

Thomas Barnay, Florence Jusot, *TRAVAIL ET SANTÉ*, Les Presses de Sciences Po, coll. "Sécuriser l'emploi", Paris, 2018 (116 pp.), ISBN : 978-2-7246-2205-8

Eguzki Urteaga¹

Universidad del País Vasco

Thomas Barnay y Florence Jusot acaban de publicar su libro titulado *Travail et santé* en la editorial Presses de Sciences Po cuya colección *Sécuriser l'emploi* está codirigida por Yann Algan, Pierre Cahuc y André Zylberberg. Conviene recordar que Thomas Bardeay es catedrático de Economía en la Universidad París-Est Créteil y dirige el Master de Economía de la Salud en esta misma Universidad. Sus ámbitos de predilección son la microeconomía de la salud, del envejecimiento y de las pensiones; la economía pública; los comportamientos de acceso a la atención sanitaria; y, la evaluación de las políticas públicas y sociales. Es autor de innumerables artículos en revistas de reconocido prestigio internacional. Florence Jusot, por su parte, es catedrática de Economía en la Universidad París-Dauphine, miembro del LEDA-LEGOS (Laboratorio de Economía de Dauphine - Laboratorio de Economía y de Gestión de las Organizaciones Sanitarias) e investigadora asociada en el IRDES (Instituto de Investigación y Documentación de Economía de la Salud). Es igualmente autora de numerosos artículos y capítulos de libro sobre la economía de la salud, las desigualdades sanitarias, los determinantes del estado de salud, la regulación del sistema sanitario, la medida de la salud o la evaluación de la política sanitaria.

En la introducción de la presente obra, los autores indican que "las relaciones entre dinámica [sanitaria] y trayectoria profesional están en el origen de numerosos textos legislativos y nutren los debates de sociedad desde hace décadas. Además de la reparación de las enfermedades profesionales y de los accidentes laborales, la legislación contempla mecanismos de reparación al final de la vida activa para las personas que han conocido condiciones de trabajo penosas" (p.7). De hecho, "el deterioro de la salud se ha convertido en uno de los únicos modos derogatorios del retraso de la edad de jubilación. Así, en 2014, 171.200 personas se han beneficiado de un cese anticipado de actividad", de las cuales el 97% lo han sido a título de una carrera profesional larga (p.7).

¹ eguzki.urteaga@ehu.eus

De manera general, "que se trate de la cuanta penosidad, de las prejubilaciones y (...) de los regímenes de reparación de los accidentes laborales y de las enfermedades profesionales, la lógica de la compensación *ex post* ha prevalecido durante un largo periodo de manera casi exclusiva en la toma en consideración de las relaciones entre sociedad y trabajo" (p.7). Más recientemente, ciertos textos y planes "han reconocido, sin embargo, la existencia de una interacción entre estado de salud y mercado laboral, vía la prevención y la [protección] de las trayectorias profesionales" (p.8). Así, el Plan salud laboral (2016-2020) marca un punto de inflexión en la toma en consideración de la prevención (p.8).

Además, si la legislación actual integra la temática de la salud laboral, "el coste global de la salud en el trabajo es difícil de evaluar" (p.8). Pero, si es difícil medir perfectamente los costes generados por las cuestiones de salud laboral, "las relaciones causales y recíprocas entre salud y situación en el mercado laboral son objeto de una literatura económica internacional [abundante]" (p.9). Por ejemplo, en el Hexágono, "desde 1990, gracias al despliegue de grandes encuestas longitudinales, (...) ese tema ha sido abundantemente tratado en sus aspectos epidemiológicos y ergonómicos", pero lo ha sido en menor medida en su dimensión económica (p.9).

En ese contexto, el presente libro propone "extraer las principales enseñanzas de la literatura económica francesa e internacional sobre las relaciones complejas entre problemas de salud y trayectorias profesionales" (p.10). Posteriormente, se interroga sobre los principales dispositivos que convendría poner en marcha para preservar la salud laboral y proteger las trayectorias profesionales (p.10). Por lo tanto, "el primer capítulo trata de la influencia del trabajo y de los estatus de ocupación sobre la salud. El segundo [intenta] describir el rol de la salud sobre los itinerarios profesionales. El tercero y último capítulo analiza el impacto de los mecanismos de seguro, prevención y [protección] de las trayectorias profesionales sobre el riesgo sanitario" (p.10).

