de vida que existen entre los ciudadanos de distintos países, o incluso de un mismo país, son consecuencia del entorno social en el que nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen. Y entre los factores sociales, el trabajo es uno de los más influyentes en la salud de las personas.*

**Closing the gap in a generation, OMS, 2008.**

*If the major determinants of health are social, so must be the remedies.*

**Michael Marmot, 2005.**

*Luchamos por las llamadas causas perdidas más por nuestro compromiso con ellas que por la certeza que tengamos de éxito de nuestros esfuerzos. Somos conscientes de que nuestro fracaso de hoy será la base del triunfo de otros mañana.*

**T.S. Eliot.**



<b>1. Introducción</b> .....	<b>15</b>
1.1. El cambiante mundo del trabajo .....	18
1.2. Crisis y salud mental .....	19
1.3 La desigual distribución de los factores de riesgo psicosociales .....	21
1.3.1. Situación socioeconómica .....	21
1.3.2. En el trabajo .....	21
Edad	
Sector de actividad y ocupación	
Diferencias entre países	
1.4. Los trastornos mentales en la carga global de enfermedad .....	27
1.5. La carga económica de los trastornos mentales .....	31
<b>2. Objetivos</b> .....	<b>35</b>
2.1. Objetivo general .....	35
2.2. Objetivos específicos .....	35

## PRIMERA PARTE

### **3. Estudio de la incapacidad temporal por enfermedad común debida a trastornos mentales y del comportamiento en 2010**

3.1. La incapacidad temporal por causa común .....	39
3.2. Metodología de análisis .....	41
3.2.1. Población de estudio .....	41
3.2.2. Variables estudiadas .....	41
Del trabajador	
Edad	
Categoría profesional	
Tipo de contrato	
De la empresa	
De la enfermedad	
3.2.3. Análisis de los datos .....	44
Evolución temporal	
Distribución geográfica	

3.3. Resultados .....	45
3.3.1. Descripción de la población .....	45
3.3.2. Comparación de nuestra población con la afiliada a nivel nacional.....	48
3.3.3. Estudio descriptivo de los episodios que causaron baja en el 2010 .....	52
3.3.4. Análisis de los episodios debidos a trastornos mentales.....	71

## **SEGUNDA PARTE**

### **4. Costes sanitarios directos de los trastornos mentales atribuibles al trabajo en España en 2010**

4.1. Estimación de la carga de enfermedad atribuible al trabajo.....	101
4.1.1. Enfoques para la estimación de la carga de enfermedades del trabajo.....	102
4.1.2. Estimaciones existentes de la carga de enfermedad debida a la actividad laboral.....	103
4.1.3. Situación en España .....	107
4.2. Carga de enfermedad mental atribuible al trabajo en España en 2010...	109
4.2.1. Metodología de medición .....	109
Cálculo de las fracciones atribuibles Bases de datos sanitarias Variables estudiadas	
4.2.2. Resultados .....	120
4.3. Costes sanitarios directos de los trastornos mentales en España en 2010	123
4.3.1. El coste de la enfermedad .....	123
4.3.2. Metodología de medición de costes.....	124
4.3.3. Cálculo de los costes directos.....	126
Variables estudiadas.....	123
4.3.4. Resultados .....	132

<b>5. Conclusiones .....</b>	<b>143</b>
------------------------------	------------

<b>6. Bibliografía .....</b>	<b>149</b>
------------------------------	------------

## Índice de Tablas

### Primera parte

- Tabla 1 Cambios en el trabajo en la Unión Europea y posibles implicaciones .
- Tabla 2 Condiciones de trabajo UE-25 por género.
- Tabla 3 Distribución de condiciones laborales por sector económico (%).
- Tabla 4 Distribución de condiciones laborales por ocupación (%).
- Tabla 5 Condiciones laborales: principales diferencias entre estados “antiguos” y nuevos miembros de la UE.
- Tabla 6 Estimación de los gastos totales de la enfermedad relacionada con el trabajo por trabajador en 2001, Países Bajos.
- Tabla 7 Distribución de la población afiliada a la Seguridad social de nuestro estudio por variables sociolaborales.
- Tabla 8 Distribución porcentual de la población afiliada en España y en nuestro estudio. Diferencias entre ambas.
- Tabla 9 Tasa estandarizada de los episodios de baja laboral por sexo.
- Tabla 10 Distribución de las razones de tasas de prevalencia de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por grupos de edad y sexo.
- Tabla 11 Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por grupo de cotización. Mujeres, Año 2010.
- Tabla 12 Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por grupo de cotización. Hombres, Año 2010.
- Tabla 13 Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por Sección de Actividad. Mujeres, Año 2010.
- Tabla 14 Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por Sección de Actividad. Hombres, Año 2010.
- Tabla 15 Distribución de los episodios de baja médica según Diagnostico medico. Mujeres, Año 2010.
- Tabla 16 Distribución de los episodios de baja médica según Diagnostico medico. Hombres, Año 2010.
- Tabla 17 Duración media en días de Incapacidad Temporal por Grupo de cotización y sexo. Enfermedad Común. Año 2010.
- Tabla 18 Duración media en días de Incapacidad Temporal por Actividad Económica y sexo. Enfermedad Común. Año 2010.
- Tabla 19 Tasa estandarizada de los episodios de baja laboral debido a enfermedad mental por sexo. Año 2010.
- Tabla 20 Razón de las tasas de prevalencia de enfermedad mental por grupos de edad. Año 2010.
- Tabla 21 Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por grupo de cotización. Mujeres, Año 2010.

- Tabla 22 Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por grupo de cotización. Hombres, Año 2010
- Tabla 23 Distribución de las razones de tasas de prevalencia estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por grupo de cotización. Año 2010.
- Tabla 24 Distribución de las razones de tasas de prevalencia estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por grupo de cotización, tomando como referencia Ingenieros y Licenciados. Mujeres, Año 2010.
- Tabla 25 Distribución de las razones de tasas de prevalencia estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por grupo de cotización, tomando como referencia Ingenieros y Licenciados. Hombres, Año 2010
- Tabla 26 Distribución de la prevalencia de episodios de baja por Trastornos mentales por Sección de actividad. Mujeres, Año 2010.
- Tabla 27 Distribución de la prevalencia de episodios de baja por Trastornos mentales por Sección de actividad. Hombres, Año 2010.
- Tabla 28 Duración media en días de Incapacidad Temporal por Sección de actividad y sexo. Trastornos mentales. Año 2010
- Tabla 29 Duración media y Duración de la baja al alta por Trastornos mentales y sexo. Año 2010.
- Tabla 30 Razón de tasas crudas de los episodios de baja medica por Trastornos mentales en las variables sociolaborales. Mujeres, Año 2010.
- Tabla 31 Razón de tasas cruda de los episodios de baja medica por Trastornos Mentales en las variables sociolaborales. Hombres, Año 2010.
- Tabla 32 Razón de tasas estandarizadas de los episodios de baja medica por Trastornos Mentales en las variables sociolaborales. Mujeres, Año 2010.
- Tabla 33 Razón de tasas estandarizadas de los episodios de baja medica por Trastornos Mentales en las variables sociolaborales. Hombres, Año 2010.

## Segunda parte

- Tabla 1 Fracciones atribuibles por rama de actividad económica y sexo para los principales trastornos mentales y del comportamiento derivados del trabajo. España, 2010.
- Tabla 2 Matriz de enfermedades, códigos CIE-9, fracciones de enfermedad atribuibles al trabajo (FA), estimadas en varios estudios y edades utilizadas para aplicar las fracciones.
- Tabla 3 Ingresos hospitalarios por trastornos mentales en España en 2010 atribuibles a exposiciones laborales según las estimaciones publicadas.
- Tabla 4 Casos ambulatorios de atención especializada (AAE) por trastornos mentales en España en 2008 atribuibles a exposiciones laborales según las estimaciones publicadas.
- Tabla 5 Distribución del presupuesto 2008 del CatSalut/ICS por categorías CIE-9-MC (miles de euros).

Tabla 6	Costes de los ingresos hospitalarios por trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales (en euros). España 2010.
Tabla 7	Costes debidos a la atención ambulatoria especializada de los trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales (en euros). España, 2010.
Tabla 8	Coste de la atención especializada por trastornos mentales de origen laboral (en euros). España, 2010.
Tabla 9	Gasto sanitario por trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales en España en 2010 (en euros).
Tabla 10	Ingresos hospitalarios, casos en atención ambulatoria especializada y en atención primaria por trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales aplicando las FA calculadas y el modelo propuesto por Goldberg y Huxley. España 2010.
Tabla 11	Gasto sanitario de los trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales calculados en la Tabla 8. España 2010 (en euros).

## Índice de Figuras

### Primera parte

- Figura 1 Población que consume tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, por clase social.
- Figura 2 Población que consume antidepresivos, estimulantes, por clase social.
- Figura 3 Población que padece depresión, ansiedad u otros trastornos mentales, por clase social.
- Figura 4 Distribución de las bajas de incapacidad temporal por enfermedad común por sexo. 2010.
- Figura 5 Distribución de la prevalencia de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por grupos de edad y sexo. 2010.
- Figura 6 Distribución de la prevalencia de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por categoría profesional y sexo. Año 2010.
- Figura 7 Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por sección de actividad. Año 2010.
- Figura 8 Distribución de las tasas de prevalencia por capítulo diagnóstico y sexo. Año 2010.
- Figura 9 Distribución de las tasas que con mayor frecuencia causan baja por Enfermedad común por Sección de actividad y Diagnóstico médico. Mujeres. Año 2010.
- Figura 10 Distribución de las tasas que con mayor frecuencia causan baja por Enfermedad común por Sección de actividad y Diagnóstico médico. Hombres. Año 2010.
- Figura 11 Duración media en días de Incapacidad Temporal por edad y sexo. Enfermedad Común 2010.
- Figura 12 Duración media en días de Incapacidad Temporal por Grupo de cotización y sexo. Enfermedad Común 2010.
- Figura 13 Porcentaje de días perdidos por Enfermedad común por Diagnóstico médico. Mujeres. Año 2010
- Figura 14 Porcentaje de días perdidos por Enfermedad común por Diagnóstico médico. Hombres. Año 2010.
- Figura 15 Porcentaje de días perdidos por Enfermedad común por Diagnóstico médico y Sección de actividad. Mujeres 2010.
- Figura 16 Porcentaje de días perdidos por Enfermedad común por Diagnóstico médico y Sección de actividad. Hombres 2010.
- Figura 17 Distribución de las bajas de incapacidad temporal por enfermedad común por sexo. Año 2010.
- Figura 18 Distribución de la prevalencia de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por grupos de edad y sexo. Año 2010.
- Figura 19 Distribución de la prevalencia de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por categoría profesional y sexo. Año 2010.

- Figura 20 Distribución de las razones de tasas de prevalencia estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por categoría profesional, tomando como referencia Ingenieros y Licenciados. Año 2010.
- Figura 21 Distribución de la prevalencia de episodios de baja por Trastornos mentales por Sección de actividad y sexo. 2010.
- Figura 22 Distribución de la tasa de prevalencia de Incapacidad temporal por Trastornos mentales por sexo. 2010.
- Figura 23 Duración media en días de Incapacidad Temporal por Actividad Económica y sexo. Trastornos mentales. Año 2010.
- Figura 24 Duración de la baja al alta por Trastornos mentales por grupos de edad. Mujeres 2010.
- Figura 25 Duración de la baja al alta por Trastornos mentales por grupos de edad. Hombres 2010.
- Figura 26 Duración de la baja al alta por Trastornos mentales por sección de actividad. Mujeres 2010.
- Figura 27 Duración de la baja al alta por Trastornos mentales por sección de actividad. Hombres 2010.

### **Segunda parte**

- Figura 1 Clasificación de costes derivados de los problemas de salud.
- Figura 2 Modelo de Goldberg y Huxley.



# Introducción

## 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.

15

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. Además, afecta de forma importante a los resultados de las organizaciones. En estudios realizados en Europa y en otros países desarrollados se ha observado que el estrés es un factor en el 50 a 60 por ciento de todos los días laborables perdidos. Tras las enfermedades osteomusculares, la segunda causa de baja laboral, temporal y permanente, la ocupan los trastornos mentales (CE, 2005).

El estrés en el trabajo puede afectar a cualquier persona de cualquier nivel. Puede aparecer en cualquier sector y en una organización de cualquier tamaño. Además, afecta a la salud y la seguridad de las personas, pero también a la salud de las organizaciones y de las economías nacionales. En Europa, es el segundo problema de salud más común en el trabajo y afecta al 22% de los trabajadores de la UE-27, y es probable que aumente el número de personas que sufren dolencias relacionadas con el estrés provocadas o agravadas por el trabajo (EWCS, 2006).

La naturaleza del trabajo está cambiando rápidamente. El mundo laboral actual es irreconocible del de hace sólo unos años, se están produciendo cambios significativos que plantean nuevos desafíos para la seguridad y la salud de los trabajadores.

Para muchas personas, el cambio ofrece excelentes oportunidades para que el trabajo sea más gratificante y satisfactorio, y tener una vida mejor. Para otros es preocupante, y cierra posibilidades en lugar de abrirlas. Todos estos problemas pueden repercutir en los propios centros de trabajo, así como también influyen en la promoción de la salud y el sistema de prevención de riesgos laborales. Afectan tanto al tipo como a la naturaleza de los riesgos presentes en el lugar de trabajo e influyen en cómo los riesgos deben ser gestionados. Por ejemplo, en muchos empleos, las demandas laborales han aumentado, incluyendo una intensificación de la actividad y la necesidad de que los trabajadores sean más flexibles y aprendan rápidamente a llevar a cabo nuevas tareas. Estas condiciones pueden incrementar los problemas de salud mental, unidos a los riesgos tradicionales, que también siguen estando a la orden del día.

## 1.1. El cambiante mundo del trabajo

El mundo del trabajo ha cambiado radicalmente en la organización y la composición, y seguirá cambiando en las próximas décadas. Los Estados miembros de Europa tendrán que hacer frente a estos cambios, que pueden tener un impacto positivo o negativo en la seguridad y la salud. Un panorama de las tendencias en el lugar de trabajo y de las posibles consecuencias se muestra en la Tabla 1. Es evidente que la salud pública y las intervenciones de salud laboral en los problemas de salud mental de los trabajadores serán un reto importante para el futuro si queremos el mantenimiento de una fuerza laboral saludable (García Gómez et al., 2010).

Tabla 1. Cambios en el trabajo en la Unión Europea y posibles implicaciones.

Cambios en los contenidos del trabajo	Cambios en materia de seguridad y salud en el trabajo (SST) / implicaciones
<p><b>Tecnologías de la información y comunicaciones</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Trabajo mental exigente, la carga mental puede ser muy intensa.</li> <li>· Posible aumento del estrés si la interface de usuario y el equipo no es fácil de usar.</li> <li>· Formación en nuevas tareas, muy importantes, pero no siempre disponibles.</li> <li>· Posibilidad de ser supervisado en el ritmo de trabajo por la máquina.</li> <li>· Posible falta de conciencia de los riesgos del trabajo.</li> </ul>
<p><b>Crecimiento del sector servicios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Puede tener menos desarrollados los sistemas de seguridad y salud.</li> <li>· Gran número de PYMES y trabajadores temporales.</li> <li>· Algunas áreas implican atención al cliente, con el posible aumento de riesgos de violencia y estrés.</li> <li>· Más servicios de asistencia prestada en la comunidad con personal sin lugar de trabajo fijo.</li> </ul>
<p><b>Nuevas formas de trabajo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ø estructura organizacional más plana</li> <li>Ø fragmentación e incremento de complejidad</li> <li>Ø organizaciones más básicas</li> <li>Ø trabajo a tiempo parcial</li> <li>Ø trabajadores temporales</li> <li>Ø trabajadores autónomos</li> <li>Ø trabajadores en situación precaria, en general</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Aislamiento social de trabajadores.</li> <li>· Muchos trabajos menos cualificados y monótonos.</li> <li>· Más expuestos a los peligros del trabajo y menos acceso a la formación.</li> <li>· Aumento de la tensión relacionada con el trabajo.</li> <li>· Un aumento en el estrés relacionado con el trabajo también aumenta la mortalidad cardiovascular.</li> <li>· Mayor dificultad en asegurar los servicios de SST, tales como la información o los servicios de salud laboral.</li> <li>· Reducción del control de la dirección, incluido el control de la SST.</li> <li>· Posible falta de claridad en las responsabilidades y toma de decisiones.</li> <li>· Las organizaciones más básicas puede tener menos capacidad para hacer frente a la prevención.</li> </ul>
<p><b>Integración y Globalización</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Posible efecto negativo sobre la capacidad para gestionar las relaciones contractuales.</li> <li>· Posible factor de estrés.</li> <li>· Presiones para adaptar los lugares de trabajo y conjugar eficiencia y calidad.</li> <li>· Posible falta de claridad en las responsabilidades en materia de SST y la toma de decisiones.</li> </ul>
<p><b>Nuevas cualificaciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ø ocupaciones de alta cualificación, incluida la asistencia técnica profesional, y categorías de la administración</li> <li>Ø aumento de la complejidad de las tareas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Posible pérdida de control sobre el trabajo.</li> <li>· Necesidad de formación.</li> <li>· Posibilidad de estrés laboral.</li> <li>· Posible aumento de los problemas de salud mental y cardiovasculares.</li> <li>· Posible confusión sobre las responsabilidades en materia de SST.</li> </ul>

<p><b>Cambio de las estructuras de gestión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ø teletrabajo</li> <li>Ø aumento trabajo de 24 horas</li> <li>Ø aumento de intensidad y ritmo de trabajo</li> <li>Ø funciones variadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Los hogares no diseñados como oficinas.</li> <li>· Posible aislamiento social.</li> <li>· Aumento trabajo a turnos.</li> <li>· Posible aumento de estrés, problemas de salud mental y cardiovascular y la fatiga.</li> <li>· Confusión sobre la responsabilidad en materia de SST.</li> </ul>
<p><b>Aumento de PYMES y micronegocios</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Mayor tasa de accidentes en PYMES.</li> <li>· Falta de estructura de gestión.</li> <li>· Falta de recursos y conciencia en materia de prevención.</li> <li>· Aumento de inspecciones de trabajo.</li> </ul>
<p><b>Cambios en la fuerza de trabajo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ø edad</li> <li>Ø más mujeres en el mundo laboral</li> <li>Ø inmigración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Peligro de generalizar sobre disminución de la capacidad por edad sobre la base de la reducción de la capacidad cognitiva y física. La experiencia no siempre se reconoce.</li> <li>· Problemas particulares de aprendizaje de nuevas habilidades para enfrentar los cambios.</li> <li>· Necesidad especial de formación.</li> <li>· Concentración en empleos con alto riesgo de estrés, problemas cardiovasculares, fatiga, y alto riesgo de violencia.</li> <li>· Posible estrés si las organizaciones no se adaptan a diferentes culturas.</li> <li>· Muchos inmigrantes en los trabajos con peores condiciones laborales.</li> </ul>
<p><b>Crisis financiera mundial</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Aumento de la pobreza y el desempleo.</li> <li>· Pérdida de la autoestima.</li> <li>· Sentimientos de desesperación en las personas más vulnerables.</li> <li>· Hipermedicación y automedicación (ansiolíticos y antidepresivos).</li> <li>· Incremento del consumo de tabaco y alcohol.</li> <li>· Injusticia social y violación de derechos humanos.</li> <li>· Problemas de disponibilidad y accesibilidad a los servicios médicos.</li> </ul>

Fuente: European Agency for Safety and Health at Work. Research on the changing world of work – Implications on occupational safety and health in some Member States of the European Union, 2002, 2006, y elaboración propia.

## 1.2. Crisis y salud mental

No hay datos precisos aún sobre las repercusiones de la actual crisis en la salud porque falta perspectiva, pero la Organización Mundial de la Salud ya ha avisado que la crisis financiera global probablemente causará un aumento en los problemas de salud mental e incluso en los suicidios, dado que a las personas les cuesta lidiar con la pobreza y el desempleo. Cientos de millones de personas en todo el mundo ya se están viendo afectadas por condiciones mentales como la depresión y el desorden bipolar, y el actual descalabro de los mercados podría exacerbar los sentimientos de desesperación entre las personas vulnerables a estas enfermedades.

En nuestro país, a nivel local, tenemos algunos datos. Por ejemplo, la Unitat de Salut Laboral de Barcelona detectó en el 2009 un aumento del 7%, respecto del año anterior, en los problemas de salud mental. En zonas como el Baix Llobregat, de mayor peso industrial, los servicios de salud elevan hasta el 15% o el 20% el aumento de este tipo de enfermedades. Los servicios de atención primaria y los de salud mental no pueden absorber el aumento de demanda, y no pueden crecer en recursos. Las consecuencias son la hipermedicación y la automedicación, especialmente de ansiolíticos y antidepresivos. Otro efecto es el aumento del consumo de tabaco y de alcohol. Los colectivos más vulnerables a la crisis son las personas menos cualificadas y con menor nivel de estudios y las mujeres con trabajos manuales (Artazcoz, 2010).

Algunos expertos consideran que la actual crisis económica mundial comportará algunos de los retos más grandes que se hayan presentado nunca para la salud pública. Enumeran diez: 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 (mayores 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. Como observan estos autores muchos problemas de salud mental graves vendrán derivados de algunas de las consecuencias de la crisis como el paro, la violencia o la falta de vivienda (Levy y Sidel, 2009).



## 1.3. La desigual distribución de los factores de riesgo psicosociales

### 1.3.1. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Durante las últimas dos décadas se ha producido un aumento de la desigualdad de ingresos en muchos países industrializados. Varios estudios sugieren que la distribución relativa de los ingresos dentro de la sociedad es un determinante muy importante para la salud. Los estudios epidemiológicos han demostrado que la pobreza y otras desigualdades sociales están fuertemente asociadas con la enfermedad mental a través de una variedad de mecanismos, incluyendo la mala nutrición, las condiciones de vida antihigiénicas, acceso insuficiente a la atención médica, falta de oportunidades de educación y empleo. La enfermedad mental, a su vez, contribuye a estos resultados, por lo que es 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 será mayor de lo que se ahorra (Jenkins 2001; Muntaner y Benach, 2010).

Un nivel socioeconómico bajo es uno de los principales factores de riesgo para la salud mental. También ha habido un aumento de la pobreza entre las mujeres, con tasas muy altas entre las madres solteras de todos los países de la *Organización para la Cooperación y el Desarrollo* (OCDE). La pobreza y una condición socioeconómica baja están estrechamente vinculados con problemas de salud mental. La prevalencia de síntomas depresivos en personas con bajos ingresos oscila entre el 49% y el 75%, siendo aún mayor entre las madres solteras (Spencer 2003; Pritchard y Puzey 2004).

La falta de apoyo social y la falta de relaciones sociales son claramente factores de riesgo para la salud mental. El apoyo social se ha convertido en un amortiguador de los eventos estresantes de la vida y un predictor importante del bienestar emocional y físico. La investigación ha demostrado que las mujeres de menor nivel socioeconómico tienen menos recursos para hacer frente a eventos estresantes de la vida, una situación socioeconómica desfavorable a menudo va de la mano con el menor apoyo social (Bassuk et al 2002; Michelsen y Bildt 2003; Wang et al. 2002).

Uno de los orígenes de una condición socioeconómica baja es la falta de educación, lo que significa que un bajo nivel de educación se convierte en un factor de riesgo para la salud mental. La falta de vivienda o las malas condiciones de ésta son también factores de riesgo. Por otro lado unas mejores condiciones de vida y los avances médicos implican que la gente vive más tiempo, lo que se traducirá en que el número de personas con demencia aumentará rápidamente en los próximos decenios. El estado civil está reconocido como una variable importante asociada con trastornos mentales. Se ha reconocido que parejas duraderas tienen mejor salud mental (Isohanni 1998; Jenkins 2001; Fratiglioni, von Strauss E y Winblad, 2001; Murrell et al. 2003; Outram et al. 2004; Willitts et al. 2004; Wade y Pevalin 2004; Overbeek et al. 2006).

### 1.3.2. EN EL TRABAJO

22

Según nos muestran las sucesivas Encuestas Europeas de Condiciones de Trabajo, gran volumen de trabajo y/o estar sometido a mucha presión, es algo relativamente extendido entre la población activa europea. En 2005, casi dos tercios de todos los trabajadores de la UE-25 informaron que trabajaban con plazos muy ajustados de entregas y una proporción similar dijo tener que trabajar a un “ritmo elevado”. Alrededor del 40% de todos los trabajadores están expuestos además a tareas monótonas o repetitivas.

La falta de control sobre el trabajo y el escaso apoyo social también son comunes: más de un tercio de los trabajadores no tienen control sobre el orden de las tareas, y una proporción ligeramente inferior no tiene control sobre los métodos de trabajo o el ritmo. Un tercio de todos los trabajadores informa de poco apoyo social por parte de sus colegas profesionales.

El 16% de todos los trabajadores sufre largas jornadas laborales, en particular los hombres (22% frente al 9% para las mujeres). Este resultado refleja el hecho de que las mujeres trabajan más a tiempo parcial (32% versus 7% en hombres). El trabajo por turnos afecta al 17% de la fuerza de trabajo. La Cuarta Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo encontró que los trabajadores por turnos eran más propensos a no tener control sobre las tareas, los métodos y sobre el ritmo de su trabajo.

Por otra parte, existe una relación clara entre el trabajo por turnos y la dificultad de compaginar trabajo y otros compromisos sociales (Parent-Thirion et al. 2007).

Comparativamente el número de trabajadores que están expuestos a la intimidación y/o acoso (5%), la discriminación por edad (3%) y la atención sexual no deseada (2%) es relativamente bajo. El último afecta tres veces más a las mujeres trabajadoras que a los hombres trabajadores, en particular a las mujeres jóvenes menores de 30 años de edad. Más de uno de cada dos trabajadores cree que no está bien remunerado por el trabajo que hace y casi dos tercios consideran que su trabajo no ofrece buenas perspectivas de promoción profesional. Ambas opiniones son más frecuentes entre las mujeres. El 13% de todos los trabajadores temen que podrían perder sus empleos en los próximos seis meses (EWCS, 2006).

En la Tabla 2 se resumen algunas de estas condiciones.

Tabla 2. Condiciones de trabajo UE-25 por género.

	Total	Porcentaje Hombres	Mujeres
<b>Organización y contenido del trabajo</b>			
Trabajar a ritmo elevado	60	63	56
Trabajar con plazos ajustados de entrega	62	68	54
Tareas cortas y repetitivas < 10 min.	39	37	41
Tareas monótonas	43	42	44
<b>Sin control sobre el trabajo</b>			
Sin control sobre orden de tareas	36	37	36
Sin control sobre los métodos de trabajo	33	33	33
Sin control sobre la velocidad del trabajo	31	31	31
<b>Bajo apoyo social</b>			
Poca colaboración de colegas profesionales	33	33	33
Poca colaboración de los supervisores	44	46	42
<b>Jornada laboral</b>			
Largas jornadas laborales	16	22	9
Trabajo a turnos	17	17	17
<b>Acoso y discriminación</b>			
Intimidación, acoso	5	4	6
<b>Inseguridad laboral, satisfacción salarial y posibilidades de promoción profesional</b>			
Podría perder empleo en los próximos 6 meses	13	13	13
Trabajo mal remunerado	56	53	59
Pocas perspectivas de desarrollo profesional	68	66	71

Fuente: IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, 2005.

## EDAD

Los trabajadores jóvenes menores de 25 años están más expuestos a condiciones de trabajo relacionadas con el estrés en comparación con la generación anterior, por ejemplo, la realización de trabajos a alta velocidad (67%), las tareas monótonas (52%) y los turnos de trabajo (20%). Además, los trabajadores jóvenes se quejan más a menudo de que no tienen ningún control sobre el orden, métodos o velocidad del trabajo. Por otro lado, dicen que experimentan un mayor apoyo de colegas profesionales o supervisores (EWCS, 2006).

## SECTOR DE ACTIVIDAD Y OCUPACIÓN

Los sectores más afectados por el trabajo a ritmo elevado y con plazos ajustados son la construcción, la hostelería, el transporte y las comunicaciones (todos con más del 70% en al menos una de las dos categorías). En cuanto a las profesiones, son los trabajadores de oficios artesanales y operadores de instalaciones y máquinas los que más a menudo tienen una alta intensidad de trabajo. El trabajo en estos sectores también es más probable que esté asociado con el desempeño de las tareas repetitivas y monótonas, especialmente en la fabricación y la agricultura (Tablas 3 y 4).

La falta de control sobre el trabajo es más común entre los trabajadores de la industria manufacturera y la minería, hostelería, transporte y comunicación. Por ocupaciones, el menor control sobre el orden, los métodos y la velocidad del trabajo se puede encontrar entre los operadores de instalaciones y máquinas, en los trabajadores no cualificados y en las fuerzas armadas, mientras que los altos directivos, managers, agricultores y pescadores reportan los más altos niveles de control. El apoyo de colegas profesionales y supervisores es menos común para los oficios no cualificados, así como para los trabajadores agrícolas. La falta de apoyo social, declarada por los trabajadores agrícolas es, sin duda, debida a la alta tasa de empleo por cuenta propia y sin empleados en este sector.

Los trabajadores de la agricultura y la pesca, así como los de hostelería revelan una tasa relativamente alta de largas jornadas de trabajo. Por ocupación, son los trabajadores agrícolas y los altos directivos los que más a menudo trabajan diez horas al día. El trabajo a turnos es más común entre los empleados en hostelería, el transporte y las comunicaciones.

Los trabajadores de hoteles y restaurantes y de la construcción son los más preocupados por perder sus empleos en los próximos seis meses. Por profesión son los instaladores de máquinas y trabajadores no cualificados los que temen por su empleo.

Los trabajadores del sector educativo, sanidad y hostelería son los que sienten mayores niveles de intimidación y acoso.

Tabla 3. Distribución de condiciones laborales por sector económico (%).

Sector	Condiciones de trabajo															
	Trabajar a ritmo elevado	Trabajar con plazos ajustados de entrega	Tareas cortas y repetitivas	Tareas monótonas	Sin control sobre orden de tareas	Sin control sobre los métodos de trabajo	Sin control sobre la velocidad del trabajo	Poca colaboración de colegas profesionales	Poca colaboración de los supervisores	Media semanal de horas de trabajo	Largas jornadas laborales	Trabajo a turnos	Intimidación, acoso	Podría perder empleo en los próximos 6 meses:	Trabajo mal remunerado	Pocas perspectivas de desarrollo profesional
Agricultura y pesca	62	66	36	58	24	23	18	42	52	48	38	5	4	11	76	90
Fabricación	65	69	42	49	48	42	39	33	45	40	12	25	4	16	57	72
Electricidad, gas y agua	54	63	42	43	27	23	15	31	39	40	13	16	6	14	48	53
Construcción	73	77	49	50	42	37	35	28	45	42	16	5	3	18	47	67
Comercio mayorista y minorista	60	53	42	42	38	34	34	34	44	38	14	16	6	15	58	73
Hostelería y restauración	76	67	50	49	44	42	43	31	47	39	28	30	9	20	61	75
Transportes y comunicación	64	73	34	46	45	44	37	38	47	40	25	24	7	14	56	70
Intermediación financiera	55	67	32	36	21	28	23	25	32	37	13	6	2	8	35	44
Servicios inmobiliarios	55	70	30	37	26	24	20	35	43	37	19	9	3	15	47	54
Administración pública y defensa	51	57	31	43	37	32	29	23	36	38	15	18	5	7	51	58
Educación y salud	51	51	35	34	32	23	27	27	41	32	12	21	8	8	61	69

Fuente: IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, 2005.

