

COMENTARIO EDITORIAL

El trabajo es salud

Introducción

Teniendo en cuenta que la pandemia de la desocupación ha cobrado mucha fuerza en los últimos años, y siendo un problema muy prevalente en nuestro país, los que nos dedicamos a la atención médica primaria lo hemos visto escalar posiciones en la lista de las comorbilidades de nuestros pacientes, ya sea como motivo oculto o manifiesto de consulta, o bien como responsable de que nuestro paciente deje de consultar.

El objetivo de este comentario editorial es brindar un panorama muy general acerca de la relación entre el desempleo y la salud y comentar algunos de los problemas metodológicos que presentan los trabajos en esta línea de investigación.

Algunos problemas metodológicos del estudio de la repercusión del desempleo en la salud

Definición de desocupación: el estudio de las consecuencias del desempleo en la salud es complejo, ya que los desempleados no son un grupo homogéneo. Algunos nunca han trabajado ni lo harán en su vida, mientras que otros simplemente están (en el momento que son registrados por la estadística) cursando el período que media entre dos trabajos¹. La repercusión del desempleo en la salud es distinta en estos diferentes subgrupos.

Uno de los problemas radica en la definición misma de lo que significa estar desocupado y en la diversidad de criterios que puede haber sobre esta definición entre los distintos investigadores y entre los generadores de los datos (ej. estadísticas oficiales) que son utilizados para los trabajos de investigación. Como se verá, no existe total acuerdo acerca de cuáles ocupaciones son consideradas un trabajo y cuáles no lo son². Tomemos el ejemplo de una persona que sube al colectivo o al tren "vendiendo" estampitas y de otra que se ofrece para "cuidar" automóviles estacionados en la vía pública. Será difícil consensuar si se trata de desocupados o no. ¿En qué categoría los colocaría el lector? Según las definiciones estrictas de la literatura técnica, cuando se habla de un desocupado se está haciendo mención a una persona que, teniendo edad y ganas de trabajar, no posee una ocupación remunerada. Sin embargo, las estadísticas que nos informan cotidianamente sobre este tema, utilizan un concepto aún más restringido de lo que se entiende por estar desocupado y que agrega a la definición anterior, el haber estado buscando trabajo activamente durante la semana anterior al relevamiento. Vale decir que quien no haya buscado trabajo en la semana previa a la encuesta no será catalogado como desocupado en las estadísticas. Este último concepto se denomina, hablando estrictamente, desocupación abierta, en oposición al de desocupación oculta que comprende a los individuos desocupados que han dejado de buscar trabajo a causa de su desaliento y a los subocupados (personas ocupadas tiempo parcial que quisieran trabajar tiempo completo)².

Problemas para discriminar la asociación de la causalidad entre desempleo y salud: la mayoría de los estudios que han intentado analizar datos "duros" acerca de las consecuencias del desempleo en la salud han estudiado grandes poblaciones a lo largo del tiempo y han intentado detectar asociaciones generales

como las que existen entre la evolución de la economía, el desempleo y las tasas de mortalidad¹. El principal problema de estos estudios es que pueden mostrar asociación pero no son capaces de demostrar causalidad, ya que se trata de estudios *ecológicos*. Estos estudios investigan, p.ej., la relación entre algunos marcadores socioeconómicos con eventos de salud a nivel poblacional, pero no pueden establecer una relación causal a nivel de las personas individuales que la componen. Sin embargo, si bien presentan esta limitación, los estudios ecológicos representan una de las fuentes más interesantes para el desarrollo de hipótesis referentes a la salud de la población.

Tasas de mortalidad

Según comentan Mathers y col., desde los años treinta, análisis poblacionales han demostrado correlación entre los niveles de desempleo y las tasas de mortalidad (materna, infantil y muertes por valvulopatías reumáticas). También se hallaron correlaciones entre el desempleo y la mortalidad que fueron consistentes en distintas regiones geográficas³.

Un estudio longitudinal hecho en Inglaterra y Gales³⁻⁸ sobre la base de muestras del 1% de los censos de 1971 y 1981 investigó, luego de ajustar por el nivel socioeconómico de los desempleados, la mortalidad de los hombres de 15 a 64 años. En las muestras de ambos censos la mortalidad de los desempleados fue mayor que la de los individuos con empleo.

Aquellos que durante el primer censo estaban desempleados (y no tenían enfermedades) tuvieron un 37% de exceso de mortalidad en los siguientes diez años (IC95: 22-52%). En todas las clases sociales, la mortalidad (cardiovascular, cáncer de pulmón y suicidios) de los desempleados fue mayor que la de los empleados, pero esta diferencia comenzó a observarse recién a partir de los cinco años de seguimiento.

