

Documento de Trabajo

Sesión científica CISAL:



"La intensificación del trabajo del conocimiento en España y su impacto en la salud"

11 Diciembre 2013

Oscar Pérez Zapata, Gloria Álvarez Hernández



Universidad
Carlos III de Madrid

dubitare; Universidad Carlos III de Madrid

oscar@dubitare.com, opzapata@emp.uc3m.es

Abstract

Desde principios de los 90 se acumula la evidencia de una intensificación del trabajo en toda Europa, una dinámica que en España se habría acelerado desde principios de siglo. La intensidad del trabajo (i.e. más esfuerzo en el tiempo de trabajo) es un constructo sociológico que puede ser muy útil en el contexto de la Epidemiología Social/Laboral: puede contribuir a una aproximación más interdisciplinar de los modelos de riesgo psicosociales y concretamente al estudio de las exigencias en la salud, a partir de una perspectiva alineada con los determinantes sociales de la salud.

En esta comunicación, además de explorar las conexiones de la intensidad con constructos aledaños como el tiempo de trabajo, las exigencias y el estrés laboral, nuestro objetivo principal es estimar empíricamente el impacto de la dinámica de intensificación del trabajo en la salud de los trabajadores españoles, en el contexto del resto de condicionantes de la salud. Para ello utilizamos las últimas cuatro oleadas (1999-2011) de las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (ENCTs) que elabora el INSHT y proponemos varios modelos de condicionantes sociales de la salud basados en ajustes logísticos.

Encontramos que pese los cambios metodológicos y el contexto de crisis, en el conjunto del periodo (1999-2011) los modelos de condicionantes sociales de la salud propuestos (síntomas psicósomáticos y problemas de salud) son estables y robustos. Además, logran explicar las diferencias de salud asociadas a los distintos medios/instrumentos de trabajo, las ocupaciones, las ramas de actividad y la edad, aunque no consiguen explicar del todo el riesgo específico asociado a las mujeres, necesitando posiblemente de la incorporación de factores no laborales como la doble carga, que no se recogen bien en las ENCTs.

La intensidad de trabajo emerge entre 1999-2003 como un condicionante social clave de la salud de los trabajadores españoles, particularmente para las mujeres jóvenes. En el segundo periodo (2006-2011) se consolida su importancia para todos los trabajadores. A tenor de los resultados en términos de Fracciones Atribuibles Poblacionales, la intensidad de trabajo se convierte en el factor más importante para la salud psicósomática del conjunto de trabajadores españoles (~16%), superando a los factores de riesgo físico tradicionales como la molestia con las posturas o la temperatura. Además del riesgo que encontramos para distintos indicadores de la intensidad de trabajo (cantidad de trabajo excesiva, no tener tiempo para realizar las tareas, mantener un ritmo de trabajo elevado, exigencias cognitivas, exigencias emocionales, multitarea), el nivel de atención, la insuficiente información/formación y el trabajar con ordenadores, todos asociados al trabajo del conocimiento, emergen como factores de riesgo independientes.

Palabras clave: *intensificación del trabajo, intensidad del trabajo, estrés laboral, exigencias, salud, salud mental, salud pública, salud laboral, determinantes sociales de la salud, riesgos psicosociales.*

Introducción

Nuestras sociedades occidentales parecen dominadas por la *intensificación del cambio* tanto a nivel cuantitativo como cualitativo¹. Una de las etiquetas² más exitosas para interpretar los cambios ha sido la de sociedad del conocimiento (Castells, 2001), bajo la que el trabajo sería cada vez en mayor medida *trabajo del conocimiento*. Lo cierto es que el trabajo en las economías llamadas desarrolladas es cada vez más mental y los riesgos cada vez en mayor medida psicosociales (Durán & Benavides, 2004), lo que está relacionado con el cambio en el tipo de exigencias que cada vez son más *cognitivas* (como se le presuponen al "conocimiento"), aunque también y de forma muy relevante *emocionales*. Pero no sólo cambian el *tipo* de exigencias, sino los niveles de las mismas; es decir, más allá de los cambios en la distribución de exigencias físicas, cognitivas y emocionales, el trabajo es cada vez más *intenso*, una dinámica que afectaría a todas las categorías de trabajadores y que va más allá de la actual crisis económica.

Efectivamente, desde que en 1991 Eurofound [*Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo*] realizó su primera Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo [EECT] se acumula la evidencia del crecimiento de la intensidad de trabajo (i.e. de un creciente *esfuerzo* en el trabajo por unidad de tiempo) en toda Europa³. En España y de acuerdo con los datos oficiales de las EECTs, el crecimiento de la intensidad o intensificación del trabajo habría sido de más de 15pp desde 1995, con una aceleración específica desde comienzos de siglo⁴ (ver *Figura 1* medida a partir de la proporción de trabajadores que dicen estar *expuestos más de 1/4 del tiempo a plazos ajustados*). Simultáneamente, la dedicación al trabajo medida en los términos tradicionales y extensivos de *duración del trabajo* habría reducido su importancia en más de 12pp desde 1995, con la metodología de medición actual⁵ (ver *Figura 2* medida como el porcentaje de trabajadores que dicen *trabajar más de 40 horas*).

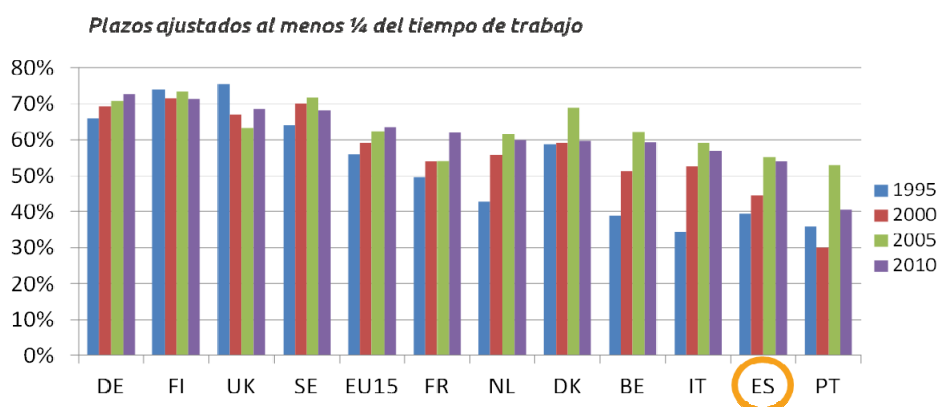


Figura 1. Evolución de la intensidad de trabajo. Fuente: Survey Mapping Tool de Eurofound basados en las EECTs.

¹ En lo social/cultural, lo económico, lo organizativo, lo tecnológico, lo religioso, lo demográfico, lo familiar...

² El número de etiquetas que se han utilizado para caracterizar las transformaciones sociales de las últimas décadas ha sido enorme: por ej. Bell, Giddens, Beck, Castells, Bauman...se han referido a *sociedad postindustrial, segunda modernidad, modernidad tardía, postmodernidad, sociedad riesgo, sociedad de la información, sociedad líquida, sociedad de consumo*...

³ Que se suma a dinámicas más globales.

⁴ Con una desaceleración del crecimiento en EU15 en el último periodo de crisis. En esta línea según la EECT, en España se habría desacelerado durante la crisis, aunque podría estar influenciada por los cambios en la traducción de la pregunta; con las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo, la mayoría de indicadores sugieren que la intensidad sigue aumentando.

⁵ El interesado puede consultar una comunicación previa aquí en (Perez-Zapata, Castaño-Collado, Lahera-Sánchez, & Álvarez Hernández, 2013).

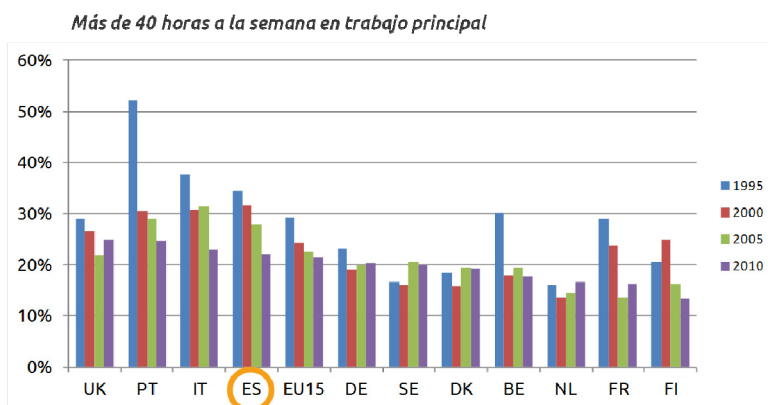


Figura 2. Evolución de las horas de trabajo. Fuente: Survey Mapping Tool de Eurofound basados en las EECTs.

Esta dinámica de intensificación del trabajo y simultáneo decrecimiento de la duración del trabajo la encontramos también en las fuentes oficiales españolas. Con las últimas cuatro oleadas de las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo [ENCTs] que elabora el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene [INSHT], la percepción de intensidad de trabajo también habría crecido de forma estadísticamente significativa con la mayoría de los indicadores, al tiempo que la proporción de trabajadores que *trabajan más de 45 horas* se habría mantenido aproximadamente constante en el primer periodo (1999-2003) y descendido de forma estadísticamente significativa en el último periodo (2006-2011) - ver Figura 3⁶.

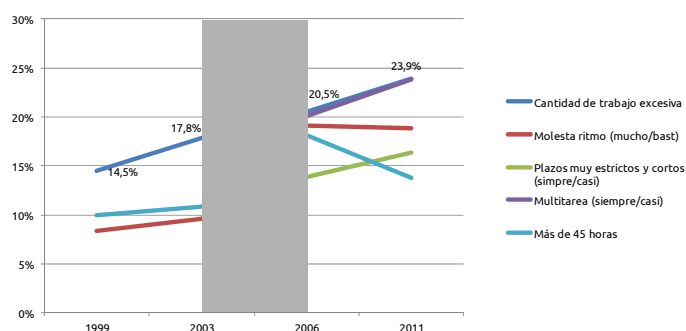


Figura 3. Selección de indicadores de intensidad y duración. Fuente: Elaboración propia a partir de las ENCTs⁷

Esta dinámica global de intensificación del trabajo, plantea muchas preguntas desde varios puntos de vista: por ej. desde el punto de vista **político** (¿significa que han cambiado las relaciones de poder entre las organizaciones y los trabajadores?), **económico** (¿es consecuencia de los esfuerzos para ser más competitivos y productivos?), **social** (¿qué influencia puede tener en las relaciones personales y comunitarias?), **tecnológico** (¿qué influencia está teniendo la difusión de las TIC?), entre otros. También, y esto es lo que nos interesa en esta comunicación, genera interrogantes sobre el posible impacto en **Salud Pública**, en línea con lo que plantean los expertos en riesgos psicosociales (Benavides, Clanchet, & Alternativas, 2006; Brun & Milczarek, 2007).

⁶ Aunque existe una correlación elevada entre los que trabajan más de 45h y los que trabajan más intensamente, esta dinámica es compatible con la tendencia agregada de crecimiento de la intensidad y decrecimiento de las jornadas largas. No obstante es relevante plantear que la formulación de las preguntas de medición debe renovarse para concluir algo definitivo en este sentido.

⁷ La zona gris destaca el cambio metodológico que se produce entre 2003 y 2006 y que obliga a analizar la evolución de las condiciones de trabajo entre 1999 y 2011 distinguiendo dos periodos con dos oleadas de ENCTs cada uno: el periodo 1999-2003 y el periodo 2006-2011. Más información sobre los cambios metodológicos a continuación en la sección de metodología y en la web del INSHT.

Nuestro objetivo es profundizar en la influencia de esta dinámica de intensificación del trabajo en términos de Salud Pública y Salud Laboral y más concretamente evaluar la evolución de su importancia en el contexto más amplio de los condicionantes de la salud de los trabajadores españoles. Buscamos responder a estas preguntas: *¿Qué importancia tiene la intensidad de trabajo en el contexto de los condicionantes sociales de la salud de los trabajadores? ¿Cómo ha evolucionado esa importancia? ¿Cuáles son los grupos con un mayor riesgo específico?*, utilizando para ello el análisis original de las últimas cuatro oleadas de las ENCTs que ha elaborado el INSHT entre 1999-2011.

Nuestro planteamiento en el resto del documento es: 1. Presentar algunos aspectos que sirven para enmarcar mejor la intensidad del trabajo en el contexto de la Epidemiología Laboral; 2. A continuación tratar los aspectos metodológicos (en términos de operacionalización de variables, técnicas de análisis y fuentes de datos); 3. presentar los resultados más relevantes y discutir las posibles implicaciones.

Antecedentes

Intensidad de trabajo, tiempo de trabajo, exigencias y estrés laboral

Es relevante empezar nuestra discusión de la intensidad de trabajo precisando sus particularidades respecto a otros constructos aledaños; vamos a tratar de responder *¿Qué es la intensidad de trabajo exactamente? ¿Por qué proponemos su utilización? ¿Qué ventajas tiene frente a otros constructos alternativos como el tiempo de trabajo, las exigencias o el estrés laboral?*.

En el contexto de cambios de las organizaciones y el trabajo, la apuesta por la intensidad de trabajo se puede considerar un paso hacia una mejor evaluación de la dedicación al trabajo que entre otras cosas pueda dar mejor cuenta de sus efectos en la salud. Si la intensidad de trabajo se define a partir del *esfuerzo del trabajador en la unidad de tiempo* (Burchell, Ladipo, & Wilkinson, 2002; Green, 2001), necesitamos entonces referirnos tanto a la dimensión de *esfuerzo* como a la dimensión *temporal*. Hasta ahora las economías y organizaciones han puesto demasiado énfasis en la dimensión temporal, las horas de trabajo, una variable cada vez más insuficiente para estimar la *dedicación* al trabajo.

