

**TESIS DOCTORAL**

**INCAPACIDAD TEMPORAL EN  
UNA EMPRESA DEL SECTOR  
SOCIO-SANITARIO DE  
BALEARES  
(1994-2010)**

**COSTE ECONÓMICO Y RELACIÓN CON  
VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y  
LABORALES**



**ENCARNACIÓN AGUILAR JIMÉNEZ**





**Universitat**  
de les Illes Balears

**TESIS DOCTORAL**  
**2016**

**Programa de Doctorado en *Investigación Traslacional y Salud Pública***

**INCAPACIDAD TEMPORAL EN UNA EMPRESA  
DEL SECTOR SOCIO-SANITARIO DE BALEARES  
(1994-2010): COSTE ECONÓMICO Y RELACIÓN CON  
VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y LABORALES**

**Director/a: Dr. Ángel Arturo López González**  
**Director/a: Dra. M<sup>a</sup> Teófila Vicente Herrero**  
**Director/a: Dra. Margalida Gil Planas**

**Tutor/a: D. Francisco de Borja García-Cosío Piqueras**

Memoria presentada por  
Encarnación Aguilar Jiménez  
Licenciada en Medicina  
Para aspirar al grado de Doctora por la UIB



El Dr. Ángel Arturo López González, Responsable del grupo de investigación en Salud Laboral del IUNICS y Profesor Asociado de Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears, la Dra. M<sup>a</sup> Teófila Vicente Herrero, miembro del grupo de investigación en Salud laboral del IUNICS y Responsable de Medicina del Trabajo en el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del Grupo Correos en Valencia; y la Dra. Margalida Gili Planas, Profesora Titular de Psicología Social en la Universidad de las Islas Baleares.

Certifican:

Que el presente trabajo de investigación, titulado “Incapacidad Temporal en una empresa del sector socio-sanitario de Baleares (1994-2010): coste económico y relación con variables socio demográficas y laborales” constituye la memoria presentada por Encarna Aguilar Jiménez para aspirar al grado de Doctor, habiendo sido realizada bajo nuestra dirección y que reúne, a nuestro juicio, los requisitos exigidos para la obtención del grado mencionado.

Dr. Ángel Arturo López González

Dra. M<sup>a</sup> Teófila Vicente Herrero

Dra Margalida Gili Planas

En Palma de Mallorca, 30 de junio de 2016

**Autora:** Encarna Aguilar Jiménez

**Teléfono de contacto:** 687911834

**Dirección de correo electrónico:** [encarnaaguilar@telefonica.net](mailto:encarnaaguilar@telefonica.net)

**Departamento responsable del programa de doctorado:** Departamento de Biología Fundamental.

**Área de conocimiento:** Ciencias Médicas Básicas

**Palabras clave:** Incapacidad laboral, absentismo laboral, variables sociodemográficas, variables laborales, coste económico.



## **RESUMEN:**

### **INTRODUCCIÓN**

Los procesos de incapacidad temporal en nuestro país han ido aumentando progresivamente en los últimos años.

El sector sanitario en España consume el 8.5% del PIB, lo que nos da una idea del impacto socio-económico que supone el mantener y promocionar la salud de los ciudadanos (datos actualizados del 2014). En los presupuestos Generales para el 2014, las “transferencias corrientes a las familias por incapacidad temporal” fueron de 4.878,37 millones de euros, que representa el 0,47% del PIB , y para el 2015, las previsiones son similares (4.942,72 millones de euros). En la distribución de gasto por regímenes, la mayor proporción corresponde al régimen general con el 63,30%, seguido del régimen especial de autónomos con un 17,23% y de las contingencias profesionales con un 13,90%.

La incapacidad Temporal por contingencias comunes, en España se encuentra reconocida por un sistema de protección social cuando un trabajador afiliado a la Seguridad Social, sufre un problema de salud de origen no laboral (por accidente o enfermedad), que le impide realizar su trabajo durante un tiempo que se presume determinado, periodo durante el cual tiene derecho a recibir prestaciones socio-sanitarias y económicas.

La incapacidad temporal es un proceso médico/administrativo del que interesa tener el máximo conocimiento ya que por su frecuencia y sus repercusiones es de gran importancia para las Instituciones y para el Estado.



## **JUSTIFICACION**

El objeto de esta Tesis es adentrarse en el análisis de los distintos enfoques de la incapacidad temporal por contingencias comunes en una empresa en la que se ha realizado el seguimiento completo en todos sus años de vida activa, puesto que cuanto más concreta se la información recogida y analizada más se puede conocer sobre las relaciones ente la salud de los trabajadores y aquellos factores del ámbito laboral o del extralaboral que repercuten en el trabajo y que inciden negativamente sobre su salud.

Se analizaran aspectos ligados al impacto de la incapacidad temporal en cuanto a procesos cuantificados, en personas afectadas por estos procesos, perfil más común de las personas con procesos de incapacidad temporal reiterados y en el coste económico asociado, todo ello con carácter retrospectivo con seguimiento prolongado y conocimiento de los datos de empresa tanto económicos como de recursos humanos., todo ello con el objetivo general de conocer la distribución en personas y procesos, así como el coste de los procesos de incapacidad temporal por contingencia común de una empresa del sector socio-sanitario sito en las Islas Baleares, durante el periodo comprendido ente los años 1994-2010, y su posible relación con variables socio-demográficas y laborales.

Es de gran importancia conocer el impacto económico derivado de las ausencias al trabajo por incapacidad temporal, para poder realizar una valoración de las repercusiones tanto económica como sociales que estas conllevan, y el análisis de los factores que pueden influir sobre la incapacidad temporal, ayuda a valorar si la planificación, estrategias preventivas y asistenciales están siendo efectivas, y al mismo tiempo ayudará a plantear estrategias correctoras para minimizar las repercusiones del

trabajo sobre los trabajadores, lo que de manera indirecta ayuda a mejorar la productividad y a disminuir el coste derivado de las incapacidades laborales.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

Conocer la distribución en personas y procesos, así como el coste de los procesos de Incapacidad Temporal por contingencia común de una empresa del sector socio-sanitario, sito en las islas Baleares, durante el periodo comprendido entre los años 1994 – 2010, y su posible relación con variables socio-demográficas y laborales

### **Objetivos específicos:**

- Determinar la relación entre la incapacidad laboral temporal y diversos parámetros socio-demográficos en un colectivo de trabajadores de us empresa del sector sanitario de Mallorca.
- Determinar la relación de procesos de incapacidad temporal con diversos parámetros socio-laborales en ese colectivo de trabajadores.
- Analizar la relación entre la cantidad de procesos por incapacidad temporal en dicha empresa y el número de personas que recibieron la prestación por dicha incapacidad laboral.
- Calcular el impacto económico de las incapacidades laborales temporales en la empresa estudiada.

### **Objetivos secundarios:**

- Establecer las variables socio-demográficas que influyen en la dinámica de las incapacidades laborales.

- Conocer las variables laborales que afectan a las incapacidades laborales
- Comprobar la existencia del trabajador frecuentador de incapacidades y determinar si existe un perfil de absentista
- Detectar la posible influencia de aspectos socio-laborales concretos en la hiperfrecuentación

## **HIPOTESIS DE TRABAJO**

1. La incapacidad temporal, independientemente del aspecto de salud que la motiva, podría estar favorecida o condicionada por diversos aspectos ajenos a la salud y que modularían su prevalencia.
2. Las incapacidades podrían ser reflejo de conflictos derivados de la realizada social y laboral que repercutan en un abuso o mal uso de las incapacidades temporales, especialmente en personas concretas.
3. La relevancia que aspectos sociales como las oscilaciones económicas y laborales habidas a lo largo del periodo de tiempo estudiado en España han supuesto en las oscilaciones de las cifras de Incapacidades temporales en una empresa del sector socio-sanitario.
4. Podría establecerse un perfil concreto de trabajador hiper-frecuentador de las incapacidades.
5. Existe un importante impacto económico-empresarial de las incapacidades para las empresas y, por ello, para la sociedad y el país.

## **METODOLOGIA**

Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo global del impacto económico derivados de la bajas por incapacidad temporal en los trabajadores de una empresa socio-sanitaria, integrada en el servicio de salud y dependiente de la Conselleria de Salut i Consum del Govern de les illes Balears, en el periodo comprendido entre 1994

y 2010, para lo sé solicito al departamento de Recursos Humanos de dicha empresa los datos relativos a todos los procesos de incapacidad temporal de sus trabajadores durante el periodo de estudio, con las fechas de baja y alta de dichos procesos.

Los datos se volcaron en un hoja Excel, tanto de la incapacidad temporal como de las variables analizadas y se tabularon los datos obtenidos colocando un identificador a cada trabajador para salvaguardar el anonimato y preservar la confidencialidad de los datos de cada trabajador.

La cartera de servicios de la empresa comprende la atención socio-sanitaria y atención de salud mental para lo que disponen de dos hospitales con unas doscientas camas en total aproximadamente. También cuentan con recursos hospitalarios y comunitarios de carácter rehabilitador para la atención de salud mental, dando cobertura principalmente a una población de personas de edad avanzada en estado frágil de salud, enfermedades crónicas con un grado variable de dependencia, discapacitados, pacientes con trastornos psiquiátricos crónico y paciente con gran precariedad social y con problemas sanitarios.

Durante el periodo estudiado la empresa contaba con un promedio de 1.131 trabajadores distribuidos en 2 grandes colectivos con servicios similares y las mismas responsabilidades laborales.

DE los 370 trabajadores pertenecientes al primer colectivo (A), 256 eran funcionarios y 114 laborales. De los 761 del segundo colectivo (B), 497 eran fijos y 264 temporales.

Los presupuestos totales anuales en la empresa estudiada oscilaron entre los 32-35 millones de euros durante el periodo correspondiente del 2000-2008 llegando a los 65.388.588,03 millones de euros anuales si consideramos también los gastos totales

correspondientes a gastos en bienes y servicios, gastos financieros, finanzas y gastos en personal.

Asimismo en el estudio se tuvieron en cuenta las siguientes:

- variables socio-demográficas: sexo (mujeres y hombres), edad (entre 18 y 69 años) estableciendo intervalos para facilitar los análisis estadísticos (<30á, 30-39á, 40-49á, 50-59á, >60á), nivel de estudio (primarios, secundarios, universitarios)

- variables laborales: antigüedad en el puesto de trabajo (hasta 1á, 1-5á, 6-10á, >10á), tipo de contrato (fijos, interinos, eventuales), clase social 1, 2 y 3 según la clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIOU-08, tipo de trabajo (manual, no manual).

Para valorar el coste económico, y debido a la complejidad de valorar complementos específicos; antigüedad, etc. se ha tenido en cuenta el sueldo oficial marcado para cada categoría para evaluar el coste de las incapacidades temporales, aunque esto suponga que los datos obtenidos no son exactos , y estén calculados algo a la baja, ya que solo se considera el sueldo base de cada trabajador, realizando un cálculo de coste/día de cada trabajador y por puesto de trabajo.

Dentro del estudio, también se calcularon los gastos derivados de las sustituciones, aunque como no existe un sistema bien definido de sustituciones por puesto de trabajo no hay información exacta del este coste.

### **ESTUDIO ESTADISTICO**

Para obtener la estimación y el contraste de la diferencia poblacional de dos proporciones se emplea la prueba Chi cuadrado y para la diferencia de media la t de student y la prueba de la ANOVA, en todos los casos con un nivel de significación estadística  $p < 0.05$ .

Para el estudio multivariante se ha empleado la regresión logística con el cálculo de la ODDS ratio y también se ha ajustado un modelo lineal generalizado (MLIG), que amplía el modelo lineal general, de manera que la variable dependiente está relacionada linealmente con los factores y las covariables mediante una determinada función de enlace.

Además el modelo permite que la variable dependiente tenga una distribución que no sea normal. El modelo lineal generalizado cubre los modelos estadísticos más utilizados, en nuestro caso al ser la variable respuesta un recuento con una acentuada cola a la derecha la función de enlace que se ha considerado ha sido la función binomial negativa con enlace logarítmico.

Se pueden observar las medias marginales estimadas para los diferentes factores categóricos introducidos en el modelo. Estas medias se corrigen respecto a las covariables y por tanto constituyen un estimador de efecto ajustado por las demás variables. En nuestro caso se han obtenido las medias por tipo de trabajo y por género ajustadas también por edad y antigüedad en la empresa.

Los estudios estadísticos se realizan mediante el paquete SPSS 20.0

## **RESULTADOS**

Se han estudiado un total de 12.516 procesos de IT, que se han producido en 1895 personas del total de la población estudiada, de los cuales el 73% de los procesos se han dado en mujeres y el 26,8% se han dado en hombres, pudiendo estar en relación con que el colectivo de mujeres es mayoritario.

Cuando valoramos la influencia de las variables socio-demográficas y laborales en el reparto general de personas, se refleja que el mayor porcentaje se da en la clase social 3, mayor porcentaje de IT en los trabajadores blue collar y con estudios secundarios.

Cuando analizamos la duración media de los procesos de IT en relación con las variables socio-demográficas, vemos que es mayor en la clase social 3, colectivo blue collar, estudios secundarios, trabajo fijo, y mayores de 60 años.

Al catalogar los procesos de IT en función de su duración, se calcula el porcentaje de personas, con respecto a la duración del proceso en días en relación a diferentes variables, encontrando diferencias significativas tanto en hombres como en mujeres.

En los modelos lineales generalizados, vemos que una vez controladas las demás variables, la duración media de los procesos es de 67,2 días en mujeres y 53,1 en hombres, con una duración más elevada en trabajadores blue collar 90,1 y menor en los White collar 39,6, el número de procesos es de 2,8 en blue collar y de 1,6 en White collar, que por sexo es de 2,3 en mujeres y 2 en hombres.

Al analizar el coste de la IT en la empresa, vemos que durante el periodo de estudio, se han perdido 438.134 días, y se han contabilizado 341.284 días de sustituto. El análisis muestra que el mayor número se da en la clase social 3, en el tipo de trabajo blue collar, personas con estudios secundarios, intervalo de edad entre 40-49 años y con más de 10 años de antigüedad.

El análisis del coste medio, se realiza contabilizando el porcentaje en relación al presupuesto anual de la empresa. En nuestros resultados, dicho coste ha ido aumentando hasta el año 2007 con un claro descenso a partir de ese año.

El coste medio, relacionándolo con las variables sociodemográficas nos da como resultado, un aumento del coste en la clase 2 , con el aumento de la edad del trabajador, mayor coste en el tipo de trabajo White collar, mayor coste en la clase 1, siendo el menor en la clase 2, y mayor coste en trabajadores con estudios universitarios, y mayor en trabajadores fijos.

Se ha realizado un estudio por terciles del número de procesos, reflejando los siguientes datos: en el 1º tercil se engloban 159 personas (8,4%) 2º tercil 331 personas (17,5%) y el 3º tercil 1405 personas (74,1%), de lo que se deduce que el 8,4% del total de trabajadores es responsable del mismo número de procesos que el 17,5% del 2º tercil y del 74,1 % del 3º tercil.

## **CONCLUSIONES**

1. El análisis del número de personas que han causado IT durante el periodo de estudio (1994-2010), muestra la existencia de diferencias significativas en función de la clase social a la que pertenecen, de su nivel de estudios y del tipo de trabajo que realizan. Son más frecuentes en personas de clase 3 (clase baja), con un nivel de estudio no universitario y que desempeñan trabajos manuales (blue collar).
2. El número total de procesos de IT es significativamente superior en las mujeres que en los hombres.
3. El análisis de los procesos de IT, tanto si se estudia por número de personas como por número de procesos, muestra una superioridad del número de bajas en los trabajos manuales frente a los no manuales, siendo las diferencias estadísticamente significativas en ambos casos



4. Los procesos de IT han evolucionado de forma distinta en ambos sexos, siendo su número creciente a lo largo del periodo de estudio en las mujeres frente a una tendencia decreciente en los hombres, si bien se observan oscilaciones entre 1994 y 2007 con un descenso muy marcado a partir del año 2008 en ambos sexos
5. La duración media de las IT es superior en las mujeres que en los hombres y mayor en los trabajadores manuales frente a los no manuales, siendo las diferencias en ambos casos estadísticamente significativas.
6. La duración de los procesos de IT es superior en personas de clase social más baja, con trabajos menos cualificados, menor nivel académico, con contrato fijo, de mayor edad y con más antigüedad en el trabajo, siendo estos hallazgos comunes en ambos sexos.
7. El coste total de la IT en el periodo estudiado, por todos los conceptos, supera los de 39 millones de euros, lo que supuso, en relación al presupuesto anual de la empresa, un porcentaje creciente desde el inicio de nuestro estudio en el año 1994 hasta el 2007, a partir del cual se produjo un descenso brusco.
8. Valorando la hiperfrecuentación mediante terciles en las 1895 personas que han cursado con procesos de IT, se observa que no hay diferencias con respecto al sexo entre los tres terciles. En relación a su clase social, se observa una mayor hiperfrecuentación en las personas de la clase 3 y para las profesiones trabajos de tipo manual (blue collar), siendo estas diferencias significativas en ambos sexos.
9. En relación al nivel de estudios, existe una mayor hiperfrecuentación en mujeres de estudios elementales y en hombres con estudios secundarios.

10. Valorando conjuntamente la hiperfrecuentación y la duración de los procesos IT se observa que no hay diferencias en relación a la variable sexo, mientras sí se observa un mayor porcentaje de personas que tiene un número más elevado de bajas y/o mayor duración de las mismas en aquellas pertenecientes a la clase social 3, con un trabajo de tipo manual (blue collar) y que únicamente hayan cursado estudios elementales, siendo esto común a ambos sexos.

## **RESUM**

**TITULO: "Incapacitat temporal en una empresa del sector soci-sanitari de les Balears (1994-2010): cost econòmic i relació amb variables soci-demogràfiques i laborals"**

### **INTRODUCCIÓ**

Els processos d'incapacitat temporal al nostre país han anat augmentant progressivament als darrers anys.

El sector sanitari a Espanya consumeix el 8.5% del PIB, el que ens dona una idea de l'impacte socioeconòmic que suposa mantenir i promocionar la salut dels ciutadans (dades actualitzades del 2014). Als pressupostos generals del 2014, les "transferències corrents a les famílies per incapacitat temporal va ésser de 4.878,37 milions d'euros, el que representa el 0,47% del PIB; per al 2015 les previsions són similars (4.942,72 milions d'euros). En la distribució de la despesa per règims, la major proporció correspon al règim general amb el 63,30%, seguit del règim especial d'autònoms amb un 17,23% i a les contingències professionals amb un 13,90%.

La incapacitat temporal per contingències comuns a Espanya es troba reconeguda per un sistema de protecció social en el moment que un treballador afiliat a la Seguretat

Social pateix un problema de salut d'origen no laboral (per accident o malaltia), que li impedeix realitzar el seu treball durant un temps que es presumeix determinat, període en el que té dret a percebre prestacions sociosanitàries i econòmiques.

La incapacitat temporal és un procés mèdic/administratiu del que interessa tenir el major coneixement, perquè la seva freqüència i les seves repercussions són de gran importància per a les institucions i per a l'Estat.

### **JUSTIFICACIÓ**

L'objectiu d'aquesta tesi és aprofundir en l'anàlisi dels distints enfocaments de la incapacitat temporal per contingències comuns en una empresa en la que s'ha realitzat el seguiment complet en tots els seus anys de vida activa, doncs quan més concreta hagi estat la informació arreplegada i analitzada, millor es poden conèixer les relacions entre la salut dels treballadors i aquells factors de l'àmbit laboral o de l'extra-laboral que repercuteixen en el treball i que incideixen negativament en la salut.

S'analitzaran aspectes lligats a l'impacte de la incapacitat temporal quant a processos quantificats en persones afectades per aquests processos, perfil més comú de les persones amb processos d'incapacitat temporal reiterats i al cost econòmic associat, tot amb caràcter retrospectiu amb seguiment perllongat i coneixement de les dades de l'empresa tant econòmiques com de recursos humans, tot això amb l'objectiu general de conèixer la distribució en persones i processos, així com el cost dels processos d'incapacitat temporal per contingència comuna d'una empresa del sector socio-sanitari de les Illes Balears, durant el període comprés entre els anys 1994-2010, i la seva possible relació amb variables soci-demogràfiques i laborals.

És de gran importància conèixer l'impacte econòmic derivat de les absències al treball per incapacitat temporal, per a poder realitzar una valoració de les repercussions tant

econòmiques com socials que aquestes comporten; l'anàlisi dels factors que poden influir sobre la incapacitat temporal ajuda a valorar si la planificació, les estratègies preventives i assistencials estan sent efectives, i al mateix temps ajudarà a plantejar estratègies correctores per a minimitzar les repercussions del treball sobre els treballadors, fet que de manera indirecta ajuda a millorar la productivitat i a disminuir el cost derivat de les incapacitats laborals.

## **OBJECTIUS**

### **Objectiu general:**

Conèixer la distribució en persones i processos, així com el cost dels processos d'incapacitat temporal per contingència comuna d'una empresa del sector sociosanitari, situada en les Illes Balears, durant el període comprés entre els anys 1994–2010, i la seva possible relació amb variables sociodemogràfiques i laborals.

### **Objectius específics:**

- 1- Determinar la relació entre la incapacitat laboral temporal i els diversos paràmetres sociodemogràfics en un col·lectiu de treballadors d'una empresa del sector sociosanitari de Mallorca.
- 2- Determinar la relació de processos d'incapacitat temporal amb diversos paràmetres soci-laborals en aquest col·lectiu de treballadors.
- 3- Analitzar la relació entre la quantitat de processos per incapacitat temporal de l'empresa i el nombre de persones que reberen la prestació per aquelles incapacitats laborals.
- 4- Calcular l'impacte econòmic de les incapacitats laborals temporals en l'empresa estudiada.

### **Objectius secundaris:**

- 1- Establir les variables sociodemogràfiques que influeixen en la dinàmica de les incapacitats laborals.
- 2- Conèixer les variables laborals que afecten les incapacitats laborals.
- 3- Comprovar l'existència del treballador freqüentador d'incapacitats i determinar si existeix un perfil d'absentisme
- 4- Detectar la possible influència d'aspectes sociolaborals concrets en la hiperfreqüentació

### **HIPÒTESI DE TREBALL**

- 1- La incapacitat temporal, independentment de l'aspecte de la salut que la motiva, podria estar afavorida o condicionada per diversos aspectes aliens a la salut i que modularien la seva prevalença.
- 2- Les incapacitats podrien ser el reflex de conflictes derivats de la realitat social i laboral que repercuteixen en un abús o mal ús de les incapacitats temporals, especialment en persones concretes.
- 3- La rellevància que aspectes socials com les oscil·lacions econòmiques i laborals hagudes al llarg del període de temps estudiat a Espanya han suposat oscil·lacions de les xifres d'incapacitat temporal en una empresa del sector socio sanitari.
- 4- Podria establir-se un perfil concret de treballador hiperfreqüentador de les incapacitats.
- 5- Existeix també un important impacte econòmic-empresarial de les incapacitats per a les empreses i, per tant, per a la societat i el país.

## **METODOLOGIA**

Es realitza un estudi descriptiu i retrospectiu global de l'impacte econòmic derivats de les baixes per incapacitat temporal en els treballadors d'una empresa sociosanitària, integrada en el servei de salut i depenent de la Conselleria de Salut i Consum del Govern de les illes Balears, en el període comprés entre 1994 i 2010. Per tal de dur-lo a terme va sol·licitar-se al departament de recursos Humans d'aquesta empresa les dades relatives a tots els processos d'incapacitat temporal dels seus treballadors durant el període d'estudi, amb les dades de baixa i alta en els processos.

Les dades es varen passar a una fulla Excel, tant de la incapacitat temporal com de les variables analitzades i es tabularen les dades obtingudes col·locant un identificador a cada treballador per salvaguardar l'anonimat i preservar la confidencialitat de les dades de cada treballador.

La cartera de serveis de l'empresa comprèn l'atenció sociosanitària i atenció de salut mental per al que disposen de dos hospitals amb dos-cents llits en total, aproximadament. També disposen de recursos hospitalaris de caràcter rehabilitador per a l'atenció de salut mental, donant cobertura principalment a una població de persones d'edat avançada en estat de salut fràgil, malalties cròniques amb un grau variable de dependència, discapacitats, pacients amb trastorns psiquiàtrics crònics i pacients amb gran precarietat social i amb problemes sanitaris.

Durant el període estudiat l'empresa contava amb una mitjana de 1.131 treballadors distribuïts en dos grans col·lectius, amb serveis similars i les mateixes responsabilitats laborals.

Dels 370 treballadors que pertanyen al primer col·lectiu (A), 256 eren funcionaris i 114 laborals. Dels 761 del segon col·lectiu (B), 497 eren fixes i 264 temporals.

Els pressupostos totals anuals en l'empresa estudiada oscil·laren entre els 32-35 milions d'euros durant el període corresponent del 2000-2008 arribant als 65.388.588,03 milions d'euros anuals si es consideren també les despeses totals corresponent a despesa en bens i serveis, despesa financera, finances i despesa de personal.

Així mateix en l'estudi es tingueren en compte les següents:

- variables sociodemogràfiques: sexe (dones i homes), edat (entre 18 i 69 anys) establint intervals per a facilitar les anàlisi estadístics (<30á, 30-39á, 40-49á, 50-59á, >60á), nivell d'estudi (primaris, secundaris, universitaris).
- variables laborals: antiguitat en el lloc de treball (fins 1á, 1-5á, 6-10á, >10á), tipus de contracte (fixes, interins, eventuais), classe social 1, 2 y 3 segons la classificació Internacional Uniforme d'Ocupacions CIOU-08, tipus de treball (manual, no manual).

Per a valorar el cost econòmic, i degut a la complexitat de valorar complements específics: antiguitat, etc. s'ha tingut en compte el sou oficial marcat per a cada categoria per avaluar el cost de les incapacitats temporals, encara que això suposa que les dades obtingudes no són exactes, i estan calculats un poc a la baixa, al considerar el sou base de cada treballador, realitzant un càlcul de cost/dia de cada treballador i per lloc de treball.

Dins de l'estudi, també es calcularen les despeses derivades de les substitucions encara que, en no existir un sistema ben definit de substitucions per lloc de treball, no hi ha informació exacta d'aquest cost.

## **ESTUDI ESTADÍSTIC**

Per a obtenir l'estimació i el contrast de la diferència poblacional de dos proporcions s'utilitza la prova Chi quadrat i per a la diferència de mitjana la t de Student i la prova de l'ANOVA, en tots els casos amb un nivell de significació estadística  $p < 0.05$ .

Per a l'estudi multivariant s'ha utilitzat la regressió logística amb el càlcul de la Odds ràtio i també s'ha ajustat un model lineal generalitzat (MLIG), que amplia el model lineal general, de manera que la variable dependent està relacionada linealment amb els factors i les covariables mitjançant una determinada funció d'enllaç.

A més a més, el model permet que la variable dependent tingui una distribució que no sia normal. El modelo lineal generalitzat cobreix els models estadístics més utilitzats; en el nostre cas, per ser la variable resposta un recompte amb una accentuada cua a la dreta, la funció d'enllaç que s'ha considerat ha estat la funció binomial negativa amb enllaç logarítmic.

Es pot observar les mitjanes marginals estimades per a els diferents factors categòrics introduïts en el model. Aquestes mitjanes es corregeixen respecte a les covariables i per tant constitueixen un estimador d'efecte ajustat per les altres variables. En el nostre cas, s'han obtingut les mitjanes per tipus de treball i per sexe, ajustades també per edat i antiguitat en l'empresa.

Els estudis estadístics es realitzen mitjançant el paquet SPSS 20.0

## **RESULTATS**

S'han estudiat un total de 12.516 processos d'IT, que s'han produït en 1895 persones del total de la població estudiada, d'ells el 73% dels processos s'han donat en dones i



el 26,8% en homes, podent estar en relació en el fet de que el col·lectiu de les dones es majoritari.

Quan valorem la influència de les variables sociodemogràfiques i laborals en el repartiment general de persones, es reflexa que el major percentatge es produeix en la classe social 3, major percentatge d'IT en els treballadors *blue collar* i amb estudis secundaris.

Quan analitzam la duració mitjana dels processos d'IT en relació amb les variables sociodemogràfiques, veiem que és major en la classe social 3, col·lectiu *blue collar*, estudis secundaris, treball fixe i majors de 60 anys.

A l'hora de catalogar els processos d'IT en funció de la seva durada, es calcula el percentatge de persones respecte a la durada del procés en dies en relació a diferents variables, trobant diferències significatives tant en homes com en dones.

En els models lineals generalitzats, veiem que una vegada controlades les altres variables, la durada mitjana dels processos es de 67,2 dies en dones i 53,1 en homes, amb una duració més elevada en treballadors *blue collar*, 90,1 i menor en els *white collar*, 39,6, el nombre de processos és de 2,8 en *blue collar* i de 1,6 en *white collar*, que per sexe és de 2,3 en dones i 2 en homes.

En analitzar el cost de l'IT en l'empresa, veiem que durant el període d'estudi, s'han perdut 438.134 dies, i s'han comptabilitzat 341 .284 dies de substitució. L'anàlisi mostra que el major nombre es dona en la classe social 3, en el tipus de treball *blue collar*, persones amb estudis secundaris, interval d'edat entre 40-49 anys i amb més de 10 anys d'antiguitat.

L'anàlisi del cost mitjà, es realitza comptabilitzant el percentatge en relació al pressupost anual de l'empresa. En els nostres resultats, aquest cost ha anat augmentant fins l'any 2007, baixant a partir d'aquest any.

El cost mitjà, relacionant-lo amb les variables sociodemogràfiques ens dona com a resultat, un augment del cost en la classe 2, amb l'augment de l'edat del treballador, major cost en el tipus de treball White collar, major cost en la classe 1, sent el menor en la classe 2, i major cost en treballadors amb estudis universitaris, i major en treballadors fixes.

S'ha realitzat un estudi per terci'ls del nombre de processos, reflectint les següents dades: en el 1er tercil s'engloben 159 persones (8,4%) 2º tercil 331 persones (17,5%) i el 3º tercil 1405 persones (74,1%), deduïnt que el 8,4% del total de treballadors és responsable del mateix nombre de processos que el 17,5% del 2º tercil i del 74,1 % del 3º tercil.

### **CONCLUSIONS.**

1. L'estudi del nombre de persones que han causat IT durant el període de l'estudi (1994-2010), mostra l'existència de diferències significatives en funció de la classe social a la qual pertanyen, del seu nivell d'estudis i del tipus de treball que realitzen. Són més freqüents en persones de classe 3 (classe baixa), amb el nivell d'estudi no universitari i que desenvolupen treballs manuals (*blue collar*).
2. El nombre total de processos d'IT és significativament superior en les dones que en els homes.
3. L'anàlisi dels processos d'IT, tant si s'estudia per nombre de persones com per nombre de processos, mostra una superioritat del nombre de baixes en els

treballs manuals respecte als no manuals, sent les diferències estadísticament significatives en tots dos casos.

4. Els processos d'IT han evolucionat de forma diferent en ambdós sexes, sent el seu nombre creixent al llarg del període d'estudi entre les dones front a una tendència decreixent en els homes, encara que s'observen oscil·lacions entre 1994 i 2007, amb un descens molt marcat a partir de l'any 2008 en els dos sexes.
5. La duració mitjana de les IT és superior en les dones més que en les dones i major en els treballadors manuals respecte als no manuals, sent les diferències en els dos casos estadísticament significatives.
6. La duració dels processos d'IT és superior en persones de classe social més baixa, amb treballs menys qualificats, amb menor nivell acadèmic, amb contracte fixe, de major edat i amb més antiguitat en el treball, sent aquestes dades comuns en ambdós sexes.
7. El cost total de la IT en el període estudiat, per tots els conceptes, supera els 39 milions d'euros, el que suposa, en relació al pressupost anual de l'empresa, un percentatge creixent des de l'inici del nostre estudi en l'any 1994 fins el 2007, any en què es va produir un descens molt acusat.
8. Valorant la hiperfreqüentació mitjançant tercils, en les 1895 persones que han cursat processos d'IT, s'observa que no hi ha diferències en relació al sexe entre els tres tercils. En relació a la classe social, s'observa una major hiperfreqüentació en les persones de la classe 3 i en les professions treballs de

tipus manual (*blue collar*), sent aquestes diferències significatives en ambdós sexes.

9. En relació al nivell d'estudis, existeix una major hiperfreqüentació en dones d'estudis elementals i en homes amb estudis secundaris.
10. Valorant conjuntament la hiperfreqüentació i la durada dels processos, s'observa que no hi ha diferències en relació a la variable sexe, mentre que s'observa un major percentatge de persones amb un nombre més elevat de baixes i/o major durada d'aquestes en aquells col·lectius que pertanyen a la classe social 3, amb un treball de tipus manual (*blue collar*) i que únicament han cursat estudis elementals, sent aquest fet comú a ambdós sexes.

## **ABSTRACT**

### **INTRODUCTION**

Temporary disability processes in our country have been increasing steadily in recent years.

The health sector in Spain consumes 8.5% of GDP, which gives us an idea of the socio-economic impact that have to be support for the health of citizens (updated 2014 data). General budgets in 2014, the "current transfers to families for temporary disability" were 4,878.37 million euros, which represents 0.47% of GDP, and by 2015, forecasts are similar (4.942, 72 million euros). In the distribution of expenditure by scheme, the largest share general scheme with 63.30%, followed by special autonomous regime with 17.23% and professional contingencies with 13,90%.

Temporary incapacity for common contingencies, in Spain is recognized by a system of social protection as an affiliate to Social Security, when a worker suffers a health problem of non-occupational origin (accident or illness) that prevents you from doing your work for a time that is presumed determined, during which you are entitled to health and socio-economic benefits.

Temporary disability is a medical / administrative process from which it is needed to have the maximum knowledge because their frequency and their impact is of great importance for the institutions and the state.

### **JUSTIFICATION**

The object of this thesis is a deeper analysis of the different approaches of temporary disability for common contingencies in a company in which it has made full monitoring in all his years of active life, since the more specific is the information collected and analysed more could be found on the entity relationships health of workers and the factors of the workplace or outside the workplace that affect the work and negatively affect their health.

Aspects related to the impact of temporary disability in terms of quantified in people affected by these processes, the most common profile of people with temporary disability repeated and the associated economic cost processes are analysed, all retrospective with longer follow-up and knowledge of enterprise data both financial and human resources., all with the overall objective of knowing the distribution in people and processes as well as the cost of the processes of temporary sickness absence of an enterprise of socio industry health site in the Balearic Islands during the period being the years 1994-2010, and its possible relationship with socio-demographic and labour variables.

It is very important to know the economic impact of absences from work for temporary incapacity to perform an assessment of both economic and social repercussions that these entail, and analysis of the factors that can influence the temporary disability, helps assess whether planning, prevention and care strategies are being effective, and at the same time help raise corrective measures to minimize the impact of work on workers strategies, which indirectly helps to improve productivity and reduce the cost arising from disability labour.

## **OBJECTIVES**

General objective:

Knowing the distribution in people and processes as well as the cost of the processes of temporary disability due to common contingencies of a company in the social and health sector, located in the Balearic Islands, during the period between the years 1994 - 2010, and its possible relationship with socio-demographic and labour variables

Specific objectives:

- 1- Determine the relationship between temporary incapacity and various socio-demographic parameters in a group of workers of US healthcare company of Mallorca.
- 2- Determine the ratio of temporary disability processes with different social and labor parameters in this group of workers.
- 3- Analyse the relationship between the amount of temporary disability processes in the company and the number of people receiving incapacity benefit said.
- 4- Calculate the economic impact of temporary work disability in the studied company.

- 5- Secondary objectives:
- 6- Establish the socio-demographic variables that influence the dynamics of labour disabilities.
- 7- Know the labour variables affecting work disabilities
- 8- Verify the existence of frequenter worker disability and determine whether a profile absents
- 9- Detect the possible influence of specific socio-labour issues in frequent attendance

### **WORKING HYPOTHESIS**

1- The temporary disability, regardless of the aspect of health that motivates, could be favoured or conditioned by various non-health aspects and modulate its prevalence.

2- Disabilities could be a reflection of conflicts arising from social and labour made that impact abuse or misuse of temporary disabilities, especially in specific individuals.

3- The relevance of social issues such as economic and labour oscillations gotten over the time period studied in Spain have meant fluctuations in the numbers of temporary disability in a company's social and health sector.

4- could establish a specific profile of worker hyper-frequenter of disabilities.

5- There is an important economic and business impact of disabilities for business and therefore for society and country.

### **METHODOLOGY**

A global descriptive and retrospective study of the economic impact resulting from the low temporary disability in workers socio-health company, integrated into the health

service and dependent on the Ministry of Health and Consumption of Govern of the Balearic Islands is made, in the period between 1994 and 2010, for which requested the Human Resources department of the company data on all processes of temporary disability of workers during the study period, with dates of low and high of these processes .

The data were fed into an Excel sheet, both temporary disability as the variables analysed and tabulated data obtained by placing an identifier to each worker to safeguard the anonymity and preserve the confidentiality of the data of each worker.

The portfolio of the company includes the socio-sanitaria care and mental health care for what they have two hospitals with two hundred beds in approximately the total. Also they include hospital and community resources rehabilitative for mental health care, covering mainly a population of elderly people in fragile health, chronic diseases with a varying degree of dependence, disabled, patients with chronic psychiatric disorders and patient with great social instability and health problems.

During the period the company had an average of 1,131 workers distributed in 2 large groups with similar services and the same job responsibilities.

Of the 370 workers belonging to the first group (A), 256 and 114 officials were working. Of the 761 of the second group (B), 497 fixed and 264 were temporary.

The total annual budgets in the company studied ranged from 32-35 million euros during the corresponding period of 2000 to 2008 reaching 65,388,588.03 million per year if we also consider the total expenditure expenses on goods and services, finance costs, finance and personnel expenses.

Also in the study, the following were considered:



- Socio-demographic variables: gender (women and men), age (between 18 and 69 years) by setting intervals to facilitate statistical analysis (<30A, 30-39á, 40-49á, 50-59á,> 60A), level study (primary, secondary, university)
- Labour variables: age in the workplace (up to 1A, 1-5A, 6-10A,> 10A), type of contract (permanent, temporary, casual), class 1, 2 and 3 according to the International Classification of ISCO-08 occupations, job type (manual, non-manual).

To assess the cost, and because of the complexity of assessing specific supplements; seniority, etc. It has taken into account the official salary set for each category to assess the cost of temporary disabilities, even if this means that the data obtained are not accurate and are calculated down somewhat, as it only considered the base salary of each worker, performing a calculation of cost / day of each worker and job.

Within the study, the costs of replacements were also calculated, but as there is no well-defined substitutions per job no exact information system of this cost.

### **STATISTICAL STUDY**

For the estimation and contrast of the population difference of two proportions the Chi-square test was used and for the average difference the t of Student and the test of ANOVA, in all cases with a level of statistical significance  $p < 0.05$ .

For the multivariate analysis was used logistic regression to calculate odds ratios and has also been adjusted a generalized linear model (MLIG), which expands the general linear model so that the dependent variable is linearly related to the factors and covariates through a specified link function.

In addition, the model allows the dependent variable has a distribution that is not normal. The generalized linear model covers the most widely used statistical models,

in our case when the response variable count with a pointed tail on the right as the link that was considered was the negative binomial logarithmic link function.

You can see the estimated marginal means for the different categorical factors entered into the model. These measurements are adjusted for covariates and therefore constitute an estimator of effect adjusted for other variables. In this case they have obtained the measurements by job type and gender also adjusted for age and seniority in the company.

Statistical studies are performed using SPSS 20.0 package

## **RESULTS**

We studied a total of 12,516 IT processes that have occurred in 1895 persons of the total population studied, of which 73% will processes have occurred in women and 26.8% have occurred in men and may be related to the group of women is the majority.

When we value the influence of socio-demographic and employment in the general division of people variables, it reflects the highest percentage was in class 3 higher percentage of IT workers in blue collar and high school.

When we analyse the average duration of IT processes in relation to socio-demographic variables, we see that is higher in social class 3 collective blue collar, high school, fixed work, and over 60 years.

Cataloguing IT processes depending on its duration, the percentage of people is calculated with respect to the processing time in days in relation to different variables, significant differences were found in both men and women.

In generalized linear models, we see that once controlled the other variables, the average length of proceedings is 67.2 days for women and 53.1 in men with a higher duration in blue collar workers and lower 90.1 White necklace 39.6 in the number of processes is 2.8 to 1.6 and blue collar White collar that sex is 2.3 in women and men 2. When analysing the cost of IT in the company, we see that during the study period, have lost 438,134 days and 341 have been counted 284 days of substitute. The analysis shows that the largest number is given on class 3, blue collar type of work, people with secondary education, age range 40-49 years and over 10 years old.

.

The average cost analysis is performed by determining the percentage in relation to the annual budget of the company. In our results, this cost has been increasing until 2007 with a clear decrease from this year.

The average cost, relating to sociodemographic variables gives us as a result, an increase in cost in class 2, with the increasing age of the worker, the higher cost in the type of work White collar higher cost in Class 1, being the youngest in class 2 and higher cost in workers with university degrees and higher in permanent workers.

It has conducted a study by terciles the number of processes, reflecting the following data: in the 1st tercil 159 people (8.4%) 2nd tercil 331 people (17.5%) and 3rd tercil1405 people (74 are included, 1%), of which suggests that 8.4% of all workers is responsible for the same number of processes that the 2nd tercil 17.5% and 74.1% in the 3rd tercil.

## **CONCLUSIONS**

- 1) The study of the number of people who have caused IT during the study period (1994-2010), shows significant differences depending on the social class to which they belong, their level of education and type of work. It is more common in people of Class 3 (underclass), with a level of non-university study and perform manual work (blue collar).
- 2) The total number of IT processes is significantly higher in women than in men.
- 3) Analysis of IT processes, whether studied by number of people as for number of processes, shows a superior numbers of casualties in craftwork against non-manual, with statistically significant differences in both cases
- 4) IT processes have evolved differently in both sexes, with an increasing number throughout the study period in women facing a downward trend in men, although oscillations between 1994 and 2007 are observed with a decrease highly marked since 2008 in both sexes
- 5) The average duration of IT is higher in women than in men and higher among manual workers from non-manual, the differences being statistically significant in both cases.
- 6) The duration of IT processes is higher in people of lower social class, less skilled jobs, lower academic level, with permanent contracts, older and with more seniority, being these common findings in both sexes.
- 7) The total cost of IT in the studied period, in all respects, exceeds 39 million euros, which meant, in relation to the annual budget of the company, a growing percentage since the beginning of our study 1994 to 2007, after which there was a sharp decline.

- 8) Appreciating the hyper frequenting terciles in the 1895 persons who have completed with IT processes, it appears that no sex differences among the three terciles. In relation to social class, more frequent attendance is observed in people of Class 3 and for type manual work (blue collar) professions, being these significant differences in both sexes.
- 9) Regarding the level of education, there is a more frequent attendance of elementary studies in women and men with secondary education.
- 10) Valuing jointly hyper attendance and duration of IT processes, no difference is observed in relation to the sex variable, while we can see a higher percentage of people who have a higher number of casualties and / or longer duration of them in those belonging to class 3 with a type manual work (blue collar) and have only completed elementary school, being this common to both sexes.



