

SALUD Y SATISFACCIÓN LABORAL: UNA PRIMERA APROXIMACIÓN

Dolores García Crespo
M^a Luz González Álvarez
Universidad de Málaga

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es examinar algunas relaciones existentes entre la salud, la utilización de los servicios sanitarios y la satisfacción laboral que declaran los asalariados españoles. Para ello se utilizan datos de El Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) y se estiman modelos de variable dependiente discreta con datos de panel, que resultan más apropiados para estimar tales relaciones, ya que permiten captar la heterogeneidad individual, motivada por características inobservables como la afectividad o la personalidad del sujeto. Los resultados sugieren que el nivel de satisfacción laboral está positivamente asociado con el estado de salud declarado por los trabajadores, mientras que los individuos que declaran una mayor satisfacción con su trabajo presentan una menor probabilidad de utilización de asistencia sanitaria y un menor número de contactos con el sistema. Las conclusiones resultan interesantes, ya que cualquier medida que mejore la satisfacción en el trabajo podría trasladarse en un aumento en el estado de salud autopercebido por los individuos, lo cual no sólo aumentaría la productividad, sino que también podría reducir costes para el sistema sanitario público.

Palabras clave: satisfacción, salud, modelos discretos de panel.

1. INTRODUCCIÓN

La literatura ha puesto de manifiesto que el deterioro de las condiciones de trabajo afecta a la satisfacción laboral, Gamero (2005; 2007) lo que, a su vez, incide sobre la salud de los trabajadores. Fischer y Sousa-Poza (2007). Entonces, comprender los efectos de la insatisfacción en el trabajo sobre la salud de un individuo es importante no sólo desde un punto de vista médico sino también desde una perspectiva económica.

La satisfacción laboral no sólo juega un importante rol como un determinante del bienestar individual sino que, a nivel agregado, afecta a la productividad del trabajador y a las decisiones de abandono de trabajo, cambio de empleo y retiro, y, en última instancia a la prosperidad económica de una sociedad. Faragher et. al, (2005). Por tanto, conocer si tales componentes del bienestar subjetivo afectan a la salud de los individuos puede proporcionar una información valiosa para el diseño políticas públicas dirigidas a incrementar la salud de la población. En concreto, si existe evidencia empírica de que la satisfacción en el trabajo incide sobre la salud de los trabajadores, el diseño de políticas públicas para mejorar ésta debería incluir, también, la mejora de las condiciones laborales.

En este artículo ofrecemos evidencia de la relación existente entre varios indicadores del estado de salud de los trabajadores y su satisfacción en el trabajo utilizando el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE, INE). Después de varias especificaciones los resultados son robustos: la satisfacción en el trabajo es un factor determinante de la salud.

La estructura del trabajo es la siguiente. En el apartado segundo se describe brevemente la fuente de datos utilizada y las variables dependientes que se modelizan en el análisis empírico posterior. En el tercer apartado se presentan los modelos econométricos que se estiman, cuyos resultados se recogen en el cuarto apartado. Finalmente, el quinto contiene algunas conclusiones.

Desde el punto de vista econométrico, la principal ventaja de la utilización del PHOGUE es la posibilidad de captar la heterogeneidad individual de los individuos, provo-

cada por la existencia de características inobservables de los mismos -como la afectividad o la personalidad- que se suponen constantes para los distintos años que componen la base de datos. Por otra parte, la principal debilidad de nuestros modelos es la potencial endogeneidad de la variable satisfacción laboral que se utiliza como variable explicativa exógena de la salud. La consecuencia econométrica derivada de este problema es la sesgadez de los coeficientes estimados de las variables ficticias que recogen el grado de satisfacción declarado por los sujetos.

2. FUENTE DE DATOS Y VARIABLES DEPENDIENTES

La fuente de información con que realizamos este estudio es el Panel de Hogares de la Unión Europea (1995-2001), diseñado y coordinado por Eurostat y elaborado en España por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Se trata de una base de datos longitudinales que permite poner en relación la información relativa a una misma persona o a su hogar en diferentes momentos de tiempo, si bien también es posible el estudio de un único año. Las encuestas cubren una amplia variedad de cuestiones como salud, utilización de servicios sanitarios, aspectos demográficos, renta, educación y empleo de individuos de 16 o más años.