Efectivamente, si la duración del tiempo de trabajo podía ser un indicador más o menos apropiado en un contexto de trabajo más estable y regulado (trabajo normalizado en términos de espacios, tiempos, procesos, carga de trabajo, relaciones laborales...) con los cambios en el mundo del trabajo hacia una mayor orientación al mercado (y la consiguiente flexibilización y desregulación) los indicadores de dedicación al trabajo basados en la duración del tiempo de trabajo parecen crecientemente insuficientes. En este sentido, pensamos que los cambios del trabajo necesitan indicadores más complejos que permitan una mejor medición de la dedicación y *el desgaste* en el trabajo, en los contextos crecientemente postfordistas/flexibles/desregulados⁸, donde el tiempo de trabajo aporta cada vez menos información y es particularmente insuficiente para estimar el impacto de la dedicación al trabajo en la salud.

⁸ El contexto se ha descrito muy frecuentemente en términos del cambio fordista al postfordista (otra etiqueta ligada también con el trabajo del conocimiento). Ver por ejemplo para la discusión fordismo/postfordismo Alonso (2004).

Es decir, es cada vez más necesario atender a la otra dimensión de la intensidad de trabajo, el *esfuerzo*, lo que nos conecta automáticamente con las tradiciones del estudio del trabajo desde puntos de vista ergonómicos y psicosociales⁹. La Ergonomía ha venido utilizando los constructos de *carga de trabajo* y fatiga en distintas versiones (carga física y carga mental, más importante en nuestro contexto, y sus correspondientes tipos de fatiga mental: *intelectual, nerviosa, psicológica y emocional*); pero ha sido la Psicología la que ha operativizado el esfuerzo en modelos de riesgos psicosociales a partir de las *demandas/exigencias* en distintas versiones: *cuantitativas, intelectuales o emocionales*, como parte de modelos centrados en el *estrés laboral*. Estos modelos de riesgos psicosociales son los que ha utilizado la Epidemiología Laboral, particularmente el modelo *demanda-control* de Karasek/Theorell y más tarde Johnson con apoyo social (Johnson & Hall, 1988; Karasek & Theorell, 1994) y *esfuerzo-recompensas* de Siegrist (1996). Más recientemente se han empezado a realizar estudios (también en España¹⁰) basados en el modelo de riesgos psicosociales Copsoq -ahora Copsoq II- (Kristensen, Hannerz, Høgh, & Borg, 2005; Pejtersen, Kristensen, Borg, & Bjorner, 2010) y todavía más recientemente, con una perspectiva a medio camino entre la Psicología de las Organizaciones/Trabajo y la Psicología Social de la salud está emergiendo con fuerza el modelo *demandas-recursos* de Bakker/Demerouti que todavía tiene que validarse en el ámbito epidemiológico (Bakker & Demerouti, 2007) y que en España sólo se ha utilizado en el contexto de la Psicología del Trabajo¹¹.

En el contexto epidemiológico dominado por los anteriores modelos psicosociales, nuestra propuesta de desplazar la atención hacia la *intensidad de trabajo* implica:

1. Más atención al efecto independiente de las exigencias/demandas.

El foco en la intensidad de trabajo supone desplazar la atención hacia el creciente papel de la dimensión de exigencias/demandas, que es fundamental en todos los modelos de riesgos psicosociales (Kristensen, Bjorner, Christensen, & Borg, 2004) y que en las organizaciones actuales parecen tener un efecto en la salud que no dibujan bien los modelos precedentes centrados en el estrés laboral. La relación entre la intensidad de trabajo *percibida* y las exigencias es muy próxima (de hecho más allá de las operacionalizaciones de la intensidad ligadas al *ritmo*, la intensidad puede muy bien compartir *items* con las exigencias cuantitativas, cognitivas, emocionales), aunque la intensidad tienen una connotación específica sobre los condicionantes de las exigencias.

Los modelos tradicionales y todavía más el modelo de demandas-control, necesitan ampliar tanto su planteamiento de las exigencias en línea de los modelos más modernos (i.e. copsoq II y demandas-recursos) como su conceptualización del control, en el contexto de cambios en el mundo del trabajo. Por ejemplo, no está claro en qué condiciones y hasta qué punto el control y/o otros *recursos* (en el sentido amplio del

⁹ Existen otras muchas áreas del conocimiento que se pueden vincular con el estudio de la intensidad del trabajo, pero que se han apoyado en otras categorías teóricas. Específicamente relevantes son las del punto de vista de la Psicología del Trabajo y las Organizaciones, con constructos relacionados con la "motivación" como el "*commitment*", "*involvement*" o más recientemente "*engagement*" pero también sus potenciales derivas con connotaciones más negativas como "*workaholism*". Más relacionadas con el impacto en términos de salud de la intensidad, además del estudio tradicional del impacto del "estrés laboral" en la salud, existe cada vez un mayor número de estudios centrados los constructos de "*need for recovery*" y el "*burnout*" muy relacionados con los efectos de la intensificación del trabajo del conocimiento.

¹⁰ Los trabajos de ISTAS que ha liderado la traducción y utilización del COPSOQ (Moncada, Llorens, Font, Galtés, & Navarro, 2008; Moncada et al., 2010).

¹¹ Particularmente en el contexto del grupo de investigación WONT liderado por Marisa Salanova (Salanova Soria & Llorens Gumbau, 2008).

modelo demandas-recursos) pueden amortiguar las demandas; también se está empezando a discutir la necesidad de correspondencia entre demandas y controles; o las diferentes vulnerabilidades de los distintos trabajadores. Lo que cada vez está más claro son las limitaciones actuales (Caza, 2012; Häusser, Mojzisch, Niesel, & Schulz-Hardt, 2010; Vanroelen, Levecque, & Louckx, 2010), aunque cabe plantearse si no se necesita un giro más brusco en los planteamientos, habida cuenta de la creciente importancia del autocontrol y por tanto de las dificultades para explorar qué es y qué no es control¹².

En cualquier caso, en el contexto de las transformaciones del mundo del trabajo, discutir sobre la intensidad de trabajo supone destacar el efecto independiente de las exigencias sobre la salud, más allá y por encima de sus potenciales amortiguadores (control, apoyo social, recompensas, recursos, etc...).

2. Mayor sintonía con la institucionalización del constructo de intensidad y las fuentes de los ritmos.

Una segunda razón para apostar por los constructos de intensidad e intensificación del trabajo es la de sumarnos a su creciente institucionalización de la mano del trabajo que se ha venido desarrollando en las instituciones europeas y particularmente en Eurofound y que entiende la intensidad de trabajo como una dimensión de la organización del trabajo que genera riesgos insostenibles a partir del incremento de la densidad de los esfuerzos. En este sentido, el estudio de la intensidad del trabajo por Eurofound se ha construido fundamentalmente a partir de las investigaciones previas de los británicos Green y Burchell sobre la intensificación del trabajo (Burchell et al., 2002; Green, 2001; Green, 2004; Green, 2006; Green, 2008). Hasta ahora Eurofound ha venido operacionalizando la intensidad a partir de los "*plazos ajustados*", la "*velocidad en el trabajo*" y las "*fuentes del ritmo*" (compañeros, jefes, clientes, máquinas, objetivos...) (Burchell, 2009); aunque en su último trabajo de evolución de la calidad del trabajo incorpora también "*tener tiempo para hacer las cosas*" y tres indicadores relacionados con las exigencias emocionales (el *manejo del enfado de los clientes*, el *conflicto con valores personales* y la *ocultación de sentimientos*) (Eurofound, 2012).

3. Connotaciones interdisciplinares, teóricas y políticas.

Por último, el concepto y terminología de intensidad tiene connotaciones teóricas y políticas muy diferentes a los constructos cercanos como los de esfuerzo, exigencias o estrés laboral. En este sentido, el lenguaje y terminología nunca es neutral y tiene implicaciones políticas como más recientemente ha divulgado Lakoff (2007)¹³.

De hecho, el concepto de intensidad de trabajo (que está lejos de ser nuevo¹⁴) supone reconectar con la Sociología del Trabajo que la ha venido utilizando desde una perspectiva cualitativa¹⁵. Pensamos que utilizar

¹² Autocontrol y autogestión que desde perspectivas postestructuralistas pueden significar un cuestionamiento de todos los modelos de riesgos psicosociales actuales, y que en el contexto organizativo se pueden comprender mejor desde las contribuciones de los Critical Management Studies (Alvesson, Bridgman, & Willmott, 2009).

¹³ Como parte de una dinámica con origen en el llamado giro lingüístico postmoderno.

¹⁴ Es utilizado de forma continua por Marx en El Capital.

¹⁵ Concretamente la Teoría del Proceso de Trabajo cuyo comienzo se hace coincidir con el trabajo de Braverman (1974) tiene en la intensidad uno de sus constructos centrales, aunque siempre desde una perspectiva eminentemente cualitativa. En España, esta línea ha sido bien representada por el grupo de investigación Charles Babbage (Castillo, 2005; Castillo & Agulló, 2012), entre otros. Prácticamente el único antecedente conocido de investigación de naturaleza cuantitativa que utiliza el término "intensificación del esfuerzo" en España es el de Pinilla (2004) y nuestra propia investigación referida a la intensidad del trabajo (Perez-Zapata, 2008; Perez-Zapata et al., 2013).

el constructo de intensidad ayuda a conectar con los condicionantes sociológicos y organizativos de las exigencias y del estrés laboral, en la línea de una Sociología de la Salud que conectaría bien con la aspiración de una Epidemiología Social/Laboral interdisciplinar.

Efectivamente, volver a la intensidad del trabajo enfatiza que no podemos explicar las exigencias y el estrés laboral sin atender a la organización del trabajo. Esto implica alejarnos de las visiones psicosociales y acercarnos más a las visiones sociopsicológicas (Garrido, 2006) tal y como tratamos de sintetizar en la *Figura 4*, una discusión que tiene su paralelismo con las dos grandes visiones de la Salud Pública y la Epidemiología: la biomédica y la asociada a los determinantes sociales de la salud.

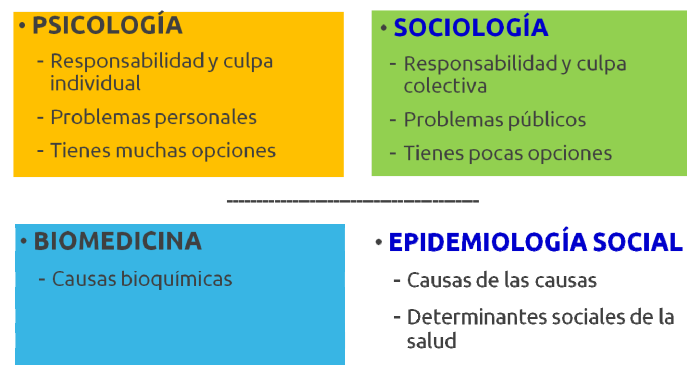


Figura 4. Distintas aproximaciones teóricas a la salud. Fuente: Elaboración propia.

No obstante, y aunque como decimos la intensidad del trabajo ha sido y sigue siendo un constructo central en la Sociología del Trabajo, en las últimas décadas se le ha prestado menos atención de la debida, tal vez por su coincidencia temporal con la dinámica de precarización laboral (temporalidad, informalidad, vulnerabilidad, inseguridad...), que ha venido afectando a las ocupaciones menos cualificadas (el objeto de estudio tradicional de la Sociología del Trabajo) y que también se están extendiendo cada vez más.

Como argumentaremos con nuestros resultados, pensamos que la atención a la dinámica de intensificación del trabajo debe aumentar, también en el contexto de Salud Pública, precisamente por su impacto generalizado e importante sobre la salud del conjunto de los trabajadores. En paralelo, la dinámica de intensificación del trabajo, implica matizar el conocido gradiente socioeconómico que han popularizado los estudios epidemiológicos longitudinales tradicionales (e.g. Whitehall II)(Marmot, 2005). Este cuestionamiento puede conectarse también con los esfuerzos más recientes de recategorización de clases sociales, que en el fondo se pueden interpretar planteando que las condiciones de trabajo ya no se distribuyen de forma lineal a lo largo de un supuesto gradiente (Muntaner et al., 2010) a partir de las contribuciones de E.O. Wright. Empíricamente, hay ya estudios longitudinales que plantean un gradiente inverso para las exigencias/intensidad (Niedhammer, Chastang, David, & Kelleher, 2008; Niedhammer, Bourckard, & Chau, 2011) que podría tener connotaciones específicas para ciertos tipos de trastornos como los mentales (Ferrie et al., 2011).

En definitiva, mientras la atención sociológica se ha dirigido a la precarización, la intensificación del trabajo se habría extendido a todas las ocupaciones, incluyendo las ocupaciones más cualificadas (tradicionalmente más protegidas de los riesgos psicosociales). De hecho, mientras la dinámica de intensificación ocupaba una posición "subordinada" en la Sociología, los debates alrededor del estrés laboral se han multiplicado y popularizado desde el liderazgo de la Psicología. Sin embargo, una óptica del estrés excesivamente

"psicologizada", que responsabiliza en exceso al trabajador de su nivel de estrés (desconectándole de las condiciones sociales y despolitizándole), debería ser complementada con una óptica sociológica en línea con la intensificación del trabajo. Es necesario un mayor reconocimiento y acento en la relevancia de las condiciones organizativas y en la intensidad como "estresor" fundamental, lo que por otro lado es consistente con lo que perciben los trabajadores cuando les preguntan¹⁶.

En conclusión, la terminología de *intensificación* pensamos que puede ayudar a discutir la mayor complejidad y responsabilidad estructural en la dinámica y a desplazar el interés en el nivel sociológico, buscando una mayor integración interdisciplinar¹⁷.