## DEDICATORIA





## AGRADECIMIENTOS



<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>51</b>
1.1	<b>La Incapacidad Temporal en España: concepto y evolución histórica</b>	<b>52</b>
1.1.1	Siglo XIX: Antecedentes remotos	53
1.1.2	Siglo XX: Antecedentes cercanos	54
a)	Las primeras fórmulas del seguro (1900 – 1908)	54
b)	Instauración del sistema de previsión sanitaria (1908 – 1942)	56
c)	Cobertura de las contingencias comunes: el Seguro Obligatorio (1942 – 1963)	60
d)	Establecimiento de las Bases de la Seguridad Social (1963-1978)	70
e)	Creación del sistema de Gestión de la Seguridad Social (1978- 1994)	83
1.1.3	SXXI: Situación actual de la Incapacidad Temporal en España	87
a)	La Ley General de la Seguridad Social	87
b)	La evolución de las Entidades Gestoras de la Seguridad social	88
c)	Cambios legislativos de la normativa vigente	91
1.2	<b>Gestión de la prestación Incapacidad Temporal en la actualidad</b>	<b>98</b>
1.2.1	Normativa básica sobre la prestación por Incapacidad Temporal	99
a)	Concepto del IT según la LGSS (art. 169)	99
b)	Beneficiarios de la prestación	100
c)	Prestación económica (art. 171)	102
d)	Nacimiento del derecho al subsidio (art. 173)	104
e)	Extinción del derecho (art. 174)	105
f)	Pérdida o suspensión del derecho (art. 175)	107
	Trámites en la gestión de la Incapacidad Temporal	108
a)	Competencia de las entidades en materia de control de la IT	108
b)	Expedición del parte de baja	109
1.2.2	Financiación de la prestación Incapacidad Temporal	111
1.2.3	El control y gestión de la Incapacidad Temporal por la Mutua	112
1.3	<b>Coste de la Incapacidad Temporal en España</b>	<b>117</b>
1.4	<b>Revisión de la jurisprudencia Española en Incapacidad Temporal durante el periodo 1995-2010</b>	<b>125</b>
1.5	<b>Comparativa Internacional de la prestación por Incapacidad Temporal en Europa</b>	<b>129</b>
1.5.1	Organismos implicados en la gestión europea de ITCC	133
1.5.2	Cobertura de la prestación de ITCC	135
1.5.3	Contribuciones para financiar la prestación de ITCC	141
1.5.4	Duración de la prestación económica de la ITCC en Europa	144
1.5.5	Importe de la prestación económica por ITCC	148
<b>2</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b>	<b>157</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>165</b>
3.1	<b>Objetivo general</b>	<b>165</b>
3.2	<b>Objetivos específicos</b>	<b>165</b>
3.2.1	Objetivos principales	165
3.2.2	Objetivos secundarios	166
<b>4</b>	<b>HIPÓTESIS DE TRABAJO</b>	<b>169</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	<b>173</b>
5.1	<b>Características de la muestra del estudio</b>	<b>173</b>
5.1.1	Descripción de servicios de la empresa	173
5.1.2	Descripción de la plantilla	174
5.1.3	Presupuestos anuales de la empresa	175
5.2	<b>Variables socio-demográficas</b>	<b>176</b>

5.2.1	Género.....	176
5.2.2	Edad.....	177
5.2.3	Nivel de estudios.....	177
<b>5.3</b>	<b>Variables laborales.....</b>	<b>178</b>
5.3.1	Antigüedad en el puesto de trabajo.....	178
5.3.2	Tipo de contrato.....	178
5.3.3	Clase social.....	179
5.3.4	Tipo de trabajo.....	179
<b>5.4</b>	<b>Búsqueda bibliográfica.....</b>	<b>179</b>
<b>5.5</b>	<b>Valoración del coste económico.....</b>	<b>180</b>
<b>5.6</b>	<b>Estudio estadístico.....</b>	<b>183</b>
<b>6.-</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>187</b>
6.1.-	Características de la muestra.....	187
6.1.1.-	Poblaciones a estudio.....	187
a)	Procesos de IT.....	187
c)	Personas.....	187
<b>6.2.-</b>	<b>Influencia de las variables socio demográficas y laborales en el reparto de personas con y sin procesos de it.....</b>	<b>189</b>
6.1.1.-	Sexo.....	189
6.2.2.-	Clase social.....	192
6.2.3.-	Tipo de trabajo.....	194
1.1.1.....		194
6.2.3.-	Nivel de estudios.....	196
<b>6.3.-</b>	<b>Análisis multivariante.....</b>	<b>200</b>
<b>6.4.-</b>	<b>Duración de los procesos de IT.....</b>	<b>201</b>
6.4.1.-	Duración media de los procesos de IT.....	201
6.4.2.-	Catalogación de los procesos de IT en función de su duración.....	211
<b>6.5.-</b>	<b>Modelos lineales generalizados.....</b>	<b>218</b>
6.5.1.-	Duración procesos IT.....	218
6.5.2.-	Tipo de trabajo.....	222
6.5.3.-	Número de procesos.....	223
6.5.4.-	Sexo.....	226
6.5.5.-	Tipo de trabajo.....	227
<b>6.6.-</b>	<b>Estudio evolutivo de los procesos de IT del periodo de estudio (1994-2010). .....</b>	<b>228</b>
6.6.1.-	Número de procesos y duración media de los procesos de IT por año y sexo.....	228
6.6.2.-	Duración media de los procesos por año y sexo.....	229
6.6.3.-	Número de procesos de IT por año y por sexo.....	230
6.6.4.-	Porcentaje de procesos de IT por año y por sexo.....	232
6.6.5.-	Duración de la IT por año y sexo.....	233
6.6.6.-	Porcentaje de duración de IT por año y por sexo.....	234
6.6.7.-	Promedio de IT por trabajador y año.....	234
6.6.8.-	Promedio de días de IT por trabajador y año.....	235
<b>6.7.-</b>	<b>Coste de la IT en la empresa.....</b>	<b>236</b>
6.7.1.-	Días perdidos.....	239
6.7.2.-	Cálculo del coste económico.....	243
6.7.3.-	Coste medio proceso IT.....	245
<b>6.8.-</b>	<b>Hiperfrecuentación.....</b>	<b>256</b>
6.8.1.-	Número de procesos.....	256
6.8.2.-	Duración de los procesos.....	259
6.8.3.-	Coste total de los procesos.....	263
<b>8.-</b>	<b>DISCUSIÓN.....</b>	<b>271</b>

<b>8.1.- Análisis del número total de personas que causan IT. ....</b>	<b>271</b>
<b>8.2.- Análisis del número total de procesos de IT. ....</b>	<b>275</b>
<b>8.3.- Estudio del coste de los procesos de IT. ....</b>	<b>281</b>
<b>8.4.- Análisis de la hiperfrecuentación en los proceso de IT. ....</b>	<b>285</b>
<b>8.5.- Estudio de los procesos de IT con respecto a la edad. ....</b>	<b>288</b>
<b>8.6.- Estudio de los procesos de IT en referencia a la clase social. ....</b>	<b>291</b>
<b>8.7.- Estudio de la duración de los procesos de IT. ....</b>	<b>293</b>
<b>7.- CONCLUSIONES. ....</b>	<b>301</b>
<b>9.- BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>305</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1: evolución del gasto en IT en España 1996-2010 por entidad y tipo de contingencia..	118
Tabla 2: Evolución del incremento del gasto en IT en España durante el periodo 1996-2010.	122
Tabla 3: Jurisprudencia global en España por incapacidad laboral 1995-2010 .....	128
Tabla 4: Revisión jurisprudencial en Incapacidad (1995-2010) .....	128
Tabla 5: Estatus de los autónomos en los sistemas públicos de prestaciones económicas por ITCC.....	131
Tabla 6: Organismos encargados de la gestión de la prestación de ITCC.....	135
Tabla 7: Financiación de la prestación de ITCC.....	140
Tabla 8: Crédito de IT del año 2015. ....	159
Tabla 9: Plantilla media de trabajadores durante el periodo 1994-2010 .....	175
Tabla 10: Presupuesto anual en euros .....	175
Tabla 11: Cifras del ejercicio 2007-08.....	176
Tabla 12: Esquema de compensación económica de la prestación: .....	182
Tabla 13: Variables sociodemográficas incluidas en el estudio .....	188
Tabla 14: Parámetros objeto de estudio y distribución por sexo .....	189
Tabla 15: Procesos de IT y su distribución por sexo .....	190
Tabla 16: Valoración estadística de los procesos de IT.....	190
Tabla 17: Estimación del riesgo .....	191
Tabla 18: Distribución de los procesos por clase social.....	192
Tabla 19: Valoración estadística .....	192
Tabla 20: Estimación de riesgo .....	193
Tabla 21: Procesos de IT en función de la Clase Social .....	194
Tabla 22: Valoración estadística .....	194
Tabla 23: Estimación de riesgo .....	195
Tabla 24: Distribución de los procesos de IT en función del tipo de trabajo.....	196
Tabla 25: Valoración estadística de los procesos en función del tipo de trabajo.....	196
Tabla 26: Estimación de riesgo .....	197
Tabla 27: Distribución estadística de los procesos de IT en función del nivel de estudios y el sexo .....	198
Tabla 28: Duración de los procesos en la población total .....	202
Tabla 29: Valoración estadística de la duración de los procesos en las mujeres función de las variables .....	206
Tabla 30: Valoración estadística de la duración de los procesos en los hombres función de variables .....	207
Tabla 31: Duración de los procesos en función del sexo.....	211
Tabla 32: Valoración estadística de la duración de los procesos en función de edad y sexo....	212
Tabla 33: Valoración estadística de la duración de los procesos en función del sexo y tipo de trabajo .....	213
Tabla 34: Valoración estadística de la duración de los procesos en función del sexo y clase social .....	214

Tabla 35: Valoración estadística de la duración de los procesos en función del sexo y nivel de estudios .....	215
Tabla 36: Valoración estadística de la duración de los procesos en función del sexo y tipo de contrato .....	216
Tabla 37: Valoración estadística de la duración de los procesos en función del sexo y antigüedad en la empresa .....	217
Tabla 38: Duración de los procesos de IT. Evolución por años en relación con el sexo .....	228
Tabla 39: Duración media de los procesos de IT por año y sexo .....	230
Tabla 40: Evolución por años de los procesos de IT en relación con el sexo.....	231
Tabla 41: Evolución porcentual por años de los procesos de IT en función del sexo .....	195
Tabla 42: Duración de los procesos de IT, evolución por años y sexo .....	233
Tabla 43: Duración de los procesos de IT. Evolución por años y sexo .....	234
Tabla 44: Distribución media de los procesos de IT por trabajador. Evolución por años.....	235
Tabla 45: Duración media de los procesos de IT por trabajador. Evolución por años .....	236
Tabla 46: Desglose del coste económico de la IT en la empresa .....	237
Tabla 47: Evolución por años del coste económico de la IT en la empresa.....	238
Tabla 48: Coste total de la IT en euros en relación al presupuesto anual de la empresa.....	239
Tabla 49: Distribución de las jornadas perdidas por IT en función de variables .....	240
Tabla 50: Valoración estadística de las jornadas perdidas por IT en las mujeres en función de variables .....	241
Tabla 51: Valoración estadística de las jornadas perdidas por IT en los hombres en función de variables .....	242
Tabla 52: Coste económico de la IT en la empresa en función de variables .....	243
Tabla 53: Coste económico de la IT en las mujeres de la empresa en función de variables .....	244
Tabla 54: Coste económico de la IT en los hombres de la empresa en función de variables....	245
Tabla 55: Coste económico medio de los procesos en función de variables .....	246
Tabla 56: Coste medio de los procesos de IT en la empresa en función de variables.....	251
Tabla 57: Coste económico de la IT en los hombres de la empresa en función de variables	252
Tabla 58: Cálculo de terciles en función de procesos y de personas.....	256
Tabla 59: Distribución por terciles de los procesos de IT en función de variables .....	257
Tabla 60: Distribución de los procesos de IT por terciles en mujeres .....	258
Tabla 61: Distribución de los procesos de IT por terciles en hombres .....	259
Tabla 62: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles .....	260
Tabla 63: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles en función de variables .....	261
Tabla 64: Valoración estadística de la distribución de la duración de los procesos de IT en las mujeres por terciles.....	262
Tabla 65: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles en los hombres en función de variables .....	263
Tabla 66: Distribución por terciles del coste de los procesos de IT .....	263
Tabla 67: Valoración estadística del coste de la IT por terciles en función de variables.....	265
Tabla 68: Distribución del coste de la IT por terciles en las mujeres función de variables .....	266
Tabla 69: Distribución del coste de la IT por terciles en los hombres función de variables .....	266

## INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Evolución del gasto en España por IT (1996-2010) por ambas contingencias y a cargo de las entidades gestoras .....	119
Gráfica 2: Evolución del gasto en España por IT (1996-2010) por ambas contingencias y a cargo de las mutuas .....	120
Gráfica 3: Evolución del gasto en España por IT (1996-2010 por ambas contingencias (a cargo de mutuas y entidades gestoras).....	121
Gráfica 4: Evolución del incremento del gasto en IT (1996-2010) a cargo de entidades gestoras) .....	123
Gráfica 5: Evolución del incremento del gasto en España por IR (1996-2010) a cargo de mutuas .....	123
Gráfica 6: Evolución del incremento del gasto total en España por IT (1996-2010) .....	124

Gráfica 7: Evolución del incremento del gasto total en España por IT (1996-2010) a cargo de mutuas y entidades gestoras.....	125
Gráfica 8.- La incapacidad en la jurisprudencia española (1995-2010) .....	129
Gráfica 9: Duración de la prestación económica de ITCC en días.....	148
Gráfica 10: Distribución del pago de la prestación económica de ITCC durante el primer año	151
Gráfica 11: Distribución de los procesos de IT por sexo .....	191
Gráfica 12: Distribución de los Procesos de IT en función de la Clase social.....	193
Gráfica 13: Distribución de los procesos de IT en función del tipo de trabajo .....	195
Gráfica 14: Distribución de los procesos de IT en función del nivel de estudios.....	197
Gráfica 15: Distribución de los procesos de IT en función de la clase social y el sexo .....	198
Gráfica 16: Distribución de los procesos de IT en función del tipo de trabajo y el sexo .....	199
Gráfica 17: Distribución de los procesos de IT en función del nivel de estudios y el sexo .....	199
Gráfica 18: Duración de los procesos en función del sexo .....	201
Gráfica 19: Duración de los procesos en función de la edad.....	203
Gráfica 20: Duración de los procesos en función del tipo de trabajo.....	203
Gráfica 21: Duración de los procesos en función de la clase social.....	204
Gráfica 22: Duración de los procesos en función del nivel de estudios .....	204
Gráfica 23: Duración de los procesos en función del tipo de contrato laboral .....	205
Gráfica 24: Duración de los procesos en función de la antigüedad en la empresa .....	205
Gráfica 25: Duración de los procesos en función de la edad y el sexo .....	208
Gráfica 26: Duración de los procesos en función del tipo de trabajo y el sexo .....	208
Gráfica 27: Duración de los procesos en función de la clase social y el sexo .....	209
Gráfica 28: Duración de los procesos en función del nivel de estudios y el sexo.....	210
Gráfica 29: Duración de los procesos en función del tipo de contrato y el sexo.....	210
Gráfica 30: Duración de los procesos en función de la antigüedad en la empresa y el sexo ....	211
Gráfica 31: Duración de los procesos de IT. Evolución por años en relación con el sexo .....	229
Gráfica 32: Duración Media de los procesos de IT. Evolución por años.....	229
Gráfica 33: Evolución por años del número de procesos de IT .....	231
Gráfica 34: Evolución por años de los procesos de IT en función del sexo .....	232
Gráfica 35: Evolución por años de la duración de los procesos de IT.....	233
Gráfica 36: Duración de los procesos de IT. Evolución por años y sexo .....	234
Gráfica 37: Distribución media de los procesos de IT por trabajador. Evolución por años.....	235
Gráfica 38: Duración media de los procesos de IT por trabajador. Evolución por años.....	236
Gráfica 39: Evolución por años del coste por IT en la empresa.....	238
Gráfica 40: Evolución por años del coste en IT de la empresa .....	239
Gráfica 41: Coste total de los procesos de IT en la empresa en función del sexo.....	247
Gráfica 42: Coste económico de la IT en la empresa en función de la edad .....	247
Gráfica 43: Coste económico de la IT en la empresa en función del tipo de trabajo .....	248
Gráfica 44: Coste económico de la IT en la empresa en función de la clase social .....	248
Gráfica 45: Coste económico de la IT en la empresa en función del nivel de estudios.....	249
Gráfica 46: Coste económico de la IT en la empresa en función del tipo de contrato.....	249
Gráfica 47: Coste económico de la IT en la empresa en función de la antigüedad en la empresa .....	250
Gráfica 48: Coste económico de la IT en la empresa en función de la edad y del sexo .....	253
Gráfica 49: Coste económico de la IT en la empresa en función del tipo de trabajo y del sexo	253
Gráfica 50: Coste económico de la IT en la empresa en función de la clase social y del sexo ..	254
Gráfica 51: Coste económico de la IT en la empresa en función del nivel de estudios y del sexo .....	254
Gráfica 52: Coste económico de la IT en la empresa en función del tipo de contrato y del sexo .....	255
Gráfica 53: Coste económico de la IT en la empresa en función de la antigüedad en la empresa y del sexo .....	255
Gráfica 54: Distribución de los procesos de IT por terciles .....	256
Gráfica 55: Distribución por terciles de los procesos de IT en función de variables .....	257
Gráfica 56: Distribución de los procesos de IT por terciles en mujeres.....	258
Gráfica 57: Distribución de los procesos de IT por terciles en hombres .....	259
Gráfica 58: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles.....	260

Gráfica 59: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles en función de variables .....	261
Gráfica 60: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles en las mujeres en función de variables .....	262
Gráfica 61: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles en los hombres en función de variables .....	262
Gráfica 62: Distribución por terciles del coste de los procesos de IT .....	264
Gráfica 63: Distribución por terciles del coste de los procesos de IT en función de variables..	265
Gráfica 64: Distribución del coste de la IT por terciles en las mujeres función de variables.....	266
Gráfica 65: Distribución del coste de la IT por terciles en los hombres función de variables ...	267



## INTRODUCCIÓN



## 1 INTRODUCCIÓN

Los conceptos de minusvalía, incapacidad y discapacidad forman parte de la terminología habitual del médico de cualquier especialidad, aunque en ocasiones no se diferencien correctamente. Lo mismo ocurre con los procedimientos a seguir para su valoración y baremo, así como con los organismos oficiales competentes para realizar tal función. Sin embargo, la trascendencia socioeconómica que conllevan hace necesario un conocimiento elemental en esta materia que permita orientar a las personas con patologías crónicas limitantes o con deficiencias físicas o psíquicas y, a su vez, encauzar desde su inicio los procedimientos administrativos para su tramitación, en los que el informe médico es una pieza elemental y determinante. Es ineludible conocer la regulación legislativa que ha de ser aplicada para que, tanto en ámbito laboral como en apoyo de los médicos especialistas o médicos de atención primaria, se pueda actuar de forma coordinada optimizando los recursos disponibles y favoreciendo la obtención de resultados (Vicente-Herrero, López González, Aguilar Jiménez et al., 2010).

Para valorar la incapacidad laboral debida a las limitaciones producidas por una patología o por sus complicaciones, se ha de partir de la base de que el organismo encargado de forma exclusiva de dicha valoración es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) a través de los Equipos de Valoración de Incapacidades.

En nuestro medio se define la **incapacidad laboral** como un desequilibrio entre las capacidades funcionales y los requerimientos del puesto de trabajo, pudiendo ser este desequilibrio temporal o permanente, por lo que para considerar a un individuo

como incapacitado *es preciso que la discapacidad que presente le impida el desarrollo de su puesto de trabajo.*

El marco legislativo vigente que regula la situación de incapacidad laboral es el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de Junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la **Ley General de la Seguridad Social (LGSS)**, recogiendo en sus artículos 128 a 133 lo referente a Incapacidad Temporal (IT) y en los artículos 136 a 149 lo relativo a Incapacidad Permanente (IP). Este Real decreto ha sido actualizado, siendo el vigente en el momento actual el RD 8/2015 de 30 de Octubre por el que se aprueba el texto refundido de la LGSS y que recoge en sus artículos 169-176 lo referente a la Incapacidad Temporal y del 193-200 lo referente a la Incapacidad Permanente Contributiva.

## **1.1 LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN ESPAÑA: CONCEPTO Y EVOLUCIÓN HISTÓRICA.**

La **Incapacidad Temporal** es la situación en la que las personas se encuentran temporalmente impedidas para realizar su trabajo y precisan asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Las causas de esta incapacidad laboral pueden ser debidas a: una enfermedad común o profesional; un accidente, sea o no de trabajo; y tendrán la misma consideración los periodos de observación de la enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo.

Dicha imposibilidad para trabajar, con la consiguiente dificultad para la obtención de ingresos, motivó la aparición de seguros que cubriesen la pérdida de salud, dadas sus consecuencias negativas en la posibilidad de conseguir ingresos económicos, y la aparición de prestaciones que protegieran a las personas en esta situación.

En nuestro país, la gestión de la Seguridad Social desde sus orígenes ha experimentado un incremento progresivo de la intervención pública y el la protección social, al mismo tiempo que se manifestaba una tendencia al tratamiento unitario de las personas y situaciones protegidas, pudiendo diferenciarse varias etapas evolutivas que nos ayudan a entender cuál es la situación actual de la incapacidad laboral.

Para el desarrollo de este proceso evolutivo seguiremos la orientación establecida en el trabajo realizado por el Grupo de Investigación en Medicina del Trabajo (GIMT) para la Fundación MAPFRE (Vicente-Herrero et al., 2010).

### **1.1.1 Siglo XIX: Antecedentes remotos.**

Teniendo como antecedente el Decreto XL aprobado en las Cortes el 27 de Diciembre de 1821, la **Ley General de Beneficencia** de 20 de junio de 1849 proporcionó un marco general para los establecimientos de beneficencia, especialmente los de carácter público, así como a los privados que cumpliesen determinadas condiciones (incluidos los creados y financiados por corporaciones profesionales y patronos), siendo su precepto más destacado el declarar taxativamente que la *“dirección de la Beneficencia corresponde al Gobierno”*, lo que

implica que el estado asume la obligación de socorrer a los necesitados de una manera inequívoca.

*Esta ley, se ocupaba sobre todo de la organización administrativa e institucional de la Beneficencia* a través de una red de juntas municipales y provinciales sumadas a una Junta General con representación de políticos, representantes sociales y profesionales de los propios establecimientos de Beneficencia y representantes eclesiásticos.

Entre los establecimientos de Beneficencia se citaban, las Casas de Maternidad y Expósitos; y las Casas de Huérfanos y Desamparados.

En relación con la Beneficencia pública, empiezan a surgir establecimientos con dedicación más específica, como el **Asilo de Inválidos para el Trabajo** (Decreto de 11 de enero de 1887), con el *propósito de proteger a los inutilizados para el trabajo*, y en el que estaba prevista la aportación económica de los dueños de fábricas y talleres y los constructores de obras públicas o privadas, entre otras posibles colaboraciones.

### **1.1.2 Siglo XX: Antecedentes cercanos.**

#### **a) Las primeras fórmulas del seguro (1900 - 1908).**

Esta época abarcó, desde la aparición de las primeras fórmulas de aseguramiento de los accidentes de trabajo y de los seguros sociales, iniciada con la ley de 1900, hasta la creación del Instituto Nacional de Previsión en 1908.

La **Ley de Accidentes de Trabajo**, de 30 de enero de 1900, considerada como el *primer Seguro Social*, y supuso un gran avance en la responsabilidad patrimonial frente al daño causado por otro, en este caso frente al daño derivado del riesgo profesional.

En 1903, se crea y se regula el **Instituto de Reformas Sociales**, a partir de una Comisión del mismo nombre, y posteriormente en 1906, se instituye la **Inspección de Trabajo**. Dos hechos que se reconocen como el origen de la creación de la Administración Laboral, considerado como un avance significativo en *la regulación del trabajo asalariado*, sobre todo en el ámbito del trabajo de menores y mujeres en materia de descanso maternal y en lo relativo a la jornada máxima de trabajo.

Es resaltable el hecho de que en aquellos años, en nuestro país existían importantes sindicatos, y empezaba a extenderse prácticas como la negociación colectiva y el conflicto colectivo de trabajo. Asimismo conviven las ideas de reforma social y de intervención pública a favor de las clases necesitadas con una tradición muy arraigada de corporativismo social, que condujo a la creación de organismos paritarios con el fin de la ordenación del trabajo, bien en el ámbito de la recomendación o propuesta, bien en el terreno de la negociación y la solución de los conflictos laborales.

En 1908, se produce un nuevo impulso en la legislación laboral y social en nuestro país, se publican disposiciones legales dirigidas a la *resolución de conflictos laborales* con la creación de los **Consejos de conciliación y arbitraje industrial**, para valorar de forma previa las convocatorias de huelgas o paros patronales. La segunda norma, habilitó al Gobierno para que pudiera formar los **Tribunales Industriales** en las localidades que fuesen cabeza de partido judicial; para que fuesen competentes en la

resolución de reclamaciones civiles entre los obreros y patronos; o en los pleitos originados en relación a la legislación sobre accidentes de trabajo.

Asimismo en 1908, se presentó un proyecto de **Ley de Contrato de trabajo** (*proyecto "De la Cierva"*), en el cual, se hacía referencia expresamente a la **Ley de creación del Instituto Nacional de Previsión**, y al propósito de elaborar un proyecto de ley más completo sobre retiro obrero, con el fin de *extender dicho seguro a todos los españoles*.

Este periodo supuso el progresivo aseguramiento de las contingencias de los trabajadores con un carácter progresivamente socializado a través de seguros privados, de forma voluntaria inicialmente y obligatoria posteriormente, consignada en la numerosa normativa creada en nuestro país al efecto, y que se concretó en la formación de entidades asociativas de empresas con una finalidad aseguradora (**Mutuas Patronales**) o entes mutualistas de trabajadores y empresarios (**Mutualidades Laborales**), y conformados en atención a los riesgos o contingencias objeto de cobertura (**Seguros y Mutuas**), o en atención a al colectivo protegido (**Mutualidades y Montepíos**), sector de actividad o profesional, ámbito geográfico de la empresa. (González del Rey, 2009).

#### **b) Instauración del sistema de previsión sanitaria (1908 - 1942).**

El sistema sanitario español nació con la creación del **Instituto Nacional de Previsión** (INP), pero antes de que adquiriese forma definitiva y tomara carta de naturaleza en la legislación social, el INP pasó por un largo período de preparación y estudio.



La ley de creación del INP, se apoyó en toda la legislación anterior para poner en marcha nuevos instrumentos y estructuras de previsión social, y significó un intento de dotar a toda la labor asistencial de carácter público que se venía desarrollando hasta entonces, de un eje normativo capaz de una ordenación y soporte institucional para formar una estructura común. De esta manera se intentó utilizar los recursos de las entidades existentes para convertirlas en entidades colaboradoras en la previsión social pública, originando una red mutualista y asistencial acompañante de las entidades gestoras de la Seguridad Social.

Durante los primeros años de aplicación de esta ley, casi toda su actividad se centró en las pensiones de retiro, sin apenas relación con la legislación referente a accidentes de trabajo. Es decir, en primer lugar, el INP se originó como una institución pública con la tarea de *planificar y difundir la previsión popular* y una competencia directa sobre la *concertación de seguros sociales, de renta vitalicia, diferida o temporal, con un sistema de incentivos*. Además fue el gestor de toda la acción protectora desarrollada mediante seguros de contenido social, ya que podría actuar como entidad de reaseguro con respecto a las operaciones realizadas por otras entidades y asimismo asegurar directamente la responsabilidad empresarial específica frente al riesgo profesional.

Por otra parte, la puesta en marcha de esta máquina, con el paso del tiempo, condujo a la creación de instrumentos de vigilancia especializados en protección social, como la Inspección de Seguros Sociales, ya iniciada en 1921, con la creación de la **Inspección del retiro Obrero**. Por lo que podemos decir, que el INP es el antecedente

más cercano de las entidades gestoras de la Seguridad Social, que conocemos hoy en día.

En los momentos iniciales, la labor del INP se dedicó fundamentalmente a articular las diferentes entidades que se encargaban a la previsión social, como Cajas de Ahorro, Montepíos, Sociedades de Socorro, Entidades Aseguradoras sin ánimo mercantil, pero progresivamente, se diseñaron proyectos más concretos de Seguros Sociales públicos que quedaron reflejados en: el Decreto de 5 de marzo de 1910, sobre un proyecto de organización de las **Cajas de Seguro Popular**; el RD de 29 de julio de 1917 que dispuso celebrar una Conferencia Técnico-Social para evaluar las **condiciones de implantación de los Seguros Sociales**; y el RD de 20 de noviembre de 1919, donde se aprobaba un primer plan de seguros a cargo del INP. A partir de entonces, alrededor del INP se *implantaron progresivamente los Seguros Sociales*, desde el Seguro Obligatorio del Retiro Obrero, el de Maternidad, hasta el Seguro de Desempleo.

La **Ley de Accidentes de Trabajo** de 10 de enero de 1922, no atribuía la condición aseguradora de los accidentes de trabajo directamente a INP, pero le encargaba dos funciones importantes: por una parte el *fomento del seguro mutuo de accidentes de trabajo*, y por otro lado, la *creación y administración del fondo especial de garantía*, para aquellos supuestos en que existiera un fallo en la responsabilidad empresarial.

Esta participación del INP en el ámbito del accidente de trabajo, se amplió de forma significativa en el **Texto Refundido de accidentes de trabajo**, de 8 de octubre de

1932, en el que se contempló la *posibilidad de que el empresario utilizara la Caja Nacional del Seguro contra los Accidentes de Trabajo* (que el INP debía constituir a dichos efectos), *con el fin de que el patrono diera cumplimiento a su obligación legal de asegurar los Accidentes de Trabajo*.

Esta previsión se mantuvo en el siguiente **Texto Refundido de la Legislación de accidentes de Trabajo**, aprobado por Decreto de 22 de junio de 1956, que *consagró dicha protección específica de los riesgos profesionales al INP*.

Con el paso de los años, el INP se irá convirtiendo en el principal impulsor de un sistema de previsión social más completo y unificado, partiendo del intento de incorporar el Seguro Social a nivel legislativo en la Constitución de la 2ª República, pasando por las iniciativas durante el Régimen Franquista en el sentido de incrementar los seguros sociales (base X del Fuero del Trabajo y art. 28 del Fuero de los Españoles).

Durante este periodo el dispuso una comisión encargada de redactar un proyecto de **Ley de Bases para la implantación de un Seguro Total** (Decreto de 23 de diciembre de 1944), y también el **Decreto de Unificación de determinadas reglas de encuadramiento y cotización de los seguros de vejez e invalidez, enfermedad y subsidios familiares** (de 29 de diciembre de 1948), que son ejemplos del papel encargado al INP en la reorganización de la previsión social y la construcción de un nuevo sistema de Seguridad Social.

**c) Cobertura de las contingencias comunes: el Seguro Obligatorio (1942 - 1963).**

En nuestro país, la protección de los riesgos laborales y los de enfermedad común, siempre se han desarrollado de manera paralela, y pese a que la enfermedad profesional sí que es concordante con el accidente de trabajo, la protección de la enfermedad común ha sido más dificultosa a nivel legislativo. De hecho como se ha referido, en el tema de las contingencias comunes aunque en el año 1921 se estableció un Seguro Obligatorio del Retiro Obrero y en 1923 el Subsidio de Maternidad (reforzado en 1929 con el Seguro Obligatorio de Maternidad), sin embargo, en cuanto a la enfermedad común, no fue hasta 1942 cuando se creó un Seguro Obligatorio de Enfermedad (Ley de 14 de diciembre de 1942), llamativamente retrasado, teniendo en cuenta, que España había ratificado 10 años antes los convenios de la OIT (1927), relativos al seguro de Enfermedad de los Trabajadores de la Industria del Comercio y del Servicio Doméstico, y al Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Agrícolas respectivamente (Decretos de 8 de abril de 1932) (Cuesta, 1988; Mut, 1972).

La implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad *“dirigido a proteger a los económicamente débiles”*, tenía por objeto satisfacer de manera regular y continua las necesidades médico-farmacéuticas de los asegurados y sus familias, en caso de en caso de incapacidad para el trabajo por enfermedad, maternidad o defunción; y de indemnizar proporcionalmente la pérdida de salario o sueldo del trabajador (Serrano, 1950).

Cabe destacar de este seguro, la obligatoriedad del aseguramiento a través de la afiliación, de la que eran responsables los empresarios respecto de sus trabajadores asalariados, siendo la entidad aseguradora única el INP (art 26), y con una financiación correspondiente a tres fuentes: las aportaciones del Estado, las primas abonadas por los trabajadores y los empresarios, a partes iguales y proporcionales a las rentas del trabajo de los asegurados. A lo anterior se añadirá las rentas de los bienes propios del seguro.

En su ámbito de aplicación el Seguro Obligatorio de Enfermedad se aplicara a todos los productores económicamente débiles sin otras excepciones que las establecidas en el capítulo noveno, que especifica que *“quedaran exceptuados los funcionarios públicos de corporaciones cuando en virtud de disposiciones legales específicas, deban obtener beneficios iguales y superiores a los que concede esta ley, tanto en prestaciones sanitarias como económicas”*, lo que en la práctica suponía que casi la totalidad de los funcionarios quedaran excluidos del seguro.

En otro sentido, la fórmula legal de *“productor económicamente débil”*, abarcaba a todos los trabajadores mayores de 14 años (edad mínima de empleo en aquel momento), que formasen parte de un ciclo de producción, ya fuese dicha actividad realizada por cuenta propia, por cuenta ajena, a domicilio (Orden de 19 de febrero de 1946, con afiliación voluntaria, y con carácter obligatorio en Resolución de 6 de abril de 1948), o mediante la prestación de servicios domésticos (primera vez que estos trabajadores se incluyen en un Seguro Social), aunque el aseguramiento de este colectivo planteaba en la práctica problemas como los derivados de la inviolabilidad

del domicilio, lo que dificultaba en gran medida la tarea de inspección, asimismo la dificultad existente en relación a la aportación del Estado para sufragar el seguro, en el sentido en que esta actividad no contribuía a la productividad (Bernal, 1949).

*“Económicamente débiles”*, eran considerados aquellos trabajadores cuyos ingresos anuales no superaban las 9.000 pesetas anuales, cantidad elevada a 12.000 pesetas en la Orden de 9 de marzo de 1948 y a 18.000 pesetas en el Decreto de 1 de julio de 1949, computándose para tal efecto, si se trabajaba para más de un empleador, todos los salarios percibidos, en el caso de trabajadores por cuenta propia se consideraban rentas computables la cifra a que ascendiese el producto neto de su explotación, acumulándose dicha cifra con el salario que percibiese como asalariado si compatibilizaba el trabajo por cuenta propia con el trabajo por cuenta ajena.

Inicialmente, los *“trabajadores manuales”*, estaban incluidos sin límite económico, lo que fue derogado por Decreto de 29 de diciembre de 1948. Posteriormente se consideró que la ampliación a 18.000 pesetas, no debía perjudicar a los que se ponía tope por ser trabajadores manuales, por lo que se consideró que estos continuaban asegurados aunque superasen dicho tope, pero debían cotizar por la cantidad máxima señalada. En los demás casos, si el trabajador percibía una cantidad superior a la señalada, *perdía la condición de asegurado obligatorio*, excepto para las prestaciones sanitarias, que se mantenían vigentes hasta tres meses después de la pérdida de la condición, pudiendo continuar asegurado de manera voluntaria, debiendo en este caso cotizar por el tope máximo salarial, asumiendo el trabajador la

totalidad de la cuota, mientras el empresario solamente tenía la obligación de realizar los descuentos correspondientes en las nóminas.

También podían acogerse al seguro los padres de familias numerosas, aunque superaran el nivel máximo de ingresos, estando en este caso, obligadas las empresas a aportar la parte de prima correspondiente (Serrano, 1950).

Respecto a los “*trabajadores extranjeros*,” también podían beneficiarse del seguro en cuanto a la protección frente a la enfermedad, siempre que en sus países se les reconociera el derecho de los españoles (reciprocidad), lo que solo sucedía en ese momento con los ciudadanos franceses. Todos los demás trabajadores extranjeros quedaban excluidos aunque contribuyesen con su trabajo a la producción nacional salvo que se concediese a petición del interesado una concesión individual por parte de la Dirección General de Previsión, se exceptuaban a esta normativa los andorranos, portugueses e hispanoamericanos, que se consideraban equiparados a los españoles (Jordana de Pozas, 1961).

El seguro no solo proporcionaba protección a los trabajadores, sino a los familiares que vivían con ellos y a sus expensas (conyugues, ascendientes, descendientes y hermanos menores de 18 años o incapacitados permanentes para el trabajo), siendo obligatorio para el trabajador, informar al empresario sobre los familiares a incluir en el seguro.

La Ley garantizaba *prestaciones médicas y farmacéuticas* entre otras, pero el art. 4 del Reglamento preveía que las funciones de Medicina Preventiva del seguro debían ser realizadas obligatoriamente por las empresas, suponiendo su

incumplimiento un recargo de hasta el 25% de la prima total que correspondiese a los asegurados.

Las *prestaciones médicas* tenían un límite temporal que no podía exceder de 26 semanas de asistencia médica por año para los asegurados y de 13 semanas para sus familiares (con igual límite para las prestaciones farmacéuticas), excepto en aquellos casos en que el estado del enfermo requiriese una ampliación y fuese acordada por el Ministerio de Trabajo, previa solicitud del interesado.

Por otra parte, *la hospitalización* tenía un límite de 12 semanas al año para los asegurados y 6 semanas para sus familiares, con posibilidad de ampliación mediante acuerdo del INP (Orden de 20 de enero de 1948, por la que se aprueba el Reglamento de servicios sanitarios del seguro obligatorio de enfermedad).

La protección sanitaria regulada en esta norma supone de hecho, el inicio de la consolidación de un sistema público de salud, ya que hasta ese momento, la asistencia sanitaria se realizaba fundamentalmente a través de establecimientos creados para la atención de los enfermos pobres e indigentes en el contexto de la beneficencia (Serrano, 1950).

Las *prestaciones económicas*, consistían en un porcentaje del salario que cotizase el beneficiario como medida de compensación por la pérdida de ingresos debida a la enfermedad o maternidad, y generalmente correspondían al 50% de salario, a lo que se le podría añadir la de otro seguro social o privado que tuviera el beneficiario, pero con el límite del 90% del salario, y se abonaba por semanas vencidas, excepto en caso de ingreso hospitalario del asegurado que no tuviera



familiares convivientes, en cuyo caso, la indemnización se rebajaba al 10% del salario diario.

Sin embargo, *solo correspondía la prestación si la enfermedad tenía una duración mayor de 7 días*, ya que se consideraba que una duración menor no suponía un perjuicio económico relevante. La percepción comenzaba a partir del 5º día de enfermedad y por un periodo de 26 semanas por año natural. El cómputo de dicho plazo comenzaba a partir del momento del reconocimiento de la asistencia sanitaria (art. 78 del Reglamento).

En cuanto a la *duración del proceso*, la se disponía que si en el año siguiente sobrevenía una nueva baja por la misma o diferente enfermedad, el trabajador tenía derecho a una nueva prestación, si recibía asistencia sanitaria del seguro, siendo de aplicación a este nuevo proceso el mismo límite temporal, sin admitir durante este tiempo cotización al seguro.

Los *requisitos para poder percibir la prestación* eran: tener cubierto un tiempo mínimo de aseguramiento de 6 meses (*tiempo de carencia de hoy en día*), recibir asistencia sanitaria del seguro, estar incapacitado para el trabajo (con declaración de la inspección del seguro) y no haber provocado ni mantener intencionadamente la enfermedad (Serrano, 1950).

No era necesario que el tiempo de carencia mínima fuese inmediatamente anterior al hecho causante, solo era necesario que el trabajador hubiese acumulado el tiempo de cotización, bien en periodos continuos o intermitentes (Orden de 28 de marzo de 1948). Por otra parte, la renuncia por parte del beneficiario de la asistencia

sanitaria, era considerada causa de pérdida de la prestación (art. 74 del Reglamento y 12 del Decreto de 7 de junio de 1949). En el mismo sentido, la denegación injustificada de asistencia sanitaria a la que el trabajador tuviera derecho, generaba el derecho a una indemnización o reintegro de los gastos generados por la asistencia fuera del seguro.

En otro sentido, *la prestación por maternidad* (Ley de 18 de junio de 1942), era de aplicación a aquellas trabajadoras o esposas de trabajadores excluidas del seguro de enfermedad temporal o definitivamente. Asimismo a aquellas que estando afiliadas no tenían consolidados sus derechos para percibir prestaciones. La normativa reguladora del seguro, expresaba que las mujeres beneficiarias del seguro recibirían la asistencia facultativa durante la gestación, el puerperio y el parto, así como el derecho a la utilización gratuita de las obras de protección a la maternidad y a la infancia previstas en el seguro de enfermedad. La prestación por esta contingencia, suponía el 60% de la retribución diaria de la. En los casos de parto múltiple, se reconocía el derecho a percibir además, una cantidad por hijo igual a la indemnización que le correspondiese percibir por el descanso obligatorio.

Asimismo, durante el *periodo de lactancia*, la trabajadora percibiría un subsidio de 7 pesetas por semana e hijo, que podría sustituirse por leche o productos alimenticios (art. 91 del Reglamento), durante un tiempo máximo de 10 semanas en los partos simples y de 15 en los múltiples.

Para poder acceder a esta prestación eran requisitos exigidos, que la madre estuviera inscrita en el seguro al menos nueve meses antes de dar a luz, una

cotización previa mínima de 6 meses en el año anterior al parto, y la no realización de trabajo retribuido alguno durante el descanso (art. 87 del Reglamento).

La aparición de sistemas parciales de aseguramiento, había producido en los diferentes regímenes una duplicidad, de modo que el sistema de Previsión Social se caracterizaba por una gran diversidad de disposiciones y la aparición de una gran cantidad de organismos y entidades con funciones poco clarificadas y en algunos casos superpuestas en cuanto a la atención del asegurado en un determinado infortunio.

En este sentido, se instaba al INP a plantear un plan de Previsión Social, que al menos incluyera los seguros de vejez, enfermedad y accidente, paro forzoso, invalidez, muerte y maternidad, así como su coordinación con los accidentes de trabajo en la Industria y Agricultura, pero el proyecto no cuajó. (De la Rosa, 2005; Ucela, 1955).

Más tarde, este objetivo de unificación de los Seguros Sociales, se promulgó el Decreto de 29 de diciembre de 1948, que supuso la referencia normativa más importante y un importante avance, sin embargo el objetivo era la unificación de los seguros ya existentes, estando todavía lejos el planteamiento de un nuevo concepto, la creación de un seguro único para lo que habría que esperar a la Ley de Bases de 1963.

En lo referente a esta norma, quedaban comprendidos obligatoriamente en el *campo de aplicación* los trabajadores españoles por cuenta ajena tanto manuales como intelectuales mayores de 14 años, ya fueran fijos, eventuales o a domicilio, cuyas rentas de trabajo no excedieran de las 18.000 ptas. anuales. A estos efectos, no tenían la consideración de trabajadores la mujer, los hijos, los padres y otros parientes del patrono por consanguinidad o afinidad hasta tercer grado, inclusive, siempre que

vivieran en su hogar y a su cargo y tuvieran ocupación en alguno de sus centros de trabajo.

También se incluyeron en el ámbito de aplicación a los súbditos hispanoamericanos, portugueses, filipinos y andorranos, siempre que existieran Tratados o Convenios sobre la cuestión o se hubiera pactado o reconocido expresamente la reciprocidad. En cuanto a otros extranjeros, no existía ninguna referencia, y quedaron excluidos del subsidio de vejez, en el art 4 del decreto. Sin embargo los que estuvieran inscritos en este Régimen, antes de 1 de Julio de 1949 conservaban los beneficios que les correspondieran.

Sin embargo, a pesar del intento de unificación, *quedaron excluidos, los funcionarios del Estado tanto civiles como militares, así como los funcionarios dependientes de las Diputaciones provinciales y Corporaciones municipales* que continuaban sometidos a las normas especiales para la aplicación de los Regímenes especiales de previsión social.

Por otra parte, los trabajadores que tuviesen unos ingresos anuales superiores a las 18.000 ptas., quedaban excluidos del campo de aplicación de los seguros de vejez, invalidez y enfermedad, aunque estaba prevista su afiliación exclusiva al Régimen de subsidios familiares.

Además, se fijó una *cota única de cotización* en relación al salario base, para la cotización a los regímenes de vejez, invalidez, enfermedad y subsidios familiares, estableciéndose una cuota única del 18% de la retribución de los trabajadores

incluidos en el campo de aplicación, del que el 13% pertenecía las empresas y el 5% a los trabajadores, cuota distribuida por el INP de la siguiente manera:

- El 4% (3% a cargo de la empresa y 1% a cargo del trabajador) para el Seguro de vejez e invalidez.
- El 9% (6% a cargo de la empresa y el 3% a cargo del trabajador) para el Seguro de enfermedad.
- El 5% (4% a cargo de la empresa y el 1% a cargo del trabajador) para los Subsidios familiares.

Existían excepciones, en las que el cálculo de la cuota se realizaba sobre una base diferente a los salarios percibidos, como era por ejemplo el Régimen agropecuario, en los pescadores (Decreto de 29 de septiembre de 1943), o en aquellos casos en los que el Ministerio de Trabajo autorizase un régimen especial aplicable a determinadas ramas de la producción como la recolección de naranjas, industrias resineras, etc.

Las empresas eran las encargadas de ingresar directamente la cuota única en el INP, pudiendo utilizar para dicha operación entidades colaboradoras del seguro de enfermedad, que fueran especialmente autorizadas por el Ministerio para ese fin, lo que supuso una ampliación de las fórmulas de colaboración de las empresas en la gestión de los seguros, más allá de lo promulgado en el Decreto de 12 de Marzo de 1942 en que las empresas al mismo tiempo que el salario podía encargarse de abonar el subsidio familiar, a través de ciertas entidades y empresas obligatoriamente en

algunas y con autorización previa en otras, ampliándose esta fórmula de pago delegado a través de entidades a los seguros de enfermedad y vejez.

A partir de este momento, las entidades que se acogieran a esta modalidad de colaboración, realizaban las siguientes funciones:

- La recaudación de las cuotas correspondientes al personal a su servicio.
- El pago de los subsidios familiares a los subsidiados y el de las prestaciones económicas a los beneficiarios del Seguro de Enfermedad.
- La liquidación con el INP del resultado de su gestión, interesando o reclamando del mismo la diferencia existente entre el importe de la cuota única y el de las prestaciones económicas afectadas por su conducto.

Esta colaboración era obligatoria para los organismos y corporaciones de carácter oficial. El resto de empresarios podían solicitar la autorización por las cajas nacionales de Subsidios Familiares y de Vejez e Invalidez a practicar directamente el pago de los subsidios.

El Decreto sirvió también para unificar y simplificar los trámites administrativos para la afiliación y cotización, que serían utilizados conjuntamente por los trabajadores y las empresas.

**d) Establecimiento de las Bases de la Seguridad Social (1963-1978).**

Como ya se ha apuntado anteriormente, a lo largo de los años, se hicieron diversos intentos de unificación de los seguros, pero hubo que esperar hasta **1963**, con

la promulgación de la Ley 193/1963, **sobre Bases de la Seguridad Social**, para que esos intentos tuvieran una entidad real. Esta ley significó el paso efectivo de un conjunto de Seguros Sociales a un *verdadero Sistema de Seguridad Social*.

Las Directrices sobre las que se apoyaba la ley eran las siguientes: la tendencia a la unidad, la participación de los interesados en la gestión, la supresión del posible ánimo de lucro de los órganos gestores, la consideración conjunta de las situaciones o contingencias protegidas, la transformación del régimen financiero, y la preocupación preferente sobre los servicios de recuperación y rehabilitación.

La tendencia a la unidad reflejada en la ley podría interpretarse como una *“tendencia hacia la igualdad y el realismo de las prestaciones del Régimen de la Seguridad Social”* (Alonso, 1963). Y se manifestaba en que a pesar de que junto al Régimen General de la Seguridad Social se mantenían distintos Regímenes, todos ellos presentaban una misma concepción y unos principios homogéneos.

A pesar de tender a la unidad de gestión, la realidad de la permanencia de distintos regímenes aconsejaba el mantenimiento de diversos organismos, con los reajustes necesarios y la creación de algunos nuevos, amoldándose al principio de eficacia de modo que cada uno de ellos actuase en campos diferentes en relación a sus características. Para ello la Ley de Bases preveía la creación de un **Instituto Nacional de Seguridad, Rehabilitación y Accidentes**, donde se refundiesen competencias y organismos diferentes, proceso que duraría varios años (hasta el RDL 1978).

La ley pretendía un *ámbito de cobertura homogéneo* para todos los acogidos al Régimen General, para lo que amplió el campo de aplicación mediante la

generalización de la cobertura a todos los trabajadores por cuenta ajena mayores de 14 años, a los que se equiparaban los socios trabajadores de las cooperativas de producción, y a todos los trabajadores por cuenta propia.

También incorporó criterios flexibles para extender los beneficios a los extranjeros que residían y trabajaban en España: *“quedaran equiparados a los españoles en los términos y condiciones que en cada caso acuerde le Gobierno, los súbditos de países hispanoamericanos, los andorranos, filipinos, portugueses y brasileños que residen en territorio español. Con respecto a los súbditos de los restantes países se estará a lo que se disponga en los Convenios o Acuerdos ratificados o suscritos al efecto o a cuanto le fuere aplicable en virtud de la reciprocidad tácita o expresamente reconocida”*.

Al mismo tiempo se mantenían los regímenes cuya presencia se consideraba imprescindible. Todos estos regímenes solo se enunciaban en la ley *“a los fines de una contemplación conjunta de la Seguridad Social”*, pero tenían una regulación independiente, aunque intentando una máxima homogeneización de principios.

Se consideraban *regímenes especiales*, los encuadrados en los siguientes grupos (Base 3.10):

- A) Funcionarios públicos, civiles y militares
- B) Personal al servicio de los Organismos del Movimiento
- C) Funcionarios de Entidades Estatales autónomas
- D) Socios trabajadores de cooperativas de producción
- E) Servicios domésticos



- F) Trabajadores por cuenta propia o autónomos
- G) Estudiantes
- H) Personal civil no funcionario dependiente de establecimientos militares
- I) Representantes de comercio

Asimismo se consideraran regímenes especiales los que con tal carácter establezcan o autorice el Ministerio de Trabajo, previo informe de la Organización Sindical. Así como los trabajadores del Mar y la Seguridad Social Agraria (agrícolas, forestales y pecuarias, empresarios de pequeñas explotaciones). Estos regímenes se organizarán sobre la base de la solidaridad Nacional, con un adecuado sistema de compensación al que contribuirá el Estado mediante las aportaciones que al efecto se determinen (Base 3.10).

La misma tendencia a la uniformidad, se transmitía a las prestaciones, sobre todo a las de largo plazo que la ley tomó como referencia para establecer un primer nivel uniforme y general de las prestaciones para todos los asegurados en función de la cotización, estableciéndose el *cálculo de la pensión única* en relación a la cuantía de las bases y de los periodos de cotización. También se implantaron compensaciones para garantizar unos niveles mínimos y homogéneos, por encima de los cuales, existían complementos de cuantía variable en función de colectivos profesionales por lo que a nivel práctico la pretendida unidad solo afectaba al nivel mínimo. El principio de unidad también se establecía para las prestaciones por muerte y supervivencia. (Alonso, 1963).

En cuanto al *régimen de protección familiar*, se decidió la integración progresiva en un solo régimen del subsidio y plus familiar, vigentes en el momento de aprobarse la Ley de Bases, sin cambio alguno en la cuantía global de las aportaciones de empresas y trabajadores.

Se partía del concepto de que la Seguridad Social, se instauraba como una función más del Estado, que era el encargado de materializarla, así como de garantizar el amparo y la protección de los trabajadores, funciones y atribuidas al Estado en el Fuero de los Españoles. Este compromiso del Estado, llevó a la *creación de entidades gestoras* con personalidad jurídica propia que se encargarían de la gestión, sin detrimento de la colaboración de las empresas en la gestión, especialmente en el ámbito de accidentes, enfermedad, protección familiar y pago delegado de las prestaciones a corto plazo (Alonso, 1963).

De hecho, la Ley de Bases establecía: “La participación real y efectiva de los trabajadores y empresarios en la gestión de la Seguridad Social, se garantizará a través de sus representantes sindicales y se ajustará a las normas y procedimientos reguladores de la representación sindical” (Base 3).

Más concretamente, en la Base 17, dedicada a la gestión de la Seguridad Social, especifica que las empresas podían intervenir en la gestión de la Seguridad Social, “en la forma que reglamentariamente se determinase, colaborando en los regímenes de enfermedad y protección a la familia, así como en las prestaciones de incapacidad laboral transitoria derivadas de accidente de Trabajo y enfermedades profesionales”. Y respecto a la *gestión del Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades*

*Profesionales*, queda atribuida, en el Régimen General a las Mutualidades Laborales, dentro del campo de sus respectivas competencias, y en los regímenes especiales, a las entidades similares de estructura mutualista. Esta gestión será compatible con la atribuida a las Mutuas Patronales en las condiciones que reglamentariamente se determinen”. Continua apuntando que “Las Mutualidades Laborales tendrán naturaleza de Corporaciones de interés público, integradas por empresas y trabajadores, y tuteladas por el Ministerio de Trabajo para el cumplimiento de los fines que les corresponden como Entidades gestoras de la Seguridad Social, y para dispensar las prestaciones, que de acuerdo con las bases de esta ley, fijasen sus Estatutos respectivos”.

Conforme a lo establecido en la Base 1, la Base 17, preveía la *colaboración de las Organizaciones Sindicales en la gestión de la Seguridad Social* y “garantizaba la real y efectiva participación de los trabajadores y empresarios en los órganos de gobierno de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social, tanto en el Régimen General, como en los Especiales, a través de la oportuna elección efectuada por las Juntas Económicas y Sindicales con arreglo a las normas de procedimiento electoral de la Organización Sindical”.