Dado que el estudio está referido a ocupados y prestará especial atención a la satisfacción laboral, la muestra final está compuesta por trabajadores de entre 20 y 60 años, para mitigar el efecto de insatisfacción por contratos basura y la proximidad de la edad de jubilación.

En la Tabla 1 se muestran el número total de observaciones de la muestra para cada una de las siete olas y los correspondientes porcentajes poblacionales de ocupados. Éstos se han obtenido teniendo en cuenta el diseño muestral del PHOGUE, es decir, muestreo bietápico estratificado. En ambas etapas, se ha realizado una corrección de la varianza por tratarse de poblaciones finitas y se han tenido en cuenta las ponderaciones muestrales¹.

Tabla 1. Número de observaciones y porcentaje de ocupados. 1995-2001.

	Observ.	Ocup (%)	Resto (%)
1995	11056	55.15	44.85
1996	10635	53.06	46.94
1997	9926	55.03	44.97
1998	9231	57.79	42.21
1999	8821	57.74	42.26
2000	8288	60.55	39.45
2001	7987	64.63	35.37

Fuente: PHOGUE

A partir del PHOGUE, las variables que seleccionamos como indicadores del estado de salud y de la utilización de asistencia sanitaria que realiza el individuo son las siguientes:

- Valoración autoreportada del estado de salud por parte del individuo (variable ordinal).
- Número de visitas al médico general (count data).
- Número de visitas al médico especialista (count data).
- Ingreso hospitalario durante el último año (binaria).

El gráfico 1 muestra el estado de salud declarado por los ocupados y el resto de la población, para los años 1995 y 2001. Las respuestas incluyen las siguientes categorías: muy bueno (MB), bueno (B), aceptable (A), malo (M) y muy malo (MM). Tal y como se observa en dicho gráfico, la respuesta más frecuente, para los dos años considerados es el “bueno”,

¹ Ver metodología del PHOGUE en Peracchi (2002)

² El resto de la población incluye a personas jubiladas, etc., lo que explicaría las diferencias registradas en el estado de salud de ambos colectivos.

con el 50% de las respuestas, aproximadamente y en términos medios, para los dos grupos demográficos considerados. Al mismo tiempo, aunque leve, se observa un ligero incremento en este porcentaje entre los siete años considerados. El colectivo de ocupados, en general, declara un mejor estado de salud que el resto de la población².

Gráfico 1. Estado de salud declarado

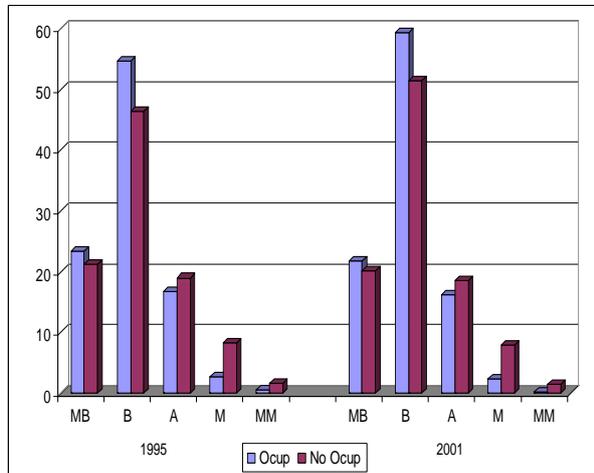
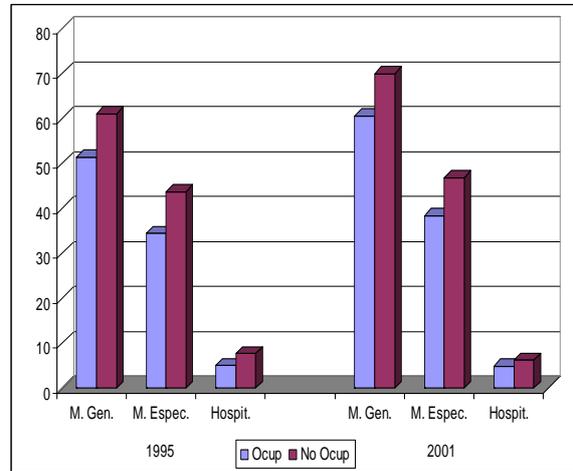