En el primer capítulo, centrado en la influencia del trabajo y de los estatus de ocupación sobre la salud, los economistas galos analizan el vínculo entre trabajo y salud a partir de la inserción laboral (p.11). Globalmente, tener un empleo es beneficioso para la salud, entre otras razones, porque es sinónimo de ausencia de comportamientos de riesgo, de acceso a la atención sanitaria o de condiciones materiales de vida favorables (p.11). De hecho, "el empleo, no solamente por las rentas [que proporciona, sino por] la cobertura sanitaria complementaria de empresa que procura, reduce considerablemente las dificultades de acceso [a la atención médica]" (p.11). En ese sentido, el efecto protector del empleo sobre la salud puede ser analizado "a través del doble prisma de la economía de la salud y de la economía del trabajo" (p.12).

A ese propósito, Grossman (1972) considera que "los individuos disponen de un capital sanitario [en el momento de] su nacimiento (...) que gestionarán hasta su muerte. Con la edad, ese capital está sometido a una depreciación" (p.12). Para hacer frente a esta situación, los individuos invierten en salud a través del pago de la atención médica o de medidas preventivas gracias a la renta del trabajo (pp.12-13). Por lo cual, "un buen estado de salud es buscado, a la vez, por la calidad de vida que procura y por las capacidades de trabajo que permite. Incrementa igualmente el tiempo global disponible" (p.13). Ese modelo predice, por lo tanto, "la existencia de un círculo virtuoso entre renta y salud, [ya que] un buen estado de salud inicial permite obtener un empleo y, por lo tanto, unas rentas del trabajo; [sabiendo que] éstas permiten, en retorno, mantener el estado de salud. Empíricamente, la correlación entre renta y salud está claramente establecida" (p.13).

Esto significa que "el estado de salud de una población dada está correlacionada con el nivel de desarrollo del país" (p.13). Pero, más allá de una simple correlación, "el efecto causal de la renta y de la riqueza está establecido sobre la salud mental, la salud percibida y varias enfermedades crónicas" (pp.14-15). Ese efecto se produce a través de "un mejor acceso [a la atención médica], unas mejores condiciones materiales de vida [y] un mejor estatus social" (p.15). Además de la renta que genera, "el 95% de las

personas están cubiertas por un seguro sanitario complementario", mientras que la ausencia de ese tipo de seguro caracteriza, ante todo, a las poblaciones excluidas del mercado laboral y a los marginados (p.16).

Como lo subrayan los autores, "las relaciones teóricas entre condiciones de trabajo y salud pueden igualmente inscribirse en el marco del modelo de Grossman. (...) Incluso si el trabajo es globalmente benéfico para la salud, la penosidad de ciertas condiciones en las cuales se ejerce puede también deteriorarla. Asimismo, la exposición anterior a unas condiciones de trabajo difíciles puede explicar unas diferencias de estado de salud entre asalariados" (p.20). En Francia, por ejemplo, los factores de penosidad laboral están definidos por varios textos legislativos. Describen tres tipos de factores: "las coacciones físicas marcadas", "el entorno físico agresivo" y "ciertos ritmos de trabajo" (p.21). Según la encuesta *SUMER* de 2010, "más de 8 millones de asalariados (...) están expuestos a, al menos, un factor de penosidad física" y el 26% declaran que su trabajo es "malo para la salud" (p.23). De hecho, en los últimos veinte años, "el trabajo se densifica, los ritmos se aceleran [y] la autonomía se reduce" (p.24). Pero, un análisis afinado de esta evolución permite distinguir dos periodos: "los años 1990, durante los cuales las tensiones se han fuertemente desarrollado, y los años 2000, marcados por una estagnación" (p.25). De la misma forma, "los datos más recientes subrayan unas disparidades sociales especialmente marcadas ante la penosidad del trabajo" (p.23).