Tabla 4. Distribución de condiciones laborales por ocupación (%).

Ocupación	Condiciones de trabajo															
	Trabajar a ritmo elevado	Trabajar con plazos ajustados de entrega	Tareas cortas y repetitivas	Tareas monótonas	Sin control sobre orden de tareas	Sin control sobre los métodos de trabajo	Sin control sobre la velocidad del trabajo	Poca colaboración de colegas profesionales	Poca colaboración de los supervisores	Media semanal de horas de trabajo	Largas jornadas laborales	Trabajo a turnos	Intimidación, acoso	Podría perder empleo en los próximos 6 meses	Trabajo mal remunerado	Pocas perspectivas de desarrollo profesional
Altos directivos	60	66	29	35	15	13	18	36	52	46	37	9	4	6	44	58
Profesionales	51	60	27	28	24	17	19	30	40	36	16	12	6	9	49	53
Técnicos	58	64	35	32	29	26	26	26	36	37	12	14	5	11	51	60
Trabajadores de oficina	58	62	39	45	36	36	32	29	37	35	5	13	6	15	54	66
Trabajadores de servicios y ventas	61	50	43	42	38	38	37	35	44	35	16	26	6	14	59	69
Trabajadores de agricultura y pesca	62	70	38	61	17	12	15	46	61	50	46	3	3	7	81	92
Artesanos y trabajadores cualificados industria manufacturera	72	77	48	50	50	39	36	31	46	41	13	17	4	16	56	74
Operarios de maquinaria	67	68	46	59	65	61	51	37	47	42	20	35	4	19	64	86
Trabajadores no cualificados	54	49	45	56	45	42	38	42	53	34	11	19	6	19	64	85
Fuerzas armadas	59	52	27	37	45	41	39	22	46	42	27	18	1	8	49	43

Fuente: IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, 2005.

## DIFERENCIAS ENTRE PAÍSES

Un empleo con alta intensidad de trabajo, se indica en las respuestas a las preguntas sobre “trabajo a muy alta velocidad” y “trabajar con plazos ajustados”. Esto es más común en los países UE-15 que en los nuevos Estados miembros, mientras que las tareas monótonas y turnos de trabajo están más generalizados a la inversa. Las tasas más altas de trabajo a turnos se encuentran en Eslovenia (30%) y Eslovaquia (28%), la más baja en Dinamarca (9%) y en Portugal (10%). El apoyo de los compañeros y la asistencia de los superiores es más común entre los trabajadores de los nuevos Estados miembros que en los “antiguos” Estados miembros (Tabla 5).

Los encuestados de Chipre, la República Checa, Alemania y Grecia estaban más de cerca la categoría de una organización del trabajo con alta tensión, mientras que los países nórdicos estaban más de cerca del enfoque de una organización “activa” del trabajo con altas demandas y alto control sobre el proceso del trabajo.

Tabla 5. Condiciones laborales: principales diferencias entre estados “antiguos” y nuevos miembros de la UE.

	UE25	UE15	UE10
Trabajar a ritmo elevado	60	61	52
Trabajar con plazos ajustados de entrega	62	62	59
Tareas cortas y repetitivas	39	40	30
Tareas monótonas	43	42	49
Poca colaboración de colegas profesionales	33	35	23
Poca colaboración de los supervisores	44	46	34
Largas jornadas laborales	16	15	20
Trabajo a turnos	17	16	23
Podría perder empleo en los próximos 6 meses	13	11	25
Trabajo mal remunerado	56	53	71
Pocas perspectivas de desarrollo profesional	68,4	67	76,1

Fuente: IV Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, 2005.

## 1.4. Los trastornos mentales en la carga global de enfermedad

En general, la tasa de mortalidad por trastornos mentales y de comportamiento para las personas menores de 64 años es relativamente baja en la UE-25 en comparación con las otras causas de muerte. Sin embargo, los trastornos mentales están relacionados con tasas de aumento de la mortalidad por otras causas.

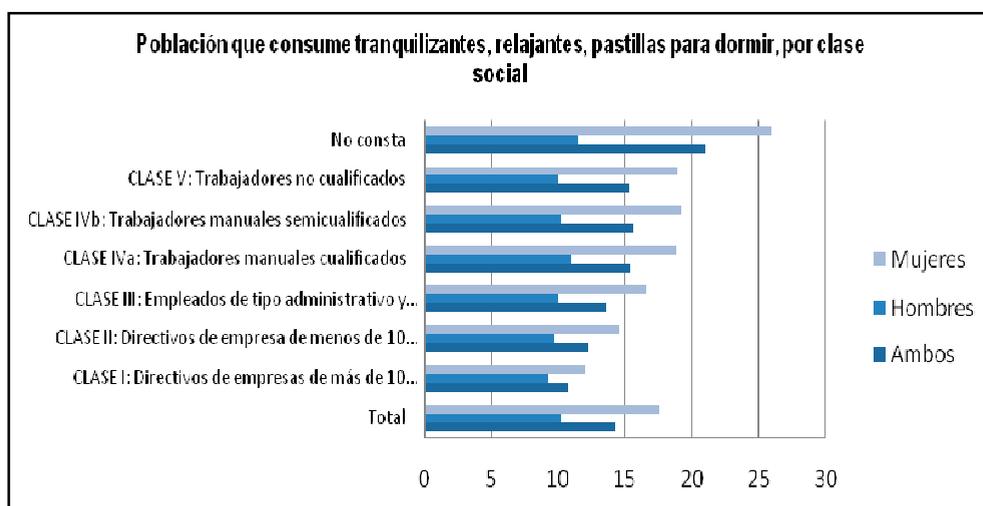
La enfermedad mental grave es tan debilitante como la enfermedad física y con los mismos efectos a largo plazo en la supervivencia de los trabajadores. Una de cada dos personas en los países industrializados desarrollará un trastorno mental en algún momento de su vida, y un trastorno psiquiátrico lo suficientemente grave como para impedirle trabajar. También aumentará en ella el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular, algunos cánceres o riesgo de cometer suicidio (Melchior et al., 2010).

Por otra parte existe un mayor riesgo de suicidio. Aunque el suicidio o intento de suicidio no es una medida directa de las enfermedades mentales, podría ser visto como una posible consecuencia de problemas de salud mentales. Se estima que hasta un 90% de los casos de suicidio son precedidos por un historial de enfermedades mentales, sobre todo por la depresión (Boedeker, 2007).

La Organización Mundial de la Salud estima que los trastornos depresivos representan por sí solos casi el 15% de los “años vividos con discapacidad” como resultado de enfermedades crónicas en Europa. La discapacidad funcional asociada con trastornos mentales es elevada y muchas veces supera la de los trastornos físicos crónicos, tales como enfermedades del corazón o diabetes.

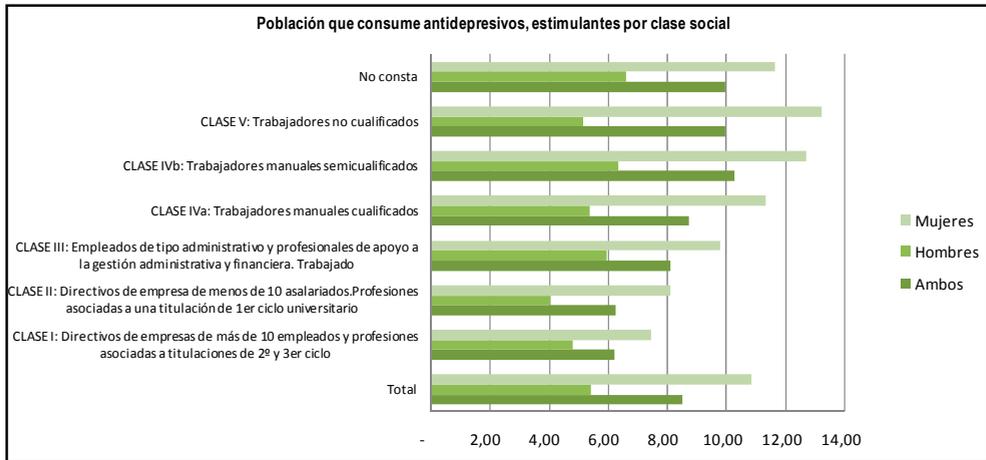
Las desigualdades sociales se reflejan también en el consumo de medicamentos. En España, a medida que descendemos en la escala social, el porcentaje de consumidores de medicamentos tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir, se incrementa (Figura 1), así como el consumo de antidepresivos y estimulantes en las mujeres (Figura 2) (García Gómez et al., 2010).

Figura 1. Población que consume tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir, por clase social.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

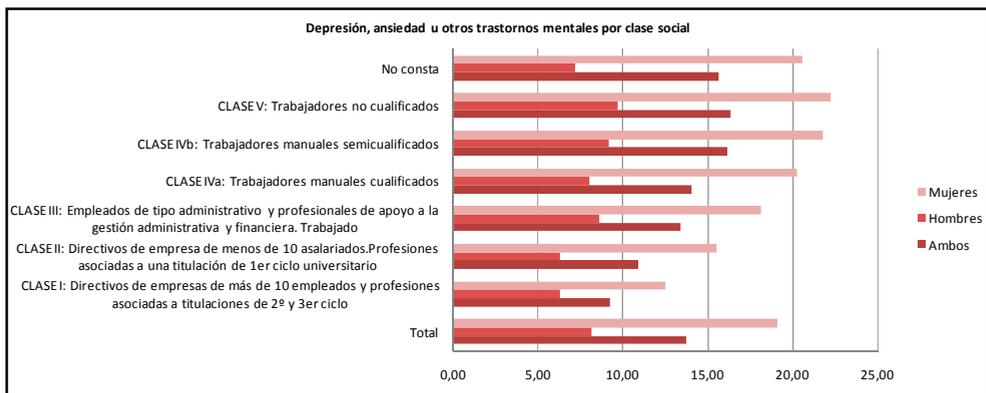
Figura 2. Población que consume antidepressivos, estimulantes, por clase social.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

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 (Figura 3) (García Gómez et al., 2010).

Figura 3. Población que padece depresión, ansiedad u otros trastornos mentales, por clase social.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006.

La Organización Mundial de la Salud ha comunicado que los problemas de salud mental y las enfermedades mentales, y su papel como causantes de absentismo por enfermedad e incapacidad para el trabajo, es cada vez mayor. La depresión es la segunda causa más frecuente de discapacidad en el mundo desarrollado.

Los datos disponibles sobre las bajas por enfermedad debidas a los trastornos mentales y el uso de antidepresivos, indicadores que dan información acerca de la carga general de los trastornos mentales, parecen confirmar esta tendencia general. Y, en los desempleados, encontramos un riesgo 2,5 veces mayor de sufrir cualquier trastorno mental en comparación con los asalariados y un 80% más de riesgo de depresión. Este riesgo es particularmente elevado en relación con los trastornos afectivos y trastornos de alcoholismo (ESEMeD 2004).

En resumen, la combinación de alta prevalencia, inicio temprano y la cronicidad de los trastornos mentales, es una contribución importante 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.

## 1.5. La carga económica de los trastornos mentales

A la vista de su alta prevalencia, no es sorprendente que los trastornos mentales sean los principales causantes de las pérdidas de producción (y productividad) en el lugar de trabajo. Un número creciente de estudios muestran que la enfermedad mental es la principal causa de absentismo laboral, bajas de corta duración, bajas de larga duración, jubilación anticipada o pensión de invalidez. Con respecto a la carga económica que relacionamos con el trabajo, cabe destacar los siguientes hallazgos:

- Los trastornos mentales se asocian con una pérdida de días de trabajo de las personas que los sufren tres veces mayor que las personas sin ellos. Los niveles más altos de discapacidad se encuentran en las personas que hayan sufrido tres o más trastornos mentales diferentes en el mismo año (ESEMeD, 2004).
- Los trastornos del estado de ánimo y la ansiedad han provocado más días perdidos de trabajo que los trastornos físicos (ESEMeD, 2004).
- Los trastornos mentales constituyen el 30% del número total de jubilaciones anticipadas en Suecia y el 7% en Alemania.

Varios autores han subrayado que los trastornos mentales no sólo afectan a la producción, debido a la pérdida de empleo, el absentismo y la jubilación anticipada. Podrían ser también responsables de los malos resultados en el lugar de trabajo o de las pérdidas de productividad. Uno de los hallazgos más sorprendentes de los estudios sobre el rendimiento laboral deficiente debido a los trastornos mentales, es que tenían un mayor impacto en la reducción del trabajo que en la pérdida del trabajo. Por ejemplo, la depresión y la ansiedad están más consistentemente asociadas con el presentismo que con el absentismo laboral. Además, se estima que el coste de la reducción del rendimiento en el trabajo de las personas con enfermedades mentales no tratadas, como la depresión, puede ser cinco

veces mayor que el del absentismo (Kessler y Frank, 1997; Dewa y Lin, 2000; Sanderson y Andrews, 2006).

Debido a la combinación de alto predominio o prevalencia, inicio temprano y posiblemente el curso a largo plazo de la enfermedad, la carga económica asociada a los trastornos mentales es inmensa. El coste anual total para el año 2004 en Europa era estimado en 240 mil millones de euros. La mayoría de estos costes (el 55%) se relaciona con los costes indirectos, que ascendieron a 133 mil millones de euros (Andlin-Sobocki et al., 2005).

En Francia se ha estimado que el coste para la sociedad del estrés laboral se sitúa entre el 10% y el 20% de todos los gastos por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales del sistema de seguridad social (INRS, 2008).

En Holanda, para evaluar los aspectos económicos de unas inadecuadas condiciones de trabajo, se ha desarrollado un modelo de costes de las condiciones de trabajo. El modelo evalúa el impacto en la salud, accidentes laborales, rendimiento de las empresas y la inversión en mejoras (Koningsveld, 2003). El análisis de los datos de 2001 indica que el coste estimado total de las inadecuadas condiciones de trabajo en los Países Bajos ese año fue de 6.000 millones de euros, equivalente al 2,96% del PIB. La mayoría (83%) de los costes para la sociedad son por absentismo laboral y discapacidad, causada principalmente por trastornos musculoesqueléticos (43%) y enfermedades mentales (40%). Otros diagnósticos asociados con altos costes fueron las enfermedades cardiovasculares (5%), problemas del sistema nervioso, incluyendo ojos y oídos (4%), y accidentes de trabajo (4%) (Tabla 6) (Koningsveld, 2003).

Tabla 6. Estimación de los gastos totales de la enfermedad relacionada con el trabajo por trabajador en 2001, Países Bajos.

	Todos los sectores y servicios	
	EUR por trabajador	% del total
<b>Costes de enfermedad relacionada con el trabajo</b>	<b>1.368</b>	<b>77,3</b>
Costes de absentismo	527	29,8
Coste de incapacidad laboral	609	34,4
Coste de subvenciones	103	5,8
Coste de atención médica	129	7,3
<b>Coste de la prevención</b>	<b>400</b>	<b>22,7</b>
Medidas preventivas de Seguridad y Salud en el trabajo	120	6,8
Inversión y gastos de la Compañía en prevención	157	8,9
Investigación y desarrollo SST	10	0,6
Coste legal	2	0,1
Administración por empresa	102	5,8
Legislación e inspección	6	0,3
Subvenciones y ayudas	3	0,2
<b>Costes totales por trabajador y año</b>	<b>1.768</b>	<b>100</b>

Fuente: Koningsveld, 2003.

El coste total de las enfermedades mentales se ha estimado en 7.019 millones de euros en 2002, de los que los costes médicos directos representan el 39,6% y suponen al menos un 7,3% del total del gasto sanitario público para ese año. En cuanto a los costes médicos directos, los gastos más llamativos son las hospitalizaciones (19,1% del coste total estimado) y los medicamentos (15,6%). En conjunto, los costes totales representaron cerca del 1% del PIB español en 2002 (Oliva et al., 2009).

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 (Oliva et al., 2009).

Como conclusión de este apartado, contamos con abundante evidencia sobre el impacto de los trastornos mentales en general en la salud de las personas, el rendimiento de las empresas y los costes para la sociedad, procedente de estudios realizados en otros países. Se han escrito muchos artículos sobre ello, y existen trabajos, críticas y magníficos artículos de opinión de instituciones científicas y políticas. Por otro lado, aunque el trabajo se reconoce como un factor de riesgo para estas enfermedades, la

información sobre su incidencia según profesiones y sectores económicos es poco común. El impacto de estas enfermedades en el trabajo ha sido ignorado, obviamente. Y el trabajo como determinante de la salud mental de la población no ha sido integrado en las Estrategias definidas desde el Sistema Nacional de Salud.

Por todo ello, nos proponemos estudiar las enfermedades mentales atribuibles al trabajo, así como los costes sanitarios directos asociados a las mismas con datos de nuestro país, utilizando información y bases de datos españolas, con la finalidad de facilitar información para la adopción de medidas encaminadas a su prevención.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general

El objetivo general de este proyecto es estimar la carga de enfermedad mental atribuible al trabajo y los costes sanitarios directos asociados a las mismas en España en 2010.

### 2.2. Objetivos específicos

1. Realizar una revisión exhaustiva de la literatura epidemiológica con criterios de calidad y de selección.

2. Analizar los episodios que causaron baja por enfermedad común durante el año 2010 en la población afiliada a la seguridad social española cubierta por la Mutua de Accidentes Fraternidad- Mupresa.

3. Calcular los riesgos atribuibles (fracciones atribuibles) a exposiciones laborales para los trastornos mentales y del comportamiento a partir de los excesos de riesgo encontrados en el análisis de los casos de incapacidad laboral por causa común.

4. Detectar en las fuentes administrativas de información sanitaria las enfermedades mentales atendidas por el sistema sanitario.

5. Cuantificar los costes de los procesos de atención especializada por tipo de enfermedad a partir de los datos de contabilidad analítica del Sistema Nacional de Salud en 2010.

6. Cuantificar los costes de los procesos de atención primaria y farmacéutica por tipo de enfermedad a partir de fuentes secundarias de información sanitaria.

7. Conocer el gasto sanitario directo que generan los trastornos mentales y del comportamiento atribuibles al trabajo al Sistema Nacional de Salud en 2010.





# Primera parte

## 3. Estudio de la incapacidad temporal por enfermedad común debida a trastornos mentales y del comportamiento en 2010



### 3.1. La incapacidad temporal por causa común

La incapacidad del latín *incapacitas -ātis* hace referencia a la falta de capacidad para hacer, recibir o aprender algo. En el entorno laboral toma la acepción de estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral. Desde una perspectiva legal sería una situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a un trabajador, de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la seguridad social (RAE, 2011).

La incapacidad temporal (IT) como medida de protección social que pretende cubrir las necesidades de la población trabajadora cuando está temporalmente incapacitada para realizar su trabajo habitual, es de vital importancia para garantizar la dignidad humana en la sociedad actual, donde se está abocado a realizar un trabajo remunerado para vivir. En pleno siglo XXI en el que millones de personas trabajadoras carecen de esta prestación, quienes la disfrutan deben garantizar el adecuado uso y gestión de la misma, con objeto de preservarla y fortalecerla (Artieda et al., 2004).

Los registros de IT se consideran fuente de datos del Sistema de Información Sanitaria, ya que lo nutren del conocimiento de los motivos clínicos que hacen enfermar a la población en edad laboral.

La repercusión de las condiciones de trabajo y sus cambios, también pueden ser en ocasiones conocidas mediante el estudio de la evolución de los indicadores de IT de la población. Las nuevas formas de trabajo están originando cambios en los factores de riesgo laboral a que están expuestas las personas, que aparte de incrementar las posibilidades de pérdida de salud, están produciendo cambios en el patrón de enfermar de la población (Artieda et al., 2004). Estos cambios no están siendo reconocidos como daños profesionales e impactan aumentándolos los casos de IT debida a contingencias comunes.

Según la evidencia científica, la frecuencia y duración de los procesos de IT están asociados a diferentes variables (op. cit.):

- Las características personales de género y edad llevan aparejadas diferentes distribuciones de la carga de trabajo reproductivo, cuidador y familiar, suponiendo además diferentes percepciones en torno a la satisfacción y motivación laboral, así como a la conceptualización de la propia salud y el bienestar. Género y edad generan también diferencias en los motivos médicos incapacitantes.

- La variabilidad está también relacionada con cuestiones ligadas a la protección social y al sistema sanitario. Los distintos regímenes de cotización contemplan diferencias en la prestación, y la demora en la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas, entre otras cuestiones coyunturales, pueden alargar los procesos.

- El mercado laboral es otra de las variables en juego, ligado al tipo de contrato que se establece, a la situación económica y a las tasas de desempleo, que, en ocasiones, generan el fenómeno inverso al absentismo, el llamado “presentismo bajo enfermedad”.

- Las relativas a condiciones de trabajo, que están cambiando de forma notable en los últimos años como consecuencia fundamentalmente de los cambios organizacionales que se han introducido en los procesos productivos, y que están generando lo que ya se conoce como epidemia de trastornos osteomusculares y de salud mental.

Por todo ello, en esta parte del estudio, nos proponemos analizar los episodios que causaron baja por enfermedad común durante el año 2010 en la población afiliada a la seguridad social española cubierta por la Mutua de Accidentes Fraternidad-Mupresa, para conocer el comportamiento de las diferentes variables que incurren en la IT por causa común, y calcular los riesgos atribuibles a exposiciones laborales para los trastornos mentales y del comportamiento, a partir de los excesos de riesgo que podamos evidenciar.

## 3.2. Metodología de análisis

### 3.2.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio está constituida por los trabajadores afiliados a la Seguridad Social española que precisaron baja laboral por enfermedad común en el periodo de estudio. Los datos analizados son los que recoge el parte de incapacidad temporal y fueron proporcionados por la Mutua de Accidentes Fraternidad Mupresa.

### 3.2.2. VARIABLES ESTUDIADAS

#### Del trabajador

Sexo, edad, categoría profesional, régimen de la Seguridad Social, tipo de contrato y Comunidad Autónoma.

**Edad:** La edad se ha agrupado en las siguientes categorías: de 16 a 24, de 25 a 34, de 35 a 44, de 45 a 54 y de 55 años y más.

**Categoría profesional:** La categoría profesional se ha clasificado siguiendo lo establecido en la Orden TIN/25/2010, de 12 de enero, por la que se desarrollan las normas de cotización a la Seguridad Social, Desempleo, Fondo de Garantía Salarial y Formación Profesional, contenidas en la Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010, del modo siguiente:

01. Ingenieros y licenciados. Personal de alta dirección no incluido en el artículo 1.3. c) del estatuto de los trabajadores

02. Ingenieros técnicos, peritos y ayudantes titulados

03. Jefes administrativos y de taller

04. Ayudantes no titulados

05. Oficiales administrativos

06. Subalternos

07. Auxiliares administrativos
08. Oficiales de primera y segunda
09. Oficiales de tercera y especialistas
10. Peones
11. Trabajadores menores de dieciocho años, cualquiera que sea su categoría profesional

**Tipo de contrato:** En cuanto a tipo de contrato, se establecen las siguientes categorías según el “Informe de vida laboral. Notas aclaratorias. Secretaría de estado de la Seguridad social”. Disponible en: <https://sede.segsocial.gob.es/prdi00//groups/public/documents/binario/231570.pdf>

Indefinido. Tiempo completo

42

Indefinido. Tiempo parcial

Indefinido. Fijo discontinuo

Duración determinada. Tiempo completo

Temporal. Tiempo completo

Duración determinada. Tiempo parcial

Temporal. Tiempo parcial

Contrato no comprendido en otros apartados

No consta

## De la empresa

Se considera una única variable, la actividad económica que está codificada utilizando la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE) según establece el Real Decreto 475/2007, de 13 de abril, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas 2009 (CNAE-2009).

## De la enfermedad

Diagnóstico: se han agrupado los distintos diagnósticos por grandes grupos según la CIE-9.

Grupo	Códigos Cie-9	ENFERMEDADES
I	(001-139)	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS
II	(140-239)	NEOPLASIAS
III	(240 -279)	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN Y METABOLICAS Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD
IV	(280 -289)	ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS
V	(290-319)	TRASTORNOS MENTALES
VI	(320-389)	ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS
VII	(390-459)	ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO
VIII	(460-519)	ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO
IX	(520-579)	ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO
X	(580-629)	ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO
XI	(630-677)	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO
XII	(680-709)	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO
XIII	(710-739)	ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO
XVI	(780-799)	SINTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS
XVII	(800-999)	LESIONES Y ENVENENAMIENTOS

Para el estudio del Grupo V Trastornos mentales y del comportamiento, se han realizado las siguientes agrupaciones:

Grupo	Nombre	CÓDIGOS CIE-9
1	Ansiedad	300
2	Estrés	308-309
3	Depresión	311
4	Dependencia sustancias	291-292, 303-305
5	Psicosis	294-299, 301-302
6	Emociones infancia	313
7	Otros trastornos	290, 293, 306, 307, 310, 312, 315-316

**Duración de la baja (DB):** días de trabajo perdidos por enfermedad.

### 3.2.3. ANÁLISIS DE LOS DATOS

1º. Descripción de la población afiliada en nuestro estudio por las variables sociolaborales.

2º. Comparación de la población afiliada a la Seguridad Social en nuestro estudio con la población afiliada a nivel nacional.

3º. Estudio descriptivo de los episodios que causaron baja por enfermedad común en el 2010.

4º. Descripción de los episodios que causaron baja por enfermedades mentales.

Los indicadores epidemiológicos calculados han sido:

- Diferencia de proporciones de las variables recogidas en el parte médico de baja entre la población española afiliada a la Seguridad Social y la población de estudio, con sus intervalos de confianza de confianza al 95%.

- Tasas de prevalencia, por grupo de edad, por sección de actividad, por grupo de cotización, por tipo de contrato y por Comunidad Autónoma. Para el cálculo de la prevalencia de los episodios de baja por enfermedad se ha utilizado como denominador el número de trabajadores afiliados a la Seguridad Social cubiertos por la Mutua Fraternidad Mupresa. Para hacer las comparaciones se utilizaron las tasas estandarizadas, tomando como población estándar la población afiliada a la Seguridad Social a nivel nacional para el 2010.

- Días de baja de las altas (DBA): número de días en baja de las altas tramitadas en el periodo.

- Duración media de la baja (DMB): resultado de dividir el total de días que estuvieron en baja las altas tramitadas entre el número total de las altas del periodo estudiado.

## 3.3. Resultados

### 3.3.1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

La población de estudio comprende 971.580 afiliados, lo que supone un 5,5% del total de los afiliados de España. La distribución de la población afiliada y sus variables sociolaborales quedan reflejadas en la tabla 1. Sus principales características son:

- El 55% de los casos son hombres y el 44% mujeres, y se desconoce el sexo en un 0,85%.
- Grupos de edad. El grupo de edad con mayor número de afiliados es el de 35 a 44 años para ambos sexos.
- Por grupo de cotización, el mayor porcentaje de afiliados son los Oficiales Administrativos (22,65%), y los Auxiliares Administrativos (20,65%), en las mujeres. Mientras que en los hombres la mayor proporción de afiliados son los Oficiales de 1ª y 2ª (26,73%) seguidos de los Oficiales de tercera y especialistas (10,97).
- Sección de actividad: es el Comercio al por mayor y al por menor el que recoge el mayor porcentaje de afiliados en ambos sexos, seguido de la Construcción en los hombres y la Hostelería en las mujeres.
- Según la Comunidad Autónoma es Madrid la que tiene un mayor porcentaje de afiliados en ambos sexos, seguido de Andalucía y Cataluña.

Tabla 7. Distribución de la población afiliada a la Seguridad social de nuestro estudio por variables sociolaborales.

	Mujeres		Hombres	
	Afiliados	%	Afiliados	%
<b>Sexo</b>	430.490	44,31	532.787	54,84
<b>Grupos de edad</b>				
16-24	34.218	7,95	32.062	6,02
25-34	135.213	31,41	136.912	25,7
35-44	134.117	31,15	170.927	32,08
45-54	88.476	20,55	130.549	24,5
55 y más	38.099	8,85	61.861	11,61
<b>Grupo cotización</b>				
Ingenieros y Licenciados	34.163	9,17	44.217	10,21
ling. Técnicos, Peritos y Ayud. titulados	34.728	9,32	30.973	7,15
Jefes Administrativos y de taller	15.170	4,07	33.720	7,78
Ayudantes no titulados	13.792	3,7	23.630	5,45
Oficiales Administrativos	84.428	22,65	47.084	10,87
Subalternos	11.933	3,2	16.147	3,73
Auxiliares Administrativos	76.961	20,65	29.033	6,7
Oficiales 1ª y 2ª	26.674	7,16	115.794	26,73
Oficiales 3ª y especialistas	30.158	8,09	47.520	10,97
Peones	44.721	12	45.101	10,41
<b>Actividad</b>				
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca				
Industrias extractivas				
Industria manufacturera	9365	6,65	15555	16,07
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado				
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	229	0,36	635	1,27
Construcción	791	2,04	5191	13,88
Comercio al por mayor y al por menor	14159	29,67	6526	21,09
Transporte y almacenamiento	727	1,66	2206	6,54
Hostelería	4378	9,61	3199	7,67
Información y comunicación	2962	5,22	3519	8,32
Actividades financieras y de seguros	1473	2,91	867	2,61
Actividades inmobiliarias	190	0,67	100	0,48

Actividades profesionales, científicas y técnicas	2617	6,69	1163	5,2
Actividades administrativas y servicios auxiliares	5070	8,07	1883	4,65
Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria.	1979	2,41	1383	1,96
Educación	3973	9,3	893	3,51
Actividades sanitarias y de servicios sociales	4225	9,24	659	2,18
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	103	0,39	92	0,4
Otros servicios	1320	3,62	397	1,44
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	54	0,14	132	0,34
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	22	0,05	19	0,05
<b>CCAA</b>				
Andalucía	67.967	15,79	90.974	17,08
Aragón	7.054	1,64	8.929	1,68
Canarias	10.642	2,47	10.963	2,06
Cantabria	6.044	1,4	7.261	1,36
Castilla La Mancha	22.518	5,23	41.128	7,72
Castilla León	28.488	6,62	37.870	7,11
Cataluña	37.770	8,77	42.537	7,98
C. Valenciana	29.461	6,84	32.079	6,02
Extremadura	17.279	4,01	23.325	4,38
Galicia	37.395	8,69	36.875	6,92
Islas Baleares	8.926	2,07	9.105	1,71
La Rioja	3.716	0,86	4.368	0,82
Madrid	113.718	26,42	132.388	24,85
Murcia	7.448	1,73	10.027	1,88
Navarra	13.961	3,24	19.967	3,75
País Vasco	12.395	2,88	16.582	3,11
Principado de Asturias	5.262	1,22	7.967	1,5
Ceuta Y Melilla	446	0,1	442	0,08

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

## 3.3.2. COMPARACIÓN DE NUESTRA POBLACIÓN CON LA AFILIADA A NIVEL NACIONAL

En la Tabla 8 se refleja la distribución porcentual de la población afiliada española y la de nuestro estudio para todas las variables estudiadas, así como las diferencias entre las mismas. Ambas poblaciones son bastante similares, excepto en lo que respecta a:

En el caso de las mujeres: están sobrerrepresentadas:

- Las trabajadoras más jóvenes (menores de 44 años).
- Las Oficiales Administrativas y en menor medida las Ingenieras y Licenciadas.
- Las secciones de actividad de Comercio al por mayor y al por menor, Información y comunicación y Educación.
- Las Comunidades Autónomas de Madrid y Galicia.