Gráfico 2. Utilización de asistencia sanitaria



Fuente: PHOGUE (1995 y 2001)

En el gráfico 2 se recogen tres indicadores de utilización de asistencia sanitaria: el número de vistas al médico general (M. Gen.), al médico especialista (M. Espec.) y si ha estado hospitalizado (Hospit.), distinguiendo, de nuevo, entre la población ocupada y el resto y para los años 1995 y 2001. En dicho gráfico se observa que el grado de utilización realizado por la población empleada es menor que el que realiza los no ocupados. Además, entre los seis años considerados se detecta un incremento en el número de visitas al médico, tanto general como especialista.

Tabla 2. Estado de salud declarado e indicadores de utilización. Ocupados. 2001.

		2001	Indicadores panel		Media Aritmética
			Overall	Within	
Estado de salud	Muy Bueno	21.92	22.02	39.00	
	Bueno	61.78	61.21	66.64	
	Aceptable/Malo/M. malo	16.30	16.77	41.55	
	Total	100.00	100.00	53.45	1.97
Médico General	Si	61.28	59.15	65.98	
	No	38.72	40.85	52.89	
	Total	100.00	100.00	60.12	2.09
Médico Especialista	Si	37.97	35.70	49.90	
	No	62.03	64.30	70.45	
	Total	100.00	100.00	61.78	1.15
Hospitalización	Si	5.08	5.35	27.63	
	No	94.92	94.65	95.09	
	Total	100.00	100.00	86.12	0.06

Fuente: PHOGUE.

La tabla 2 recoge una descripción estadística de las variables de salud que se utilizan como variables dependientes en el análisis empírico posterior. Además, se muestran dos indicadores de la variabilidad de respuestas, habituales al trabajar con datos de panel, que ponen de manifiesto una elevada constancia en las respuestas ofrecidas a lo largo del intervalo de años analizado. En cuanto a la variable que recoge el estado de salud del individuo, la categoría catalogada como “resto” recoge las respuestas de de “aceptable”, “malo” y “muy malo”.

3. ESTRATEGIAS EMPÍRICAS.

Eliminadas las observaciones missing de las variables a analizar trabajamos con 35196 observaciones correspondientes a 9550 individuos ocupados, de 20 a 60 años, entre 1995 y 2001. Se trata de un panel incompleto.

Los modelos utilizados en la estimación son los siguientes:

1. Para explicar el *estado de salud*. En este caso, la variable dependiente se ha agrupado en tres categorías ordenadas (ver tabla 2), por tanto, se estima un probit ordenado.
2. Para explicar las *visitas al médico general*. En este caso, la variable dependientes sólo toma valores enteros (0,1,2,...). Es, por tanto, “count data”, y se estima un modelo binomial negativo.
3. Para explicar las *visitas al médico especialista*. Al igual que la anterior, se trata de una variable que toma valores 0,1,2... Por tanto, se modeliza también con el modelo binomial negativo.
4. Para explicar la *hospitalización*. Esta es una variable binaria, para la que se estima un modelo logit.

En los cuatro casos enumerado, se realiza la estimación únicamente para el último año disponible, esto es, 2001 y también la estimación con efectos aleatorios con objeto de captar la existencia de heterogeneidad individual inobservada –por ejemplo, la personal actitud hacia el estado de salud- y comparar los resultados obtenidos bajo ambos supuestos estadísticos. Como es habitual en la literatura, se consideran como factores explicativos del estado de salud de los individuos un conjunto de características sociodemográficas de los mismos, factores socioeconómicos y de entorno laboral. Por lo que respecta a la utilización de servicios sanitarios, a las características ya mencionadas, habría que añadir indicadores del estado de salud.