En general, "unas condiciones de empleo y de trabajo penosas pueden afectar al estado de salud" (p.28). Por ejemplo, Case y Deaton (2003) muestran que "el trabajo manual deteriora significativamente el estado de salud" (p.28). Esto se confirma teniendo en cuenta las características sociodemográficas clásicas, "tales como la educación, y varía en función del salario y del nivel de [cualificación]. En efecto, la salud de los trabajadores poco cualificados se ve más afectada que la de los más cualificados" (p.28). Robone y sus colaboradores (2011) subrayan también "el rol del lugar de trabajo, de los horarios atípicos y de la satisfacción en el trabajo en general. Constatan que las condiciones de trabajo influyen, a la vez, en la salud auto-declarada y el nivel de bienestar" (pp.28-29). De la misma forma, "el entorno de trabajo es un factor determinante del estado de salud de los trabajadores. Así, la sobrecarga de trabajo no deseada deteriora la salud física y mental de las personas en empleo" (p.29).

Una parte de la literatura científica más reciente ha identificado "los factores psicosociales en el origen de un deterioro del estado de salud. Los factores que favorecen la [aparición] de un malestar psicológico (...) están a menudo vinculados con la posición profesional" (p.30). De hecho, "los trabajadores que padecen una fuerte presión psicológica, al tiempo que gozan de una escasa latitud decisoria (...), están netamente más expuestos que los demás a los riesgos de accidentes cardiovasculares, trastornos musculoesqueléticos, [depresiones] y enfermedades coronarias. La salud mental está igualmente potencialmente afectada por semejantes exposiciones" (pp.30-31). Así, Laaksonen y sus colaboradores (2006) demuestran que "el estrés en el trabajo, el grado elevado de exigencia, la escasa latitud decisoria, la ausencia de justicia y [la falta de] apoyo social están vinculados con un peor estado de salud" (p.31).

Otros trabajos centran su atención en el rol desempeñado por el reconocimiento en el trabajo sobre la salud. Así, De Jonge y sus socios (2000) ponen énfasis sobre los efectos de la exigencia en el trabajo y "del desequilibrio entre efectos y reconocimiento sobre el bienestar de los trabajadores" (p.32). De la misma forma, Afsa y Givord (2009) subrayan "el efecto de los horarios irregulares sobre el absentismo. Muestran que ese tipo de horarios está vinculado con un aumento de la probabilidad de ponerse de baja por enfermedad" (p.32).

De manera general, "la pérdida de empleo está asociado a un deterioro del bienestar y de la salud a corto, [medio] y largo plazo. Ese efecto deletéreo transita por varios canales, tales como la disminución de la renta, la pérdida del seguro sanitario y los costes psicológicos del desempleo" (p.33). De hecho, varios estudios muestran "un efecto deletéreo de las fluctuaciones de renta y de los episodios de precariedad, y ello, incluso a largo plazo" (p.34). En Francia, por ejemplo, la experimentación de "episodios de precariedad

a lo largo de la vida (...) está asociada a unos problemas de salud dos veces más frecuentes" (p.35). Además, "la pérdida de renta puede acompañarse de la pérdida de cobertura sanitaria de empresa y del aumento del coste relativo [de la atención médica]" (p.35). En ese sentido, "la persistencia del desempleo y de formas recurrentes de no-empleo tiene un efecto nefasto sobre la salud, provocando, por ejemplo, sobrepeso o el consumo de alcohol" (pp.36-37). Especialmente cuando se produce en el inicio de la vida profesional, "el desempleo y, más aún, la inactividad puede favorecer la aparición posterior de síntomas depresivos" (p.37). Además, "la pérdida de empleo aumenta la mortalidad" (p.37).

Según los economistas galos, pueden distinguirse dos tipos de inseguridad profesional: el temor a perder su empleo y las diversas formas de precariedad del empleo (p.38). Así, Ferrie (2001) ha demostrado "las consecuencias negativas de la inseguridad profesional sobre la salud mental y su rol en numerosas patologías crónicas" (pp.38-39). Ese tipo de inseguridad, "que está vinculado con el contexto macroeconómico, responde al vínculo entre vida económica y salud" (p.39). A ese respecto, varios estudios han mostrado "el impacto de la tasa de desempleo, no solamente sobre la mortalidad general, sino también sobre la mortalidad infantil, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares [o] por cirrosis, los suicidios y los homicidios, o (...) sobre la tasa de ingreso en hospitales psiquiátricos" (p.40).

De la misma forma, a nivel empírico, "numerosos estudios internacionales demuestran que la jubilación es benéfica para la salud" (p.45). Según Coe y Zamarro (2011), "la jubilación disminuye [en un] 35% la probabilidad de declararse en mala salud física" (pp.44-45). En cambio, "la jubilación no surte efecto sobre la salud mental" (p.45). De hecho, la jubilación mejora sobre todo la salud física de las personas no cualificadas y reduce notablemente el riesgo de padecer episodios ansiosos y depresivos" (p.45).