Tipos de intensidad e intensidad del trabajo del conocimiento

Además de definir la intensidad de trabajo como el esfuerzo en la unidad de tiempo, es relevante diferenciar al menos entre dos tipos (ideales) de intensidad: por un lado, una intensidad de trabajo ligada a exigencias físicas y que típicamente se asocia a trabajos manuales de cuello azul/rosa y por otro lado, una intensidad de trabajo más mental, vinculada a exigencias cognitivas/emocionales, que se asocia a trabajos no manuales de cuello blanco/rosa¹⁸. Esto implica destacar que la intensificación del trabajo no vendría sólo por el llamado camino *Low Road* (asociado a un trabajo poco cualificado y de baja calidad) sino también por el llamado *High Road* (supuestamente asociado a un trabajo cualificado de mayor calidad) (Rubery, 2005), más próximo a la que se considera la aspiración del trabajo del conocimiento. Resultados de nuestros propios análisis a partir de las ENCTs¹⁹ señalan (tal y como se observa en la *Figura 5*) que los factores que condicionan la intensidad de trabajo no son sólo factores asociados a un trabajo típicamente menos cualificado y manual (como la monotonía, las tareas repetitivas, la falta de oportunidades, etc..) sino que también son relevantes factores que se asocian a un trabajo típicamente no manual y más cualificado (como la complejidad, el nivel de atención, el uso de ordenadores...), que se caracterizaría por mayores exigencias cognitivas y emocionales vinculadas al creciente giro de las organizaciones hacia el mercado y la flexibilización, más próximo al paradigma *High Road*.

LOW ROAD (AZUL/ROSA) - I. FÍSICA	HIGH ROAD (BLANCO/ROSA) - I. COGNITIVA/EMOCIONAL
- monotonía	- complejidad
- tareas repetitivas muy cortas	- nivel atención
- información/Formación insuficiente	- multitarea
- no tener oportunidades aprender/prosperar	- uso de ordenadores
- la falta de control sobre ritmos	- exigencias intelectuales
- la inseguridad	- exigencias emocionales

Figura 5. Factores que condicionan la intensidad de trabajo. Fuente: Elaboración propia a partir de las últimas cuatro oleadas de las ENCTs

¹⁶ Donde una encuesta europea reciente de la OSHA (en España realizada entre enero y febrero de 2013) https://osha.europa.eu/en/safety-health-in-figures/index_html#tabs-2 que pregunta sobre las fuentes de estrés señala que en primer lugar se sitúan las horas y la carga de trabajo; y luego las reorganizaciones y la seguridad además del acoso laboral (mobbing, bullying...) como fuentes de estrés. Para los jóvenes (15-34) y las mujeres la importancia de las horas y la carga de trabajo (que es lo que preguntan, concretamente) son todavía más importantes.

¹⁷ En este sentido, aunque en esta comunicación nos concentramos en la parte más epidemiológica de la intensidad, abogamos por una visión más interdisciplinar e integradora que ayude a comprender mejor sus condicionantes.

¹⁸ Podríamos considerarlos tipos ideales y en este sentido, los contextos reales son mucho más *borrosos*. Así, la falta de control puede afectar frecuentemente a los profesionales de la sanidad, la multitarea también puede aparecer en cuellos azules.

¹⁹ Ver (Perez-Zapata et al., 2013).

Intensidad de trabajo y salud

Puesto que la operacionalización cuantitativa de la intensidad de trabajo es reciente, en la práctica para dar cuenta de la relación epidemiológica de la intensidad con la salud necesitamos referirnos a operacionalizaciones asociadas a constructos suficientemente relacionados, como los de *largas jornadas, las exigencias, el estrés laboral o el burnout*²⁰.

En esta línea, muchos estudios epidemiológicos longitudinales y rigurosos, en general basados en los modelos de riesgos psicosociales de *demandas-control-apoyo social* o de *esfuerzos-recompensas* han demostrado el impacto específico del estrés laboral en enfermedades cardiovasculares y mentales. Pero también hay estudios que sugieren específicamente la importancia de las exigencias: así un reciente metanálisis que revisa 33 estudios (20 de ellos nórdicos) sitúa a las exigencias por delante del estrés y de las largas horas en importancia para explicar las enfermedades cardiovasculares. Otra revisión de estudios longitudinales (Netterstrøm et al., 2008) concluye que el riesgo incremental de desarrollo de depresión por exigencias/demandas cuantitativas es cercano a dos. Frente a algunas críticas que sugieren posibles sesgos y *common method variance*, otros estudios han encontrado relación entre las exigencias e indicadores menos sensibles a sesgos perceptivos como es el consumo de medicamentos: por ejemplo el estudio de Thielen et al. (2011), utilizando una cohorte de trabajadores daneses de 40 y 50 años y ajustando por diferentes variables (incluido síntomas depresivos en el momento inicial) encuentra para los hombres una relación entre el consumo de antidepresivos y las exigencias cuantitativas con un OR que aumenta según lo hace el nivel de las exigencias (OR=3.35 para el cuartil más alto de exigencias respecto al primero). Respecto a las exigencias emocionales, para profesionales que tratan con personas, también se ha encontrado relación entre el nivel de exigencias y la toma de antidepresivos (Madsen, Diderichsen, Burr, & Rugulies, 2010).

Mas allá de enfermedades circulatorias y mentales, la literatura que relaciona alguno de estos cuatro indicadores que podríamos vincular con intensificación (*largas jornadas, exigencias, estrés laboral, burnout*) y la salud es inmensa y trasciende el alcance de esta comunicación. Pero estos indicadores se han vinculado tanto con indicadores generales de salud (como el deterioro de la salud percibida y la satisfacción laboral; con absentismo, incapacidad temporal, permanente y con jubilación anticipada; con accidentes y con mortalidad por todas las causas) como con trastornos más específicos: además de circulatorias y mentales, se ha vinculado con trastornos neurológicos degenerativos, musculoesqueléticos, hipertensión, diabetes, digestivas, autoinmunes, salud reproductiva, bruxismo, entre otras.

Por otro lado, se sigue discutiendo sobre los mecanismos implicados en la conexión entre lo psicosocial y el impacto visible en la salud que también serían relevantes para caracterizar la relación entre la intensidad de trabajo y la salud. En este sentido, se han señalado la importancia de mecanismos oxidativos, alostáticos, inmunitarios y más recientemente los vinculados con la longitud de los telómeros, si bien cada vez se están proponiendo esquemas más integradores (Ganster & Rosen, 2013), todavía no entendemos bien los *pathways*.

Grupos de riesgo: jóvenes y mujeres en España

²⁰ Como señalábamos anteriormente, la terminología de intensidad de trabajo nos invita a conectar con la tradición sociológica, a partir de aproximaciones cualitativas, con poca relevancia para la epidemiología tradicional, pero con posibilidades para una epidemiología interdisciplinaria y *mestiza*, por utilizar la expresión de Javier Segura.

Por último y para terminar ese apartado de antecedentes, en España, la dinámica de intensificación del trabajo de la última década parece haberse concentrado de forma específica en las nuevas generaciones y las mujeres trabajadoras en general, como se muestra en la *Figura 6*, con lo que será relevante prestar una atención especial al potencial impacto en términos de Salud Pública para este grupo de trabajadores.

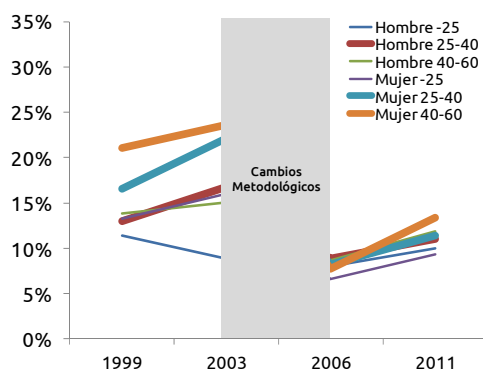


Figura 6. Intensificación del trabajo para jóvenes y mujeres basada en la evolución de la cantidad de trabajo excesiva. Fuente: Elaboración propia a partir de las ENCTs²¹.

Metodología

Fuentes de datos

Vamos a realizar explotaciones originales de los microdatos pertenecientes a las últimas cuatro oleadas de las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo [ENCTs] que elabora el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [INSHT] en España y que son la fuente oficial más representativa sobre las relaciones trabajo-salud en España. Aunque las ENCTs también presentan limitaciones, entre sus ventajas se cuentan un muestreo de alta calidad y representatividad con buenos tamaños muestrales, muy altas tasas de respuesta e instrumentos que en algunos casos permiten la detección de cambios.

A partir de las cuatro oleadas, cubrimos el periodo 1999-2011, aunque estamos obligados a tener en cuenta el cambio metodológico que se produce entre la V (2003) y la VI oleada (2006), que rompe la continuidad y obliga a considerar de forma diferenciada el periodo 1999-2003 por un lado y el periodo 2006-2011 por otro. En el primer periodo (1999-2003), la metodología de las ENCT se basa en la recogida de datos en las propias empresas donde se entrevista a un trabajador (dos trabajadores cuando el tamaño del centro es de al menos 250 empleados). En este primer periodo también se recoge información del representante de la empresa, lo que permite contrastar y complementar la información de los trabajadores con la de los representantes de la empresa, aumentando así la validez de los análisis. En el segundo periodo (2006-2011) se introducen cambios importantes en la metodología: la entrevista pasa a realizarse en los hogares de los trabajadores, lo que elimina la posibilidad de contraste con los representantes de la empresa; a cambio facilita la recogida de información referida a colectivos subrepresentados en oleadas anteriores como trabajadores *autónomos*, trabajadores con contratos *atípicos* o trabajadores en *baja por accidente o enfermedad*. Además la incorporación de nuevas preguntas y muestras más elevadas en este segundo periodo posibilitan análisis

²¹ Detallamos a continuación en la sección de metodología, los cambios entre 2003 y 2006.

más sofisticados del contexto de la intensificación del trabajo²². Por otro lado, en ambos periodos y en cada oleada, la metodología mantiene un diseño muestral que busca ser representativo por tamaño de empresa y agregado de ramas de actividad (además de por CCAA en el segundo periodo²³) el cual mantiene la metodología fundamental en cada uno de los periodos, posibilitando las comparaciones longitudinales. Haremos un tratamiento conjunto en dos periodos, cada uno agrupando dos oleadas suficientemente homogéneas metodológicamente hablando: un primer periodo entre 1999-2003 y un segundo periodo entre 2006-2011.

Más específicamente, a nivel operativo construimos un fichero de microdatos que integra dos oleadas para cada uno de los dos periodos y cuyo tamaño permite análisis más ambiciosos²⁴, incluyendo el contraste estadístico de la evolución temporal de nuestras variables de interés en cada periodo. Más específicamente construimos un primer fichero para el primer periodo (1999-2003) que combina los microdatos de las ENCTs de los trabajadores para 1999 (3702 casos de la IV oleada) y 2003 (5236 casos de la V oleada) con sus correspondientes pesos para conseguir un fichero con 8938 casos. Para el caso de 2003, utilizamos un identificador de la empresa para ligar la información que proporciona el responsable de la empresa con la información de los empleados, lo que nos permite enriquecer y aumentar la validez de los resultados. Para el segundo periodo (2006-2011) también construimos un fichero conjunto en el que agregamos los casos de las oleadas VI y VII (hasta alcanzar 19946 casos, 11054 procedentes de 2006 y 8852 de 2011) lo que igualmente nos va a permitir análisis mucho más precisos y estudiar la evolución temporal de forma estadísticamente significativa.

Indicadores análisis condicionantes sociales de la salud

Indicadores de Intensidad de trabajo

A tenor de las discusiones precedentes, nuestra operacionalización de la intensidad de trabajo busca ser pragmática y adaptarse a los indicadores disponibles en las ENCTs. Para los objetivos de esta comunicación, vamos a utilizar preferentemente dos indicadores de intensidad de trabajo: la **cantidad de trabajo excesiva** y el grado de **molestia/preocupación por el ritmo de trabajo**. La razón de concentrarnos en estos indicadores es múltiple: primero, por razones de oportunidad ya que son indicadores disponibles en las cuatro oleadas de nuestro periodo de análisis entre 1999-2011²⁵, lo que nos permite una mejor comparación longitudinal; segundo, en análisis no mostrados, hemos comprobado la naturaleza sintética de estos dos indicadores para medir la intensidad de trabajo y también su mayor significatividad para explicar la salud²⁶.

²² Otra diferencia importante entre el primer y segundo periodo es que en el primer periodo se realiza un tratamiento diferenciado del sector de la Construcción con un cuestionario específico.

²³ Los detalles están disponibles en la web del INSHT.

²⁴ Todos los detalles metodológicos pueden consultarse en el documento de metodología disponible en la web del INSHT (<http://encuestasnacionales.oect.es/enge/EngeAnalisis.jsp>) donde en general los cambios se mueven hacia el aumento de la calidad de la encuesta prestando más atención a la mayor instrucción de los entrevistados, la mayor supervisión y la mayor atención por recoger información representativa para todas las ramas de actividad.

²⁵ Aunque haya algunas diferencias en la formulación de las preguntas y las opciones de respuesta que hay que tener en cuenta en las diferencias entre lo que denominamos periodo I (1999-2003) y el periodo II (2006-2011).

²⁶ Más concretamente la cantidad de trabajo excesiva es el indicador más sintético a tenor de las correlaciones con el resto de indicadores (resultados no mostrados), el que mejor explicaría los síntomas psicósomáticos y la salud mental, además de ser el que parece mostrar mayor validez externa a partir del cruce con el riesgo para la salud que señala el empleador. En este sentido ver el artículo presentado en el XI congreso de Sociología (Perez-Zapata et al., 2013).