No obstante, una la novedad del análisis es que consideramos como factores determinantes de la salud y de la utilización sanitaria al grado de satisfacción declarada con respecto al trabajo realizado y con respecto al tiempo dedicado al ocio. El gráfico 3 muestra el histograma correspondiente a las respuestas ofrecidas por los ocupados en 1995 y 2001 respecto a la satisfacción con su trabajo (1=muy insatisfecho; 6=plenamente satisfecho). Tal y como se observa en el mismo, el valor más frecuente de la distribución es el 5, es decir, la población ocupada declara un elevado grado de satisfacción con su actividad laboral (puesto que el 6 es el valor máximo).

A partir de esos datos, y para el análisis posterior, se utilizará una agregación de esta variable en tres categorías: satisfacción baja (respuestas 1-4); media (respuesta 5) y alta (respuesta 6) tal y como se muestra en la tabla 3. En el análisis empírico posterior también se considera la respuesta respecto a la satisfacción con el ocio³ como explicativa en los modelos de salud y utilización. Esta variable presenta su valor más frecuente en el 4, por lo que la agregación realizada para las estimaciones es la siguiente: baja (respuestas 1-3), media (respuesta 4) y alta (respuestas 5-6).

³ Por razones de espacio no se muestran los datos relativos a la satisfacción con respecto al tiempo dedicado al ocio.

Gráfico 3.

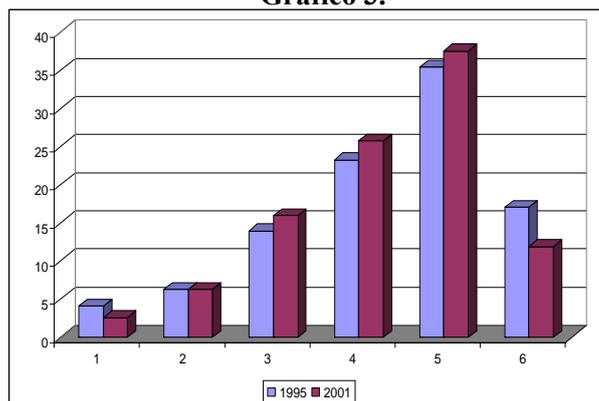


Tabla 3. Estado de salud declarada e indicadores de utilización. Ocupados. 2001.

	Categoría	Respuesta en el PHOGUE	2001	Overall	Within
Satisfacción en el trabajo	1	1-4	21.92	22.02	39.00
	2	5	61.78	61.21	66.64
	3	6	16.30	16.77	41.55
	Total		100.00	100.00	53.45

Fuente PHOGUE. Nota: las respuestas originales van desde 1 (muy insatisfecho) a 6 (plenamente satisfecho).

4. ESTIMACIONES

En la tabla 4 (ver Anexo 1) se muestran las estimaciones obtenidas al modelizar el estado de salud de los trabajadores (muy bueno, bueno y aceptable/malo/muy malo) con un modelo probit ordenado considerando una única muestra transversal para el año 2001, y bajo la hipótesis de efectos aleatorios para el periodo 1995-2001. Desde un punto de vista económico, esta segunda opción es aconsejable puesto que tiene en cuenta la heterogeneidad individual inobservada.

Como puede apreciarse en dicha tabla, los resultados obtenidos con ambas estrategias de estimación no difieren en cuanto a la significatividad de las variables ni en cuanto a los signos esperados. En términos generales, el estado de salud de los trabajadores difiere según el sexo, edad, nivel de estudios y situación personal (con pareja o no) y también, según el grado de satisfacción en el trabajo y con el ocio.

En concreto, conforme aumenta la edad del individuo es menos probable que declare que su estado de salud es muy bueno, especialmente para los hombres y, por el contrario, es más probable que catalogue su salud como aceptable/mala/muy mala. Esta relación inversa es más acentuada para los hombres. Por otra parte, existe una asociación negativa entre tener pareja y buen estado de salud, mientras que esta relación es positiva entre la renta y aquél. En cuanto al efecto del nivel de estudios del trabajador, mayor nivel de estudio está asociado con mayor salud.