En el segundo capítulo, que aborda la cuestión de la influencia de la salud sobre las trayectorias profesionales, Barnay y Jusot constatan que "el efecto negativo de una salud deteriorada sobre el empleo está unánimemente demostrado" (p.47). Dado que el estado de salud es uno de los componentes del capital humano, "la aparición de problemas de salud reduce (...) la productividad del asalariado, observada o anticipada por el empleador, que se traduzca por bajas anticipadas (...) o por una pérdida de productividad horaria" si el asalariado permanece en el empleo o vuelve a él (p.48). En ese sentido, "un mal estado de salud puede (...) conducir los empleadores a proponer un menor salario horario o unas oportunidades de carrera menos interesantes" (p.48). En definitiva, "un mal estado de salud aumenta (...) el riesgo de desempleo y complica, además, la eficacia de la búsqueda de empleo" (p.48).

Asimismo, "los problemas de salud reducen la oferta de trabajo y conducen así a salidas, temporales o definitivas, del mercado laboral" (p.48). En otros términos, un estado de salud deteriorado comienza con "la pérdida de satisfacción inducida por el trabajo, lo que tiene como efecto simétrico incrementar la satisfacción inducida por el ocio" (p.48). A partir de cierto umbral, "el deterioro del estado de salud [puede] convertir el trabajo en imposible", bien como consecuencia de la ausencia de oferta de trabajo para todos los niveles salariales, bien por la ausencia de demanda de trabajo, teniendo en cuenta el nivel de productividad demasiado escaso (p.49).

A su vez, varios trabajos han estudiado el efecto de la salud sobre el hecho de tener un empleo. Así, la encuesta decenal *Santé soins médicaux* y las encuestas *Emploi* confirman el vínculo existente entre un estado de salud deteriorado y "el no-empleo o el cese precoz de actividad entre las personas de más de 50 años" (pp.51-52). Esta correlación es especialmente fuerte entre los colectivos frágiles, "tales como las madres con escasos recursos y los hombres obreros de más de 50 años" (p.52). De la misma forma, Tessier y Wolf (2005) ponen en evidencia "la existencia de un efecto causal negativo de los problemas de salud crónicos, o de un mal estado de salud percibido, sobre la participación en el mercado laboral entre los 25-55 años, y ello, desde el inicio de la actividad profesional" (pp.52-53). Y la explotación de la encuesta europea *SHARE* "muestra una asociación entre el deseo de jubilación precoz, por una parte, y los

problemas de salud, [las] condiciones de trabajo penosas y la insatisfacción en el trabajo, por otra parte" (p.53).

El estudio longitudinal *ESPS* muestra que, "tras cuatro años, las personas que sufren una enfermedad incapacitante tienen [el 50% de riesgos adicionales] de ser inactivas" (p.54). A su vez, "un mal estado de salud inicial está asociado a una duplicación del riesgo de salida del empleo cuatro años más tarde" (p.54). Y, el riesgo de desempleo es "dos veces más elevado entre las personas que tenían inicialmente una mala salud percibida o unos problemas de salud mental" (p.54). En suma, los distintos estudios muestran "la existencia de un efecto de los problemas de salud, no solamente sobre la oferta de trabajo, sino también sobre la demanda de los empleadores, que esto se explique por su impacto sobre la productividad o por unas discriminaciones vinculadas con el estado de salud" (pp.54-55).

De la misma forma, un estudio que asocia los datos *Hygie* y los de la *CNAV* confirma "el efecto de las bajas por enfermedad (...) sobre la dinámica de las trayectorias profesionales posteriores. Así, las personas en empleo que han conocido a lo largo del año precedente unas bajas largas tienen un riesgo mucho más elevado de conocer al año siguiente un episodio de desempleo y, más aún, de inactividad" (p.55). A su vez, Duguet y Le Clainche (2014) "muestran un efecto de los accidentes o de la aparición de enfermedades crónicas sobre el empleo" (p.55). Ese efecto es especialmente nítido "entre las mujeres poco cualificadas y entre los trabajadores que tienen unos contratos de trabajo de corta duración" (p.56).