48

Y están infrarepresentadas:

- Las afiliadas de mayor edad (mayores de 45 años).
- Los Peones y Oficiales de 3ª y Especialistas.
- Las pertenecientes a las secciones de Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria casi tres veces menos, Actividades sanitarias y de servicios sociales y Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores.
- Cataluña y con menor diferencia Valencia y País Vasco.

En el caso de los hombres, están sobrerrepresentados:

- Los afiliados correspondientes al grupo de edad de 35 a 44.
- El grupo de los Ingenieros y Licenciados.

- Oficiales Administrativos.
- Comercio al por mayor y al por menor.
- Información y comunicación.
- Hostelería.
- Madrid y con menor diferencia Castilla – La Mancha.

Y están infrarepresentados:

- El grupo de edad de 55 y más.
- Los Peones.
- Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria, las Actividades sanitarias y de servicios sociales y las Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento.
- Cataluña y con menor diferencia Valencia y País Vasco.

Como conclusión, podemos decir que, en relación con la española, la población afilada del estudio es una población más joven, con categorías profesionales que implican una mayor cualificación y actividades relacionadas con los servicios, y además no están representadas: Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca; Industrias extractivas y Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado.

Tabla 8. Distribución porcentual de la población afiliada en España y en nuestro estudio. Diferencias entre ambas.

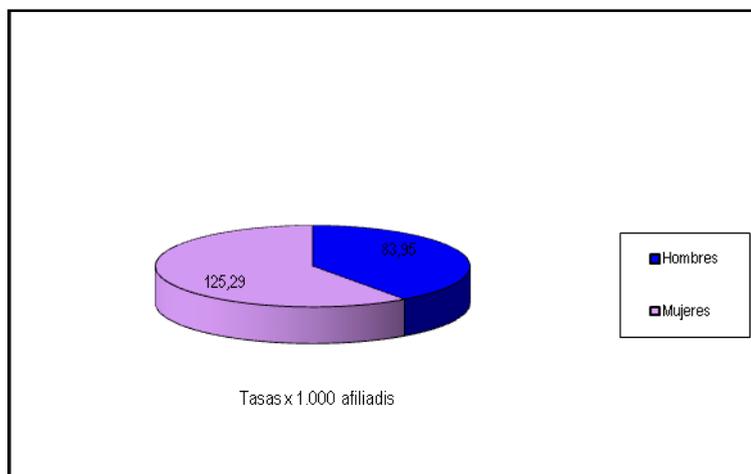
	Mujeres			Hombres		
	España	Estudio	Diferencia Mujeres	España	Estudio	Diferencia Hombres
	%	%	%	%	%	
<b>Sexo</b>	44,77	44,31	0,46	55,23	54,84	0,39
<b>Grupos de edad</b>						
16-24	6,76	7,95	-1,19	6,2	6,02	0,18
25-34	28,27	31,41	-3,14	25,36	25,7	-0,34
35-44	29,55	31,15	-1,6	29,92	32,08	-2,16
45-54	23,16	20,55	2,61	24,18	24,5	-0,32
55 y más	12,25	8,85	3,4	14,34	11,61	2,73
<b>Grupo cotización</b>						
Ingenieros y Licenciados	4,76	9,17	-4,41	3,99	10,21	-6,22
ling. Técnicos, Peritos y Ayud. titulados	10,13	9,32	0,81	3,31	7,15	-3,84
Jefes Administrativos y de taller	3	4,07	-1,07	6,18	7,78	-1,6
Ayudantes no titulados	2,1	3,7	-1,6	2,02	5,45	-3,43
Oficiales Administrativos	8,02	22,65	-14,63	5,1	10,87	-5,77
Subalternos	6,41	3,2	3,21	4,4	3,73	0,67
Auxiliares Administrativos	19,61	20,65	-1,04	7,53	6,7	0,83
Oficiales 1ª y 2ª	10,45	7,16	3,29	26,35	26,73	-0,38
Oficiales 3ª y especialistas	12,38	8,09	4,29	15,21	10,97	4,24
Peones	23,04	12	11,04	25,91	10,41	15,5
<b>Actividad</b>						
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	6,28			7,36		
Industrias extractivas	0,04			0,3		
Industria manufacturera	6,79	6,65	0,14	15,96	16,07	-0,11
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	0,09			0,34		
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	0,36	0,36	0	1,14	1,27	-0,13
Construcción	2,24	2,04	0,2	14,14	13,88	0,26
Comercio al por mayor y al por menor	18,98	29,67	-10,69	16,17	21,09	-4,92
Transporte y almacenamiento	2,06	1,66	0,4	7,16	6,54	0,62
Hostelería	8,66	9,61	-0,95	6,24	7,67	-1,43
Información y comunicación	2	5,22	-3,22	2,75	8,32	-5,57

Actividades financieras y de seguros	2,58	2,91	-0,33	2,4	2,61	-0,21
Actividades inmobiliarias	0,64	0,67	-0,03	0,45	0,48	-0,03
Actividades profesionales, científicas y técnicas	5,49	6,69	-1,2	4,37	5,2	-0,83
Actividades administrativas y servicios auxiliares	8,53	8,07	0,46	5,47	4,65	0,82
Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria.	7,02	2,41	4,61	5,56	1,96	3,6
Educación	6,1	9,3	-3,2	2,62	3,51	-0,89
Actividades sanitarias y de servicios sociales	12,86	9,24	3,62	3,48	2,18	1,3
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	1,36	0,39	0,97	1,45	0,4	1,05
Otros servicios	4,22	3,62	0,6	2,09	1,44	0,65
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	3,68	0,14	3,54	0,53	0,34	0,19
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	0,02	0,05	-0,03	0,01	0,05	-0,04
<b>CCAA</b>						
Andalucía	16,71	15,79	0,92	16,01	17,08	-1,07
Aragón	2,98	1,64	1,34	3,13	1,68	1,45
Canarias	3,89	2,47	1,42	3,85	2,06	1,79
Cantabria	1,22	1,4	-0,18	1,22	1,36	-0,14
Castilla La Mancha	3,54	5,23	-1,69	4,36	7,72	-3,36
Castilla León	4,96	6,62	-1,66	5,44	7,11	-1,67
Cataluña	18,03	8,77	9,26	17,34	7,98	9,36
C. Valenciana	9,38	6,84	2,54	9,82	6,02	3,8
Extremadura	2,05	4,01	-1,96	2,32	4,38	-2,06
Galicia	5,9	8,69	-2,79	5,59	6,92	-1,33
Islas Baleares	2,39	2,07	0,32	2,31	1,71	0,6
La Rioja	0,69	0,86	-0,17	0,72	0,82	-0,1
Madrid	16,47	26,42	-9,95	15,49	24,85	-9,36
Murcia	2,8	1,73	1,07	3,1	1,88	1,22
Navarra	1,45	3,24	-1,79	1,55	3,75	-2,2
País Vasco	5,17	2,88	2,29	5,35	3,11	2,24
Principado de Asturias	2,17	1,22	0,95	2,17	1,5	0,67
Ceuta y Melilla	0,22	0,1	0,12	0,23	0,08	0,15

### 3.3.3. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS EPISODIOS QUE CAUSARON BAJA EN EL 2010

En los trabajadores objeto de estudio, en el año 2010, se registraron 100.114 partes de baja de incapacidad temporal por enfermedad común. De ellos 44.726 (44,7%) partes de baja se registraron en hombres, 53.936 (53,9%) en las mujeres, y se desconoce el sexo en un 1,4 %, siendo la tasa de prevalencia de 103,04 bajas por 1.000 afiliados a la Seguridad Social.

Figura 4. Distribución de las bajas de incapacidad temporal por enfermedad común por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

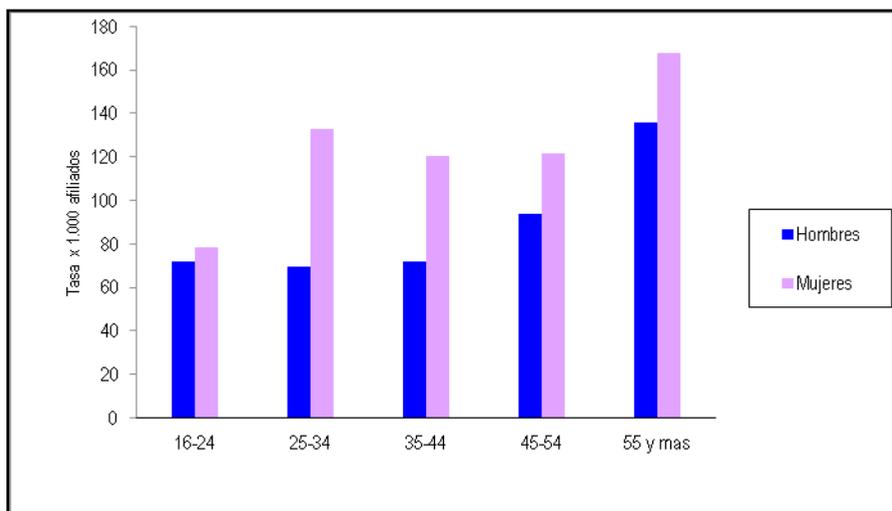
Tabla 9. Tasa estandarizada de los episodios de baja laboral por sexo.

Sexo	Tasa estandarizada	Razón de tasas m/h	Intervalo de confianza	
			Inferior	Superior
Hombres	85,69			
Mujeres	127,16	1,48	1,48	1,49

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

La mayor prevalencia por edad la presenta el grupo de 55 y más años en ambos sexos. La distribución en los hombres aumenta con la edad, mientras en las mujeres se observa un incremento en el grupo de edad de 25 a 34.

Figura 5. Distribución de la prevalencia de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por grupos de edad y sexo. 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 10. Distribución de las razones de tasas de prevalencia de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por grupos de edad y sexo.

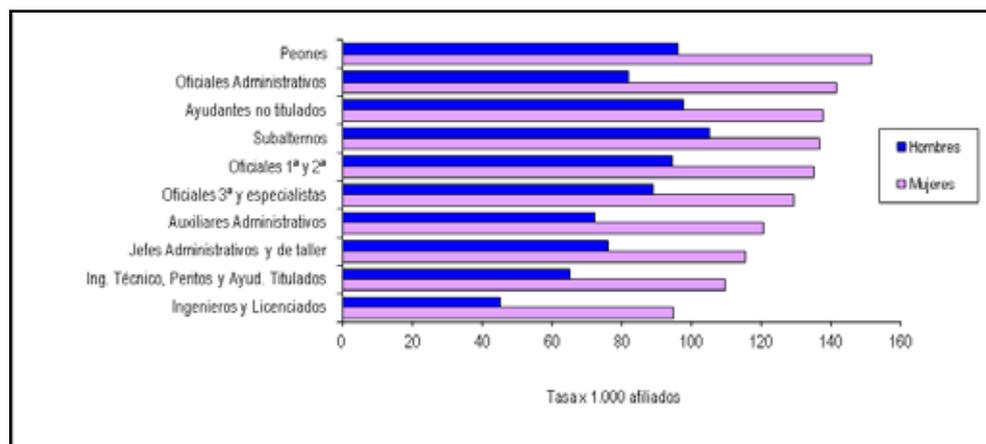
Grupos de edad	Razón de tasas mujer/hombre	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
16-24	1,09	1,05	1,13
25-34	1,91	1,84	1,98
35-44	1,67	1,61	1,73
45-54	1,30	1,26	1,35
55 y mas	1,23	1,19	1,28
Total	1,49	1,44	1,55

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Si analizamos los casos por Categoría profesional se desprende que en las mujeres la mayor prevalencia la presentan la categoría Peones (151,56 x 1.000 afiliadas), y la de Ingenieros y licenciados (94,81x 1.000 afiliadas). Y en los hombres la mayor prevalencia la presentan los Subalternos (105,04 x 1.000 afiliados) y la menor, al igual que en las mujeres, los Ingenieros y licenciados (45,07x 1.000 afiliados).

Comparando la prevalencia de hombres y mujeres, tras suprimir el efecto de la edad por la estandarización y tomando como referencia los hombres, vemos que en todas las categorías, la prevalencia de episodios de baja por enfermedad común es mayor en las mujeres, y la mayor diferencia se observa en las categorías Ingenieros y Licenciados y en Ing. Técnico, Peritos y Ayud. Titulados (RT 1,97 y 1,70 respectivamente).

Figura 6. Distribución de la prevalencia de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por categoría profesional y sexo. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 11. Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por grupo de cotización. Mujeres, Año 2010.

Grupo de cotización. Mujeres	Nº de casos	Población	Tasa cruda	Tasa estandarizada
Ingenieros y Licenciados	3.239	34.163	94,81	89,46
Ing. Técnico, Peritos y Ayud. Titulados	3.806	34.728	109,59	107,39
Jefes Administrativos y de taller	1.752	15.170	115,49	113,30
Ayudantes no titulados	1.900	13.792	137,76	139,39
Oficiales Administrativos	11.955	84.428	141,60	141,44
Subalternos	1.630	11.933	136,60	137,94
Auxiliares Administrativos	9.269	76.961	120,44	123,65
Oficiales 1ª y 2ª	3.606	26.674	135,19	137,45
Oficiales 3ª y especialistas	3.898	30.158	129,25	136,11
Peones	6.778	44.721	151,56	155,34

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 12. Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por grupo de cotización. Hombres, Año 2010.

Grupo de cotización. Hombres	Nº de casos	Población	Tasa cruda	Tasa estandarizada
Ingenieros y Licenciados	1.993	44.217	45,07	45,37
Ing. Técnico, Peritos y Ayud. Titulados	2.017	30.973	65,12	63,28
Jefes Administrativos y de taller	2.564	33.720	76,04	71,44
Ayudantes no titulados	2.312	23.630	97,84	92,79
Oficiales Administrativos	3.850	47.084	81,77	83,96
Subalternos	1.696	16.147	105,04	99,88
Auxiliares Administrativos	2.097	29.033	72,23	82,92
Oficiales 1ª y 2ª	10.939	115.794	94,47	94,63
Oficiales 3ª y especialistas	4.236	47.520	89,14	93,87
Peones	4.333	45.101	96,07	103,81

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Al analizar los datos por Sección de Actividad observamos que:

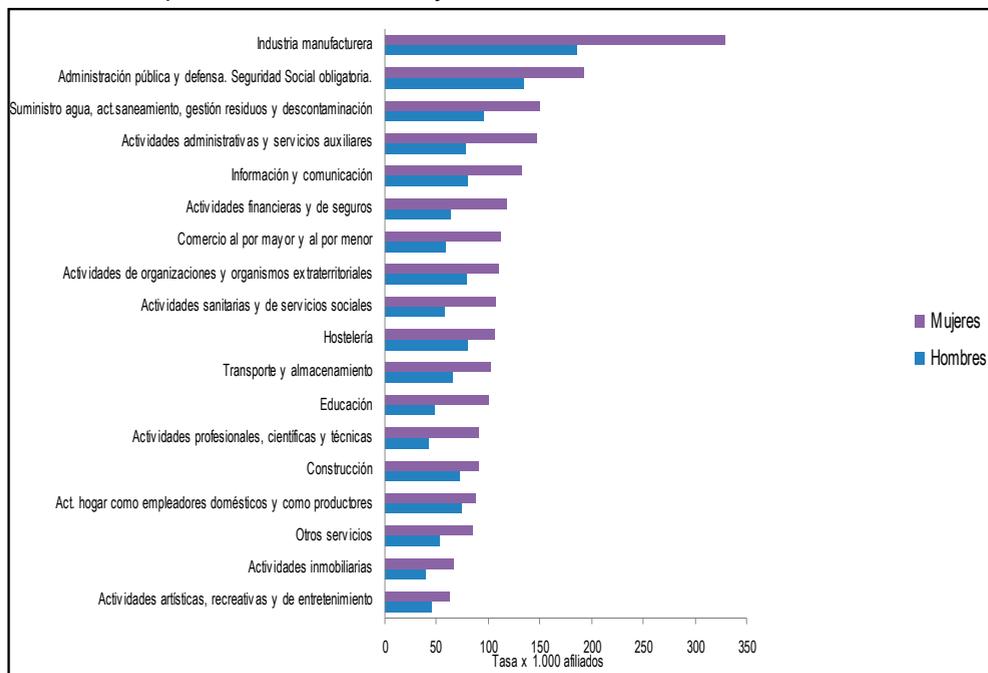
- En mujeres se aprecia una mayor prevalencia en la industria manufacturera (328,50 x 1.000), seguido de la sección de Administración Pública y Defensa (191,52 x 1.000); y la menor en las trabajadoras de las Actividades Artísticas recreativas y de entretenimiento (62,20 x 1.000).

- En el caso de los hombres se observa el mismo patrón; siguen siendo la Industria manufacturera (184,6 x 1.000) y Administración Pública y Defensa (134,32 x 1.000) las que presentan una mayor prevalencia de episodios de baja. Los trabajadores las Actividades Artísticas recreativas y de entretenimiento son los de menor prevalencia (42,69 x 1.000).

Comparando la prevalencia estandarizada entre hombres y mujeres vemos que las tasas de prevalencia de episodios de baja en mujeres duplica la de los hombres en Actividades financieras y de seguro, Actividades profesionales, científicas y técnicas, y Educación.

Tomando como referencia las Actividades profesionales científicas y técnicas, obtenemos los riesgos relativos por actividad económica, observando que, en las mujeres, las trabajadoras de la Industria manufacturera causan baja por enfermedad común 4 veces más; y en la Administración Pública y Defensa dos veces más que en el citado grupo de referencia.

Figura 7. Distribución de la prevalencia de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por Sección de actividad y sexo. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 13. Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por Sección de Actividad. Mujeres, Año 2010.

CNAE Mujeres	Nº de casos	Población	Tasa cruda	Tasa estandarizada
Industria manufacturera	9.365	28.508	328,50	345,91
Suministro de agua, act. de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	229	1.533	149,38	152,68
Construcción	791	8.764	90,26	87,21
Comercio al por mayor y al por menor	14.159	127.138	111,37	106,79
Transporte y almacenamiento	727	7.129	101,98	96,52
Hostelería	4.378	41.181	106,31	109,35
Información y comunicación	2.962	22.391	132,29	128,51
Actividades financieras y de seguros	1.473	12.451	118,30	115,62
Actividades inmobiliarias	190	2.869	66,23	66,59
Actividades profesionales, científicas y técnicas	2.617	28.685	91,23	87,98
Actividades administrativas y servicios auxiliares	5.070	34.566	146,68	146,84
Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria.	1.979	10.333	191,52	181,03
Educación	3.973	39.868	99,65	97,50
Actividades sanitarias y de servicios sociales	4.225	39.580	106,75	108,55
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	103	1.656	62,20	62,81
Otros servicios	1.320	15.527	85,01	82,90
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	54	617	87,52	74,18
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	22	201	109,45	105,97
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	22	201	109,45	105,97

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 14. Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad común por Sección de Actividad. Hombres, Año 2010.

CNAE Hombres	Nº de casos	Población	Tasa cruda	Tasa estandarizada
Industria manufacturera	15.555	84.265	184,60	185,35
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	635	6.660	95,35	95,26
Construcción	5.191	72.755	71,35	73,37
Comercio al por mayor y al por menor	6.526	110.588	59,01	60,29
Transporte y almacenamiento	2.206	34.300	64,31	65,38
Hostelería	3.199	40.188	79,60	84,99
Información y comunicación	3.519	43.603	80,71	74,92
Actividades financieras y de seguros	867	13.683	63,36	57,78
Actividades inmobiliarias	100	2.536	39,43	37,35
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1.163	27.242	42,69	44,00
Actividades administrativas y servicios auxiliares	1.883	24.366	77,28	80,61
Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria.	1.383	10.296	134,32	121,57
Educación	893	18.419	48,48	49,23
Actividades sanitarias y de servicios sociales	659	11.437	57,62	59,25
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	92	2.080	44,23	44,86
Otros servicios	397	7.532	52,71	52,94
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	132	1.767	74,70	62,60
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	19	241	78,84	67,93
Otros servicios	397	7.532	52,71	52,94
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	132	1.767	74,70	62,60
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	19	241	78,84	67,93

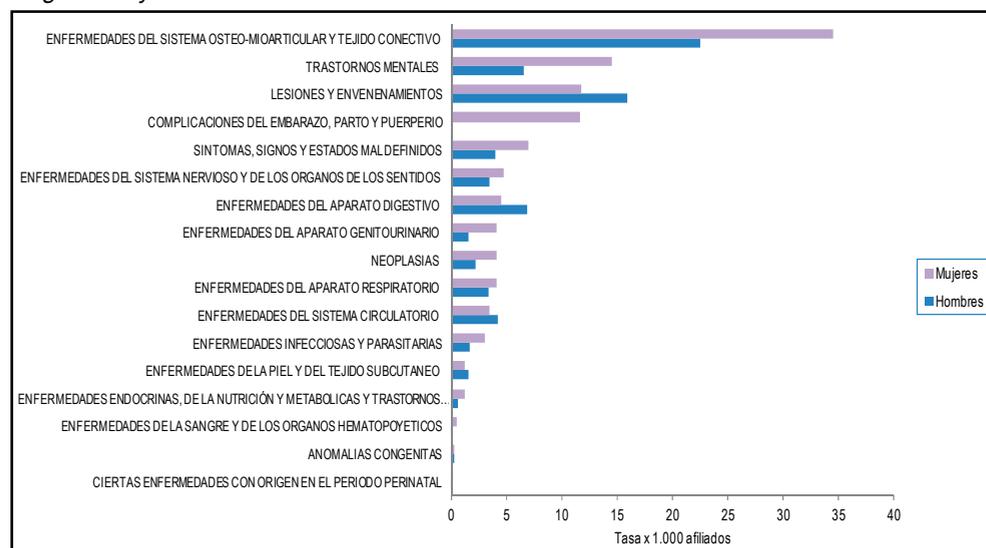
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Al observar la frecuencia de incapacidad temporal según los diferentes capítulos de la CIE-9 se observa que las 5 enfermedades que causan baja médica con más frecuencia en las mujeres, son las Enfermedades Osteo-mioarticulares (34,53 x 1.000 asalariadas), seguido de los Trastornos mentales (14,49 x1.000 asalariadas), las Lesiones y envenenamientos (11,72 x 1.000), Complicaciones del Embarazo parto y puerperio (11,66 x 1.000), y Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Órganos de los sentidos (6,88 x 1.000).

En los hombres la mayor incidencia corresponden a las enfermedades del Sistema Osteomioarticular (22,5 x 1.000 asalariados), Lesiones y envenenamientos (15,87 x 1.000), seguidas de las Enfermedades del Aparato Digestivo (6,88 x 1.000), los Trastornos Mentales (6,61 x 1.000 asalariados) y la Enfermedades del Aparato Circulatorio (4,20 x 1.000).

Las principales diferencias de prevalencia se dan en las Enfermedades de la sangre y de los Órganos hematopoyéticos (Razón de tasas -RT- 3,9), Enfermedades del aparato genitourinario (RT 2,6) y Trastornos mentales (RT 2,2).

Figura 8. Distribución de la tasa de prevalencia de episodios de bajas laborales por capítulo diagnóstico y sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 15. Distribución de los episodios de baja médica según Diagnóstico médico. Mujeres, Año 2010.

ENFERMEDADES	Casos mujeres	Tasa cruda	Tasa estandarizada
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1.303	3,03	2,97
NEOPLASIAS	1.786	4,15	4,45
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN Y METABOLICAS Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD	519	1,21	1,25
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS	203	0,47	0,48
TRASTORNOS MENTALES	6.233	14,49	14,61
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS	2.048	4,76	5,10
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	1.479	3,44	3,68
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	1.775	4,13	4,28
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	1.957	4,55	4,63
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	1.792	4,17	4,18
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	5.018	11,67	10,69
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	537	1,25	1,27
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO	14.852	34,53	35,62
ANOMALIAS CONGENITAS	124	0,29	0,30
CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL	96	0,22	0,21
SINTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS	2.987	6,94	7,03
LESIONES Y ENVENENAMIENTOS	5.043	11,72	12,16

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 16. Distribución de los episodios de baja médica según Diagnóstico médico. Hombres, Año 2010.

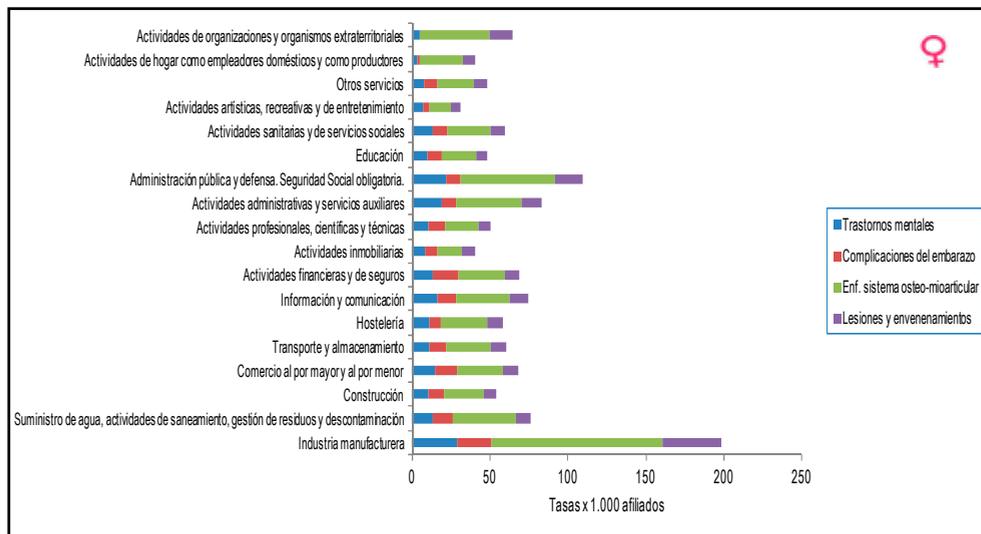
ENFERMEDADES	Casos Hombres	Tasa cruda	Tasa estandarizada
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	923	1,73	1,74
NEOPLASIAS	1.202	2,26	2,44
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, DE LA NUTRICIÓN Y METABOLICAS Y TRASTORNOS DE LA INMUNIDAD	338	0,64	0,65
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS	65	0,12	0,13
TRASTORNOS MENTALES	3.518	6,61	6,65
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO Y DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS	1.840	3,46	3,61
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	2.235	4,20	4,44
ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO	1.811	3,40	3,46
ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO	3.663	6,88	7,04
ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO	861	1,62	1,70
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO			
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	844	1,59	1,60
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEO-MIOARTICULAR Y TEJIDO CONECTIVO	11.988	22,52	23,06
ANOMALIAS CONGENITAS	134	0,25	0,26
CIERTAS ENFERMEDADES CON ORIGEN EN EL PERIODO PERINATAL	8	0,02	0,02
SINTOMAS, SIGNOS Y ESTADOS MAL DEFINIDOS	2.145	4,03	4,15
LESIONES Y ENVENENAMIENTOS	8.448	15,87	15,82

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Las Enfermedades del Sistema Osteo-mioarticular son las más frecuentes en todas las secciones de actividad, presentando la tasa más alta la Industria Manufacturera (109,16 x 1.000 afiliados), seguida de la Administración Pública, Defensa y Seguridad Social, con un (61,07 x 1.000 afiliados), y Actividades Administrativas y Servicios Auxiliares (41,95 x 1.000 afiliados).

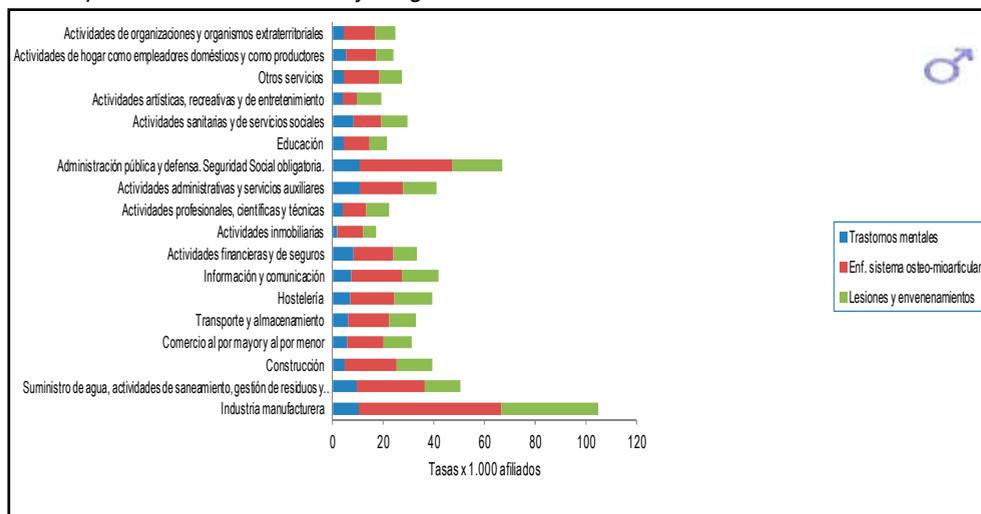
Las Trastornos Mentales son motivo de bajas médicas en la Industria Manufacturera (29,11x1.000 afiliados), y Administración Pública y Defensa y Seguridad Social (21,68x1.000 afiliados) y Actividades Administrativas y Servicios Auxiliares (19,38 x 1.000 afiliados).