Respecto de los *Órganos de Gobierno de las Mutualidades Laborales* se mantenía la proporción, de los representantes de los trabajadores en relación con los empresarios, establecida con anterioridad a la vigencia de la ley.

Otras de las Directrices que marcaba la ley era la *supresión del posible ánimo de lucro* de los órganos gestores que existía en el sistema de Seguros Obligatorios,

basados en el lucro mercantil , que quedó derogada en la Base 1.1 que establecía: “La ordenación de la Seguridad Social en ningún caso podrá servir de fundamento a operaciones de lucro mercantil”. Esta ausencia de lucro mercantil se utilizó para explicar la necesidad de gestión pública de la Seguridad Social, y la encomienda de gestión de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales a entidades mutualistas sin ánimo de lucro, actuando bajo la coordinación de una entidad general, estando prohibida por otra parte la gestión de los accidentes de trabajo por parte de compañías de seguros privados, ya que su ánimo de lucro entraba en contradicción con los fines de la Seguridad Social.

La gestión quedó encomendada al INP, que quedó convertida en Entidad Gestora de la Seguridad Social y a las Mutualidades Laborales (Base 17).

La siguiente directriz delimitada por la ley era la referente a la conjunta consideración de las situaciones o *contingencias protegidas*, en base a ella, la ley sustituyó la noción de riesgo (cobertura anterior que dispensaba protecciones distintas en independientes entre sí según el riesgo que hubiese afectado al asegurado), por la de situaciones o contingencias delimitadas, de modo que las distintas prestaciones recibían una consideración global, facilitando de esta manera la uniformidad de las mismas, aunque persistían algunas diferencias, como por ejemplo en la cuantía que se calculaba sobre distintas bases de cotización. En la Base 7.29, bajo la calificación de “**Incapacidad Laboral Transitoria**”, se refundía la protección económica para los supuestos de enfermedad común, enfermedad profesional, accidente fuera o no de trabajo y maternidad”. Asimismo, la ley establecía una prestación económica única por

causas de vejez con un nivel mínimo de pensiones uniformes, para todos los comprendidos en el Régimen General, para las mismas bases y periodos de cotización, que sustituía la dualidad del sistema anterior.

También estableció garantías para las prestaciones, al incorporar el *principio de afiliación única* para la vida de las personas, lo que supuso de facto una afiliación de oficio con el propósito de eliminar duplicidades y fraudes. Además reguló la obligación legal de cotización sobre tipos únicos en función de categorías profesionales, que se aplicaba a todas las situaciones y contingencias cubiertas por la Seguridad Social. Junto a esto se encontraba la uniformidad del proceso recaudatorio, sin perjuicio de que la empresa contemplara la posibilidad de incluir a sus trabajadores salarios de cotización adicionales según bases tarifadas y dentro de los máximos establecidos, para la cobertura de una o varias contingencias, como mejoras voluntarias.

En otro orden de cosas, partiendo del déficit de financiación existente en el régimen anterior, se impulsa la transformación del régimen económico-financiero, para lo cual la Ley de Bases, incorporó *medidas de consolidación financiera* del nuevo sistema, estableciendo un paralelismo entre los periodos de cotización y las pensiones a largo plazo, y entre las bases tarifadas de cotización y las prestaciones. Bases tarifadas que a su vez eran uniformes para todos los seguros, para todo el campo asegurado y para todas las prestaciones.

Al mismo tiempo y siguiendo el procedimiento aconsejado por la Oficina Internacional de Trabajo, se establecía un sistema financiero de reparto de los pagos

anuales en amplios periodos de tiempo, para evitar la modificación continua de las cuotas como estaba pasando cuando se contemplaban los pagos en periodos breves (Alonso, 1964).

. Sin embargo a pesar de lo anterior, la Base 18 dejaba abierta la posibilidad de adoptar otros sistemas de financiación en los regímenes de desempleo y accidentes de trabajo, especificando: Se adoptarán los sistemas de financiación que sus características exijan”, consiguiendo la Seguridad Social convertirse en una empresa nacional (Bayón, 1963) siendo cada vez un sistema más diferente del seguro privado basado en el ahorro y capitalización.

También se prevé la formación de unos fondos de reserva para garantizar el sistema, establecido en la Base 18.79 “se constituirán asimismo fondos de garantía para suplir posibles déficits de cotización o excesos anormales de siniestralidad”.

En este momento, ya estaba asumida la participación del Estado en el sostenimiento del sistema, aunque la financiación debía provenir de las cuotas de los trabajadores y las empresas, la Ley de Bases, consolidó la participación del Estado en los recursos del sistema al consignar unas subvenciones de carácter permanente destinadas a dicho propósito, en los Presupuestos Generales del Estado.

En la Base 18.78 se especifica cuáles deben ser los *recursos para la financiación de la Seguridad Social*:

- a) La cotización de empresas y trabajadores

- b) Las subvenciones del Estado, que se consignaran con carácter permanente en sus Presupuestos Generales y las que se acuerden para atenciones especiales o resulten precisas por exigencias de la coyuntura
- c) Las rentas e intereses de los fondos de reserva
- d) Cualesquiera otros ingresos

El hecho de que el nuevo modelo de Seguridad Social se integrara en un sistema de base universalista, ayudó al cambio de planteamiento en la financiación del Sistema, y la consideración de Servicio Público.

En relación a las numerosas situaciones que pueden producirse, una de las más difíciles y al mismo tiempo de las menos abordadas, comienza “cuando el siniestro ha concluido de surtir sus efectos inmediatos, dejando tras de sí la secuela de una *invalidez permanente*.”

La recuperación física o fisiológica del invalido cuando esta es posible, o en otro caso su readaptación y reentrenamiento para una nueva profesión, son objetivos a cumplir de esta manera. La ley plantea como directriz la “preocupación preferente sobre los servicios de recuperación y rehabilitación”, que sirviera como punto de partida para la creación de unos Servicios Sociales con unas funciones definidas dirigidas a la reeducación y rehabilitación de inválidos, medicina preventiva, higiene y seguridad en el trabajo y una asistencia social para complementar las prestaciones del Sistema y paliar o eliminar los estados de necesidad de las personas incluidas en el campo de aplicación de la Ley, cuando no se acreditase el derecho a las prestaciones o se hubiese agotado el tiempo máximo previsto para su disfrute.

Para ello en la Base 15.66, dedicada a Servicios Sociales, especifica: “como complemento de las prestaciones correspondientes a las situaciones específicamente protegidas por la Seguridad Social, ésta podrá extender su acción a los Servicios Sociales que a continuación se mencionan, estableciendo para ello la oportuna colaboración con las Obras e Instituciones Sindicales especializadas en las mismas:

- a) *Higiene y Seguridad en el Trabajo*, en conexión con los servicios generales de Seguridad e Higiene del Trabajo, que se encargará de la prevención de los riesgos profesionales derivados de los accidentes de trabajo y del trabajador, y por otra parte de las medidas sanitarias y de tutela conducentes a lograr individual o colectivamente un óptimo estado sanitario.
- b) *Medicina Preventiva*. La Seguridad Social, en coordinación con la Sanidad Nacional, podrá efectuar campañas de Medicina Preventiva, así como la preparación y el desarrollo de los programas que se formulen al efecto.
- c) *Reeducación y Rehabilitación de inválidos*, organizando los Centros y Servicios de recuperación fisiológica, reeducación, readaptación y rehabilitación profesional de los trabajadores inválidos.
- d) *Acción formativa*. La Seguridad Social contribuirá a la elevación cultural de los trabajadores y familiares a su cargo, mediante las aportaciones que en forma de boca o bajo otra modalidad, efectúe con destino a las enseñanzas que se cursen en las Universidades Laborales, Centros Sindicales de Formación Profesional, y demás centros o instituciones docentes, creados o que se creen a los fines indicados. También contribuirá al fomento y desarrollo de los estudios



de carácter social en conexión con la Organización Sindical, con la Universidad y demás centros de investigación y docencia.

También la Base 16 (*Régimen de Asistencia*) explicita: “La Seguridad Social podrá dispensar a las personas incluidas en su campo de aplicación y a los familiares o asimilados que de ellos dependan, los servicios y auxilios económicos que en atención a estados y situaciones de necesidad, se consideren precisas, previa demostración, salvo en casos de urgencia, de que el interesado carece de los recursos indispensables para hacer frente a tales estados o situaciones, y comprenderán las que se dispensen por tratamiento o intervenciones especiales, en casos de carácter excepcional, por un determinado facultativo: por pérdida de salarios como consecuencia de la rotura fortuita de aparatos de prótesis; los subsidios de cuantía fija a quienes, agotados los plazos de percepción de prestaciones, en caso de desempleo, continúen en paro forzoso, siempre que carezcan de bienes y de rentas y cualesquiera otra análogas, cuya percepción no esté regulada en las diferentes bases de esta ley”.

La Ley de Bases, supuso la integración de todas las disposiciones de la Seguridad Social dirigidas a un colectivo determinado de población activa, incluidos en el Régimen General, que sirvió como el modelo dirigido a garantizar la protección de los trabajadores por cuenta ajena que era considerado como el ideal de cobertura. No se ocupó específicamente de los Regímenes Especiales y remitió a otras disposiciones.

Pese a la directriz de la Ley de Bases de considerar conjuntamente las situaciones o contingencias protegidas, tanto la **Ley de la Seguridad Social de 1966** (Decreto 907/1966 de 21 de abril - texto articulado de la Ley de Bases-) como las

posteriores, mantuvieron diferencias en la regulación de las prestaciones, en relación a las causas que las producen, de modo que las causadas por contingencias comunes precisaban de un periodo de cotización determinado, y las producidas por contingencias profesionales no requerían cotización previa al hecho causante.

Además en las contingencias profesionales se tenía en consideración el concepto de *“alta de pleno derecho”*, que daba derecho al acceso directo a las prestaciones aun en el caso de que se hubiese incumplido los requisitos de afiliación y alta, mientras que esta automaticidad no se daba en los demás supuestos (García, 1993).

En lo referente al Régimen General de la Seguridad Social, en la actualidad todavía coexiste normativa de periodos históricos muy diferentes que resultan inoperantes, pese a que no han sido definitivamente derogadas, de modo que aún siguen vigentes (total o parcialmente) normas reglamentarias desarrolladas a partir de la primera Ley de la Seguridad Social de 1966 o el Reglamento General de Prestaciones Económicas de la Seguridad Social aprobado ese mismo año, y que constituyen el desarrollo reglamentario de gran parte de las prestaciones del sistema.

Existen además normas posteriores que también tienen vigencia aunque sea parcialmente son: la prestación por Incapacidad Temporal por la Orden de 13 de octubre de 1967, las prestaciones de Invalidez por la Orden de 15 de abril de 1969, la protección de la jubilación en la Orden de 18 de enero de 1967, y la prestación por muerte y supervivencia por la Orden de 13 de febrero de 1967.

Así, desde el año 1967 se fueron desarrollando importantes modificaciones legislativas hasta la aprobación del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, y posteriormente en la reforma realizada por la Ley 24/1972 de 21 de junio, que a fecha de hoy permanecen vigentes, afectando algunos aspectos de las normas reglamentarias precedentes sin haber derogado las mismas. Lo mismo sucede con el Decreto 394/1974 de 31 de enero, especialmente en lo que corresponde a la Incapacidad Permanente.

En resumen, esta etapa se definiría por tres características: la existencia de una publicidad progresiva de los medios de aseguramiento social, hasta su concreción en la Ley de Bases; el aumento de las políticas de protección social de los trabajadores, y por la coexistencia del INP junto a Mutualidades gestoras del aseguramiento social obligatorio de los trabajadores de los distintos sectores, empresas y regímenes especiales, asimismo de ciertas entidades y servicios auxiliares o complementarios (servicios comunes y servicios sociales).

**e) Creación del sistema de Gestión de la Seguridad Social (1978-1994).**

Esta fase que se iniciará con la formación del INSS en 1978 y finalizará en la década de los ochenta.

Pese al objetivo unificador planteado por la anterior legislación, el sistema de Seguridad Social no consiguió de entrada establecer una unidad gestora, lo que hizo necesario la promulgación del Real Decreto-ley 36/1978, sobre **gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo** (Montoya, 1996).

Esta reforma legislativa se basó en los principios de simplificación, racionalización de la gestión, economía de costes, eficacia social y descentralización y conllevó 2 grandes aportaciones:

- La segregación de la prestación a los trabajadores respecto de la política social (recursos educativos y formativos, preventivos y asistenciales).
- La diversificación de la protección social en cuatro grandes núcleos (prestaciones económicas, asistencia sanitaria, servicios sociales, y política de empleo y protección por desempleo), personificadas en la entidades gestoras de la seguridad social.

Así se sustituyó el Instituto Nacional de Previsión y demás organismos existentes (Mutualismo Laboral, Mutualidades Laborales y Entidades Gestoras de estructura mutualista), por las *Entidades Gestoras de la Seguridad Social*: **Instituto Nacional de la Seguridad Social** (INSS) para la gestión y administración de las prestaciones económicas; el **Instituto Nacional de la Salud** (INSALUD) para la administración y gestión de Servicios Sanitarios; el **Instituto Nacional de Servicios Sociales** (INSERSO) para la gestión de las prestaciones complementarias de la Seguridad social; y el **Instituto Nacional de Empleo** (INEM).

Junto a este hecho, se separan además las actuaciones gestoras básicamente instrumentales (aseguramiento o encuadramiento y financiación a cargo de la **Tesorería General de la Seguridad Social**), y las básicamente gestoras de la acción protectora correspondiente a dichas entidades (González del Rey, 2009).

Junto al cambio descrito en la normativa (con la formación de las nuevas entidades gestoras y la extinción de las otras entidades que funcionaban hasta ese momento), podemos añadir por su relevancia, la creación de dos organismos autónomos del Estado pero integrados en el Sistema de la Seguridad Social:

- La **Administración Institucional de la Sanidad Nacional** (Decreto Ley 213/1972), encargada de la gestión de los servicios de prevención y asistencia que tuvieran encomendados.
- Y el **Instituto Nacional de Asistencia Social**, responsable de la gestión de prestaciones y servicios asistenciales ante situaciones de necesidad de carácter general, o para grupos de población en situación especial de riesgo social (infancia, juventud, minusválidos, ancianos y personas en situación de marginalidad). Proveniente del Instituto Nacional de Auxilio Social, se reguló por RD 530/1985 de 8 de abril, asumiendo el grueso de sus funciones el INSERSO. (Fernández Pastrana, 1979).

Otro de los acontecimientos significativos fue la progresiva **transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas** en materia de Servicios Sociales y gestión de pensiones con contributivas, asistencia sanitaria, prevención de riesgos laborales y políticas de empleo y formación profesional.

Uno de los grandes progresos de esta etapa fue la extensión de la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos (Real Decreto 1088/1989), lo que significó la **universalización de la asistencia sanitaria** y de algunas prestaciones económicas (Ley 26/1990 de 20 de diciembre, por la que se

establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas), sobre todo desde la promulgación de la **Ley de Presupuestos Generales del Estado** para 1989, y el desarrollo de las **normas básicas de cotización a la Seguridad Social, Desempleo, Fondo de Garantía salarial y Formación Profesional** (Real Decreto 24/1989).

Tras la delimitación del sistema de Seguridad Social planteada por la Ley 36/1978, el **INSS** se convierte en el gran **órgano gestor de la acción protectora de la Seguridad Social**, en lo referente a las prestaciones económicas y a las contingencias causantes (determinación, reconocimiento y control de las contingencias protegidas y de las prestaciones, asimismo de la dispensación y control de estas), incluido el derecho al reconocimiento de la asistencia sanitaria, fuera de las prestaciones correspondientes al INEM.

Dicha ley, también separa de su organización gestora **las prestaciones por desempleo** integrándolas en el **INEM**, el cual se crea en un principio como organismo Autónomo adscrito al Ministerio de Trabajo, aunque poco después se lo nombra como entidad gestora, en la Ley Básica de Empleo (Ley 51/1980 de 8 de Octubre) para la intermediación pública de la colocación, la formación profesional y el fomento del empleo.

Resumiendo, tras la creación de las grandes áreas de protección y de las Entidades Gestoras, la evolución de la gestión Institucional de la Seguridad Social, viene marcada por varias circunstancias relacionadas entre sí:

- La universalización de determinadas prestaciones.
- La segregación de su financiación impositiva o contributiva.

- Y la transferencia a las Comunidades Autónomas de determinadas competencias relativas a la protección social y la gestión.

El proceso de *universalización* más significativo, es el de la **asistencia sanitaria a personas sin recursos suficientes** (RD 1088/1989 de 28 de agosto y Orden de 13 de noviembre de 1989), así como, la creación de **pensiones no contributivas de jubilación o vejez e invalidez**, condicionada a la existencia de dichas circunstancias y a la falta de recursos de las personas beneficiarias (Ley 26/1990, de 20 de diciembre, y RD 357/1991 de 15 de marzo).

La universalización de estas prestaciones influyó de forma determinante en la separación de las fuentes de financiación del sistema de Seguridad Social, ya que los sistemas de protección universal, conceptualmente se consideran servicios públicos por lo que se les asigna una financiación genérica similar a la de otras actividades del Estado, es decir, de tipo impositivo y segregada de la contribución de origen profesional destinada a la protección de los trabajadores en el caso de pérdidas de renta.

### **1.1.3 SXXI: Situación actual de la Incapacidad Temporal en España.**

#### **a) La Ley General de la Seguridad Social.**

La publicación del Real Decreto Legislativo 1/1994, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad (LGSS), resultó un notable esfuerzo para realizar un texto que englobara la normativa básica de la Seguridad Social en

nuestro país, norma que recoge todas las disposiciones en materia de Seguridad Social (Artículos del 128 al 133).

Este Real decreto ha sido actualizado, siendo el vigente en el momento actual el RD 8/2015 de 30 de Octubre por el que se aprueba el texto refundido de la LGSS y que recoge en sus artículos 169-176 lo referente a la Incapacidad Temporal y del 193-200 lo referente a la Incapacidad Permanente Contributiva.

El desarrollo de la normativa sobre IT quedará especificado en el punto 1.2.1.

**b) La evolución de las Entidades Gestoras de la Seguridad social.**

La evolución de la gestión institucional del Sistema de Seguridad Social y de sus entidades gestoras, supuso que el INSS se consolidase como la gran y casi única entidad gestora de la acción protectora de la Seguridad Social, junto con el Servicio Común de la Tesorería General de la Seguridad Social, a cargo del aseguramiento o encuadramiento y cotización y recaudación (RD 2583/1996 de 13 de noviembre, de estructura y funciones del INSS y RD 1314/1984, de 20 de junio, de estructura y funciones de la TGSS), exceptuando los regímenes especiales, a saber:

- La **Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)**: RD Ley 4/2000, de 20 de junio.
- La **Mutualidad General Judicial (MUGEJU)**: RD Ley 3/2000 de 23 de junio.
- El **Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)**: RD Ley 1/2000, de 9 de junio.



- **Instituto Social de la Marina (ISM):** RD 1414/1981, de 3 de julio, y 2358/1982, de 27 de agosto.

Este proceso, por otra parte, también supuso una restricción en el campo de actuación del INSS con respecto de las contribuciones contributivas, persistiendo algunas de las prestaciones familiares y el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria (arts. 57.1. a LGSS y 27 RD 1335/2005 de 11 de noviembre).

En el mismo sentido general, se produjo progresivamente un empobrecimiento de las funciones del INSALUD, que posteriormente pasó a ser el **Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA)**, regulado por RD 840/2002 de 2 de agosto y RD 1087/2003 de 29 de agosto), con las transferencias de sus competencias a las Comunidades Autónomas, de modo que al INGESA, quedan encomendadas la gestión de la prestaciones sanitarias en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, y con carácter general para todo el territorio nacional mantiene algunas atribuciones en materia de sanidad exterior, inspección, prevención y salud pública.

Similar proceso se produce con el INSERSO, que tras un corto periodo como **Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO)** (RD 1226/2005 de 13 de octubre), al producirse las transferencias, sus competencias quedaron referidas principalmente a la gestión de las prestaciones no contributivas de vejez e invalidez en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla y de las prestaciones complementarias del Sistema referido a Termalismo, vacaciones de la tercera edad, pensiones de ancianidad para emigrantes españoles en el extranjero, etc., así como la protección de

determinados grupos poblacionales con problemas sociales específicos, como son, tercera edad, discapacitados, marginados, mujeres, infancia, minorías étnicas, etc.

En cuanto a la otra gran área de protección, la del desempleo, formó parte de un marco más amplio al ser incluido en el INEM, que posteriormente también fue debilitándose tras la transferencia de gran parte de sus competencias a las Comunidades Autónomas, al no tratarse de materia laboral o de Seguridad Social de competencia estatal (art 149, 7º y 17º CE). Todo lo anterior en referencia a la formación profesional ocupacional, mediación en el mercado de trabajo y colocación, fomento de empleo no constituido por bonificaciones o reducciones en las cotizaciones sociales.

De esta forma, la Entidad Gestora de las prestaciones de desempleo, reintegradas al Sistema de Seguridad Social y en la LGSS, pasó a denominarse **Servicio Público de Empleo (SPEE)** por el RD 1383/2008 de 1 de agosto, de modo que sus competencias también se extendían a la gestión de los programas de políticas de empleo que se ejecuten en un ámbito superior al de una Comunidad Autónoma, o en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, a la formación profesional ocupacional en ejecución de obras y servicios de interés general que sean competencia exclusiva del Estado, y a la intermediación en los flujos migratorios en el mercado de empleo.

Siguiendo el hilo de la evolución, los procesos anteriormente referidos han ido delimitando el ámbito más propio del Sistema de Seguridad Social, especialmente en lo referido a las prestaciones económicas tanto en las de tipo de contingencia y a las contributivas, frente a los ascendentes sistemas nacionales de la Salud (Leyes 14/1986

de 25 de abril y 16/2003 de 28 de mayo), Empleo (Ley 56/2003 de 16 de diciembre), y Formación Profesional para el empleo (LO 5/2002 de 19 de junio y RD 395/2007 de 23 de marzo), o , más reciente, el Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre), con especial incidencia en cuestiones de competencias, gestión institucional y de financiación.

Otro factor que contribuyó al proceso de concentración por descomposición del Sistema de Seguridad Social y de sus Entidades Gestoras, fue la separación de las políticas y medidas preventivas (prevención de riesgos laborales, higiene y salud en el trabajo y seguridad, que se lleva a cabo fundamentalmente por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales de la Seguridad Social, Orden TAS 3623/2006 de 28 de noviembre), de asistenciales y servicios sociales (Discapacidad, Dependencia, y de rehabilitación y recuperación profesional), junto a la derogación de las correspondientes previsiones de la LGSS (art 53 a 56 y 153 a 159), estos últimos referidos a prestaciones de recuperación y empleo selectivo, fueron derogados por la Ley 52/2003 de 10 de diciembre.

**c) Cambios legislativos de la normativa vigente.**

Como se ha apuntado anteriormente, a lo largo de los años se ha realizado un gran esfuerzo normativo, en concreto en el caso de la IT. Se han producido numerosas reformas legislativas en materia de Seguridad Social sobre el Texto Refundido de la LGSS que sería interminable referir, de modo que no ha habido prestación que no haya sido modificada desde la promulgación de la ley, en algunos casos incluso varias veces,

tal es el caso del control de la Incapacidad Temporal. Cronológicamente, podemos nombrar como modificaciones más importantes:

- Ley 24/1972 de 21 de junio, que **reduce la duración máxima de la** entonces denominada **“incapacidad laboral transitoria”** (actual IT), de 18 meses a 6 prorrogables a 6 meses más en determinadas circunstancias.

- Real Decreto 53/1980, de 11 de enero, que **limita la cuantía** de prestación económica por IT percibida por el trabajador desde el 4º al 20º día, pasando desde el 75% al 60% de la base reguladora.

- Real Decreto Ley 5/1992, de 21 de julio, y más adelante la Ley 28/1992, de 24 de noviembre, que **implican al empresario en el pago de la prestación de IT** desde los días 4º al 15º de baja, ambos incluidos.

- Ley 22/1993, de 29 de diciembre, que **autoriza a las Mutuas a colaborar en la gestión de la prestación económica de la IT**, permitiendo la cobertura de los trabajadores autónomos, dejando este último supuesto a la voluntad del trabajador.

- Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social (**LMFSOS**), que **redujo el periodo máximo de IT** previo a la valoración de la incapacidad permanente, de 6 años a 2 años y medio. También se permite a las empresas asegurar la IT derivada de contingencias comunes a través de la Mutua que previamente tuviera asegurada la incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales. Esta norma reformó profundamente la IT e intento reducir los costes del sistema.

- Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el **Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social**, donde se establecen las normas por las se ha de regir la colaboración en la gestión de la Seguridad Social por parte de las Mutuas.

En él se amplían la facultades de las Mutuas para colaborar en la gestión de la IT, de modo que aquellas empresas que tuvieran concertada la cobertura de las Contingencias Profesionales con una Mutua pueden optar por concertar con dicha Mutua también las Contingencias Comunes, que hasta la publicación de este RD, sólo podían ser gestionadas por las Entidades Gestoras INSS/ISM.

- Ley 66/1997, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, **permite dar el alta médica** en el proceso de IT, *“sin perjuicio de las competencias que correspondan a los Servicios de Salud”*, a **los médicos adscritos al INSS**, a efectos exclusivos de las prestaciones económicas de la Seguridad Social y en los términos que reglamentariamente se establezcan.

- Orden de 19 de junio de 1997, modifica determinados aspectos de la **gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por IT**.

. Establece en su art 11 la expedición por parte de la Inspección de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social de un informe trimestral desde el inicio de la IT, donde se expondrán “los extremos que justifiquen la necesidad de mantener el proceso de IT”. Y en su art 12 “prorroga de IT que, una vez alcanzados los 12 meses, para que pueda prorrogarse debe cumplimentarse el correspondiente informe médico con los siguientes aspectos: “dolencias padecidas por el interesado, las limitaciones de

la capacidad funcional del mismo, la presunción medica de que el interesado, dentro del plazo de los 6 meses siguientes, puedes ser dado de alta por curación “

. En su art 13 “requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico”, establece que la negativa infundada a someterse a los reconocimientos médicos dará lugar a la expedición de la propuesta de alta médica, en los términos señalados.

- Ley 6/ 2000 de 23 de junio, de **Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia en Mercado de Bienes y Servicios**, permite la posibilidad de que los médicos de las Mutuas puedan expedir altas médicas en los procesos de IT, derivadas de contingencias comunes, así como proceder a la suspensión de la prestación económica.

- Ley 24/2001, de 27 de diciembre, **LMFOAS**, que redujo la **cuantía de la prestación por IT**, en el supuesto de la extinción del contrato de trabajo, que sería la misma que correspondería en caso de desempleo con derecho a la prestación contributiva.

. Asimismo modificó el art 222 de la LGSS, y dispuso que si durante el proceso de IT se extingue el contrato de trabajo y el trabajador cumple los requisitos para percibir la prestación de desempleo, según el art 207 de La LGSS “se descontará el periodo de percepción de la prestación por desempleo contributivo, como ya consumido, el tiempo que hubiera permanecido en la situación de IT a partir de la fecha de extinción del contrato de trabajo”. El tiempo de IT solo computa como tiempo

de cotización si el trabajador no alcanza el que le es preciso para disfruta de la prestación económica cuando acaece este riesgo.

. También limitó la cuantía por prestaciones económicas de la Seguridad Social, incluyendo la IT, a cargo de las entidades gestora y colaboradoras a dos veces y medio el Salario Mínimo Interprofesional.

- Real Decreto 1251/2001, de 16 de noviembre, que **reconoció como nuevas situaciones protegidas independientes** de la contingencia de IT las derivadas de la **maternidad y del riesgo durante el embarazo**.

- Ley 53/2002 de 30 de diciembre, LMFAOS, que en su disposición adicional trigésimo cuarta, **extiende la acción protectora por riesgos profesionales a los trabajadores autónomos o por cuenta propia**, cobertura que se llevará a cabo por la misma entidad gestora o colaboradora con la que se tenga formalizada la cobertura por incapacidad laboral.

-Real Decreto Ley 2/2003 de Medidas de Reforma Económica, que amplía la **protección por IT para los autónomos**, con nacimiento de la prestación económica de IT por riesgos comunes a partir del 4 día y por riesgos profesionales a partir del día siguiente de la baja.

- Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, donde se especifica el alcance concreto de las contingencias profesionales del trabajador autónomo, contemplándose la figura de accidente de trabajo.

- Orden 399/2004, de 12 de febrero, que ordena que las empresas incorporadas al sistema RED (remisión electrónica de datos) utilicen dicho procedimiento informático para remitir a la entidad gestora o a la Mutua, las copias de los partes médicos de baja, de confirmación, y de alta que les presenten los trabajadores, de la misma manera en que se presentan los documentos de afiliación y cotización en Tesorería General de la Seguridad Social.

- Real Decreto 428/2004, de 12 de marzo, que con la modificación del art 80 del Reglamento de las Mutuas, le reconoce a estas el **derecho a determinar la contingencia de la que deriva la IT** “sin perjuicio del control sanitario de las altas y las bajas médicas por parte de los Servicios Públicos de Salud en los términos y con el alcance establecidos en el RD 575/1997”.

- Ley 40/ 2007 de 4 de diciembre, donde se establece un **nuevo procedimiento de reclamación ante la inspección médica** de los Servicios Públicos de Salud, que pretende incrementar la seguridad jurídica de los ciudadanos en el caso de que una vez transcurridos 12 meses en situación de IT se esté en desacuerdo con el alta médica formulada por la Entidad gestora de la Seguridad Social.

- RD 1430/2009, de 11 de septiembre, en el que se desarrolla la prestación de IT de acuerdo con las pautas establecidas por la Ley 40/2007, de medidas en materia de Seguridad Social.

- RD 38/2010, de 15 de enero por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado en 1995 por el RD 1993/1995 de 7 de diciembre.



- Ley 27/2011, de 1 de agosto, por la que se integra el Régimen Especial de Empleados de Hogar en el Régimen General de la Seguridad Social.

Para finalizar el recorrido histórico de la Seguridad Social en nuestro país, podremos concluir que desde el inicio de los seguros y reaseguros privados, la tendencia general ha sido a que progresivamente la cobertura de la protección social institucional fuera más amplia, y protegiera cada vez más a colectivos de trabajadores, dándole importancia constitucional (art 41 CE).

Por otra parte ha existido una tendencia a la uniformidad de la acción protectora, con la intención final de englobar en el Régimen General a todos los Regímenes especiales, y conseguir que sea la entidad encargada de la prestación la que lleve el control de los procesos, como medida de simplificación y de eficiencia en la gestión.

También se ha procurado ir simplificando progresivamente la administración y la normativa, así como mejorar la eficacia y eficiencia de las prestaciones, que sigue siendo muy compleja. Aun así, vemos con todo lo expuesto la complejidad del sistema y la cantidad de organismos y entidades implicadas con diferentes competencias y, en ocasiones, la no completa coordinación, en una situación cambiante donde las permanentes modificaciones legislativas dificultan la actuación del gestor y de quienes de una u otra forma se hallan implicados en el proceso de la Incapacidad temporal de los trabajadores.

## 1.2 GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN INCAPACIDAD TEMPORAL EN LA ACTUALIDAD.

Las prestaciones por IT protegen a las personas que, en un momento dado, se encuentran imposibilitadas para el trabajo. Se trata pues de un seguro que cubre el riesgo de pérdida de la salud (por enfermedad o accidente), dadas las consecuencias negativas que ello tiene para el desempeño normal de la actividad laboral y la obtención de ingresos económico, por lo que consiste tanto en una **prestación económica** del sistema de Seguridad Social, como **una prestación sanitaria** del Sistema Nacional de Salud, cubriendo de una parte, la incapacidad para realizar la actividad laboral que es la base económica del usuario y, por la otra, la recomendación médica de realizar un reposo y, por lo tanto, de no acudir al puesto de trabajo.

Para ser beneficiario de la prestación de IT, se requiere dos condiciones indispensables:

a) que las consecuencias de la enfermedad o accidente produzcan una alteración de la salud de tal intensidad que, a juicio médico, el paciente esté impedido para el trabajo.

b) que dichas alteraciones precisen asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Se admite, no obstante, que la asistencia sanitaria se preste por medios privados siempre que el control de la situación se realice por el facultativo del Servicio Público de Salud.

### **1.2.1 Normativa básica sobre la prestación por Incapacidad**

#### **Temporal.**

En nuestro ordenamiento jurídico actual la norma que recoge todas las disposiciones en materia de seguridad Social es el Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de Junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (**LGSS**), a la que se han ido incorporando todas las modificaciones y nuevas normas surgidas en el tiempo. Este Real decreto ha sido actualizado, siendo el vigente en el momento actual el RD 8/2015 de 30 de Octubre por el que se aprueba el texto refundido de la LGSS y que recoge en sus artículos 169-176 lo referente a la Incapacidad Temporal y del 193-200 lo referente a la Incapacidad Permanente Contributiva.

#### **a) Concepto del IT según la LGSS (art. 169):**

1. Tendrán la consideración de situaciones determinantes de IT:

- Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y está impedido para el trabajo, con una duración máxima de 365 días, prorrogables por otros 180 días, cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador se dado de alta médica por curación.

Agotado el plazo de duración de 365 días previstos en el párrafo anterior, el INSS, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la IP del trabajador, será el único competente para reconocer la situación la

prorroga expresa con un límite de 180 o bien para determinar la iniciación de un expediente de IP o bien para emitir el alta médica, por curación o por incomparecencia.

De igual modo, el INSS, será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de IT, cuando aquella se produzca en un plazo de 180 días posteriores a la antes citada alta médica, por la misma o similar patología.

➤ Los periodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de 6 meses, prorrogables por otros 6 cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

2) A efectos del periodo máximo de duración de la situación de IT, que se señala en el apartado a del número anterior, y de su posible prórroga, se computarán los de recaída y de observación.

#### **b) Beneficiarios de la prestación .**

1. Estar afiliado y en alta o situación asimilada al alta en un régimen de la Seguridad. Se consideran **situaciones asimiladas al alta** art. 166 LGSS:

➤ La situación legal de desempleo total durante la que el trabajador perciba prestación por dicha contingencia. Asimismo, tendrá la consideración de situación asimilada a la de alta, con cotización, salvo en lo que respecta a los subsidios por riesgo durante el embarazo y por riesgo durante la lactancia natural, la situación del trabajador durante el período correspondiente a

vacaciones anuales retribuidas que no hayan sido disfrutadas por el mismo con anterioridad a la finalización del contrato.

➤ Los casos de excedencia forzosa, suspensión de contrato de trabajo por servicio militar o prestación social sustitutoria, traslado por la empresa fuera del territorio nacional, convenio especial con la Administración de la Seguridad Social y los demás que señale el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, podrán ser asimilados a la situación de alta para determinadas contingencias, con el alcance y condiciones que reglamentariamente se establezcan.

➤ Los trabajadores comprendidos en el campo de aplicación de este Régimen General se considerarán, de pleno derecho, en situación de alta a efectos de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y desempleo, aunque su empresario hubiere incumplido sus obligaciones. Igual norma se aplicará a los exclusivos efectos de la asistencia sanitaria por enfermedad común, maternidad y accidente no laboral.

➤ El Gobierno, a propuesta del Ministro de Empleo y Seguridad Social y previa la determinación de los recursos financieros precisos, podrá extender la presunción de alta a que se refiere el apartado anterior a alguna o algunas de las restantes contingencias reguladas en el presente título.

➤ Lo establecido en los dos apartados anteriores se entenderá sin perjuicio de la obligación de los empresarios de solicitar el alta de sus trabajadores en el Régimen General, conforme a lo dispuesto en el artículo 139, y de la

responsabilidad empresarial que resulte procedente de acuerdo con lo previsto en el artículo siguiente.

➤ Durante las situaciones de huelga y cierre patronal el trabajador permanecerá en situación de alta especial en la Seguridad Social.

2. Tener cubierto un periodo mínimo de cotización, que será diferente según el tipo de contingencia cubierta:

➤ *Enfermedad Común*: es necesario un periodo de cotización de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores al hecho causante. Para la Incapacidad Permanente, el período previo de cotización exigido dependerá del grado de incapacidad que se determine y de la edad que tuviera en el trabajador en el momento del hecho causante de la incapacidad.

➤ *Enfermedad Profesional, Accidente de Trabajo o Accidente No laboral*: no se exige período de cotización previo ni para la prestación de IT ni para la de IP.

**c) Prestación económica (art. 171):**

La prestación consiste en un subsidio cuya cuantía está en función de la base reguladora se fija y determina en la LGSS y en los Reglamentos que la desarrollan, y de los porcentajes aplicables a la misma, que varía en función de la contingencia que haya originado la Incapacidad:

**1. Prestación en caso de enfermedad común o accidente no laboral** (norma general):

- Los tres primeros días corren a cuenta del trabajador (excepto en caso de que la empresa se haga cargo de ellos, según lo pactado en Convenio Colectivo), percibiendo subsidio de incapacidad temporal por parte del sistema de Seguridad Social en estos 3 días.
- 60% de la Base Reguladora desde el 4º día hasta el 20º día inclusive.
- 75% de la Base Reguladora desde el 21º día en adelante.

La base reguladora sería el resultado de dividir el importe de la base de cotización del trabajador en el mes anterior al de la fecha de iniciación de la incapacidad, por el número de días a que dicha cotización se refiere, 30 si tiene salario mensual, o 30, 31 ó 28,29 si tiene salario diario.

Si el trabajador ha ingresado en la empresa en el mismo mes que se ha producido la incapacidad, para la base reguladora, se tomará la base de cotización de dicho mes, por los días efectivamente cotizados.

En caso de contratados a tiempo parcial, cualquiera que sea la duración de la prestación de servicios, la base reguladora diaria será la que resulte de dividir la suma de las bases de cotización acreditadas durante los 3 meses inmediatamente anteriores a la fecha del hecho causante entre el número de días cotizados en dicho periodo

## **2. Prestación por Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional:**

- El trabajador recibirá el 75% de la base reguladora desde el día en que se produzca el nacimiento del derecho (generalmente, el día siguiente al de la

baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja).

La base reguladora en este caso se obtiene por la suma de:

- ✓ La base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior, sin horas extraordinarias, dividida por el número de días que corresponda dicha cotización
- ✓ La cotización por horas extraordinarias del año natural anterior, dividida entre 365 días.

Tanto en caso de Contingencias Profesionales como Comunes, por negociación colectiva en la empresa puede el empresario cubrir los porcentajes que restan para que el trabajador reciba un subsidio equivalente al 100% de la Base Reguladora (Mejora voluntaria de la acción protectora del Régimen General: artículo 191 y siguientes de la LGSS).

**d) Nacimiento del derecho al subsidio (art. 173):**

1. En caso de *accidente de trabajo o enfermedad profesional*: desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja.
2. En caso de *enfermedad común o de accidente no laboral*: el subsidio se abonará, respectivamente, a partir del decimosexto día de baja en el trabajo ocasionada por la enfermedad o el accidente, estando a cargo del empresario



el abono de la prestación al trabajador desde los días cuarto al decimoquinto de baja, ambos inclusive.

Durante las situaciones de huelga y cierre patronal el trabajador no tendrá derecho a la prestación económica por incapacidad temporal.

**e) Extinción del derecho (art. 174):**

El derecho al subsidio por IT se extingue:

- Por el transcurso del plazo máximo establecido para la situación de IT de que se trate.
- Por alta médica del trabajador, con o sin declaración de IP. También se extingue cuando se emite el alta por curación del trabajador o cuando, en el caso de Accidentes de Trabajo o Enfermedades Profesionales, se emite el alta con secuelas constitutivas de posibles lesiones permanentes no invalidantes o secuelas constitutivas de incapacidad permanente parcial. En ambos casos, el trabajador podrá ser beneficiario de una cantidad a tanto alzado, en función de las secuelas.
- Por haber sido reconocido al beneficiario el derecho al percibo de la pensión de jubilación.
- Por la incomparecencia injustificada del beneficiario cuando sea convocado para efectuarle los reconocimientos médicos precisos, al objeto de dictaminar la procedencia de la continuación de IT, por los médicos adscritos al INSS o a la MCSS.

- Por fallecimiento.
- Por no recoger los partes de confirmación: Si bien no aparece en la LGSS como una de las causas legales de extinción del subsidio de IT, no es infrecuente que el trabajador no acuda a recoger los obligatorios partes de confirmación de su proceso de incapacidad temporal a la consulta del médico del Servicio Público de Salud. Aunque no hay un procedimiento normativo al efecto, se considera que cuando no acude a recoger 2 partes de confirmación consecutivos se le debe emitir el alta por incomparecencia desde el Servicio Público de Salud, ya que no es posible constatar que continúa dándose uno de los requisitos esenciales de la prestación de IT, que es debido a enfermedad o accidente esté imposibilitado para el trabajo. En el parte de Alta por incomparecencia deberá figurar como fecha del alta la del primer parte no recogido.

Previamente a la recogida de partes de confirmación, se habrá producido la enfermedad del trabajador y un reconocimiento por el médico del servicio público de salud, en caso de contingencias comunes, que considera conveniente el cese temporal de la actividad laboral del trabajador enfermo, con la extensión del correspondiente parte de baja laboral, para favorecer la recuperación de la salud del trabajador.

Este procedimiento viene regulado: por el art. 1 punto 2 del Real Decreto 575/1997 de 18 de abril, que estipula: “Todo parte médico de baja irá precedido de un reconocimiento médico del trabajador permita la determinación objetiva de la incapacidad temporal para el trabajo habitual a cuyo efecto el médico requerirá al

trabajador los datos necesarios que contribuyan a precisar la patología objeto de diagnóstico”.

Si la IT deriva de contingencias profesionales, el parte de baja lo extenderá el médico de la Mutua que corresponda al trabajador y que haya realizado el reconocimiento médico preceptivo.

**f) Pérdida o suspensión del derecho (art. 175):**

El derecho al subsidio por IT podrá ser denegado, anulado o suspendido en los siguientes supuestos:

1. Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener la prestación.
2. Cuando el beneficiario trabaje por cuenta propia o ajena estando en situación de IT; incluso puede dar lugar a despido por trasgresión de la buena fe contractual.
3. Cuando el beneficiario rechace o abandone el tratamiento sin causa razonable.

En este caso corresponde a la entidad responsable del pago la apertura de un expediente administrativo que contenga argumentación médica justificativa de la decisión tomada.

La prestación se suspende cuando queda acreditado por el Servicio Público de Salud que el beneficiario ha abandonado el tratamiento médico, reponiéndose la prestación cuando reanude el tratamiento, computándose este periodo de suspensión para la duración total de la prestación.

### **Trámites en la gestión de la Incapacidad Temporal.**

Como se ha referido, la IT puede ser originada por una enfermedad o un accidente, y puede ser considerada como derivada de contingencia común o profesional, según el origen de la patología. En función de la consideración de dicha patología, la asistencia sanitaria, el control del proceso y el pago de la prestación corresponde a una u otra entidad de las que configuran el sistema de seguridad social y forman parte del sistema sanitario de nuestro país.

#### **a) Competencia de las entidades en materia de control de la IT.**

Desde el inicio de la prestación hasta el cumplimiento del día 365, la competencia en materia de control de la situación de incapacidad temporal (IT) corresponde a las siguientes entidades:

- *Servicio Público de Salud*, con la expedición de los partes de baja, de confirmación y alta en contingencias comunes, así como en las contingencias comunes que estén cubiertas por el INSS.
- *INSS* que puede emitir el alta médica de la misma manera que la Inspección del Servicio Público de Salud, así como para el inicio de un expediente de IP. Asimismo tiene la competencia para emitir bajas por la misma o similar patología en los 180 días posteriores a la emisión de un alta por inspección.
- *Instituto Social de la Marina*, para la emisión de altas y bajas, así como el inicio de una IP en los trabajadores incluidos en Régimen Especial del Mar.
- *Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social*, en lo concerniente a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, para emitir la baja y el alta. Asimismo

en su cometido de entidad colaboradora, puede hacer propuestas de alta en contingencias comunes.

- *Empresas colaboradoras*, emitiendo partes de baja, confirmación y alta de los trabajadores a su servicio, en el caso de que estas tengan asumidas las competencias en la gestión de la asistencia sanitaria y de la IT derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

Las diferentes modalidades en la gestión y el control de la IT, se producen mientras la duración del proceso sea inferior a 365 días, y a partir de ese momento, solo el INSS o el ISM son competentes para, independientemente de la entidad responsable de la contingencia:

- Determinar la iniciación de un expediente de IP (ya se trate de un proceso de contingencias comunes o profesionales).
- Emitir el alta médica.
- Emitir una nueva baja médica en el plazo de 180 tras una alta médica por Inspección por la misma o similar patología.

La IT puede finalizar por fallecimiento, curación, mejoría o por propuesta de IP, o por incomparecencia, del paciente a los reconocimientos preceptivos a en la recogida de los partes de baja.

#### **b) Expedición del parte de baja.**

El reconocimiento del derecho a la prestación se realiza a partir del “parte de baja laboral” expedido previo reconocimiento médico del trabajador, según el RD 575/1997 que también regula el seguimiento del proceso, especificando la necesidad

de aportar un informe médico complementario en el 3º parte de confirmación, donde se recojan las dolencias y su incidencia sobre la capacidad funcional del trabajador, y la posible duración del proceso. También deberá adjuntarse un informe del mismo tipo con el parte número 4 tras el anterior y en los sucesivos cada 4 semanas. Asimismo la Inspección Médica del Servicio Público de Salud deberá expedir un informe de control trimestralmente que se remitirá a la Entidad Gestora o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, que corresponda.

Los partes médicos de confirmación de la baja, derivada de contingencias comunes o profesionales, serán expedidos por:

- *El facultativo del SPS*, cuando se trate de contingencias comunes y en las contingencias profesionales cuya cobertura esté a cargo de la Entidad gestora (INSS o ISM).
- *Los servicios médicos de la Entidad colaboradora* (Mutua o empresa colaboradora), cuando la causa de la baja médica sea debida a un AT o una EP y el trabajador preste servicios a una empresa que haya concertado la protección de tales contingencias con las mismas, o se trate de un trabajador por cuenta propia que, asimismo, haya concertado con una Mutua la cobertura de la prestación económica de IT por contingencias profesionales. No será necesario remitir, en estos casos, las copias del parte de baja ni a la Inspección Sanitaria del correspondiente SPS, ni a la Entidad gestora.

- *El INSS o el ISM, a través de sus propios médicos, cuando la baja médica se produzca en el plazo de 180 días naturales siguientes al alta médica emitida por la Entidad gestora y se trate de la misma o similar patología.*

### **1.2.2 Financiación de la prestación Incapacidad Temporal.**

Básicamente la financiación de la prestación corre a cargo del INSS y el Instituto Social de la Marina para los trabajadores del Mar (aunque en la gestión también colaboren las MCSS y las Empresas colaboradoras), con la excepción de los casos de enfermedad común o accidente no laboral, en los que la prestación corre a cargo del empresario desde el 4º al 15º día, ambos inclusive.

Existen 2 tipos de pago:

1. **Pago delegado**, por parte de las empresas, en relación de su colaboración obligatoria, que estas se reintegran de las prestaciones abonadas por cuenta del INSS o Mutua, deduciendo el importe de las cuotas. También existe en el caso del INEM, en el caso que el beneficiario este percibiendo la prestación por desempleo.
2. **Pago directo** por el INSS, que se da en las siguientes situaciones:
  - En los periodos de duración de la prórroga expresa del INSS a partir de los 12 meses de duración, salvo que el trabajador está percibiendo la prestación por desempleo.
  - Entidades y organismos excluidos del pago delegado.
  - Empresas de menos de 10 trabajadores, y más de 6 meses consecutivos de abono de IT a un trabajador; a partir de cumplirse los 6 meses, pueden cesar en

la obligación de pago delegado y trasladar la obligación de pago directo al INSS o Mutua.

- Incumplimiento de la obligación patronal de pago delegado.
- Extinción de la relación laboral durante la situación de incapacidad temporal, iniciándose el pago directo de la prestación por el INSS o Mutua, a partir de la fecha de la extinción de la relación laboral, aunque en dicho momento, si deriva de contingencias comunes, no se haya cumplido el decimosexto día de la baja, pero sí haya transcurrido la espera de los tres primeros días de incapacidad.
- Continuación de la situación de incapacidad temporal, una vez extinguido el periodo de percepción de la prestación por desempleo; el INEM cesa en el pago directo, y se inicia el pago directo por el INSS.

### **1.2.3 El control y gestión de la Incapacidad Temporal por la Mutua**

El control de la IT por contingencia común y el pago de dicha prestación por cargo de las Mutuas de Accidentes y Enfermedades Profesionales (actualmente llamadas Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social -MCSS-), parte del año 1995 y se llevará a cabo siempre con la condición de que el empresario lo concierte por escrito y previa consulta a los representantes de los trabajadores (Art. 69, RD 1993/95; Reglamento Colaboración de las MATEPSS Art. 35 Ley 42/1994).