Más allá de los estudios genéricos llevados a cabo, "numerosos trabajos han intentado estudiar el efecto específico sobre el empleo de problemas de salud particulares" (p.57). Por ejemplo, "el efecto negativo de la aparición del cáncer sobre la participación en el mercado laboral, sobre la probabilidad de empleo y sobre las horas trabajadas está claramente establecido" (pp.57-58). De hecho, "el riesgo relativo de desempleo de las personas que han sobrevivido a un cáncer es un 40% más elevado que el de una persona [que se halla] en buena salud" (p.58). El efecto negativo del cáncer sobre la trayectoria profesional resulta fundamentalmente de las limitaciones funcionales, los episodios depresivos, los trastornos de la concentración y de la memoria, y los riesgos psicosociales (p.58).

No en vano, "el riesgo de exclusión del empleo no es homogéneo para el conjunto de la población: entre los pacientes que padecen las formas más graves de la enfermedad, la probabilidad de estar en empleo sigue siendo del 79% entre los que ocupan un empleo cualificado, pero es solo del 63% entre los menos cualificados" (p.60). A su vez, "el cáncer constituye un freno al retorno al empleo para las personas desempleadas o inactivas en el momento del diagnóstico. [Así], solamente el 8,6% de ellas están en empleo dos años después del diagnóstico de cáncer" (p.60). Las consecuencias del cáncer sobre las trayectorias profesionales "están igualmente confirmadas por los datos administrativos" (p.61).

De la misma forma, Duguet y Le Clainche (2014) muestran que "los accidentes marcan las trayectorias [profesionales], en particular las de los hombres, cuando [se producen durante su juventud], pero con una amplitud globalmente menor que las enfermedades crónicas" (p.62). A su vez, los problemas de enfermedad mental afectan estas trayectorias. Así, Mette (2015) revela que "el 41% de las personas que tenían una salud mental alterada en 2006 han conocido el desempleo entre 2006 y 2010" (p.62). De manera coherente, "las personas que tienen ideas suicidas están, lo más a menudo, sin empleo o, cuando trabajan, ocupan puestos a tiempo parcial" (p.63). Por último, el sobrepeso y la obesidad inciden sobre las trayectorias de los trabajadores. De hecho, los datos del *ESPS* y del *IRDES* ponen de manifiesto "una duplicación del riesgo de convertirse en desempleado (...) entre las mujeres obesas. Estos datos confirman un efecto nefasto de la obesidad sobre la empleabilidad de las mujeres. (...) De la misma forma, existe un efecto causal negativo de la [obesidad] sobre el salario de las mujeres" (p.64).

En el tercer capítulo, que se pregunta "¿cómo [proteger] las trayectorias profesionales ante el riesgo sanitario?", los autores constatan que, "frente a los efectos potencialmente patógenos del trabajo

sobre la salud, unos dispositivos de protección han sido puestos en marcha" en materia de seguros y de compensaciones (p.65). En ese sentido, "el rol de los empleadores es (...) crucial" (p.65). De hecho, "el objetivo principal del seguro sanitario es cubrir el riesgo financiero [asociado] a los problemas de salud, devolviendo *ex post*, (...) totalmente o parcialmente, [las] consecuencias financieras de la enfermedad. Ese dispositivo cubre los gastos médicos y las indemnizaciones diarias, que compensan las jornadas de salario perdidas en caso de baja" (p.65). La mutualización de los riesgos permite, "no solamente [responder] a la demanda de [atención médica] en caso de enfermedad, sino también efectuar un diagnóstico precoz de las enfermedades y mejorar las oportunidades de supervivencia" (p.65).

El seguro sanitario permite, además, "preservar la renta disponible de los individuos y garantizar su nivel de consumo, así como las condiciones de vida necesarias a la preservación de la salud" (p.66). La demanda de seguro de las personas resulta "de un arbitraje entre el importe de la prima (...), el nivel de riesgo anticipado (...) y el grado de aversión al riesgo" (p.66). La complejidad del sistema de seguro sanitario y sus fallos han conducido los poderes públicos, de todos los países, "a regular el mercado del seguro médico" (p.67). Asimismo, ese mercado se caracteriza por "una fuerte implicación de los empleadores, y ello, en sistemas sanitarios muy diferentes" (p.68).