Además complementamos algunos análisis con indicadores adicionales de la intensidad de trabajo (que no están disponibles en todas las oleadas) tales como *mantener un ritmo de trabajo elevado más de la 1/2 de la jornada, exigencias cognitivas, exigencias emocionales, plazos estrictos y muy cortos, multitarea* y otros tres indicadores de dedicación al trabajo más extensivos (*prolongación de jornada con y sin compensación y trabajar más de 45 horas a la semana*).

Indicadores de salud

Conviene destacar que las ENCTs (y esta es una ventaja respecto a las EECTs) posibilitan el análisis tanto de indicadores más cercanos a la *Salud Pública* de los trabajadores (donde se les pregunta sobre distintos aspectos de su estado de salud) como de indicadores más cercanos a su *Salud Laboral* (donde se pregunta específicamente sobre el estado de salud *relacionado* con el trabajo, bajo el punto de vista de los trabajadores). Los dos tipos de indicadores son relevantes, pero dada la naturaleza compleja del estudio de la salud y sus condicionantes, preferimos utilizar indicadores de salud generales, que no dependan de que los trabajadores los vinculen o no con el trabajo. Entendemos nuestro objetivo precisamente como una mejor comprensión de la evolución de la influencia de la intensidad de trabajo sobre la salud de los trabajadores (una métrica más global), y no sobre la salud que los trabajadores prejuzgan está relacionada con el trabajo (a priori, tal vez más expuesta a sesgos de sobreestimación e infraestimación).

Más específicamente, vamos a utilizar preguntas sobre el estado de salud general a partir de un indicador de *dos o más síntomas psicósomáticos* como indicador de salud por dos razones: 1. porque intuitivamente los síntomas psicósomáticos aparecen un indicador de salud que anticipa y apunta un posible desequilibrio en la salud (tienen un carácter preventivo, porque sugieren que si se mantienen/agravan pueden derivar en el diagnóstico de una enfermedad) y 2. porque hemos comprobado en análisis separados (no mostrados) que los síntomas psicósomáticos son un buen indicador sintético de la salud general (balanceado entre trastornos físicos y mentales). Concretamente, los indicadores de salud generales que vamos a utilizar son *dos o más síntomas* (ver la primera columna de la *Tabla 1* para 1999, 2003, 2006) y *cuatro o más problemas de salud* del listado de la segunda columna para 2011 (donde la pregunta de síntomas desaparece y elegimos la mejor alternativa disponible).

Últimamente, ¿sufre con frecuencia algo de los siguientes síntomas? (1999,2003,2006)	¿Podría decirme, si tiene alguno de los siguientes problemas de salud? (2011)
•Le cuesta dormir o duerme mal	•Dolor de cuello/nuca
•Tiene sensación continua de cansancio	•Dolor de espalda
•Sufre dolores de cabeza	•Dolor en hombros, brazos, codos, muñecas, manos o dedos
•Sufre mareos	•Dolor en piernas, rodillas o pies
•Le cuesta concentrarse, mantener la atención	•Problemas respiratorios
•Le cuesta acordarse de las cosas u las olvida con facilidad	•Problemas de la voz
•Se nota tenso, irritable	•Problemas de la voz
•Sufre alteraciones del apetito o digestivas (náuseas, acidez, digestiones pesadas)	•Problemas de la piel
•Tiene problemas en los ojos (lagrimeo, visión borrosa...)	•Problemas auditivos (en los oídos)
•Otro	•Problemas visuales (en los ojos)
	•Tensión arterial alta
	•Dolor de cabeza
	•Problemas para conciliar el sueño
	•Estrés, ansiedad o nerviosismo
	•Depresión o tristeza
	•Cansancio, agotamiento
	•Otra

Tabla 1. Indicadores de salud utilizados en las cuatro ENCTs. Fuente: Elaboración propia.

Además como se muestra en la *Tabla 2* utilizaremos dos indicadores de salud adicionales: uno de *molestias en la nuca/cuello ligadas a posturas y esfuerzos del trabajo* elegido por su homogeneidad en las cuatro oleadas a lo largo del periodo y otro de *molestia/preocupación de riesgo de tener enfermedad* para intentar compensar la rotura de la serie del estado de salud que conlleva la eliminación del indicador de síntomas

psicosomáticos en 2011. En la *Tabla 2*, resumimos los indicadores de intensidad de trabajo y salud que utilizamos y su presencia en las distintas oleadas.

TABLA DE INDICADORES	1999	2003	2006	2011
Salud				
Dos o más síntomas psicosomáticos	x	x	x	
Cuatro o más problemas de salud				x
Molesta/preocupa riesgo de tener enfermedad (mucho/bastante)			x	x
Molestias nuca/cuello ligadas a posturas y esfuerzos del trabajo	x	x	x	x
Intensidad de trabajo				
Cantidad de trabajo excesiva y me siento agobiado en los últimos tres meses	x	x		
Considera que su trabajo es excesivo y se siente agobiado (siempre/casi)			x	
Tiene mucho trabajo y se siente agobiado (siempre/casi)				x
Molesta ritmo de trabajo (mucho/bastante). Nota 2	x	x	x	x
Multitarea (siempre/casi)			x	x
Plazos muy estrictos y cortos (siempre/casi)			x	x

Tabla 2. Indicadores de salud e intensidad de trabajo. Nota2: 2006 y 2011 es molestan/preocupan. Fuente: Elaboración propia.

Otros indicadores de los ajustes

Además utilizamos otro conjunto de indicadores que controlan los ajustes de la salud en base a la intensidad de trabajo (incluidos en las Tablas 4,5,6).

Indicadores Fracciones Atribuibles Poblacionales

Lo que más nos interesa de cara al cálculo de la evolución de las Fracciones Atribuibles Poblacionales [FAPs] es maximizar la comparabilidad de los resultados, vamos a utilizar modelos de condicionantes de la salud menos ambiciosos; que en este caso también se basan en la modelización de los indicadores de salud que hemos presentado en la *Tabla 1*, pero ajustándolos por un número de factores que se han venido integrando bajo una pregunta que ha mantenido bastante bien su homogeneidad a lo largo de las cuatro oleadas de las ENCTs. Los detalles de los factores son los que figuran en la *Tabla 3* por separado para el primer periodo (1999-2003) y para el segundo periodo (2006-2011). Por otro lado, respecto a la intensidad utilizaremos como indicador la *molestia/preocupación por el ritmo de trabajo* por ser este el que menos ha cambiado en las últimas cuatro oleadas y estar a su vez integrado en esta pregunta que vamos a utilizar como base del análisis comparativo a lo largo del tiempo.

Estrategias de análisis

Utilizamos regresiones logísticas multivariantes para construir los distintos modelos de condicionantes de la salud; además y con la intención de contribuir al diseño de mejores políticas estamos interesados en calcular la evolución del peso de la intensidad de trabajo en términos de *Fracciones Atribuibles Poblacionales [FAPs]* y su evolución en la última década. En pocas palabras, las FAPs intentan estimar la fracción de casos de *mala salud* (para nosotros *dos o más síntomas* y *cuatro o más problemas de salud*) que teóricamente podrían evitarse al actuar sobre distintos factores explicativos de esa mala salud²⁷. En nuestro contexto estamos específicamente interesados en entender la evolución de la fracción de atribuible poblacional que puede

²⁷ Para detalles (Rothman, Greenland, & Lash, 2008).

relacionarse con la intensidad de trabajo en el contexto del resto de factores que interaccionan para explicar la salud de los trabajadores españoles.

1999-2003	2006-2011
Indique en qué medida le molestan los siguientes aspectos de su trabajo (Nada,Poco, Regular, Bastante, Mucho)	Indique en qué medida le molestan/preocupan los siguientes aspectos de su trabajo actual (Nada,Poco, Regular, Bastante, Mucho)
La falta de autonomía en su trabajo	La autonomía para realizar su trabajo
El ritmo impuesto	El ritmo de trabajo
El control al que está sometido por sus mandos	X
El horario de trabajo	SI
La monotonía	SI
La dificultad de comunicación con otros	X
X	Las relaciones con compañeros
X	Las relaciones con jefes
X	Las relaciones con otras personas no empleadas en su empresa: clientes...
El esfuerzo físico que ha de realizar en su puesto	SI
La postura que debe adoptar en su trabajo	SI
La iluminación del puesto	SI
El ruido existente en su puesto de trabajo	SI
La temperatura y humedad del ambiente	SI
Los contaminantes a que está sometido	La manipulación o respiración de sustancias nocivas o tóxicas
El riesgo de tener un accidente	SI
La inestabilidad en el empleo	El riesgo de perder el empleo
X	La dificultad o complejidad de las tareas
X	La cantidad de trabajo (no se incluye para evitar sesgos con ritmo)
X	V.D)
Edad	SI
Sexo	SI

Tabla 3. Comparación en la pregunta base de las ENCTs para el análisis de Fracciones Atribuibles Poblacionales.

Para el cálculo de las FAPs, hemos optado por una aproximación simplificada que equivale tanto a seguir las fórmulas sugeridas por Greenland et al (2004) con la asunción de “enfermedad rara” (en la línea de la metodología usada en (Lidwall, Bergendorff, Voss, & Marklund, 2009)) donde $FAP = P(\text{expuestos entre casos}) * (OR-1) / OR$; esta estrategia es equivalente en la práctica a seguir la fórmula de Levin donde $FAP = P(\text{expuestos entre la población}) * (OR-1) / (1 + P * (OR-1))$ (e.g. usada en (Sultan-Taïeb, Lejeune, Drummond, & Niedhammer, 2011)). No utilizamos sin embargo la metodología de *bootstrapping* para los intervalos de confianza de los PAFs, lo que implica que debemos ser prudentes de cara a la precisión del intervalo, lo que no consideramos a priori una limitación importante, ya que nos interesa más el rango de los factores y su comparabilidad que la mayor precisión.

Por otro lado, respecto a la construcción de modelos estratificados por género y/o por edad y/o para Industria/Servicios, todas segmentaciones relevantes en nuestro contexto, hemos decidido realizarla sólo para el análisis de FAPs (y sólo por género) para mostrar la mayor relevancia de la intensidad para destacar la salud de las mujeres. En el resto de análisis, hemos preferido análisis conjuntos que permiten aprovechar la mayor potencia estadística del número de casos (relevante dado el alto número de variables de ajuste) y comparar el peso de distintos factores para el conjunto de trabajadores, buscando una mayor perspectiva sobre la importancia relativa en el total.

También conviene recordar que los microdatos que nos proporcionan las ENCTs tienen una naturaleza transversal y por tanto se encuentran expuestos a la llamada *common method variance* que podría implicar sesgos por la utilización del mismo instrumento en la medida de la supuesta causa y el supuesto efecto y en nuestro caso plantear que las asociaciones entre la intensidad y la salud podrían estar sesgadas. Con el

objetivo de responder a esta potencial limitación hemos introducido la información procedente del cuestionario del empleador en 2003, obteniendo que existe una relación estadísticamente significativa entre los riesgos de *estrés, depresión, ansiedad* que señala el representante de la empresa y la percepción de mala salud que señala el trabajador, lo que en principio elimina la *common method variance* para 2003.

Resultados y discusión

1. Condicionantes sociales de la salud entre 1999-2003

Condiciones de trabajo

Construimos un modelo que ajusta el estado de salud (indicador de *dos o más síntomas psicosomáticos vs. ninguno*) en función de la intensidad de trabajo, medida principalmente por la *cantidad de trabajo excesiva*, pero que también incluye un segundo indicador de intensidad *mantener un ritmo de trabajo elevado más de la 1/2 de la jornada* y dos indicadores de dedicación al trabajo más extensivos (*prolongación de jornada sin compensación* y *trabajar más de 45 horas a la semana*). Puesto que sabemos que la intensidad de trabajo interacciona con la edad y el género (ver la *Figura 6*) hemos incluido en los ajustes los correspondientes términos de interacción con la *cantidad de trabajo excesiva*²⁸. Por otro lado, incluimos el ajuste por un amplio conjunto de variables que teóricamente se relacionan con el estado de salud; en la *Tabla 4* presentamos tres ajustes logísticos en base al mismo conjunto de variables para el conjunto del primer periodo (1999+2003) y para cada uno de los dos años por separado. En los modelos se incluyen las variables relevantes que están simultáneamente presentes en las oleadas de 1999 y 2003. Los tres ajustes presentan R-cuadrado de Nagelkerke bastante robustas (0.28; 0.25; 0.31), lo que a priori supone una buena validación de los modelos.

En primer lugar, para 1999 observamos que el peso de la intensidad de trabajo (medida como la cantidad de trabajo excesiva) es especialmente relevante para explicar la salud de las **mujeres** (con OR >2 entre los 25 y los 50 años, alcanzando un pico específico de OR=3.7 entre los 40-45 años; la referencia en estas comparaciones es la de mujeres con intensidad alta de más de 55 años). El resto de indicadores que podemos relacionar con la intensidad de trabajo (uno puro de intensidad: *mantener un ritmo elevado más de la 1/2 de la jornada* y dos más de naturaleza extensiva: *trabajar más de 45 horas* y *prolongar la jornada sin compensación*) indican además riesgos adicionales independientes con ORs en el rango de 1.39-1.57 en 1999. Estos resultados sugieren que ya en 1999 la intensidad alta parece un factor especialmente importante para explicar la salud de las mujeres jóvenes y particularmente de las que tienen entre 40-45, para las que estar expuesta a una cantidad de trabajo excesiva supone un $OR=0.46*3.77=1.73$ (respecto a las de la misma edad no expuestas). Además hay que considerar los riesgos adicionales de mantener un ritmo elevado más de la 1/2 de la jornada (OR=1.4), trabajar más de 45h (OR=1.57) y prolongar la jornada sin compensación (OR=1.4). En el caso peor en que se cumplieran simultáneamente todas estas condiciones una mujer entre 40-45 años estaría expuesta a un $OR = 1.73*1.4*1.57*1.4 = 5.33$ respecto a las de 40-45 no expuestas a ninguno de los factores.

