

3. Coste de las enfermedades relacionadas con riesgos psicosociales

La investigación llevada a cabo durante varias décadas ofrece pruebas de una vinculación entre los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo y los resultados de salud negativos como los problemas de salud mental (depresión), la enfermedad cardiovascular, los trastornos musculoesqueléticos y, también, de forma reciente, la diabetes. La medida en que el trabajo contribuye al desarrollo de resultados negativos normalmente no se determina fácilmente. No obstante, al investigar la carga financiera del estrés y de los riesgos psicosociales, cabe tener en cuenta los costes asociados también a estos problemas de salud.

3.1. Problemas de salud mental (depresión)

El estrés relacionado con el trabajo se ha establecido como un factor determinante importante de los trastornos depresivos (Levi, 2005). Se observó la relación entre las características de trabajo psicosociales y los síntomas depresivos graves, por ejemplo, en un estudio longitudinal realizado entre 1995 y 2000 en Dinamarca (Rugulies et al., 2006). En una muestra de más de 4 000 participantes representantes de la mano de obra danesa, las características de trabajo psicosociales, incluidas las demandas cuantitativas, la influencia en el trabajo, las posibilidades de desarrollo, la ayuda social de los supervisores y de los cotrabajadores y la inseguridad laboral, se constató que estaban relacionadas con el riesgo de desarrollar síntomas depresivos graves. En una examen de catorce estudios longitudinales que examinaban esta relación, Netterstrøm et al. (2008) consideraron que las altas demandas laborales doblaban la posibilidad de desarrollar una depresión. En otra revisión de diecisésis estudios basados en la población que incluía a 63 000 trabajadores, Bonde (2008) consideró que la tensión del empleo (caracterizada por una alta demanda y un bajo control) aumentó de forma significativa el riesgo de los síntomas depresivos posteriores o un episodio depresivo principal.

Coste de la depresión

Sobocki et al. (2006) recopiló datos nacionales y europeos de los 28 países europeos para estimar el coste total de la depresión en Europa. Gracias al uso de datos de prevalencia durante el periodo de un año, los autores constataron que en 2004 el coste de la depresión en Europa ascendió a un total de 118 000 millones EUR, lo cual era equivalente al 1 % del PIB de Europa. Los costes directos ascendieron a 42 000 millones EUR y estaban compuestos por los costes de medicamentos (9 000 millones EUR), hospitalización (10 000 millones EUR) y la asistencia ambulatoria (22 000 millones EUR). Los costes indirectos fueron mayores (76 000 millones EUR) y estuvieron compuestos por costes relacionados con la morbilidad y la mortalidad. Fuera de Europa, Greenberg y colaboradores (2003) estimaron que en 2000 el coste de la depresión en los EE. UU. fue de 83 100 millones USD. Esta cifra incluía los costes médicos (26 100 millones USD), los costes de mortalidad relacionados con los suicidios (5 400 millones USD) y los costes del lugar de trabajo (51 500 millones USD).

Según la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo, los trastornos de salud mental en general cuestan a Europa 240 000 millones EUR al año. Esta cifra tiene su origen en un estudio transeuropeo realizado por Andlin- Sobocki et al. (2005), quienes desarrollaron un modelo que utilizaban datos epidemiológicos y económicos para estimar el coste total de la salud mental y los trastornos mentales en Europa. El estudio incluyó a los países de la UE, Islandia, Noruega y Suiza. El modelo estadístico desarrollado se basó en convertir los datos económicos disponibles a EUR, tras lo cual se realizaron ajustes para representar las diferencias en el poder adquisitivo y el volumen económico de los distintos países europeos para estimar los costes totales de cada problema de salud mental o síndrome cerebral. El estudio consideró que los trastornos más costosos fueron los trastornos de salud mental, cuyo costes se estimó en 240 000 millones EUR al año. Esta cifra incluía los costes de asistencia sanitaria (97 000 millones EUR), los costes directos no médicos (9 000 millones EUR) y los costes indirectos (133 000 millones EUR).

3.2. Enfermedades cardiovasculares

La relación entre los factores psicosociales, en particular el estrés relacionado con el trabajo, y las enfermedades cardiovasculares queda bastante bien establecido (Schnall et al., 2000). En 2004, la OMS concluyó que «en general, los datos contrastados indican que la incidencia en las enfermedades cardiovasculares relacionadas con el estrés en el trabajo es probablemente mayor en las profesiones manuales cuando están presentes los siguientes factores: libertad limitada, trabajo a turnos (en especial, el turno de noche), desequilibrio esfuerzo-recompensa, altas demandas, un deficiente entorno de trabajo psicosocial, aislamiento social, inactividad física o violencia laboral» (p. 1655, Concha-Barrientos et al., 2004). No obstante, también es importante señalar que esta relación se observa en todos los trabajadores, no solo en los trabajadores manuales (LaMontagne et al., 2010; Schnall et al., 2000).