Es decir, la Mutua podrá realizar estas funciones, tras petición del empresario en el momento de formalizar con la misma la cobertura de las contingencias



profesionales o cuando cumpla dicho concierto. Su duración será anual y asumirá lo siguiente:

1. El **pago de la prestación económica** por IT derivada de contingencias comunes, en lugar del INSS, **a partir del día 16 de la baja**.
2. El **coste de las gestiones administrativas** que la Mutua realice en relación con estas prestaciones.
3. El **coste de la prestación sanitaria** a partir del día 16 de baja, con el consentimiento del trabajador/a y condicionado a la existencia de lista de espera en el Sistema Público (Art. 82, RD 576/97).
4. La **revisión del estado de salud del trabajador**, mientras dure la baja, guardando la confidencialidad de los datos clínicos. El trabajador/a no se podrá negar a realizarla, y la negativa infundada puede dar lugar a la propuesta de alta (Art. 3, 4 y 6, RD 576/97).
5. La posibilidad de hacer **propuesta de alta médica** al Sistema Público de Salud. La MCSS no podrá dar el alta directamente.
6. La **posibilidad de anular y suspender el pago de subsidio** de baja por IT si no se cumplen: el período de carencia, el alta a la Seguridad Social o el estar al corriente de cotización (Art. 5 y 6 bis, RD 575/97). En este último caso asumirá el subsidio el propio INSS, que demandará sus obligaciones a la empresa (Art. 80, RD 1993/95).
7. En el caso de que el trabajador que se encuentra en estado de IT finalice su contrato de trabajo, la Mutua seguirá controlando el estado de esa baja (por

ejemplo mediante revisiones médicas, posibilidad de realizar propuesta de alta, etc.), aún después de la fecha de finalización del contrato.

La empresa no podrá contratar la ITCC con una Mutua diferente a la que ya está cubriendo las contingencias profesionales. Tampoco podrá contratar este servicio, en ningún caso, con una empresa privada (Art. 69, RD 1993/95).

Cuando la Mutua declare improcedente la baja, percibirá las cantidades indebidamente abonadas al trabajador/a, es decir, el trabajador deberá devolver el dinero percibido.

La Mutua podrá solicitar al INSS el alta del trabajador/a. Esta propuesta se remitirá a través de la Inspección Médica de los servicios públicos de salud, al facultativo del servicio público de salud, para que se pronuncie respecto a la misma. Si éste no lo hace, y la Inspección Médica lo considera conveniente, ésta puede acordar el alta o la continuación de la baja.

Una vez recibida **la notificación de baja**, harán la declaración del derecho al subsidio, previo examen o revisión médica del trabajador/a, y en consecuencia podrán: aceptar, denegar, suspender, anular o extinguir el subsidio por IT a lo largo de todo el proceso de baja.

Los **partes de confirmación** mensuales deberán ir acompañados de un parte de exploración del médico de cabecera, con diagnóstico, marcha del tratamiento y previsión de duración de la baja.

Los **reconocimientos médicos de la Mutua** sólo podrán practicarse a partir del día 16º de baja, que es el día en el cual la entidad que gestiona la IT asume el pago del

subsidio (Art. 20.4, RDL 1/1995 ET). En los primeros 15 días de baja, los reconocimientos médicos se pueden realizar a instancia del empresario, y su coste corre a su cargo (Art. 3, RD 575/97). Deben basarse en los datos que fundamenten el parte médico de baja y los partes de confirmación de la baja, así como en los derivados específicamente de los últimos reconocimientos y dictámenes realizados por el personal médico del servicio público de salud y/o Mutua. Y para que los reconocimientos médicos cuenten con el mayor respaldo técnico posible, se pondrá a disposición de los médicos a los que competen dichas actuaciones tablas de duración media de las distintas patologías susceptibles de generar incapacidades laborales (Art. 3, RD 575/97).

Cuando la Mutua tenga encomendada la gestión económica contingencia común, podrá ofrecer asistencia sanitaria al paciente, con la finalidad de adelantar la curación y por tanto el **alta médica**. Esta asistencia sanitaria, en todos los casos, debe contar con el consentimiento del trabajador/a, y siempre es voluntaria.

También será la competente para realizar los actos de **declaración, denegación, extinción, modificación, anulación y suspensión del subsidio de IT** (Art. 80, RD 1993/95). Estos actos, deberán ser siempre motivados y por escrito, quedando condicionada la eficacia de los mismos a la notificación a los beneficiarios, así como a sus empresarios, además de contar con la aprobación expresa del Sistema Público cuando dichos actos requieran el alta correspondiente.

Las **entidades competentes para realizar las propuestas de alta** son (Arts. 5 y 6 bis. R.D. 575/97):

1. Las entidades gestoras de la Seguridad Social (Arts. 14 y 15. Orden 19 de junio de 1997)
2. Las MCSS.

Se podrá formular la propuesta motivada de alta médica cuando consideren, las entidades gestoras y las Mutuas, que el trabajador/a puede no estar impedido para el trabajo, a la vista de los datos contenidos en (Arts. 5, RD 575/97): los partes de baja, los partes de confirmación, el informe médico complementario y el informe de control.

El alta se debe remitir a las unidades de inspección médica de los servicios públicos de salud, para su entrega a los facultativos o servicios médicos correspondientes.

Las unidades de inspección médica de los servicios públicos de salud, harán llegar las **propuestas de alta médica** a los facultativos o servicios médicos correspondientes, y estos, tendrán un plazo de 10 días para pronunciarse sobre:

- La confirmación de la baja médica, señalando las atenciones o controles médicos accesorios.
- Admitir la propuesta de alta, expidiendo el parte de alta médica.

En caso de silencio administrativo o discrepancia médica, la Inspección Médica podrá acordar:

- La confirmación de la baja médica, y comunicará, en todo caso y dentro del plazo de los 5 días siguientes, la actuación realizada a la entidad gestora o a la MCSS, según corresponda.

- El alta médica, efectiva e inmediata, y comunicará, en todo caso y dentro del plazo de los 5 días siguientes, la actuación realizada a la entidad gestora o a la MCSS según corresponda (Art. 5.2, RD 575/97)

Si se acuerda el alta médica, ya sea por los facultativos o servicios médicos correspondientes, o bien por la Inspección Médica del correspondiente Servicio Público de Salud, se deberá comunicar la misma:

- A las entidades Gestoras de la Seguridad Social.
- Al trabajador/a.
- A las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

### **1.3 COSTE DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN ESPAÑA.**

Existe una preocupación por el gasto que suponen los procesos de IT en nuestro país que ha ido aumentando progresivamente con los años, por ello la Administración ha tomado diversas iniciativas para hacer más eficaz la gestión de las bajas con la contratación de personal cualificado para reforzar la capacidad de gestión de las mismas por parte del INSS y de las MCSS. Asimismo el Ministerio de Empleo y Seguridad Social firmó convenios con las Comunidades Autónomas, con un aumento de los recursos que éstas pueden usar para mejorar sus programas de prevención sanitaria y des lucha contra el fraude.

Hasta el año 1996, el total de las contingencias comunes estaban controladas por las Entidades Gestoras de la Seguridad Social. Desde 1997, cuando las Mutuas

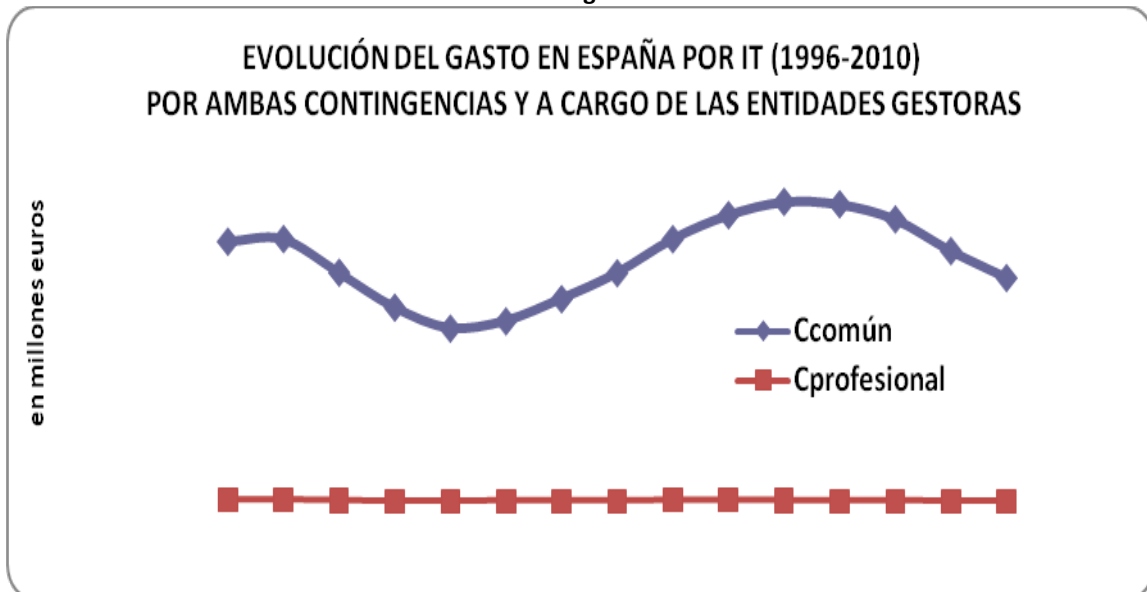
comienzan a participar en el control de las contingencias comunes, se produce un aumento progresivo y sustancial del gasto en IT controlada por las Mutuas. También se produce un aumento progresivo del gato de las Contingencias profesionales con control por dichas mutuas, aunque dicho incremento no es tan pronunciado, mientras el gasto por Contingencias Profesionales en las Entidades Gestoras, se mantiene más o menos estable.

Tabla 1: evolución del gasto en IT en España 1996-2010 por entidad y tipo de contingencia

ENTIDAD	ENTIDADES GESTORAS			MUTUAS			TOTAL		
	TOTAL	CC	CP	TOTAL	CC	CP	TOTAL	CC	CP
año 1996	3.038,7	2.976,6	62,2	337,2	0,0	337,2	3.375,9	2.976,6	399,4
año 1997	3.071,7	3.005,9	65,9	442,1	78,8	363,4	3.513,9	3.084,6	429,2
año 1998	2.686,1	2.628,1	58,0	630,6	230,2	400,4	3.316,7	2.858,3	458,4
año 1999	2.286,4	2.235,3	51,1	876,9	419,4	457,5	3.163,3	2.654,7	508,5
año 2000	2.053,3	2.000,3	52,9	1.280,4	738,9	541,5	3.333,6	2.739,2	594,4
año 2001	2.137,1	2.081,3	55,8	2.141,2	1.452,9	688,3	4.278,3	3.534,2	744,1
año 2002	2.386,3	2.330,8	55,5	2.368,2	1.640,0	728,2	4.754,5	3.970,8	783,7
año 2003	2.676,6	2.622,1	54,6	2.477,6	1.716,2	761,4	5.154,2	4.338,2	816,0
año 2004	3.064,9	3.003,6	61,3	2.765,3	1.968,1	797,2	5.830,2	4.971,7	858,5
año 2005	3.336,5	3.274,0	62,6	3.070,2	2.216,3	853,9	6.406,7	5.490,2	916,5
año 2006	3.481,2	3.422,6	58,5	3.369,3	2.447,8	921,6	6.850,5	5.870,4	980,1
año 2007	3.451,3	3.396,1	55,3	3.802,3	2.791,8	1.010,4	7.253,6	6.187,9	1.065,7
año 2008	3.282,3	3.226,7	55,6	4.251,6	3.240,8	1.010,8	7.533,9	6.467,5	1.066,4
año 2009	2.924,5	2.871,1	53,4	4.086,0	3.259,3	826,8	7.010,5	6.130,4	880,2
año 2010	2.619,4	2.568,5	50,9	4.113,6	3.310,0	803,6	6.733,0	5.878,5	854,5

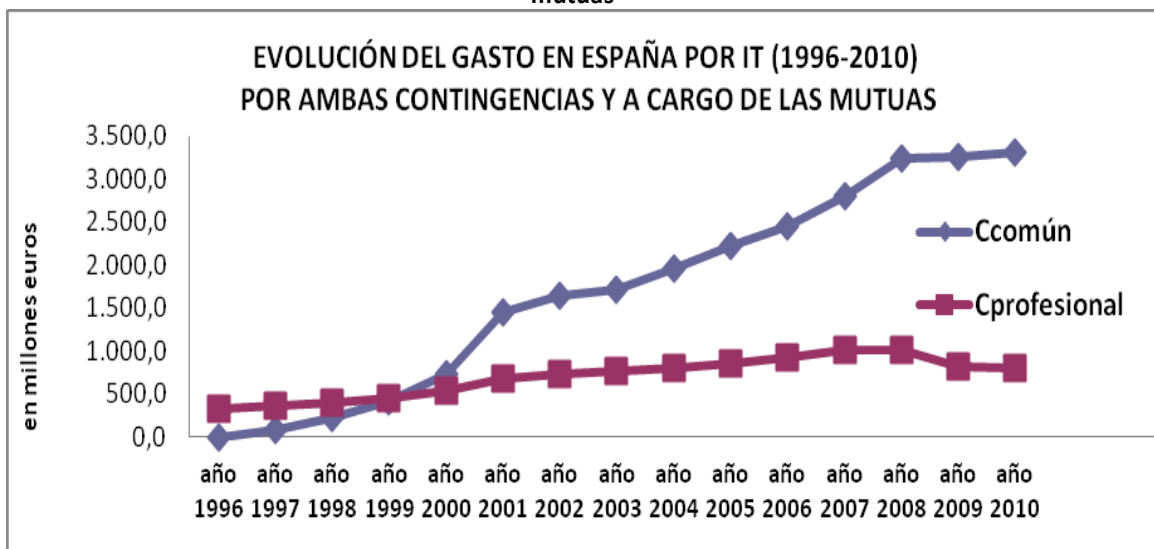
En general podemos concluir que hay un aumento progresivo y significativo del gasto total de esta prestación. Si diferenciamos entre Contingencias Comunes y Contingencias Profesionales, apreciamos que hay oscilaciones en el gasto, más acusadas en las primeras, con tendencia a la disminución más significativa a partir de 2009.

Gráfica 1: Evolución del gasto en España por IT (1996-2010) por ambas contingencias y a cargo de las entidades gestoras



En la gráfica anterior queda representada la evolución del gasto en IT, a cargo de las Entidades Gestoras, donde se puede apreciar una evolución oscilante en las Contingencias Comunes relevándose periodos de aumento con otros de descenso, para al final del periodo estudiado mantener una tendencia constante de disminución. En cuanto a las Contingencias Profesionales la evolución del gasto se mantiene más estable sin grandes oscilaciones durante el periodo estudiado.

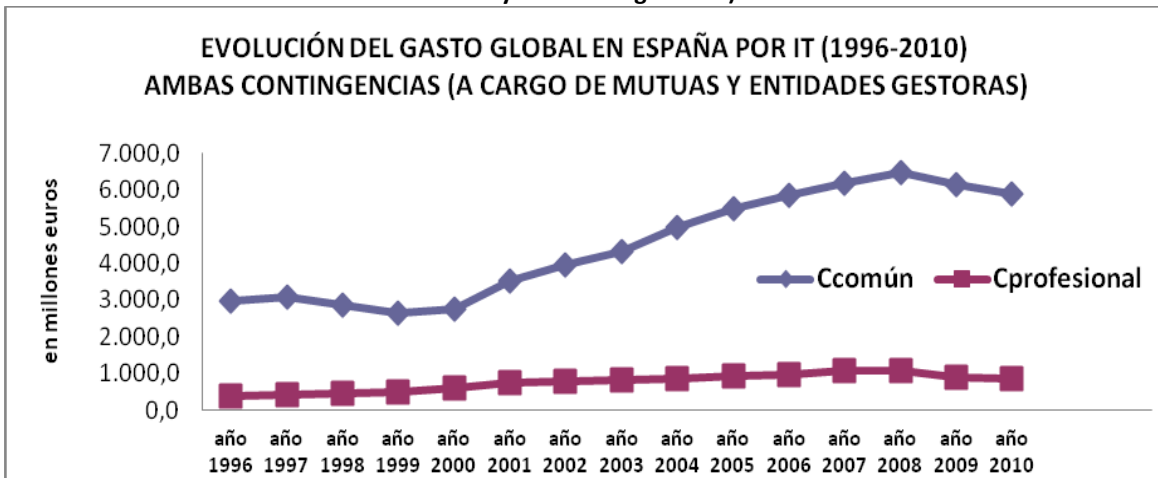
Gráfica 2: Evolución del gasto en España por IT (1996-2010) por ambas contingencias y a cargo de las mutuas



El gráfico muestra la evolución del gasto en IT a cargo de las Mutuas, en la que se puede apreciar, el aumento progresivo correspondiente a las Contingencias Comunes, más acusado a partir del año 97, momento en el que se transfiere a las Mutuas el control de la IT por Contingencias Comunes, produciéndose un aumento progresivo y significativo del gasto, con una contención de dicho aumento al final del periodo estudiado. En las Contingencias Profesionales, la evolución del gasto es más estable con oscilaciones menos significativas durante el periodo estudiado.



Gráfica 3: Evolución del gasto en España por IT (1996-2010 por ambas contingencias (a cargo de mutuas y entidades gestoras)



En la gráfica anterior, se aprecia el comportamiento global del gasto en IT, a cargo tanto de las Entidades Gestoras como las Mutuas, apreciándose una estabilidad en el gasto de las Contingencias Profesionales a los largo del periodo estudiado, con mínimas oscilaciones, mientras que el gasto en la IT derivada de contingencias Comunes, se produce una aumento significativo y progresivo del gasto , con alguna oscilación, produciéndose al final del periodo estudiado una tendencia a la disminución de dicho gasto.

Tabla 2: Evolución del incremento del gasto en IT en España durante el periodo 1996-2010

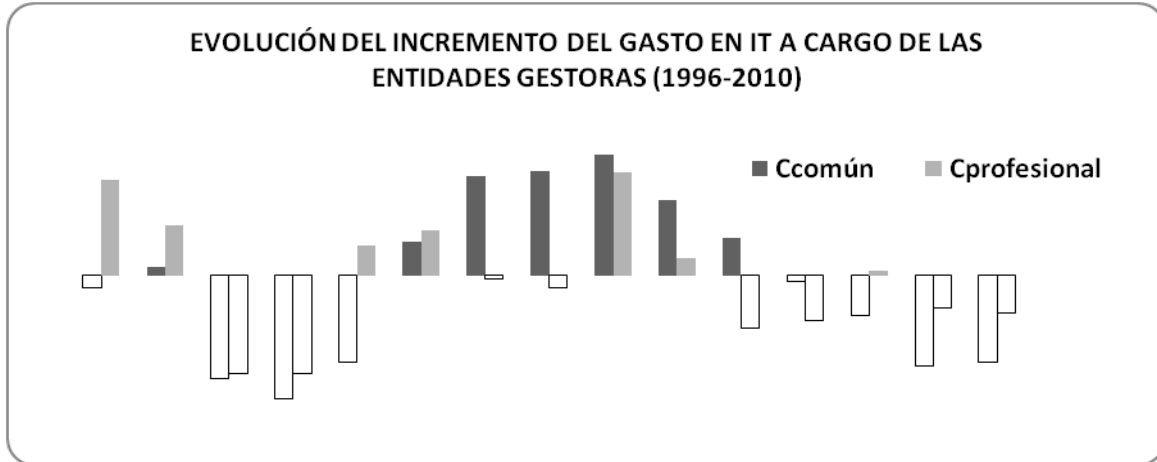
AÑO	ENTIDADES GESTORAS			MUTUAS			GASTO GLOBAL		
	TOTAL	CC	CP	TOTAL	CC	CP	TOTAL	CC	CP
año 1996	-1,3	- 1,54	11,43	13,96	0	13,96	0,04	- 1,54	13,56
año 1997	1,09	0,98	5,96	31,12	0	7,76	4,09	3,63	7,48
año 1998	-12,56	-12,57	-11,92	42,64	192,3	10,2	-5,61	-7,34	6,8
año 1999	-14,88	-14,94	-11,95	39,05	82,18	14,25	-4,63	-7,12	10,93
año 2000	-10,2	-10,51	3,6	46,02	76,17	18,37	5,39	3,18	16,88
año 2001	4,08	4,05	5,36	67,23	96,62	27,12	28,34	29,02	25,19
año 2002	11,66	11,99	-0,46	10,6	12,88	5,79	11,13	12,35	5,32
año 2003	12,17	12,49	-1,62	4,62	4,64	4,56	8,41	9,25	4,13
año 2004	14,51	14,55	12,35	11,61	14,68	4,7	13,11	14,6	5,21
año 2005	8,86	9	2,02	11,03	12,61	7,12	9,89	10,43	6,76
año 2006	4,33	4,54	-6,47	9,74	10,45	7,92	6,93	6,92	6,94
año 2007	-0,86	-0,78	-5,54	12,85	14,06	9,54	5,88	5,41	8,74
año 2008	-4,9	-4,99	0,52	11,82	16,08	0,03	3,86	4,52	0,06
año 2009	-10,9	-11,02	-3,94	-3,89	0,57	-18,21	-6,95	-5,21	-17,46
año 2010	-10,43	-10,54	-4,68	0,67	1,56	-2,8	-3,96	-4,11	-2,91

En la IT controlada por las Entidades Gestoras hasta el año 2000 se aprecia una disminución del gasto, con un pico en los años 1998, 1999 y 2000, año a partir del cual se aprecia un aumento en el gasto, con un pico máximo en el año 2004 con un aumento del 14,51%. Es a partir de este momento, cuando se ponen en marcha políticas para el control del gasto, que repercute en un descenso progresivo del mismo hasta el año 2010, periodo del estudio.

En lo referido a las Mutuas, el aumento en el gasto se produce de forma muy significativa a partir del año 1997, donde dichas entidades adquieren también el control de la IT por Contingencias Comunes, con un pico máximo en 2001, produciéndose en los años siguientes oscilaciones menos significativas.

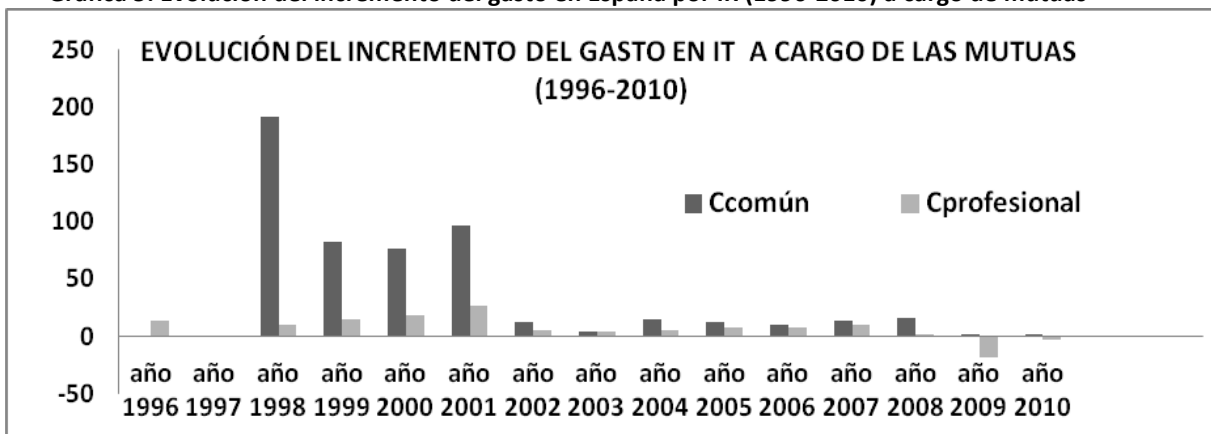
El total del gasto sigue una línea concordante con lo ya referido.

Gráfica 4: Evolución del incremento del gasto en IT (1996-2010) a cargo de entidades gestoras)



La gráfica anterior, nos muestra la representación gráfica de lo expuesto en la tabla anterior, sobre incremento del gasto en IT, controlada por las entidades gestoras, apreciándose un descenso significativo en los años 98; 99; y 2000, con un aumento progresivo en los años siguientes, para volver a una dinámica descendente progresiva a partir del año 2005, hasta el 2010, año en que finaliza el estudio.

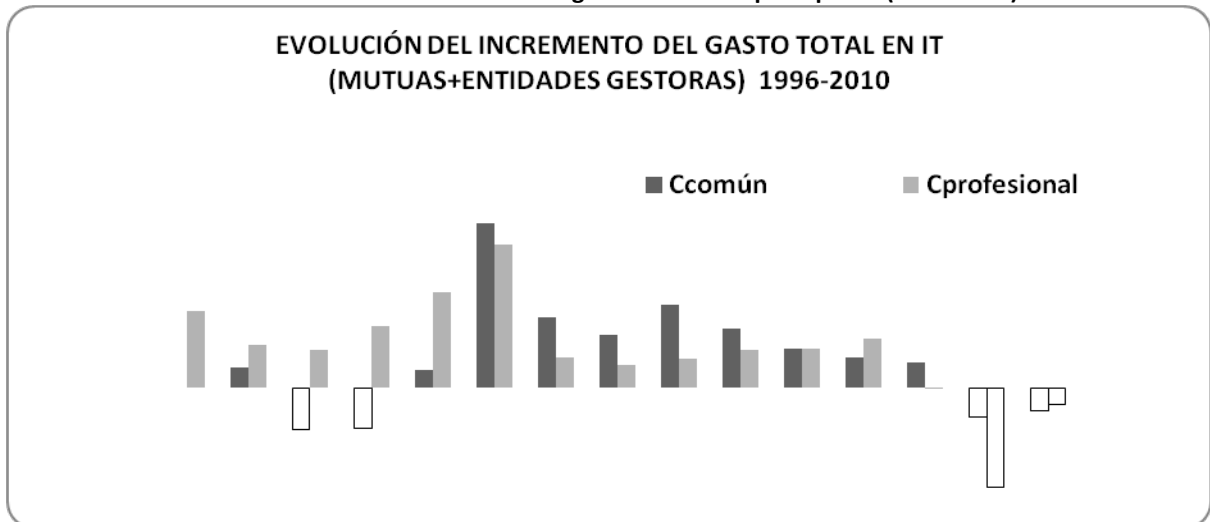
Gráfica 5: Evolución del incremento del gasto en España por IR (1996-2010) a cargo de mutuas



La gráfica anterior muestra la representación gráfica de la evolución del gasto de la IT controlada por las Mutuas, que comienza en 1998, momento en que empiezan tener potestad para dicho control, reflejándose en la gráfica un descenso progresivo en el gasto siendo el descenso más pronunciado a partir del año 2002, con pequeñas

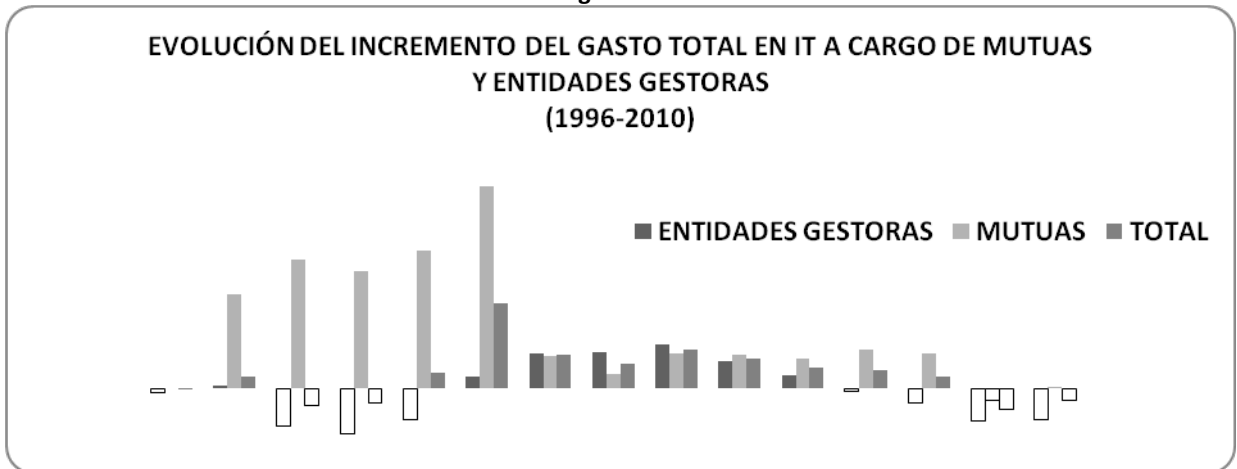
oscilaciones en los años siguientes, hasta el 2009 en que el descenso se hace ms constante.

Gráfica 6: Evolución del incremento del gasto total en España por IT (1996-2010)



Representación gráfica de la evolución del gasto total de IT teniendo en cuenta las controladas por Entidades Gestoras y las Mutuas, en la que se aprecia , un pico significativo de aumento tanto en Contingencias Comunes como en las Profesionales en el año 2001, para producirse posteriormente un control en el gasto más significativo en las Contingencias Profesionales, produciéndose en los años finales del estudio un descenso del gasto en ambas contingencias , siendo más acusado en las profesionales en el año 2009.

Gráfica 7: Evolución del incremento del gasto total en España por IT (1996-2010) a cargo de mutuas y entidades gestoras



En la gráfica anterior, se representa el incremento en el gasto total en IT, apreciándose un incremento significativo de dicho gasto en las Mutuas, sobre todo en los primeros años del estudio que coinciden con el traspaso de competencias sobre la IT por Contingencias Comunes a las mismas, produciéndose un pico en el año 2001, con un control en dicho aumento en los años posteriores del estudio. En las Entidades Gestoras la evolución varía y oscila, produciéndose también un pico de aumento en 2002 aunque menos significativo que en las Mutuas.

#### 1.4 REVISIÓN DE LA JURISPRUDENCIA ESPAÑOLA EN INCAPACIDAD TEMPORAL DURANTE EL PERIODO 1995-2010.

La Medicina y el Derecho, son ramas del conocimiento que lejos de caminar de una forma independiente, son cada vez materias más interconectadas. Este hecho, que en Medicina afecta a cualquiera de las especialidades médicas, es de especial

trascendencia en Medicina del Trabajo puesto que es la única especialidad regulada en su composición y funcionamiento por un amplio marco legislativo y donde el profesional de la medicina toma parte día a día en actuaciones administrativas de relevancia jurídica posterior. Conviene pues familiarizarse con la búsqueda jurídica y jurisprudencial en Medicina del trabajo a través de los Portales jurídicos con acceso a bases de datos, como ya se hace de forma habitual en la búsqueda bibliométrica y bibliográfica a través de los portales médicos, entre los que sin duda es Pub-Med el referente para la profesión sanitaria (Vicente-Herrero et al, 2010).

Las Bases de datos jurídicas, son herramientas imprescindibles para el ejercicio profesional en el mundo del derecho. Son bases creadas con el objetivo de buscar cualquier información relacionada con el ámbito jurídico en general. Incluyen legislación, jurisprudencia, doctrina, sentencias, formularios...

La búsqueda puede hacerse de diversas formas, aunque quizás lo más práctico es el uso de palabras clave de patologías y, especialmente, la combinación de términos de búsqueda.

Dicha búsqueda jurisprudencial aporta información de interés, especialmente en aquellos aspectos más conflictivos, como son los de incapacidad laboral en cualquiera de sus grados y los de discapacidad (anteriormente denominada minusvalía) (Vicente-Herrero, Terradillos, Capdevila et al., 2013a).

En este caso concreto, la búsqueda se ha centrado en el concepto incapacidad y en sus tipos. También se puede recurrir a la búsqueda por objetivos concretos como: por la relevancia jurídica de las sentencias, por materias, por tribunales, por su

evolución en años, por ponente, por ubicación geográfica o por cualquier otra vía de búsqueda que aporte información de interés médico-laboral ante las situaciones concretas a analizar.

Se trata en cualquier caso de una búsqueda personalizada y ajustada a objetivos concretos que complementen y apoyen la visión médico laboral de determinadas enfermedades o de los conflictos que generan para la práctica diaria del Médico.

Cuando la revisión jurisprudencial se centra en el concepto de incapacidad laboral, se encuentra un importante volumen de sentencias durante el periodo de tiempo referenciado 1995-2010, tanto como concepto global, como cuando se especifica incapacidad temporal o incapacidad permanente dejando patente que constituye uno de los aspectos más debatidos en los tribunales españoles con las implicaciones sociales, laborales y judiciales que comportan para las personas afectadas, para sus empresas y para la sociedad en su conjunto, tal y como se aprecia en la tabla.

En el periodo de tiempo revisado, el concepto global de incapacidad, ha generado 545.419 sentencias, de las cuales, 170.656 corresponden al concepto de incapacidad laboral (como concepto genérico), 145.427 al concepto de incapacidad temporal y por el de incapacidad permanente, que es el mayoritario, un total de 229.336 sentencias.

**Tabla 3: Jurisprudencia global en España por incapacidad laboral 1995-2010**

Incapacidad laboral (concepto genérico)	170.656
Incapacidad temporal	145.427
Incapacidad permanente	229.336
<b>TOTAL</b>	<b>545.419</b>

Por años, la mayor litigiosidad corresponde al periodo comprendido entre los años 2007 y 2009, superando en estos años las 60.000 sentencias por este motivo.

**Tabla 4: Revisión jurisprudencial en Incapacidad (1995-2010)**

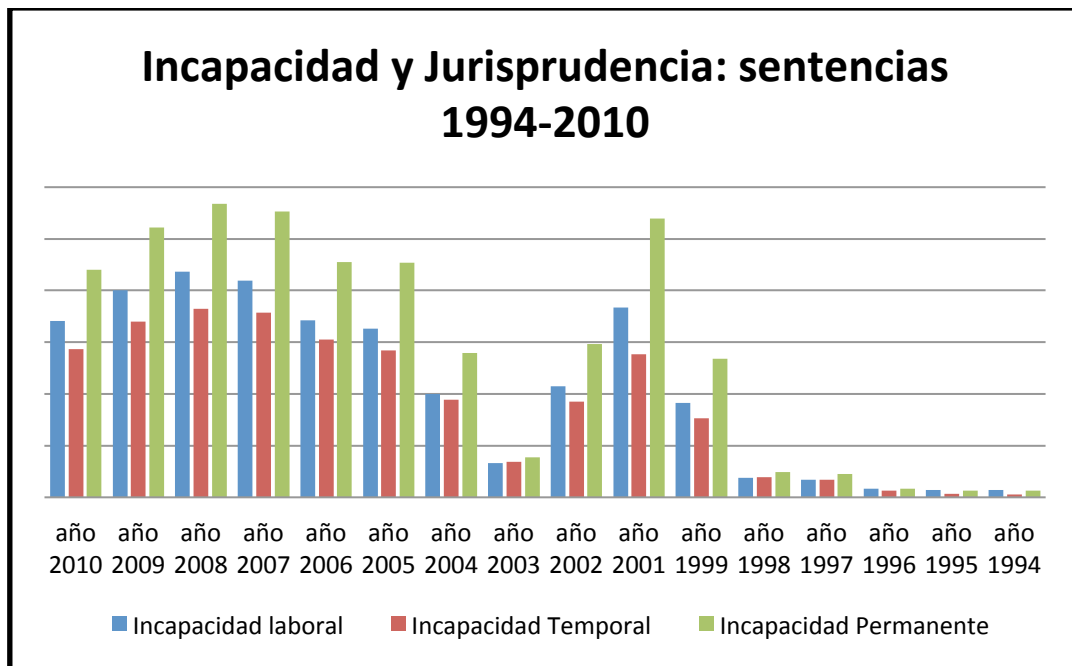
Concepto de Búsqueda	Número de sentencias por años															
	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995
Incapacidad laboral	17031	20044	21825	20955	17128	16335	10017	3316	10716	18353	9123	1863	1673	811	732	734
Incapacidad Temporal	14356	16971	18217	17875	15247	14219	9442	3412	9248	13859	7648	1971	1695	629	362	276
Incapacidad Permanente	21996	26106	28363	27635	22726	22721	13931	3842	14847	26980	13381	2439	2231	847	652	639
<b>TOTALES</b>	<b>53383</b>	<b>63121</b>	<b>68405</b>	<b>66465</b>	<b>55101</b>	<b>53275</b>	<b>33390</b>	<b>10570</b>	<b>34811</b>	<b>59192</b>	<b>30152</b>	<b>6273</b>	<b>5599</b>	<b>2287</b>	<b>1746</b>	<b>1649</b>

Fuente.- <http://www.westlawinsignis.es/maf/app/authentication/formLogin>. Búsqueda realizada en agosto de 2013. (he quitado el vínculo)

La evolución por años en este grupo de sentencias muestra un incremento paulatino desde el año 1995 hasta el 2007, con la excepción del año 2003 en el que hay un marcado descenso en el número de sentencias por todos los conceptos reseñados, estabilizándose posteriormente hasta 2008, para decrecer levemente en los años 2009 y 2010.



Gráfica 8.- La incapacidad en la jurisprudencia española (1995-2010)



### 1.5 COMPARATIVA INTERNACIONAL DE LA PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL EN EUROPA.

Siguiendo el trabajo realizado en 2010-2011 por el Grupo de Investigación de Medicina del Trabajo-GIMT (Vicente-Herrero et al, 2010), se puede apreciar cómo, en los diferentes países europeos, podemos encontrar una gran diversidad de sistemas de protección social y también de protección de contingencias derivadas de enfermedad común, aunque dentro de la diversidad podemos establecer grupos según la tipología de los sistemas de protección de modo que podamos comparar y analizar la eficacia en la gestión de las correspondientes prestaciones económicas.

Con este objetivo se realizará el estudio de las diferentes normas de ámbito social en treinta países europeos: los 27 países que conforman la Unión Europea

(Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre, República Checa, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumanía, Suecia y Reino Unido) y los tres del Espacio Económico Europeo (Islandia, Noruega y Suiza).

En general, todos los países de la Unión Europea tienen esquemas solidarios de recuperación y compensación económica para los trabajadores que no pueden acudir a su puesto de trabajo por padecer una enfermedad, es decir, son sistemas de prestación de IT. No obstante, existe gran diversidad en cuanto a los requisitos y prestaciones en cada país fundamentalmente en lo referido a tres aspectos:

1. Hay diferencias según se cuál sea la **causa** de la enfermedad: las prestaciones y requisitos varían en función de si el origen de la baja laboral es consecuencia de contingencia profesional o por el contrario de contingencia común.

Como regla general, cuando se trata de una contingencia profesional, las prestaciones económicas de sustitución de las rentas salariales son mayores que cuando la ausencia al trabajo por enfermedad se debe a una causa no relacionada con la actividad laboral. También la prestación sanitaria tiende a ser diferente desde el punto de vista organizativo según se la contingencia de origen de la baja médica.

Tabla 5: Estatus de los autónomos en los sistemas públicos de prestaciones económicas por ITCC

	Alemania	Austria	Bélgica	Bulgaria	Chipre	Dinamarca	Eslovaquia	Eslovenia	España	Estonia	Finlandia	Francia	Grecia	Hungría	Irlanda	Islandia	Italia	Letonia	Lituania	Luxemburgo	Malta	Noruega	Países Bajos	Polonia	Portugal	Reino Unido	República Checa	Rumanía	Suecia	Suiza
Obligatorio	1	1																												
Voluntario																														
Ninguno													2		3															

- 1.- Salvo para los autónomos del sector primario, que no tienen protección.
- 2.- Salvo para los autónomos del sector primario, cuya afiliación es obligatoria.
- 3.- Los pescadores tienen un esquema de protección voluntario.

Fuente: A partir de datos extraídos del MISSOC (Mutual Information System on Social Protection) 2009

2. Un segundo factor de diferencia es la consideración que se les da a los **trabajadores autónomos**, en particular en lo referente al pago de las compensaciones retributivas en caso de enfermedad común.

Algunos países excluyen a los autónomos a la hora de poder afiliarse a algún sistema de protección económica en caso de IT por contingencias comunes. La afiliación para estar protegido ante esta circunstancia es voluntaria en algunos países de la órbita de la extinta Unión Soviética (Bulgaria, Lituania, Polonia y la República Checa) además de en Suiza, donde existe para los trabajadores autónomos un sistema de protección sanitaria similar a un seguro de prima-riesgo.

Sólo en cuatro países, Grecia, Italia, Irlanda y Países Bajos, no existe ningún tipo de cobertura pública a la que puedan acogerse los trabajadores autónomos para percibir algún tipo de ingreso en caso de enfermedad común.

3. El tercer elemento diferenciador es la **situación y jerarquía de la Incapacidad Temporal por Contingencia Común (ITCC)** dentro del sistema de prestaciones de la Seguridad Social, que generalmente es obligatoria para los trabajadores por cuenta ajena y, en la mayor parte de los países, para los autónomos. Lo que varía es el organismo o entramado institucional encargado de la prestación de los servicios correspondientes.

En general en todos los países de la UE el organismo encargado de llevar a cabo las tareas de asistencia sanitaria y de compensación económica propias del sistema de protección de ITCC sea un Ministerio -o varios cuando la responsabilidad se reparte entre en Ministerio de Salud, el de Bienestar u otros con denominaciones equivalentes- u otro organismo de naturaleza pública con grados diversos de autonomía respecto al resto del aparato público.

Podemos distinguir diferentes grupos en relación con este aspecto:

- Existen países donde la prestación está directamente asociada al seguro médico general, como Alemania;
- En otros, el conjunto de la Seguridad Social acoge esta prestación sin distinciones, como Bulgaria;
- Existen otros sistemas donde la prestación tiene una financiación tarifada de manera común pero el servicio lo prestan otros organismos, según se trate de la prestación sanitaria o de la compensatoria, como es el caso de España.

Los niveles de descentralización de la prestación son igualmente diversos; por ejemplo, en Dinamarca, Noruega y Polonia son los Ayuntamientos -entidades públicas

descentralizadas- quienes realizan los pagos de las prestaciones económicas por ITCC bajo la supervisión del Estado Central.

### **1.5.1 Organismos implicados en la gestión europea de ITCC.**

Las Mutuas u organismos asimilables no incluidos directamente en la esfera de responsabilidad política del sistema público de Seguridad Social tienen una participación minoritaria en la gestión de la prestación por ITCC. Sólo en diez de los treinta países (UE y EEE) tienen algún grado de implicación en estos servicios públicos y su naturaleza jurídica es diversa.

En general pueden diferenciarse tres modelos de participación de las Mutuas en la gestión de la ITCC:

- *Sistema centroeuropeo occidental:* En los países de habla alemana (Austria, Suiza y Alemania), el Benelux (Bélgica, Luxemburgo y Países Bajos) y Eslovaquia, las Mutuas tienen de manera exclusiva la gestión de la prestación por ITCC, tanto en su vertiente sanitaria como en la prestación económica.

Los Agentes Sociales tienen una participación relevante o exclusiva en los órganos de gestión, generalmente elegidos de manera democrática entre los representantes de los trabajadores y empresarios y de composición paritaria.

Dentro de este modelo encontramos a su vez tres tipos de participación de las Mutuas en la gestión de la ITCC:

- En Eslovenia, Luxemburgo y Países Bajos existe una sola Mutua centralizada para todo el territorio que se encarga de la prestación de los servicios en los casos de ITCC por delegación del sistema común de la Seguridad Social del Estado.
  - En Alemania, Suiza y Bélgica existen diversas Mutuas, y el trabajador tiene completa libertad de elección para ser incluido la que decida.
  - En Austria es el único país en el que la afiliación a una determinada Mutua es obligatoria y se basa en razones territoriales u ocupacionales, sin posibilidad de elección por parte del trabajador o de la empresa.
- *Sistema checoslovaco:* en la República Checa y Eslovaquia la división en relación a la participación del sector público y de las Mutuas en la gestión de la ITCC es meramente funcional: las Mutuas se encargan de prestar los servicios sanitarios, mientras que el sector público es el encargado de la gestión de las compensaciones económicas por la pérdida de ganancia salarial mientras se esté de baja.
- *Sistema europeo generalizado:* en la mayoría de los países el único organismo responsable de la prestación de ITCC, tanto en su vertiente sanitaria como económica, es el sistema de Seguridad Social público.
- España es el único país con un sistema de gestión de la ITCC peculiar, de modo que son competentes tanto el INSS (ente público de gestión por excelencia) y las MCSS, entidades privadas. Asimismo hay libertad de elección por parte del empresario y del trabajador autónomo para afiliarse con el que más le pueda interesar.

**Tabla 6: Organismos encargados de la gestión de la prestación de ITCC**

	SERVICIO PÚBLICO	MUTUAS (con libertad de elección)	MUTUAS (sin libertad de elección)	AGENTES SOCIALES
ALEMANIA		X		
AUSTRIA			X	
BÉLGICA		X		
BULGARIA	X			
DINAMARCA	X			
ESPAÑA	X	X		
ESLOVAQUIA	X	X		
ESLOVENIA				X
ESTONIA	X			
FINLANDIA	X			
GRECIA	X			
HUNGRÍA	X			
IRLANDA	X			
ISLANDIA	X			
ITALIA	X			
LETONIA	X			
LUXEMBURGO				X
MALTA	X			
NORUEGA	X			
PAÍSES BAJOS				X
PORTUGAL	X			
REINO UNIDO	X			
REPÚBLICA CHECA	X	X		
SUECIA	X			
SUIZA		X		

Fuente: A partir de datos extraídos del MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection*) 2009

### 1.5.2 Cobertura de la prestación de ITCC.

La cobertura de la prestación de ITCC abarca dos áreas diferentes:

- De una parte, las prestaciones sanitarias: atención médica, cuidados sanitarios incluyendo la rehabilitación y, en algunos países, el complemento de esos cuidados asistenciales y paliativos con otras formas de servicios sociales.

- Por otra, la prestación económica: compensación económica para paliar la pérdida de ganancia debida a enfermedad con disminución de los ingresos salariales. Esta disminución en los salarios es generalizada en todos los países durante los procesos de ITCC, aunque existen diferentes esquemas según la relación laboral y contractual del trabajador.

La división en ambas vertientes afecta no sólo a la estructura organizativa de la gestión, diferenciándose los organismos encargados de prestar cada una de los elementos mencionados, sino que se extiende al entramado institucional-financiero encargado de costear tales prestaciones.

La financiación en general es bastante parecida en todos los países en cuanto a las características de los trabajadores, a excepción de Suiza, donde las Mutuas pueden fijar de manera unilateral, y según las características del trabajador, las cotizaciones que sirven para financiar el sistema de protección por ITCC.

Con respecto a la cobertura de la **protección sanitaria** en situaciones de ITCC, existen dos tipos de modelos que básicamente derivan de las diferentes organizaciones de las sanidades públicas de cada país, si bien lo habitual es que el sistema en cada país englobe características de ambos modelos, siendo menos frecuente que se den en estado puro:

- *Modelo alemán o contributivo (BISMARCK)*: financiado por contribuciones sociales provenientes del “trabajo”, que se aplican sobre las nóminas con independencia de quién las pague, siendo la norma general una combinación de pago de una parte por los empresarios y otra parte del propio trabajador



cubierto por la garantía de la sanidad pública. De estos pagos se benefician los propios trabajadores cotizantes, las personas dependientes de ellos no activas laboralmente y el resto de personas laboralmente inactivas, en la mayor parte de los casos (los pagos de los activos financian la sanidad del conjunto del sistema). El sistema reposa sobre cotizaciones diferenciadas según el volumen de rentas del asegurado y, en consecuencia, otorga prestaciones en proporción a estas rentas.

- En contraposición se sitúa el *modelo inglés o de cobertura universal*: los pagos para la financiación de la prestación sanitaria son independientes de las cotizaciones sociales, y se realizan con base a impuestos o tasas distintas del montante que se carga a la nómina. Las cotizaciones son uniformes para todos los asegurados y otorga prestaciones uniformes para todos ellos, con universalización de la cobertura, de modo que abarque a toda la población con derecho protegible en virtud del simple título de ciudadano.

De los 30 países que componen la UE y el EEE, en la inmensa mayoría las prestaciones sanitarias asociadas a la ITCC se financian con contribuciones aplicadas a las nóminas salariales de los trabajadores, es decir, que puede asimilarse, al modelo alemán, al menos desde el punto de vista organizativo.

Sin embargo, o más frecuente es la presencia de un modelo mixto, de forma que en los países en que la financiación de la cobertura sanitaria se basa en contribuciones sociales extraídas de las nóminas de los trabajadores (modelo alemán) generalmente intervienen también partidas económicas provenientes de otros

ingresos públicos; de hecho, tan sólo en seis países las prestaciones sanitarias se financian exclusivamente con las contribuciones provenientes de las nóminas: Alemania, Eslovenia, Irlanda, Italia, Países Bajos y Suiza.