Figura 9. Distribución de las tasas que con mayor frecuencia causan baja por Enfermedad común por Sección de actividad y Diagnóstico médico. Mujeres. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

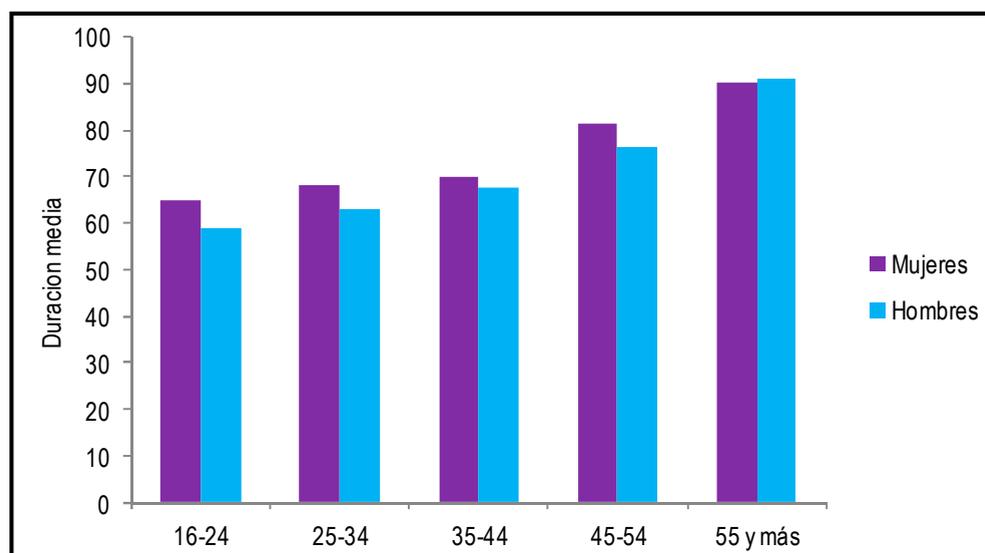
Figura 10. Distribución de las tasas que con mayor frecuencia causan baja por Enfermedad común por Sección de actividad y Diagnóstico médico. Hombres. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Por lo que se refiere a la duración de la IT en nuestra población, la duración media de los episodios de baja médica fue de 73,95 días, en el caso de las mujeres, y de 73,16 días para los hombres. Por grupos de edad, la incidencia es ligeramente superior en mujeres, si exceptuamos el grupo de mayor edad, en el que es mayor en los hombres.

Figura 11. Duración media en días de Incapacidad Temporal por edad y sexo. Enfermedad Común 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Por grupo de cotización en las mujeres la menor duración de la baja la presentan las Ingenieras y licenciadas (60,90 días), y la mayor los peones (79,78 días). En los hombres, la menor duración media la presentan los Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes titulados, y la mayor los Oficiales 1ª y 2ª (77,11 días).

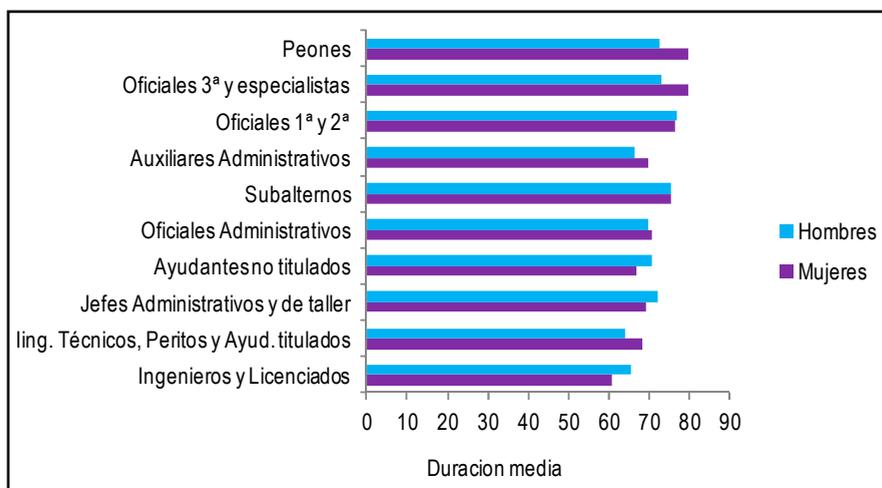
Entre sexos, las mayores diferencias se aprecian en los peones (9,58%), en los Oficiales 3ª y especialistas (9,16%), Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes titulados (6,41%) y en los Auxiliares Administrativos (4,83%) en los que la duración media es mayor en las mujeres. Por el contrario la duración media de los procesos de Incapacidad Temporal es mayor en los hombres en los Ingenieros y Licenciados (7,95%), en los Ayudantes no titulados (5,87%) y en los Jefes Administrativos y de taller (4,28%).

Tabla 17. Duración media en días de Incapacidad Temporal por Grupo de cotización y sexo. Enfermedad Común. Año 2010.

Grupo de Cotización	Mujeres	Hombres
Ingenieros y Licenciados	60,90	65,74
Ingenieros Técnicos, Peritos y Ayudantes titulados	68,37	64,25
Jefes Administrativos y de taller	69,42	72,39
Ayudantes no titulados	66,90	70,82
Oficiales Administrativos	70,70	69,72
Subalternos	75,29	75,38
Auxiliares Administrativos	69,92	66,70
Oficiales 1ª y 2ª	76,67	77,11
Oficiales 3ª y especialistas	79,65	72,96
Peones	79,78	72,81

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Figura 12. Duración media en días de Incapacidad Temporal por Grupo de cotización y sexo. Enfermedad Común 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Si analizamos los datos sobre la duración media de los episodios de enfermedad común por actividad económica y sexo, vemos que la mayor duración de la baja la presentan las mujeres trabajadoras de las Industrias manufactureras (82,07 días), seguidas de Hostelería (77,53 días), Admón. Pública y defensa (75,72 días), Transporte y almacenamiento (73,50 días); y presentan la menor duración media de la baja las trabajadoras de Información y comunicación (60,29 días), Actividades financieras y de seguros (61,78 días), Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales (62,00 días) y Actividades profesionales, científicas y técnicas (62,47 días).

En los hombres la mayor duración de las bajas se observa en los trabajadores de la Admón. Pública y defensa (79,31 días), Actividades inmobiliarias (78,98 días), Construcción (78,61 días) y Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión residuos y descontaminación (78,52 días); y la menor duración se produjo en los trabajadores de Información y comunicación (59,86 días), Actividades profesionales, científicas y técnicas (65,47 días) Educación (66,92 días).

Tabla 18. Duración media en días de Incapacidad Temporal por Actividad Económica y sexo. Enfermedad Común. Año 2010.

CNAE	Mujer	Hombre
Industria manufacturera	82,07	74,00
Suministro agua, actividades saneamiento, gestión residuos y descontaminación	72,64	78,45
Construcción	72,97	78,61
Comercio al por mayor y al por menor	72,67	69,59
Transporte y almacenamiento	73,50	73,28
Hostelería	77,53	67,23
Información y comunicación	60,29	59,86
Actividades financieras y de seguros	61,78	69,45
Actividades inmobiliarias	72,94	78,96
Actividades profesionales, científicas y técnicas	62,47	65,47
Actividades administrativas y servicios auxiliares	72,61	72,89
Admon pública y defensa. Seguridad Social obligatoria.	75,72	79,31
Educación	65,42	66,92
Actividades sanitarias y de servicios sociales	72,59	70,58
Act artísticas, recreativas y de entretenimiento	71,36	72,51
Otros servicios	64,96	68,52
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	72,14	76,37
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	62,00	78,44

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

El número total de jornadas perdidas por capítulo diagnóstico a lo largo del período estudiado tiene un total general de 6.462.406 días.

Los grupos diagnósticos a los que corresponde el mayor número de días de baja son:

- Los procesos Osteo-Mioarticulares con 2.070.128 días, lo que supone el 32,05% del total de los días de baja del período. En mujeres, el número de días de baja perdidos por esta causa es de 1.129.669 días (31,99%), y en hombres el número de días perdido fue de 940.446 (32,12%).

- Los Trastornos mentales, con 948.931 días, lo que supone el 14,69% del total de los días de baja del período. En mujeres, el número de días perdidos por esta causa son 598.696 días (16,95%) y en hombres 350.240 (11,96%).

- Lesiones y envenenamientos, con 897.807 días lo que supone un 13,90% del total de los días de baja del período. En mujeres, el número de días perdidos por esta causa son 342.518 días (9,70%) y en hombres 555.272 días (18,96%).

- Las Complicaciones del Embarazo, parto y puerperio con 396.719 días lo que supone el 6,14% del total de los días de baja del período. Esto es debido solamente a las mujeres con 396.719 días de baja (11,23%).

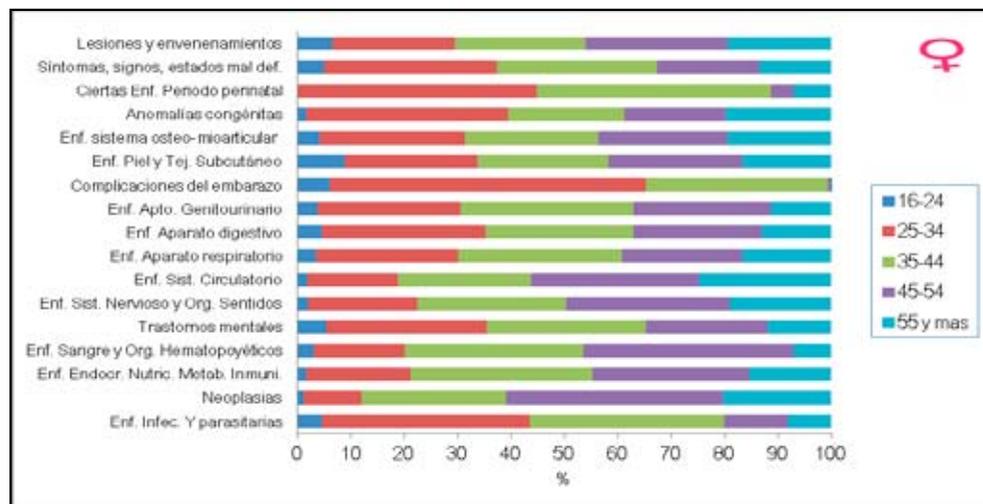
- Las Neoplasias, con 329.213 días, lo que supone un 5,10% del total de los días de baja del período. En mujeres el número de días perdidos son 185.019 días (5,24%) y en hombres 144.192 días (4,92%).

- Las Enfermedades del Aparato Digestivo, con 321.355 días (4,97%). En mujeres 111.938 días (3,17%) y en hombres 209.408 días (7,15%).

- Las Enfermedades del Sistema Circulatorio, con 317.385 días (4,91%). En mujeres 105.151 días (2,98%) y en hombres 212.227 días (7,25%).

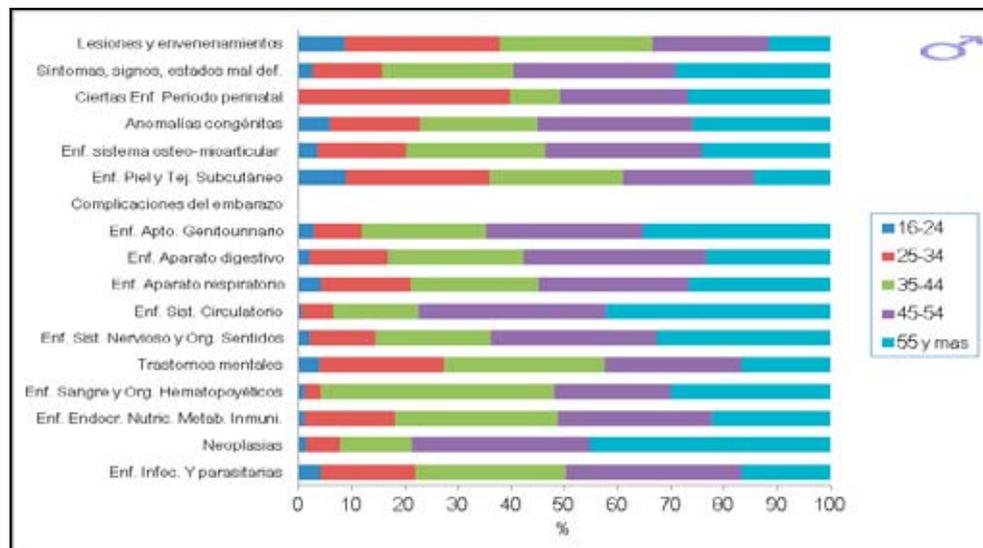
- Las Enfermedades del Sistema Nervioso y Órganos de los sentidos con 268.988 días, lo que supone 4,16%. En mujeres 145.460 días (4,12%) y en hombres 123.522 días (4,22%).

Figura 13. Porcentaje de días perdidos por Enfermedad común por Diagnóstico médico. Mujeres. Año 2010.



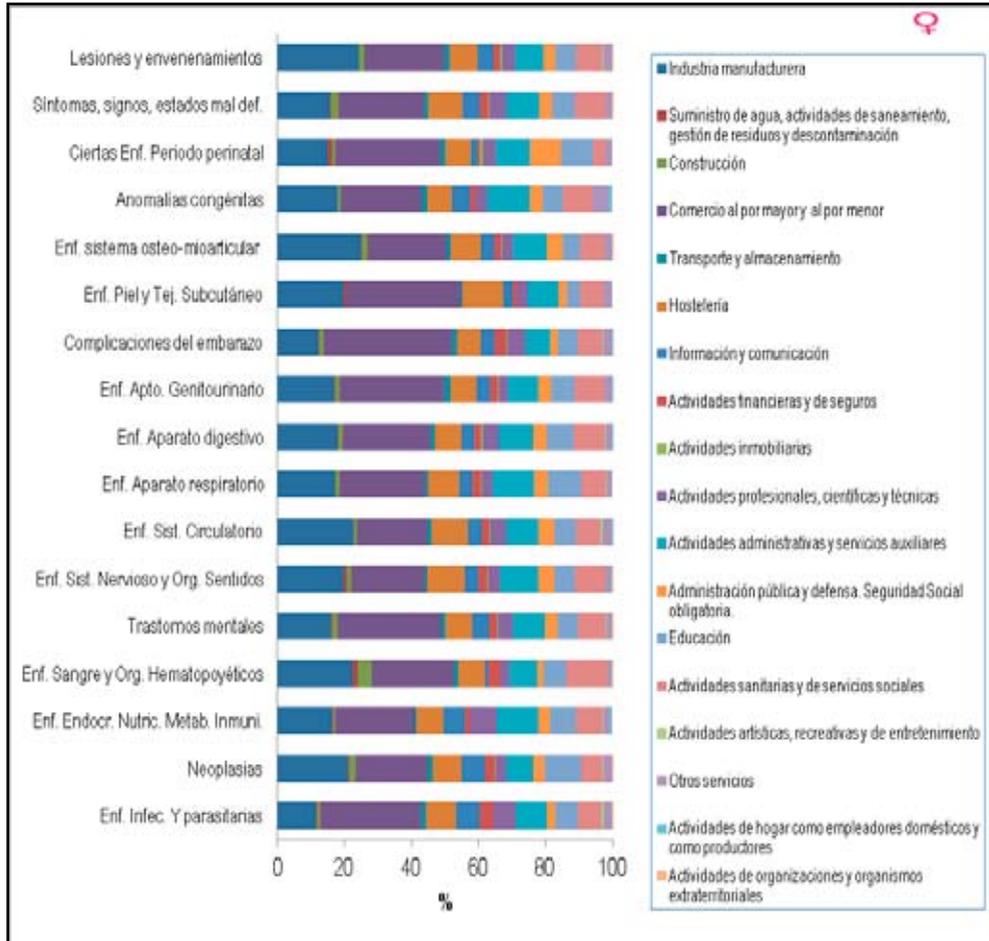
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Figura 14. Porcentaje de días perdidos por Enfermedad común por Diagnóstico médico. Hombres. Año 2010.



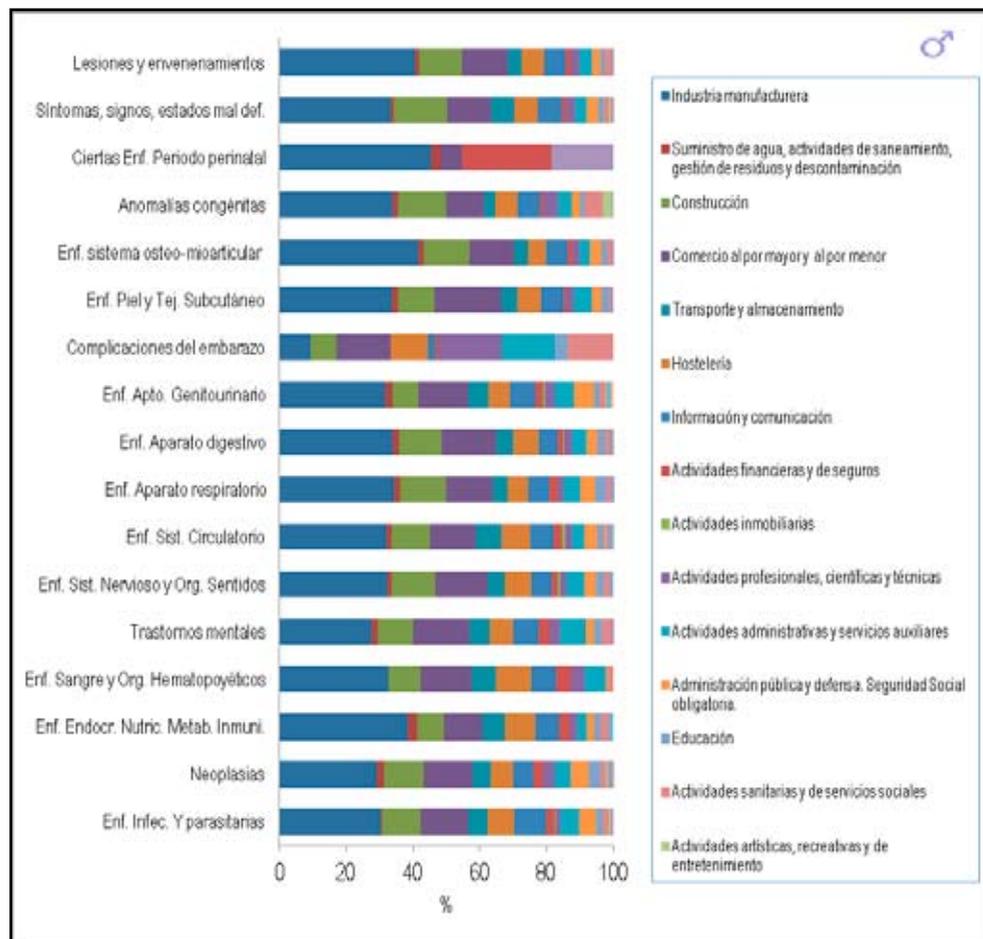
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Figura 15. Porcentaje de días perdidos por Enfermedad común por Diagnóstico médico y Sección de actividad. Mujeres 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Figura 16. Porcentaje de días perdidos por Enfermedad común por Diagnóstico médico y Sección de actividad. Hombres 2010.

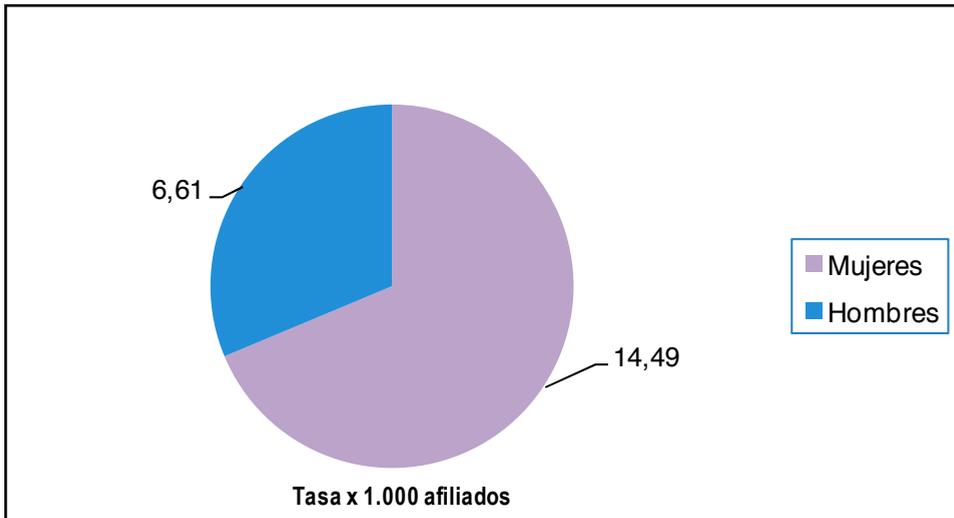


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

### 3.3.4. ANÁLISIS DE LOS EPISODIOS DEBIDOS A TRASTORNOS MENTALES

Durante el año 2010 se tramitaron 9.751 partes de baja de incapacidad temporal por enfermedad mental. El 63,92 % de los partes de baja se registraron en mujeres y el 36,08 % se registraron en hombres. La tasa de prevalencia de enfermedades mentales que causaron baja médica fue de 10,12 bajas por 1.000 afiliados a la Seguridad Social, la prevalencia de los episodios de baja debido a enfermedad mental en mujeres se presentan en la Figura 17 y en la Tabla 18. En ellas podemos ver que es más del doble en las mujeres en relación a los hombres.

Figura 17. Distribución de las bajas de incapacidad temporal por enfermedad mental por sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 19. Tasa estandarizada de los episodios de baja laboral debido a enfermedad mental por sexo. Año 2010.

Sexo	Tasa estandarizada	Razón de tasas m/h	Intervalo de confianza al 95%	
			Inferior	Superior
Hombres	6,65	1		
Mujeres	14,6	2,22	2,13	2,32

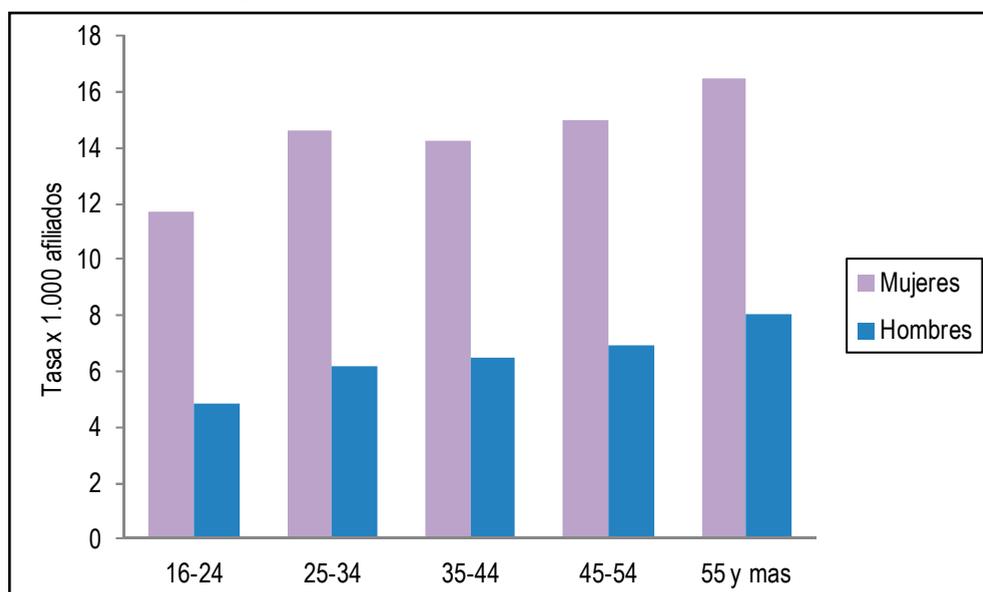
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

## EDAD

Tanto en hombres como en mujeres la prevalencia aumenta conforme aumenta la edad. Al comparar las tasas de prevalencias de episodios de baja en las mujeres en relación a hombres se aprecia que la razón de estas tasas es mayor de 2 en todos los grupos de edad, oscilando entre el 2,42 en los más jóvenes y 2,05 en los de mayor edad.

72

Figura 18. Distribución de la prevalencia de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por grupos de edad y sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 20. Razón de las tasas de prevalencia de enfermedad mental por grupos de edad. Año 2010.

G edad	Razón de tasas m/h	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
16-24	2,42	2,14	2,73
25-34	2,37	2,1	2,67
35-44	2,18	1,94	2,46
45-54	2,15	1,91	2,43
55 y mas	2,05	1,81	2,31

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

## CATEGORÍA PROFESIONAL

Si se describe la prevalencia de episodios de baja por categoría profesional vemos que en las mujeres la mayor prevalencia la presentan la categoría Oficiales Administrativos (19,47 por 1.000 afiliadas) y la menor la de Ingenieros y licenciados (9,04 por 1.000 afiliadas). En los hombres la mayor prevalencia la tienen los Auxiliares Administrativos (9,44 por 1.000 afiliados) y la menor, al igual que en las mujeres, los Ingenieros y licenciados (4,57 por 1.000 afiliados).

Si comparamos la prevalencia de hombres y mujeres, tras suprimir el efecto de la edad por la estandarización tomando como referencia los hombres, vemos que en todas las categorías, la prevalencia es mayor en las mujeres y que la mayor diferencia se observa en las categorías de Oficiales de 1ª y 2ª (Razón de tasas – RT – 2,53), y la más baja en Jefes Administrativos y de taller (RT 1,74).

Si comparamos las tasas estandarizadas de las distintas Categorías profesionales con la de Ingenieros y licenciados vemos que:

- En el caso de las mujeres la mayor diferencia se da en la categoría de Oficiales Administrativos, que duplica la tasa de los Ingenieros y licenciados; y la menor la presentan los Ingenieros técnicos, peritos (30%) seguidos de los Jefes administrativos y de taller (31%).

- En los hombres la mayor diferencia se observa con los Auxiliares Administrativos (RT 2,35) seguido de los Oficiales Administrativos (RT 2,16) y Subalternos (RT 2,16) y Oficiales de 1ª y 2ª (RT 2,07). Por el contrario la menor diferencia se da en los Ingenieros técnico, peritos y ayudantes titulados (RT 1,16).

Figura 19. Distribución de la prevalencia de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por categoría profesional y sexo. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 21. Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por grupo de cotización. Mujeres, Año 2010.

Grupo cotización Mujeres	Nº de casos	Población	Tasa cruda	Tasa estandarizada	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Ingenieros y Licenciados	309	34.163	9,04	9,41	6,79	13,05
Ing. Técnico, Peritos y Ayuda. Titulados	424	34.728	12,21	12,24	8,83	16,97
Jefes Administrativos y de taller	191	15.170	12,59	12,31	8,88	17,06
Ayudantes no titulados	212	13.792	15,37	15,85	11,43	21,97
Oficiales Administrativos	1.644	84.428	19,47	19,38	13,98	26,87
Subalternos	193	11.933	16,17	16,43	11,85	22,77
Auxiliares Administrativos	1.239	76.961	16,1	16,2	11,68	22,45
Oficiales 1ª y 2ª	461	26.674	17,28	17,43	12,57	24,16
Oficiales 3ª y especialistas	429	30.158	14,23	14,87	10,72	20,62
Peones	646	44.721	14,45	14,92	10,76	20,69

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 22. Distribución de las tasas de prevalencia cruda y estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por grupo de cotización. Hombres, Año 2010.

Grupo cotización Hombres	Nº de casos	Población	Tasa cruda	Tasa estandarizada	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Ingenieros y Licenciados	202	44.217	4,57	4,34	2,93	6,41
Ing. Técnico, Peritos y Ayuda. Titulados	162	30.973	5,23	5,05	3,42	7,46
Jefes Administrativos y de taller	259	33.720	7,68	7,07	4,79	10,45
Ayudantes no titulados	209	23.630	8,84	8,4	5,68	12,41
Oficiales Administrativos	441	47.084	9,37	9,37	6,34	13,85
Subalternos	147	16.147	9,1	9,15	6,19	13,52
Auxiliares Administrativos	274	29.033	9,44	10,17	6,88	15,03
Oficiales 1ª y 2ª	804	115.794	6,94	6,9	4,67	10,2
Oficiales 3ª y especialistas	341	47.520	7,18	7,29	4,93	10,77
Peones	298	45.101	6,61	6,77	4,58	10,01

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 23. Distribución de las razones de tasas de prevalencia estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por grupo de cotización. Año 2010.

Grupo cotización	Razón de tasa estandarizada mujer / hombre	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Ingenieros y Licenciados	2,17	1,7	2,77
Ing. Técnico, Peritos y Ayuda. Titulados	2,42	1,9	3,09
Jefes Administrativos y de taller	1,74	1,37	2,22
Ayudantes no titulados	1,89	1,48	2,41
Oficiales Administrativos	2,07	1,62	2,63
Subalternos	1,80	1,41	2,29
Auxiliares Administrativos	1,59	1,25	2,03
Oficiales 1ª y 2ª	2,53	1,98	3,22
Oficiales 3ª y especialistas	2,04	1,6	2,6
Peones	2,2	1,73	2,81

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 24. Distribución de las razones de tasas de prevalencia estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por grupo de cotización, tomando como referencia Ingenieros y Licenciados. Mujeres, Año 2010.