Se podría pensar que los más sanos tienen mejores posibilidades de encontrar o conservar el trabajo, y que el desempleo es una consecuencia del estado de salud (confundidor*), siendo en realidad un precario estado de salud el responsable de la mayor mortalidad de este grupo. Sin embargo, si esto fuera cierto uno debería observar una mayor mortalidad en la población desempleada desde el inicio del seguimiento. Esta latencia observada entre la documentación del desempleo y su efecto sobre la mortalidad, refuerza la hipótesis de causalidad, ya que la causa (desempleo) precedería al evento (muerte). Esto podría sugerir un impacto directo del desempleo sobre el estado de salud.

También se encontró, luego del ajuste por nivel socioeconómico, un 20% (IC95: 2-39%) de exceso de mortalidad (especialmente por cardiopatía isquémica) en las esposas de los desempleados respecto de la mortalidad total de las mujeres casadas, lo que respalda, según estos investigadores, la existencia de un verdadero efecto producido por el desempleo de los maridos sobre la mortalidad de sus esposas y reduce la posibilidad del sesgo de selección*⁴.

Un estudio finlandés⁵ realizado por Martikainen y col. utilizó otra estrategia para minimizar el sesgo de que las personas con peor salud previa, tengan mayor probabilidad de estar

desempleados. Debido a la imposibilidad de ajustar por todos los confundidores* potenciales, analizó la variación de la fuerza de asociación entre el desempleo y la mortalidad durante el transcurso de tres años en los que la tasa nacional de desempleo se incrementó progresivamente. Los investigadores plantearon la siguiente hipótesis: si el impacto del desempleo en la mortalidad se debiera a que es una población a priori más enferma, este impacto debería ser menor en las épocas de mayor desempleo ya que también estaría sin trabajo la gente más sana, haciendo más semejantes a ambas poblaciones. Los resultados de este estudio abonan esta hipótesis: en 1990 la tasa nacional de desempleo era baja (5%) y el estar desempleado confería, respecto de estar empleado, un riesgo relativo de mortalidad de 2.11 (IC95: 1.76-3.53) para los hombres y de 1.61 (IC95:1.09-2.36) para la mujeres. En 1991 la tasa de empleo fue del 15% en la población masculina y del 10% en la femenina, siendo el riesgo relativo de mortalidad para los desempleados algo menor: varones 1.72 (IC95:1.52-1.96) y mujeres de 1.56 (IC95:1.17-2.08). En 1992, época con una tasa nacional de desempleo muy alta (20% para la población masculina y 15% la femenina), el riesgo relativo de mortalidad fue menor aún: 1,35 (IC%:1,16-1,56) para los varones y no significativo para las mujeres.

Los autores de este estudio sugieren dos explicaciones del debilitamiento de la asociación: 1) a medida que el desempleo aumenta, cada vez hay más gente sana sin empleo y, por lo tanto, la población empleada y la desempleada se parece cada vez más, dependiendo el estar sin trabajo cada vez menos de condiciones mórbidas preexistentes. 2) los efectos deletéreos del estrés social y la estigmatización son menores si hay mucha gente sin trabajo. Otra posible explicación es que los datos sobre desempleo y mortalidad fueron recabados en forma transversal, es decir, simultáneamente. Como vimos antes, es posible que para que se pueda observar un efecto del desempleo sobre la mortalidad se requiera de cierto tiempo de exposición.

Ningún trabajo ha podido analizar la relación entre el tiempo de desempleo y mortalidad a nivel individual. Sería interesante poder acceder a estudios de seguimiento que evalúen la existencia de un efecto dosis-respuesta ya que a mayor tiempo de exposición (desempleo) es dable pensar en un mayor impacto sobre el punto final estudiado, sea esta mortalidad, calidad de vida o uso de servicios de salud.

Salud mental

Smith sostiene que la asociación entre el desempleo y la pobre salud mental es mucho mayor que la asociación del mismo con la salud física. Estudios hechos sobre poblaciones norteamericanas, australianas y alemanas mostraron mayores niveles de ansiedad, depresión y malestar psicológico en los desempleados, que en quienes tenían trabajo. El malestar se resolvía cuando la persona conseguía trabajo. Pareciera que los desempleados que más sufren son los adultos de edad media (más que los jóvenes o los ancianos), lo cual podría sugerir que cuanto más se desea un trabajo, más se sufre si no se lo consigue¹.