En los países que optan por financiar, ya sea de manera única o complementaria, las prestaciones sanitarias de ITCC con base en contribuciones sociales, el sistema más comúnmente utilizado es el de la contribución mixta por parte de empresarios y trabajadores. Sólo en Italia la financiación la realiza exclusivamente el empresario, y sólo en Irlanda y Suiza los propios trabajadores son los que cubren la totalidad de la contribución. En Finlandia se utiliza el principio de al 50%, de modo que el 50% lo aporta el trabajador, y el 50% el Estado.

En cuanto al modelo inglés puro, únicamente se adopta en siete países (Chipre, Dinamarca, España, Islandia, Letonia, Portugal y Suecia), en los que las prestaciones sanitarias asociadas a la ITCC se pagan únicamente con ingresos distintos de las contribuciones sociales de la nómina de los trabajadores (ingresos provenientes de los presupuestos generales del Estado).

En relación con la **prestación económica** sustitutiva de la pérdida de salario en las situaciones de ITCC, se da el caso contrario: lo más habitual es que se financien con las contribuciones sociales aplicadas a las nóminas de los trabajadores, no llega ni a la mitad el número de países que opta por la aportación de otros ingresos públicos para financiar esta prestación. Sólo Islandia costea la prestación económica derivada de una ITCC exclusivamente con ingresos procedentes de los impuestos. Y únicamente Bélgica,

Finlandia, Francia y el Reino Unido hacen aportaciones de este tipo (distintas a las contribuciones sociales de las nóminas) para financiar el pago de esta prestación.

En cuanto a las cotizaciones sociales de las nóminas de los trabajadores de las que se extrae la financiación para la prestación económica de la ITCC, la distribución de tales aportaciones entre asalariado y empresario, al igual que en el caso de la financiación de la prestación sanitaria, es la fórmula mayoritariamente más utilizada. Tan sólo Italia opta por un sistema de financiación exclusivamente costado por los empresarios y, en el polo opuesto, sólo en Suiza y Polonia es el trabajador el que realiza en solitario las contribuciones para la cobertura económica de la ITCC.

En la tabla 7 se encuentran esquematizados los modelos de financiación de las prestaciones de ITCC.

Tabla 7: Financiación de la prestación de ITCC

	PAGOS EN ESPECIE (Prestación sanitaria)			PAGOS EN EFECTIVOS (Prestación económica)		
	Contribuciones de la nómina		Impuestos o tasas (PGE)	Contribuciones de la nómina		Impuestos o tasas (PGE)
	Empresarios	Trabajadores		Empresarios	Trabajadores	
ALEMANIA	X	X		X	X	
AUSTRIA	X	X	X	X	X	
BÉLGICA	X	X	X	X	X	X
BULGARIA	X	X	X	X	X	
CHIPRE			X	X	X	X
DINAMARCA			X	X	X	
ESLOVAQUIA	X	X	X	X	X	X
ESLOVENIA	X	X		X	X	
ESPAÑA			X	X	X	
ESTONIA	X		X	X		X
FINLANDIA		X	X	X	X	X
FRANCIA	X	X	X	X	X	X
GRECIA	X	X	X	X	X	X
HUNGRÍA	X	X	X	X	X	X
IRLANDA		X		X	X	
ISLANDIA			X			X
ITALIA	X			X		
LETONIA			X	X	X	
LITUANIA	X		X	X	X	
LUXEMBURGO	X	X	X	X	X	X
MALTA	X	X	X	X	X	X
NORUEGA	X	X	X	X	X	
PAÍSES BAJOS	X	X		X	X	
POLONIA		X	X		X	X
PORTUGAL			X	X	X	
REINO UNIDO	X	X	X	X	X	X
REP. CHECA	X	X	X	X	X	
RUMANÍA	X	X	X	X	X	
SUECIA			X	X		
SUIZA		X			X	

PGE: Presupuestos Generales del Estado. Fuente: A partir de datos extraídos del MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection*) 2009

### 1.5.3 Contribuciones para financiar la prestación de ITCC.

Con independencia de cuál sea el órgano encargado de la gestión de la prestación por ITCC, son las autoridades públicas las que determinan las cuantías de la financiación, así como las encargadas de velar por la supervisión de la gestión.

La financiación del sistema de protección de la ITCC puede realizarse por el sistema de transferencia directa de fondos a la entidad gestora, mediante la obligatoriedad de dedicar tasas o impuestos específicos para este fin o, lo más frecuente, fijando los tipos de las contribuciones sociales en porcentajes sobre las nóminas salariales.

También existen diferencias entre los países europeos en este apartado:

- El primer elemento de diferencia en las cotizaciones es que no afectan con igual **intensidad** a todas las nóminas. Las diferencias en la cotización son múltiples: puede ser por *edad*, por *ocupación* (diferenciando entre trabajadores manuales y no manuales), por *ramas de actividad* o según mecanismos más complejos de clasificar.
- Otra diferencia es la existencia en muchos países de **topes** mínimos y máximos en la **base imponible** de las cotizaciones.

Existe un grupo de Estados en los que la prestación por ITCC no tiene financiación propia, sino que se engloba dentro de las cotizaciones generales a la Seguridad Social; es decir, una parte de la nómina de los trabajadores sirve para financiar y cubrir todos los aspectos de la protección social (incapacidad temporal y permanente de origen no laboral, jubilación, orfandad, maternidad, etc.).

En otros casos, existe una cotización propia aplicada sobre la nómina para la financiación de ambos aspectos de la prestación de ITCC —la prestación sanitaria y la prestación económica—, la diferencia en los porcentajes aplicados para la financiación de la prestación entre los países es enorme, sobre todo en lo relativo a la obligación impuesta al empresario de costear él directamente los días de baja laboral.

En algunos países la cotización además está separada entre los dos tipos de prestación, sanitario y económico; en estos casos generalmente el tipo de cotización más alto es el dedicado a la financiación de las prestaciones sanitarias. Los países con las cotizaciones salariales para la prestación sanitaria más alta son la república Checa (13.05%) y Eslovaquia (14%) y aquéllos con contribuciones menores para esta prestación son Bulgaria (8%), Grecia (6.45%) y Hungría (5.5%).

En cuanto a las cotizaciones destinadas a compensar la pérdida ganancial debida a la ITCC (prestación económica) también encontramos grandes diferencias motivadas básicamente por dos factores:

1. La tasa de absentismo laboral
2. El período de baja laboral que financia directamente el empresario: generalmente le corresponde el pago de los primeros días de baja, que se corresponde con el periodo donde se acumula la mayor parte del gasto económico por IT.

El tipo de cotización más alto para sufragar la prestación económica por ITCC lo tiene Suecia, con el 5,95% del salario bruto, y ello a pesar de que el empresario corre

con los pagos durante los primeros 14 días de baja. En Dinamarca la cotización es de aproximadamente el 8% (se cotiza globalmente al sistema de Seguridad Social para diferentes prestaciones). El resto de países aplica porcentaje del salario bruto en una franja que varía del 3.5% en Bulgaria hasta únicamente el 0,50% en Luxemburgo.

En otros países (Alemania, Austria, Eslovenia, Francia, Italia y Noruega) la cotización es única, sin distinguirse la proporción destinada a cada contraprestación (especie o económica).

En otro sentido, la contribución para financiar la prestación de ITCC tampoco es equitativa entre empresarios y trabajadores, aunque el objeto impositivo último sea siempre la nómina, es el empresario generalmente el que soporta la mayor parte de la retribución con las siguientes excepciones:

- Chipre, donde participan al 50% empresario y trabajador (cotización general al sistema de Seguridad Social).
- Eslovenia (contribución para IT sin distinguir si es destinada a prestación sanitaria o económica).
- Eslovaquia (la participación es al 50% para empresario y trabajador en la contribución para la prestación económica de IT, siendo más del doble la cotización del empresario respecto a la del trabajador en la contribución para la financiación de la prestación sanitaria).
- Hungría: la contribución del trabajador es mayor que la del empresario para la financiación de ambas prestaciones (sanitaria y económica).

- Lituania: la aportación del trabajador es mayor en la financiación de la prestación sanitaria, pero el empresario contribuye en mayor medida para la financiación de la prestación económica.
- Luxemburgo: la aportación de empresario y trabajador es la misma (al 50%) tanto para la prestación sanitaria como para la económica, con la salvedad de que el empresario paga un porcentaje adicional a la prestación sanitaria en función del absentismo de su empresa.
- Rumanía: la contribución es al 50% para la financiación de la prestación sanitaria, pero el empresario aporta mayor cantidad para la prestación económica.

#### **1.5.4 Duración de la prestación económica de la ITCC en Europa.**

Además de las diferencias que ya mencionadas, también varían las cantidades económicas percibidas para compensar la pérdida de ganancia durante la baja laboral y la duración de tal prestación. Hay una gran variedad al respecto; así, el país en el que la prestación económica por ITCC dura menos es Lituania (máximo de cuatro meses). Lo más frecuente es que el límite temporal de cobro de prestación por ITCC sea un año, pasando en algunos países a percibir otro tipo de cobertura de la Seguridad Social o bien reincorporándose al puesto de trabajo.

En Portugal, Francia y los Países Bajos, el período de tiempo en el que un trabajador puede percibir un subsidio económico por ITCC para compensar la falta de



salario durante la baja laboral puede durar entre dos y tres años, siendo los países que cuentan con un sistema de cobertura más prolongado.

En otros países la prestación por ITCC es ilimitada en el tiempo:

- Bulgaria: Prestación económica de IT durante un periodo de tiempo ilimitado, hasta que el trabajador recupere la capacidad para el trabajo o sea declarado Incapacitado Permanente.
- Irlanda: La prestación económica de IT es ilimitada (hasta los 66 años de edad) en caso de que el trabajador haya cotizado más de 260 semanas y estuviera cobrando la prestación a principios del año 2009. Desde enero de 2009 la prestación por IT tiene un límite de 2 años si el trabajador ha cotizado previamente más de 260 semanas; si tiene cotizadas entre 52 y 260 semanas el límite de la prestación económica por IT es de 52 semanas.
- Suecia: la prestación económica por IT puede percibirse durante un periodo ilimitado de tiempo en determinadas circunstancias: enfermedades tumorales graves, enfermedades neurológicas graves, o si el paciente está en espera de un trasplante de órgano.

Otro grupo de países emplea prórrogas para ampliar los períodos de prestación de IT, en determinadas circunstancias, o dichos períodos varían en función de la patología padecida por el trabajador o de las cotizaciones previas que éste hubiera realizado:

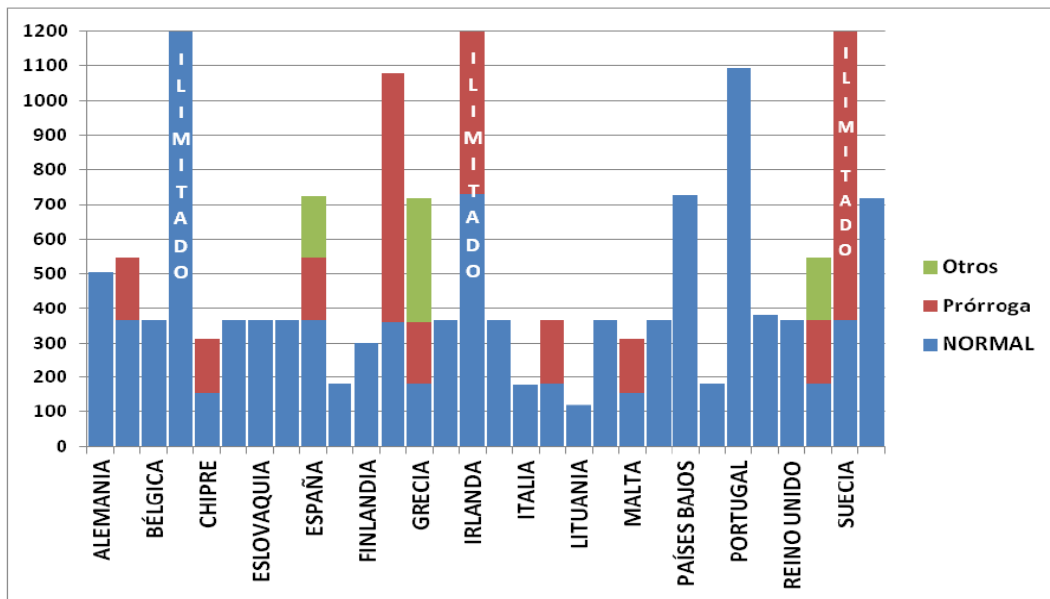
- Chipre: los 156 días de IT pueden ampliarse a 312 si prevé recuperación de la capacidad laboral.
- Dinamarca: período máximo normal de IT de 52 semanas que puede ampliarse si se inicia un proceso reeducativo que pueda permitir reincorporarse al trabajador al mercado de trabajo; si se inicia la valoración de incapacidad del paciente o si la IT ha sido por accidente laboral.
- Eslovenia: 180 días que pueden prorrogarse si una comisión médica de valoración lo estima conveniente en función de la patología y posibilidades de recuperación del trabajador.
- España: 180 días prorrogables a 545, si se estima posible la reincorporación del trabajador.
- Francia: 360 días (en un período de 3 años) que pueden ampliarse hasta 1080 días en caso de enfermedades graves.
- Grecia: en función de las cotizaciones previas del trabajador, el período de IT podrá alcanzar una duración de 182, 360 o 720 días.
- Letonia: 26 semanas si el proceso de IT es continuado o 52 semanas (en un período de 3 años) si son procesos repetitivos o un mismo proceso con interrupciones.
- Malta: 156 días laborables prorrogables a 312 días en un periodo de dos años en casos de cirugía mayor o enfermedades graves de tratamiento prolongado.

En cuanto a los países que aplican una prórroga del período de prestación de IT por patologías, es de destacar que la mayoría recoge la Tuberculosis como causa:

- Estonia: IT habitual: 182 días; en caso de Tuberculosis (TBC): 240 días.
- Italia: IT habitual: 180 días en un año. En caso de TBC: ilimitado mientras esté el trabajador bajo tratamiento y hasta dos años tras ingreso.
- Polonia: IT habitual: 182 días; en caso de Tuberculosis (TBC): 240 días.
- Portugal: Período máximo de IT: 1095 días; en caso de TBC: Ilimitado.
- Rumanía: 183 días en un período de un año. En caso de TBC pulmonar o enfermedad cardiovascular grave: 365 días en dos años; en caso de TBC meníngea, peritoneal o urogenital, SIDA o determinados cánceres (según el estadio): 365 días ampliables a 545.

En el siguiente gráfico se resumen las duraciones máximas de la prestación económica de ITCC en los distintos países europeos estudiados.

Gráfica 9: Duración de la prestación económica de ITCC en días



Fuente: A partir de datos extraídos del MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection*), enero-2011

### 1.5.5 Importe de la prestación económica por ITCC.

Otra característica que diferencia a los distintos países europeos respecto de la prestación económica de la ITCC por parte de los Sistemas de Seguridad Social, es la diferencia entre los importes económicos percibidos para compensar la pérdida de ganancia durante la situación de baja laboral.

El importe en general se calcula en función del salario que el trabajador venía percibiendo los meses anteriores al inicio de la baja laboral (de las cotizaciones efectuadas al sistema de protección) con un tope tanto inferior como superior, exceptuando Suiza, donde dicho sistema semeja a un seguro privado y cada trabajador puede pactar con la Mutua aseguradora las cotizaciones que quiere realizar y cobrará una cantidad en función de lo pactado.

No obstante, existen dos semejanzas en cuanto a la cuantía de la prestación económica por ITCC recibida por el trabajador en los diferentes países:

1- La cuantía de la prestación es menor que el salario normal durante la actividad laboral: fórmula lógica para que el sistema de protección no genere incentivos contra el trabajo; el importe máximo que se puede alcanzar es el 100% del salario.

2- Según va avanzando el tiempo en que el trabajador se encuentra en situación de IT va disminuyendo la cantidad percibida.

Entre los países que compensan con el 100% del salario durante periodos de tiempo más prolongado se encuentran:

- Alemania: durante 6 semanas
- Austria: entre 6 y 12 semanas según la antigüedad del trabajador en la empresa
- Bélgica: 15 días para trabajadores manuales y 30 para no manuales
- Dinamarca: 21 días (posteriormente dependerá del salario del trabajador, puesto que el montante de la prestación tiene un límite máximo)
- Estonia: durante 4 días (del 4º al 8º)
- Finlandia: los 9 primeros días
- Italia: durante todo el período de IT (máximo: 180 días en un año)
- Luxemburgo: Durante todo el de IT (máximo: 52 semanas)
- Noruega: Durante todo el período de IT (52 semanas)

La media del porcentaje del salario percibido como compensación por la pérdida ganancial durante una baja laboral se encuentra en torno al 75%.

En contraposición lo anterior, hay países en que la prestación aumenta con la duración de IT:

- Bulgaria: los tres primeros días (el 70% del salario) a cargo del empresario, y a partir del cuarto día el sistema de Seguridad Social paga el 80% del salario.
- España: del 4º al 20º día de IT la prestación es del 60%, partir del día 21º es el 75%.
- Grecia: prestación en función de las personas a cargo del trabajador, con un tope máximo de 15,99 euros/día entre el día 1º y 15º y de 29,31 euros/día a partir del 16º.
- Italia: los 20 primeros días el trabajador percibe el 50% del salario, pasando a percibir el 66,66% a partir del 21º día de IT.
- Letonia: los días segundo y tercero percibe el 75% del salario, y posteriormente el 80%.
- Lituania: los dos primeros días el empresario paga el 80%; desde el tercer día lo hace el sistema de seguridad social, con el 40% hasta el 7º día y del 80% a partir del 8º.
- Portugal: si la IT dura hasta 90 días la prestación es del 65%; entre 91 y 365 días, del 70% y a partir de 366 días, del 75%.
- Reino Unido: La prestación de Seguridad Social abona 80 euros/semana entre los días 1 y 196 de IT, y 95 euros/semana a partir del día 196 en IT.

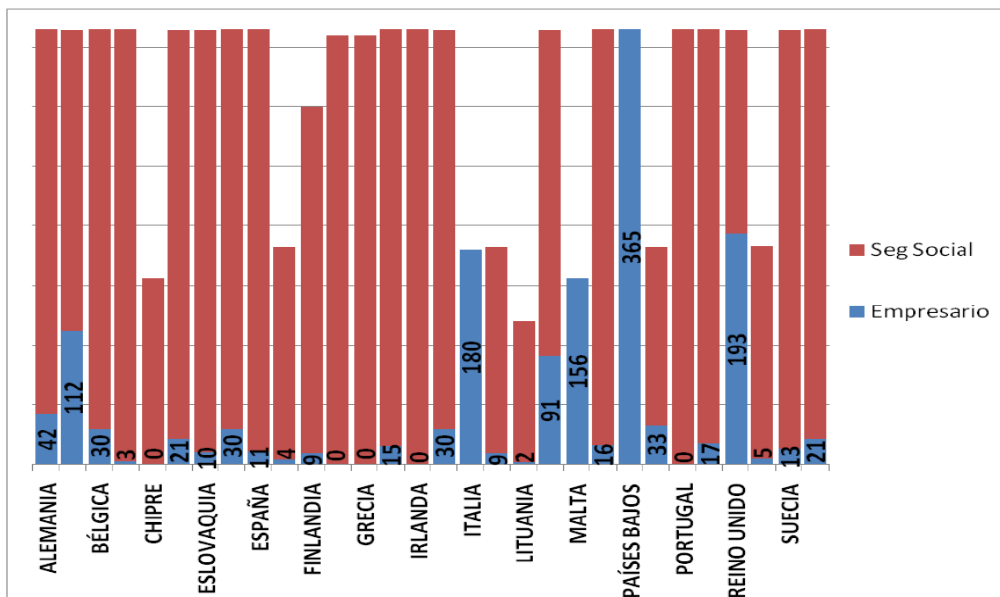
Destacar, que en la mayoría de los países europeos, una parte de la prestación económica de IT la paga directamente el empresario, con independencia de que se solape esta prestación con la procedente de la Seguridad Social. Por otra parte, en algunos países los primeros días de baja laboral corren por cuenta del trabajador,

como en España, Estonia, Reino Unido y República Checa (los tres primeros días) y el primer día en Letonia y Suecia.

Sin embargo, en la mayoría de países existen convenios colectivos entre las empresas y sus trabajadores que proporcionan un aumento de la cobertura económica (pagando los días que corresponderían al trabajador y/o aumentando el porcentaje de la prestación de ITCC).

Se recogen en el gráfico los días de prestación de IT que corresponde pagar al empresario y a la Seguridad Social durante el primer año de baja.

Gráfica 10: Distribución del pago de la prestación económica de ITCC durante el primer año



Fuente: A partir de datos extraídos del MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection*), enero-2011

Es necesario resaltar, que gracias a los diferentes sistemas de compensación - en especie y económica- durante los períodos de baja laboral por enfermedad el trabajador se encuentra protegido, pero a su vez el gasto registrado por los Estados para amparar a los ciudadanos ante tales contingencias es tal que todos ellos cuentan

con sistemas de seguimiento y control (médico y administrativo) para intentar evitar el uso indebido de las prestaciones.

### **Conclusiones de la Introducción**

1. La Incapacidad Temporal en España se ha ido adaptando en su regulación legislativa a lo largo de los años para acomodarse a los cambios socioculturales y laborales de nuestra propia sociedad y de nuestro Sistema General de Seguridad Social. El modelo legislativo vigente es el recogido en el Real Decreto Legislativo 8/2015 de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.
2. La cobertura actual de los procesos de Incapacidad Laboral en España, tanto Temporal como Permanente establece netas diferencias en la gestión, tramitación, cobertura y prestaciones a las que ha derecho, entre las derivadas de Contingencia Común (enfermedad común y accidente no laboral) y la Contingencia Profesional (Accidente de Trabajo, Enfermedad profesional y Enfermedad relacionada con el Trabajo).
3. El Coste que supone la Incapacidad Temporal para el Sistema de Prestaciones de la Seguridad Social, tanto en España como en los países de nuestro entorno es muy elevado. En España se observa que este coste se ha ido incrementando a lo largo de los años de forma paulatina, hasta que en 2004 , y coincidiendo con la crisis económica y aspectos sociolaborales asociados vividos en nuestro país, se produce una reducción del coste que resulta más acusada en contingencias profesionales y a cargo de Mutuas y Entidades Gestoras.
4. La litigiosidad que ocasiona la Incapacidad (Temporal y Permanente) en España, tomando como referencia las sentencias judiciales recogidas en las bases de datos jurídicas muestra una evolución irregular en la que partiendo de unas cifras mínimas que se mantienen entre 1994-1998, surge un crecimiento exponencial que se mantiene con oscilaciones (descenso 2003-2004) hasta



2008. A partir de este año hay una disminución moderada aunque sin llegar al descenso observado en el coste anteriormente mencionado.



## JUSTIFICACIÓN



## 2 JUSTIFICACIÓN

La situación de una persona en IT surge cuando una enfermedad o accidente, sea cual fuere su origen, le impide de forma temporal el desarrollo normal de su trabajo, con la consecuente pérdida económica. Son múltiples y variados los factores que pueden influir en su origen además de la propia etiología causal del proceso, que finalmente determina la alteración de la salud del trabajador y la consiguiente catalogación en contingencia derivada de esta relación causal o no con el trabajo desempeñado (enfermedad común o profesional, accidente de trabajo o accidente no laboral) (Vaquero Abellán M et al; 2012) (López Bonilla IM et al, 2002). Entre estos aspectos fundamentales a considerar están: los *factores individuales* (estado previo de salud, características personales, edad (a mayor edad mayor duración del proceso), sexo/género (las mujeres suelen tener procesos más largos), situación familiar (con hijos menores o familiares dependientes); los *factores laborales*: condiciones y ambiente en el trabajo, cultura de la empresa, políticas en la gestión de la IT en la propia empresa, etc.; y los *factores socio-económicos*: características del mercado de trabajo (tasa de desempleo, temporalidad...) el sistema sanitario (lista de espera, acceso a especialistas...), las políticas sociales y legales, entre otros muchos factores, lo que hace de la IT una situación de pluricausalidad y también de muy variadas repercusiones (Vaquero Abellán M et al, 2013).

El Sistema de Seguridad Social en España provee al trabajador de asistencia sanitaria y del pago de una prestación económica para compensar la pérdida de ingresos durante el proceso de IT. Esta prestación está incluida dentro de la acción

---

protectora del régimen general y de los regímenes especiales que integran el Sistema de Seguridad Social en nuestro país.

Conocer el impacto económico derivado de las bajas por incapacidad temporal (IT) es de vital importancia para hacer una valoración de las repercusiones tanto económicas como sociales que estas conllevan. El análisis de los posibles factores que puedan influir sobre la incapacidad laboral ayudara a valorar si la planificación, estrategias preventivas y asistenciales están siendo realmente efectivas, de la misma forma nos ayudara a plantear estrategias correctoras para minimizar los daños y las consecuencias derivadas del trabajo sobre la salud de los trabajadores, lo que a su vez permitirá mejorar indirectamente la productividad del trabajador y disminuirá el coste que representan las bajas por IT tanto a los instituciones públicas como privadas y a la propia sociedad en su conjunto, además de la repercusión personal en el individuo afectado.

El sector socio sanitario en España consume el 8.5% del PIB lo que nos da una idea del impacto socio-económico que supone el mantener y promocionar la salud de los ciudadanos (datos actualizados del 2014).

En los Presupuestos Generales para 2014, las “transferencias corrientes a las familias por incapacidad temporal” se elevaron a 4.878,37 millones de euros, lo que representa el 0,47% del PIB, y para el 2015 las previsiones son similares (4.942,72 millones de euros). En la distribución de gasto por regímenes, la mayor proporción, el 69,30%, corresponde al régimen general seguido del régimen especial de autónomos con un 17,23% y de las contingencias profesionales con un 13,90%.

En la siguiente tabla se reflejan las cifras que corresponden a cada contingencia, régimen y entidad:

**Tabla 8: Crédito de IT del año 2015.**

ENTIDAD	CONTINGENCIAS COMUNES						CONTINGENCIAS PROFESIONALES	TOTAL
	General	Autónomos	Mar	Carbón	Hogar(*)	Suma		
INSS	1.333,32	211,87	0	4,41	0	1.549,60	55,19	1.604,79
ISM.	0	0	32,26	0	0	32,26	2,32	34,58
MUTUAS	2.047,20	628,57	5,63	1,40	0,00	2.682,80	620,55	3.303,35
<b>TOTAL</b>	<b>3.380,52</b>	<b>840,45</b>	<b>37,89</b>	<b>5,80</b>	<b>0,00</b>	<b>4.264,66</b>	<b>678,06</b>	<b>4.942,72</b>

(\*) Créditos necesarios para atender las prestaciones de ejercicios anteriores con devengo en 2015 (Ley 27/2011 y Ley 28/2011).

Desde el año 2014 los incrementos del gasto han ido descendiendo significativamente situándose a partir del 2009 en valores negativos. Sin embargo, en el ejercicio del 2015 se prevé un aumento del volumen del gasto respecto al año 2014 del 1,32%, acorde con las previsiones de aumento en el número de ocupados y las tasas de prevalencia (datos del Informe sobre Presupuestos de la Seguridad Social para el ejercicio de 2015. Ministerio de Empleo y Seguridad Social).

Las medidas para contener el gasto tomadas por el Estado, la crisis económica y la reducción del número de afiliados a la seguridad social, pueden ser las causas de este descenso generalizado del gasto existente hasta la actualidad en prestación por IT.

El coste de los procesos de Incapacidad Laboral responde tanto a factores sociolaborales como al propio curso de la enfermedad. Diversos autores han concretado el peso de los aspectos económicos asociados a las crisis vividas en los países, con descensos en el número de procesos de incapacidad y la consiguiente reducción del coste económico relacionado con ellas. Sirva de ejemplo es trabajo de

---

Skakić O, Trajanović L, 2011 en población Serbia y en procesos mentales, o el de Mustard CA et al, 2015 referente a procesos musculoesqueléticos en Canadá durante el periodo 2004- 2011 (Skakić O, Trajanović L, 2011) ( Mustard CA et al, 2015) .

Se ha estimado que hasta el 16% de las bajas por enfermedad y/o accidente “no laboral” en atención primaria tienen un probable origen laboral, aunque no se declaren en este sentido (Castejón, 2002; Benavides, Castejón, Gimeno, et al., 2005).

La vida laboral supone un tercio de la vida de las personas en las sociedades occidentales y el concepto de salud/enfermedad es un concepto global que incluye todos los riesgos laborales y no laborales a los que las personas que trabajan se encuentran expuestos en su trayectoria vital y que han de ser valorados de forma conjunta pues cada uno de ellos puede actuar como modulador de los demás y condicionar su posterior evolución y desarrollo. Programas como el Total Worker Health (TWH) proponen avanzar en el bienestar de los trabajadores mediante la integración de los esfuerzos de prevención de lesiones y enfermedades con los esfuerzos de seguridad y riesgos para la salud relacionados con el trabajo (Feltner C et al, 2016).

La incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria puede obligar al trabajador a la ausencia del puesto de trabajo, y/o puede impedir su trabajo habitual. Y aunque no sepamos su eficacia, la baja laboral es frecuente. Hemos aceptado como bueno el reposo, y como fácil la mejora del proceso clínico en torno a la baja laboral, sin embargo, dicha prescripción puede tener ventajas e inconvenientes que muchas veces no se toman en cuenta (Gervás, Ruiz Téllez, Pérez Fernández, 2006).



Así pues, la IT es un procedimiento médico/administrativo del que interesa tener el máximo conocimiento ya que, como se ha visto es por su frecuencia y repercusiones de gran importancia para las instituciones y para el Estado. El objeto de esta tesis es adentrarse en el análisis de los distintos enfoques de la IT en una empresa en la que se ha hecho el seguimiento completo en todos sus años de vida activa puesto que cuanto más concreta sea la información recogida y analizada más se puede conocer sobre las relaciones entre la salud de los trabajadores y aquellos factores del ámbito laboral o del extralaboral que repercutan en el trabajo y que incidan negativamente sobre su salud.

Se analizarán en esta tesis aspectos ligados al impacto de la IT en cuanto a procesos cuantificados, en personas afectadas por estos procesos, perfil más común de las personas con procesos de IT reiterados y en el coste económico asociado, todo ello con carácter retrospectivo con seguimiento prolongado y conocimiento de los datos de empresa tanto económicos como de recursos humanos.



## **OBJETIVOS**



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer la distribución en personas y procesos, así como el coste de los procesos de Incapacidad Temporal por contingencia común de una empresa del sector socio-sanitario, sito en las islas Baleares, durante el periodo comprendido entre los años 1994 – 2010, y su posible relación con variables socio-demográficas y laborales.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

##### **3.2.1 Objetivos principales:**

- a) Determinar la relación entre la incapacidad laboral temporal y diversos parámetros socio-demográficos en un colectivo de trabajadores de una empresa del sector sanitario de Mallorca.
- b) Determinar la relación de procesos de Incapacidad Temporal con diversos parámetros socio-laborales en ese colectivo de trabajadores.
- c) Analizar la relación entre la cantidad de procesos por Incapacidad Temporal en dicha empresa y el número de personas que recibieron la prestación por dicha incapacidad laboral.
- d) Calcular el impacto económico de las incapacidades laborales temporales en la empresa estudiada.

### **3.2.2 Objetivos secundarios**

- a) Establecer las variables socio-demográficas que influyen en la dinámica de las incapacidades laborales.
- b) Conocer las variables laborales que afectan a las incapacidades laborales.
- c) Comprobar la existencia del trabajador frecuentador de incapacidades y determinar, si existe, el perfil del absentista.
- d) Detectar la posible influencia de aspectos socio-laborales concretos en la hiperfrecuentación.

## **HIPOTESIS DE TRABAJO**





## 4 HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. La incapacidad temporal, su impacto y repercusión en la economía de la empresa son factores clave dentro del concepto de absentismo laboral y supone un coste social importante en la economía de nuestro país. ***Una primera hipótesis sería que la incapacidad temporal, independientemente del aspecto de salud que la motiva, podría estar favorecida o condicionada por diversos aspectos ajenos a la salud y que modularían su prevalencia.***
2. La disposición por parte de las personas afectadas de los beneficios inherentes a la incapacidad temporal podría asimismo estar relacionado con determinados aspectos sociodemográficos y laborales de los trabajadores. ***Las incapacidades podrían ser, pues, espejo de conflictos derivados de la realidad social y laboral que repercutan en un abuso o mal uso de las IT, especialmente en personas concretas.***
3. Los estudios y trabajos sobre IT por contingencia común ponen de relieve el papel que juegan en este fenómeno, variables como la edad, el género o la actividad económica. ***Una hipótesis a considerar sería la relevancia que aspectos sociales como las oscilaciones económicas y laborales habidas a lo largo de este periodo de tiempo en España han supuesto en las oscilaciones de las cifras de IT en una empresa del sector sociosanitario.***

4. En base a lo señalado en los puntos anteriores, podría considerarse la existencia de un ***perfil concreto de trabajador frecuentador de las incapacidades***, dibujado según rasgos concretos de edad, sexo, nivel formativo, situación laboral en la empresa o tipo de trabajo desempeñado. La presente tesis servirá para probar o desmentir este perfil teórico.
  
5. Asimismo, las incapacidades podrían representar un porcentaje relevante en la economía de las organizaciones y, en consecuencia, suponer un impacto económico considerable. ***Podemos fijar como hipótesis que el impacto empresarial de las incapacidades para las empresas y, en consecuencia, para la sociedad y el país, es notable.***

## **METODOLOGIA**



## 5 METODOLOGÍA.

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO.

Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo global del impacto económico derivado de las bajas por IT en los trabajadores de una empresa socio sanitaria en el periodo comprendido entre 1994 y 2010.

Para ello se contactó con el departamento de Recursos Humanos de la y se solicitó los datos relativos a todos los procesos de baja por IT de sus trabajadores durante los 17 años (1994-2010) con sus fechas de baja y fecha de alta. Con estos datos se calculó la duración de cada proceso.

Todos los datos, tanto de la IT como de las diferentes variables analizadas, se volcaron en una hoja Excel y se tabularon los datos obtenidos colocando un identificador a cada trabajador para salvaguardar el anonimato y preservar la confidencialidad de los datos de cada trabajador.

#### 5.1.1 Descripción de servicios de la empresa.

El presente estudio se va a realizar en una empresa del sector socio-sanitario integrada en el Servicio de Salud y dependiente de la Conselleria de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears. Dicha empresa fue creada en 1993 y estuvo en activo hasta 2011, siendo objetivo de la tesis realizar un seguimiento de los procesos de incapacidad temporal durante el periodo comprendido entre 1994 y 2010.

La asistencia socio sanitaria es el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características, pueden

beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sociales y sanitarios para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social (Ley de cohesión y calidad del SNS).

La cartera de servicio de la empresa comprende la atención socio-sanitaria y atención de salud mental para lo que disponen de dos hospitales con aproximadamente doscientas camas en total. También cuentan con recursos hospitalarios y comunitarios de carácter rehabilitador para la atención de salud mental.

La población de referencia a la que dan cobertura se trata principalmente personas de edad avanzada en estado frágil de salud, enfermedades crónicas con un grado variable de dependencia, discapacitados, pacientes con trastornos psiquiátricos crónicos y pacientes con gran precariedad social y con problemas sanitarios.

### **5.1.2 Descripción de la plantilla.**

Dentro de la plantilla global de trabajadores hasta junio del 2010 se contaba con 1.131 trabajadores en promedio, distribuidos en dos grandes colectivos con servicios similares y con las mismas responsabilidades laborales.

De los 370 trabajadores pertenecientes al primer colectivo (Colectivo A), 256 eran funcionarios y 114 laborales. De los 761 de los trabajadores del segundo colectivo (Colectivo B), 497 eran fijos y temporales 264.

La evolución del número total de trabajadores de la empresa durante el periodo de 17 años estudiado puede observarse en la siguiente tabla.

**Tabla 9: Plantilla media de trabajadores durante el periodo 1994-2010**

<b>Años</b>	<b>Nº de Trabajadores</b>	<b>Año</b>	<b>Nº de trabajadores</b>
<b>1994</b>	470	<b>2003</b>	1070
<b>1995</b>	471	<b>2004</b>	924
<b>1996</b>	1261	<b>2005</b>	1041
<b>1997</b>	1350	<b>2006</b>	1085
<b>1998</b>	1440	<b>2007</b>	1063
<b>1999</b>	1608	<b>2008</b>	1071
<b>2000</b>	1351	<b>2009</b>	1130
<b>2001</b>	1221	<b>2010</b>	1131
<b>2002</b>	1116		

### **5.1.3 Presupuestos anuales de la empresa.**

Los presupuestos totales anuales de la empresa estudiada oscilaron entre los 32-35 millones de euros durante el periodo correspondiente al año 2000 - 2008, tomando en cuenta solo los gastos en personal. Considerando también los gastos totales correspondientes a gastos en bienes y servicios, gastos financieros, finanzas y gastos en personal, el presupuesto ascendía a 65.388.588,03 millones de euros anuales aproximadamente.

**Tabla 10: Presupuesto anual en euros**

<b>Año</b>	<b>Pres. anual en euros</b>	<b>Año</b>	<b>Pres. anual en euros</b>
<b>1994</b>	<b>15150100,5</b>	<b>2003</b>	<b>35871168,7</b>
<b>1995</b>	<b>15260105,5</b>	<b>2004</b>	<b>22465901,2</b>
<b>1996</b>	<b>30520210,5</b>	<b>2005</b>	<b>25457282,4</b>
<b>1997</b>	<b>30850310,5</b>	<b>2006</b>	<b>28453490,3</b>
<b>1998</b>	<b>31850250,5</b>	<b>2007</b>	<b>32537080,5</b>
<b>1999</b>	<b>32150250,5</b>	<b>2008</b>	<b>34915000,5</b>
<b>2000</b>	<b>32064515,7</b>	<b>2009</b>	<b>35258355,5</b>
<b>2001</b>	<b>35922861,4</b>	<b>2010</b>	<b>35260350,5</b>
<b>2002</b>	<b>32219362,7</b>		

En esta tabla solo se toma en cuenta el presupuesto referido al capítulo I del presupuesto general de la empresa (gastos de personal). Datos proporcionados por RRHH. Tabla de elaboración propia.

**Tabla 11: Cifras del ejercicio 2007-08**

Capítulos	AÑO 2007	AÑO 2008
Capítulo I Gastos en personal	32.537.080,48	34.915.000,00
Capítulo II Gastos en bienes corrientes y servicios	12.541.600,13	12.910.000,00
Capítulo III Gastos financieros	227.850,48	290.000,00
Capítulo IV Inversiones	3.195.846,71	2.236.000,00
<b>Total gastos Colectivo A</b>	<b>48.502.377,80</b>	<b>50.351.000,00</b>
<b>Gastos personal Colectivo B</b>	<b>15.315.953,02</b>	<b>15.037.588,03</b>
<b>Total del gasto hospitalario completo.</b>	<b>63.818.330,82</b>	<b>65.388.588,03</b>

Las cifras del ejercicio 2007 son de cierre, las del 2008 son de presupuesto. Las cantidades correspondientes a capítulo I del colectivo A son estimativas.

Se ha utilizado la tabla oficial de la empresa con los epígrafes que la gerencia incluye en las memorias anuales. Por ello los gastos colectivo A incluyen personal, gastos en bienes y corrientes etc. y colectivo B incluye el concepto “otros gastos”.

La idea de calcular el total de gastos incluyendo todas las partidas ha sido la de determinar el presupuesto total de la empresa y valorar el porcentaje de gasto que supondrían los procesos de Incapacidad Temporal en él.

## **VARIABLES**

No se ha rechazado ninguna variable. Se han utilizado todas las variables sociodemográficas y laborales existentes en la base de datos de RRHH.

## **5.2 VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS.**

Las variables socio demográficas y laborales analizadas son las siguientes:

### **5.2.1 Género.**

Se establecen dos grupos, *mujeres y hombres*.



### **5.2.2 Edad.**

Al ser una variable numérica y existir un rango muy amplio, entre 18 y 69 años, se establecen diferentes intervalos de edad para facilitar los análisis estadísticos y la comprensión de los resultados. En concreto se han considerado cinco grupos o intervalos:

*a) Menos de 30 años.*

*b) de 30 a 39 años.*

*c) de 40 a 49 años.*

*d) de 50 a 59 años*

*e) A partir de 60 años.*

La edad se calcula restando de la fecha de la indisposición la del nacimiento. Al valorarse los contratos y no los trabajadores se tiene en cuenta la edad en cada contrato, de manera que una misma persona puede estar incluida en diferentes grupos.

### **5.2.3 Nivel de estudios.**

Para clasificar el nivel de estudios se establecen tres categorías:

*Estudios primarios.* EGB o similar y sin estudios.

*Estudios secundarios.* Bachillerato y formación profesional.

*Estudios universitarios.* Diplomados y licenciados.

## **5.3 VARIABLES LABORALES.**

### **5.3.1 Antigüedad en el puesto de trabajo.**

Al ser una variable numérica y existir un rango muy amplio, entre 0 y 16 años, se establecen diferentes grupos para facilitar los análisis estadísticos y la comprensión de los resultados. En concreto se han considerado cuatro grupos:

- a) Hasta un año.*
- b) de uno a cinco años.*
- c) de seis a diez años.*
- d) más de diez años.*

Al valorarse los contratos y no los trabajadores se tiene en cuenta la antigüedad de cada contrato, de manera que una misma persona puede estar incluida en diferentes grupos.

### **5.3.2 Tipo de contrato.**

Se establecen tres grandes grupos:

- a) Contratos fijos.* Incluyen personal laboral fijo, funcionarios con contrato indefinido y también jubilaciones parciales.
- b) Contratos interinos.* Incluyen personal laboral o funcionario con contrato no indefinido.
- c) Eventuales.* Incluye sustitutos, servicios determinados, relevo de prejubilación y contratos por obra y servicio.

### **5.3.3 Clase social.**

Se establecen tres clases sociales: clase 1, clase 2 y clase 3, basándonos en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIOU-08).

### **5.3.4 Tipo de trabajo.**

El tipo de trabajo se califica como: *Blue collar* (para el trabajador manual) y *white collar* (para el trabajador no manual), basándonos en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIOU-08).

## **5.4 BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA**

La búsqueda bibliográfica se realizó en diferentes bases de datos:

MEDLINE: base de datos bibliográfica de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Contiene información bibliográfica de aproximadamente 5.000 revistas biomédicas de Estados Unidos y otros 70 países. Está integrada en la ISI Web of Knowledge.

Lilacs. Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud.

Biblioteca Cochrane Plus: medicina basada en la evidencia.

IME (CSIC). Índice Médico Español: contiene la producción científica publicada en España desde los años 70. Recoge artículos de revistas científicas y de forma selectiva actas de congresos, series, compilaciones, informes y monografías.

MEDES-Medicina en Español (Fundación Lilly): contiene referencias bibliográficas y resúmenes de 71 revistas de ciencias de la salud española.

IBECS. Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud: recoge literatura indizada sobre ciencias de la salud publicada en España.

IBSST. Índice Bibliográfico de Salud y Seguridad en el Trabajo.

Dialnet (Universidad de la Rioja): la mayor hemeroteca de artículos científicos hispanos en Internet. Contiene los sumarios de una selección de más de 8.600 revistas científicas españolas e iberoamericanas, así como información sobre tesis doctorales, libros, documentos de trabajo, etc. Pueden realizarse búsquedas por artículos (título o autor) o por revista (título o ISSN). Posibilita el enlace al texto completo de los artículos cuando está disponible y ofrece, además, servicio de alertas de difusión de sumarios electrónicos, enviados a través de correo electrónico. Incluye información en ciencias de la salud.

Como términos de búsqueda se utilizaron:

Incapacidad temporal, bajas laborales, absentismo, variables socio demográficas, nivel de estudios, edad, clase social, coste económico, white collar, blue collar, CIUO-08, hiperfrecuentación.

## **5.5 VALORACIÓN DEL COSTE ECONÓMICO.**

Para determinar el coste económico se tienen en cuenta las tablas salariales oficiales de la empresa que son aportadas por el departamento de nóminas. En estas tablas salariales se expresa el sueldo anual de cada una de las categorías laborales en cada uno de los años que dura el estudio.

Debido a la complejidad de obtener datos sobre complementos específicos (por responsabilidad, puesto, etc.), antigüedades y otros conceptos que complementan el

salario solo se ha tenido en cuenta para el cálculo del coste de las IT el sueldo oficial marcado para cada categoría aunque esto suponga que los datos obtenidos sean aproximados y no totalmente exactos y estén calculados algo a la baja al no incluir los conceptos antes mencionados.

Para el cálculo del coste solo se considera el sueldo base de cada trabajador. Se realiza un cálculo del coste/día de cada trabajador para determinar el coste económico de cada día de trabajo por trabajador y por puesto de trabajo.

En este estudio se calcularon también los gastos derivados del coste de las sustituciones de la IT. No existe un sistema bien establecido para aplicar la sustitución por puesto de trabajo por lo que no existe una información exacta de este coste, lo cual es una limitación a la hora de realizar un análisis global del gasto indirecto o colateral derivado de esta prestación pero nos dará una idea bastante aproximada. Se nos informó por parte de RRHH que las bajas de trabajadores con nivel educativo englobado en el grupo de licenciados (Altos directivos, Médicos, Psicólogos, Técnico superior) en la gran mayoría de casos no se sustituyen, mientras que en el resto de puestos de trabajo si a partir del séptimo día de baja.

Hay que señalar que en esta empresa, por convenio colectivo, los trabajadores que estén de baja por IT reciben el 100% de su base reguladora durante todo el tiempo que dure la baja, haciéndose cargo los primeros 15 días la empresa; del día 16 al 20, el 40% lo paga la empresa y el 60% la Mutua; y a partir del 21 día, el 25% lo paga la empresa y el 75% la mutua hasta el final del proceso.

**Tabla 12: Esquema de compensación económica de la prestación:**

Días de IT	Entidad pagadora	%	% TOTAL
0 - 15 días	Empresa	100%	100%
16 - 20 días	Empresa	40%	100%
	Mutua	60%	
21 días en adelante	Empresa	25%	100%
	Mutua	75%	

En el estudio solo se tuvo en cuenta el presupuesto relacionado con el capítulo I del presupuesto general de la empresa (gastos en personal) luego se hizo una separación del coste absorbido por la empresa que representa el dinero que pago la empresa a sus trabajadores por la prestación de IT es decir el trabajo pagado y no realizado y luego se calcula el coste total absorbido por las entidades colaboradoras o Mutuas. De esta manera se hace la separación de gasto total que represento cada proceso durante los años en estudio ya que estos costes no se pueden sumar entre sí ya que los fondos no provienen del mismo presupuesto. Se hace una suma total del gasto y se sacan las proporciones correspondientes en función de las diferentes variables estudiadas.

En ambos casos, sueldos y presupuestos, las cifras siempre se han expresado en euros aunque en los primeros años del estudio los datos obtenidos estuvieran en pesetas, para ello se utilizó el cambio oficial: 1 euro = 166,386 pesetas.

Para obtener el cálculo de los terciles, ya sea en el número de procesos, en su duración o en el coste total se sigue una metodología sencilla.

En primer lugar se calcula el total, ya sea de procesos, de días perdidos o de coste en euros y se divide entre tres, con esto hemos dividido la población en tres partes iguales, por ejemplo en el caso del número de procesos (12516), en cada grupo habrá 4172 procesos.

En segundo lugar se ordenan de mayor a menor en la tabla Excel las personas según el número de procesos que han sufrido en los 17 años que dura el estudio, primero las que han sufrido más IT (en nuestro caso 62) luego las que han sufrido la segunda cifra más alta, en nuestro caso 49, y así sucesivamente hasta llegar a las personas que sólo han sufrido un proceso de IT en los 17 años. Se determina el número entero, es decir la persona, más cercana a la IT 4172 en el caso del primer tercil, en nuestro ejemplo es 4179, y así sucesivamente con los siguientes terciles (4172 en el segundo y 4165 en el tercero). Esta misma sistemática se seguirá para calcular los terciles de días perdidos y coste de la IT.

Para el cálculo de los terciles se sigue una sistemática similar a la empleada en bibliometría para determinar las zonas de Bradford.

## **5.6 ESTUDIO ESTADÍSTICO.**

Para obtener la estimación y el contraste de la diferencia poblacional de dos proporciones se emplea la prueba de la Chi cuadrado y para la diferencia de media la t de student y la prueba de la ANOVA, en todos los casos con un nivel de significación estadística  $p < 0,05$ .