Grupo cotización. Mujeres	Razón de tasa estandarizada	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Ingenieros y Licenciados	1,00		
Ing. Técnico, Peritos y Ayuda. Titulados	1,30	0,94	1,80
Jefes Administrativos y de taller	1,31	0,94	1,81
Ayudantes no titulados	1,68	1,21	2,33
Oficiales Administrativos	2,06	1,48	2,85
Subalternos	1,75	1,26	2,42
Auxiliares Administrativos	1,72	1,24	2,39
Oficiales 1ª y 2ª	1,85	1,34	2,57
Oficiales 3ª y especialistas	1,58	1,14	2,19
Peones	1,59	1,14	2,20

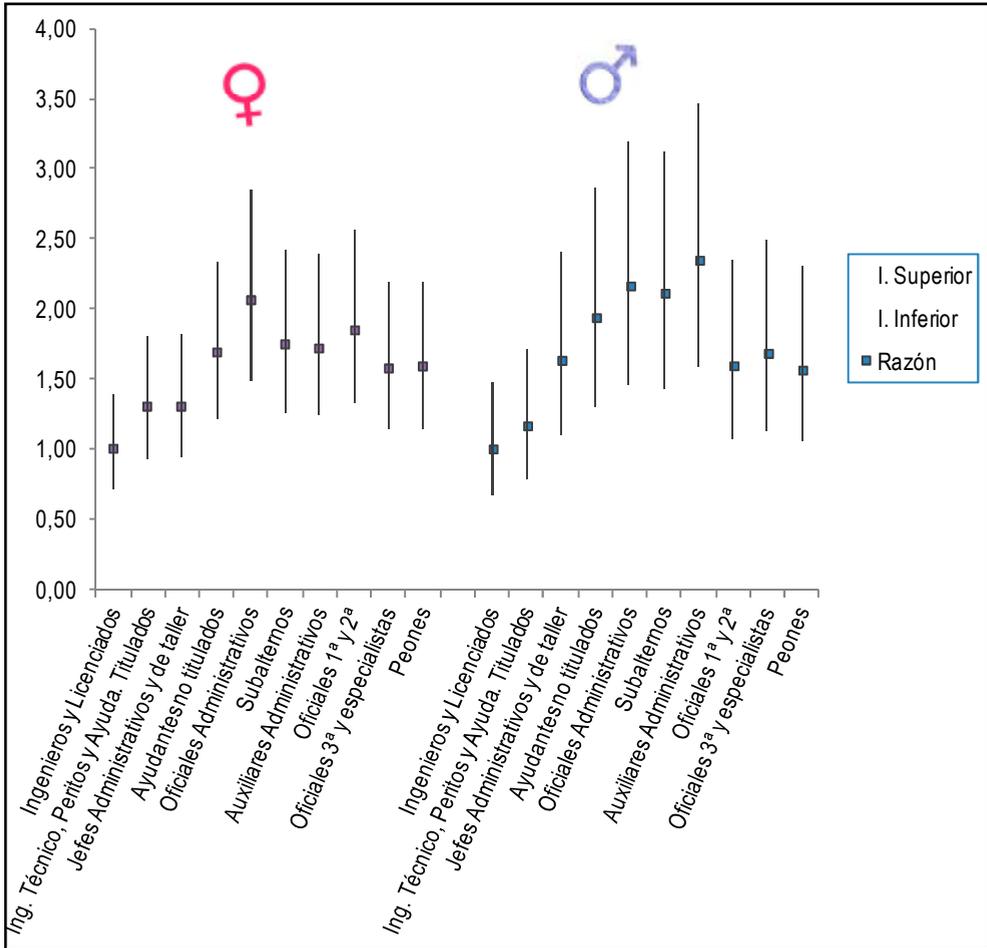
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 25. Distribución de las razones de tasas de prevalencia estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por grupo de cotización, tomando como referencia Ingenieros y Licenciados. Hombres, Año 2010.

Grupo cotización. Hombres	Razón de tasa estandarizada	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Ingenieros y Licenciados	1,00		
Ing. Técnico, Peritos y Ayuda. Titulados	1,16	0,79	1,72
Jefes Administrativos y de taller	1,63	1,10	2,41
Ayudantes no titulados	1,94	1,31	2,86
Oficiales Administrativos	2,16	1,46	3,19
Subalternos	2,11	1,43	3,12
Auxiliares Administrativos	2,35	1,59	3,47
Oficiales 1ª y 2ª	1,59	1,08	2,35
Oficiales 3ª y especialistas	1,68	1,14	2,48
Peones	1,56	1,06	2,31

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Figura 20. Distribución de las razones de tasas de prevalencia estandarizada de los episodios con incapacidad temporal por enfermedad mental por categoría profesional, tomando como referencia Ingenieros y Licenciados . Año 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

## ACTIVIDAD ECONÓMICA

Cuando se analiza la distribución de las tasas de prevalencia de IT por trastornos mentales por Sección de Actividad se observa que en las mujeres la Industria manufacturera es la actividad que presenta una mayor tasa de episodios, 29,7 por 1.000 afiliados, seguida de la Administración pública y defensa y Actividades administrativas y servicios auxiliares. Por el contrario, presentan la menor incidencia Actividades inmobiliarias, 8,72 por 1.000 afiliados, Otros servicios y Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento.

En los hombres las actividades que presentan una mayor tasa de episodios de baja por enfermedad mental son la Administración pública y defensa, las Actividades administrativas y servicios auxiliares y la Industria manufacturera. En el extremo opuesto se encuentran Actividades profesionales, científicas y técnicas, Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento y las Actividades inmobiliarias.

La razón de tasas entre sexos en todas las ramas de actividad es mayor en las mujeres, si exceptuamos las Actividades del hogar como empleadores domésticos, y Actividades de organizaciones y organismos extra-territoriales, ambas no valorables por el escaso número de efectivos.

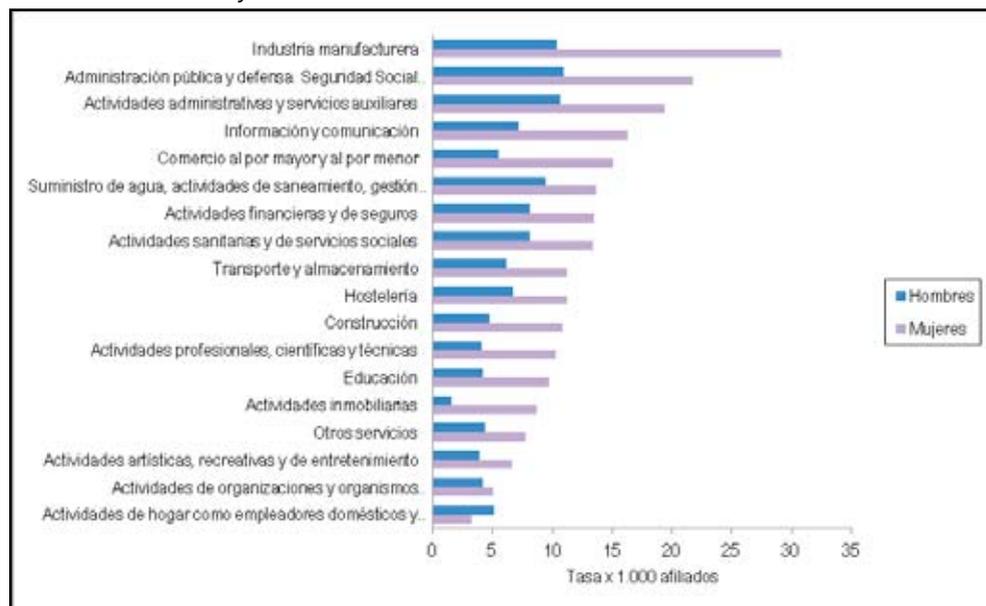
La mayor diferencia mujer/hombre se presenta en el caso de las Actividades inmobiliarias, con una razón de tasas de 5,82, Industria manufacturera (RT 2,96) y Comercio al por mayor y al por menor (RT 2,59).

Tomando como referencia la rama Actividades profesionales, científicas y técnicas, obtenemos los riesgos relativos o razones de tasas que se muestran en la Tabla. Se observa que las mayores en las mujeres son la Industria manufacturera (RT 2,99), la Administración pública y defensa (RT 1,93), las Actividades administrativas y servicios auxiliares (RT 1,89),

En el caso de los hombres, al realizar la misma comparación, son de nuevo la Industria manufacturera (RT 2,53), la Administración pública y defensa (RT 2,72) y las Actividades administrativas (RT 2,57), las que presentan una mayor prevalencia que la categoría de referencia. Por el contrario, las Actividades inmobiliarias (RT 0,38) y Educación (RT

0,99) son las que tienen una menor prevalencia de bajas medicas por trastornos mentales.

Figura 21. Distribución de la prevalencia de episodios de baja por Trastornos mentales por Sección de actividad y sexo. 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 26. Distribución de la prevalencia de episodios de baja por Trastornos mentales por Sección de actividad. Mujeres, Año 2010.

CNAE. Mujeres	Nº de Casos	Población	Tasa cruda	Tasa estandarizada	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Industria manufacturera	830	28.468	29,16	30,68		
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	21	1.533	13,70	13,85	2,33	403,33
Construcción	95	8.758	10,85	10,31	1,05	182,05
Comercio al por mayor y al por menor	1.916	127.034	15,08	14,22	0,78	135,54
Transporte y almacenamiento	80	7.124	11,23	10,53	1,08	186,90
Hostelería	461	41.145	11,20	11,41	0,80	138,48
Información y comunicación	364	22.377	16,27	15,33	0,87	149,98
Actividades financieras y de seguros	167	12.441	13,42	13,40	1,17	201,53
Actividades inmobiliarias	25	2.867	8,72	9,00	1,02	176,20
Actividades profesionales, científicas y técnicas	293	28.660	10,22	10,27	0,68	118,33
Actividades administrativas y servicios auxiliares	670	34.532	19,40	19,43	0,78	134,94
Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria.	224	10.301	21,75	19,84	1,48	255,46
Educación	388	39.846	9,74	9,29	1,51	260,84
Actividades sanitarias y de servicios sociales	528	39.555	13,35	13,44	0,71	122,11
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	11	1.656	6,64	6,50	1,02	176,73
Otros servicios	120	15.520	7,73	7,55	0,49	85,44
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	2	617	3,24	3,29	0,57	99,22
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	1	201	4,98	3,31	0,25	43,27
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	1	201	4,98	3,31	0,25	43,53

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 27. Distribución de la prevalencia de episodios de baja por Trastornos mentales por Sección de actividad. Hombres, Año 2010.

CNAE. Hombres	Nº de Casos	Población	Tasa cruda	Tasa estandarizada	Intervalo de confianza al 95%	
					Inferior	Superior
Industria manufacturera	871	84.156	10,35	10,37		
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	63	6.653	9,47	9,00	0,87	123,5
Construcción	343	72.685	4,72	4,69	0,76	107,26
Comercio al por mayor y al por menor	605	110.494	5,48	5,48	0,39	55,88
Transporte y almacenamiento	209	34.257	6,1	6,12	0,46	65,28
Hostelería	269	40.154	6,7	7,08	0,51	72,92
Información y comunicación	312	43.580	7,16	6,34	0,59	84,38
Actividades financieras y de seguros	111	13.671	8,12	7,13	0,53	75,54
Actividades inmobiliarias	4	2.535	1,58	1,55	0,6	84,91
Actividades profesionales, científicas y técnicas	110	27.230	4,04	4,1	0,13	18,44
Actividades administrativas y servicios auxiliares	260	24.352	10,68	10,53	0,34	48,88
Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria.	112	10.278	10,9	11,14	0,88	125,49
Educación	76	18.411	4,13	4,04	0,94	132,75
Actividades sanitarias y de servicios sociales	93	11.426	8,14	8,24	0,34	48,19
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	8	2.079	3,85	4,26	0,69	98,14
Otros servicios	33	7.524	4,39	4,38	0,36	50,79
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	9	1.767	5,09	8,24	0,37	52,21
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	1	241	4,15	3,89	0,69	98,15
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	1	241	4,15	3,89	0,33	46,3

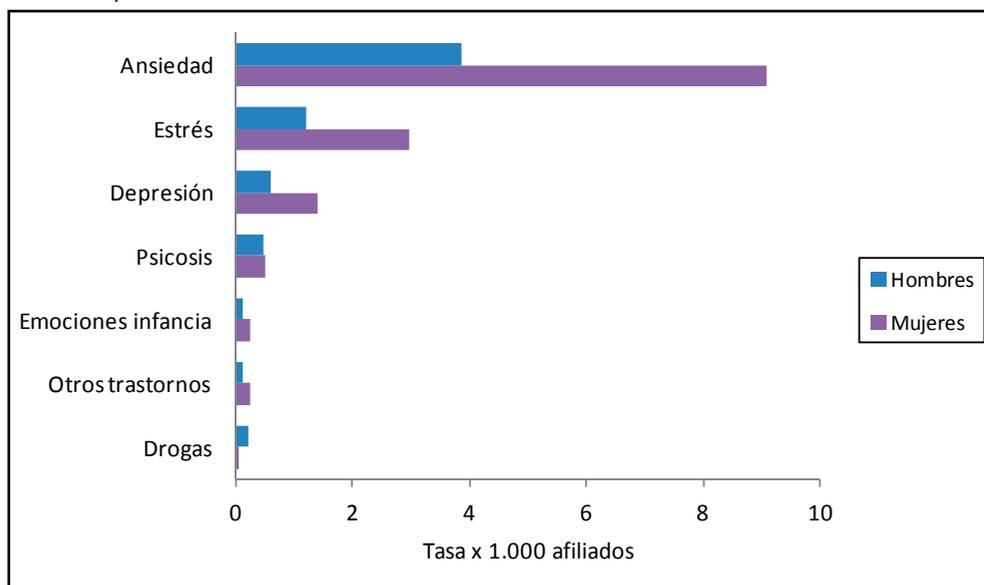
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

## CATEGORÍA DIAGNÓSTICA

Los trastornos mentales que con más frecuencia causan baja médica, tanto en hombres como en mujeres, son la ansiedad, el estrés y la depresión.

En las mujeres la proporción de episodios de baja médica por ansiedad es del 62,83 %, por estrés es del 20,47 % y por depresión un 9,61 %. En los hombres la ansiedad ha supuesto un 58,44 % del total de bajas, el estrés un 18,39 % y la depresión un 9,18 %.

Figura 22. Distribución de la tasa de prevalencia de Incapacidad temporal por Trastornos mentales por sexo. 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

## DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD

Si analizamos los datos sobre la duración media de los episodios de trastornos mentales por actividad económica y sexo, vemos que la mayor duración de la baja la presentan las mujeres trabajadoras de Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación (159,76 días) seguidas de la Industria manufacturera (113,71 días), Admón. Pública y defensa. Seguridad Social obligatoria (103,71 días) y Hostelería (101,48 días). Presentan la menor duración media de la baja las trabajadoras de Actividades inmobiliarias (64,76 días), Actividades artísticas y recreativas (78,36 días), Información y comunicación (83,75 días) y Actividades administrativas y servicios auxiliares (84,08 días).

En los hombres la mayor duración de las bajas se observa en los trabajadores de las Actividades inmobiliarias (134,5 días), Industria manufacturera (109,73 días), Construcción (107,46 días), Transporte y almacenamiento (102,29 días) y la menor duración se produjo en los trabajadores de las Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento (62,62 días), Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria (85,09 días), Información y comunicación (85,34 días), Educación (90,91 días) y Actividades financieras y de seguros (93,93 días).

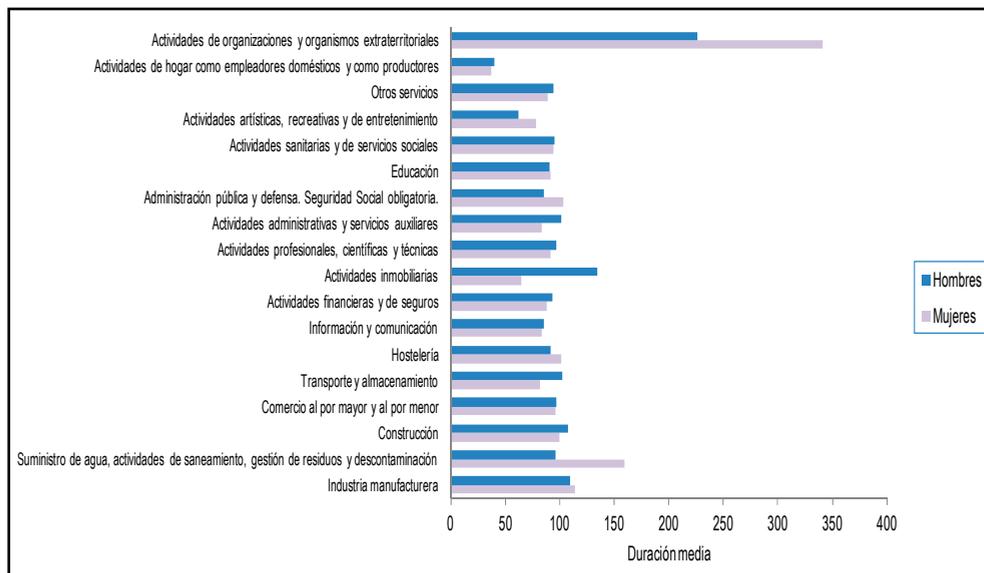
Las diferencias entre ambos sexos, y entre distintas ramas de actividad para el mismo sexo, son muy grandes en algunas actividades. En la Tabla 30 y Figura 23 pueden verse con detalle.

Tabla 28. Duración media en días de Incapacidad Temporal por Sección de actividad y sexo. Trastornos mentales. Año 2010.

Actividad económica	Mujeres	Hombres
Industria manufacturera	113,71	109,74
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	159,76	96,10
Construcción	100,01	107,46
Comercio al por mayor y al por menor	96,15	96,75
Transporte y almacenamiento	82,28	102,29
Hostelería	101,48	91,61
Información y comunicación	83,76	85,34
Actividades financieras y de seguros	88,18	93,93
Actividades inmobiliarias	64,76	134,50
Actividades profesionales, científicas y técnicas	91,76	97,28
Actividades administrativas y servicios auxiliares	84,08	101,28
Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria.	103,71	85,09
Educación	91,54	90,91
Actividades sanitarias y de servicios sociales	93,98	95,03
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	78,36	62,63
Otros servicios	88,72	94,18
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	37,00	39,67
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	341,00	226,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Figura 23. Duración media en días de Incapacidad Temporal por Actividad Económica y sexo. Trastornos mentales. Año 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

El número de jornadas perdidas por capítulo diagnóstico a lo largo del período estudiado tiene un total general de 948.926 días.

La ansiedad ocupa el primer lugar en ambos sexos, siendo de un 60,12% del total de los días de baja del período (570.468 días) para ambos. El segundo lugar lo ocupa el estrés, con un 18,93% del total (179.619 días), y la depresión ocupa el tercer lugar, con un 10,54% y 99.166 días de baja.

Analizando a las mujeres por separado, se observa que el total general es de 598.686 días de baja, de los cuales el 61,86% corresponde a trastornos de ansiedad (370.326 días), un 19,56% al estrés (117.097 días) y la depresión supone un 10,49% del total (62.790 días de baja).

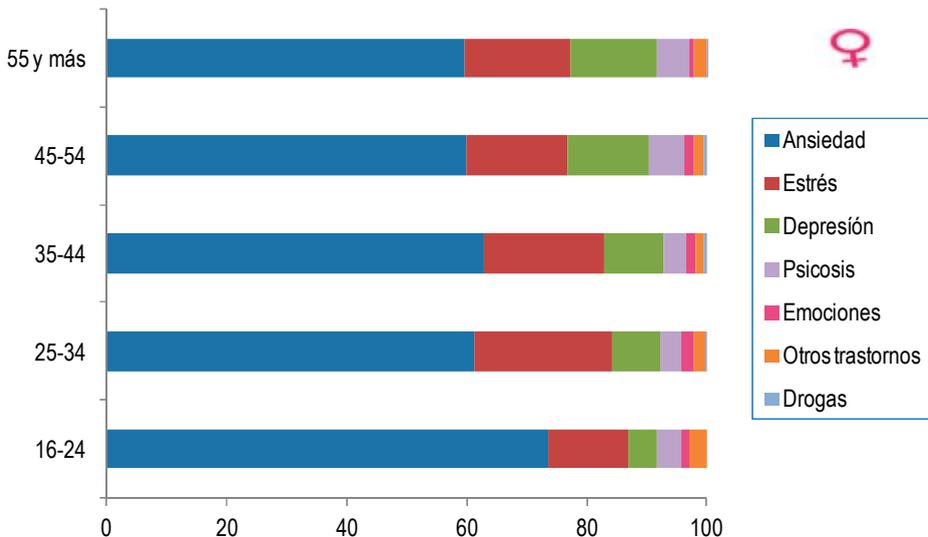
En el caso de los hombres, los días totales de baja que suponen los trastornos mentales suman 350.240, de los cuales la ansiedad sigue suponiendo el mayor porcentaje, con un 57,14% (200.142 días), seguido del estrés con un 17,85% (62.522 días) y la depresión, 10,39% del total (36.376 días).

Tabla 29. Duración media y Duración de la baja al alta por Trastornos mentales y sexo. Año 2010.

Trastornos mentales	Ambos			Mujer			Hombre		
	DMB	DBA	% DBA	DMB	DBA	% DBA	DMB	DBA	% DBA
Ansiedad	95,52	570.468	60,12	94,57	370.326	61,86	97,35	200.142	57,14
Estrés	93,41	179.619	18,93	91,77	117.097	19,56	96,63	62.522	17,85
Depresión	107,56	99.166	10,45	104,82	62.790	10,49	112,62	36.376	10,39
Psicosis	107,56	51.200	5,40	116,14	25.666	4,29	100,13	25.534	7,29
Emociones	97,45	15.397	1,62	99,20	10.218	1,71	94,16	5.179	1,48
Otros trastornos	95,73	16.082	1,69	106,80	10.680	1,78	79,44	5.402	1,54
Drogas	128,74	16.994	1,79	106,06	1.909	0,32	132,32	15.085	4,31
Total general	97,32	948.926	100,00	96,05	598.686	100,00	99,56	350.240	100,00

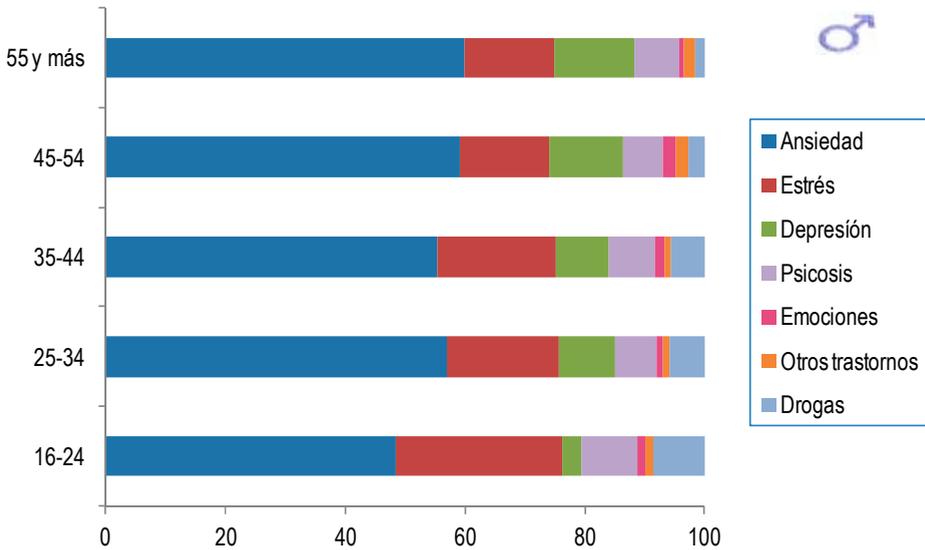
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Figura 24. Duración de la baja al alta por Trastornos mentales por grupos de edad. Mujeres 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Figura 25. Duración de la baja al alta por Trastornos mentales por grupos de edad. Hombres. 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

En todos los grupos de edad sigue siendo la ansiedad el trastorno mental que mayor proporción de días de baja consume. Se observa, en el caso de las mujeres, que presenta una tendencia decreciente en la proporción de días de baja con la edad, mientras que en los hombres ocurre lo contrario, la tendencia es creciente con la edad.

En el caso del estrés llama la atención que en el caso de las mujeres el grupo de edad de 25 a 34 años es el que mayor porcentaje representa al compararlo con los demás grupos de edad. En el caso de los hombres es el grupo de 16 a 24 años el que mayor porcentaje presenta de todas las edades.

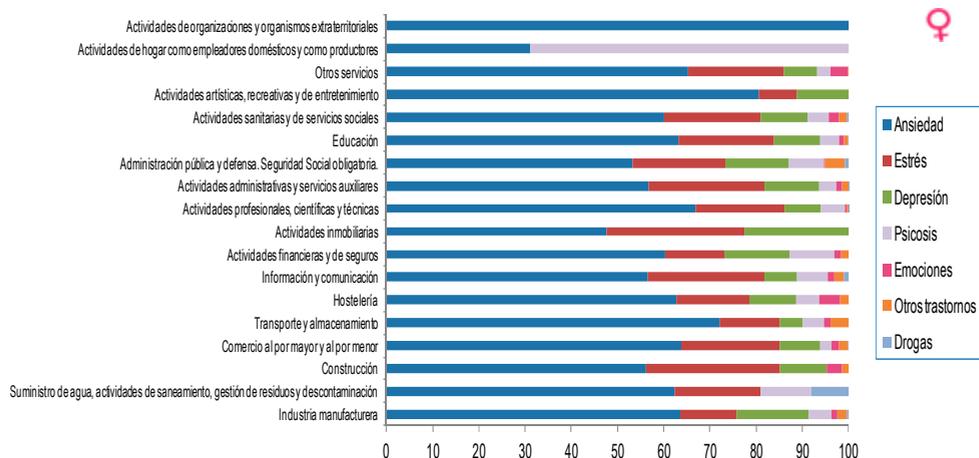
En cuanto a la depresión, en ambos sexos se observa una tendencia creciente con la edad siendo el grupo que mayor proporción presenta el de 55 años y más.

También es importante resaltar los porcentajes que suponen los trastornos mentales por dependencia de sustancias en los días de baja en los hombres, que aunque tienen una tendencia decreciente con la edad, suponen un porcentaje significativamente mayor que en el caso de las mujeres, en que casi es despreciable sin llegar en ninguno de los grupos al 1%.

Si observamos en las figuras el comportamiento de los trastornos mentales por actividad económica y sexo, vemos que en el caso de las mujeres la ansiedad es más frecuente en las Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento, seguida de Transporte y almacenamiento, y de las Actividades profesionales, científicas y técnicas. La que menor porcentaje supone es la Actividad del hogar, como empleadores domésticos, y como productores, seguido de las Actividades inmobiliarias. En el estrés, las Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento, es la sección que menor proporción supone de días de baja médica, mientras que las Actividades inmobiliarias presentan el porcentaje mayor. Estas son también las que mayor proporción representan respecto a la depresión. En cuanto al consumo de drogas, es la sección de Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación, la que mayor porcentaje representa.

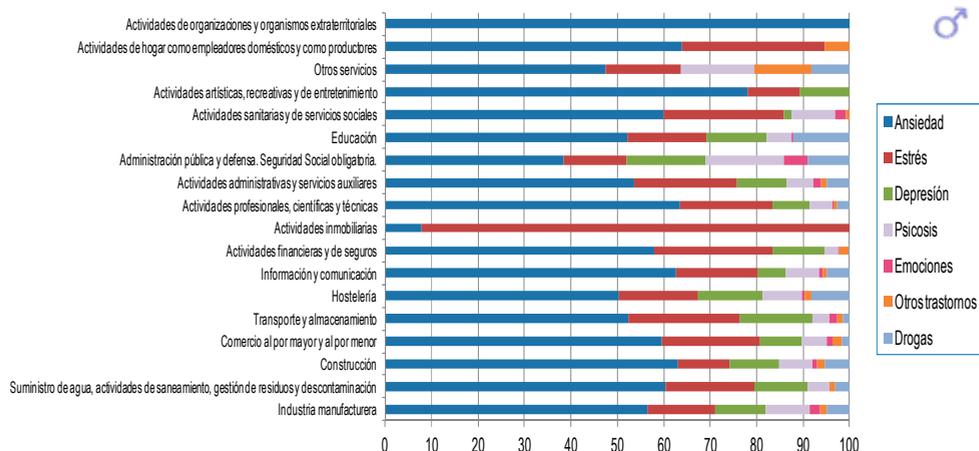
En el caso de los hombres, para los trastornos de ansiedad, son las Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento las que mayor porcentaje representan en días de baja, seguidas de las Actividades del hogar como empleadores domésticos y como productores. La que menor proporción representan son las Actividades inmobiliarias, que sin embargo para el caso del estrés representa la sección mayoritaria respecto a los días de baja médica.

Figura 26. Duración de la baja al alta por Trastornos mentales por sección de actividad. Mujeres. 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Figura 27. Duración de la baja al alta por Trastornos mentales por sección de actividad. Hombres. 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Como resumen de este apartado, y con el fin de facilitar la interpretación de la información que hemos descrito hasta aquí, en las Tablas 32 a 35 se presentan las razones de tasas crudas y estandarizadas por actividad económica, grupo de cotización y principales categorías diagnósticas de los trastornos mentales y del comportamiento.

Los valores utilizados como referencia han sido:

- Para la rama de actividad: Actividades profesionales, científicas y técnicas.
- Para el grupo de cotización: Ingenieros y Licenciados.

Con estos riesgos relativos nos proponemos calcular las fracciones atribuibles a exposiciones laborales de los trastornos mentales, en global y por categoría diagnóstica, tal y como describimos a continuación en la Segunda Parte de este estudio.

Tabla 30. Razón de tasas crudas de los episodios de baja médica por Trastornos mentales en las variables sociolaborales. Mujeres, Año 2010.

Sección de Actividad	Trastornos Mentales	Ansiiedad	Estrés	Depresión	Psicosis	Emociones infancia	Otros trastornos	Drogas
Industria manufacturera	2,85	2,64	2,21	5,58	3,19	3,35	11,58	3,01
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	1,34	1,22	2,00	0,00	1,56	0,00	0,00	18,69
Construcción	1,06	0,90	1,34	1,80	0,00	4,36	1,64	3,27
Comercio al por mayor y al por menor	1,48	1,42	1,63	1,68	0,81	2,18	3,50	0,90
Transporte y almacenamiento	1,10	1,07	1,08	1,01	1,01	2,68	4,02	0,00
Hostelería	1,10	0,98	1,07	1,67	1,39	3,25	2,44	0,70
Información y comunicación	1,59	1,36	2,15	1,86	1,81	2,13	3,85	1,28
Actividades financieras y de seguros	1,31	1,20	0,91	3,00	1,92	2,30	2,30	0,00
Actividades inmobiliarias	0,85	0,75	0,89	2,50	0,00	0,00	0,00	0,00
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Actividades administrativas y servicios auxiliares	1,90	1,65	2,40	2,86	1,45	3,04	3,74	1,66
Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria.	2,13	1,80	2,33	4,03	2,78	1,85	5,55	2,77
Educación	0,95	0,89	1,07	1,15	0,96	1,20	1,80	0,72
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1,31	1,18	1,53	1,92	0,97	2,17	2,18	1,45
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	0,65	0,70	0,62	0,87	0,00	0,00	0,00	0,00
Otros servicios	0,76	0,76	0,69	0,65	0,46	3,69	0,92	0,00
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	0,32	0,23	0,00	0,00	3,87	0,00	0,00	0,00
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	0,49	0,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Grupo de cotización</b>								
Ingenieros y Licenciados	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00
Ing. Técnico, Peritos y Ayud. Titulados	1,35	1,31	1,35	1,42	1,21	3,93	1,64	0,00
Jefes Administrativos y de taller	1,39	1,23	1,63	1,83	1,04	4,50	2,25	0,00
Ayudantes no titulados	1,70	1,53	1,79	2,20	1,14	9,91	3,30	0,00
Oficiales Administrativos	2,15	2,10	2,38	1,89	1,56	4,86	2,83	0,00
Subalternos	1,79	1,73	1,76	1,70	2,42	4,29	1,91	0,00
Auxiliares Administrativos	1,78	1,79	1,80	1,55	1,13	4,66	3,26	0,00
Oficiales 1ª y 2ª	1,91	2,02	1,30	2,09	1,87	6,40	2,56	0,00
Oficiales 3ª y especialistas	1,57	1,61	1,29	2,18	1,13	1,13	2,27	0,00
Peones	1,60	1,48	1,47	2,09	1,53	6,49	3,82	0,00

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 31. Razón de tasas cruda de los episodios de baja médica por Trastornos Mentales en las variables sociolaborales. Hombres, Año 2010.