²⁸ Los términos de interacción doble desaparecen del ajuste final y sólo resulta significativa la interacción triple.

En 2003, la cantidad de trabajo excesiva se consolida como efecto independiente e indicador sintético²⁹ no vinculado únicamente a las mujeres (OR=1.75, respecto a los que *no tienen* una cantidad de trabajo excesiva). Un resultado importante es que la confirmación del efecto multiplicador en la salud de la cantidad de trabajo excesiva de las mujeres jóvenes entre 25-40 (particularmente entre los 35-40 años que tienen a su vez un OR ~2 que supone duplicar el riesgo respecto a las mujeres con alta intensidad y más de 55 años, la referencia de interacción; el riesgo respecto a las que no tienen intensidad alta de más de 55 sería OR=1.78*1.9=3.4; y el riesgo respecto a los hombres que no tienen intensidad alta de más de 55 sería de OR=1.78*1.9*1.37=4.6). Según este modelo la intensidad de trabajo medida por la cantidad de trabajo excesiva sería ya en 2003 uno de los tres grandes condicionantes de la salud de las mujeres jóvenes (junto a las posturas y la temperatura/humedad³⁰) y concretamente el más importante para las mujeres jóvenes entre 25-30 y 35-40 que tendrían un OR=2.6 (ref. +55) y OR=3.4 (ref. +55), mayores que los ORs del siguiente factor en importancia, la *molestia frente a las posturas* (OR=2.43). Además en 2003, de los otros tres indicadores de intensidad de trabajo la *prolongación sin compensación* sigue teniendo un efecto independiente (OR=1.4), que habría que considerarse si además de una *cantidad de trabajo excesiva* se estuviera expuesta a la *prolongación sin compensación*. Por último, en el periodo emerge también otro efecto independiente sobre el riesgo de salud, que sería conceptualmente coherente con la creciente intensidad del trabajo de conocimiento: el mayor riesgo que supone el nivel de atención alto/muy alto durante más de la 1/2 de la jornada (OR=1.6 en 2003) y la insuficiente formación/formación (OR=1.7 en 2003).

Respecto al resto de condicionantes de la salud es relevante destacar aquellos que suponen un riesgo importante para los síntomas psicossomáticos y/o aquellos con más crecimiento entre 1999 y 2003. Entre los primeros destaca la *molestia con las posturas de trabajo* que es el factor más relevante en el conjunto del periodo, manteniendo OR superiores a 2 en 1999, 2003 y en el agregado del periodo. También las variables referidas a *no poder hablar con los compañeros* (por razones de distancia, el nivel de atención, por el aislamiento, las normas de la empresa o el ritmo de trabajo) que en orden de mayor a menor importancia siguen suponiendo un riesgo importante para la salud que oscila entre OR=1.34-2 en el conjunto del periodo. Por otro lado, entre los que suponen un riesgo relevante que además continúa en crecimiento se encuentra la *molestia con la temperatura/humedad* (OR=2.4 en 2003), la incomodidad de la *silla de trabajo* (OR=2.34 en 2003), la *monotonía* (OR=1.75 en 2003) y la *respiración de gases, vapores tóxicos* (OR=1.66 en 2003) que sube ligeramente. Además, los datos señalan que entre 1999 y 2003 se reduciría el riesgo relacionado con la *molestia por los horarios* y el relacionado con la inseguridad, medida por la probabilidad de *perder el empleo en los próximos 12 meses*.

Este conjunto de resultados para el primer periodo (1999-2003) sugiere que la salud psicossomática de los trabajadores está todavía bastante condicionada por factores asociados a condiciones de trabajo tradicionales/físicas que se mantienen o crecen (*posturas, monotonía, temperatura/humedad, respiración*) y simultáneamente por la emergencia de otros factores que se podrían asociar al trabajo del conocimiento: *la intensidad de trabajo, el nivel de atención ó la necesidad de información y el grado de información/formación del puesto*.

²⁹ Los ajustes expulsan los otros indicadores de intensidad que encontrábamos en 1999 mantener ritmo elevado, trabajar más de 45h y se reduce considerablemente la prolongación de jornada sin compensación.

³⁰ Aunque en el caso de estos dos cabría la posibilidad de que existiera una interacción por género que sesgara hacia arriba o hacia abajo los sesgos?

	1999+2003				Rc-Nag. =0,371				1999				Rc-Nag.=0,25				2003				Rc-Nag.=0,3				
	N=7313								N=3004								N=4309								
	Sig.		Exp(B)		EXP(B)		Upper		Sig.		Exp(B)		EXP(B)		Upper		Sig.		Exp(B)		EXP(B)		Upper		
Probabilidad perder empleo (12 meses) =baja, alta, muy alta	.000	1,72	1,42	2,10	.001	2,24	1,37	3,67	.000	1,55	1,24	1,94													
Cantidad de trabajo excesiva					.022	.46	.24	.90	.020	1,78	1,09	2,91													
Mantener un ritmo de trabajo elevado más de 1/2 de la	.002	1,26	1,09	1,46	.003	1,40	1,12	1,75																	
Más de 45h	.003	1,37	1,11	1,68	.010	1,57	1,11	2,21																	
Prolongación de jornada sin compensación	.000	1,33	1,14	1,54	.005	1,40	1,11	1,78	.001	1,37	1,13	1,67													
Nivel de atención alto más de 1/2 jornada	.000	1,37	1,17	1,59					.000	1,64	1,35	1,98													
Insuficiente información/formación	.000	1,60	1,37	1,87	.019	1,36	1,05	1,76	.000	1,69	1,38	2,07													
Monotonía (siempre/frec)	.000	1,75	1,43	2,14	.000	2,05	1,47	2,84	.000	1,75	1,35	2,28													
Silla incómoda	.000	1,91	1,50	2,43					.000	2,34	1,72	3,17													
Respiración tóxica	.000	1,49	1,25	1,79					.000	1,66	1,32	2,09													
Molesta postura (bastante/mucho)	.000	2,22	1,85	2,68	.000	2,36	1,74	3,21	.000	2,43	1,91	3,08													
Molesta temperatura/humedad (bastante/mucho)	.000	1,99	1,64	2,40	.000	1,86	1,37	2,53	.000	2,34	1,83	3,00													
Molestia el horario (bastante/mucho)	.000	1,49	1,21	1,83	.000	1,80	1,30	2,51	.033	1,35	1,02	1,77													
No puedo hablar con compañeros por distancia	.000	2,10	1,51	2,91	.002	2,33	1,38	3,92	.001	2,15	1,40	3,32													
No puedo hablar con compañeros por nivel atención	.000	1,79	1,48	2,17	.000	1,90	1,38	2,61	.000	1,93	1,51	2,47													
No puedo hablar con compañeros por normas	.056	1,40	.99	1,99					.011	1,78	1,14	2,76													
No puedo hablar con compañeros por el ritmo	.000	1,40	1,16	1,68	.017	1,46	1,07	2,00	.009	1,36	1,08	1,72													
No puedo hablar con compañeros por aislamiento	.000	1,66	1,27	2,16	.036	1,62	1,03	2,55	.003	1,69	1,20	2,38													
Medios	.000				.000				.005																
Ref. Herramientas manuales																									
Herramientas portátiles	.966	.99	.65	1,50	.204	1,49	.80	2,77	.322	.75	.43	1,32													
Vehiculos a motor	.079	.72	.50	1,04	.052	.57	.32	1,01	.697	.91	.57	1,45													
Medios traslado sin motor	.001	1,86	1,28	2,68	.000	3,07	1,74	5,42	.220	1,36	.83	2,22													
Maquinas y equipos	.531	1,09	.84	1,40	.218	1,29	.86	1,94	.491	.89	.63	1,25													
Equipos informáticos	.000	1,65	1,30	2,08	.000	2,25	1,62	3,12	.077	1,31	.97	1,76													
Paneles control	.038	1,79	1,03	3,12	.389	1,54	.58	4,11	.052	1,96	.99	3,87													
Información papel	.005	1,63	1,16	2,30	.000	3,13	1,88	5,20	.785	.94	.59	1,49													
Teléfono	.000	2,01	1,46	2,78	.006	2,19	1,25	3,83	.001	1,92	1,29	2,86													
Otro	.258	1,32	.82	2,12	.989	1,01	.48	2,10	.020	2,13	1,13	4,03													
Ninguno material	.728	1,06	.75	1,52	.380	1,28	.74	2,22	.700	.91	.58	1,45													
Rama de Actividad	.002				.006				.082																
Ref. Industria																									
Banca	.169	1,32	.89	1,97	.936	1,03	.47	2,27	.079	1,54	.95	2,49													
AA.PP.	.000	1,64	1,27	2,13	.000	2,00	1,36	2,93	.033	1,45	1,03	2,04													
Actividad Sanitarias	.608	1,09	.78	1,52	.997	1,00	.60	1,68	.785	1,06	.69	1,63													
Resto Servicios	.013	1,31	1,06	1,62	.235	1,19	.89	1,59	.020	1,41	1,06	1,89													
Ocupación	.026								.029																
Ref. Universitarios																									
Técnicos y Profesionales de apoyo	.721	1,05	.81	1,35					.264	.83	.61	1,15													
Administrativos	.045	1,25	1,00	1,55					.106	1,25	.95	1,65													
Restauración, Protección, Vendedores	.770	1,04	.78	1,40					.747	.94	.65	1,36													
Artisanos y Cualificados	.448	1,13	.82	1,55					.713	.93	.61	1,40													
Operadores	.458	.88	.62	1,24					.216	.75	.47	1,18													
No cualificados	.017	1,40	1,06	1,86					.124	1,31	.93	1,86													
Peones	.374	.80	.48	1,32					.521	.81	.43	1,53													
Mujer	.004	1,24	1,07	1,44					.002	1,37	1,12	1,67													
Edad	.000				.000				.000																
Ref. +55																									
20-25	.000	.33	.23	.47	.000	.21	.12	.36	.001	.44	.27	.71													
25-30	.000	.27	.19	.37	.000	.18	.11	.31	.000	.34	.22	.52													
30-35	.000	.33	.24	.45	.000	.23	.13	.39	.000	.44	.29	.66													
35-40	.000	.42	.32	.57	.000	.32	.20	.52	.001	.52	.36	.77													
40-45	.000	.55	.40	.75	.000	.38	.23	.64	.062	.68	.45	1,02													
45-50	.009	.65	.47	.90	.001	.39	.22	.69	.739	.93	.62	1,40													
50-55	.122	.76	.54	1,07	.190	.68	.38	1,21	.542	.87	.56	1,36													
Cantidad de trabajo excesiva*Mujer*Edad	.000				.001				.000																
Ref. Cantidad excesiva*mujer*55+																									
20-25	.270	1,21	.86	1,70	.132	1,64	.86	3,12	.642	1,14	.66	1,98													
25-30	.000	1,67	1,34	2,09	.008	2,02	1,20	3,39	.047	1,49	1,01	2,21													
30-35	.000	1,87	1,43	2,44	.003	2,49	1,36	4,56	.120	1,43	.91	2,23													
35-40	.000	2,17	1,79	2,62	.000	2,63	1,60	4,33	.001	1,90	1,30	2,78													
40-45	.001	1,46	1,17	1,84	.000	3,77	2,06	6,91	.714	.93	.63	1,38													
45-50	.117	1,26	.94	1,70	.035	1,99	1,05	3,78	.693	.91	.57	1,46													
50-55	.184	.78	.53	1,13	.158	1,61	.83	3,14	.018	.47	.25	.88													
Constant	.000	.06			.000	.13			.000	.05															

Tabla 4. Modelos de condicionantes sociales de la salud del primer periodo (1999-2003). Fuente: Elaboración propia.

Factores estructurales

Respecto al efecto independiente de variables más estructurales como los *medios o instrumentos de trabajo*, uno de los resultados más relevantes es que todos los medios que suponían riesgos específicos en los ajustes individualizados (resultados no mostrados) se consiguen eliminar en el ajuste multivariante, lo que sugiere que las variables de condiciones de trabajo incluidas logran explicar el mayor riesgo que inicialmente asociábamos a todos los medios o instrumentos de trabajo (tanto a los *manuales*: ej. vehículos con motor y medios sin motor, como *no manuales*: equipos informáticos, información).

Más concretamente es relevante señalar el caso de los equipos informáticos, que se suelen asociar al trabajo del conocimiento y que suponen un riesgo significativo en los ajustes individualizados tanto en 1999 como en 2003 (al que además están expuestos un creciente número de trabajadores: el 39.1% y el 44.5% de los expuestos a dos o más síntomas tenían como herramienta fundamental de trabajo los *equipos informáticos* en 1999 y 2003 respectivamente) y que como decimos se logra explicar con las variables incluidas en el modelo. Respecto a variables todavía más *contextuales* como la *rama de actividad*, en los ajustes individualizados (no mostrados) todas las ramas de Servicios presentan un riesgo significativo respecto a la Industria, pero los ajustes multivariantes dejan sólo a AAPP y Servicios con un riesgo independiente de las variables estudiadas (que también se reduce con el ajuste multivariante, pero no del todo); o lo que es lo mismo el mayor riesgo asociado a la *Banca* y las *Actividades Sanitarias* que se encuentra en los análisis univariantes en 2003 (concretamente, la rama de Banca y la de Actividades Sanitarias tenían un OR=2 y OR=2.1 respectivamente en el ajuste individualizado en 2003 -no mostrado) que desaparece en el modelo multivariante, es decir que se explicaría por las variables incluidas en los análisis³¹. La tendencia es similar respecto a la *ocupación*, que también en 2003 es una variables importante en los ajustes individuales, donde los universitarios, los empleados administrativos y los no cualificados presentan mucho más riesgo que el resto; y que tras el ajuste multivariante estas diferencias desaparecen, lo que igualmente sugiere que los mayores riesgos asociados a estas ocupaciones en 2003 se explican por la diferente distribución de las variables consideradas en el ajuste multivariante. También ocurre con la localización en *Madrid*, que tenía un riesgo relativo OR=2 en 2003 y que deja de ser significativa al realizar el ajuste multivariante. Todos estos resultados de cambios entre los análisis multivariantes y univariantes en la significatividad de la *rama de actividad*, la *ocupación* y la *localización en Madrid* implican que el mayor riesgo para la salud que suponen la Banca, las Actividades Sanitarias, la mayor cualificación y la localización en Madrid cuando se analizan de forma individual se explican por las variables que ya están incluidas en el ajuste logístico multivariante.