Para el estudio multivariante se emplea la regresión logística con el cálculo de las ODDS ratio y también se ha ajustado un modelo lineal generalizado (MLG), que

amplía el modelo lineal general, de manera que la variable dependiente está relacionada linealmente con los factores y las covariables mediante una determinada función de enlace. Además, el modelo permite que la variable dependiente tenga una distribución que no sea normal. El modelo lineal generalizado cubre los modelos estadísticos más utilizados, en nuestro caso al ser la variable respuesta un recuento con una acentuada cola a la derecha la función de enlace que se ha considerado ha sido la función binomial negativa con enlace logaritmo.

Se pueden observar las medias marginales estimadas para los diferentes factores categóricos introducidos en el modelo. Estas medias se corrigen respecto a las covariables y por tanto constituyen un estimador del efecto ajustado por las demás variables. En nuestro caso se han obtenido las medias por tipo de trabajo y por género ajustadas también por edad y antigüedad en la empresa.

Los estudios estadísticos se realizan mediante el paquete **SPSS 20.0**.



## **RESULTADOS**



## **6.- RESULTADOS**

### **6.1.- Características de la muestra.**

#### **6.1.1.-Poblaciones a estudio.**

##### **a) Procesos de IT**

En total durante el periodo de estudio se han analizado 12.516 procesos de IT, de ellos 9.164 corresponden a mujeres (73,2%) y 3.352 a hombres (26,8%).

Cuando analicemos las características socio-demográficas de esta población podremos incluir todos los parámetros de estudio: sexo, edad, clase social, tipo de trabajo, nivel de estudios, antigüedad y tipo de contrato, aunque hayan podido variar en una misma persona a lo largo de los años de estudio, es decir sabemos que la edad, antigüedad y tipo de contrato pueden variar mientras las otras se suelen mantener inalterables.

##### **c) Personas**

Los 12.516 procesos de IT corresponden a 1.895 personas (ya que una misma persona puede haber tenido más de un proceso de IT durante el periodo analizado), de ellas 1.353 (71,4%) son mujeres y 542 (28,6%) son hombres.

2.538 personas han trabajado durante el periodo analizado y no han sufrido ningún proceso de IT, de ellos, 1.879 (74%) son mujeres y 659 (26%) son hombres.

En total en la empresa han trabajado durante el periodo 1994-2010: 4.433 personas (2.538 no han sufrido IT y 1.895 si han sufrido al menos 1 proceso de IT).

Cuando analicemos las características socio-demográficas de esta población no podremos incluir todos los parámetros de estudio, solo se tendrán en cuenta aquellas que no varían durante el periodo de estudio, es decir: sexo, clase social, tipo de trabajo y nivel de estudios. La edad, antigüedad y tipo de contrato, habrán podido variar en una misma persona a lo largo de los años de estudio.

Tabla 13: Variables sociodemográficas incluidas en el estudio

Parámetros de estudio	mujeres		hombres		estadísticos	
	n	%	n	%	chi <sup>2</sup>	p
<b>clase social</b>						
clase 1	2303	25,1	655	19,5	74	< 0.0001
clase 2	980	10,7	271	8,1		
clase 3	5881	64,2	2426	72,4		
<b>tipo trabajo</b>						
white collar	3305	36,1	894	26,7	97,2	< 0.0001
blue collar	5859	63,9	2458	73,3		
<b>nivel estudios</b>						
elemental	1608	17,5	491	14,6	99,5	< 0.0001
secundario	5228	57	2238	66,8		
universitario	2328	25,4	623	18,6		
<b>tipo contrato</b>						
eventual	673	7,3	214	6,4	25	< 0.0001
interino	927	10,1	251	7,5		
fijo	7564	82,5	2887	86,1		
<b>edad</b>						
< 30a	887	9,7	305	9,1	140,8	< 0.0001
30-39a	3198	34,9	944	28,2		
40-49a	2971	32,4	1061	31,6		
50-59a	1756	19,2	772	23		
≥ 60a	352	3,8	270	8,1		
<b>antigüedad</b>						
< 1a	1112	12,1	319	9,5	76,5	< 0.0001
1-5a	2603	28,4	835	24,9		
6-10a	1772	19,3	565	16,9		
> 10a	3677	40,1	1633	48,7		

En la tabla anterior se presentan los datos proporcionados por el departamento de recursos humanos de la empresa estudiada. Veamos cómo se reparten las diferentes variables socio demográficas y laborales en los 12.516 procesos y en las 1.895 personas

**Tabla 14: Parámetros objeto de estudio y distribución por sexo**

Parámetros de estudio	mujeres		hombres		estadísticos	
	n	%	n	%	chi <sup>2</sup>	p
<b><i>clase social</i></b>						
clase 1	393	29,0	175	32,3	2,9	0.24
clase 2	176	13,0	59	10,9		
clase 3	784	57,9	308	56,8		
<b><i>tipo trabajo</i></b>						
white collar	572	42,3	318	58,7	0,1	0.71
blue collar	781	57,7	224	41,3		
<b><i>nivel estudios</i></b>						
elemental	176	13,0	78	14,4	1,8	0.41
secundario	771	57,0	291	53,7		
universitario	406	30,0	173	31,9		

## 6.2.- Influencia de las variables socio demográficas y laborales en el reparto de personas con y sin procesos de IT.

### 6.1.1.- Sexo.

Cuando comparamos las 1.895 personas que han tenido IT con las .2538 que no las han tenido observamos que hay diferencias estadísticamente significativas en el reparto según clase social, nivel de estudios, sexo y tipo de trabajo.

**Tabla 15: Procesos de IT y su distribución por sexo**

Tabla de contingencia					
			IT		Total
			no	si	
SEXO	D	Recuento	1879	1352	3231
		% dentro de SEXO	58,2%	41,8%	100,0%
		% dentro de IT	74,0%	71,3%	72,9%
		% del total	42,4%	30,5%	72,9%
	H	Recuento	659	543	1202
		% dentro de SEXO	54,8%	45,2%	100,0%
		% dentro de IT	26,0%	28,7%	27,1%
		% del total	14,9%	12,2%	27,1%
Total	Recuento	2538	1895	4433	
	% dentro de SEXO	57,3%	42,7%	100,0%	
	% dentro de IT	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,3%	42,7%	100,0%	

**Tabla 16: Valoración estadística de los procesos de IT**

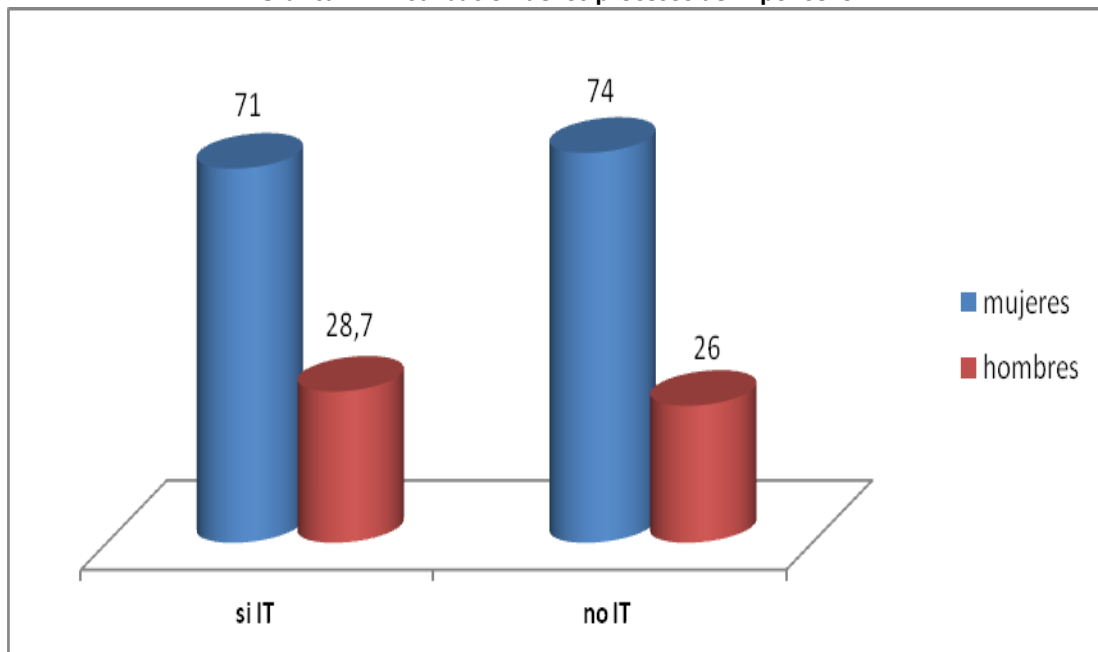
Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,970 <sup>a</sup>	1	,046		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	3,835	1	,050		
Razón de verosimilitudes	3,959	1	,047		
Estadístico exacto de Fisher				,048	,025
N de casos válidos	4433				

Tabla 17: Estimación del riesgo

Estimación de riesgo			
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
<b>Razón de las ventajas para SEXO (D / H)</b>	1,145	1,002	1,309
<b>Para la cohorte IT = no</b>	1,061	1,000	1,125
<b>Para la cohorte IT = si</b>	,926	,860	,998
<b>N de casos válidos</b>	4433		

Si analizamos globalmente por sexo, las mujeres presentan mayor porcentaje de procesos IT que los hombres, posiblemente relacionado con que el colectivo de mujeres es ampliamente mayoritario en el total de trabajadores de la muestra. Las diferencias son estadísticamente significativas.

Gráfica 11: Distribución de los procesos de IT por sexo



**6.2.2.- Clase social.**

**Tabla 18: Distribución de los procesos por clase social**

Tabla de contingencia					
			IT		Total
			no	si	
Clase social	1	Recuento	1019	562	1581
		% dentro de clase_social2	64,5%	35,5%	100,0%
		% dentro de IT	40,1%	29,7%	35,7%
		% del total	23,0%	12,7%	35,7%
	2	Recuento	306	225	531
		% dentro de clase_social2	57,6%	42,4%	100,0%
		% dentro de IT	12,1%	11,9%	12,0%
		% del total	6,9%	5,1%	12,0%
	3	Recuento	1213	1108	2321
		% dentro de clase_social2	52,3%	47,7%	100,0%
		% dentro de IT	47,8%	58,5%	52,4%
		% del total	27,4%	25,0%	52,4%
Total	Recuento	2538	1895	4433	
	% dentro de clase_social2	57,3%	42,7%	100,0%	
	% dentro de IT	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,3%	42,7%	100,0%	

**Tabla 19: Valoración estadística**

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,141 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitudes	57,563	2	,000
N de casos válidos	4433		



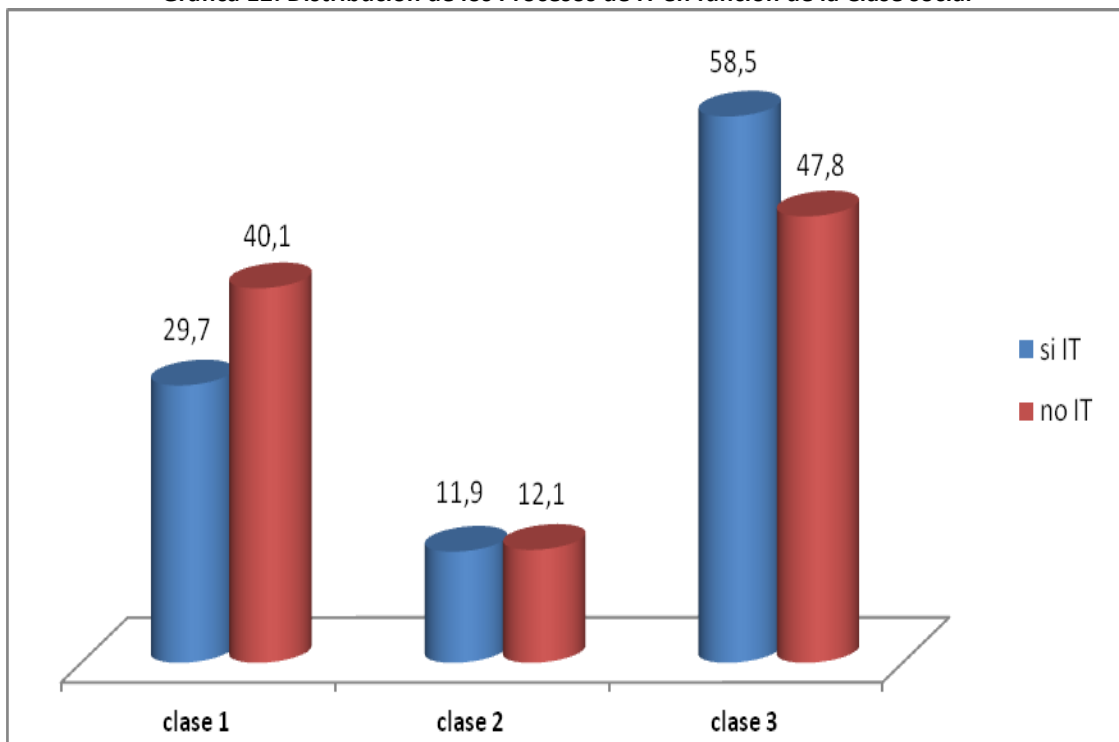
Tabla 20: Estimación de riesgo

	Valor
Razón de las ventajas para clase_social2 (1,00 / 2,00)	a

No se puede calcular el estadístico de Estimación del riesgo.  
Sólo se calcula para tablas 2\*2 sin casillas vacías

Según la clase social vemos que el mayor porcentaje de personas, tanto con IT como sin IT pertenecen a la clase 3, seguidos de la clase 1 y finalmente de la clase 2 siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Gráfica 12: Distribución de los Procesos de IT en función de la Clase social



**6.2.3.- Tipo de trabajo.**

**Tabla 21: Procesos de IT en función de la Clase Social**

Tabla de contingencia					
			IT		Total
			no	si	
Tipo de trabajo	blue collar	Recuento	1197	1108	2305
		% dentro de tipo de trabajo_2	51,9%	48,1%	100,0%
		% dentro de IT	47,2%	58,5%	52,0%
		% del total	27,0%	25,0%	52,0%
	white collar	Recuento	1341	787	2128
		% dentro de tipo de trabajo_2	63,0%	37,0%	100,0%
		% dentro de IT	52,8%	41,5%	48,0%
		% del total	30,3%	17,8%	48,0%
Total	Recuento	2538	1895	4433	
	% dentro de tipo de trabajo_2	57,3%	42,7%	100,0%	
	% dentro de IT	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,3%	42,7%	100,0%	

**Tabla 22: Valoración estadística**

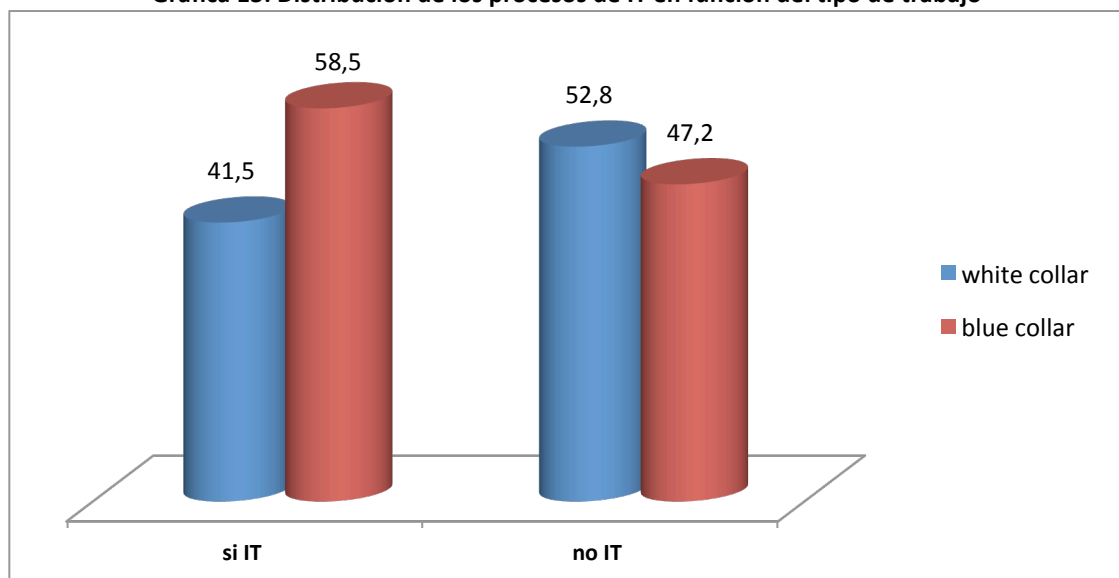
Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,567 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	55,115	1	,000		
Razón de verosimilitudes	55,744	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	4433				
a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 909,67					
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.					

Tabla 23: Estimación de riesgo

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para tipodetrabajo2 (blue collar / white collar)	,634	,562	,715
Para la cohorte IT = no	,824	,783	,867
Para la cohorte IT = si	1,300	1,212	1,394
N de casos válidos	4433		

En relación el tipo de trabajo, el mayor número porcentual de IT, aparece en el colectivo Blue collar, en relación al colectivo White collar, siendo las diferencias estadísticamente significativas .

Gráfica 13: Distribución de los procesos de IT en función del tipo de trabajo



6.2.3.- Nivel de estudios.

Tabla 24: Distribución de los procesos de IT en función del tipo de trabajo

Tabla de contingencia					
			IT		Total
			no	si	
estudios	1,00	Recuento	321	259	580
		% dentro de estudios_2	55,3%	44,7%	100,0%
		% dentro de IT	12,6%	13,7%	13,1%
		% del total	7,2%	5,8%	13,1%
	2,00	Recuento	1154	1051	2205
		% dentro de estudios_2	52,3%	47,7%	100,0%
		% dentro de IT	45,5%	55,5%	49,7%
		% del total	26,0%	23,7%	49,7%
	3,00	Recuento	1063	585	1648
		% dentro de estudios_2	64,5%	35,5%	100,0%
		% dentro de IT	41,9%	30,9%	37,2%
		% del total	24,0%	13,2%	37,2%
Total	Recuento	2538	1895	4433	
	% dentro de estudios_2	57,3%	42,7%	100,0%	
	% dentro de IT	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	57,3%	42,7%	100,0%	

Tabla 25: Valoración estadística de los procesos en función del tipo de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58,037 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitudes	58,513	2	,000
N de casos válidos	4433		

0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.  
La frecuencia mínima esperada es 247,94.

Tabla 26: Estimación de riesgo

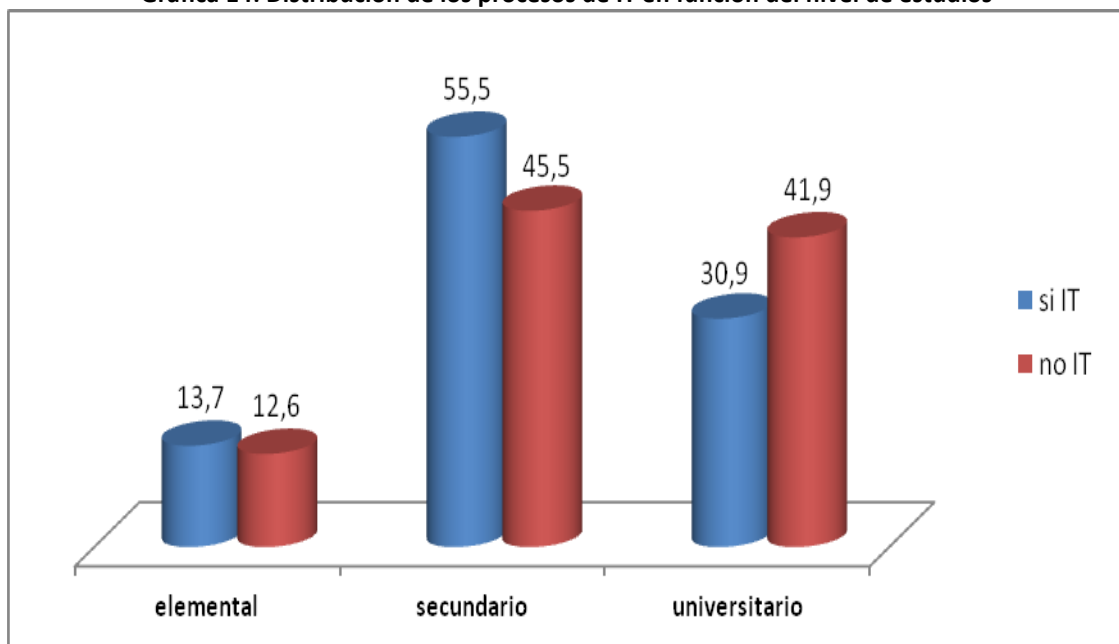
	Valor
Razón de las ventajas para estudios <sup>2</sup> (1,00 / 2,00)	<sup>a</sup>

No se puede calcular el estadístico de Estimación del riesgo.  
Sólo se calcula para tablas 2\*2 sin casillas vacías

En lo que respecta al nivel de estudios, vemos que el mayor porcentaje se concentra en el grupo con estudios intermedios (nivel 2) seguido de los estudios universitarios y en tercer lugar y a gran distancia los de estudios elementales. Estas diferencias son estadísticamente significativas.

El único grupo en que es mayor el porcentaje de trabajadores que no han tenido IT con respecto a los que si la han sufrido es el de estudios universitarios.

Gráfica 14: Distribución de los procesos de IT en función del nivel de estudios



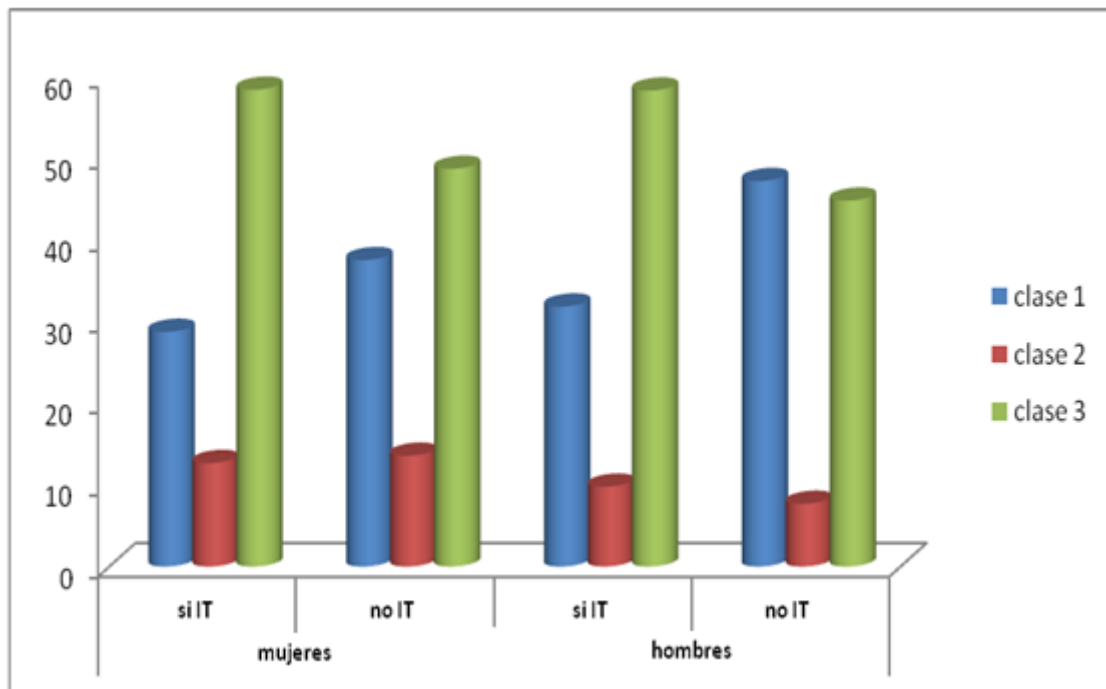
Si realizamos un estudio comparativo por sexo también observamos que existen diferencias estadísticamente significativas en el reparto según clase social, nivel de estudios y tipo de trabajo.

Tabla 27: Distribución estadística de los procesos de IT en función del nivel de estudios y el sexo

Tabla combinada de resultados								
Parámetros de estudio	mujeres				hombres			
	si IT (n=1352)	no IT (n=1879)	$\chi^2$	p	si IT (n=543)	no IT (n=659)	$\chi^2$	p
clase 1	28,8	37,6	32,6	< 0.0001	31,9	47,3	29,7	< 0.0001
clase 2	12,7	13,6			9,8	7,7		
clase 3	58,5	48,8			58,4	44,9		
elemental	12,9	9,8	30,9	< 0.0001	15,5	20,6	57,7	< 0.0001
secundario	56,7	50,6			52,5	31		
universitario	30,4	39,6			32	48,4		
white collar	41,8	52	33,2	< 0.0001	40,9	55,1	24	< 0.0001
blue collar	58,2	48			59,1	44,9		

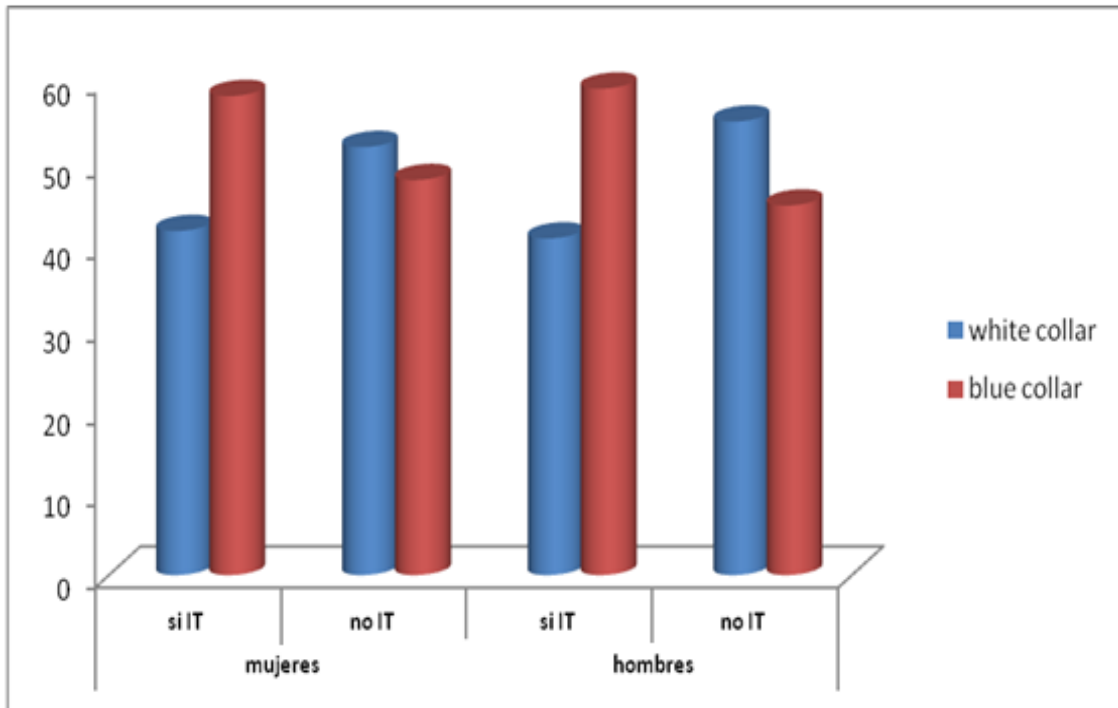
Tanto en mujeres como en hombres hay un claro predominio de los procesos de IT en las personas pertenecientes a la clase 3.

Gráfica 15: Distribución de los procesos de IT en función de la clase social y el sexo



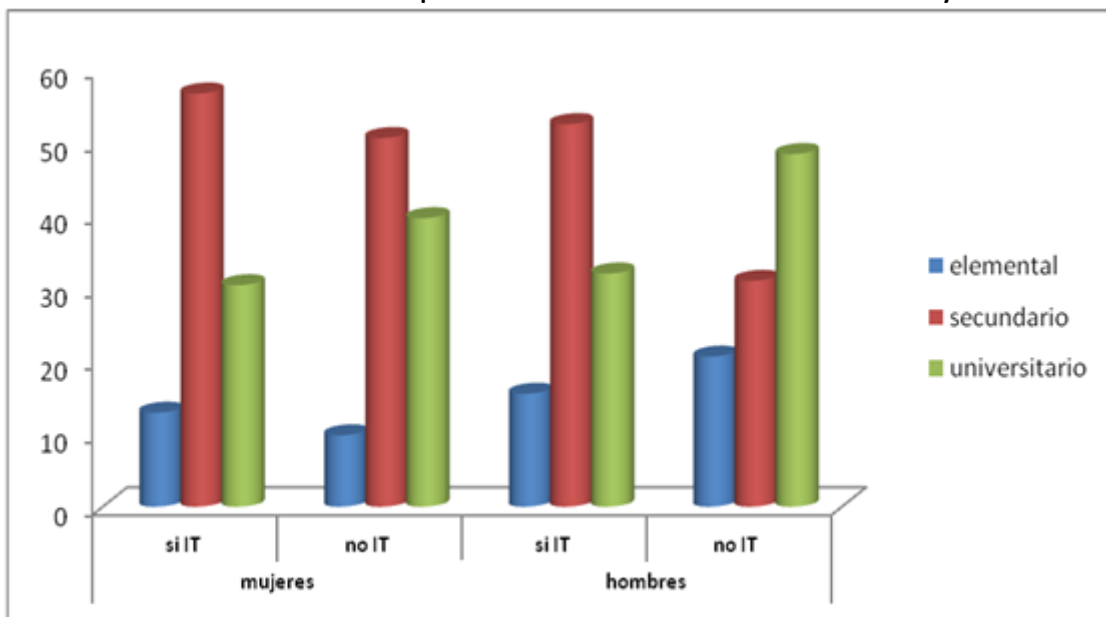
Por tipo de trabajo, en ambos sexos predominan los procesos de incapacidad temporal en el colectivo de blue collar.

Gráfica 16: Distribución de los procesos de IT en función del tipo de trabajo y el sexo



Según el nivel de estudios se aprecia que hombres y mujeres con estudios secundarios son los más numerosos en el colectivo de personas con IT.

Gráfica 17: Distribución de los procesos de IT en función del nivel de estudios y el sexo



### 6.3.- Análisis multivariante.

Se realiza un análisis multivariante mediante **REGRESIÓN LOGÍSTICA** y se observa que las variables que muestran diferencias estadísticamente significativas son el tipo de trabajo, el nivel de estudios y el sexo.

Las ODDS ratio más elevadas son las relacionadas con el tipo de trabajo (1,47 IC 95% 1-2,1).

<b>Regresión Logística:</b>						
<b>Variable</b>	<b>Coef.</b>	<b>E.E.</b>	<b>Wald</b>	<b>G.L.</b>	<b>p-valor</b>	<b>R</b>
<b>VAR-7</b>	<b>-0.1121</b>	<b>0.1380</b>	<b>0.6599</b>	<b>1</b>	<b>0.4166</b>	<b>0</b>
<b>VAR-8</b>	<b>0.3860</b>	<b>0.1932</b>	<b>3.9929</b>	<b>1</b>	<b>0.0457</b>	<b>0.018</b>
<b>VAR-9</b>	<b>0.2023</b>	<b>0.0689</b>	<b>8.6180</b>	<b>1</b>	<b>0.0033</b>	<b>0.033</b>
<b>VAR-10</b>	<b>0.1680</b>	<b>0.0691</b>	<b>5.9167</b>	<b>1</b>	<b>0.0150</b>	<b>0.025</b>
<b>Constante</b>	<b>-0.7382</b>					
<b>Variable</b>	<b>OR</b>	<b>IC95%inf</b>	<b>IC95%sup</b>			
<b>VAR-7</b>	<b>0.8940</b>	<b>0.6822</b>	<b>1.1715</b>			
<b>VAR-8</b>	<b>1.4710</b>	<b>1.0074</b>	<b>2.1480</b>			
<b>VAR-9</b>	<b>1.2242</b>	<b>1.0695</b>	<b>1.4012</b>			
<b>VAR-10</b>	<b>1.1830</b>	<b>1.0332</b>	<b>1.3545</b>			

**VAR-1 1** si IT **2** no IT

**VAR-7 1** clase 3 **2** clase 2 **3** clase 1

**VAR-8 1** blue collar **2** white collar

**VAR-9 1** FP/BACHILLER **2** sin/primarios **3** universitario

**VAR-10 1** hombres **2** mujeres



## 6.4.- Duración de los procesos de IT.

### 6.4.1.- Duración media de los procesos de IT.

Valoramos la duración media de los procesos de IT según las diferentes variables sociodemográficas en la población total (12.516 procesos). Se observan diferencias significativas en todas las variables excepto en el sexo.

Se repiten los resultados anteriores, con más duración en clase social 3, blue collar, trabajadores con estudios secundarios, contrato fijo y antigüedad mayor de 10 años, cambiando el rango de edad, siendo los procesos más largos en mayores de 60 años.

Si se representan mediante diagramas de barras los valores medios de las IT según las distintas variables, el círculo central marca la media y los extremos superior e inferior el intervalo de confianza al 95%.

En cuanto a Duración de la IT y relacionándola con el sexo se observa que los varones tienen una duración menor de los procesos de IT.

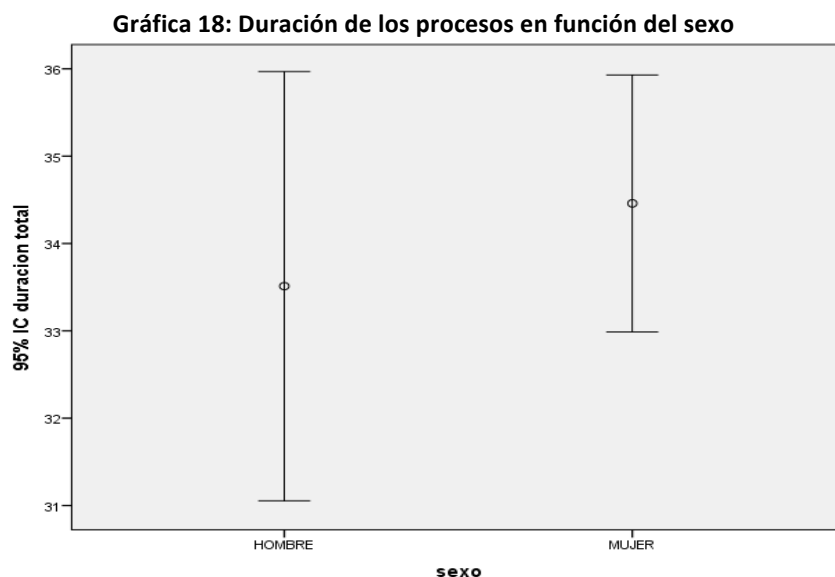
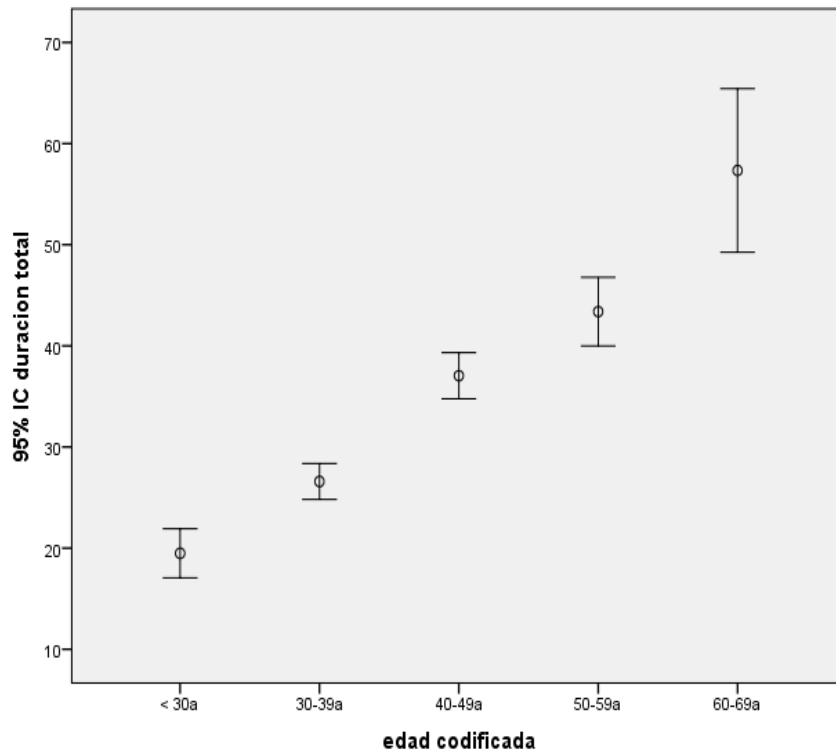


Tabla 28: Duración de los procesos en la población total

Total	N	Duración media	Dt	IC 95%	F	P
<b>Sexo</b>						
Mujer	9.164	34,5	71,8	33-36	0,4	0.51
Hombre	3.352	33,5	72,6	31-36		
<b>Clase social</b>						
Clase 1	2.958	30,1	66	27,6-32,5	17,9	< 0.0001
Clase 2	1.251	26,4	61,3	23-29,9		
Clase 3	8.307	36,9	75,4	35,2-38,5		
<b>Tipo trabajo</b>						
White collar	4.199	29	64,4	27-31	32,9	< 0.0001
Blue collar	8.317	36,8	75,5	37,2-38,5		
<b>Nivel estudios</b>						
Elemental	2.099	41,1	82,6	37,4-44,7	14,4	< 0.0001
Secundario	7.466	33,9	71	32,3-35,6		
Universitario	2.951	30,1	66	27,6-32,5		
<b>Tipo contrato</b>						
Eventual	887	18,2	35,3	15,9-20,6	34,5	< 0.0001
Interino	1.178	24,7	50,3	21,8-27,6		
Fijo	10.451	36,6	76,1	35,1-38,1		
<b>Edad</b>						
< 30a	1.192	19,5	42,8	17-22	52,7	< 0.0001
30-39a	4.142	26,6	58,5	24,8-28,4		
40-49a	4.032	37	73,7	34,7-39,4		
50-59a	2.528	43,4	86,8	39,9-46,8		
≥ 60a	622	57,3	102,8	49,1-65,6		
<b>Antigüedad</b>						
< 1a	1.431	19,4	40,3	17,3-21,5	37,2	< 0.0001
1-5a	3.438	30	64,7	27,8-32,2		
6-10a	2.337	35,9	75,7	32,8-39		
> 10a	5.310	40,2	80,3	38-42,4		

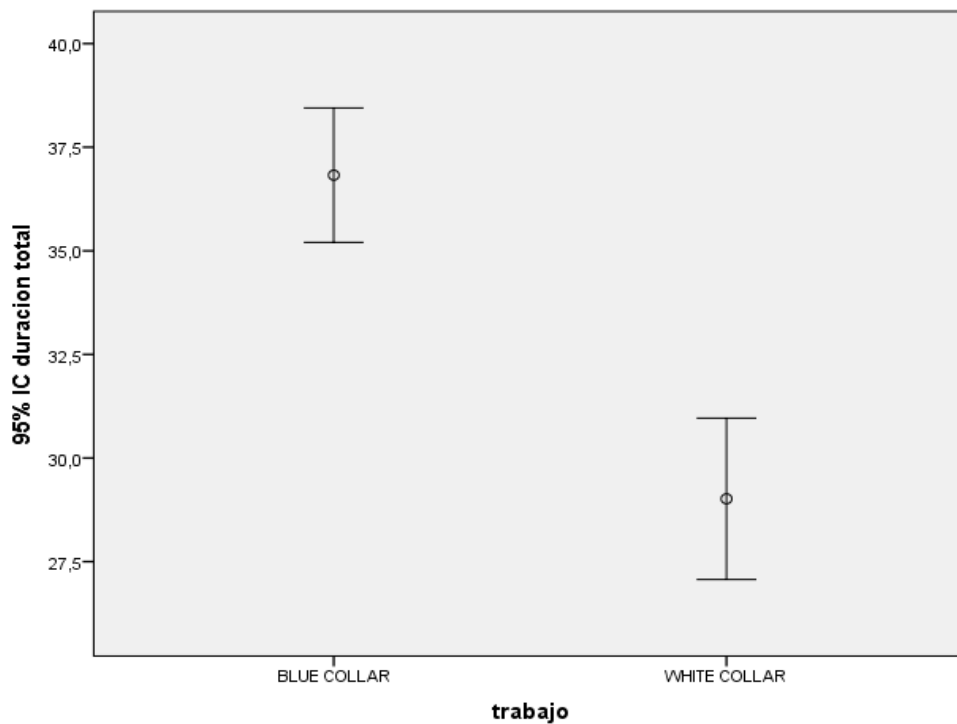
Valorando la duración de la IT en relación con la edad, se observa que, a medida que aumenta la edad lo hace también la duración de las IT.

Gráfica 19: Duración de los procesos en función de la edad



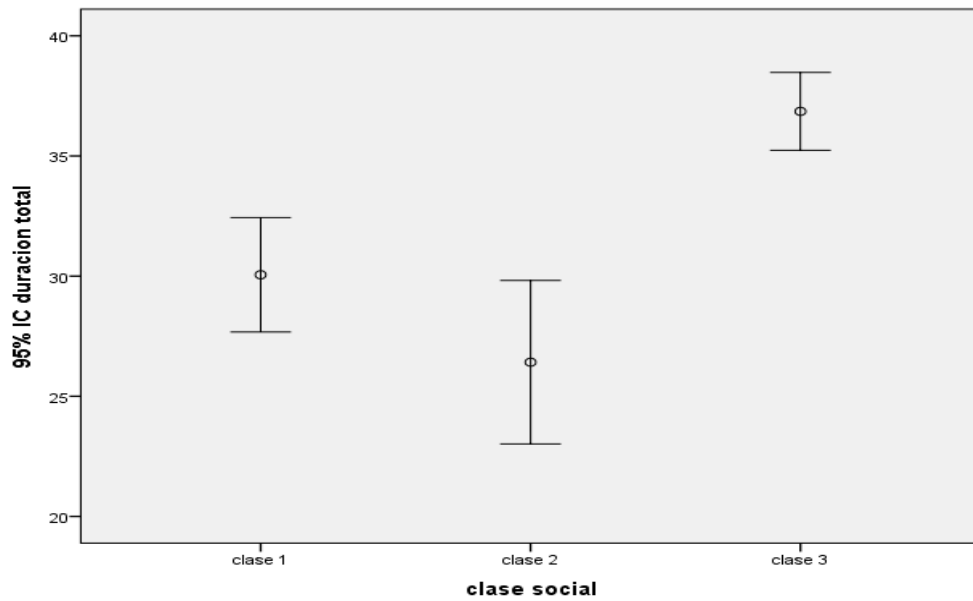
Valorando la duración de la IT en relación al tipo de trabajo desempeñado, los blue collar presentan mayores duraciones de la IT.

Gráfica 20: Duración de los procesos en función del tipo de trabajo



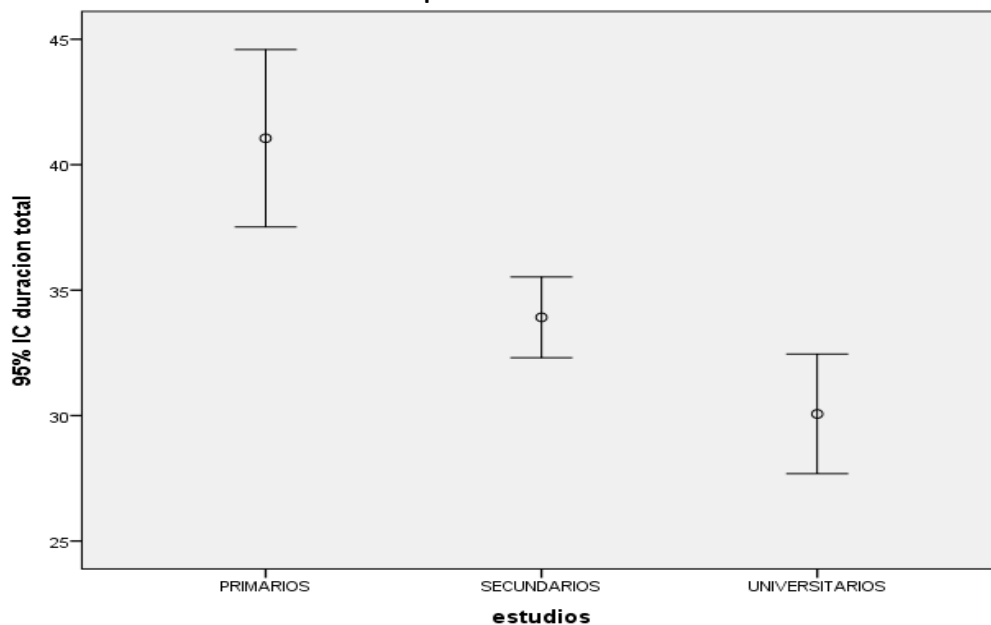
Valorando la duración de la IT en relación a la clase social del trabajador se observa que, a medida que baja la clase social aumenta la duración de los procesos de IT.

Gráfica 21: Duración de los procesos en función de la clase social



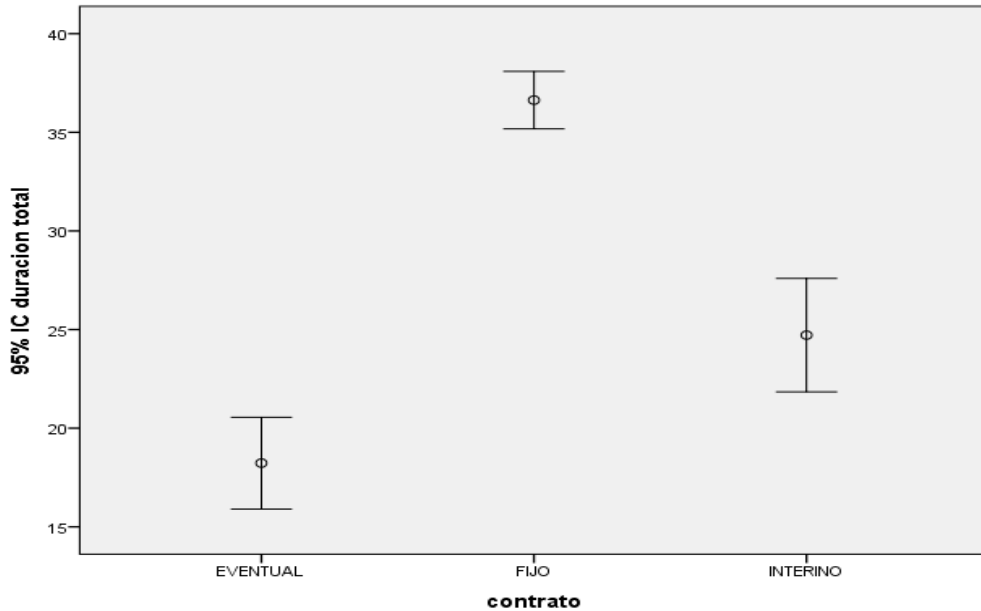
Relacionando la duración de la IT con el nivel de estudios del trabajador se observa que a mayor nivel de estudios menor duración de los procesos de IT.

Gráfica 22: Duración de los procesos en función del nivel de estudios



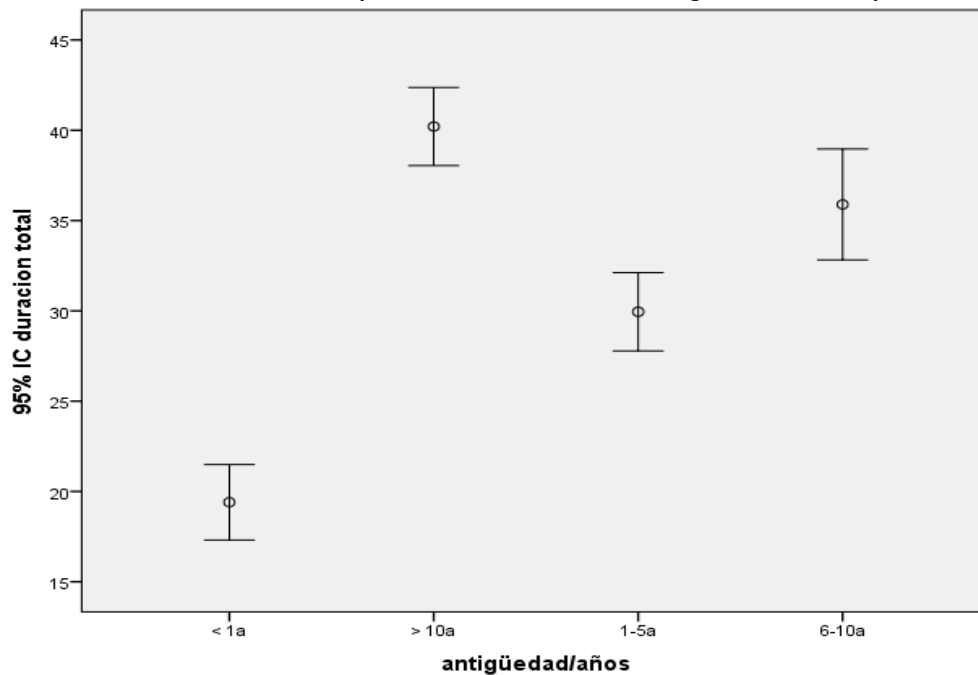
Relacionando la duración de la IT con la estabilidad del empleo se observa que, a mayor estabilidad del contrato mayor duración de la IT.