Sección de Actividad.	Trastornos mentales	Aniedad	Estrés	Depresión	Psicosis	Emociones infancia	Otros trastornos	Drogas
Industria manufacturera	2,56	2,32	2,35	3,30	4,20	4,85	1,62	5,01
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	2,34	1,93	2,15	5,00	2,05	0,00	1,36	10,23
Construcción	1,17	1,12	1,01	1,33	1,37	1,87	1,00	2,81
Comercio al por mayor y al por menor	1,36	1,32	1,61	1,12	1,36	1,72	1,31	1,11
Transporte y almacenamiento	1,51	1,29	1,96	2,29	1,06	3,18	0,53	3,18
Hostelería	1,66	1,39	2,03	2,49	2,03	2,71	0,68	3,39
Información y comunicación	1,77	1,69	1,91	1,25	3,02	2,50	0,83	3,12
Actividades financieras y de seguros	2,01	1,88	2,41	2,21	2,66	1,99	1,33	1,00
Actividades inmobiliarias	0,39	0,31	1,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Actividades administrativas y servicios auxiliares	2,64	2,44	3,00	2,73	2,98	6,71	2,24	3,35
Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria.	2,70	1,66	3,20	4,70	6,62	7,94	0,00	14,56
Educación	1,02	1,01	0,86	1,15	1,48	1,48	0,00	2,22
Actividades sanitarias y de servicios sociales	2,01	2,01	2,51	1,06	1,59	7,15	2,38	0,00
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	0,95	1,12	0,69	1,46	0,00	0,00	0,00	0,00
Otros servicios	1,09	0,93	0,76	0,00	4,22	0,00	2,41	3,62
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	1,26	1,32	0,81	0,00	0,00	0,00	5,14	7,71
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	1,03	1,61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Grupo de cotización</b>								
Ingenieros y Licenciados	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Ing. Técnico, Peritos y Ayud. Titulados	1,14	1,15	1,16	0,59	2,08	2,14	0,95	1,43
Jefes Administrativos y de taller	1,68	1,76	1,52	1,20	1,55	2,62	3,50	2,62
Ayudantes no titulados	1,94	1,87	1,92	1,40	3,06	2,81	2,49	4,68
Oficiales Administrativos	2,05	1,98	2,47	1,25	2,22	3,29	2,82	4,70
Subalternos	1,99	2,02	1,44	1,37	3,24	5,48	0,91	9,58
Auxiliares Administrativos	2,07	1,93	2,32	1,33	3,88	5,33	1,52	1,52
Oficiales 1ª y 2ª	1,52	1,49	1,51	1,24	1,63	2,29	1,53	5,54
Oficiales 3ª y especialistas	1,57	1,43	1,71	1,40	1,52	0,93	3,10	7,91
Peones	1,45	1,40	1,14	1,02	1,96	2,94	2,61	9,31

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 32. Razón de tasas estandarizadas de los episodios de baja médica por Trastornos Mentales en las variables sociolaborales. Mujeres, Año 2010.

Sección de Actividad.	Trastornos Mentales	Ansiedad	Estrés	Depresión
Industria manufacturera	2,99	2,91	2,09	5,59
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	1,35	1,36	1,51	0,00
Construcción	1,00	0,89	1,17	1,61
Comercio al por mayor y al por menor	1,39	1,37	1,45	1,62
Transporte y almacenamiento	1,03	1,03	0,92	1,15
Hostelería	1,11	1,03	0,98	1,70
Información y comunicación	1,49	1,36	1,84	1,51
Actividades financieras y de seguros	1,31	1,20	0,80	3,29
Actividades inmobiliarias	0,88	0,79	0,92	2,36
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1,00	1,00	1,00	1,00
Actividades administrativas y servicios auxiliares	1,89	1,73	2,17	2,69
Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria.	1,93	1,71	2,05	2,95
Educación	0,90	0,89	0,91	1,03
Actividades sanitarias y de servicios sociales	1,31	1,24	1,37	1,87
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	0,63	0,72	0,51	0,82
Otros servicios	0,74	0,77	0,67	0,63
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	0,32	0,18	0,00	0,00
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	0,32	0,50	0,00	0,00
<b>Grupo de cotización</b>				
Ingenieros y Licenciados	1,00	1,00	1,00	1,00
Ing. Técnico, Peritos y Ayud. Titulados	1,30	1,24	1,31	1,41
Jefes Administrativos y de taller	1,31	1,13	1,53	1,83
Ayudantes no titulados	1,68	1,42	1,69	2,75
Oficiales Administrativos	2,06	1,93	2,40	1,92
Subalternos	1,75	1,00	1,01	0,86
Auxiliares Administrativos	1,72	1,64	1,86	1,69
Oficiales 1ª y 2ª	1,85	1,89	1,31	2,20
Oficiales 3ª y especialistas	1,58	1,54	1,29	2,55
Peones	1,59	1,43	1,49	2,14

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.

Tabla 33. Razón de tasas estandarizadas de los episodios de baja médica por Trastornos Mentales en las variables sociolaborales. Hombres, Año 2010.

Sección de Actividad	Trastornos Mentales	Ansiedad	Estrés	Depresión
Industria manufacturera	2,53	2,27	2,43	2,82
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	2,19	1,80	2,16	3,98
Construcción	1,14	1,09	1,05	1,16
Comercio al por mayor y al por menor	1,34	1,29	1,61	0,98
Transporte y almacenamiento	1,49	1,26	2,04	2,05
Hostelería	1,73	1,65	2,39	2,81
Información y comunicación	1,55	1,51	1,66	0,79
Actividades financieras y de seguros	1,74	1,58	2,25	1,63
Actividades inmobiliarias	0,38	0,26	1,28	0,00
Actividades profesionales, científicas y técnicas	1,00	1,00	1,00	1,00
Actividades administrativas y servicios auxiliares	2,57	2,34	3,11	2,36
Administración pública y defensa. Seguridad Social obligatoria.	2,72	1,69	3,98	3,64
Educación	0,99	0,96	0,87	0,97
Actividades sanitarias y de servicios sociales	2,01	1,97	2,58	0,95
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	1,04	1,19	0,98	1,22
Otros servicios	1,07	0,89	0,79	0,00
Actividades de hogar como empleadores domésticos y como productores	2,01	1,74	0,33	0,00
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	0,95			
<b>Grupo de cotización</b>				
Ingenieros y Licenciados	1,00	1,00	1,00	1,00
Ing. Técnico, Peritos y Ayud. Titulados	1,16	1,16	1,17	0,60
Jefes Administrativos y de taller	1,63	1,74	1,40	1,12
Ayudantes no titulados	1,94	1,90	2,08	1,26
Oficiales Administrativos	2,16	2,10	2,58	1,29
Subalternos	2,11	2,23	1,58	1,62
Auxiliares Administrativos	2,35	2,20	2,38	1,79
Oficiales 1ª y 2ª	1,59	1,55	1,61	1,29
Oficiales 3ª y especialistas	1,68	1,53	1,75	1,56
Peones	1,56	1,46	1,21	1,18

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos agregados sobre IT y trabajadores cubiertos en 2010 facilitados por Fraternidad Muprespa.





# Segunda parte

## 4. Costes sanitarios directos de los trastornos mentales atribuibles al trabajo en España en 2010



## 4.1. Estimación de la carga de enfermedad atribuible al trabajo

Conocer cuantas enfermedades y lesiones en una población definida derivan de la exposición a factores profesionales es altamente deseable, pero también un gran reto.

El gran número de exposiciones en los lugares de trabajo (agentes químicos, físicos, biológicos, ergonómicos, psicológicos), y de enfermedades y daños concomitantes; la escasez de información detallada sobre la frecuencia e intensidad de tales exposiciones y sus impactos en la salud; la cantidad de obstáculos con que se encuentran médicos y trabajadores para investigar y notificar enfermedades profesionales; la interacción de factores laborales con factores no laborales en la cadena causal de las enfermedades, y la todavía escasa base científica de conocimiento en salud laboral – por nombrar sólo algunos de los principales motivos – dificultan caracterizar el impacto global de lesiones y enfermedades laborales en una población, y comparar tal impacto con otras causas de enfermedad y muerte.

El problema central es que son pocas las enfermedades causadas *exclusivamente* por exposiciones laborales. Estas pocas enfermedades –pneumoconiosis, cánceres tales como mesotelioma maligno y angiosarcoma hepático, hipoacusia por ruido– son infrecuentes, y suponen una pequeña proporción de la carga total de enfermedades y lesiones del trabajo.

Dada la naturaleza multifactorial de la mayoría de las enfermedades crónicas, es posible encontrar la relación con el trabajo en numerosos casos. Sin embargo, esta relación se diluye y desaparece en una red de causalidad compleja que pocos pueden, o quieren, desentrañar.

A pesar de tales dificultades, se han hecho esfuerzos con éxito, tanto a nivel de país como mundialmente, para obtener estimaciones razonablemente plausibles sobre la carga de enfermedad atribuible al trabajo. Estas estimaciones han sido desarrolladas en Estados Unidos, Canadá, Finlandia, Australia, Francia, y a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo). Los datos sub-

yacentes (y sus límites) utilizados para desarrollar estas estimaciones, derivan de estudios realizados en países industrializados y, por tanto, son más relevantes para los países de mayores rentas. Los enfoques utilizados pueden ser aplicados en zonas geográficas donde las exposiciones y las enfermedades resultantes pueden ser similares.

#### 4.1.1. ENFOQUES PARA LA ESTIMACIÓN DE LA CARGA DE LA ENFERMEDAD ATRIBUIBLE AL TRABAJO

Dado que la mayoría de las enfermedades no tienen una única causa, lo que se busca es determinar la proporción de casos o muertes de una enfermedad dada en una población que sea debida a factores profesionales. Esta proporción se denomina *fracción atribuible*. La fracción atribuible incluye casos que han sido causados o han sido agravados por factores profesionales. La fracción atribuible se considera también la proporción de enfermedad que podría ser prevenida o evitada si la exposición no ocurriera. Para obtener la fracción atribuible de una enfermedad debida a un factor profesional, se requiere el conocimiento de: 1) la proporción de la población diana que está expuesta al factor de riesgo, y 2) el riesgo de desarrollar la enfermedad considerada en los expuestos comparado con el riesgo de padecer la misma enfermedad entre aquéllos no expuestos.

102

Se utilizan dos aproximaciones epidemiológicas para obtener la fracción atribuible de las enfermedades causadas por factores laborales.

El primer enfoque –estudios caso control– implica la evaluación de individuos de la población general que tienen la enfermedad de interés (los casos), y la caracterización de sus principales exposiciones laborales, así como de otros factores etiológicos. Posteriormente, se les compara con individuos de la misma población que no tienen la enfermedad a estudio, los controles. Se identifican tanto la prevalencia de una exposición específica en la población general como el riesgo de enfermedad asociada con esa exposición. Estos dos parámetros –prevalencia de exposición y riesgo relativo de enfermedad– permiten la estimación de la fracción atribuible. En general, cualquier estudio informa de la población a estudio y sus resultados dependen de cómo se ha medido la exposición, qué importancia tenía la exposición, y también qué niveles de exposición se daban entre los participantes en el estudio. Estos importantes factores relacionados

con la exposición varían entre diferentes poblaciones. Sin embargo, si tales estudios se realizan en distintas poblaciones y se utilizan diferentes medidas de la exposición, entonces se puede desarrollar un intervalo de fracciones atribuibles para estimar qué proporción de enfermedad en una población dada es probable que sea profesional en origen. El cáncer de hígado ha sido ampliamente estudiado de esta forma en relación con su atribución profesional.

Un segundo enfoque –el enfoque de cohortes– examina la experiencia de salud y enfermedad de un grupo determinado, normalmente más específico y reducido que la población general. En estudios laborales, un grupo está definido por una exposición en el lugar de trabajo. Estos estudios son muy útiles para identificar el riesgo relativo de una enfermedad dada. Sin embargo, el riesgo relativo obtenido es propio del grupo particular bajo estudio y se puede aplicar en menor medida a otros grupos con exposiciones mayores o menores para el mismo agente laboral. Se necesitan varios estudios con este enfoque para desarrollar un intervalo de riesgos relativos que varíe dependiendo del nivel y características de la exposición. Usando este enfoque para identificar fracciones atribuibles, también se requiere información sobre la prevalencia y extensión de la exposición laboral de interés en la población general. Tal información no está a menudo disponible, es incompleta, o no está actualizada.

Cuando la información es suficiente y están disponibles los estudios, ambos enfoques se pueden utilizar para conocer el número de personas en una población determinada que padece una enfermedad dada debida a factores laborales. El número de casos de enfermedades laborales de cada grupo se puede, por tanto, agregar para conseguir una estimación global de la carga de enfermedades laborales en esa población.

#### **4.1.2. ESTIMACIONES EXISTENTES DE LA CARGA DE ENFERMEDAD DEBIDA A LA ACTIVIDAD LABORAL**

El auge de la investigación en salud laboral y de las políticas públicas en los años 1970 en los países desarrollados estimuló el interés por el conocimiento de la importancia relativa de las lesiones y las enfermedades laborales, comparadas con otras categorías etiológicas de enfermedad.

El cáncer de origen laboral se convirtió en el principal foco de este interés, debido a su frecuencia y letalidad, y también porque el amianto y el cloruro de vinilo habían sorprendido tanto a la comunidad científica como al público en general, por ser químicos habituales en el medio laboral y ser carcinogénicos.

Surgió entonces una discusión transatlántica en relación a qué proporción de los casos de cáncer eran debidos a las exposiciones laborales. Los científicos de varias agencias federales de los Estados Unidos, a partir del conocimiento existente sobre exposición y riesgos relativos, afirmaron que más del 20% de los cánceres en los Estados Unidos tenían un origen laboral (Bridbord et al., 1978).

Si esto es cierto, significaría que los agentes laborales se aproximarían al hábito tabáquico como causa de cáncer.

La publicación de estas estimaciones desembocaron en controversia, y el Congreso de los Estados Unidos comisionó a Richard Doll y Richard Peto para examinar el tema. Publicaron una monografía que revisaba todas las causas conocidas de cáncer, y estimaron que los factores laborales podrían ser responsables del 4% de los cánceres (Doll y Peto, 1981). La disparidad entre las dos estimaciones quedó sin resolver, pero parte de la controversia terminó por desaparecer.

La cuestión de la atribución laboral de la enfermedad se reactivó y amplió pocos años más tarde, estudiando una extensa serie de grupos de enfermedad, y con el desarrollo de estimaciones de incidencia de enfermedades laborales a niveles regional y nacional. Markowitz y cols. analizaron la mortalidad por enfermedad laboral en el Estado de New York (una jurisdicción con 17 millones de personas) (Markowitz et al., 1989), y después en la población de los Estados Unidos (Landrigan y Markowitz, 1989; Leigh, Markowitz et al., 1997; Leigh, Markowitz et al., 2000).

En la primera estimación, incluyeron una serie de procesos (cáncer, enfermedades respiratorias, cardiovasculares, neurológicas, renales y neumoconiosis) para los cuales estimaron las correspondientes fracciones atribuibles. En el caso del cáncer laboral, se basaron en los valores medios recogidos en informes previos para esta patología, estimando que un 10% de los casos de cáncer en la población se relacionarían con

exposiciones laborales. En el caso de las neumoconiosis, atribuyeron el 100% de estos procesos a exposiciones ocurridas en el trabajo. Para el resto de enfermedades propusieron valores mínimos y máximos de riesgo atribuible (1-3%).

En estudios posteriores calcularon riesgos atribuibles para las enfermedades laborales en la población de Estados Unidos. En el caso del cáncer laboral se basaron en estimaciones previas para cáncer de pulmón y vejiga debidos a exposiciones laborales en hombres, y en evidencias que apuntaban la presencia de otros probables cancerígenos laborales peor definidos (agentes químicos y físicos, ocupaciones con riesgo de relacionarse con mayor riesgo de cáncer y exposición al humo de tabaco pasivo), estimando que entre 6% y 10% del total de la mortalidad por cáncer se relacionaba con causas laborales. Para las enfermedades cardiovasculares se basaron en la presencia de agentes químicos y psicosociales en el trabajo. En el caso de enfermedades respiratorias crónicas, renales y neurológicas se basaron en estimaciones de la exposición laboral a agentes químicos con este efecto.

Morrell y cols. (1998) estimaron también, en base a los riesgos atribuibles publicados previamente para países con similar desarrollo económico y al registro nacional de neoplasias malignas de pleura y peritoneo en hombres y mujeres, la mortalidad atribuible a la exposición a sustancias químicas en el trabajo en Australia. Según sus cálculos, en el periodo 1989-1992 la mortalidad estandarizada por edad debida a cáncer laboral podía estimarse para la población australiana en 97 muertes por millón de habitantes (191/millón para hombres y 24/millón para mujeres). Para el total de causas de muerte por sustancias químicas presentes en el trabajo consideradas en este estudio (cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, cardiovasculares, renales y neurológicas, asma y neumoconiosis) la mortalidad de origen laboral se estimaba en de 172 muertes por millón de habitantes (316/millón para hombres y 63/millón para mujeres).

Por su parte, Kraut analizó morbilidad y mortalidad laborales en Canadá (Kraut, 1994).

El estudio de Nurminen y Karjalainen (2001) es posiblemente, hasta la fecha, de los más completos y rigurosos sobre este tema. Estos autores estimaron los riesgos atribuibles a la mortalidad por exposiciones labo-

rales para la población finlandesa en base a una revisión exhaustiva de la literatura epidemiológica, con criterios de calidad y de selección, y a la información relativa a la prevalencia de exposiciones laborales en los trabajadores finlandeses, según una matriz empleo-exposición previamente elaborada en el país. Para sus estimaciones consideraron los rangos de edad relevantes para cada enfermedad en función de la edad media de jubilación en Finlandia (59 años) y los periodos de latencia (tiempo desde su inicio hasta su manifestación clínica) de los procesos. La proporción de muertes atribuibles a exposiciones laborales en Finlandia sobre el total de muertes en población finlandesa para el conjunto de enfermedades consideradas en este estudio fue del 6,7% (10,2% en hombres y 2,1% en mujeres).

Steenland y cols. publicaron en 2003 las estimaciones federales más recientes para Estados Unidos según cálculos propios basados en una revisión de la bibliografía científica. Las estimaciones de este estudio son en general similares a las del estudio de Nurminen y Karjalainen, con la excepción de los riesgos atribuibles para cáncer laboral, que prácticamente son la mitad del estudio finlandés, y para enfermedades renales, que por el contrario resultan mucho más elevados. Steenland y cols. no presentan estimaciones para un número de enfermedades (neurológicas, alteraciones mentales, infecciosas) que sí se incluyen en el estudio finlandés.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) han desarrollado numerosos cálculos sobre la tasa anual de fallecimientos debidos a lesiones y enfermedades laborales durante los últimos 15 años. En dichos estudios se dan importantes limitaciones, como la dificultad de extrapolar los ratios de lesiones y enfermedades y sus riesgos relativos de países desarrollados al resto del mundo. La OMS calculó un rango de entre 725.513 y 846.013 muertes laborales en una primera estimación (Leigh 1996, 1999), a 1.162.000 muertes si se combinan lesiones y enfermedades laborales (Nelson, 2005; Concha Barrientos, 2004). La última estimación se desarrolló como parte del proyecto *Comparative Risk Assessment* de la OMS para comprender la magnitud relativa de la mayoría de las causas de morbilidad, mortalidad y discapacidad en el mundo. Se utilizaron unas pocas enfermedades para estas estimaciones, por lo que se reconoce la existencia de una infra-estimación en estos estudios (Driscoll, 2005). La OIT calculó, en una primera estimación, que se producían en torno a

1.286.0000 lesiones laborales y muertes por enfermedad al año (excluyendo fallecimientos *in itinere*) (Takala, 1999; Driscoll, 2005). El siguiente cálculo elevó a entre 1.920.000 a 2.329.000 tales muertes (Takala, 2002, Hamalainen, 2004; Discroll, 2005). Discroll et al. revisaron estos cálculos y concluyeron que la mejor estimación del número de muertes por enfermedades y lesiones del trabajo es de 2 millones al año, aunque su informe está probablemente subestimado.

Hay que advertir que el estudio *Comparative Risk Assessment* de la OMS excluye las enfermedades cardiovasculares y los cánceres, excepto el cáncer de pulmón y leucemias (Nelson, 2005). La estimación más reciente de la OIT es más completa que la estimación de la OMS, y utiliza las fracciones atribuibles obtenidas en Finlandia por Nurminen et al. (Hamalainen, 2007).

El Gobierno del Estado de Queensland en Australia, en su Estrategia para la detección de enfermedades profesionales de 2010 (desarrollada como parte de los compromisos para mejorar las áreas prioritarias en Salud pública a nivel nacional), destaca la importancia de utilizar las fracciones atribuibles poblacionales como instrumento de relevancia para mejorar las estrategias preventivas y de planificación sanitaria. Así, recoge que un 15% de los casos de asma, un 14% de las dermatitis, un 37% de las lumbalgias o un 4% de los trastornos mentales y del comportamiento son atribuibles a exposición a factores de riesgo en el medio laboral.

#### 4.1.3. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Existen estudios epidemiológicos en España que evalúan la relación entre ciertas enfermedades y las exposiciones laborales (cáncer, asma, EPOC, etc.), y también se han publicado artículos sobre la subdeclaración de las enfermedades profesionales. Pero son escasos los estudios que abordan la estimación del riesgo atribuible a factores de riesgo laboral al trabajo de los trastornos mentales y del comportamiento.

Uno de los datos más sólidos de los que disponemos sobre la magnitud de la *subdeclaración* de las enfermedades profesionales se obtuvo en el marco de un estudio sobre la incapacidad temporal por causa común (Castejón, 2002): un 16% de los casos de ese tipo de incapacidad serían de probable origen laboral. Los diagnósticos que más frecuentemente

fueron detectados como de origen presuntamente laboral fueron las enfermedades del aparato locomotor (71,4%) y los trastornos mentales (27,3%). Este estudio se basó en un número pequeño de casos (n=207) y organizó los diagnósticos a estudio en 9 grupos, por lo que no ofrece información por categoría diagnóstica de la enfermedad, es decir, aporta información sobre los trastornos mentales en global, pero no sobre las enfermedades incluidas en este grupo (ansiedad, depresión, etc.).

A partir del análisis efectuado con los datos de incapacidad temporal por causa común (Parte I de este estudio), nos proponemos calcular la proporción de casos de los trastornos mentales de interés para nuestro objetivo debida a factores de riesgo laboral (fracción atribuible), a partir de los excesos de riesgo encontrados por actividad económica.

Por lo que se refiere a la magnitud del impacto económico del conjunto de las enfermedades laborales en España, ésta ha sido estimada en tan solo dos estudios publicados, uno de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo (1998), y otro de García et al. (2007). El primero se basó en la solicitud de información a los Estados Miembros a través de una encuesta, en la que España estimaba el importe de los costes directos e indirectos en algo menos del 3% del PIB. Los costos directos de los accidentes y enfermedades laborales se estimaron mediante el análisis de las cuentas de la seguridad social, incluyendo los costos de la discapacidad, la atención sanitaria y las pensiones. Los costos indirectos fueron evaluados a partir de los días de trabajo perdidos como consecuencia de accidentes y enfermedades profesionales. El segundo estudio optó por tomar los datos de coste sanitario directo de un estudio norteamericano (Leigh et al., 2004), y sólo para cuatro grupos de enfermedades: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y del sistema nervioso, estimando que el coste total de las enfermedades profesionales se aproximaba al 4,7% del PIB.

En este estudio nos proponemos utilizar los datos procedentes de la contabilidad analítica del Sistema Nacional de Salud para calcular el gasto sanitario que supone su atención sanitaria en cualquiera de los dispositivos del sistema público de salud, con la metodología que describimos a continuación.

## 4.2. Carga de enfermedad mental atribuible al trabajo en España en 2010

### 4.2.1. METODOLOGÍA DE MEDICIÓN

#### Cálculo de las fracciones atribuibles

Hemos calculado las fracciones atribuibles (FA) por categoría diagnóstica, utilizando:

1) como proporción de la población que está expuesta al factor de riesgo, las prevalencias de exposición al estrés laboral por actividad económica de la VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, y

2) como riesgo de desarrollar la enfermedad considerada en los expuestos comparado con el riesgo de padecer la misma enfermedad entre aquéllos no expuestos, los riesgos relativos obtenidos en la Parte I de este trabajo por actividad económica, con la fórmula:

$$FA = (RR-1/RR) * Exp$$

3) como valor de síntesis, hemos obtenido la media de las FA obtenidas por rama de actividad económica.

En global, se obtiene una fracción atribuible al trabajo de los trastornos mentales y del comportamiento de 10,8%, 8,29% para las mujeres y 13,14% para los hombres. Los resultados detallados por enfermedad y rama de actividad se muestran en la Tabla 1.

En la Tabla 2 se presenta el resumen de las estimaciones para los trastornos mentales y del comportamiento, con la matriz de enfermedades, los códigos CIE-9 (3 dígitos), las fracciones de enfermedad atribuibles al trabajo (FA) y las edades utilizadas para aplicar las fracciones.

Toppinen, Castejón y el Gobierno de Queensland obtuvieron sus estimaciones para los trastornos mentales en global, sin diferenciar por categoría diagnóstica ni sexo. En el análisis finlandés se evaluaron tanto la demencia vascular y no especificada como los episodios depresivos. La primera, en relación con la exposición a biocidas y fertilizantes; y los segundos en relación con el estrés en el trabajo, altas exigencias, baja capacidad de decisión y escaso apoyo social en el trabajo. Los autores concluyeron que el porcentaje de demencia con atribución laboral era del 10% entre los hombres y de 1,8% en las mujeres. En relación con los episodios depresivos, la contribución de factores laborales se estimó del 14,6% en hombres y del 9,8% en mujeres. En conjunto, un 3,5% de los trastornos mentales y del comportamiento tienen una atribución laboral (Nurminen, 2001).

En nuestro estudio hemos estimado que el 10,8% de todos los trastornos mentales y del comportamiento podrían atribuirse a factores laborales (Tabla 2), 13,14% para los hombres y 8,29% en el caso de las mujeres. Hemos obtenido también fracciones atribuibles para las categorías de enfermedad mental para las que hay mayor evidencia científica de la influencia del trabajo (ansiedad, estrés, depresión, dependencia de sustancias, y otros trastornos mentales (principalmente demencias), dejando fuera del análisis las psicosis y los retrasos mentales (Tabla 2). También hemos obtenido las fracciones atribuibles para estas enfermedades por rama de actividad económica (Tabla 1). En nuestro caso, la edad considerada ha sido de entre 15 y 69 años.

El siguiente paso para conocer las estimaciones cuantitativas de la «carga de trastornos mentales y del comportamiento» asociada al trabajo atendida en los dispositivos sanitarios en las principales categorías de enfermedad, es aplicar las fracciones atribuibles al trabajo recopiladas en las Tablas 1 y 2, a las bases de datos con información clínica de los distintos niveles de atención sanitaria del SNS.

Tabla 1. Fracciones atribuibles por rama de actividad económica y sexo para los principales trastornos mentales y del comportamiento derivados del trabajo. España, 2010.

HOMBRES						
Rama de actividad económica	FA (%)					Total trastornos mentales
	Ansiedad	Estrés	Depresión	Adicciones	Otros trastornos	
Industria manufacturera	11,16	11,27	13,64	15,68	7,52	11,87
Industria química	11,39	11,50	13,92	16,00	7,67	12,11
Metal	10,99	11,10	13,43	15,44	7,40	11,69
Construcción	1,67	0,15	3,87	10,05	0	1,91
Comercio	7,91	12,37	3,49	3,23	7,69	8,30
Hostelería	9,12	16,51	19,55	22,99	-15,51	13,78
Transporte	6,26	13,63	15,69	19,14	-24,79	9,16
Comunicaciones	11,41	13,31	5,58	18,93	-5,60	9,93
Intermediación financiera	15,56	19,42	18,16	0	8,25	14,14
Administración pública	18,14	31,39	35,95	42,57	NA	28,94
Actividades sanitarias	21,58	25,84	2,43	NA	24,85	21,58
Otras actividades sociales y personales	13,79	15,60	14,81	16,39	13,68	14,31
Actividades profesionales, científicas y técnicas	0	0	0	0	0	0
Media	11,58	15,17	13,38	15,04	2,83	13,14

MUJERES						
Rama de actividad económica	Ansiedad	Estrés	Depresión	Adicciones	Otros trastornos	Total trastornos mentales
Industria manufacturera	12,18	10,73	16,09	13,07	17,91	13,05
Industria química	12,42	10,95	16,42	13,34	18,28	13,32
Metal	11,99	10,57	15,84	12,87	17,64	12,85
Construcción	-1,64	3,95	6,93	10,83	6,10	0,00
Comercio	9,64	12,62	13,19	-3,52	23,30	9,18
Hostelería	-0,54	0,43	13,06	-14,22	19,25	3,23
Transporte	1,83	0,36	0,28	NA	20,94	0,82
Comunicaciones	7,39	14,92	12,92	6,10	20,68	9,15
Intermediación financiera	5,51	-6,50	22,17	NA	18,73	7,88
Administración pública	20,31	26,09	34,40	29,16	37,44	21,99
Educación	-5,68	0,83	5,95	-17,84	20,32	-4,80
Actividades sanitarias	6,54	14,89	20,55	13,34	23,27	10,15
Otras actividades sociales y personales	9,22	13,65	15,20	9,31	17,16	11,00
Actividades profesionales, científicas y técnicas	0	0	0	0	0	0
Media	6,86	8,73	14,85	6,59	20,08	8,29

NA: no aplicable  
(RR= 0).

Fuente: elaboración propia.

Tabla 2. Matriz de enfermedades, códigos CIE-9, fracciones de enfermedad atribuibles al trabajo (FA), estimadas en varios estudios y edades utilizadas para aplicar las fracciones.

CIE-9	CATEGORIA DIAGNOSTICA	Toppinen et al. Finlandia, 1997		Nurminen y Karjalainen Finlandia, 2001		Castejón España, 2002		Queensland Australia, 2010		García Gómez et al. España, 2011				
		FA (%)	Edad	FA (%)	Edad	FA (%)	Edad	FA (%)	Edad	FA (%)	Edad			
		T		H		M		H		M				
290-316	Trastornos mentales	5-10	≥25	3,5	7,3	1,8	≥25	27,3	16-65	4	≥25	13,14	8,29	16-69
290.4	Demencia vascular y no especificada	-	-	3,9	10	1,8	≥25	-	-	-	-	-	-	-
296.3	Episodios depresivos	-	-	11,3	14,6	9,8	≥25	-	-	-	-	-	-	-
300	Ansiedad	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11,58	6,86	16-69
308-309	Estrés	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,17	8,73	16-69
311	Depresión	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13,38	14,85	16-69
291, 292, 303, 304, 305	Adicciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15,04	6,59	16-69
290, 293, 306, 307, 310, 312, 315, 316	Otros trastornos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,83	20,08	16-69

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios que se citan.