Por otro lado, en lo que respecta a las variables *demográficas de sexo y edad*, las mujeres presentan un mayor riesgo para la salud, particularmente con los datos de 2003, que no se explica enteramente por las variables incluidas en el análisis (en el ajuste multivariante sigue restando un riesgo de OR=1.37, aunque el ajuste individualizado procedía de un OR=1.66, lo que supone una reducción relevante del riesgo y por tanto una explicación con las variables del ajuste, pero que sólo es *parcial*). Sin embargo, quizás la variable más relevante es la emergencia del riesgo en edades cada vez más tempranas (y que más allá de la peor salud que esperamos con la edad, también se observa en los ajustes). Si en los ajustes individuales (sin ajustar por el resto de variables) las edades jóvenes (hasta los 35 años) presentan aproximadamente un 66% menos de riesgo que las edades avanzadas (+55) en 1999, la brecha se reduce a sólo un 33% menos de riesgo en 2003 y entre los 35-50 los riesgos se igualan con los de +55 años. Un ejemplo todavía más específico es ilustrativo:

³¹ También implica que tratar que es necesario incorporar otras variables para explicar el mayor riesgo asociado a las AA.PP.

los jóvenes entre los 35-40 años tenían la mitad de riesgo de padecer dos o más síntomas que los mayores de 55 años en 1999 y en 2003, esta protección habría desaparecido (resultados no mostrados). Tras el ajuste multivariante volvemos a tener mucho menos riesgo en las edades jóvenes lo que significa que estamos logrando explicar el deterioro de salud de los más jóvenes a partir de las variables incluidas en los análisis. En este sentido el término de interacción de la *cantidad de trabajo excesiva*Mujer*Edad* juega un papel muy relevante, lo que en definitiva viene a sugerir que el deterioro de salud entre 1999 y 2003 asociado a los jóvenes se explica en buena medida por el deterioro en salud asociado a la intensidad de trabajo en las mujeres jóvenes.

En consonancia con nuestros objetivos todos estos cambios podrían interpretarse como la mayor importancia para explicar la salud de un trabajo más *intenso* (particularmente para las mujeres jóvenes), que requiere *más atención y mayor nivel de información/formación* (dos de los patrones que emergen con fuerza en 2003) en el sector Servicios, tendencias consistentes con la mayor importancia del *trabajo del conocimiento*. No obstante el riesgo de las mujeres no se explica del todo por las consideraciones anteriores, lo que induce a pensar que la interacción de factores laborales y no-laborales, como la doble carga y las mayores dificultades para conciliar³² podrían ser importantes.

2. Condicionantes sociales de la salud entre 2003 y 2006

Entre 2003 y 2006 se producen muchos cambios metodológicos en las ENCTs (ver la discusión precedente en la sección de Metodología), pero antes de analizar el segundo periodo (2006-2011), es relevante intentar analizar los cambios entre 2003 y 2006, aunque no podamos discriminar bien el impacto de los cambios metodológicos de los cambios en las dimensiones de interés.

De la comparación podemos argumentar que, en general, encontramos una importante estabilidad en los condicionantes sociales de la salud, pese a los importantes cambios metodológicos (en la recogida de la muestra, en el cuestionario con la reformulación de algunas preguntas y la desaparición de otras). Efectivamente se observa una importante continuidad entre los condicionantes de la salud entre el primer periodo y 2006, que valida un modelo de condicionantes de la salud en el periodo inmediatamente anterior a la crisis económica. A tenor de los datos se confirmaría la relevancia tanto de la *inseguridad* (aunque no se puede concluir si su evolución es al alza o la baja entre 2003 y 2006 con los cambios en las escalas³³) y de nuestra intensidad de trabajo, concretamente de nuestro indicador principal, la *cantidad de trabajo excesiva*, pero también de indicadores más extensivos: los datos señalan que trabajar *más de 45 horas y la prolongación de jornada sin compensación* siguen siendo importantes para explicar la salud tal y como sucedía en 2003 con una metodología muy diferente.

En la misma línea de consolidación de su importancia entre el primer periodo y 2006 se encontrarían el *nivel de atención* y la *insuficiente información/formación*, así como *trabajar con ordenadores* tres variables que suponen riesgos significativos para la salud y que se corresponden bien con la mayor relevancia del trabajo del conocimiento. Respecto a riesgos más tradicionales, la *monotonía* sigue siendo un factor que incrementa los riesgos para la salud (aunque es difícil precisar su evolución positiva/negativa) mientras otros

³² En esta línea (Perez-Zapata, 2010).

³³ La *molestia con la inestabilidad en el empleo* (mucho/bastante) en el primer periodo afectaba a ~8.5%, mientras en 2006 la *molestia/preocupación con perder el empleo* (mucho/bastante) afectó a un 21.9% y que a tenor de las cifras en 2011 se habría multiplicado afectando a un 51.5%, lo que en principio es coherente con la situación de crisis económica.

	2003				2006				
	Sig.	Rc-Nag =0,3			Sig.	Rc-Nag =0,18			
		N=4309		EXP(B)		N=9402		95% C.I.for EXP(B)	
		Exp(B)	Lower	Upper		Exp(B)	Lower	Upper	
Probabilidad perder empleo (12 meses) =baja, alta, muy alta	,000	1,55	1,24	1,94	Probabilidad perder empleo (6 meses) = Totalmente/de acuerdo	,000	1,757	1,516	2,036
Cantidad de trabajo excesiva	,020	1,78	1,09	2,91	Cantidad de trabajo excesiva	,000	2,021	1,700	2,402
Mantener un ritmo de trabajo elevado más de 1/2 de la Más de 45h					Más de 45h	,000	1,522	1,318	1,757
Prolongación de jornada sin compensación	,001	1,37	1,13	1,67	Prolongación de jornada sin	,000	1,369	1,192	1,571
Nivel de atención alto más de 1/2 jornada	,000	1,64	1,35	1,98	Nivel de atención (siempre/casi	,000	1,637	1,451	1,847
Insuficiente información/formación	,000	1,69	1,38	2,07	Insuficiente información/formación	,000	1,415	1,251	1,600
Monotonía (siempre/frec)	,000	1,75	1,35	2,28	Molestia con monotonía	,000	1,487	1,283	1,723
Silla incómoda	,000	2,34	1,72	3,17	Molestia temperatura/humedad	,006	1,553	1,138	2,119
Respiración tóxica	,000	1,66	1,32	2,09	Respiración tóxica	,000	1,462	1,264	1,692
Molesta postura (bastante/mucho)	,000	2,43	1,91	3,08	Molesta postura (bastante/mucho)	,000	2,022	1,765	2,317
Molesta temperatura/humedad (bastante/mucho)	,000	2,34	1,83	3,00	Molesta temperatura/humedad	,000	1,371	1,156	1,626
Molestia el horario (bastante/mucho)	,033	1,35	1,02	1,77	Molestia el horario	,000	1,370	1,188	1,581
No puedo hablar con compañeros por distancia	,001	2,15	1,40	3,32	Situación de trabajo	,000			
No puedo hablar con compañeros por nivel atención	,000	1,93	1,51	2,47	Ref: Solo y aislado				
No puedo hablar con compañeros por normas	,011	1,78	1,14	2,76	Solo, pero con otros trabajadores	,779	1,022	,877	1,191
No puedo hablar con compañeros por el ritmo	,009	1,36	1,08	1,72	En equipos o grupos de trabajo	,000	1,457	1,238	1,714
No puedo hablar con compañeros por aislamiento	,003	1,69	1,20	2,38	otro	,315	1,320	,768	2,268
Medios	,005								
Ref: Herramientas manuales									
Herramientas portátiles	,322	,75	,43	1,32					
Vehiculos a motor	,697	,91	,57	1,45					
Medios traslado sin motor	,220	1,36	,83	2,22					
Maquinas y equipos	,491	,89	,63	1,25					
Equipos informáticos	,077	1,31	,97	1,76	Trabajar con ordenadores	,000	1,457	1,240	1,711
Paneles control	,052	1,96	,99	3,87					
Información papel	,785	,94	,59	1,49					
Teléfono	,001	1,92	1,29	2,86					
Otro	,020	2,13	1,13	4,03	Ocupación	,000			
Ninguno material	,700	,91	,58	1,45	Ref: Trabajadores de la				
Rama de Actividad	,082				Camioneros, repartidores, taxistas	,000	1,752	1,306	2,350
Ref: Industria					Personal sanitario	,004	1,628	1,170	2,266
Banca	,079	1,54	,95	2,49	Personal docente	,095	1,319	,953	1,826
AA.PP.	,033	1,45	1,03	2,04	Serv. doméstico, limpieza;	,000	1,735	1,364	2,205
Actividad Sanitarias	,785	1,06	,69	1,63	Vendedores, agentes comerciales	,009	1,427	1,093	1,863
Resto Servicios	,020	1,41	1,06	1,89	Empleados administrativos	,089	1,299	,961	1,755
Ocupación	,029				Agricultores, ganaderos,	,816	,961	,688	1,343
Ref: Universitarios					Defensa y seguridad	,005	1,699	1,174	2,460
Técnicos y Profesionales de apoyo	,264	,83	,61	1,15	Mecánico, reparador, soldador	,571	1,104	,784	1,556
Administrativos	,106	1,25	,95	1,65	Obrero en producción industrial	,517	,886	,615	1,278
Restauración, Protección, Vendedores	,747	,94	,65	1,36	Trabajador de la industria	,481	1,150	,779	1,698
Artesanos y Cualificados	,713	,93	,61	1,40	Profesionales del Derecho, las	,016	1,684	1,101	2,577
Operadores	,216	,75	,47	1,18	Técnicos en Ciencias e	,011	1,601	1,115	2,299
No cualificados	,124	1,31	,93	1,86	Directivos de empresas o de	,094	1,320	,954	1,829
Peones	,521	,81	,43	1,53	Otras ocupaciones propias de	,906	1,033	,600	1,779
Mujer	,002	1,37	1,12	1,67	Mujer	,000	1,412	1,235	1,614
Edad	,000				Edad	,000			
Ref: +55					Ref: +55				
20-25	,001	,44	,27	,71	20-25	,000	,466	,359	,604
25-30	,000	,34	,22	,52	25-30	,000	,590	,466	,746
30-35	,000	,44	,29	,66	30-35	,000	,606	,479	,767
35-40	,001	,52	,36	,77	35-40	,003	,701	,557	,883
40-45	,062	,68	,45	1,02	40-45	,108	,830	,661	1,042
45-50	,739	,93	,62	1,40	45-50	,035	,769	,602	,982
50-55	,542	,87	,56	1,36	50-55	,053	,770	,591	1,003
Cantidad de trabajo excesiva*Mujer*Edad	,000								
Ref: Cantidad excesiva*mujer*55+									
20-25	,642	1,14	,66	1,98					
25-30	,047	1,49	1,01	2,21					
30-35	,120	1,43	,91	2,23					
35-40	,001	1,90	1,30	2,78					
40-45	,714	,93	,63	1,38					
45-50	,693	,91	,57	1,46					
50-55	,018	,47	,25	,88					
Constant	,000	,05			Constant	,000	,038		

Tabla 5. Comparación condicionantes sociales de la salud y cambios metodológicos 2003-2006. Fuente: Elaboración propia.

factores asociados a riesgos físicos, parecen evolucionar hacia una reducción de su importancia: particularmente las posturas, la temperatura/humedad o una silla incómoda reducirían su importancia respecto al primer periodo³⁴.

³⁴ Aunque en rigor los cambios metodológicos no nos permiten ser concluyentes sobre la reducción de su importancia.

Respecto a la ocupación, también en 2006 encontramos un riesgo específico tanto en ocupaciones *calificadas* (Personal Sanitario; profesionales del Derecho, Ciencias Sociales y las Artes; Técnicos en Ciencias e Informáticos) como en *no calificadas* (camioneros, repartidores, taxistas y otros conductores; servicio doméstico, limpiadores, cocineros, camareros, barrenderos; vendedores y dependientes). Respecto a las variables demográficas la comparación entre los resultados de 2006 y el primer periodo sugiere el mayor crecimiento del riesgo para las edades jóvenes (entre 25-45 años) y un mayor riesgo para las mujeres (OR=1.41), tendencias que consolidarían lo que observamos en el primer periodo.