© Arpad Pinter

Kuper et al. (2002) examinó trece estudios sobre riesgo psicosocial y cardiopatías isquémicas y consideró que diez de los trece estudios informaron de un vínculo fuerte o moderado entre las características de trabajo psicosociales como la tensión en el trabajo, las demandas, los recursos y el control y las cardiopatías isquémicas. Los mismos autores consideraron que seis de los nueve estudios examinados manifestaron la relación entre la falta de ayuda social y las cardiopatías isquémicas (Kuper et

al., 2002). Otro examen, llevada a cabo por Everson-Rose y Lewis (2005), consideró que los factores psicosociales crónicos y agudos (es decir, la tensión en el trabajo, altas demandas, bajas recompensas), así como una falta de apoyo social, están relacionados con las enfermedades cardiovasculares. De igual modo, un meta-análisis de catorce estudios que incluyó a más de 100 000 empleados en total demostró que los empleados con altas tensiones en el trabajo tenían 1,5 veces más probabilidades de desarrollar cardiopatías isquémicas que aquellos con un escaso nivel de tensión en el trabajo (Kivimäki et al., 2006).

■ Coste de las enfermedades cardiovasculares

El informe de 2012 de la Red Europea del Corazón (Nichols et al., 2012) examinó el coste general de las enfermedades cardiovasculares en el conjunto de la economía de la UE, así como en cada Estado miembro. Estimó que el coste de dichas enfermedades para la economía de la UE en 2009 fue de 196 000 millones EUR al año. Esta cifra podría desglosarse en costes de asistencia sanitaria directa (54 %), pérdidas de productividad (24 %) y la asistencia informal de personas con enfermedades cardiovasculares (22 %). Las cardiopatías isquémicas representaron 60 000 millones EUR del coste total de las enfermedades coronarias, de las cuales un 33 % estimado se atribuyó a los costes de asistencia sanitaria directa, un 29 % a las pérdidas de productividad y un 38 % a la asistencia informal para las personas con cardiopatías isquémicas. En el cuadro 2 se ofrece un desglose del coste total de la asistencia sanitaria, el coste per cápita y el porcentaje del gasto sanitario total en enfermedades cardiovasculares en cada país de la UE. Los países que gastan un mayor porcentaje de su presupuesto en asistencia sanitaria en enfermedades cardiovasculares fueron Letonia, Estonia y Polonia (17 % en cada caso). Al otro lado del espectro, el porcentaje más bajo del gasto sanitario atribuible a las enfermedades cardiovasculares se registró en Luxemburgo y Dinamarca: el 4 % y el 5 %, respectivamente.

Cuadro 3: Costes de la asistencia sanitaria de las enfermedades cardiovasculares en los países de la UE (en miles EUR)

País	Total de costes de la asistencia sanitaria de las enfermedades cardiovasculares	Coste per cápita	Porcentaje del gasto sanitario total
Alemania	30 679 159	374	11 %
Austria	2 338 617	280	8 %
Bélgica	2 374 817	221	6 %
Bulgaria	347 877	46	13 %
Chipre	66 750	84	7 %
Dinamarca	1 244 403	226	5 %
Eslovaquia	594 854	110	10 %
Eslovenia	263 352	130	8 %
España	7 935 489	173	8 %
Estonia	166 457	124	17 %
Finlandia	1 958 752	368	12 %
Francia	12 731 261	198	6 %
Grecia	2 799 545	249	11 %
Hungría	998 760	100	14 %
Irlanda	925 547	208	6 %
Italia	14 488 331	241	10 %
Letonia	203 355	90	17 %
Lituania	250 913	75	12 %
Luxemburgo	133 045	270	4 %
Malta	48 511	117	11 %
Países Bajos	5 797 817	352	8 %
Polonia	4 157 650	109	17 %
Portugal	1 215 392	114	6 %
Reino Unido	9 635 790	156	6 %
República Checa	1 567 633	150	14 %
Rumanía	802 565	37	12 %
Suecia	2 430 301	263	8 %
Total de la UE	106 56 940	212	9 %

Fuente: Nichols et al. (2012).