Por lo que respecta a las variables de más interés, las correspondientes a la satisfacción declarada por los individuos⁴, los resultados muestran una relación directa y significativa entre la satisfacción que el trabajador declara respecto al trabajo o al tiempo de ocio y la percepción del mismo respecto a su estado de salud. Es decir, los individuos con menor satisfacción respecto a sus actividades de trabajo y tiempo de ocio declaran, con mayor probabilidad, un estado de salud aceptable/malo/muy malo, tanto para las estimaciones de corte transversal como de efectos aleatorios.

⁴ Téngase en cuenta que la categoría de referencia es satisfacción alta, tanto con respecto al trabajo como con respecto al ocio.

En la tabla 5 (ver Anexo 2) se muestran los resultados obtenidos al modelizar tres indicadores de utilización sanitaria como son el número de visitas durante los últimos doce meses al médico general (I), a médicos especialistas (II) y si ha estado hospitalizado (III). Para las dos primeras variables dependientes se estiman modelos binomiales negativos, que permiten recoger la naturaleza entera de los datos, y para el tercero, se opta por un modelo logit binario. En los tres casos, se realizan las estimaciones con la muestra de corte transversal para último año disponible (2001) y para todo el panel (1995-2001).

El primer grupo de variables explicativas de la tabla 5 recoge distintos aspectos de salud de los trabajadores y los resultados obtenidos son los esperados a priori: mayor probabilidad de utilización de servicios sanitarios conforme peor es el estado de salud declarado por los individuos, cuando éstos presentan una enfermedad o deficiencia crónica, si han tenido algún problema de salud durante los catorce días anteriores a la entrevista y si han tenido días de absentismo laboral.

En cuanto a las diferencias por grupos demográficos, los resultados indican que es más probable que las mujeres visiten el médico general, especialmente las jóvenes o las mayores de 50, y también al especialista. Además, tener pareja está asociado positivamente con un mayor número de visitas al especialista y una mayor probabilidad de hospitalización, mientras que una mayor renta implica más utilización del especialista y menos del médico general. Por nivel de estudios, los trabajadores con título universitario visitan más al especialista y menos al general.

En cuanto a la relación entre la satisfacción declarada en el trabajo o con el ocio y las visitas realizadas a médicos, en primer lugar, destaca el hecho de que los resultados cambian de forma importante al estimar con estructura de panel. Además, no se detecta ninguna relación en el caso de la hospitalización. Así, parece existir una correlación inversa entre satisfacción en el trabajo y las visitas al médico general y positiva con respecto a las visitas al especialista. La primera de ellas se reduce sensiblemente al estimar con panel y la segunda desaparece bajo efectos aleatorios.

Por su parte, la relación entre satisfacción con el tiempo de ocio y visitas médicas es más débil y los signos y significatividad de los coeficientes cambian al estimar con panel. Parece que una menor satisfacción con el ocio implica un menor número de visitas al especialista.

5. CONCLUSIONES

En este trabajo se ofrece una primera aproximación empírica a la relación existente entre salud y satisfacción en el trabajo utilizando el PHOGUE. Las estimaciones realizadas sugieren que el nivel de satisfacción laboral está positivamente asociado con un mejor estado de salud declarado por los trabajadores y con un menor número de visitas al médico general. No obstante, estas estimaciones requieren ser revisadas teniendo en cuenta la potencial endogeneidad del grado de satisfacción declarado.

Las implicaciones derivadas del análisis realizado serían que cualquier medida que aumente la satisfacción en el trabajo generará beneficios individuales (percepción de salud), empresariales (incremento de la productividad del trabajador) y social (reducción de costes para el sistema sanitario público).

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERT, C. y DAVIA, M.A. (2004). Salud, salarios y educación. *Hacienda Pública Española*, 169, 2, págs. 11-34.
- GAMERO, C. (2005). *Análisis microeconómico de la satisfacción laboral*. Consejo Económico y Social. Colección Estudios, 171. Madrid.