Gráfica 23: Duración de los procesos en función del tipo de contrato laboral



Relacionando la duración de la IT con la antigüedad del contrato, se observa que a mayor antigüedad del trabajador en la empresa, mayor es la duración de la IT.

Gráfica 24: Duración de los procesos en función de la antigüedad en la empresa



Si se realiza este mismo análisis diferenciando ambos sexos en las Mujeres se observan diferencias significativas en todas las variables.

Tabla 29: Valoración estadística de la duración de los procesos en las mujeres función de las variables

MUJERES	N	Duración media	Dt	IC 95%	F	P
<i>Clase social</i>						
Clase 1	2.303	31,5	68,8	28,7-34,3	14,9	< 0.0001
Clase 2	980	25	57,9	21,3-28,6		
Clase 3	5.881	37,2	74,9	35,3-39,1		
<i>Tipo trabajo</i>						
White collar	3.305	29,7	65,9	27,4-31,9	23,1	< 0.0001
Blue collar	5.859	37,2	74,9	35,2-39,1		
<i>Nivel estudios</i>						
Elemental	1.608	41,8	83,3	37,7-45,9	11	< 0.0001
Secundario	5.228	33,6	69,3	31,7-35,5		
Universitario	2.328	31,4	68,5	28,6-34,2		
<i>Tipo contrato</i>						
Eventual	673	18,1	36,1	15,8-20,5	30,8	< 0.0001
Interino	927	24,9	50,8	21,6-28,2		
Fijo	7.564	37,1	76	35,3-38,8		
<i>Edad</i>						
< 30a	887	19,6	42,2	16,7-22,4	34,9	< 0.0001
30-39a	3.198	27	58,8	29,1-25		
40-49a	2.971	39,5	77,6	36,7-42,4		
50-59a	1.756	43,1	85,9	39-47,2		
≥ 60a	352	53,8	94,1	43,8-63,8		
<i>Antigüedad</i>						
< 1a	1.112	19	38,7	16,7-21,4	28,7	< 0.0001
1-5a	2.603	31,4	66,5	28,8-34		
6-10a	1.772	35,4	74,4	31,9-39		
> 10a	3.677	40,8	80,6	38,2-43,5		

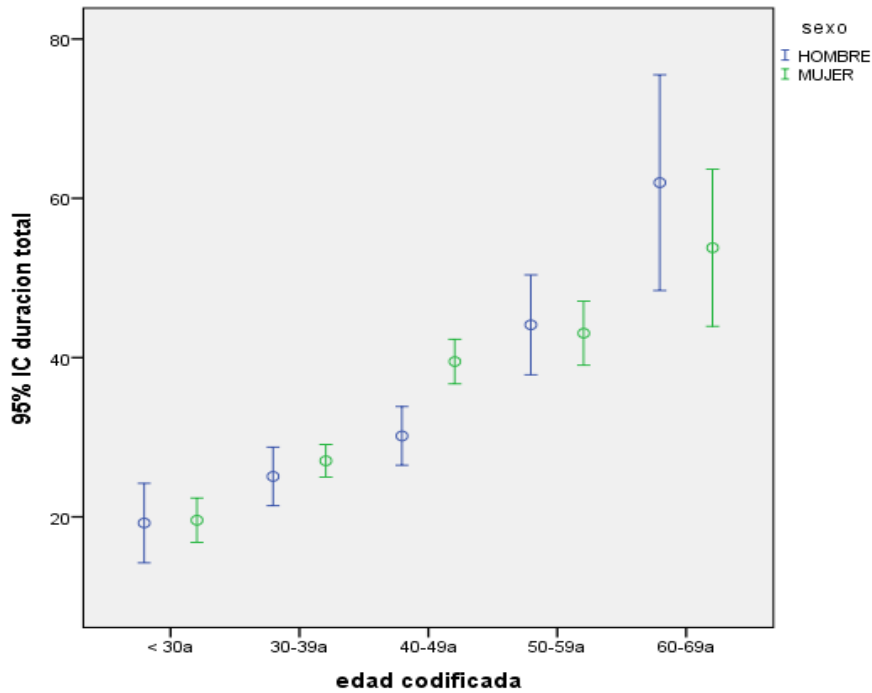
En los hombres se observan diferencias significativas en relación con la edad del trabajador y su antigüedad en la empresa.

Tabla 30: Valoración estadística de la duración de los procesos en los hombres función de variables

HOMBRES						
	n	duración media	dt	IC 95%	F	p
<i>Clase social</i>						
Clase 1	655	25	55	20,6-29,4	6	0.0025
Clase 2	271	31,7	72,1	22,9-40,5		
Clase 3	2426	36	76,5	32,9-39,1		
<i>Tipo trabajo</i>						
White collar	894	26,6	58,7	22,7-30,6	11	0.0009
Blue collar	2458	36	76,8	32,9-39,1		
<i>Nivel estudios</i>						
Elemental	491	38,5	80,5	31,3-45,8	5,6	0.0038
Secundario	2238	34,7	74,6	31,6-37,9		
Universitario	623	25,2	55,9	20,7-29,7		
<i>Tipo contrato</i>						
Eventual	214	18,5	32,9	14-23	7,8	0.0004
Interino	251	24	48,5	17,9-30,2		
Fijo	2887	35,4	76,2	32,6-38,3		
<i>Edad</i>						
< 30a	305	19,2	44,3	14,2-24,3	21,7	< 0.0001
30-39a	944	25,1	57,5	21,3-28,8		
40-49a	1061	30,2	61,2	26,4-33,9		
50-59a	772	44,1	88,8	37,7-50,5		
≥ 60a	270	62	113	48,2-75,7		
<i>Antigüedad</i>						
< 1a	319	20,7	45,7	15,6-25,8	10,2	< 0.0001
1-5a	835	25,5	58,6	21,4-29,5		
6-10a	565	37,4	79,6	30,7-44,1		
> 10a	1633	38,8	79,8	34,9-42,8		

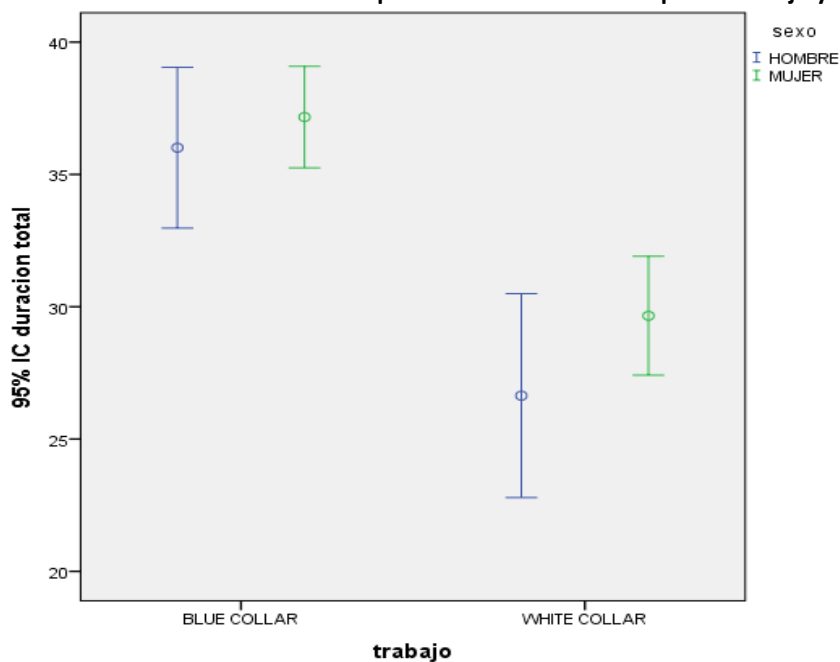
Relacionando la duración total de la IT con la edad se observa que en ambos sexos aumenta con la edad del trabajador.

Gráfica 25: Duración de los procesos en función de la edad y el sexo



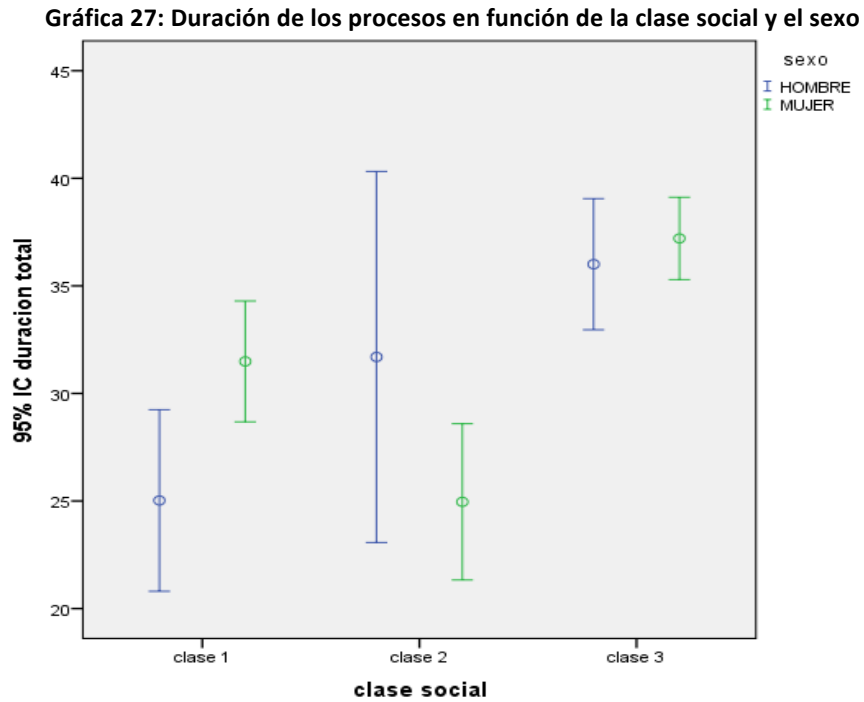
Relacionando la duración total de la IT con el tipo de trabajo desempeñado se observa que es mayor en los blue collar en ambos sexos con mayor diferencia en los hombres.

Gráfica 26: Duración de los procesos en función del tipo de trabajo y el sexo



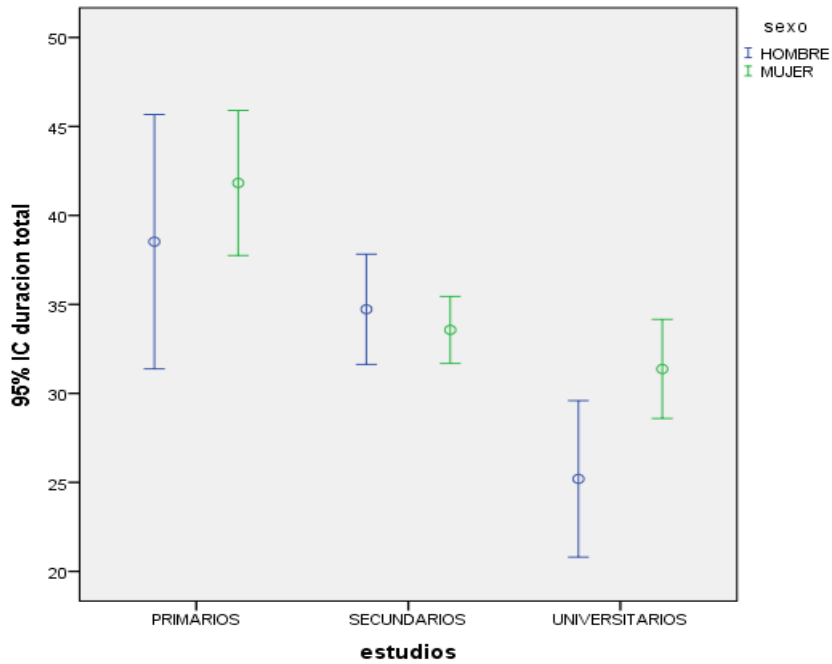


Relacionando la duración total de la IT con la clase social es mayor a medida que aumenta la clase, si bien en las mujeres hay mayor duración de la IT en la clase 1 que en la clase 2.



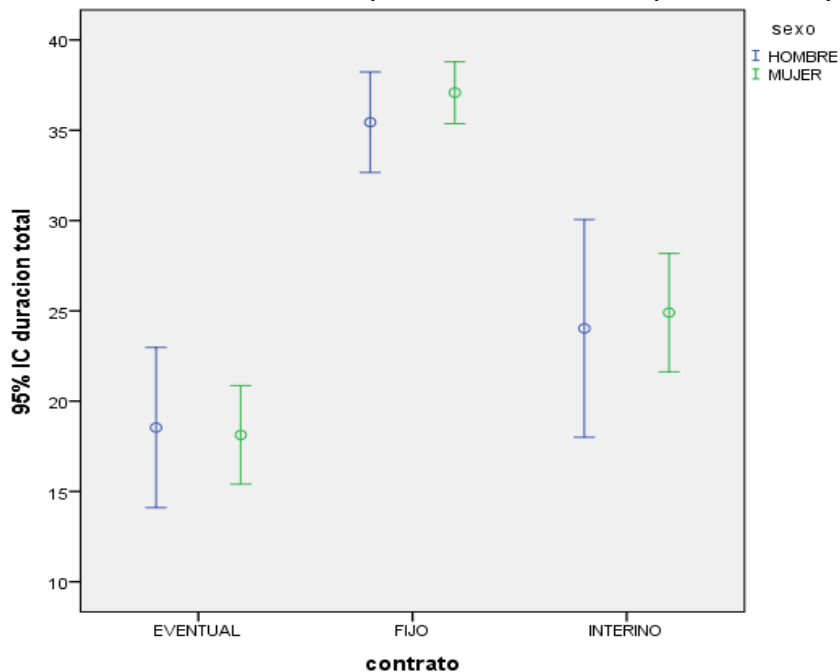
Relacionando la duración total de la IT con el nivel de estudios, la duración de la IT disminuye a medida que aumenta el nivel de estudios en ambos sexos.

Gráfica 28: Duración de los procesos en función del nivel de estudios y el sexo



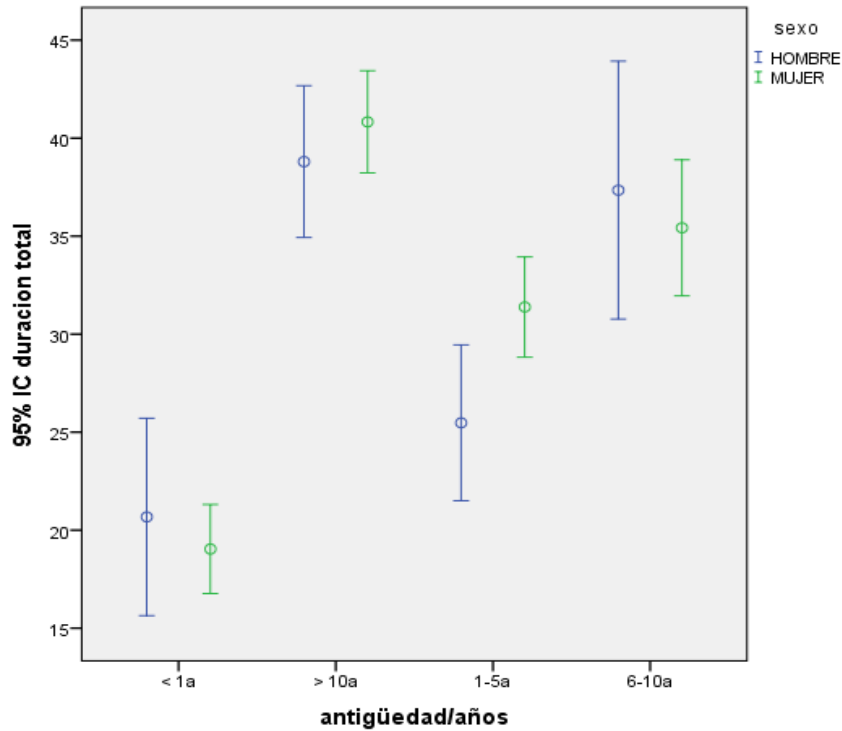
Relacionando la duración total de la IT con el tipo de contrato, la mayor duración se corresponde con los trabajadores fijos.

Gráfica 29: Duración de los procesos en función del tipo de contrato y el sexo



Relacionando la duración total de la IT con la antigüedad en la empresa, la menor duración es en trabajadores con poca antigüedad (>1año) siendo irregular en el resto.

Gráfica 30: Duración de los procesos en función de la antigüedad en la empresa y el sexo



#### 6.4.2.- Catalogación de los procesos de IT en función de su duración.

Se calcula el porcentaje de personas con la duración del proceso en días según las diferentes variables. En primer lugar se determina en la población global por sexo observándose que en todos los casos hay diferencias entre hombres y mujeres.

Tabla 31: Duración de los procesos en función del sexo

	mujer	hombre	chi <sup>2</sup>	p
1-3d	18,2	15,9	25	<0.0001
4-7d	22,7	22,9		
8-14d	20,4	23,2		
15-30d	15,4	16,4		
31-90d	13,6	13,1		
91-180d	5,5	4,3		
181-599d	4,2	4,2		

A partir de aquí se calcula el porcentaje en cada uno de los sexos y en el total para por rango de edad.

**Tabla 32: Valoración estadística de la duración de los procesos en función de edad y sexo**

		< 30a	30-39a	40-49a	50-59a	60-69a	chi <sup>2</sup>	p
<b>Mujeres</b>	<b>1-3d</b>	23,9	20,7	16,0	15,6	13,1	252,4	< 0.0001
	<b>4-7d</b>	11,5	14,4	16,3	16,6	19,3		
	<b>8-14d</b>	1,6	3,0	4,7	6,1	7,7		
	<b>15-30d</b>	9,6	12,4	15,0	14,9	17,0		
	<b>31-90d</b>	31,3	23,8	21,5	19,6	16,2		
	<b>91-180d</b>	19,1	21,9	19,5	20,8	16,5		
	<b>181-599d</b>	3,0	3,8	7,0	6,4	10,2		
<b>Hombres</b>	<b>1-3d</b>	29,5	22,1	12,4	11,1	6,3	213,5	< 0.0001
	<b>4-7d</b>	26,2	25,6	24,0	19,8	13,7		
	<b>8-14d</b>	19,3	21,4	26,4	22,5	22,6		
	<b>15-30d</b>	9,5	13,0	16,9	19,8	24,1		
	<b>31-90d</b>	11,8	12,3	12,0	15,2	16,3		
	<b>91-180d</b>	2,6	3,1	4,6	4,8	7,8		
	<b>181-599d</b>	1,0	2,4	3,7	6,7	9,3		
<b>Total</b>	<b>1-3d</b>	25,3	21,0	15,1	14,2	10,1	407,1	<0.0001
	<b>4-7d</b>	30,0	24,2	22,2	19,7	15,1		
	<b>8-14d</b>	19,1	21,8	21,3	21,3	19,1		
	<b>15-30d</b>	11,0	14,1	16,4	17,6	21,4		
	<b>31-90d</b>	10,2	12,4	14,2	15,0	16,7		
	<b>91-180d</b>	2,9	3,6	6,4	5,9	9,2		
	<b>181-599d</b>	1,4	2,8	4,4	6,3	8,4		

Por edad existen diferencias significativas tanto en hombres como en mujeres

En las mujeres, la mayoría está entre 31 y 90 días y en segundo lugar los que duran entre 1 y 3 días.

Según el tipo de trabajo también se observan diferencias significativas.

Hay diferencias significativas tanto en nombres como en mujeres.

En mujeres el mayor porcentaje se da en la IT que dura entre 1 y 14 días en los white collar, mientras en los blue collar la mayoría está entre 4 y 14 días seguida de cerca por lo de duración entre 15 y 30 días.

En los hombres, en los blue collar, el mayor porcentaje se da en los procesos que duran entre 15 y 90 días, mientras en los white collar, el mayor porcentaje está en los duran entre 31 y 90 días y de 90 a 180 días.

En el total el porcentaje mayor se da en los procesos que duran entre 1 y 14 días.

**Tabla 33: Valoración estadística de la duración de los procesos en función del sexo y tipo de trabajo**

		Blue collar	White collar	Chi <sup>2</sup>	P
<b>Mujeres</b>	<b>1-3d</b>	16,9	20,5	63,8	<0.0001
	<b>4-7d</b>	21,5	24,9		
	<b>8-14d</b>	20,2	20,8		
	<b>15-30d</b>	16,0	14,2		
	<b>31-90d</b>	14,6	11,9		
	<b>91-180d</b>	6,2	4,2		
	<b>181-599d</b>	4,5	3,5		
<b>Hombres</b>	<b>1-3d</b>	14,1	21,0	40,8	<0.0001
	<b>4-7d</b>	17,5	13,3		
	<b>8-14d</b>	4,8	2,8		
	<b>15-30d</b>	13,7	11,6		
	<b>31-90d</b>	21,9	25,6		
	<b>91-180d</b>	23,8	21,3		
	<b>181-599d</b>	4,3	4,4		
<b>Total</b>	<b>1-3d</b>	16,1	20,6	91,5	<0.0001
	<b>4-7d</b>	21,6	25,0		
	<b>8-14d</b>	21,3	20,9		
	<b>15-30d</b>	16,4	14,0		
	<b>31-90d</b>	14,3	11,8		
	<b>91-180d</b>	5,7	4,2		
	<b>181-599d</b>	4,6	3,4		

Según la clase social las diferencias en ambos sexos son significativas.

En las mujeres, en todas las clases sociales la duración mayoritaria está entre los 1 y 14 días, mientras que en los hombres, en todas las clases sociales la mayoría están en una duración entre 31 y 180 días.

En el total la duración más frecuente es entre 1 y 14 días.

**Tabla 34: Valoración estadística de la duración de los procesos en función del sexo y clase social**

		Clase 1	Clase 2	Clase 3	Chi <sup>2</sup>	P
<b>Mujeres</b>	<b>1-3d</b>	20,0	21,8	16,9	75,6	<0.0001
	<b>4-7d</b>	25,1	24,5	21,4		
	<b>8-14d</b>	20,3	21,9	20,2		
	<b>15-30d</b>	14,1	14,5	16,0		
	<b>31-90d</b>	12,0	11,5	14,6		
	<b>91-180d</b>	4,4	3,6	6,3		
	<b>181-599d</b>	4,1	2,1	4,5		
<b>Hombres</b>	<b>1-3d</b>	20,9	19,9	14,1	47,2	<0.0001
	<b>4-7d</b>	14,2	11,4	17,5		
	<b>8-14d</b>	2,4	3,7	4,8		
	<b>15-30d</b>	11,8	10,7	13,8		
	<b>31-90d</b>	25,5	27,7	21,6		
	<b>91-180d</b>	21,5	20,3	23,9		
	<b>181-599d</b>	3,7	6,3	4,2		
<b>Total</b>	<b>1-3d</b>	20,2	21,4	16,1	100,2	<0.0001
	<b>4-7d</b>	25,2	25,2	21,5		
	<b>8-14d</b>	20,6	21,6	21,3		
	<b>15-30d</b>	14,1	13,8	16,4		
	<b>31-90d</b>	11,9	11,4	14,4		
	<b>91-180d</b>	4,2	4,2	5,7		
	<b>181-599d</b>	3,8	2,5	4,6		

En relación con el nivel de estudios existen diferencias en mujeres.

En las mujeres con estudios primarios, los porcentajes con respecto a los bloques de duración de días, las diferencias son escasas hasta los 90 días. Cuando analizamos las de estudios secundarios vemos que el mayor porcentaje se acumula en

los procesos de duración entre 4 -7 días, seguida con poca diferencia de los de duración entre 8 y 14 días, ocurriendo lo mismo las de estudios universitarios.

En los hombres en los estudios primarios y secundarios, la mayoría se acumulan en los procesos que duran entre 4 y 7 días y entre 8 y 14 días con escasa diferencia, mientras en los que tienen estudios universitarios, el mayor porcentaje se da en el bloque de duración de 4 y 7 días, aunque con escasa diferencia con los que duran entre 8 y 14 días y los que duran entre 1 y 3 días.

Si analizamos el total, vemos que la gran mayoría de los procesos duran hasta 14 días.

**Tabla 35: Valoración estadística de la duración de los procesos en función del sexo y nivel de estudios**

		primarios	secundarios	universitarios	chi <sup>2</sup>	p
<b>MUJERES</b>	<b>1-3d</b>	18,2	17,5	19,8	74,5	<0.0001
	<b>4-7d</b>	16,7	23,4	25,2		
	<b>8-14d</b>	19,7	20,7	20,4		
	<b>15-30d</b>	17,6	15,3	14,0		
	<b>31-90d</b>	15,3	13,8	12,2		
	<b>91-180d</b>	7,3	5,5	4,3		
	<b>181-599d</b>	5,2	3,9	4,1		
<b>HOMBRES</b>	<b>1-3d</b>	12,8	15,3	20,7	27,5	0.006
	<b>4-7d</b>	20,6	22,7	25,5		
	<b>8-14d</b>	23,6	23,5	21,5		
	<b>15-30d</b>	18,3	16,5	14,4		
	<b>31-90d</b>	14,7	13,2	11,6		
	<b>91-180d</b>	4,7	4,4	3,7		
	<b>181-599d</b>	5,3	4,5	2,6		
<b>TOTAL</b>	<b>1-3d</b>	16,9	16,8	20,0	89,1	<0.0001
	<b>4-7d</b>	17,6	23,2	25,3		
	<b>8-14d</b>	20,6	21,5	20,6		
	<b>15-30d</b>	17,8	15,6	14,1		
	<b>31-90d</b>	15,2	13,6	12,0		
	<b>91-180d</b>	6,7	5,1	4,2		
	<b>181-599d</b>	5,2	4,1	3,8		

Según el tipo de contrato existen diferencias tanto en hombres como en mujeres.

En las mujeres con contrato eventual, la mayoría de los procesos duran entre 4 y 7 días al igual que en los interinos y en los de contrato fijo.

En los hombres en los eventuales, ocurre lo mismo con escasa diferencia con los proceso que duran entre 8 y 14 días, ocurriendo lo mismo en los interinos con diferencias aún más ajustadas, mientras en los de estudios universitario no hay diferencias en los tres primeros bloques de duración.

Analizando el total, el mayor porcentaje se da en los procesos de duración entre 4 y 7 días.

**Tabla 36: Valoración estadística de la duración de los procesos en función del sexo y tipo de contrato**

		eventual	interino	fijo	chi <sup>2</sup>	p
<b>MUJERES</b>	<b>1-3d</b>	16,5	22,8	17,8	106	<0.0001
	<b>4-7d</b>	32,4	23,8	21,7		
	<b>8-14d</b>	22,9	19,2	20,4		
	<b>15-30d</b>	13,8	15,4	15,5		
	<b>31-90d</b>	11,6	12,6	13,9		
	<b>91-180d</b>	2,1	3,9	6,0		
	<b>181-599d</b>	0,7	2,3	4,7		
<b>HOMBRES</b>	<b>1-3d</b>	17,3	15,2	23,5	35,9	<0.0001
	<b>4-7d</b>	28,5	22,4	23,1		
	<b>8-14d</b>	27,6	22,8	23,1		
	<b>15-30d</b>	13,6	17,1	10,8		
	<b>31-90d</b>	9,3	13,4	12,7		
	<b>91-180d</b>	2,8	4,4	4,8		
	<b>181-599d</b>	0,9	4,7	2,0		
<b>TOTAL</b>	<b>1-3d</b>	16,7	22,9	17,1	130	<0.0001
	<b>4-7d</b>	31,5	23,7	21,9		
	<b>8-14d</b>	24,0	20,0	21,0		
	<b>15-30d</b>	13,8	14,4	15,9		
	<b>31-90d</b>	11,0	12,6	13,8		
	<b>91-180d</b>	2,3	4,1	5,6		
	<b>181-599d</b>	0,8	2,2	4,7		



Según la antigüedad en la empresa se observan diferencias significativas en ambos sexos.

Si analizamos las mujeres, en todos los rangos de antigüedad la mayoría de los procesos duran entre 4 y 7 días y en segundo lugar entre 8 y 14 días.

En los hombres ocurre algo parecido, agrupándose en los procesos que duran entre 4 y 7 días.

Si analizamos el total se repite el esquema.

**Tabla 37: Valoración estadística de la duración de los procesos en función del sexo y antigüedad en la empresa**

		< 1a	1-5a	6-10a	> 10a	chi <sup>2</sup>	p
<b>MUJERES</b>	<b>1-3d</b>	22,1	17,7	20,9	16,1	160,8	<0.0001
	<b>4-7d</b>	29,1	24,3	21,7	20,0		
	<b>8-14d</b>	20,7	21,4	20,9	19,4		
	<b>15-30d</b>	13,4	15,1	13,3	17,1		
	<b>31-90d</b>	10,5	13,1	12,8	15,4		
	<b>91-180d</b>	2,9	4,7	5,5	6,9		
	<b>181-599d</b>	1,3	3,6	4,8	5,1		
<b>HOMBRES</b>	<b>1-3d</b>	23,5	24,3	13,1	11,1	123,9	<0.0001
	<b>4-7d</b>	26,0	22,5	25,0	21,7		
	<b>8-14d</b>	21,9	22,6	22,8	23,8		
	<b>15-30d</b>	12,5	12,1	15,6	19,6		
	<b>31-90d</b>	11,0	12,5	14,0	13,6		
	<b>91-180d</b>	3,8	3,4	4,6	4,8		
	<b>181-599d</b>	1,3	2,6	5,0	5,4		
<b>TOTAL</b>	<b>1-3d</b>	22,4	19,3	19,0	14,6	214,7	<0.0001
	<b>4-7d</b>	28,4	23,9	22,5	20,6		
	<b>8-14d</b>	21,0	21,7	21,4	20,8		
	<b>15-30d</b>	13,2	14,4	13,9	17,9		
	<b>31-90d</b>	10,6	12,9	13,1	14,8		
	<b>91-180d</b>	3,1	4,4	5,3	6,2		
	<b>181-599d</b>	1,3	3,4	4,8	5,2		

## 6.5.- Modelos lineales generalizados.

### 6.5.1.- Duración procesos IT.

#### Información del modelo

Variable dependiente	duración total
Distribución de probabilidades	Binomial negativa (1)
Función de enlace	Log

#### Resumen del procesamiento de los casos

	N	Porcentaje
Incluido	4433	100,0%
Excluidos	0	0,0%
Total	4433	100,0%

#### Información de variable categórica

			N	Porcentaje
Factor SEXO	D		3231	72,9%
	H		1202	27,1%
	Total		4433	100,0%
tipo de trabajo	blue collar		2305	52,0%
	white collar		2128	48,0%
	Total		4433	100,0%

#### Información de variable continua

		N	Mínimo	Máximo	Media
Variable dependiente	duración total	4433	0	2865	96,47
Covariable	ANTIGÜEDAD	4433	0	3652	169,13
	EDAD	4433	17,49	69	35,40

		Desviación típica
Variable dependiente	duración total	257,522
Covariable	ANTIGÜEDAD	438,940
	EDAD	10,51

**Bondad de ajuste<sup>a</sup>**

	Valor	gl	Valor/gl
Desviación	26143,942	4428	5,904
Desviación escalada	26143,942	4428	
Chi-cuadrado de Pearson	43828,634	4428	9,898
Chi-cuadrado de Pearson escalado	43828,634	4428	
Log verosimilitud <sup>b</sup>	-22923,277		
Criterio de información de Akaike (AIC)	45856,554		
AIC corregido para muestras finitas (AICC)	45856,568		
Criterio de información bayesiano (BIC)	45888,538		
AIC consistente (CAIC)	45893,538		

Variable dependiente: duración total

Modelo: (Intersección), SEXO, tipodetrabajo, ANTIGÜEDAD, EDAD

- Los criterios de información están en forma "mejor cuanto más pequeño".
- La función de log-verosimilitud completa se muestra y se utiliza para calcular los criterios de información.

**Contraste Omnibus<sup>a</sup>**

Chi-cuadrado de la razón de verosimilitudes	gl	Sig.
3576,082	4	,000

Variable dependiente: duración total

Modelo: (Intersección), SEXO, tipodetrabajo, ANTIGÜEDAD, EDAD

- Compara el modelo ajustado con el modelo con sólo la intersección.

**Contrastes de los efectos del modelo**

Origen	Tipo III		
	Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.
(Intersección)	500,598	1	,000
SEXO	47,589	1	,000
tipodetrabajo	711,811	1	,000
ANTIGÜEDAD	416,958	1	,000
EDAD	2198,205	1	,000

Variable dependiente: duración total

Modelo: (Intersección), SEXO, tipodetrabajo, ANTIGÜEDAD, EDAD

Estimaciones de los parámetros

Parámetro	B	Tip. Error	Intervalo de confianza de Wald 95%	
			Inferior	Superior
(Intersección)	,804	,0662	,674	,933
[SEXO=D]	,237	,0343	,170	,304
[SEXO=H]	0 <sup>a</sup>	.	.	.
[tipodetrabajo=blue collar]	,822	,0308	,762	,883
[tipodetrabajo=white collar]	0 <sup>a</sup>	.	.	.
ANTIGÜEDAD	,001	3,9161E-005	,001	,001
EDAD	,074	,0016	,071	,077
(Escala)	1 <sup>b</sup>			
(Binomial negativa)	1 <sup>b</sup>			

Parámetro	Contraste de hipótesis			Exp(B)	Intervalo de confianza de ..
	Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.		Inferior
(Intersección)	147,405	1	,000	2,234	1,962
[SEXO=D]	47,589	1	,000	1,267	1,185
[SEXO=H]	.	.	.	1	.
[tipodetrabajo=blue collar]	711,811	1	,000	2,276	2,142
[tipodetrabajo=white collar]	.	.	.	1	.
ANTIGÜEDAD	416,958	1	,000	1,001	1,001
EDAD	2198,205	1	,000	1,077	1,074
(Escala)					
(Binomial negativa)					

Parámetro	Intervalo de confianza de ...
	Superior
(Intersección)	2,543
[SEXO=D]	1,356
[SEXO=H]	.
[tipodetrabajo=blue collar]	2,418
[tipodetrabajo=white collar]	.
ANTIGÜEDAD	1,001
EDAD	1,080
(Escala)	
(Binomial negativa)	

Variable dependiente: duración total

Modelo: (Intersección), SEXO, tipodetrabajo, ANTIGÜEDAD, EDAD

a. Establecido en cero ya que este parámetro es redundante.

b. Fijado en el valor mostrado.

**Sexo**

SEXO	Media	Tip. Error	Intervalo de confianza de Wald 95%	
			Inferior	Superior
D	67,23	1,195	64,93	69,61
H	53,05	1,558	50,08	56,19

Las covariables que aparecen en el modelo están fijadas en los siguientes valores: ANTIGÜEDAD=169,13; EDAD=35,40

La duración media de las IT, una vez controlados el resto de variables es de 67,2 días para las mujeres y 53,1 días para los hombres, siendo las diferencias estadísticamente significativas, chi cuadrado 52,1 ( $p < 0.0001$ ).

**Comparaciones por pares**

(I)SEXO	(J)SEXO	Diferencia de medias (I-J)	Tip. Error	gl	Sig.	Intervalo de confianza de ..
						Inferior
D	H	14,18 <sup>a</sup>	1,964	1	,000	10,33
H	D	-14,18 <sup>a</sup>	1,964	1	,000	-18,03

(I)SEXO	(J)SEXO	Intervalo de confianza de ...
		Superior
D	H	18,03
H	D	-10,33

**Resultados de prueba global**

Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.
52,121	1	,000

Chi-cuadrado de Wald contrasta el efecto de SEXO. Esta prueba se basa en las comparaciones por pares linealmente independientes entre las medias marginales estimadas.

**6.5.2.- Tipo de trabajo**

tipo de trabajo	Media	Tip. Error	Intervalo de confianza de Wald 95%	
			Inferior	Superior
blue collar	90,09	1,987	86,28	94,07
white collar	39,59	,951	37,76	41,49

Las covariables que aparecen en el modelo están fijadas en los siguientes valores: ANTIGÜEDAD=169,13; EDAD=35,40

La duración media de las IT, una vez controlados el resto de variables es de 90,1 días para los blue collar y 39,6 días para los white collar, siendo las diferencias estadísticamente significativas, chi cuadrado 573,8 (p <0.0001).

**Comparaciones por pares**

(I)tipo de trabajo	(J)tipo de trabajo	Diferencia de medias (I-J)	Tip. Error	gl	Sig.
blue collar	white collar	50,51 <sup>a</sup>	2,109	1	,000
white collar	blue collar	-50,51 <sup>a</sup>	2,109	1	,000

(I)tipo de trabajo	(J)tipo de trabajo	Intervalo de confianza de Wald para la diferencia 95%	
		Inferior	Superior
blue collar	white collar	46,37	54,64
white collar	blue collar	-54,64	-46,37

**Resultados de prueba global**

Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.
573,755	1	,000

Chi-cuadrado de Wald contrasta el efecto de tipo de trabajo. Esta prueba se basa en las comparaciones por pares linealmente independientes entre las medias marginales estimadas.

**6.5.3.- Número de procesos.**

**Información del modelo**

Variable dependiente	nº procesos
Distribución de probabilidades	Binomial negativa (1)
Función de enlace	Log

**Resumen del procesamiento de los casos**

	N	Porcentaje
Incluido	4433	100,0%
Excluidos	0	0,0%
Total	4433	100,0%

**Información de variable categórica**

			N	Porcentaje
Factor	SEXO	D	3231	72,9%
		H	1202	27,1%
		Total	4433	100,0%
tipo de trabajo		blue collar	2305	52,0%
		white collar	2128	48,0%
		Total	4433	100,0%

**Información de variable continua**

		N	Mínimo	Máximo	Media
Variable dependiente	nº procesos	4433	0	62	2,82
Covariable	ANTIGÜEDAD	4433	0	3652	169,13
	EDAD	4433	17,49	69	35,40

		Desviación típica
Variable dependiente	nº procesos	5,931
Covariable	ANTIGÜEDAD	438,940
	EDAD	10,51

**Bondad de ajuste<sup>a</sup>**

	Valor	gl	Valor/gl
Desviación	8481,900	4428	1,916
Desviación escalada	8481,900	4428	
Chi-cuadrado de Pearson	13960,325	4428	3,153
Chi-cuadrado de Pearson escalado	13960,325	4428	
Log verosimilitud <sup>b</sup>	-8967,804		
Criterio de información de Akaike (AIC)	17945,608		
AIC corregido para muestras finitas (AICC)	17945,622		
Criterio de información bayesiano (BIC)	17977,592		
AIC consistente (CAIC)	17982,592		

Variable dependiente: nº procesos

Modelo: (Intersección), SEXO, tipodetrabajo, ANTIGÜEDAD, EDAD

- Los criterios de información están en forma "mejor cuanto más pequeño".
- La función de log-verosimilitud completa se muestra y se utiliza para calcular los criterios de información.

**Contraste Omnibus<sup>a</sup>**

Chi-cuadrado de la razón de verosimilitudes	gl	Sig.
1539,139	4	,000

Variable dependiente: nº procesos

Modelo: (Intersección), SEXO, tipodetrabajo, ANTIGÜEDAD, EDAD

- Compara el modelo ajustado con el modelo con sólo la intersección.

**Contrastes de los efectos del modelo**

Origen	Tipo III		
	Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.
(Intersección)	314,874	1	,000
SEXO	15,815	1	,000
tipodetrabajo	247,406	1	,000
ANTIGÜEDAD	260,019	1	,000
EDAD	892,165	1	,000

Variable dependiente: nº procesos

Modelo: (Intersección), SEXO, tipodetrabajo, ANTIGÜEDAD, EDAD



Estimaciones de los parámetros

Parámetro	B	Tip. Error	Intervalo de confianza de Wald 95%	
			Inferior	Superior
(Intersección)	-1,643	,0808	-1,802	-1,485
[SEXO=D]	,165	,0416	,084	,247
[SEXO=H]	0 <sup>a</sup>	.	.	.
[tipodetrabajo=blue collar]	,586	,0373	,513	,659
[tipodetrabajo=white collar]	0 <sup>a</sup>	.	.	.
ANTIGÜEDAD	,001	3,9175E-005	,001	,001
EDAD (Escala)	,054	,0018	,050	,057
(Binomial negativa)	1 <sup>b</sup>			

Parámetro	Contraste de hipótesis			Exp(B)	Intervalo de confianza de ..
	Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.		Inferior
(Intersección)	413,358	1	,000	,193	,165
[SEXO=D]	15,815	1	,000	1,180	1,087
[SEXO=H]	.	.	.	1	.
[tipodetrabajo=blue collar]	247,406	1	,000	1,797	1,670
[tipodetrabajo=white collar]	.	.	.	1	.
ANTIGÜEDAD	260,019	1	,000	1,001	1,001
EDAD (Escala)	892,165	1	,000	1,055	1,052
(Binomial negativa)					

Parámetro	Intervalo de confianza de ...
	Superior
(Intersección)	,227
[SEXO=D]	1,280
[SEXO=H]	.
[tipodetrabajo=blue collar]	1,933
[tipodetrabajo=white collar]	.
ANTIGÜEDAD	1,001
EDAD (Escala)	1,059
(Binomial negativa)	

Variable dependiente: nº procesos

Modelo: (Intersección), SEXO, tipodetrabajo, ANTIGÜEDAD, EDAD

a. Establecido en cero ya que este parámetro es redundante.

b. Fijado en el valor mostrado.

**6.5.4.- Sexo.**

SEXO	Media	Tip. Error	Intervalo de confianza de Wald 95%	
			Inferior	Superior
D	2,29	,050	2,20	2,39
H	1,95	,070	1,81	2,09

Las covariables que aparecen en el modelo están fijadas en los siguientes valores: ANTIGÜEDAD=169,13; EDAD=35,40

El número de procesos de IT, una vez controlados el resto de variables es de 2,3 para las mujeres y 2 para los hombres, siendo las diferencias estadísticamente significativas, chi cuadrado 17 (p <0.0001).

**Comparaciones por pares**

(I)SEXO	(J)SEXO	Diferencia de medias (I-J)	Tip. Error	gl	Sig.	Intervalo de confianza de ..
						Inferior
D	H	,35 <sup>a</sup>	,085	1	,000	,18
H	D	-,35 <sup>a</sup>	,085	1	,000	-,52

(I)SEXO	(J)SEXO	Intervalo de confianza de ...
		Superior
D	H	,52
H	D	-,18

**Resultados de prueba global**

Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.
16,973	1	,000

Chi-cuadrado de Wald contrasta el efecto de SEXO. Esta prueba se basa en las comparaciones por pares linealmente independientes entre las medias marginales estimadas.

**6.5.5.- Tipo de trabajo.**

tipo de trabajo	Media	Tip. Error	Intervalo de confianza de Wald 95%	
			Inferior	Superior
blue collar	2,83	,074	2,69	2,98
white collar	1,58	,048	1,49	1,67

Las covariables que aparecen en el modelo están fijadas en los siguientes valores: ANTIGÜEDAD=169,13; EDAD=35,40

El número de procesos de IT, una vez controlados el resto de variables es de 2,8 para los blue collar y 1,6 para los white collar, siendo las diferencias estadísticamente significativas, chi cuadrado 231,3 ( $p < 0.0001$ )

**Comparaciones por pares**

(I)tipo de trabajo	(J)tipo de trabajo	Diferencia de medias (I-J)	Tip. Error	gl	Sig.
blue collar	white collar	1,26 <sup>a</sup>	,083	1	,000
white collar	blue collar	-1,26 <sup>a</sup>	,083	1	,000

(I)tipo de trabajo	(J)tipo de trabajo	Intervalo de confianza de Wald para la diferencia 95%	
		Inferior	Superior
blue collar	white collar	1,09	1,42
white collar	blue collar	-1,42	-1,09

**Resultados de prueba global**

Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.
231,272	1	,000

Chi-cuadrado de Wald contrasta el efecto de tipo de trabajo. Esta prueba se basa en las comparaciones por pares linealmente independientes entre las medias marginales estimadas.

**6.6.- Estudio evolutivo de los procesos de IT del periodo de estudio (1994-2010).**

**6.6.1.- Número de procesos y duración media de los procesos de IT por año y sexo.**

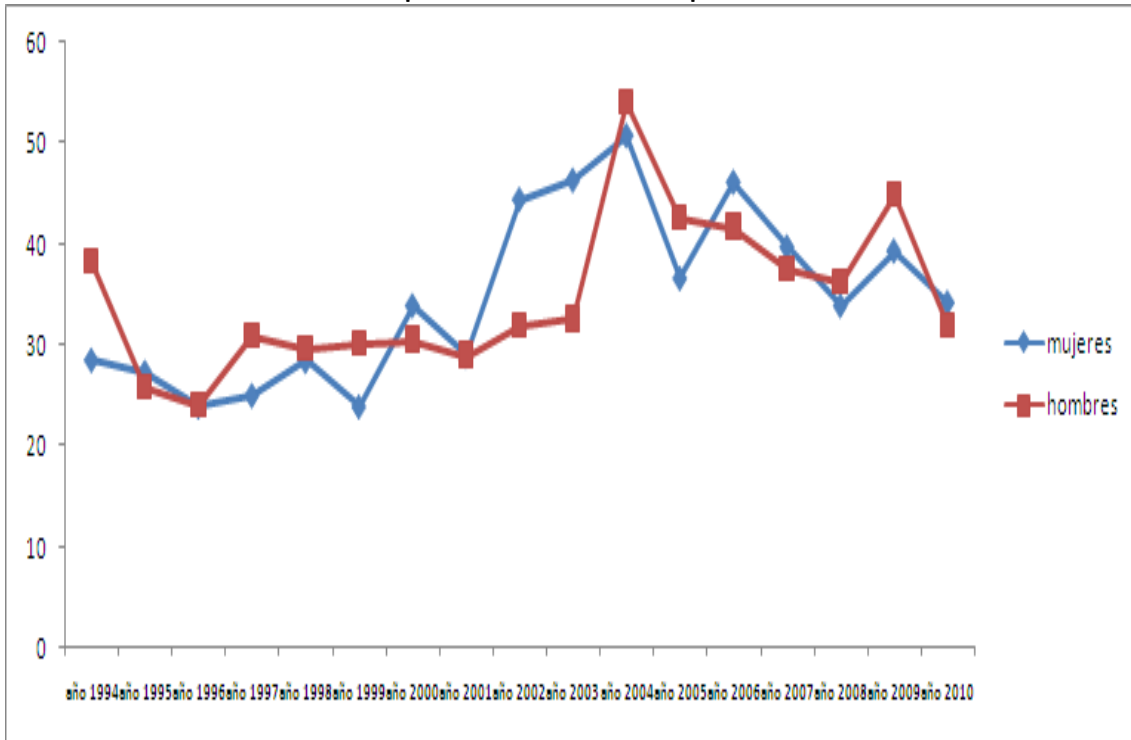
En los distintos años que abarca el estudio las variables socio demográficas y laborales de la población que constituye los procesos se reparte de la siguiente manera.