A ese propósito, es preciso recordar que "la implicación de los empleadores en la [cobertura] del gasto sanitario se generaliza después de la Segunda Guerra Mundial con la creación de la Seguridad Social" (p.70). Esta se inscribe en la continuidad del sistema de seguros sociales instaurado por las leyes de 1928 y 1930 (pp.70-71). Con el transcurso del tiempo, la Seguridad Social se ha extendido progresivamente al conjunto de las profesiones, "hasta cubrir el conjunto de la población francesa tras la [aprobación] de la ley sobre la cobertura médica universal" (p.71). En cuanto a la financiación, hoy en día, "la práctica totalidad de la parte salarial de las cotizaciones sociales ha sido sustituida por el impuesto sobre la renta [y] la contribución social generalizada" (p.71). De manera global, "las cotizaciones sociales [solo] representan el 48% de la financiación de la rama enfermedad de la Seguridad Social" (pp.71-72).

Como lo indican los economistas franceses, "la implicación de los empleadores en la financiación [de la atención sanitaria] pasa igualmente por su contribución al pago de las primas de seguro [vertidas] a los organismos de seguro privados que completan la cobertura [proporcionada] por la Seguridad Social" (p.72). Si el reparto del coste del gasto sanitario entre financiación pública y financiación privada es común al conjunto de los sistemas sanitarios, tiene "niveles y formas diferentes según los países" (p.72). En Francia, por ejemplo, "el sistema público de seguro médico propone una cobertura universal relativamente generosa, con [el pago] del 77% del gasto sanitario. No en vano, desde su creación en 1945, este sistema está modulado por la existencia de un ticket moderador o copago" (p.72). Es la razón por la cual "existe en Francia un segundo nivel de mutualización a través de los [seguros] e instituciones de previsión que vienen completar el seguro médico, devolviendo la cuantía pendiente de pago" (p.73). Este fenómeno se explica por "el incremento de la cuantía pendiente de pago dejada por la Seguridad Social, [ya que] esta última se ha triplicado desde 1980. [Ese] fenómeno es también el reflejo de la oferta de complementarias de empresa propuestas por un número creciente de empresas" (p.74).

Paralelamente, en el Hexágono, "los empleadores invierten desde hace tiempo en la previsión de empresa, a fin de asegurar a sus asalariados una indemnización complementaria a la de la Seguridad Social en caso de invalidez (...), discapacidad temporal, ausencia por baja de enfermedad o de fallecimiento- viudedad" (pp.80-81). Según la encuesta sobre la protección social de empresa de 2009, "el 65% de las entidades ofrecen un contrato de previsión a sus asalariados" (p.81).

Además, en Francia, "la parte del presupuesto del Estado [consagrado] a la calidad del empleo y de las relaciones laborales sigue siendo modesta y está en disminución desde 2010" (p.83). El efecto potencialmente patógeno del trabajo sobre el estado sanitario suscita numerosas interrogaciones "en cuanto a la medida y a la definición de la penosidad, al tipo y al nivel de compensación, [y a] la naturaleza

de las responsabilidades" (p.83). Más precisamente, la ley del 9 de noviembre de 2010 sobre la reforma de las pensiones generaliza "la obligación de prevención de la penosidad y [establece] unos criterios de penosidad" (p.84). A su vez, la ley del 20 de enero de 2014 instaura la cuenta personal de prevención de la penosidad para que los trabajadores accedan a una compensación. Según la *DARES*, "el 18,2% de los asalariados estarían concernidos" (p.85). Y las evoluciones recientes de la legislación laboral "han revisado el contenido de la cuenta personal de prevención de la penosidad. (...) Seis criterios son finalmente [seleccionados]: los cuatro instaurados en 2015 y la exposición al ruido y a las temperaturas extremas" (p.86). Ese dispositivo permite al asalariado expuesto acumular puntos que abren derecho a: "una acción de formación profesional, de cara a acceder a un empleo no o poco expuesto"; "el paso a tiempo parcial sin rebaja de remuneración"; y "la jubilación anticipada" (p.86).

Paralelamente, en el Hexágono, "cerca del 60% de los empleadores públicos y privados han puesto en marcha medidas de prevención de los riesgos profesionales" (p.87). Mientras que "el asalariado tiene un derecho de alerta y de retirada si considera que su situación de trabajo presenta un riesgo grave e inminente para su salud o su vida", el empleador está "sometido a una obligación de seguridad" (p.87).