Un estudio británico de los años ochenta mostró que en las áreas

geográficas en las cuales el desempleo es un mal endémico, el impacto del mismo en la salud (medido como malestar psicológico) es menor que en las áreas de bajo desempleo. Esto podría explicarse por una mejor adaptación de dichas comunidades para cuidar a sus desempleados mediante mejores redes de ayuda, mayor solidaridad o por el menor costo de vida en esas regiones³.

Varios estudios de casos y controles hechos en los últimos treinta años han encontrado asociación (menor en las mujeres) entre el suicidio y el desempleo. Los estudios longitudinales de seguimiento de poblaciones son muy difíciles de llevar a cabo, ya que el suicidio es un evento muy poco frecuente como para poder hallar diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones desempleadas y las empleadas.

Algunos estudios han analizado la asociación entre el desempleo y el parasuicidio. Smith define como parasuicidio a un acto no fatal, deliberado, y llevado a cabo con el conocimiento de su daño potencial⁶ (ej. sobredosis no accidental de drogas). No conviene considerarlo como un acto de suicidio fallido ya que su epidemiología es diferente de la del suicidio. El parasuicidio, contrariamente al suicidio, es más común en gente joven, en el sexo femenino y en individuos sin historia de enfermedades psiquiátricas de larga data.

¿Por qué nos extendemos tanto en su descripción? Lo hacemos por que, siendo el parasuicidio un fenómeno mucho más común que el suicidio, es más fácil de ser estudiado mediante métodos epidemiológicos. El parasuicidio ofrece la ventaja de ser más frecuente (algunos datos ingleses refieren que representaría el 20% de los motivos de internación de urgencia). Un estudio australiano investigó a principios de los años setenta la tasa de parasuicidio en diferentes grupos demográficos según su calificación laboral y su empleo: la tasa de parasuicidio de los profesionales fue de 21 cada 100000 habitantes, la de los empleados de oficina de 109 cada 100000, la de los obreros 234 cada 100000 y la de los desempleados 2686 cada 100000. Un estudio escocés hecho en 1968 encontró una tasa de parasuicidio de 98/100000 en la población empleada y de 2824 en la desempleada.

Posibles explicaciones encontradas en la literatura

Ya que el desempleo parece haber venido para quedarse por bastante tiempo, el hallazgo de las explicaciones de los mecanismos de daño de la salud podría ayudar a encontrar propuestas para paliar los efectos del desempleo.

Como sugieren Mathers y col.³ los bajos ingresos y el desempleo pueden afectar directamente a la salud a través de la disminución de las posibilidades de adquirir bienes y servicios como la nutrición, la vivienda y los cuidados de la salud (especialmente en los países con inadecuada seguridad social); o indirectamente mediante la reducción de la participación en las actividades sociales y el malestar psicológico resultante (pérdida de la identidad, de la autoestima, marginación, estigmatización, alienación y pérdida de las redes sociales).

Algunas hipótesis generadas durante la crisis de 1930 han intentado explicar por que otros mecanismos el desempleo daña la salud, además de los relacionados a la falta de ingresos eco-

nómicos¹⁻⁷. El trabajo requiere regularidad, genera y obliga a mantener una rutina diaria de horarios, provee contactos sociales más allá de la familia, genera el sentido y el propósito de estar haciendo "algo" con otros y asigna una jerarquía social. La falta de trabajo tendería a coartar las oportunidades de tomar decisiones y de aprender habilidades nuevas.

Beccaria y López⁹ explican que en toda sociedad existen puestos de trabajo de baja calificación que suelen ser inestables y de baja remuneración, obligando a quienes ocupan estos puestos a sobrevivir en condiciones difíciles a causa de su bajo poder adquisitivo (que se traduce en una pobre capacidad de generar ahorros) y a la incertidumbre acerca de la perdurabilidad de sus ingresos. Todo esto redundaría en que sean particularmente vulnerables a los vaivenes del mercado laboral o a la elevación transitoria de los requerimientos de recursos económicos.

Propuestas encontradas en la literatura

Se plantea el interrogante de si los médicos debemos preocuparnos por la desocupación o si debemos dejar el problema para los economistas y para los políticos.