3.3. Trastornos musculoesqueléticos

Los estudios han demostrados que los factores psicosociales en el trabajo puede tener un papel significativo en el desarrollo de problemas musculoesqueléticos. Se consideró que los dolores lumbares estaban relacionados con una deficiente organización del trabajo y una falta de ayuda social (EU-OSHA, 2010b). De forma similar, Sobeih y colaboradores (2006) realizaron una revisión sistemática de diez estudios que examinaron la relación entre los factores psicosociales y los trastornos musculoesqueléticos entre los trabajadores en el sector de la construcción. Todos los estudios informaron de la existencia de una relación entre dichos trastornos y al menos un factor psicosocial, de forma más común el estrés en el trabajo, una baja satisfacción laboral, un bajo control sobre el trabajo y elevadas demandas laborales. En otra revisión bibliográfica, Leka y Jain (2010) constataron que diecisésis estudios que describían una relación entre los factores psicosociales (como el estrés, bajos salarios y prestaciones, largas jornadas, falta de control sobre el trabajo, falta de ayuda social) y los trastornos musculoesqueléticos, incluidas las lesiones reiteradas causadas por el estrés (lesiones musculares debidas a un uso frecuente de los mismos músculos como ocurre al soldar o al mecanografiar) y el dolor en los miembros superiores, el cuello, la espalda y los músculos.

Coste de los trastornos musculoesqueléticos

La gran variedad de trastornos musculoesqueléticos dificulta la estimación precisa de su coste, mientras que algunos autores intentan cuantificar el coste general de estos trastornos, otros se centran en trastornos musculoesqueléticos específicos como el dolor de espalda o la artritis (Parsons et al., 2011). A escala de la UE, se estima que hasta el 2 % del PIB se dedica a los costes directos de los trastornos musculoesqueléticos, siendo el coste del dolor de espalda de la mano de obra europea de más de 12 000 millones EUR al año (Bevan et al., 2009) y con un coste de la artritis reumatoide de 45 000 millones EUR al año (Lundkvist et al., 2008).

Se ha estimado que en el Reino Unido, los «trastornos musculoesqueléticos y artrosis» costaron al Servicio Nacional de Salud británico 186 000 millones GBP en 2008, mientras que el coste de la asistencia sanitaria asociado a la artritis reumatoide es de 560 000 millones GBP al año, incrementándose a 1 800 millones GBP cuando se incluye la pérdida de empleo y las licencias por enfermedad (Morse, 2009). También en el Reino Unido, se ha estimado que en 1998 los costes de la asistencia sanitaria, los costes de la asistencia informal y las pérdidas de producción debidas a los dolores de espalda ascendieron a un total de 10 670 millones GBP (Maniadakis y Gray, 2000). En los Países Bajos, el coste anual de las lesiones reiteradas a causa de la tensión en el trabajo es de 2 100 millones EUR (Bevan et al., 2009), mientras que el coste anual de la artritis reumatoide se ha estimado en 1 600 millones EUR en Irlanda (Arthritis Ireland, 2008) y en 2 000 millones EUR en España (Lajas et al., 2003).

3.4. Diabetes

Una serie de estudios han demostrado una relación entre los peligros psicosociales y la diabetes mellitus (diabetes). En uno de esos estudios, Heraclides et al. (2009) constataron que de una muestra de 5 895 mujeres, el estrés laboral psicosocial fue un elemento indicativo de la aparición de la diabetes de tipo II quince años más tarde, aunque no se observó el mismo fenómeno entre los hombres. De forma más reciente, el análisis de los datos longitudinales de 7 443 participantes en Canadá reveló que las mujeres (pero no los hombres) con escaso control sobre el trabajo tenían un riesgo aumentado de desarrollar diabetes (Smith et al., 2012). Otros autores también han constatado un riesgo aumentado de padecer diabetes en mujeres con un escaso control sobre el trabajo (Agardh et al., 2003; Leynen et al., 2003; Nordberg et al., 2003) o con una elevada tensión en el trabajo (Leynen et al., 2003; Nordberg et al., 2003). Es interesante que los estudios no observaron relaciones significativas entre los factores psicosociales y un riesgo aumentado de diabetes entre los hombres. Mientras que los investigadores han especulado que podría existir una interacción entre el género y la exposición a los peligros psicosociales, es necesaria una mayor investigación para explicar esta diferencia.

Costes de la diabetes

Las estimaciones de los costes de la diabetes normalmente comprenden los costes asociados tanto con la diabetes tipo I y tipo II e incluyen los costes médicos directos (por ejemplo, los costes de