3. Condicionantes sociales del segundo periodo (2006-2011)

Enfocándonos ahora en el análisis del segundo periodo (2006-2011), tratamos de ampliar el ajuste anterior de 2006 (que buscaba comparar con el primer periodo y limitaba el número de variables de análisis) con otras variables específicas de 2006 que no están disponibles en el primer periodo (particularmente indicadores adicionales asociadas a la *intensidad de trabajo* y otras condiciones de trabajo importantes como el *sueldo*, *las posibilidades de promoción* o *la conciliación de horarios*). Conviene empezar llamando la atención sobre el incremento en la bondad de ajuste cuando introducimos estas nuevas variables (la R-cuadrado de Nagelkerke pasa de 0.18 a 0.22) y la significatividad de distintas variables asociadas a la intensidad de trabajo, como los plazos muy estrictos y muy cortos, la multitarea, las exigencias intelectuales, las exigencias emocionales, la molestia ritmo trabajo, o la prolongación de jornada. La incorporación de estas variables produce una reducción considerable en el OR de nuestro indicador principal de la intensidad (la *cantidad de trabajo excesiva*) y también una reducción del *nivel de atención* y de la *insuficiente información/formación* y de *trabajar con ordenadores* que se ve afectada por el resto de variables asociadas a la intensidad³⁵, pero particularmente por las *exigencias intelectuales*, lo que es en sí mismo un resultado importante, ya que nos está sugiriendo que una buena parte del efecto de la *cantidad de trabajo excesiva* en el ajuste multivariante está asociada a las *exigencias intelectuales* (aunque prácticamente lo mismo podríamos decir del resto de variables de intensidad, todas la reducen).

Respecto a nuestros colectivos de riesgo, mientras los riesgos asociados al *sexo* y la *edad* no varían por la incorporación de estas variables en 2006, si lo hacen de forma relevante los asociados a la ocupación que, bien dejan de ser significativos (como ocurre con el personal sanitario y de vendedores/dependientes, lo que significa que están explicadas por las variables incluidas en el análisis) o reducen su peso, aunque sigan siendo significativas (los casos de *camioneros, repartidores, taxistas, conductores; servicios doméstico, limpieza, cocineros, camareros, barrenderos*) lo que sugiere que las variables incluidas en el análisis no explican todos los riesgos para la salud de estas ocupaciones menos calificadas. También otras ocupaciones calificadas (*profesionales del Derecho, Ciencias Sociales, Artes; técnicos en Ciencias e informáticos; defensa y seguridad*) dejan de ser significativas con las variables incluidas en el análisis, aunque en ajustes individualizados (no mostrados), sí que se encontrarían asociados a riesgos que se vinculan con la intensidad. Concretamente, el caso de estos profesionales cualificados parece explicarse con las exigencias intelectuales, emocionales y multitarea. Para los no cualificados, sin embargo, parece que la fuente de riesgos debe encontrarse en otros factores no considerados aquí y/o tal vez vinculados o en interacción con condiciones de vida no laborales.

³⁵ Un resultado normal dada la relación entre ellas.

	2006				2011			
	N=9045				N=8425			
	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)		Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
Lower			Upper	Lower			Upper	
Probabilidad perder empleo (6 meses) = Totalmente/de acuerdo	,000	1,570	1,343	1,836	,000	1,335	1,182	1,508
Cantidad de trabajo excesiva (siempre/casi siempre)	,000	1,526	1,262	1,846	,000	1,626	1,386	1,908
Más de 45h	,000	1,341	1,151	1,563				
Prolongación de jornada sin compensación					,000	1,435	1,205	1,708
Nivel de atención (siempre/casi siempre)	,000	1,287	1,126	1,470	,000	1,312	1,159	1,486
Insuficiente información/formación	,000	1,286	1,130	1,463	,000	1,493	1,278	1,743
Molestia con monotonía (mucho/bastante)	,000	1,480	1,274	1,719	,000	1,418	1,209	1,663
Silla incómoda	,080	1,340	,966	1,860				
Respiración tóxica	,000	1,402	1,204	1,633	,000	2,028	1,731	2,376
Molesta postura (bastante/mucho)	,000	1,975	1,715	2,276	,000	1,883	1,638	2,165
Molesta temperatura/humedad (bastante/mucho)	,003	1,316	1,101	1,572	,000	1,459	1,232	1,727
Molestia el horario (bastante/mucho)								
Situación de trabajo	,000				,000			
<i>Ref. Solo y aislado</i>								
<i>Solo, pero con otros trabajadores</i>	,816	,981	,836	1,152	,009	,821	,709	,951
<i>En equipos o grupos de trabajo</i>	,000	1,370	1,155	1,625	,951	,994	,823	1,200
<i>otro</i>	,331	1,317	,756	2,294	,002	1,310	1,104	1,554
Trabajar con ordenadores (siempre/casi siempre)	,006	1,274	1,073	1,513	,891	1,060	,460	2,447
Ocupación	,012				,001	1,288	1,112	1,491
<i>Ref. Trabajadores de la Construcción y Minería</i>					,015			
<i>Camioneros, repartidores, taxistas y otros conductores</i>	,009	1,517	1,112	2,069	,647	1,089	,757	1,567
<i>Personal sanitario</i>	,360	1,179	,828	1,679	,354	1,173	,837	1,643
<i>Personal docente</i>	,505	1,125	,796	1,588	,045	1,409	1,008	1,970
<i>Serv. doméstico, limpieza; cocineros, camareros; barrenderos</i>	,019	1,351	1,050	1,738	,001	1,609	1,212	2,135
<i>Vendedores, agentes comerciales y dependientes</i>	,088	1,273	,964	1,681	,033	1,373	1,026	1,837
<i>Empleados administrativos</i>	,110	1,292	,944	1,768	,178	1,245	,905	1,713
<i>Agricultores, ganaderos, pescadores y marinos</i>	,184	,787	,554	1,120	,592	1,110	,757	1,630
<i>Defensa y seguridad</i>	,050	1,465	1,000	2,146	,207	1,311	,861	1,996
<i>Mecánico, reparador, soldador</i>	,529	1,119	,788	1,591	,555	1,116	,775	1,607
<i>Obrero en producción industrial mecanizada; montador</i>	,249	,796	,541	1,172	,186	1,272	,890	1,817
<i>Trabajador de la industria tradicional, artesano</i>	,812	1,049	,705	1,563	,177	1,360	,870	2,126
<i>Profesionales del Derecho, las Ciencias Sociales y las Artes</i>	,043	1,576	1,015	2,448	,001	1,975	1,328	2,939
<i>Técnicos en Ciencias e Informáticos</i>	,021	1,553	1,068	2,259	,096	1,406	,941	2,102
<i>Directivos de empresas o de Administraciones Públicas</i>	,540	1,113	,791	1,565	,409	1,169	,807	1,693
<i>Otras ocupaciones propias de estudios medios o superiores</i>	,876	1,047	,591	1,852	,619	,886	,550	1,427
Mujer	,000	1,428	1,240	1,644	,000	1,833	1,607	2,090
Edad	,000				,000			
<i>Ref. +55</i>								
<i>20-25</i>	,000	,493	,376	,646	,000	,308	,217	,436
<i>25-30</i>	,000	,594	,463	,760	,000	,373	,288	,483
<i>30-35</i>	,000	,616	,481	,788	,000	,462	,374	,570
<i>35-40</i>	,002	,680	,534	,866	,000	,494	,402	,606
<i>40-45</i>	,025	,760	,598	,967	,000	,560	,456	,688
<i>45-50</i>	,056	,780	,604	1,006	,003	,739	,604	,905
<i>50-55</i>	,039	,747	,567	,985	,078	,829	,673	1,021
Desacuerdo sueldo	,000	1,369	1,198	1,564				
Desacuerdo promoción	,000	1,549	1,366	1,757				
Horario no se adapta a compromisos	,000	1,786	1,566	2,037	,000	1,525	1,341	1,735
Plazos muy estrictos y muy cortos	,006	1,258	1,069	1,481	,018	1,208	1,033	1,414
Multitarea	,000	1,359	1,173	1,573	,012	1,197	1,041	1,378
Exigencias intelectuales	,000	1,426	1,197	1,698				
Exigencias emocionales	,039	1,198	1,009	1,422				
Molestia ritmo trabajo	,001	1,601	1,227	2,087				
prolongo	,000	1,300	1,152	1,466	,000	1,310	1,136	1,511
Constant	,000	,028			,000	,046		

Tabla 6. Modelos de condicionantes sociales de la salud del primer periodo (2006-2011). Fuente: Elaboración Propia.

Por otro lado, es relevante señalar el papel de otras variables que se incorporan en 2006 y que se refieren al grado de acuerdo sobre la *adecuación del sueldo*, sobre las posibilidades de *promoción profesional* y sobre el grado en que el *horario de trabajo se adapta* a los compromisos sociales y familiares (una dimensión de la *conciliación*³⁶). Los respectivos riesgos para los que están en *desacuerdo o completamente en desacuerdo* con la adecuación con los sueldos, las posibilidades de promoción y la compaginación de horarios (no muy bien; nada bien) son de OR=1.36 y OR=1.55 y OR=1.8 respectivamente.

Los efectos de la crisis

³⁶ Medida por la pregunta : En general, ¿su horario de trabajo se adapta a sus compromisos sociales y familiares? que en 2011 se modifica ligeramente cambiando «se adapta» por «le permite compaginar».

Si ahora, como último paso, tratamos de extender las variables que utilizamos en 2006 a 2011, (en principio con una base de comparación sólida, ya que la metodología es homogénea entre 2006 y 2011), el análisis debería informarnos sobre los efectos de la crisis económica en la salud de los trabajadores y sus condicionantes. No obstante, antes es necesario recordar que para realizar la comparación, tenemos que sustituir nuestro indicador de salud principal (los síntomas psicossomáticos, que hemos utilizado en el primer periodo y en 2006, pero que desaparece en 2011) por un indicador de salud con un espíritu similar aunque reformulado (en 2011 se pregunta sobre problemas de salud y las opciones de respuesta se amplían sin limitarse a síntomas psicossomáticos como hemos detallado en la metodología -ver *Tabla 1*-). Aunque estos cambios implican limitaciones para una comparación precisa entre 2006 y 2011, son también una oportunidad para extender la validez del modelo de condicionantes sociales de la salud por vía de su ajuste con un indicador de salud ligeramente diferente y quizás todavía más relevante (un indicador de salud más genérico que incluye un conjunto más amplio de problemas de salud que no se reduce a los síntomas psicossomáticos).

Así, pese a los cambios metodológicos (cambio en la formulación del indicador de salud) y los cambios en el mundo del trabajo provocados por la crisis, quizás el resultado más relevante es que no emergen cambios bruscos en los condicionantes de la salud, lo que supone una confirmación de la estabilidad del modelo más allá de la situación económica pre-crisis o de crisis y de los cambios en los indicadores (la R-cuadrado de Nagelkerke=0.2 en 2011). Más concretamente, respecto a nuestra intensidad de trabajo, parece volver a reducirse la importancia de los indicadores extensivos (desaparece *trabajar más de 45h* del ajuste), aunque la prolongación sin compensación vuelve a ser importante. También la multitarea y la conciliación de los horarios reducen un poco su importancia, pero como decimos la característica más importante es la estabilidad de las variables incluidas en el modelo (la inseguridad del empleo³⁷, la cantidad de trabajo excesiva³⁸, el nivel de atención, la insuficiente formación/información, el trabajar con ordenadores, la monotonía, la calidad del aire, la molestia con la posturas, con la temperatura/humedad) que presentan una contribución similar a la de los años precedentes.

Respecto a nuestros colectivos de riesgo, parece reducirse ligeramente el riesgo independiente de las edades jóvenes (aunque el efecto no es muy importante, y tal vez podría explicarse por los cambios metodológicos en el indicador de salud, más que en las dimensiones de interés). Un cambio relevante, no obstante es la emergencia de un deterioro importante en la salud de las mujeres trabajadoras con el nuevo indicador de salud, que se puede matizar además en términos de la interacción *sexo y ocupación* (volvemos a encontrar patrones de riesgo específico similares a los de 2006: el *Personal docente; Serv. doméstico, limpieza, cocineros, camareros; barrenderos; Vendedores, agentes comerciales y dependientes y los profesionales del Derecho, Ciencias Sociales y las Artes* presentarían un riesgo significativo para la salud no ajustado por las variables incluidas en el análisis). Así, uno de los resultados más importantes que se derivan de la comparación y que podríamos interpretar en términos de un posible efecto diferencial de la crisis es la salud de las mujeres trabajadoras. El crecimiento del riesgo asociado a las mujeres, aumenta de forma muy importante entre 2006 y 2011 pasando de un OR= 1.43 hasta alcanzar OR=1.83, aunque no está claro si debería interpretarse como un efecto de la crisis o como un efecto de los cambios en el indicador. Aunque

³⁷ Que en 2011 nos vemos obligados a medir como la molestia/preocupación del riesgo de pérdida de empleo (mucho).

³⁸ En la comparación entre 2006 y 2011, la *cantidad de trabajo excesiva* parece subir ligeramente (aunque puede estar influida por los cambios en nuestro indicador dependiente de salud). Por otro lado, la *cantidad de trabajo excesiva* es un factor todavía más relevante cuando se considera el indicador de salud referido a problemas de salud que el trabajador considera que han sido agravados/producidos por el trabajo.

no podemos descartar que se deba a la mayor sensibilidad de las mujeres al cambio en el indicador de salud, el crecimiento en el riesgo, aunque es mayor en algunas ocupaciones y en los puestos de mandos intermedio, es general y en principio no parece que esté asociado a los cambios metodológicos en la variable dependiente, es decir en nuestro indicador de salud entre 2006 y 2011³⁹. En este sentido, hemos comprobado que el crecimiento en el riesgo para las mujeres se reproduce para aquellos indicadores que son directamente comparables por existir un indicador equivalente en los dos periodos (ej. dolores de cabeza, problemas visuales, problemas para dormir⁴⁰). Este mayor riesgo incremental para las mujeres tampoco se reduce con la incorporación de la que en principio podría intuitivamente considerarse uno de los efectos más importantes de la crisis: la mayor inseguridad en el empleo, lo que sugiere que para explicar este mayor riesgo es necesario incorporar variables de naturaleza no laboral.