Es poco probable que podamos arreglar desde el consultorio o desde las tareas comunitarias este problema ya que las estrategias para su paliación exceden el área de lo médico y deben estar enfocadas a la reducción del desempleo mismo. La mayoría de las acciones tendientes a mejorar la salud de los desempleados que han sido propuestas están destinadas a la población general y no a los pacientes o familias individuales que asistimos en el consultorio, por otro lado los autores de este artículo nos preguntamos si es realmente posible mantener "sana" a una persona sin empleo (o a su familia).

Rol del sistema de salud: algunos autores como Harris y col.¹⁰ proponen que, al igual que otros problemas de raigambre social, las acciones necesarias para mejorar la salud de los desocupados deberían ejercerse en distintos niveles y, que no siendo el desempleo una enfermedad, éste no debería ser medicalizado. Debe trabajarse desde el consultorio y en el ámbito comunitario para conocer las necesidades de los desempleados del lugar, para liderar las demandas de los mismos y para documentar los costos de salud asociados al desempleo. Esta do-

documentación de los costos tiene el objetivo de justificar la reorientación de los fondos para la investigación en esta área, para su evaluación y para su manejo, así como para asegurar que los costos de salud asociados al desempleo sean incluidos en la evaluación del costo de este flagelo a la comunidad.

En Sydney, Australia han sido desarrolladas para los médicos de atención primaria guías de manejo del paciente desocupado. Estas guías fueron consensuadas por los médicos, por las organizaciones de la comunidad y por los desempleados. El objetivo principal del manejo del desocupado por parte del equipo de salud es promover el empleo y reducir los impactos del desempleo en la salud. Harris y col. proponen las siguientes estrategias:

Evaluar y manejar adecuadamente sus problemas de salud (ej. la depresión en un desocupado es depresión al fin y debe ser tratada como tal).

Estar atento y hacer un cuidado anticipatorio de los problemas que vayan a surgir (pensar a los desempleados y a sus familias como un grupo de riesgo).

Evitar que los problemas de salud sean barreras para el retorno al trabajo.

Conclusiones

A pesar de que la relación de causa y efecto entre el desempleo y la salud tiene algunos puntos débiles, o más aún, que algunos estudios han encontrado algunas evidencias indirectas de que esta asociación podría deberse al efecto de condiciones mórbidas preexistentes, no queremos justificar de modo alguno con estos conceptos que el desempleo sea responsabilidad del desocupado o una consecuencia inevitable de su salud previa. Si nos dejáramos llevar por esta interpretación estaríamos avalando la exclusión de una sexta parte de las personas que se sienten con necesidad de trabajar.

Queda bastante claro que los médicos deberíamos preocuparnos por las consecuencias del desempleo en la salud de nuestros pacientes, tanto por las que se desprenden de la falta de cobertura para la población desempleada y sus familias, como así como por las resultantes de la sobrecarga del sistema público de salud. No sólo es una problemática acorde con la función del médico, sino que es la problemática del ejercicio de la medicina en el mundo subdesarrollado en los tiempos que se vienen.

*Ver Glosario

Hernán Campanini

Estudiante de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires

Dr. Sergio Terrasa

Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires

Referencias

1. Smith R. "Bitterness, shame, emptiness, waste". An introduction to unemployment and health. *BMJ*. 1985; 291: 1024-1027
2. Arrillaga H, Barletta M, Masi M. El comportamiento del mercado laboral en el interior argentino (1985-1997). 1998. Editorial La Página S.A. Capítulo 2. Hacia una conceptualización del desempleo. Página 14-26.
3. Mathers C, Schofield D. The health consequences of unemployment: the evidence. *MJA* 1998; 168: 178-182.
4. Moser K, Fox J, Jones D. Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study. *Lancet* 1984. Vol II, 1324-1329.
5. Martikainen P, Valkonen T. Excess mortality of unemployed men and woman during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet*. 1996; 348: 909-912.
6. Smith R. "I couldn't stand any more": suicide and unemployment. *BMJ*. 1985; 291: 1563-1566
7. Smith R. "I feel really ashamed". How does unemployment lead to poorer mental health?. *BMJ* 1985; 291: 1409-1412
8. Moser K, Goldblatt P, Fox A, et al. Unemployment and mortality: comparison of the 1971 and 1981 longitudinal study census samples. *BMJ* 1987; 1: 86-90.
9. Luis Beccaria y Néstor López (comp.) Sin trabajo. Características del desempleo y sus efectos en la sociedad argentina., Losada, Bs.As., 1996.
10. Harris E, Webster I, Harris M, et al. Unemployment and Health: The healthcare system's role. *MJA* 1998. 168: 291-296. <http://www.mja.com.au/public/issues/mar16/harris/harris.html>