En el apartado de conclusiones, los autores subrayan que todas las investigaciones llevadas a cabo sugieren que "las enfermedades y los accidentes son globalmente determinantes en las trayectorias profesionales: bajas (...), episodios de desempleo, inactividad temporal, cese precoz de actividad" (p.91). Los efectos de estas interrupciones son globalmente más importantes en los colectivos más marginados en el mercado laboral (p.91). "Teniendo en cuenta la influencia de la salud sobre el empleo a nivel individual, la preservación del estado de salud parece ser, por lo tanto, un factor importante en la dinámica del mercado laboral, en particular en un contexto de envejecimiento de la población" (pp.91-92). Los estudios realizados hasta la fecha abogan por la puesta en marcha de dispositivos de protección "de las trayectorias profesionales que intervienen como factores de protección *ex ante* frente a unos choques sanitarios: seguro médico profesional, adecuación de las condiciones de empleo y de trabajo, etc." (p.93). Incita igualmente a la puesta en marcha de mecanismos de compensación de problemas sanitarios que se producen durante la trayectoria profesional (p.93).

Al término de la lectura de *Travail et santé*, es necesario reconocer el perfecto dominio del objeto de estudio del que hacen gala los autores, ya que exponen con rigor y claridad las investigaciones más avanzadas realizadas a nivel mundial sobre la relación que mantienen trabajo y salud en general y dinámica sanitaria y trayectoria profesional en particular. En ese sentido, se trata de un libro perfectamente documentado y referenciado que consigue la proeza de presentar, en un texto breve pero denso, las últimas contribuciones científicas en ese ámbito. Y, para profundizar ciertos aspectos, no dudan en introducir cuadros explicativos, como por ejemplo el cuadro dedicado a la cuenta personal de prevención de la penosidad (pp.85-86). No en vano, al término de la lectura de esta obra, que se dirige tanto a investigadores experimentados como a doctorandos especializados en esta materia, se echa en falta un posicionamiento más claro de los autores a favor de unas tesis y de un paradigma determinados. A su vez, los autores incorporan ante todo las contribuciones de la economía de la salud, sin prestar la atención suficiente a las aportaciones de las demás ciencias sociales a la comprensión de la relación entre trabajo y salud.

A pesar de estas reservas, la lectura de la presente obra es altamente recomendable para cualquier persona interesada por la relación entre trabajo y salud.

BIBLIOGRAFIA

AFSA, C. y GIVORD, P. (2009): "Le rôle des conditions de travail dans les absences pour maladie: le cas des horaires irréguliers", *Economie et prévision*, n°187, pp.83-103.

CASE, A. y DEATON, A. (2003): "Broken Down by Work and Sex. How Our Health Declines", *National Bureau of Economic Research, Working Paper*, n°9821.

COE, N. y ZAMARRO, G. (2011): "Retirement Effects on Health in Europe", *Europe Journal of Health Economics*, nº30-1, pp.77-86.

DE JONGE *et al.* (2000): "Job Strain, Effort-reward Imbalance and Employee Well-being. A Large-scale Cross-sectional Study", *Social Science and Medicine*, nº50, pp.1317-1327.

DUGUET, E. y LE CLAINCHE, C. (2014): "The Effect of Non-work Related Health Events on Career Outcomes. An Evaluation of the French Labor Market", *Revue d'économie politique*, nº124-3, pp.437-465.

FERRIE, J. (2001): "Is Job Insecurity Harmful to Health?", *Journal of the Royal Society of Medicine*, nº94, pp.71-76.

GROSSMAN, M. (1972): "On the Concept of Health Capital and the Demand for Health", *The Journal of Political Economy*, nº80, pp.223-255.

LAAKSONEN, M. *et al.* (2006): "Associations of Psychosocial Working Conditions with Self-rated General Health and Mental Health among Municipal Employees", *International Archives of Occupational and Environmental Health*, nº79, pp.205-212.

METTE, C. (2015): "Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé", *DARES Analyses*, nº68.

ROBONE, S. *et al.* (2011): "Contractual Conditions, Working Conditions and their Impact on Health and Wellbeing", *The European Journal of Health Economics*, nº12, pp.429-444.

TESSIER, P. y WOLF, F-C. (2005): "Offre de travail et santé en France", *Economie et prévision*, nº168, pp.17-41.