4. Tendencias en las Fracciones Atribuibles Poblacionales [FAPs]

Los anteriores modelos basados en regresiones logísticas son muy útiles como aproximaciones detalladas para explicar los condicionantes sociales de la salud. Sin embargo para acercarnos más al diseño de políticas, los análisis basados en Fracciones Atribuibles Poblacionales pueden resultar mucho más operativos.

Puesto que nos interesa la evolución temporal de estas fracciones en nuestro marco de análisis de cuatro oleadas de condiciones de trabajo con distintos cambios metodológicos (particularmente entre 2003 y 2006, como hemos comentado) hemos buscado aproximarnos a la evolución de las FAPs a partir de una pregunta que se ha mantenido prácticamente constante a lo largo de las cuatro oleadas. Más concretamente hemos realizado cuatro regresiones logísticas estratificadas por género con las variables de salud que hemos venido utilizando hasta ahora (ver *Tabla 1*) ajustando por los factores presentes en esta pregunta que decimos se ha mantenido con mínimos cambios a lo largo de las cuatro oleadas (ver *Tabla 3*) y ajustando adicionalmente por edad.

Tal y como hemos adelantado en la metodología el cálculo de los FAPs depende por un lado de los correspondientes ORs de cada factor en los modelos y por otro lado de las prevalencias de exposición a cada uno de los factores entre los casos de *mala salud*. Como se muestra en la *Tabla 7* todos los modelos muestran ajustes bastante razonables, que además son un poco más robustos para las mujeres que para los hombres.

TOTAL	1999	2003	2006	2011
N	3587	5041	10277	8656
R-cuadrado Nagelkerke	0,173	0,176	0,121	0,131
Prevalencia	0,176*	0,218*	0,185*	0,225**

HOMBRES	1999	2003	2006	2011
N	2492	3482	5496	4621
R-cuadrado Nagelkerke	0,176	0,141	0,126	0,101
Prevalencia	0,15*	0,176*	0,171*	0,18**

MUJERES	1999	2003	2006	2011
N	1095	1559	4781	4035
R-cuadrado Nagelkerke	0,193	0,197	0,121	0,141
Prevalencia	0,212*	0,289*	0,204*	0,28**

Note: * = 2 ó más síntomas; ** = 4 o más problemas de salud

Tabla 7. Indicadores de los modelos logísticos para el cálculo de FAPs. Fuente: Elaboración propia.

³⁹ En este sentido, algunos valiosos comentarios de María López Ruíz (investigadora en el CISAL, UPF) a partir de la presentación de esta comunicación: 1. Los items que componen el indicador de salud de 2011 tendrían mayor sensibilidad que el indicador de salud de los años anteriores para las mujeres, lo que podría explicar el incremento del riesgo. 2. Los intervalos de confianza se solaparían ligeramente, utilizando el criterio habitual de significatividad al 95% -ver variable mujer *Tabla 6*-). 3. Por otro lado, bajo su punto de vista, la crisis habría traído un deterioro en el estado de salud de las mujeres vinculado a su mayor carga en términos de cuidados.

⁴⁰ Concretamente los problemas en los ojos/visuales pasan de 1 a 1.43; cansancio de 1.24 a 1.48 y prob. para dormir de 1 a 1.45.

En la Figura 7 presentamos los resultados de la evolución de FAPs por género entre 1999 y 2011. Como observamos, la intensidad de trabajo (aquí medida como molestia/preocupación por el ritmo de trabajo) emerge para los dos sexos como un factor clave (en resultados no mostrados, el primer factor cuando se consideran el conjunto de trabajadores de los dos sexos). Las FAPs encontradas sugieren que una intervención sobre la intensidad de trabajo podría ser la que en mayor proporción podrían reducir los casos de mala salud, lo que supone una llamada de atención para todos los actores con influencia en el diseño de políticas de Salud Pública y Salud Laboral.



Figura 7. Evolución de los FAPs por género y peso de la intensidad de trabajo. Fuente: Elaboración propia

Conclusiones

- Se ha justificado la necesidad del estudio de la intensidad del trabajo fundamentalmente a partir de tres factores: una creciente relevancia de las exigencias y sus condicionantes para explicar la salud de los trabajadores; la cada vez mayor institucionalización europea del constructo; y la naturaleza sociológica y política del constructo que busca contrarrestar la psicologización del estrés laboral. Pensamos que es necesario una visión más interdisciplinar para profundizar en la dinámica de intensificación del trabajo, tan importante en los modelos de riesgos psicosociales.
- Se ha confirmado la estabilidad y robustez de los modelos de condicionantes sociales de la salud de los trabajadores españoles en la última década basados a partir de las cuatro últimas oleadas ENCTs, pese a los cambios metodológicos (muestreo, indicadores ...) y la crisis económica.
- Aunque los análisis se basan en encuestas transversales en principio expuestas al llamado *common method variance*, para 2003 se ha comprobado la relación estadísticamente significativa entre los riesgos de estrés, ansiedad y depresión declarados por el representante del empleador y la intensidad de trabajo (medida por la cantidad de trabajo excesiva) percibidas por el trabajador, lo que sirve para

descartar el common method variance y argumentar la relevancia de una relación directa entre la intensidad de trabajo y el impacto en la salud.

- Las condiciones de trabajo incluidas en los modelos explican las diferencias de salud asociadas a los medios de trabajo, las ocupaciones, las ramas de actividad y la edad, pero no consiguen explicar del todo el riesgo específico asociado a las mujeres, que tal vez necesita de la incorporación de factores no laborales como la doble carga.
- La intensidad de trabajo emerge en el primer periodo de estudio 1999-2003 como un condicionante social clave de la salud de los trabajadores españoles, particularmente para las mujeres jóvenes. En el segundo periodo (2006-2011) se consolida su importancia para todos los trabajadores y a tenor de los resultados en términos de FAPs se convierte en el factor más importante para la salud psicosomática del conjunto de trabajadores españoles, superando a los riesgos físicos tradicionales como la molestia con las posturas o la temperatura.
- Además del riesgo que encontramos para distintos indicadores de la intensidad de trabajo, el nivel de atención, la insuficiente información/formación y el trabajar con ordenadores, todos asociados al trabajo del conocimiento emergen como factores de riesgo independientes.

Limitaciones

Existe espacio de mejora para el cálculo más preciso de los intervalos de confianza asociado a los FAPs siguiendo técnicas de bootstrapping.

Conflictos de interés: Ninguno.

Bibliografía//References

- Alonso, L. E. (2004). La sociedad del trabajo: Debates actuales. materiales inestables para lanzar la discusión. *Revista Española De Investigaciones Sociológicas*, 107(1), 21-48.
- Alvesson, M., Bridgman, T., & Willmott, H. (2009). *The oxford handbook of critical management studies* OUP Oxford.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Benavides, F., Clanchet, J. D., & Alternativas, F. (2006). *Problemas emergentes en salud laboral: Retos y oportunidades* Fundación Alternativas.
- Braverman, H. (1974). *Labor and monopoly capital*
- Brun, E., & Milczarek, M. (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health* European Communities.
- Burchell, B. (2009). *Working conditions in the european union: Working time and work intensity* Office for Official Publications of the European Communities.
- Burchell, B., Ladipo, D., & Wilkinson, F. (2002). *Job insecurity and work intensification* Routledge.
- Castells, M. (2001). *La era de la información. vol. 1: La sociedad red* Alianza Madrid.
- Castillo, J. J. (2005). El trabajo recobrado. *Argentina, Miño Y Dávila*,
- Castillo, J. J., & Agulló, I. (2012). La invasión del trabajo en la vida en la sociedad de la información. *Trabajo Y Sociedad*, (19), 0-0.

- Caza, A. (2012). Typology of the eight domains of discretion in organizations. *Journal of Management Studies*, 49(1), 144-177.
- Durán, F., & Benavides, F. (2004). Informe de salud laboral. *Los Riesgos Laborales Y Su Prevención. España*, , 197-202.
- Eurofound. (2012). *Trends in job quality in europe*. (). Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Ferrie, J. E., Kivimäki, M., Westerlund, H., Head, J., Melchior, M., Singh-Manoux, A., . . . Vahtera, J. (2011). Differences in the association between sickness absence and long-term sub-optimal health by occupational position: A 14-year follow-up in the GAZEL cohort. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(10), 729-733.
- Ganster, D. C., & Rosen, C. C. (2013). Work stress and employee health A multidisciplinary review. *Journal of Management*, 39(5), 1085-1122.
- Garrido, A. (2006). Sociopsicología del trabajo. *Barcelona: UOC.[Links]*,
- Green, F. (2001). It's been A hard day's night: The concentration and intensification of work in late Twentieth-Century Britain. *British Journal of Industrial Relations*, 39(1), 53-80.
- Green, F. (2004). Why has work effort become more intense? *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 43(4), 709-741.
- Green, F. (2006). *Demanding work: The paradox of job quality in the affluent economy* Princeton Univ Pr.
- Green, F. (2008). Work effort and worker well-being in the age of affluence. *The Long Work Hours Culture: Causes, Consequences and Choices*. Bingley, UK: Emerald Publishing, , 115-136.
- Greenland, S. (2004). Model-based estimation of relative risks and other epidemiologic measures in studies of common outcomes and in case-control studies. *American Journal of Epidemiology*, 160(4), 301-305.
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., & Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the job Demand–Control (-support) model and psychological well-being. *Work & Stress*, 24(1), 1-35.
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, work place social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. *American Journal of Public Health*, 78(10), 1336-1342.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1994). *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life* Basic books.
- Kristensen, T. S., Bjorner, J. B., Christensen, K. B., & Borg, V. (2004). The distinction between work pace and working hours in the measurement of quantitative demands at work. *Work & Stress*, 18(4), 305-322.
- Kristensen, T. S., Hannerz, H., Høgh, A., & Borg, V. (2005). The Copenhagen psychosocial questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, , 438-449.
- Lakoff, G. (2007). *No pienses en un elefante: Lenguaje y debate político* Editorial Complutense.
- Lidwall, U., Bergendorff, S., Voss, M., & Marklund, S. (2009). Long-term sickness absence: Changes in risk factors and the population at risk. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 22(2), 157-168.
- Madsen, I. E. H., Diderichsen, F., Burr, H., & Rugulies, R. (2010). Person-related work and incident use of antidepressants: Relations and mediating factors from the Danish work environment cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36(6), 435-444.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464), 1099-1104.
- Moncada, S., Llorens, C., Font, A., Galtés, A., & Navarro, A. (2008). Exposición a riesgos psicosociales entre la población asalariada en España (2004-05): Valores de referencia de las 21 dimensiones del cuestionario COPSQ ISTAT21. *Revista Española De Salud Pública*, 82(6), 667-675.

- Moncada, S., Pejtersen, J. H., Navarro, A., Llorens, C., Burr, H., Hasle, P., & Bjorner, J. B. (2010). Psychosocial work environment and its association with socioeconomic status. A comparison of Spain and Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3 suppl), 137-148.
- Muntaner, C., Borrell, C., Vanroelen, C., Chung, H., Benach, J., Kim, I. H., & Ng, E. (2010). Employment relations, social class and health: A review and analysis of conceptual and measurement alternatives. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2130-2140.
- Netterstrøm, B., Conrad, N., Bech, P., Fink, P., Olsen, O., Rugulies, R., & Stansfeld, S. (2008). The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 118-132.
- Niedhammer, I., Bourgkard, E., & Chau, N. (2011). Occupational and behavioural factors in the explanation of social inequalities in premature and total mortality: A 12.5-year follow-up in the lorhandicap study. *European Journal of Epidemiology*, 26(1), 1-12.
- Niedhammer, I., Chastang, J. F., David, S., & Kelleher, C. (2008). The contribution of occupational factors to social inequalities in health: Findings from the national French SUMER survey. *Social Science & Medicine* (1982), 67(11), 1870.
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen psychosocial questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3 suppl), 8-24.
- Perez-Zapata, O. (2008). ¿Nuevos perdedores? intensidad de trabajo y su relación con la salud y las TIC. *X Premio Joven Economía. Universidad Complutense De Madrid*.
- Perez-Zapata, O. (2010). Capítulo III mujeres, innovación y políticas de conciliación e igualdad en las empresas TIC españolas. (pp. 107) Editorial UOC.
- Perez-Zapata, O., Castaño-Collado, C., Lahera-Sánchez, A., & Álvarez Hernández, R. (2013). La intensificación del trabajo del conocimiento en España. Paper presented at the XI Congreso Español De Sociología, , <http://www.fes-web.org/uploads/files/modules/congress/11/papers/2149.pdf>
- Pinilla, F. J. (2004). Intensificación del esfuerzo de trabajo en España. *Cuadernos De Relaciones Laborales*, 22(2), 117-135.
- Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2008). *Modern epidemiology* Lippincott Williams & Wilkins.
- Rubery, J. (2005). Labor markets and flexibility. *Ackroyd, S. Et Al. Oxford Handbook of Work and Organization, Great Britain, Oxford University*, , 31-51.
- Salanova Soria, M., & Llorens Gumbau, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 27-41.
- Sultan-Taïeb, H., Lejeune, C., Drummond, A., & Niedhammer, I. (2011). Fractions of cardiovascular diseases, mental disorders, and musculoskeletal disorders attributable to job strain. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(8), 911-925.
- Thielen, K., Nygaard, E., Rugulies, R., & Diderichsen, F. (2011). Job stress and the use of antidepressant medicine: A 3.5-year follow-up study among Danish employees. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(3), 205-210.
- Vanroelen, C., Levecque, K., & Louckx, F. (2010). Differential exposure and differential vulnerability as counteracting forces linking the psychosocial work environment to socioeconomic health differences. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(10), 866-873.