## Bases de datos sanitarias

El cuidado sanitario de las personas incluye la atención primaria de salud, la atención ambulatoria especializada, los ingresos hospitalarios y la atención farmacéutica, por lo que los datos de interés para este estudio comprenden los relativos a número de consultas, visitas o ingresos que se efectúan y los procedimientos que se aplican, tanto diagnósticos (realizados por primaria o especializada), como terapéuticos (incluyendo la prescripción farmacéutica), así como los estimadores de consumo de recursos y costes de los mismos.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) viene consensuando desde 1987 el modelo de datos y contenidos comunes que deben configurar el Sistema de Información del SNS, y el Ministerio de Sanidad ofrece a través de su página electrónica, el llamado Portal Estadístico (PEMSPSI), dando la posibilidad de obtener informes dinámicos de los distintos subsistemas de información sanitaria operativos a día de hoy.

114

El Registro de altas de hospitalización incluye todas las altas producidas en los Hospitales públicos generales. Comprende a los hospitales de la red de utilización pública y/o administrados públicamente o con concierto sustitutorio (actividad básicamente destinada a cubrir la asistencia de un área de población protegida por el sistema público). También se encuentran entre ellos los hospitales monográficos que forman complejo con hospitales generales o de área.

Los datos contenidos en el registro son los establecidos en el CMBD-H (Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria). Dicho conjunto de datos fue aprobado para los hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Diciembre de 1987 por el Consejo Interterritorial y reúne información relativa a las características de los pacientes atendidos (edad, sexo y lugar de residencia), al episodio de hospitalización (centro, fecha y tipo de ingreso, fecha y circunstancias de alta, financiación y servicio al alta), a los diagnósticos de los pacientes y a los procedimientos realizados durante su hospitalización, codificados estos últimos mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades – 9 revisión – modificación clínica (CIE-9-MC).

El CMBD-H está incluido en el Plan Estadístico Nacional y la responsabilidad de su envío recae en las Comunidades Autónomas que, anualmente, remiten los ficheros de altas con los datos comunes antes mencionados. Las bases de datos autonómicas se integran, tras su validación, en el repositorio de información común para todo el SNS y, para su explotación, se agrupan mediante los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).

Los Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) constituyen un sistema de clasificación de episodios de hospitalización por el que las altas se distribuyen en grupos de procesos o grupos de pacientes en los cuales se identifican episodios similares desde el punto de vista clínico, y en los que se espera además, un similar uso de recursos. Los GRD incorporan estimadores de consumo de recursos y costes, denominados pesos relativos. Dichos pesos se obtienen a partir de la integración de la información sobre los costes hospitalarios, obtenidos por los sistemas de contabilidad analítica. Anualmente se obtienen los pesos nacionales y se estiman los costes medios para todos los GRD, 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.

El acceso a los datos estadísticos del CMBD-H puede realizarse mediante Consulta Interactiva del Sistema Nacional de Salud en <http://pestadistico.msp.es/PEMSC25/>, o a partir del Repositorio de Información del Sistema Nacional de Salud, previa solicitud y estando en posesión de un certificado de firma electrónica (<https://repositorio.msc.es/risns/>).

Dada la escasa y desigual remisión de información de los hospitales monográficos psiquiátricos, hemos utilizado el SIESCRI (Sistema de Información de los Establecimientos con Régimen de Internado del SNS) para conocer el número de ingresos por estos trastornos en estos hospitales y que no están incluidos en el CMBD-H. Tras la consulta realizada podemos inferir que el 30% de ingresos hospitalarios de pacientes con enfermedades mentales no están en el Registro de altas de hospitalización. Añadiendo estos casos a los obtenidos en el CMBD-H hemos podido completar el número de altas atendidas con hospitalización por trastornos mentales y del comportamiento en España. Sin embargo, dada la ausencia de diagnóstico en el SIESCRI no hemos podido añadirlos a los cálculos por categoría diagnóstica (ansiedad, depresión, etc.).

## Variables estudiadas en el CMBD-H

**Total de casos:** total de altas atendidas 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).

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

**Año:** 2010.

**Geografía del Hospital:** todas las Comunidades Autónomas.

116

**Diagnóstico CIE-9-MC:** los diagnósticos principales de las altas de hospitalización son codificados mediante la CIE9MC (Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica). Pueden ser desagregados hasta final de rama (diagnóstico codificado a 5 dígitos). Esta búsqueda permite la elaboración de consultas utilizando los diagnósticos individuales como criterio de búsqueda (filtro). Los trastornos mentales y del comportamiento corresponden a los códigos diagnósticos 290 a 319. Para el análisis de su relación con el trabajo hemos excluido las psicosis (294-299) y los retrasos mentales (317-319).

La segunda base de datos consultada es el Registro de altas de Atención Ambulatoria Especializada (CMBD-AAE), que inicia su implantación en el año 2004 y está destinada a recoger la información clínico asistencial de pacientes atendidos en áreas de hospitalización sin ingreso (cirugía ambulatoria, procedimientos diagnóstico-terapéuticos invasivos, hospital de día, urgencias y consultas externas), y hospitalización a domicilio. Desde 2006 todas las comunidades autónomas envían su base de datos, alcanzando en 2009 la cifra de 2,3 millones de registros enviados, que incluyen, además de la cirugía mayor ambulatoria, datos de hospital de día, procedimientos diagnóstico-terapéuticos invasivos y hospitalización a domicilio. Los datos que hasta el momento pueden obtenerse en la

serie histórica acumulada no tienen todavía carácter de estadística oficial para el sector; no obstante constituyen el único referente a nivel estatal para el análisis de la casuística atendida en las áreas de hospitalización sin ingreso especialmente para la actividad quirúrgica ambulatoria, y para gran parte de la actividad de hospital de día.

Las variables incluidas en el registro, son las mismas que se establecieron en su día para el CMBD de hospitalización en lo relativo a datos del paciente (número de historia, código de identificación personal autonómico, fecha de nacimiento y sexo), datos del episodio asistencial (financiador y servicio responsable) y datos clínicos (diagnóstico y procedimiento, clasificados con la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica -CIE9MC- en su edición en vigor para el año de referencia); a estos datos se han añadido los específicos para el ámbito asistencial (tipo y clase de contacto). Esta información está igualmente disponible en <http://pestadistico.msps.es/PEMSC25/>.

La explotación del CMBD-AAE está también incluida en el Plan Estadístico Nacional y la responsabilidad de su envío al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad recae en las Comunidades Autónomas que, anualmente, remiten los ficheros junto con los de altas de hospitalización. Las bases de datos autonómicas se integran, tras su validación, en el repositorio de información común del CMBD estatal, para todo el SNS y, para su explotación, se agrupan mediante los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).

En el ámbito de cuidados ambulatorios, y entre las familias de Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), se cuenta con un agrupador específico de este ámbito asistencial, denominado IR-GRD (International Refined – GRD); por ello, además de utilizar la versión AP-GRD en común con el CMBD de hospitalización, para facilitar la obtención de indicadores de “ambulatorización” de procesos quirúrgicos, los casos del CMBD-AAE también se agrupan con los IR-GRD, sobre los que, en un futuro próximo se espera contar con pesos relativos (estimadores de consumo de recursos) y costes españoles de manera similar a los costes de los GRD de hospitalización<sup>1</sup>.

1 Proyecto de estimación de pesos y costes de los GRD para el SNS (1997-2008). Proyecto de elaboración de pesos y costes españoles de los IR-GRD (2006-2008) – Instituto de Información Sanitaria (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad).

Por lo que se refiere a las fuentes primarias de datos, en el caso de las altas atendidas con hospitalización, la cobertura del sistema de información es del 100%. Mientras en los casos atendidos en atención ambulatoria especializada (AAE), la cobertura es del 46,7% en la actividad médica del hospital de día, de acuerdo con la Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado. En este sentido, hemos incrementado en un 53,3% los casos obtenidos en el CMBD-AAE para completar el número de visitas ambulatorias especializadas por trastornos mentales y del comportamiento en España.

## Variables de análisis en el CMBD-AAE

**Total de casos:** total de 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 los casos con fecha de contacto fuera del año o inexistente, así como los registros duplicados.

118

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

**Año:** 2010.

**Geografía del Hospital:** todas las Comunidades Autónomas.

**Diagnóstico CIE9MC:** categorías diagnósticas 290 a 319, excepto psicosis (294-299) y retrasos mentales (317-319).

No disponemos de similar información procedente de la Atención Primaria de Salud para el Sistema Nacional 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 información valiosa de los diferentes problemas de salud que se quieran analizar y sus costes, 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 este estudio de la carga de enfermedad atribuible al trabajo y su coste sanitario.

Se describen a continuación los principales hallazgos en lo que se refiere a la estimación cuantitativa de la de la «carga de enfermedad mental» asociada al trabajo atendida en los dispositivos sanitarios del sistema de salud español.

#### 4.2.2. RESULTADOS

Un 2% de los ingresos hospitalarios en personas de 25 o más años en España en el año 2010 fueron debidos a los trastornos mentales. En particular, se produjeron 74.075 hospitalizaciones por trastornos mentales y del comportamiento (39.583 en hombres y 34.492 en mujeres), en personas de 25 o más años (69.997 en personas de 15 a 69 años). Y también 29.858 ingresos en hospitales monográficos psiquiátricos.

En las Tablas 3 y 4 se recogen el número de casos con ingreso hospitalario y el número de casos ambulatorios de atención especializada por las enfermedades mentales estudiadas, así como el número de casos atribuibles a exposiciones laborales. Las edades de filtro varían según la estimación aplicada: de 16 a 65 años para Castejón; de 25 o más años para Toppinen et al., Gobierno de Queensland, Nurminen y Karjalainen; de 15 a 69 años o más para las estimaciones obtenidas en este estudio.

La estimación del número de ingresos hospitalarios varían entre 3.638 casos (estimación del Gobierno de Queensland) a 26.910 casos (estimación de Castejón), siendo la obtenida aplicando nuestra estimación de 10.784 casos (Tabla 3).

Por lo que se refiere a los pacientes atendidos en áreas de hospitalización sin ingreso (procedimientos diagnóstico-terapéuticos invasivos, hospital de día, urgencias y consultas externas), y hospitalización a domicilio, se cifran en 81.017 en personas de 15 a 69 años (con las variaciones correspondientes al aplicar las otras edades filtro) (Tabla 4). De ellos, entre 2.614 (estimación del Gobierno de Queensland) y 20.338 casos (estimación de Castejón), con un valor de 8.759 casos (nuestra estimación), pueden ser atribuidos al trabajo.

Por enfermedades, los trastornos debidos al uso de sustancias son la causa más frecuente de hospitalización, sobre todo en hombres, mientras

que los trastornos de ansiedad son los que originan mayor número de contactos ambulatorios de atención especializada, principalmente en las mujeres.

*Tabla 3. Ingresos hospitalarios por trastornos mentales en España en 2010 atribuibles a exposiciones laborales según las estimaciones publicadas.*

Porcentaje de trastornos mentales atribuidos a exposiciones laborales	FA (%)	Número de altas hospitalarias	Casos atribuidos a exposiciones laborales
Toppinen et. al.	5-10	103.933	5.197-10.393
Castejón	27,3	98.572	26.910
Nurminen y Karjalainen	3,5	103.933	3.638
Nurminen y Karjalainen, hombres	7,3	55.476	4.050
Nurminen y Karjalainen, mujeres	1,8	48.457	872
Gobierno de Queensland (Australia)	4	103.933	4.157
García Gómez et. al. (este estudio)	10,8	99.855	10.784
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	13,14	53.369	7.013
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	8,29	46.486	3.854
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	11,58	5.340	618
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	6,86	8.546	586
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	15,17	1.645	250
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	8,73	1.660	145
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	13,38	1.160	155
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	14,85	1.203	179
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	15,04	19.404	2.918
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	6,59	13.167	868
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	2,83	1.160	33
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	20,08	1.203	242

Fuente: Elaboración propia a partir del Repositorio de Información del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. MSPSI. [Acceso octubre de 2011]. Disponible en: <http://repositorio.msc.es/risns/>

Tabla 4. Casos ambulatorios de atención especializada (AAE) por trastornos mentales en España en 2008 atribuibles a exposiciones laborales según las estimaciones publicadas.

Porcentaje de trastornos mentales atribuidos a exposiciones laborales	FA (%)	Casos AAE	Casos AAE atribuidos a exposiciones laborales
Toppinen et. al.	5-10	74.681	3.734-7.468
Castejón	27,3	74.681	20.388
Nurminen y Karjalainen	3,5	74.681	2.614
Nurminen y Karjalainen, hombres	7,3	23.679	1.729
Nurminen y Karjalainen, mujeres	1,8	51.000	918
Gobierno de Queensland (Australia)	4	74.681	2.987
García Gómez et. al. (este estudio)	10,8	81.017	8.750
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	13,14	24.724	3.249
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	8,29	56.293	4.667
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	11,58	6.724	779
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	6,86	30.805	2.113
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	15,17	195	30
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	8,73	2.752	240
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	13,38	942	126
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	14,85	3.261	484
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	15,04	771	116
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	6,59	572	38
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	2,83	711	20
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	20,08	580	117

Fuente: Elaboración propia a partir de la Consulta Interactiva del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. MSPSI. [Acceso octubre de 2011]. Disponible en: <http://pestadistico.msc.es>.

## 4.3. Costes sanitarios de los trastornos mentales laborales en España en 2010

### 4.3.1. 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 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 calidad de vida que deviene de la enfermedad. En teoría, los elementos directos e indirectos del coste de la enfermedad deben ser cuantificables. La valoración de los costes directos se puede obtener de los datos de coste si la información retrospectiva de éstos es exacta y precisa (López-Bastida, 2006).

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.

### 4.3.2. 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.

124

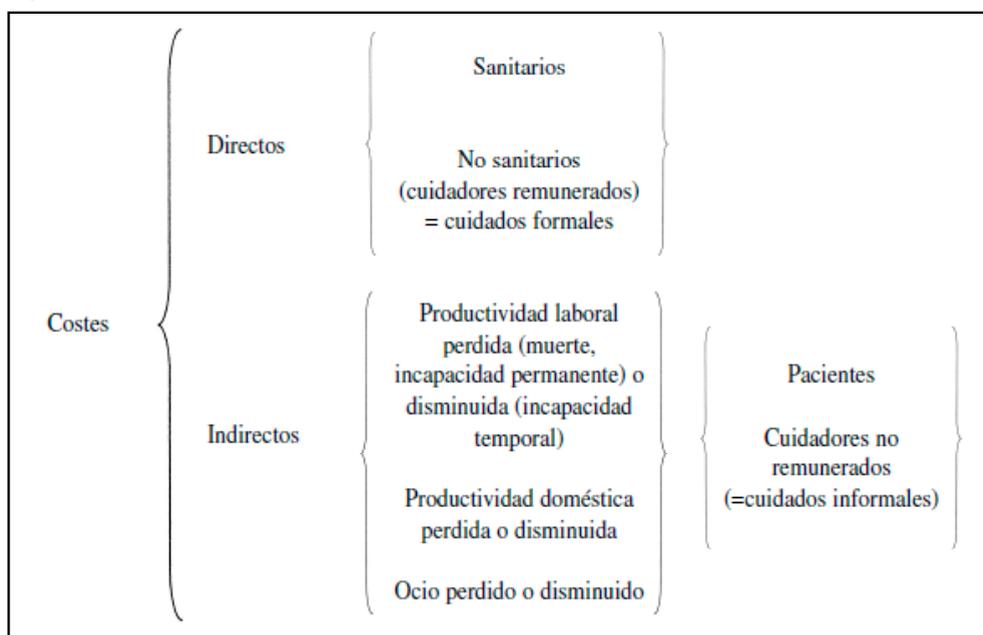
Una tercera categoría de costes vendría dada por los intangibles, referidos al dolor y sufrimiento que padecen tanto los enfermos como sus familias. No obstante, esta última categoría se excluye habitualmente de los análisis, dadas las importantes dificultades asociadas a la asignación de un valor monetario a fenómenos como el dolor o la pérdida de calidad de vida<sup>2</sup>.

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,

2 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.

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 (Leigh et al., 2000). De hecho, la práctica totalidad de los trabajos que estiman el coste derivado de las enfermedades opta por el método del capital humano.

Figura 1. Clasificación de costes derivados de los problemas de salud.



Fuente: Lobo et al. (2004)

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 empleará el enfoque de prevalencia, mientras que para la cuantificación de los costes indirectos habrían de combinarse ambos enfoques.

En el siguiente apartado se revisan los principales antecedentes de la literatura científica relativos a la medición de los costes directos de las enfermedades, particularmente referidos al caso español. Esta revisión nos permitirá seleccionar la metodología que consideramos más adecuada para el presente estudio.

### 4.3.3. CÁLCULO DE LOS COSTES DIRECTOS

El estudio más reciente que calcula el impacto económico de las enfermedades laborales en España (García A. et al, 2007), opta 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 pacientes<sup>3</sup>.

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, a la atención ambulatoria especializada, y a la farmacia extrahospitalaria, gracias a la disponibilidad de los datos procedentes del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y de los registros de la

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

Dirección General de Farmacia del Ministerio de Sanidad (Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud), respectivamente.

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 Igualdad<sup>4</sup>, se ha procedido a adaptar la llamada “Unidad Ponderada Asistencial”<sup>5</sup> (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:

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

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

4 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](http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Evolutivo_2000-2008.pdf)

5 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 excluirán del análisis otro tipo de costes directos no estrictamente sanitarios, en los que vendrían recogidas las remuneraciones a las personas cuidadoras de los enfermos.

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 equivalente al que aquí se presenta, reconocía en sus informes de 2005 y 2008 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.

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 Catsalut 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 5.

Tabla 5. 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
<b>Total</b>	<b>4.027.549</b>	<b>1.510.978</b>	<b>1.982.397</b>	<b>7.520.925</b>

Fuente: Pastor y Gisbert (2010)

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 al 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.

## Variables estudiadas en el CMBD

**Total de Casos:** 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).

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

**Año:** 2010.

**Geografía del Hospital:** todas las Comunidades Autónomas.

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

**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).

#### 4.3.4. RESULTADOS

Para cada enfermedad considerada se han realizado tres tipos de análisis: en primer lugar, se han utilizado datos primarios de coste de la atención hospitalaria del sistema de salud (ingresos hospitalarios) (repositorio del CMBD 2010), correspondientes a los casos atendidos por trastornos mentales en los hospitales españoles, y se han calculado los costes por proceso, tanto a nivel global como por categoría diagnóstica. Los costes por proceso hospitalario obtenidos se han multiplicado por el número de ingresos que podrían ser atribuidos al trabajo, calculados en este estudio, obteniendo de esta manera el coste de los ingresos hospitalarios por trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales en España en 2010, tanto en global como por las principales categorías diagnósticas (Tabla 6).

En segundo lugar, se aplican las Unidades Ponderadas de Actividad para los trastornos mentales en España correspondientes al año 2010 (UPA-TM 2010) a las consultas generadas en áreas de hospitalización parcial (hospital de día y domiciliaria) que podrían ser atribuidas al trabajo, también calculadas en este estudio.

En tercer lugar, se han aplicado los *factores de coste* (pesos relativos) Factor de coste para AP y Factor de coste para AF, calculados a partir de la distribución del presupuesto 2008 del CatSalut/ICS, para estimar el coste de la atención primaria de salud y de la atención farmacéutica de las enfermedades a estudio.

Los gastos generados por los trastornos mentales y del comportamiento de origen laboral al sistema sanitario se presentan en las Tablas 6 a 9 y, según nuestras estimaciones, ascienden a 149.473.275,71 €. Si atendemos a las estimaciones obtenidas por Castejón, esta cifra se eleva a 372.096.660,57 €.

Estos gastos sanitarios directos son desiguales para hombres y mujeres, siendo el coste en los hombres casi el doble que el de las mujeres. Por categorías diagnósticas, destaca el coste que supone la atención sanitaria a los trastornos por uso de sustancias, casi cuatro veces más en hombres que en mujeres. Y, en segundo lugar, la atención a los trastornos de ansiedad.

Tabla 6. Costes de los ingresos hospitalarios por trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales (en euros). España 2010.

Estudio	Ingresos hospitalarios atribuidos (este estudio)	Duración media de la estancia	Coste por proceso H	Coste por enfermedad
<b>Trastornos mentales</b>				
Toppinen et. al.	5.197-10.393	16,22	4.337,48	22.541.883,6-45.079.429,6
Castejón	26.910	16,22	4.337,48	<b>116.721.586,80</b>
Nurminen y Karjalainen	3.638	16,22	4.337,48	15.779.752,24
Nurminen y Karjalainen, hombres	4.050	15,78	4.231,18	17.136.279,00
Nurminen y Karjalainen, mujeres	872	16,73	4.458,38	3.887.707,36
Gobierno de Queensland (Australia)	4.157	16,22	4.337,48	18.030.904,36
García Gómez et. al. (este estudio)	10.784	16,22	4.337,48	<b>46.775.384,32</b>
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	7.013	15,78	4.231,18	29.673.265,34
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	3.854	16,73	4.458,38	17.182.596,52
<b>Ansiedad</b>				
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	618	11,44	3.190,55	1.971.759,90
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	586	13,92	3.757,23	2.201.736,78
<b>Estrés</b>				
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	250	9,05	2.390,69	<b>937.229,15</b>
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	145	9,32	2.341,77	597.672,50
<b>Depresión</b>				
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	155	11,74	3.306,91	<b>1.114.327,88</b>
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	179	12,16	3.361,77	512.571,05
<b>Dependencia de sustancias</b>				
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	2.918	10,85	3.046,89	<b>11.461.493,82</b>
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	868	11,34	2.961,60	8.890.825,02
<b>Otros trastornos</b>				
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	33	14,56	3.153,81	<b>885.951,11</b>
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	242	13,94	3.230,89	104.075,73
				781.875,38

Fuente: Elaboración propia a partir del Repositorio de Información del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. MSPSI. [Acceso octubre de 2011]. Disponible en: <http://repositorio.msc.es/risns/>

Tabla 7. Costes debidos a la atención ambulatoria especializada de los trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales (en euros). España, 2010.

Estudio	Casos AAE atribuidas (este estudio)	Coste UPA-TM 2010	Coste por enfermedad
<b>Trastornos mentales</b>			
Toppinen et. al.	3.734-7.468	200,56	748.891,04-1.497.782,08
Castejón	20.388	200,56	<b>4.089.017,28</b>
Nurminen y Karjalainen	2.614	200,56	524.263,84
Nurminen y Karjalainen, hombres	1.729	201,08	347.667,32
Nurminen y Karjalainen, mujeres	918	199,92	183.526,56
Gobierno de Queensland (Australia)	2.987	200,56	599.072,72
García Gómez et. al. (este estudio)	8.750	200,56	<b>1.754.900,00</b>
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	3.249	201,08	653.308,92
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	4.667	199,92	933.026,64
<b>Ansididad</b>			
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	779	209,11	162.896,69
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	2.113	202,44	427.755,72
<b>Estrés</b>			
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	30	198,02	5.940,60
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	240	188,43	45.223,20
<b>Depresión</b>			
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	126	211,33	26.627,58
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	484	207,28	100.323,52
<b>Dependencia de sustancias</b>			
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	116	210,58	24.427,28
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	38	197,27	7.496,26
<b>Otros trastornos</b>			
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	20	162,51	3.250,20
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	117	173,77	20.331,09

Fuente: Elaboración propia a partir del Repositorio de Información del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. MSPSI. [Acceso octubre de 2011]. Disponible en: <http://repositorio.msc.es/risns/>

Tabla 8. Coste de la atención especializada por trastornos mentales de origen laboral (en euros). España, 2010.

Estudio	Ingresos Hospitalarios	AAE	Total Coste AE
<b>Trastornos mentales</b>			
Toppinen et. al.	22.541.883,6-45.079.429,6	748.891,04-1.497.782,08	748891,04-1.497.782,08
Castejón	116.721.586,80	4.089.017,28	<b>120.810.604,08</b>
Nurminen y Karjalainen	15.779.752,24	524.263,84	16.304.016,08
Nurminen y Karjalainen, hombres	17.136.279,00	347.667,32	17.483.946,32
Nurminen y Karjalainen, mujeres	3.887.707,36	183.526,56	4.071.233,92
Gobierno de Queensland (Australia)	18.030.904,36	599.072,72	18.629.977,08
García Gómez et. al. (este estudio)	46.775.384,32	1.754.900,00	<b>48.530.284,32</b>
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	29.673.265,34	653.308,92	30.326.574,26
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	17.182.596,52	933.026,64	18.115.623,16
<b>Ansiedad</b>			
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	<b>4.173.496,68</b>	<b>590.652,41</b>	<b>4.764.149,09</b>
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	1.971.759,90	162.896,69	2.134.656,59
<b>Estrés</b>			
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	2.201.736,78	427.755,72	2.629.492,50
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	<b>937.229,15</b>	<b>51.163,80</b>	<b>988.392,95</b>
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	597.672,50	5.940,60	603.613,10
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	339.556,65	45.223,20	384.779,85
<b>Depresión</b>			
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	<b>1.114.327,88</b>	<b>126.951,10</b>	<b>1.241.278,98</b>
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	512.571,05	26.627,58	539.198,63
<b>Dependencia de sustancias</b>			
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	601.756,83	100.323,52	702.080,35
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	<b>11.461.493,82</b>	<b>31.923,54</b>	<b>11.493.417,36</b>
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	8.890.825,02	24.427,28	8.915.252,30
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	2.570.668,80	7.496,26	2.578.165,06
<b>Otros trastornos</b>			
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	<b>885.951,11</b>	<b>23.581,29</b>	<b>909.532,40</b>
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	104.075,73	3.250,20	107.325,93
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	781.875,38	20.331,09	802.206,47

Fuente: Elaboración propia a partir del Repositorio de Información del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. MSPSI. [Acceso octubre de 2011]. Disponible en: <http://repositorio.msc.es/risns/>

Tabla 9. Gasto sanitario por trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales en España en 2010 (en euros).

Estudio	Gasto Atención Especializada	Gasto Atención Primaria	Gasto Farmacia	Total gasto sanitario por enfermedad
<b>Trastornos mentales</b>				
Toppinen et al.	748.891,04-1.497.782,08	808.802,32-1.617.604,65	748.891,04-1.497.782,08	2.306.584,44-6.13.168,81
Castejón	120.810.604,08	130.475.452,41	120.810.604,08	<b>372.096.660,57</b>
Nurminen y Karjalainen	16.304.016,08	17.608.337,37	16.304.016,08	50.216.369,53
Nurminen y Karjalainen, hombres	17.483.946,32	18.882.662,03	17.483.946,32	53.850.554,67
Nurminen y Karjalainen, mujeres	4.071.233,92	4.396.932,63	4.071.233,92	12.539.400,47
Gobierno de Queensland (Australia)	18.629.977,08	20.120.375,25	18.629.977,08	57.380.329,41
García Gómez et al. (este estudio)	<b>48.530.284,32</b>	<b>52.412.707,07</b>	<b>48.530.284,32</b>	<b>149.473.275,71</b>
García Gómez et al., hombres (este estudio)	30.326.574,26	32.752.700,20	30.326.574,26	93.405.848,72
García Gómez et al., mujeres (este estudio)	18.115.623,16	19.564.873,01	18.115.623,16	55.796.119,33
<b>Ansiedad</b>	<b>4.764.149,09</b>	5.145.281,02	<b>4.764.149,09</b>	<b>14.673.579,20</b>
García Gómez et al., hombres (este estudio)	2.134.656,59	2.305.429,12	2.134.656,59	6.574.742,30
García Gómez et al., mujeres (este estudio)	2.629.492,50	2.839.851,90	2.629.492,50	8.098.836,90
<b>Estrés</b>	<b>988.392,95</b>	1.067.464,39	<b>988.392,95</b>	<b>3.044.250,29</b>
García Gómez et al., hombres (este estudio)	603.613,10	651.902,15	603.613,10	1.859.128,35
García Gómez et al., mujeres (este estudio)	384.779,85	415.562,24	384.779,85	1.185.121,94
<b>Depresión</b>	<b>1.241.278,98</b>	1.340.581,30	<b>1.241.278,98</b>	<b>3.823.139,26</b>
García Gómez et al., hombres (este estudio)	539.198,63	582.334,52	539.198,63	1.660.731,78
García Gómez et al., mujeres (este estudio)	702.080,35	758.246,78	702.080,35	2.162.407,48
<b>Dependencia de sustancias</b>	<b>11.493.417,36</b>	12.412.890,75	<b>11.493.417,36</b>	<b>35.399.725,47</b>
García Gómez et al., hombres (este estudio)	8.915.252,30	9.628.472,48	8.915.252,30	27.458.977,08
García Gómez et al., mujeres (este estudio)	2.578.165,06	2.784.418,26	2.578.165,06	7.940.748,38
<b>Otros trastornos</b>	<b>909.532,40</b>	982.294,99	<b>909.532,40</b>	<b>2.801.359,79</b>
García Gómez et al., hombres (este estudio)	107.325,93	115.912,00	107.325,93	330.563,86
García Gómez et al., mujeres (este estudio)	802.206,47	866.382,99	802.206,47	2.470.795,93

Fuente: Elaboración propia a partir del Repositorio de Información del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. MSPSI. [Acceso octubre de 2011]. Disponible en: <http://repositorio.msc.es/risns/>

## OTRO ENFOQUE: APLICACIÓN DEL MODELO DE GOLDBERG Y HUXLEY

Dada la dificultad de calcular el número de personas con trastornos mentales, se ha realizado una segunda estimación que permita reducir la incertidumbre. Como se ha comentado en la introducción de este trabajo, la depresión y la ansiedad están más asociadas con el presentismo que con el absentismo laboral, por ejemplo. Y las demandas asistenciales de las personas con trastornos mentales implican el hecho de reconocerse como enfermo y plantearse la necesidad de buscar ayuda, contactando con los servicios médicos. Diversas variables intervienen en esa toma de decisiones que supone la adopción de un papel activo por parte del paciente.