- GAMERO, C. (2007). "Satisfacción Laboral y Tipo de Contrato en España", *Investigaciones Económicas*, 31 (3), págs. 415-444.
- FARAGHER, M. C. y COOPER, C. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational & Environment Medicine*, 62, 105-112.
- FISCHER, J.A.V. y SOUSA-POZA, A. (2007). Does job satisfaction improve the health of workers? New evidence using panel data and objective measures of health. Discussion Paper IZA, nº 3256.
- PERACCHI F. (2002). "The European Community Household Panel: a review". *Empirical Economics*, vol. 27, págs. 63-90.

7. ANEXOS

Anexo 1. Variable dependiente: estado de salud. Estimaciones y efectos marginales.

Edad y sexo	Probit ordenado 2001						Probit ordenado Efectos Aleatorios 1995-2001							
	Coef.		Efectos Marginales				Coef.		Efectos Marginales					
			Muy Bueno	Bueno	Acceptable/ Malo/ Muy malo			Muy Bueno	Bueno	Acceptable/ Malo/ Muy malo				
H 30-39	0.272	***	-0.071	***	0.003	***	0.067	***	-0.061	***	0.003	***	0.058	***
H 40-49	0.611	***	-0.140	***	-	***	0.169	***	-0.116	***	-0.012	***	0.129	***
					0.028									
H 50-60	0.915	***	-0.182	***	-	***	0.279	***	-0.158	***	-0.056	***	0.214	***
					0.096									
M 20-29	0.195	***	-0.051	***	0.003	*	0.048	***	-0.030	***	0.002	***	0.027	***
M 30-39	0.318	***	-0.080	***	-		0.081	***	-0.071	***	-0.001		0.073	***
					0.001									
M 40-49	0.666	***	-0.143	***	-	***	0.194	***	0.1249	***	-0.031	***	0.156	***
					0.050									
M 50-60	1.074	***	-0.185	***	-	***	0.351	***	-0.172	***	-0.124	***	0.296	***
					0.165									
Est. civil														
Pareja	0.074	*	-0.021	*	0.004	*	0.016	*	-0.018	***	0.003	***	0.014	*
Renta														
Log (Renta)	-0.074	***	0.020	***	-	***	-	***	-0.025	**	0.001	***	-0.004	***
					0.004		0.016							
N.educativo														
No estudios	0.440	***	-0.101	***	-0.02		0.122	***	-0.099	***	-0.018	***	0.118	***
EGB/ESO	0.182	***	-0.050	***	0.008	***	0.042	***	-0.072	***	0.011	***	0.061	***
BUP/FP	0.118	**	-0.032	**	0.005	***	0.027	**	-0.030	***	0.003	***	0.026	***
Sat.trabajo														
Baja	0.4310	***	-	***	0.023	***	0.098	***	-0.102	***	0.0167	***	0.085	***
			0.1211											
Media	0.281	***	-0.076	***	0.010	***	0.066	***	-0.056	***	0.0067	***	0.049	***
Satis. ocio														
Baja	0.204	***	-0.057	***	0.011	***	0.046	***	-0.041	***	0.007	***	0.034	***
Media	0.125	***	-0.034	***	0.004	***	0.029	**	-0.025	***	0.003	***	0.022	**
μ_1	-0.819								-0.275	*				
μ_2	1.077								1.940	***				
ρ									0.312	***				
Individuos	4822								9550					
Observ.									35196					
Log L	-4186								-2988					
Pseudo R ²	0.062													
RV	556.9	***							1991	***				

Nota: La persona de referencia es un hombre de 20 a 29 años, sin pareja, con estudios universitarios y con satisfacción en el trabajo y con el ocio alta. La agrupación en las respuestas de satisfacción en el trabajo es la siguiente: baja (1-4), media (5); la correspondiente a la satisfacción con el ocio es: baja (1-3), media (4). *, ** y *** indican coeficiente significativo al 10%, 5% y 1%.