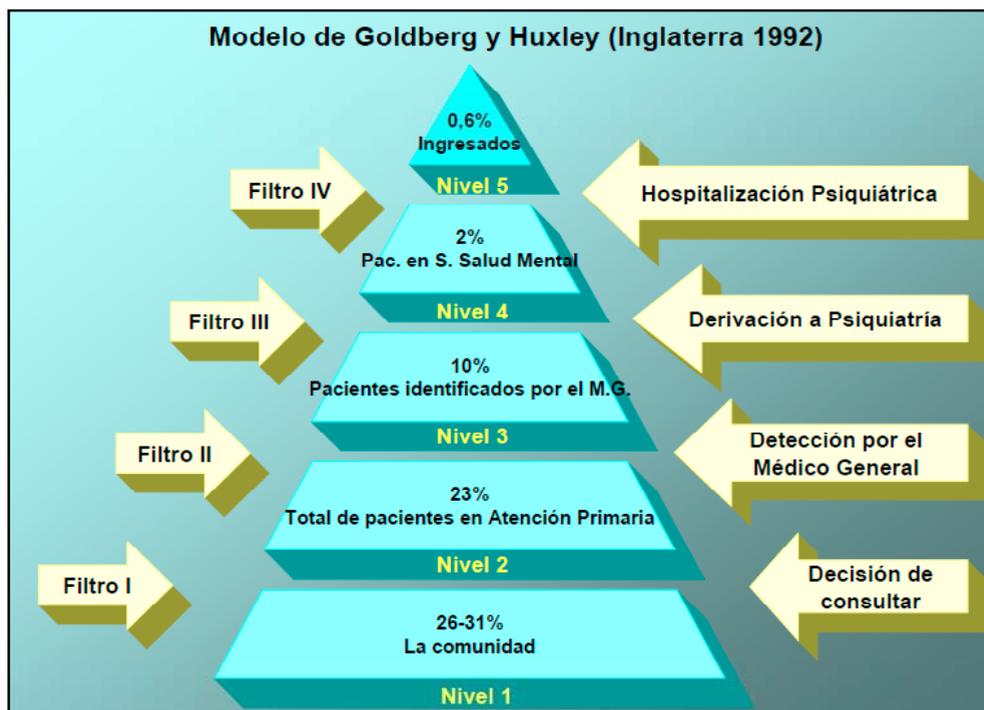
Por ello, para comprender el fluir de la demanda psiquiátrica a través del sistema sanitario, hay que recurrir, necesariamente, al modelo propuesto por Goldberg y Huxley, en su ya clásica monografía “Mental illness in the community: the pathway to psychiatric care”. En ella, los autores nos proponen un modelo explicativo en el que, a partir de la conceptualización de cinco niveles escalonados de localización y manejo de la enfermedad mental, se establecen cuatro filtros que es preciso superar para acceder a ellos. Los diferentes escalones suponen la utilización de crecientes niveles de especialización atención psiquiátrica. En la figura 2 se representa este modelo.

El primer nivel representa la morbilidad psiquiátrica tal y como se presenta en la comunidad. Su prevalencia oscila en los diversos trabajos, entre el 10 y el 30%. Por lo publicado sobre el tema, sabemos que la patología psíquica en este nivel predomina en las mujeres y se asocia con la presencia de factores sociales de tipo negativo y, sobre todo con la enfermedad somática. Las demandas asistenciales son, en la mayoría de los casos, la expresión de la combinación de necesidades de índole física y psíquica, tendiendo con frecuencia a ser formuladas a través de síntomas y quejas somáticas (Martínez Pérez, 2005).

Estas demandas son atendidas en gran medida en los servicios de atención primaria, generando tan sólo en un reducido número de casos su primer contacto con los servicios psiquiátricos especializados. Las necesidades y demandas están influidas por factores sociales y culturales, e incluso por la propia estructura y organización sanitaria. El primer

filtro del modelo lo constituiría el hecho de reconocerse como enfermo y plantearse la necesidad de buscar ayuda, contactando con los servicios médicos. Diversas variables intervienen en esa toma de decisiones que supone la adopción de un papel activo por parte del paciente.

Figura 2. Modelo de Goldberg y Huxley.



Fuente: Adaptado de Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. Londres. Tavistock. 1980.

El segundo nivel hace referencia a los pacientes que son atendidos los servicios de atención primaria, independientemente de que la patología haya sido detectada o no por parte de los servicios sanitarios. Una vez establecido contacto asistencial con este nivel es, por tanto, el médico de cabecera el que habrá de certificar el papel enfermo del paciente. Ésta labor no está exenta de complejidad, en parte por el hecho de que, aunque la mayoría los pacientes con alteraciones psiquiátricas son conscientes de sus problemas psicológicos, la mayor parte de ellos tienen a expresarlo

bajo la forma de síntomas físicos, pero también por la marcada interacción existente entre lo somático y lo psíquico. Las cifras en este nivel están en torno a 200 - 250 por 1000 personas y año. El segundo filtro representa la detección por parte de los servicios de Atención Primaria de la población con alteraciones psiquiátricas existentes en este nivel, y está asociada a la llamada morbilidad psiquiátrica oculta es decir aquellos pacientes con patología psíquica que no son identificados correctamente.

Mientras que el primer filtro dependía de las características de los pacientes, el segundo y los sucesivos, se ven condicionados por las características del personal facultativo. Las cifras de detección no suelen superar el 50% de los casos.

El tercer nivel está integrado por aquellos pacientes que hallándose en contacto con los servicios de atención primaria y padeciendo un trastorno mental, son correctamente identificados por el médico. Dada la escasa “permeabilidad” del segundo filtro, los valores a este nivel bajan a cifras próximas a 100 por 1000 personas año.

El cuarto nivel representa aquellos pacientes que se encuentran en contacto con los servicios psiquiátricos. En este nivel se encuentran cifras aproximadas de 40 por 1000 personas y año. El acceso a estos servicios depende de la derivación de los pacientes a los servicios especializados por parte de los médicos de atención primaria, que es lo que constituye el tercer filtro. Este tamiz depende de otro tipo de variables además de las propias características del médico, como son la severidad de la patología, y la disponibilidad y accesibilidad de los servicios especializados. Este hecho se ha evidenciado claramente en el trabajo sobre rutas asistenciales realizado bajo los auspicios de la OMS en una amplia serie de países incluyendo el nuestro. En ese trabajo se pone de manifiesto que para todas las patología psiquiátricas, el médico general constituye la principal puerta de entrada al sistema sanitario, y que, para toda la patología psiquiátrica, el médico general es la principal fuente de referencia de los pacientes de los servicios psiquiátricos especializados (Martínez Pérez, 2005).

El quinto nivel está representado por aquellos pacientes que son finalmente ingresados en unidades de internamiento psiquiátrico, bien estén éstas situadas en el hospital psiquiátrico, bien en unidades psiquiátricas de un hospital general. Para este nivel se suelen describir valores aproxi-

mados de 5 por 1000 personas y año. Es en el acceso a este nivel donde el psiquiatra asume por primera vez un claro protagonismo, constituyendo el cuarto filtro del modelo. Las marcadas oscilaciones de los porcentajes de ingresos psiquiátricos existentes en los distintos países, muestra que el internamiento psiquiátrico depende no solo de las características psicopatológicas de los pacientes, sino también de otro tipo de condicionantes. Entre ellos hay que destacar los agentes socioculturales, e incluso los relacionados con la política asistencial adoptada (disponibilidad de camas hospitalarias, por ejemplo).

Es decir, por cada paciente que es finalmente ingresado, hay 8 que están siendo atendidos en los servicios de psiquiatría recibiendo atención especializada, y 20 en los servicios de atención primaria padeciendo un trastorno mental.

Dado que la cobertura de la fuente primaria sobre hospitalizaciones (CMBD-H) del SNS que hemos utilizado es del 100%, como decíamos anteriormente, utilizaremos las altas hospitalarias para aplicar las proporciones derivadas del modelo propuesto por Goldberg y Huxley, para obtener el número de casos AAE y número de consultas en AP (Tabla 8). Los valores de contabilidad analítica del SNS que utilizaremos son el coste por proceso hospitalario para los ingresos, el coste de la UPA-TM 2010 para los casos AAE, y el Factor de coste para AF, calculados anteriormente (Tablas 3, 4 y 5). Para las consultas AP utilizaremos el valor de coste de la UPA-AP-2010 con la fórmula:

$$\text{U.P.A.-AP-2010} = (\text{coste por proceso/estancia media}) * 0,50.$$

Los resultados se muestran en las Tablas 8 y 9. El gasto sanitario resultante de la aplicación de este modelo, 156.994.284,72 €, es solo ligeramente superior al obtenido con la metodología de medición de costes aplicada anteriormente, lo cual sirve para reforzar los valores obtenidos, y, en definitiva, para conocer el gasto sanitario directo de la atención a los trastornos mentales y del comportamiento derivados del trabajo.

Tabla 8. Ingresos hospitalarios, casos en atención ambulatoria especializada y en atención primaria por trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales aplicando las FA calculadas y el modelo propuesto por Goldberg y Huxley. España 2010.

Estudio	Ingresos hospitalarios (H)	Casos AAE (H*8)	Casos AP (H*20)
<b>Trastornos mentales</b>			
García Gómez et. al. (este estudio)	10.784	86.272	215.680
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	7.013	56.104	140.260
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	3.854	30.832	77.080

Fuente: Elaboración propia a partir del Repositorio de Información del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. MSPSI. [Acceso octubre de 2011]. Disponible en: <http://repositorio.msc.es/risns/>

Tabla 9. Gasto sanitario de los trastornos mentales atribuibles a exposiciones laborales calculados en la tabla 8. España 2010 (en euros).

Estudio	Gasto ingresos hospitalarios	Gasto AAE	Gasto Atención Primaria	Gasto Farmacia	Total gasto sanitario por enfermedad
<b>Trastornos mentales</b>					
García Gómez et. al. (este estudio)	46.775.384,32	17.302.712	28.838.091,44	64.078.096,64	<b>156.994.284,72</b>
García Gómez et. al., hombres (este estudio)	29.673.265,34	11.252.218	18.804.350,66	40.925.483,58	100.655.317,82
García Gómez et. al., mujeres (este estudio)	17.182.596,52	6.183.666	10.270.529,90	23.366.262,44	57.003.054,78

Fuente: Elaboración propia a partir del Repositorio de Información del Sistema Nacional de Salud. Instituto de Información Sanitaria. MSPSI. [Acceso octubre de 2011]. Disponible en: <http://repositorio.msc.es/risns/>

Una ulterior comprobación puede realizarse con el estudio de Oliva et al. de 2009. Estos autores cuantificaron el coste sanitario directo de las enfermedades mentales en España en 2002 en 2.498 millones de euros. Si aplicamos la fracción atribuible al trabajo para estas enfermedades que hemos obtenido en este estudio (FA 10,8%) obtendríamos 270 millones de euros, como cifra de gasto sanitario directo atribuible al trabajo. Esto supone 120 millones más que el gasto sanitario directo obtenido por nosotros.

Podemos, pues, considerar nuestra estimación como conservadora, en la medida, además, en que está basada en datos procedentes de las incapacidades temporales reales que, como se ha indicado anteriormente y sobre todo en épocas de crisis financiera y de empleo, infravaloran el verdadero impacto de los trastornos mentales en el absentismo por enfermedad y la incapacidad para el trabajo.

En nuestro estudio, además, hemos excluido las psicosis y el retraso mental, que elevan notablemente la carga global de morbilidad y su coste asociado, aunque pueden verse agravados por condiciones de trabajo inadecuadas. Y tampoco se ha incluido el coste de la enfermedad mental como diagnóstico secundario en los ingresos hospitalarios. Efectivamente, estos pacientes presentan estancias más prolongadas cuando acuden al hospital por otra causa que aquéllos sin enfermedad mental como diagnóstico secundario, por lo que dejamos de contabilizar el exceso de días hospitalarios y su correspondiente gasto asociado. Es decir, consideramos nuestras estimaciones ajustadas a la baja.

142

Por otro lado, hemos estudiado los denominados costes sanitarios directos de las enfermedades, que incluyen la factura de los servicios médicos utilizados en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, pero no 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).

Ante estos hallazgos, optamos por adoptar los valores de coste obtenidos con las estimaciones españolas, por un lado las resultantes de aplicar las fracciones atribuibles calculadas en este estudio, y por otro la cifra resultante de aplicar la obtenida por Castejón en 2002.

# 5. Conclusiones

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 actual crisis financiera mundial comportará algunos de los retos más grandes que se hayan presentado nunca para la salud pública. Durante las últimas dos décadas se ha producido un aumento de la desigualdad de ingresos en muchos países industrializados. Varios estudios sugieren que la distribución relativa de los ingresos dentro de la sociedad es un determinante muy importante para la salud. Los estudios epidemiológicos han demostrado que la pobreza y otras desigualdades sociales están fuertemente asociadas con la enfermedad mental a través de una variedad de mecanismos, incluyendo la mala nutrición, las condiciones de vida antihigiénicas, el acceso insuficiente a la atención médica, la falta de oportunidades de educación y empleo. La enfermedad mental, a su vez, contribuye a estos resultados, por lo que es 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 será mayor de lo que se ahorra (Jenkins 2001; Levy y Sidel, 2009; Muntaner y Benach, 2010).

En los lugares de trabajo, 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 de trabajo, 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 derivado del trabajo. Estos factores pueden tener efectos considerables en la salud, el absentismo y el rendimiento de los trabajadores.

La combinación de alta prevalencia, inicio temprano y la cronicidad de los trastornos mentales, conlleva una contribución importante 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.

144

Por todo ello, nos propusimos estudiar las enfermedades mentales derivadas del trabajo, así como los costes sanitarios directos asociados a las mismas en España con datos españoles, con la finalidad de facilitar información para la adopción de medidas encaminadas a su prevención.

Las principales conclusiones que hemos obtenido son:

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, y 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. Y 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, relajantes 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.

9. Aunque las cifras ofrecidas no den una imagen completa de lo que los trastornos mentales y del comportamiento cuestan al ámbito sanitario, 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.

10. 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.

La crisis económica ha puesto en evidencia los problemas que tiene la financiación de los sistemas públicos de protección social, pero también y sobre todo, los grandes problemas que tiene un sistema económico basado en la especulación financiera, y ha producido la búsqueda de nuevos nichos de negocio, convirtiendo la prestación de servicios públicos básicos en objeto de los deseos empresariales, para lo que obviamente se precisa el debilitamiento y/o desmantelamiento de los sistemas públicos. En este contexto el caso de la Sanidad es paradigmático.

146

Desde hace unos meses y especialmente al hilo de la crisis económica se ha abierto un debate muy intenso sobre la sostenibilidad del sistema sanitario. El debate está muy mediatizado por los intereses económicos en juego y resulta poco inteligible si tenemos en cuenta que nuestro gasto sanitario se encuentra por debajo de la media de la OCDE y muy lejos de los países que lo encabezan, siendo además de los menores si nos fijamos solo en los países más desarrollados (es decir si excluimos a México y Turquía). Por otro lado conviene tener en cuenta que el crecimiento anual del gasto sanitario en España en los últimos 10 años se situó en el 2,7% (promedio de la OCDE, 4,5%) y que en la curva que relaciona la esperanza de vida con el gasto sanitario la primera se sitúa por encima del lugar que nos correspondería, es decir nuestro gasto sanitario es muy eficiente al menos considerando como resultado la esperanza de vida de la población<sup>6</sup>.

Evidentemente hay que ser conscientes de que el sistema sanitario público español tiene numerosos problemas, como por otro lado es inevi-

6 Para ampliar ver La sostenibilidad del sistema sanitario público .Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública (FADSP). [Consultado mayo 2011]. Disponible en <http://www.nodo50.org/fadsp/>.

table en cualquier estructura organizativa que preste atención sanitaria a 47 millones de personas, y por lo tanto oportunidades de mejora.

Para muchas Comunidades Autónomas la sanidad pública es su mayor “empresa” tanto en número de trabajadores como en presupuesto de gasto. En consecuencia, deberían incorporar las mejores prácticas de otros sectores productivos y adaptarlas a las especificidades del sector sanitario (transparencia en los resultados, incentivos a los proveedores, uso de sistemas de información, etc.).

Este estudio estima el coste que para el sistema de salud y, por lo tanto, para la sociedad en su conjunto, tiene atender a los enfermos por trastornos mentales de origen laboral, que representa entre un 0,24% y un 0,58% de todo el gasto sanitario.

El resultado de la integración de este concepto de coste social de la enfermedad en las políticas podría ser espectacular: con la prevención adecuada de estas enfermedades, y su inclusión en las Estrategias de Seguridad y Salud en el Trabajo y en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, entre 150 y 372 millones de euros por año podrían dejar de evaporarse de la economía española.

Por lo que se refiere al reconocimiento de los trastornos mentales como enfermedades profesionales, es conocido que no están incluidas en el Cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social español. A nivel internacional, la Organización Internacional del Trabajo (OIT), incluyó los trastornos mentales y del comportamiento por primera vez en 2010 en la nueva lista de enfermedades profesionales, aprobada en su reunión de 25 de marzo de 2010, que sustituye a la anterior de 2002.

Sin embargo, pueden ser reconocidos como accidente de trabajo, si se demuestra su origen laboral. Y, además, 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.

El abordaje del infra-reconocimiento de las enfermedades profesionales encuentra fórmulas muy interesantes en nuestro entorno más cercano. En Francia llevan años realizando profundos estudios sobre el tema de la subdeclaración de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. El artículo L.176.1 del Código de la Seguridad Social, introducido en 1996, establece que el régimen de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales transferirá anualmente una cierta cantidad al régimen general para compensar a este último por los gastos indebidos que le producen los casos de enfermedad profesional y accidente de trabajo que se ve obligado a atender por no detectarse su origen laboral. El montante concreto es fijado cada año en la Ley (anual) de Financiación de la Seguridad Social. En el año 2008 esta transferencia alcanzó 410 millones de euros<sup>7</sup>.

Recientemente hemos estimado el coste sanitario total de las enfermedades atribuibles al trabajo en el País Vasco durante 2008, atendidas en el Servicio Sanitario Público. Hemos estudiado enfermedades que están incluidas en la lista de enfermedades profesionales y podrían ser reconocidas como tales, pero que están siendo tratadas como comunes en el sistema público vasco de salud. Éstas no incluyen los trastornos mentales. La cifra obtenida de gasto sanitario directo fue de 106 millones de euros, lo que equivale al 3.3% del gasto sanitario público del País Vasco en 2008. El 52% de ese gasto correspondió a la atención especializada, el 21% a la atención primaria y el 27% al gasto farmacéutico. Las enfermedades musculoesqueléticas y del tejido conectivo supusieron la mayor parte de la cifra total (47.3%), seguidas por las enfermedades del aparato circulatorio (19.6%) y las neoplasias (15%).

Evidentemente, los Servicios Públicos de Salud requieren algo más que aumentar los recursos para ser sostenibles. La solución a la sostenibilidad no puede venir exclusivamente de la financiación. En épocas de crisis, la respuesta del sector sanitario debe ser más compleja que pedir dinero (Rafael Bengoa, Diario Médico, 18-4-2011), pero éste sin duda ayuda.

<sup>7</sup> Ver el artículo 91 en el texto de la Ley de Financiación de la Seguridad social para 2008, disponible en: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019942966&dateTexte=>. Consultado el 3.5.2011.

# 6. Bibliografía

Almodóvar A, Nogareda C, Fraile A, De la Orden V, Zimmermann M, Villar MF, et al. V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2004.

Akizumi Tsutsumi, MD; Kazunori Kayaba, MD; Kazuomi Kario, MD; Shizukiyo Ishikawa, MD. Study on Occupational Stress and Risk of Stroke. Vol. 169 No. 1, January 12, 2008; Prospective. Arch Intern Med. 2008; 169(1):56-61.

Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen H-U, Olesen J (2005). Costs of disorders of the brain in Europe. European Journal of Neurology, 12 (Supplement 1):1-27.

Artieda L, Cipriáin C, Extramiana E et al. Incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral. Navarra 1998-2002. Gobierno de Navarra. Instituto Navarro de Salud Laboral. 2004.

Ashton DN, Sung J (2002). Supporting workplace learning for high performance working. Geneva, ILO.

Askenazy Ph, Los desórdenes del trabajo. Investigaciones sobre el Nuevo productivismo. Ed. Modus Laborandi, 2009.

Barry S. Levy y Victor W. Sidel (2009). Crisis económica y salud pública. Medicina Social, vol 4, núm. 2.

Belkic KL, Landsbergis PA, Schnall PL, Baker D (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? Scand J Work Environ Health 30(2):81-3.

Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M. Empleo, Trabajo y Desigualdades en Salud: Una visión global. Ed. Icaria, 2010.

Boedeker W, Klindworth H. Hearts and minds at work in Europe. A European work-related public health report on cardiovascular diseases and mental ill health. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds; 2007.

Boletín Oficial de Cantabria. 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.

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1560/1974, de 18 de diciembre, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-93), BOE nº 306, de 22 de diciembre.

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1995/78, de 25 de agosto, por el que se aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales. BOE núm. 203, 25/8/1978.

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2240/1979, de 14 de agosto, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1979 (CNO-79). BOE nº 232, de 18 de agosto.

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 917/1994, de 6 de mayo, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CNO-94). BOE nº 126, de 27 de mayo.

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2518/1992, de 8 de agosto, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE-74), BOE nº 219, de 12 de septiembre.

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE núm. 302, 19/12/2006.

Buckle P, Devereux J. Work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders. Guildford, Surrey, U.K: European Institute of Health & Medical Sciences. European Agency for Safety and Health at Work; 1999. (<http://agency.osha.eu.int/publications/reports>)

Burger, EJ. Restructuring workers' compensation to prevent occupational disease. *Ann NY Acad Sci* 1989; 572:282-283

Boedecker W, Klindworth H et al. Hearts and minds at work in Europe (2007). BKK Bundesverband. Essen.

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 of the European Communities (2005). Green Paper. Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels, European Commission.

Comisión Europea. Guidance on work-related stress — Spice of life or kiss of death?, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, Luxemburgo, 2002 ([http://ec.europa.eu/employment\\_social/publications/2002/ke4502361\\_en.html](http://ec.europa.eu/employment_social/publications/2002/ke4502361_en.html)).

Comisión de las Comunidades Europeas. Recomendación de la Comisión 90/335/CEE de 22.5.90. D.O. 160 de 26.6.90.

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

Concha-Barrientos M, Imel Nelson D, Driscoll T, Steenland K, Punnett L, Fingerhut M et al. Capítulo 21. Selected occupational risk factors. Comparative Quantification of Health Risks. World Health Organization. 2004.

Cooper C.L. The changing nature of work: workplace stress and strategies to deal with it. *Med Lav* 2006; 97,2: 132-136.

Dewa CS, Lin E (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *SocialScience & Medicine* 51:41-5.

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>

VI Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (ENCT 2007). Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo e Inmigración. 2007.

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.

European Agency for Safety and Health at Work. Research on the changing world of work. Implications on occupational safety and health in some Member States of the European Union. Disponible en:<http://agency.osha.eu.int/publications/reports>.

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.

152

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2005). High performance workplace practices and job satisfaction. Disponible en: <http://eurofound.eu.int/ewco/2005/04/EU0504NU03.htm>

European Working Conditions Survey, 2005. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin, 2006.

European Opinion Research Group (2003). The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer 58.2. Disponible en: <http://Europe.eu.int/comm/health/ph-determinants/life-style/mental-eurobaro.pdf>

Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Marmot MG (2002). Effects of chronic job insecurity and change in job security on self-reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health-related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol. Community Health* 56:450-454.

Finnish Heart Association (2005). Action Plan for Promoting Finnish Heart Health for the Years 2005-2011. Helsinki, Finnish Heart Association.

Fryers T, Melzer D, Jenkins R, Brugha T (2005). The distribution of common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2005,1:14.

Gabriel P, Liimatainen MR. Mental health in the workplace: Introduction. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, octubre de 2000.

García A, Gadea R, López V. Impacto de las Enfermedades laborales en España. Instituto Sindical de trabajo, ambiente y salud. 2007

García Gómez M, Castañeda López R. Análisis del descenso del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España, 2006-2007. *Arch Prev Riesgos Labor* 2008; 11 (4): 196-203.

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

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.

Goldberg D, Huxley P. Mental illness in the community. The pathway to psychiatric care. Londres. Tavistock. 1980.

Härmä M (2006). Workhours in relation to work stress, recovery and health. *Scand J Work Environ Health* 32(6):502-514.

Hensing G, Andersson L, Brage S (2006). Increase in sickness absence with psychiatric diagnoses in Norway: a general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Medicine* 2006, 4:19.

Hensing G, Wahlström R (2004). Chapter 7. Sickness absence and psychiatric disorders. *Scandinavian Journal of Public Health* 32(Suppl 63):152-180.

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.

INRS. Le stress au travail. Disponible en : <http://www.inrs.fr/dossiers/stress.html>

International Labour Office (2006). Changing patterns in the world of work. International Labour Conference, 95th Session 2006, Report I. ILO, Geneva.

Jacobi (2005). German National Health Interview and Examination Survey – Mental Health Supplement, Wittchen.

Jenkins R, World Health Day (2001). Minding the world's mental health. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 36(4):165-168.

Kivimäki M, Virtanen M, Elovainio M, Kouvonen A, Väänänen A, Vahtera J (2006). Work stress in the etiology of coronary heart disease – a meta analysis. *Scand J Work Environ Health* 32 (6, special issue):431-442.

Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L (2003). Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occup Environ Med* 60:779-783.

Knutsson A (2003). Health disorders of shift workers. *Occupational Medicine* 53:103-108.

Koningsveld, E.A.P., Zwinkels, W., Mossink, J.C.M., Thie, X. and Abspoel, M., National costs of working conditions for workers in the Netherlands 2001, Werkdocument 203, Ministry of Social Affairs and Employment, The Hague, The Netherlands, 2003.

Kouvonen A, Kivimäki M, Virtanen M, Heponiemi T, Elovainio M, Pentti J, Linna A, Vahtera J (2006). Effort reward imbalance at work and the co-occurrence of lifestyle risk factors: cross-sectional survey in a sample of 36,127 public sector employees. *BMC Public Health* 6:24.

Kristensen TS, Kornitzer M, Alfredsson L (1998). Social Factors, Work, Stress and Cardiovascular Disease Prevention in the European Region. Brussels, European Heart Network.

Kraut A. Estimates of the extent of morbidity and mortality due to occupational diseases in Canada. *Am J Ind Med.* 1994 Feb; 25(2):267-78.

Kreis J, Bödeker W. Work-related health monitoring in Europe-Synopsis of work-related indicator sets. Bremerhaven, Wirtschaftsverlag NW, 2004.

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 Quarterly* 82-4, pp. 689-721.

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-114-2007.html#c1](http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/va-114-2007.html#c1) [consultado el 5-11-2010].

Lohela M, Björklund C, Vingård E, Hagberg J, Jensen I. Does a change in psychosocial work factors lead to a change in employee health? 2009; *JOEM* 51(2):195-203.

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.

Mallino, DL. Workers' compensation and the prevention of occupational disease. *Ann NY Acad Sci* 1989; 572:271-277.

Martínez-Moragón E, Serra-Batlles J, de Diego A, et al. Coste económico del paciente asmático en España (estudio AsmaCost). *Arch. Bronconeumol.* 2009; 45(10):481-486.

Martínez Pérez C. Prevalencia y atención de los trastornos mentales en una Comunidad Rural. Tesis doctoral. Universidad de Granada. 2005.

Melchior, Jane E. Ferrie, Kristina Alexanderson, Marcel Goldberg, Mika Kivimaki, Archana Singh-Manoux, Jussi Vahtera, Hugo Westerlund, Marie Zins, and Jenny Head. Does Sickness Absence Due to Psychiatric Disorder Predict Cause-specific Mortality? A 16-Year Follow-up of the GAZEL Occupational Cohort Study Maria. *American Journal of Epidemiology*, Mayo 2010.

Mental Health Economics European Network I: Final report – Annex XI, Paper C, Mental Health and Employment. Disponible en: <http://www.mhe-sme.org/assets/files/documents/Employment%20and%20Mental%20H.doc>

Michelsen H, Bildt C (2003). Psychosocial conditions on and off the job and psychological ill health: depressive symptoms, impaired psychological wellbeing, heavy consumption of alcohol. *Occupational & Environmental Medicine* 60(7):489-96.

Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. The Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.

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

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

Oliva Moreno J; López Bastida, Montejo-González, Osuna-Guerrero, Duque-González. The socioeconomic costs of mental illness in Spain, *European Journal of Health Economics* 2009 10 (4):361-369.

O'Reilly D, Stevenson M (2003). Mental health in Northern Ireland: have "The troubles" made it worse? *Journal of Epidemiology & Community Health* 57(7):488-492.

Outram S, Mishra GD, Schofield MJ (2004). Sociodemographic and health-related factors associated with poor mental health in midlife Australian women. *Women & Health* 39(4):97-115.

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.

Parent-Thirion A, Fernandez Macias E, Hurley J, Vermeulen G (2007). Fourth European Working Conditions Survey. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

Paoli, P. & Merllié, D., Third European Working Conditions Survey 2000, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2001. Disponible en: <http://eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0121.htm>.

Paoli, P. & Parent-Thirion, A., Working Conditions in the acceding and candidate countries, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2003. Disponible en: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0306.htm>

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>

Real Academia de la lengua española. Diccionario de la lengua. Vigésimo segunda edición. 2011. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

Rantanen J (1998). The changing world of work', Agency conference proceedings. Disponible en: <http://agency.osha.eu.int/publications/conference/conference98/index.html>

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

Sanderson K, Andrews G (2006). Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology. *Canadian Journal of Psychiatry* 51:63-75.

Siegrist J, Rödel A (2006). Work stress and health risk behaviour. *Scand J Work Environ Health* 32(6):473-481.

Schmidt MV, Sterlemann V, Müller MB. Chronic stress and individual vulnerability. *Ann N Y Acad Sci.* 2008 Dec;1148:174-83.

Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA (2002). Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry*, 181:208-213.

Stansfeld S, Candy B (2006). Psychosocial work environment and mental ill health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health* 32(6):443-62.

158

Stansfeld S, Bosma H, Hemingway H, Marmot MG (1998). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study. *Psychosomatic Medicine* 60:247-255.

Stansfeld SA, Head J, Rasul F, Singleton N, Lee A (2003). Occupation and mental health: Secondary analyses of the ONS Psychiatric Morbidity Survey of Great Britain. Research Report 168. London, Health and Safety Executive.

Steenland, K. Dying for work: The magnitude of US Mortality from selected causes of death associated with occupation. *Am J Ind Med* 2003;43:461-482.

Toppinen, S. & Kalimo, R. (1997) Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä [Burnout among

Finnish working population]. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health.

Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, Ferrie JE (2004). Organisational downsizing, sickness absence and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ* 6:328:555.

Van der Hulst M (2003). Long workhours and health. *Scand J Work Environ Health* 29(3):171-188.

Wittchen H-U, Jacobi F (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* 15:357-376.

World Health Organization CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.



Con la Financiación de: DI-0008/2010



FUNDACIÓN  
PARA LA  
PREVENCIÓN  
DE RIESGOS  
LABORALES