Anexo 2. Variables dependientes: Utilización médico general, especialista y hospitalización
Estimaciones para 2001 y con efectos aleatorios para 1995-2001

	(I) Visitas M. General		(II) Visitas M. Especialista		(III) Hospitalización	
	Binomial Negativo	Binomial Negativo Ef. Aleatorios	Binomial Negativo	Binomial Negativo Ef. Aleatorios	Logit	Logit Ef. Aleatorios
Estado de salud	Coef.	Coef.	Coef.	Coef.	Ef. Marg	Ef. Marg
Bueno	0.2155 ***	0.2542 ***	0.2415 ***	0.1999 ***	0.0045	0.0066 ***
Acept./Malo/Muy Malo	0.8366 ***	0.6137 ***	0.8519 ***	0.6661 ***	0.0332 **	0.0332 ***
Enferm. Crónica	0.4597 ***	0.2808 ***	0.8109 ***	0.6345 ***	0.0200 **	0.0110 ***
Problema 14 días	0.5556 ***	0.3644 ***	0.5706 ***	0.2455 ***	0.0444 ***	0.0276 ***
Días de absentismo	0.0256 ***	0.0230 ***	0.0438 ***	0.0411 ***	0.0024 ***	0.0021 ***
Edad y Sexo						
Hombres 30-39	0.0248	-0.0599 **	-0.2244 **	-0.1148 ***	-0.000	-0.0035
Hombres 40-49	-0.0061	-0.0372	0.0027	-0.0054	-0.004	-0.0008
Hombres 50-60	0.2210 ***	0.0870 **	0.1533	0.1349 ***	0.0113	0.0040
Mujeres 20-29	0.5195 ***	0.3527 ***	0.7846 ***	0.6107 ***	-0.001	0.0005
Mujeres 30-39	0.4050 ***	0.2820 ***	0.7918 ***	0.7086 ***	0.0169	0.0072 **
Mujeres 40-49	0.3842 ***	0.2409 ***	0.3750 ***	0.7044 ***	-0.003	0.0044
Mujeres 50-60	0.4900 ***	0.3754 ***	0.6189 ***	0.6866 ***	-0.027 ***	-0.0099 ***
Estado civil						
Pareja	0.0152	0.0359 *	0.2611 ***	0.2570 ***	0.0180 ***	0.0084 ***
Renta						
Log (Renta)	-0.1053 ***	0.0117	0.1557 ***	0.1429 ***	0.0043	0.0016
Nivel educativo						
Sin estudios	-0.0756	0.1561 ***	-0.6847 ***	-0.5276 ***	0.0015	-0.0024
EGB/ESO	0.2315 ***	0.1575 ***	-0.2370 ***	-0.3321 ***	-0.008	0.0018
BUP/FP	0.1686 ***	0.1380 ***	-0.2235 ***	-0.1912 ***	-0.011 *	-0.0002
Satisfacción trabajo						
Baja	0.1068 *	0.0985 ***	-0.2201 **	0.0408	-0.007	-0.0030
Media	0.1527 **	0.0618 ***	-0.2849 ***	0.0263	0.0011	0.0013
Satisfacción ocio						
Baja	0.0872 *	-0.0193	0.1361 *	-0.0510 **	-0.003	-0.0005
Media	0.0976 *	-0.0020	0.1411 *	-0.0610 **	0.0002	0.00067
Constante	1.2034 **	-0.5192 ***	-2.7777 ***	-3.2688 ***		
α	1.2161		2.7139			
LR Ho: $\alpha=0$	6057.24 ***		7361.50 ***			
σ_u						1.1134
ρ						0.2737
RV Ho: $\rho=0$						240.48 ***
Individuos	4822	9550	4822	9550	4822	9550
Observ.		35196		35196		35196
Log L	-9052.6	-62556.6	-6473.1	-43118.1	-851.4	-6480.8
Pseudo R ²	0.0492		0.0522		0.1210	
RV	936.68 ***		712.45 ***		234.46 ***	
Wald		3598.45 ***		5736.34 ***		1323.29 ***
RV Panel vs Pooled		4113.48 ***		1909.39 ***		

Nota: La persona de referencia es un hombre de 20 a 29 años, con estado de salud muy bueno, sin pareja, con estudios universitarios y con satisfacción en el trabajo y con el ocio alta. La agrupación en las respuestas de satisfacción en el trabajo es la siguiente: baja (1-4), media (5); la correspondiente a la satisfacción con el ocio es: baja (1-3), media (4). *, ** y *** indican coeficiente significativo al 10%, 5% y 1%.