La duración media de los procesos de IT a lo largo de los 17 años del estudio no muestra diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. ( $p > 0.05$ )

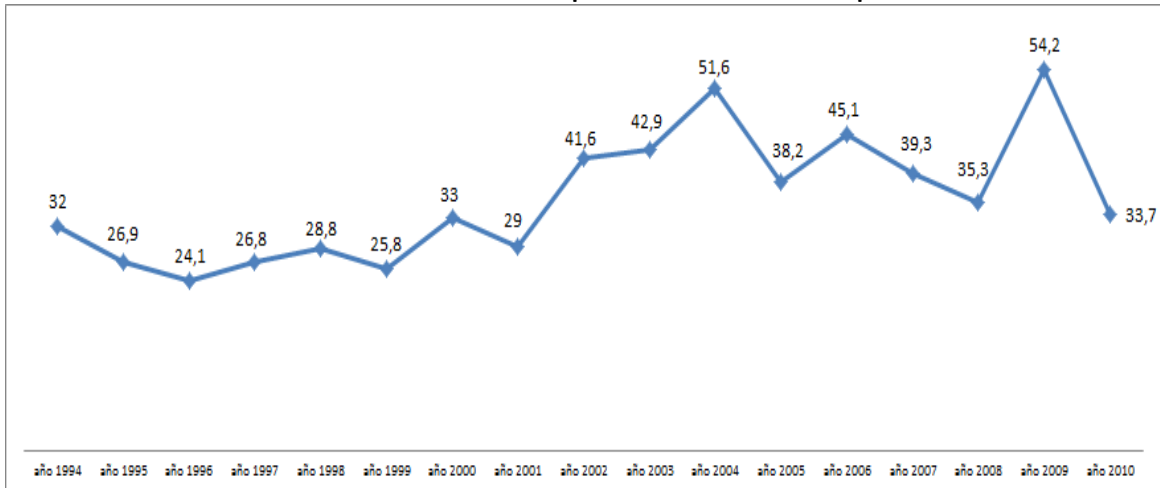
**Tabla 38: Duración de los procesos de IT. Evolución por años en relación con el sexo**

duración IT por años	mujeres		hombres		estadístico
	n	media (dt)	n	media (dt)	p
año 1994	218	28,6 (62,5)	118	38,3 (82,2)	> 0.05
año 1995	355	27,4 (77,5)	198	25,9 (70,9)	> 0.05
año 1996	584	24 (58,9)	266	24,1 (56,8)	> 0.05
año 1997	651	25,1 (64,9)	270	31 (82,3)	> 0.05
año 1998	673	28,5 (69,1)	269	29,7 (70,9)	> 0.05
año 1999	741	24 (52)	308	30,2 (74,2)	> 0.05
año 2000	708	34 (72,7)	274	30,5 (69)	> 0.05
año 2001	682	29 (60,6)	248	29 (63,1)	> 0.05
año 2002	605	44,5 (82,7)	180	31,9 (59,9)	> 0.05
año 2003	488	46,4 (88,4)	169	32,6 (62,5)	> 0.05
año 2004	456	50,8 (93,9)	154	54 (102,6)	> 0.05
año 2005	590	36,7 (70,5)	194	42,6 (80,3)	> 0.05
año 2006	535	46,2 (82)	174	41,7 (80,9)	> 0.05
año 2007	687	39,8 (79,2)	185	37,5 (75,2)	> 0.05
año 2008	633	34 (59,9)	165	36,3 (57,1)	> 0.05
año 2009	312	39,4 (76,5)	101	44,9 (81,3)	> 0.05
año 2010	246	34,3 (50,5)	79	31,9 (49,2)	> 0.05

Gráfica 31: Duración de los procesos de IT. Evolución por años en relación con el sexo



Gráfica 32: Duración Media de los procesos de IT. Evolución por años



### 6.6.2.- Duración media de los procesos por año y sexo.

Cuando analizamos los datos por sexo mediante una ANOVA de un factor vemos que en las mujeres la duración media de las IT varia a lo largo de los años de manera estadísticamente significativa. En los hombres ocurre algo similar.

Tabla 39: Duración media de los procesos de IT por año y sexo

duración IT por años	mujeres				duración IT por años	hombres		
	media (dt)	F	p			media (dt)	F	p
año 1994	28,6 (62,5)	7,7	< 0.0001		año 1994	38,3 (82,2)	1,9	0.015
año 1995	27,4 (77,5)				año 1995	25,9 (70,9)		
año 1996	24 (58,9)				año 1996	24,1 (56,8)		
año 1997	25,1 (64,9)				año 1997	31 (82,3)		
año 1998	28,5 (69,1)				año 1998	29,7 (70,9)		
año 1999	24 (52)				año 1999	30,2 (74,2)		
año 2000	34 (72,7)				año 2000	30,5 (69)		
año 2001	29 (60,6)				año 2001	29 (63,1)		
año 2002	44,5 (82,7)				año 2002	31,9 (59,9)		
año 2003	46,4 (88,4)				año 2003	32,6 (62,5)		
año 2004	50,8 (93,9)				año 2004	54 (102,6)		
año 2005	36,7 (70,5)				año 2005	42,6 (80,3)		
año 2006	46,2 (82)				año 2006	41,7 (80,9)		
año 2007	39,8 (79,2)				año 2007	37,5 (75,2)		
año 2008	34 (59,9)				año 2008	36,3 (57,1)		
año 2009	39,4 (76,5)				año 2009	44,9 (81,3)		
año 2010	34,3 (50,5)				año 2010	31,9 (49,2)		
MEDIA	34,5 (71,8)				MEDIA	33,5 (72,6)		

### 6.6.3.- Número de procesos de IT por año y por sexo.

Si lo que valoramos es el número de procesos de IT desde 1994 a 2010, vemos que en las mujeres los valores tienen una tendencia a ir aumentando a medida que pasan los años mientras en los varones la situación es inversa, y además estas diferencias son estadísticamente significativas.

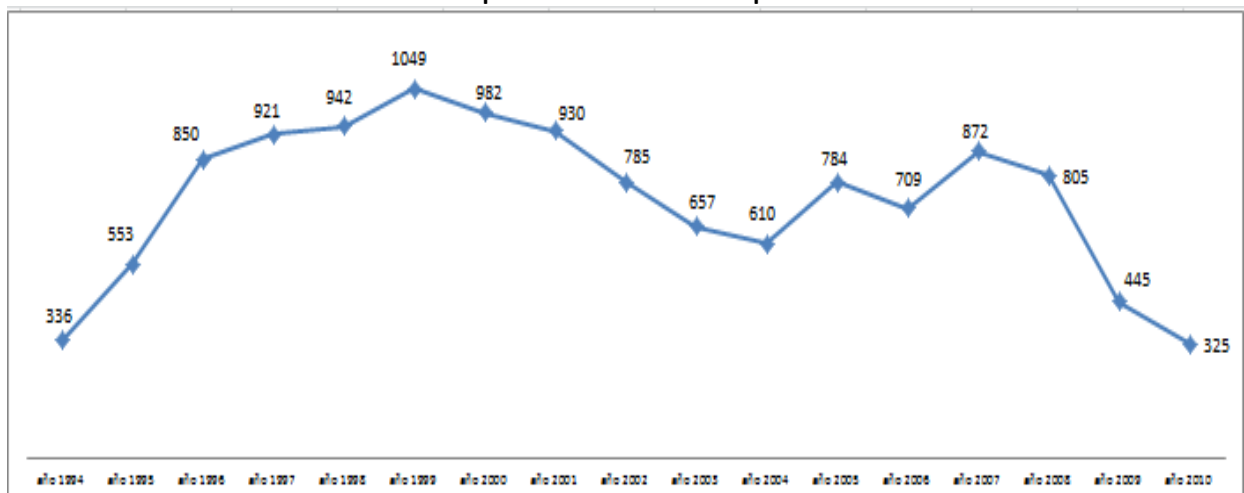
Tabla 40: Evolución por años de los procesos de IT en relación con el sexo

nº IT	mujeres	hombres	total
año 1994	218	118	336
año 1995	355	198	553
año 1996	584	266	850
año 1997	651	270	921
año 1998	673	269	942
año 1999	741	308	1049
año 2000	708	274	982
año 2001	682	248	930
año 2002	605	180	785
año 2003	488	169	657
año 2004	456	154	610
año 2005	590	194	784
año 2006	535	174	709
año 2007	687	185	872
año 2008	633	165	798
año 2009	312	101	413
año 2010	246	79	325
total	9164	3352	12516

Tabla. Fuente: Elaboración propia. Datos proporcionados por departamento de RRHH. Muestra el número de procesos (IT) por sexo en los diferentes años.

En la población total observamos cuatro periodos bien definidos una primera elevación desde 1994 hasta 1999, un descenso entre 2000 y 2004 un nuevo ascenso de 2005 a 2007 y un descenso muy pronunciado a partir de 2007.

Gráfica 33: Evolución por años del número de procesos de IT

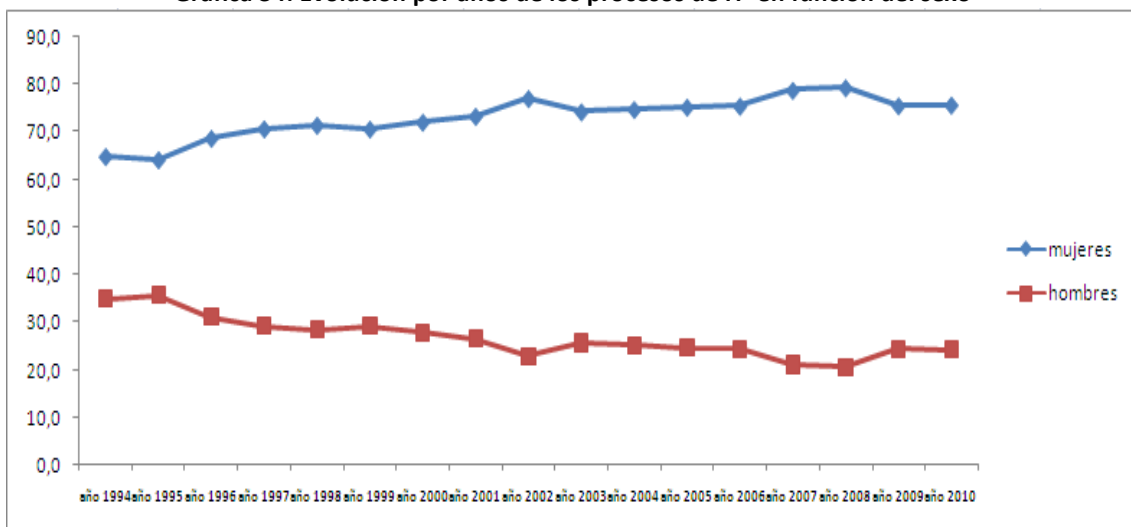


6.6.4.- Porcentaje de procesos de IT por año y por sexo.

Tabla 41: Evolución porcentual por años de los procesos de IT en función del sexo

nº IT	mujeres	hombres	chi <sup>2</sup>	p
año 1994	64,9	35,1	90	< 0.0001
año 1995	64,2	35,8		
año 1996	68,7	31,3		
año 1997	70,7	29,3		
año 1998	71,4	28,6		
año 1999	70,6	29,4		
año 2000	72,1	27,9		
año 2001	73,3	26,7		
año 2002	77,1	22,9		
año 2003	74,3	25,7		
año 2004	74,8	25,2		
año 2005	75,3	24,7		
año 2006	75,5	24,5		
año 2007	78,8	21,2		
año 2008	79,3	20,7		
año 2009	75,5	24,5		
año 2010	75,7	24,3		
media	73,2	26,8		

Gráfica 34: Evolución por años de los procesos de IT en función del sexo





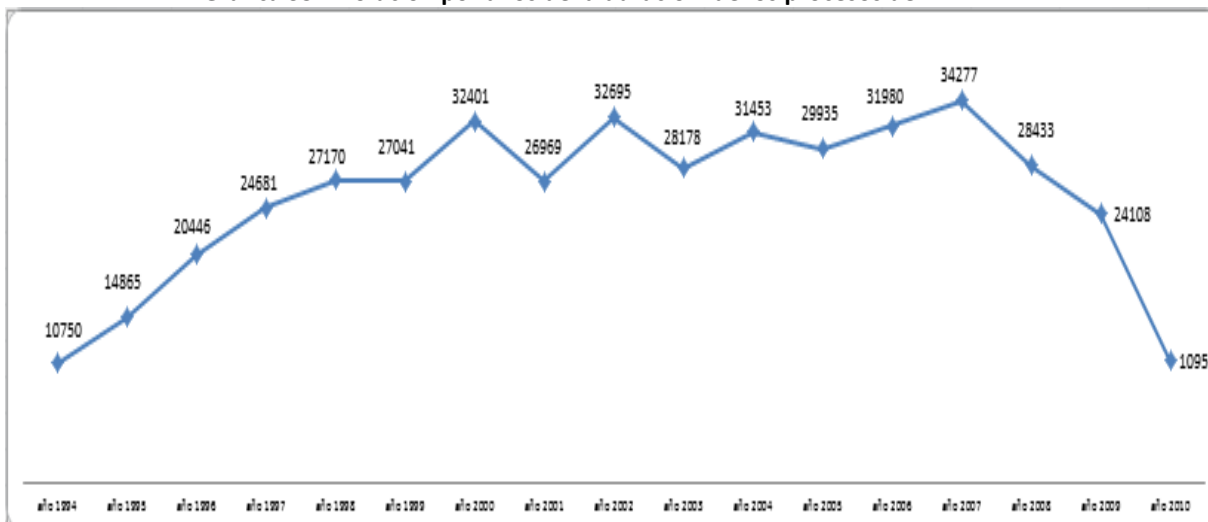
**6.6.5.- Duración de la IT por año y sexo.**

Respecto a la duración total de la incapacidad temporal observamos la misma tendencia que vimos en el número de procesos, y en este caso las diferencias por sexo también son estadísticamente significativas.

**Tabla 42: Duración de los procesos de IT, evolución por años y sexo**

duración IT	mujeres	hombres	total
año 1994	6226	4524	10750
año 1995	9735	5130	14865
año 1996	14031	6415	20446
año 1997	16311	8370	24681
año 1998	19169	8001	27170
año 1999	17753	9288	27041
año 2000	24043	8358	32401
año 2001	19772	7197	26969
año 2002	26950	5745	32695
año 2003	22662	5516	28178
año 2004	23144	8309	31453
año 2005	21678	8257	29935
año 2006	24722	7258	31980
año 2007	27332	6945	34277
año 2008	21538	5988	27526
año 2009	12284	4530	16814
año 2010	8432	2521	10953
total	315782	112352	428134

**Gráfica 35: Evolución por años de la duración de los procesos de IT**

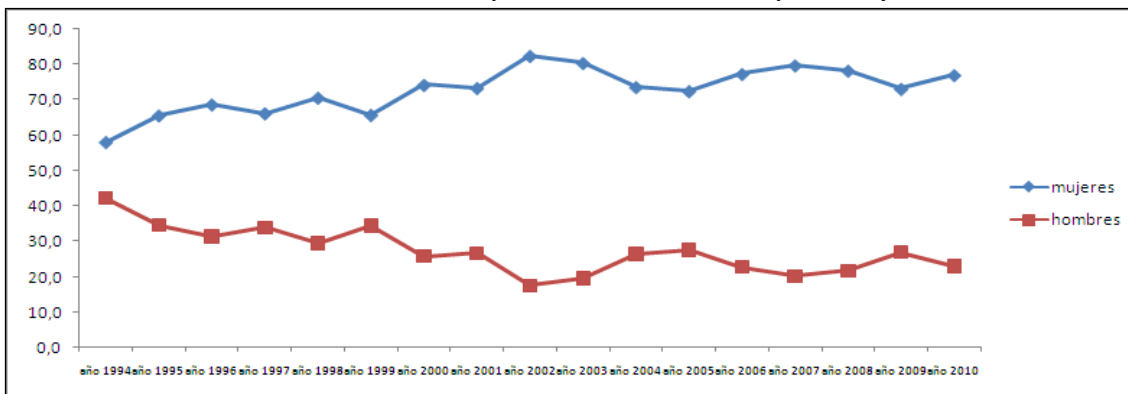


**6.6.6.- Porcentaje de duración de IT por año y por sexo.**

Tabla 43: Duración de los procesos de IT. Evolución por años y sexo

duración IT	mujeres	hombres	chi <sup>2</sup>	p
año 1994	57,9	42,1	7151,8	< 0.0001
año 1995	65,5	34,5		
año 1996	68,6	31,4		
año 1997	66,1	33,9		
año 1998	70,6	29,4		
año 1999	65,7	34,3		
año 2000	74,2	25,8		
año 2001	73,3	26,7		
año 2002	82,4	17,6		
año 2003	80,4	19,6		
año 2004	73,6	26,4		
año 2005	72,4	27,6		
año 2006	77,3	22,7		
año 2007	79,7	20,3		
año 2008	78,2	21,8		
año 2009	73,1	26,9		
año 2010	77	23		
media	73,8	26,2		

Gráfica 36: Duración de los procesos de IT. Evolución por años y sexo



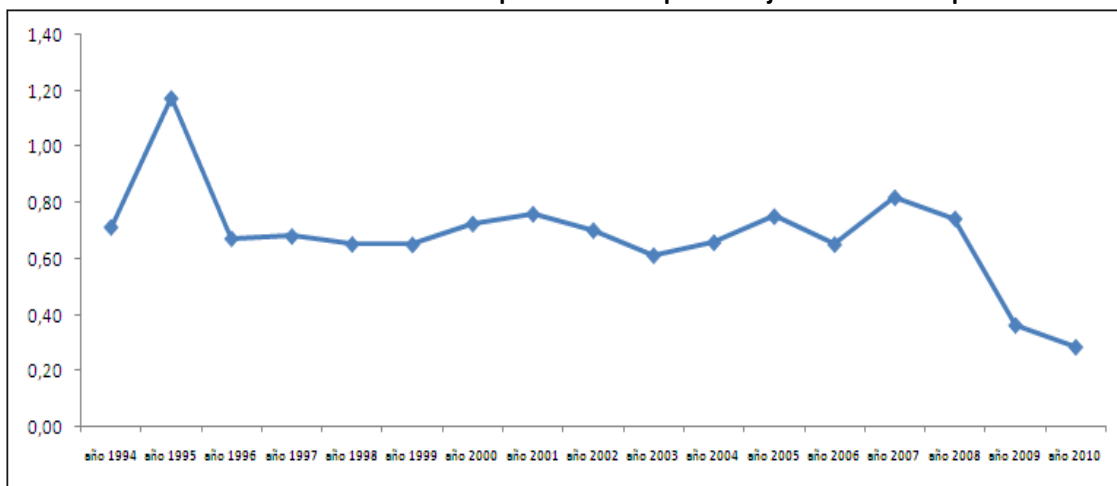
**6.6.7.- Promedio de IT por trabajador y año.**

Si determinamos el número de IT por trabajador (se calcula dividiendo el número de procesos de IT entre el número medio de trabajadores del año) vemos que hasta el año 2007 la cifra es bastante estable y a partir de aquí se produce un descenso bastante acusado.

Tabla 44: Distribución media de los procesos de IT por trabajador. Evolución por años

	nº IT	media trabajadores	nº IT/trabajador
año 1994	336	470	0,71
año 1995	553	471	1,17
año 1996	850	1261	0,67
año 1997	921	1350	0,68
año 1998	942	1440	0,65
año 1999	1049	1608	0,65
año 2000	982	1351	0,73
año 2001	930	1221	0,76
año 2002	785	1116	0,7
año 2003	657	1070	0,61
año 2004	610	924	0,66
año 2005	784	1041	0,75
año 2006	709	1085	0,65
año 2007	872	1063	0,82
año 2008	798	1071	0,75
año 2009	413	1130	0,37
año 2010	325	1131	0,29
media	12516	18803	0,67

Gráfica 37: Distribución media de los procesos de IT por trabajador. Evolución por años



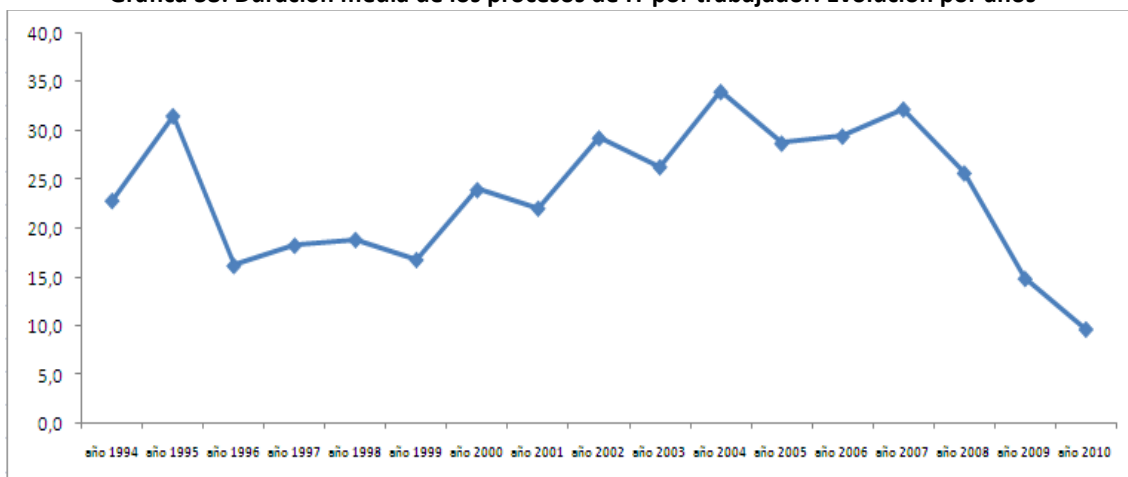
#### 6.6.8.- Promedio de días de IT por trabajador y año.

En cuanto al número de días de IT por trabajador (se calcula dividiendo el número de días de IT entre el número medio de trabajadores del año) vemos que hay una tendencia a ir aumentando a medida que pasan los años hasta llegar a 2007 donde también se produce un descenso brusco.

**Tabla 45: Duración media de los procesos de IT por trabajador. Evolución por años**

	duración IT	media trabajadores	días IT/trabajador
año 1994	10750	470	22,9
año 1995	14865	471	31,6
año 1996	20446	1261	16,2
año 1997	24681	1350	18,3
año 1998	27170	1440	18,9
año 1999	27041	1608	16,8
año 2000	32401	1351	24
año 2001	26969	1221	22,1
año 2002	32695	1116	29,3
año 2003	28178	1070	26,3
año 2004	31453	924	34
año 2005	29935	1041	28,8
año 2006	31980	1085	29,5
año 2007	34277	1063	32,2
año 2008	27526	1071	25,7
año 2009	16814	1130	14,9
año 2010	10953	1131	9,7
media	428134	18803	22,8

**Gráfica 38: Duración media de los procesos de IT por trabajador. Evolución por años**



### 6.7.- Coste de la IT en la empresa.

Para el cálculo de costes hemos tenido en cuenta las tablas salariales oficiales aportadas por el departamento de RRHH y nóminas de la empresa en los distintos años del estudio. A este coste se ha añadido el que suponen las sustituciones de personal.

En este sentido hay que decir que no todas las categorías profesionales se sustituyen, sólo algunas y, a partir de un momento determinado.

Se han calculado los costes para la empresa y para la entidad gestora, en este caso la MATEPSS correspondiente:

\* Costes empresa

- Primeros 15 días 100%.
- Días 16 al 20 un 40%.
- Días a partir del 20 un 25%.

A esto añadimos los costes de sustitución cuando corresponda.

\* Costes MATEPSS

- Días 16 al 20 un 60%.
- Días a partir del 20 un 75%.

**Tabla 46: Desglose del coste económico de la IT en la empresa**

desglose de costes				
Empresa				
Hasta 15 días	6.202.050,1			<b>27.314.306,2</b>
días 16 al 20	444.534,77	10.369.826,4		
≥ día 21	3.723.241,53			
sustituciones		16.944.479,8		
			<b>11.836.526,7</b>	<b>Total 39.150.832,9 euros</b>
MATEPSS				
días 16 al 20	666.802,15			
≥ día 21	11.169.724,6			

Tabla de Coste Evolutivo (1994-2010) de la IT para la empresa en euros y en relación con el presupuesto anual de la empresa.

Se han perdido 428.134 jornadas de trabajo y se han contabilizado 341.284 días de sustituto.

Tabla 47: Evolución por años del coste económico de la IT en la empresa

	coste trabajador	coste sustitución	coste empresa	presupuesto	% presupuesto
año 1994	197.095,7	297.883	494.978,7	15.150.101	3,3
año 1995	265.422,9	430.457,9	695.880,8	15.260.106	4,6
año 1996	419.452	587.862,2	1.007.314,2	30.520.211	3,3
año 1997	506.915,1	797.930,1	1.304.845,2	30.850.311	4,2
año 1998	590.512,8	912.667,8	1.503.180,6	31.850.251	4,7
año 1999	616.017,8	876.140,6	1.492.158,4	32.150.251	4,6
año 2000	710.892,6	1.189.092,2	1.899.984,8	32.064.516	5,9
año 2001	666.367,2	1.013.230,9	1.679.598,1	35.922.861	4,7
año 2002	728.216	1.358.474,4	2.086.690,4	32.219.363	6,5
año 2003	687.310,8	1.151.805,7	1.839.116,5	35.871.169	5,1
año 2004	712.683,3	1.337.467,7	2.050.151	22.465.901	9,1
año 2005	778.358,1	1.303.468,2	2.081.826,3	25.457.282	8,2
año 2006	797.562,2	1.425.465,2	2.223.027,4	28.453.490	7,8
año 2007	936.010,4	1.654.036,9	2.590.047,3	32.537.081	8
año 2008	875.735,9	1.238.400,3	2.114.136,2	34.915.001	6,1
año 2009	511.908,2	853.465,4	1.365.373,6	35.258.356	3,9
año 2010	369.365,4	516.631,3	885.996,7	35.260.351	2,5
total	10.369.826,41	16.944.479,8	27.314.306,2	506.206.602	5,4

Fuente: Datos proporcionados por departamento de RRHH de la empresa.

Se observa una tendencia ascendente en el porcentaje que supone el coste de la IT sobre el presupuesto anual de la empresa hasta el año 2007, a partir del cual, comienza un claro descenso.

Gráfica 39: Evolución por años del coste por IT en la empresa

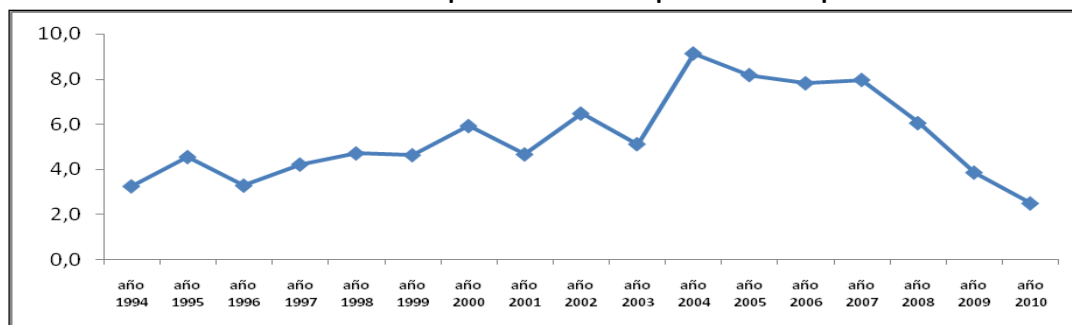


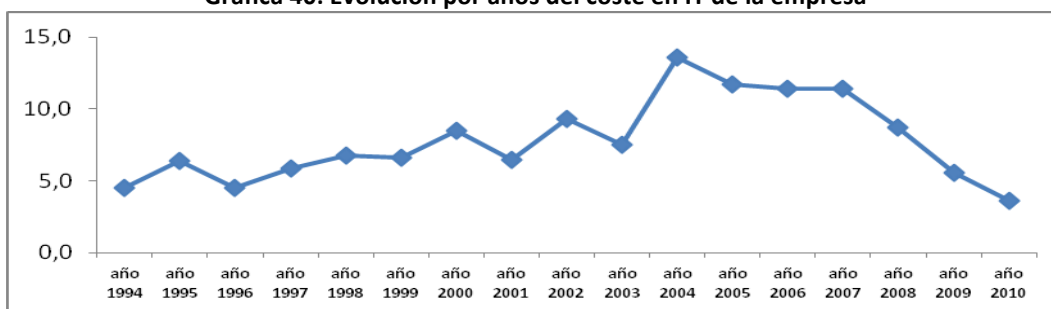
Tabla 48: Coste total de la IT en euros en relación al presupuesto anual de la empresa

	coste empresa	coste MATEPSS	coste total	presupuesto	% presupuesto
año 1994	494.978,7	189.017,5	683.996,2	15.150.101	4,5
año 1995	695.880,8	279.865,2	975.746,0	15.260.106	6,4
año 1996	1.007.314,2	372.166,5	1.379.480,7	30.520.211	4,5
año 1997	1.304.845,2	516.103,6	1.820.948,8	30.850.311	5,9
año 1998	1.503.180,6	651.195,8	2.154.376,4	31.850.251	6,8
año 1999	1.492.158,4	636.005	2.128.163,4	32.150.251	6,6
año 2000	1.899.984,8	820.945,6	2.720.930,4	32.064.516	8,5
año 2001	1.679.598,1	645.638,5	2.325.236,6	35.922.861	6,5
año 2002	2.086.690,4	903.902,3	2.990.592,7	32.219.363	9,3
año 2003	1.839.116,5	857.592,0	2.696.708,5	35.871.169	7,5
año 2004	2.050.151	1.003.562,3	3.053.713,3	22.465.901	13,6
año 2005	2.081.826,3	895.069,1	2.976.895,4	25.457.282	11,7
año 2006	2.223.027,4	1.031.946,3	3.254.973,7	28.453.490	11,4
año 2007	2.590.047,3	1.125.661,2	3.715.708,5	32.537.081	11,4
año 2008	2.114.136,2	932.037,9	3.046.174,1	34.915.001	8,7
año 2009	1.365.373,6	587.157,1	1.952.530,7	35.258.356	5,5
año 2010	885.996,7	388.661,2	1.274.657,9	35.260.351	3,6
Total	27.314.306,2	11.836.526,7	39.150.832,9	506.206.602	7,7

Fuente: Datos proporcionados por departamento de RRHH de la empresa

La gráfica es similar a la anterior observándose dos tendencias, una ascendente hasta 2007 y otra descendente a partir de este año.

Gráfica 40: Evolución por años del coste en IT de la empresa



### 6.7.1.- Días perdidos.

Cuando comparamos el número de procesos de la muestra con las jornadas perdidas por IT según las diferentes variables sociodemográficas y laborales vemos que hay diferencias estadísticamente significativas en todos los casos salvo en el sexo.

Tabla 49: Distribución de las jornadas perdidas por IT en función de variables

	n	%	días perdidos	%	$\chi^2$	p
<i>sexo</i>						
mujer	9.164	73,2	315.782	73,8	1,9	0.174
hombre	3.352	26,8	112.331	26,2		
<i>clase social</i>						
clase 1	2.958	23,6	88.907	20,8	173,9	< 0.0001
clase 2	1.251	10	33.048	7,7		
clase 3	8.307	66,4	306.158	71,5		
<i>tipo trabajo</i>						
white collar	4.199	33,5	121.837	28,5	154,3	< 0.0001
blue collar	8.317	66,5	306.276	71,5		
<i>nivel estudios</i>						
elemental	2.099	16,8	86.171	20,1	116,5	< 0.0001
secundario	7.466	59,7	253.215	59,1		
universitario	2.951	23,6	88.727	20,7		
<i>tipo contrato</i>						
eventual	887	7,1	16.169	3,8	512,5	< 0.0001
interino	1.178	9,4	29.117	6,8		
fijo	1.0451	83,5	382.827	89,4		
<i>edad</i>						
< 30a	1.192	9,5	23.231	5,4	954,9	< 0.0001
30-39a	4.142	33,1	110.151	25,7		
40-49a	4.032	32,2	149.382	34,9		
50-59a	2.528	20,2	109.683	25,6		
≥ 60a	622	5	35.666	8,3		
<i>antigüedad</i>						
< 1a	1.431	11,4	27.766	6,5	649	< 0.0001
1-5a	3.438	27,5	102.969	24,1		
6-10a	2.337	18,7	83.878	19,6		
> 10a	5.310	42,4	213.500	49,9		

Al ver esto mismo diferenciando ambos sexos.

En las Mujeres: Hay diferencias estadísticamente significativas en todos los casos.

De forma similar a la primera parte del estudio, donde se registra más número de bajas en unos grupos, el coste es mayor en la clase social 3, en los blue collar,



trabajadores con estudios secundarios y contrato fijo, con rango de edad entre 40-49 años y más de 10 años de antigüedad, con diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 50: Valoración estadística de las jornadas perdidas por IT en las mujeres en función de variables

	n	%	días perdidos	%	$\chi^2$	p
<i>clase social</i>						
clase 1	2.303	25	72.516	23	150,8	< 0.0001
clase 2	980	11	24.459	7,7		
clase 3	5.881	64	218.807	69,3		
<i>tipo trabajo</i>						
white collar	3.305	36	98.022	31	104,7	< 0.0001
blue collar	5.859	64	217.760	69		
<i>nivel estudios</i>						
elemental	1.608	18	67.255	21,3	82,5	< 0.0001
secundario	5.228	57	175.497	55,6		
universitario	2.328	25	73.030	23,1		
<i>tipo contrato</i>						
eventual	673	7,3	12.202	3,9	406,7	< 0.0001
interino	927	10	23.086	7,3		
fijo	7.564	83	280.494	88,8		
<i>edad</i>						
< 30a	887	9,7	17.367	5,5	668,7	< 0.0001
30-39a	3.198	35	86.476	27,4		
40-49a	2.971	32	117.380	37,2		
50-59a	1.756	19	75.624	23,9		
≥ 60a	352	3,8	18.935	6		
<i>antigüedad</i>						
< 1a	1.112	12	21.170	6,7	509,9	< 0.0001
1-5a	2.603	28	81.697	25,9		
6-10a	1.772	19	62.777	19,9		
> 10a	3.677	40	150.138	47,5		

En los Hombres: También hay diferencias estadísticamente significativas en todos los casos.

Al igual que en el anterior el coste es mayor en la clase social 3, en los blue collar, trabajadores con estudios secundarios, contrato fijo y antigüedad mayor de 10 años. En este caso, el rango de edad esta agrupado en los de 40-49 años y 50-59 años, Las diferencias también son estadísticamente significativas.

Tabla 51: Valoración estadística de las jornadas perdidas por IT en los hombres en función de variables

	n	%	días perdidos	%	$\chi^2$	p
<i>clase social</i>						
clase 1	655	19,5	16.391	14,6	67,1	< 0.0001
clase 2	271	8,1	8.589	7,6		
clase 3	2.426	72,4	87.351	77,8		
<i>tipo trabajo</i>						
white collar	894	26,7	23.815	21,2	58	< 0.0001
blue collar	2.458	73,3	88.516	78,8		
<i>nivel estudios</i>						
elemental	491	14,6	18.916	16,8	61,2	< 0.0001
secundario	2.238	66,8	77.718	69,2		
universitario	623	18,6	15.697	14		
<i>tipo contrato</i>						
eventual	214	6,4	3.967	3,5	109	< 0.0001
interino	251	7,5	6.031	5,4		
fijo	2.887	86,1	102.333	91,1		
<i>edad</i>						
< 30a	305	9,1	5.864	5,2	342	< 0.0001
30-39a	944	28,2	23.675	21,1		
40-49a	1.061	31,7	32.002	28,5		
50-59a	772	23	34.059	30,3		
≥ 60a	270	8,1	16.731	14,9		
<i>antigüedad</i>						
< 1a	319	9,5	6.596	5,9	174	< 0.0001
1-5a	835	24,9	21.272	18,9		
6-10a	565	16,9	21.101	18,8		
> 10a	1.633	48,7	63.362	56,4		

### 6.7.2.- Cálculo del coste económico.

Cuando comparamos el cálculo realizado del coste económico de la IT según las diferentes variables sociodemográficas con la representación que los procesos de IT tienen en nuestra muestra (12.516 procesos) vemos que hay diferencias estadísticamente significativas en todos los casos.

**Tabla 52: Coste económico de la IT en la empresa en función de variables**

	n	%	coste	%	$\chi^2$	p
<i>Sexo</i>						
<b>mujer</b>	9.164	73,2	29.384.205	75,1	22,5	< 0.0001
<b>hombre</b>	3.352	26,8	9.766.627,6	24,9		
<i>clase social</i>						
<b>clase 1</b>	2.958	23,6	10.925.558	27,9		
<b>clase 2</b>	1.251	10	3.028.853,5	7,7	172,2	< 0.0001
<b>clase 3</b>	8.307	66,4	25.196.422	64,4		
<i>tipo trabajo</i>						
<b>white collar</b>	4.199	33,5	13.866.428	35,4	19,1	< 0.0001
<b>blue collar</b>	8.317	66,5	25.284.405	64,6		
<i>nivel estudios</i>						
<b>elemental</b>	2.099	16,8	6.600.718,5	16,9	129,4	< 0.0001
<b>secundario</b>	7.466	59,7	21.616.953	55,2		
<b>universitario</b>	2.951	23,6	10.933.162	27,9		
<i>tipo contrato</i>						
<b>eventual</b>	887	7,1	1.656.254,2	4,2	358	< 0.0001
<b>interino</b>	1.178	9,4	2.836.522,7	7,2		
<b>fijo</b>	10.451	83,5	34.658.056	88,5		
<i>edad</i>						
<b>&lt; 30a</b>	1.192	9,5	2.034.623,7	5,2	1190	< 0.0001
<b>30-39a</b>	4.142	33,1	9.588.153,9	24,5		
<b>40-49a</b>	4.032	32,2	14.254.759	36,4		
<b>50-59a</b>	2.528	20,2	10.144.245	25,9		
<b>≥ 60a</b>	622	5	3.129.051,2	8		
<i>antigüedad</i>						
<b>&lt; 1a</b>	1.431	11,4	2.583.606,2	6,6	623,2	< 0.0001
<b>1-5a</b>	3.438	27,5	9.484.460,8	24,2		
<b>6-10a</b>	2.337	18,7	7.857.227,8	20,1		
<b>&gt; 10a</b>	5.310	42,4	19.225.538	49,1		

Al ver esto mismo diferenciado por sexos.

En las Mujeres: Hay diferencias estadísticamente significativas en todos los casos.

Tabla 53: Coste económico de la IT en las mujeres de la empresa en función de variables

	n	%	Coste	%	$\chi^2$	p
<i>clase social</i>						
clase 1	2.303	25,1	9.018.905,8	30,7	212,6	< 0.0001
clase 2	980	10,7	2.248.305,8	7,7		
clase 3	5.881	64,2	18.116.994	61,7		
<i>tipo trabajo</i>						
white collar	3.305	36,1	11.340.974	38,6	24,8	< 0.0001
blue collar	5.859	63,9	18.043.232	61,4		
<i>nivel estudios</i>						
elemental	1.608	17,5	5.120.628,6	17,4	141,5	< 0.0001
secundario	5.228	57	15.180.397	51,7		
universitario	2.328	25,4	9.083.179,4	30,9		
<i>tipo contrato</i>						
eventual	673	7,3	1.259.570,1	4,3	298,3	< 0.0001
interino	927	10,1	2.270.356,3	7,7		
fijo	7.564	82,5	25.854.279	88		
<i>edad</i>						
< 30a	887	9,7	1.558.220	5,3	855,9	< 0.0001
30-39a	3.198	34,9	7.650.485,9	26		
40-49a	2.971	32,4	11.465.393	39		
50-59a	1.756	19,2	6.978.901,8	23,8		
≥ 60a	352	3,8	1.731.205	5,9		
<i>antigüedad</i>						
< 1a	1.112	12,1	1.971.002,6	6,7	506,3	< 0.0001
1-5a	2.603	28,4	7.719.528,7	26,3		
6-10a	1.772	19,3	5.988.905,1	20,4		
> 10a	3.677	40,1	13.704.769	46,6		

En los Hombres: Hay diferencias estadísticamente significativas solo en cuanto al tipo de contrato, edad y antigüedad.

Tabla 54: Coste económico de la IT en los hombres de la empresa en función de variables

	n	%	coste	%	$\chi^2$	p
<i>clase social</i>						
clase 1	655	19,5	1.906.652	19,5	0,04	0,98
clase 2	271	8,1	780.547,7	8		
clase 3	2.426	72,4	7.079.428	72,5		
<i>tipo trabajo</i>						
white collar	894	26,7	2.525.454	25,9	1,15	0,28
blue collar	2.458	73,3	7.241.173	74,1		
<i>nivel estudios</i>						
elemental	491	14,6	1.480.090	15,2	1,17	0,56
secundario	2.238	66,8	6.436.555	65,9		
universitario	623	18,6	1.849.982	18,9		
<i>tipo contrato</i>						
eventual	214	6,4	396.684,1	4,1	67	< 0.0001
interino	251	7,5	566.166,4	5,8		
fijo	2.887	86,1	8.803.777	90,1		
<i>edad</i>						
< 30a	305	9,1	476.403,7	4,9	433	< 0.0001
30-39a	944	28,2	1.937.668	19,8		
40-49a	1.061	31,7	2.789.367	28,6		
50-59a	772	23	3.165.343	32,4		
≥ 60a	270	8,1	1.397.846	14,3		
<i>antigüedad</i>						
< 1a	319	9,5	612.603,6	6,3	188	< 0.0001
1-5a	835	24,9	1.764.932	18,1		
6-10a	565	16,9	1.868.323	19,1		
> 10a	1.633	48,7	5.520.769	56,5		

### 6.7.3.- Coste medio proceso IT.

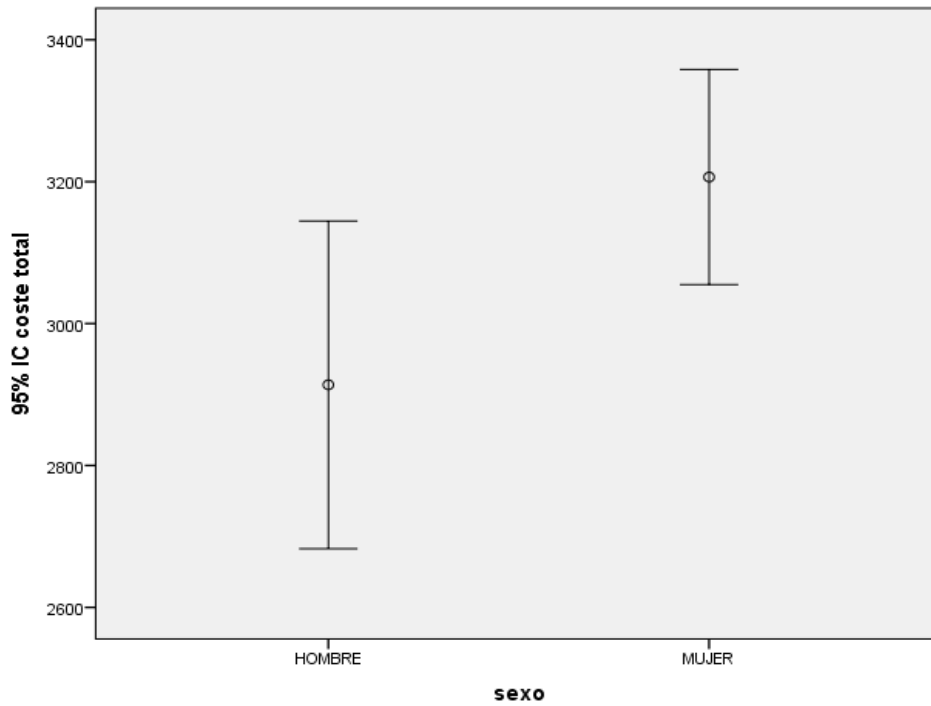
Valoramos el coste medio que ha supuesto cada proceso de IT según las diferentes variables sociodemográficas en la población total. Se observan diferencias significativas en todas las variables excepto en el tipo de trabajo desempeñado.

Tabla 55: Coste económico medio de los procesos en función de variables

	n	coste medio	dt	IC 95%	F	p
<i>clase social</i>						
clase 1	2.958	3.693,6	8.847,1	3.374,8-4.012,4	15,7	< 0.0001
clase 2	1.251	2.422,3	6.305	2.072,9-2.771,7		
clase 3	8.307	3.032,9	6.722,6	2.888,3-3.177,5		
<i>tipo trabajo</i>						
white collar	4.199	3.302,3	8.133,6	3.056,3-3.548,3	3,6	0.056
blue collar	8.317	3.040,1	6.762,9	2.894,8-3.185,4		
<i>nivel estudios</i>						
elemental	2.099	3.144,7	6.832,4	2.852,4-3.437	13,2	< 0.0001
secundario	7.466	2.895,4	6.626,4	2.745,1-3.045,7		
universitario	2.951	3.704,9	8.850,7	3.385,6-4.024,2		
<i>tipo contrato</i>						
eventual	887	1.867,3	4.808,8	1.550,9-2.183,7	22,8	< 0.0001
interino	1.178	2.407,9	5.475,4	2.095,2-2.720,6		
Fijo	10.451	3.316,2	7.577,9	3.170,9-3.461,6		
<i>edad</i>						
< 30ª	1.192	1.706,9	4.655,3	1.442,6-1.971,2	48,5	< 0.0001
30-39ª	4.142	2.314,9	5.658,2	2.142,6-2.487,2		
40-49ª	4.032	3.535,4	7.704,3	3.297,4-3.773,2		
50-59ª	2.528	4.012,8	8.661	3.675,2-4.350,2		
≥ 60ª	622	5.030,6	9.897,1	4.252,8-5.808,4		
<i>antigüedad</i>						
< 1ª	1.431	1.805,5	4.568,7	1.568,8-2.042,2	28	< 0.0001
1-5ª	3.438	2.758,7	6.699,6	2.534,8-2.982,6		
6-10ª	2.337	3.362,1	7.738,8	3.048,3-3.675,9		
> 10ª	5.310	3.620,6	7.881,4	3.408,6-3.832,6		

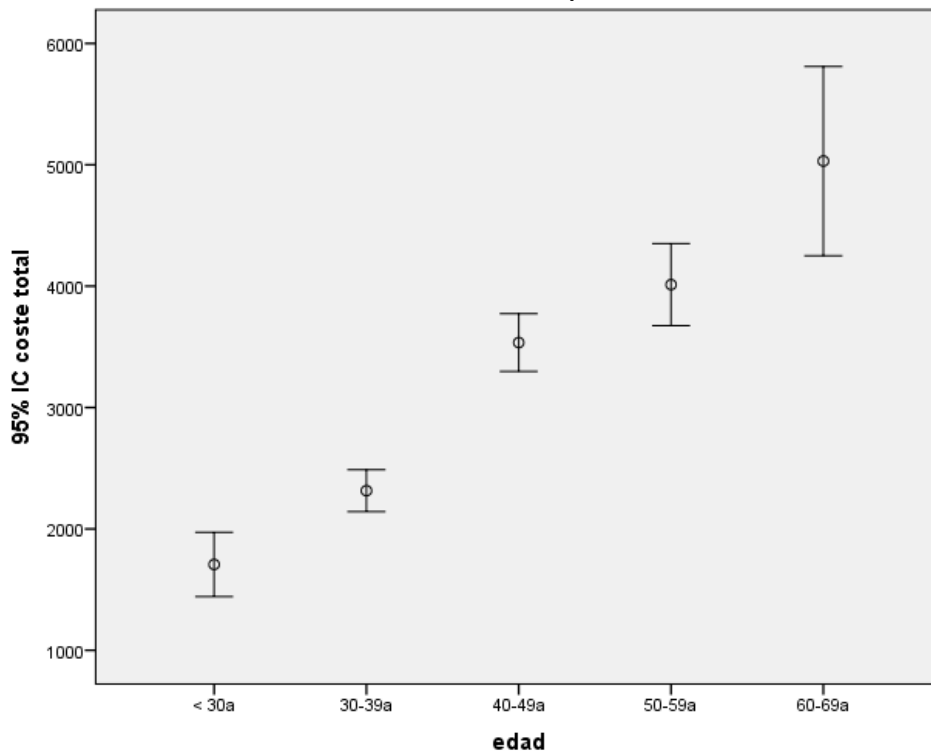
Relacionando el coste total de la IT con el sexo, se observa un mayor coste en las mujeres.

Gráfica 41: Coste total de los procesos de IT en la empresa en función del sexo



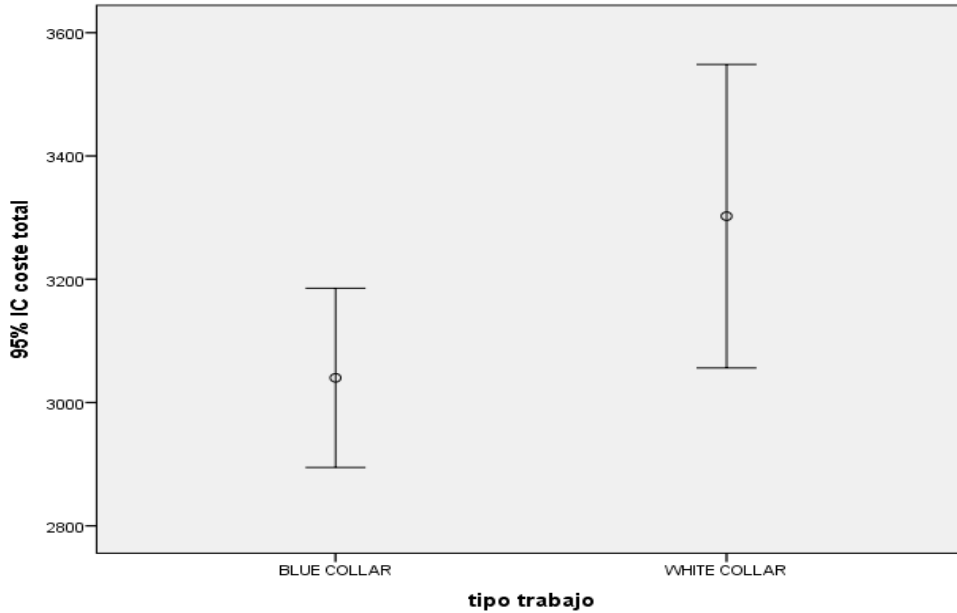
Relacionando el coste total de la IT con la edad, se observa como aumenta a medida que lo hace la edad del trabajador.

Gráfica 42: Coste económico de la IT en la empresa en función de la edad



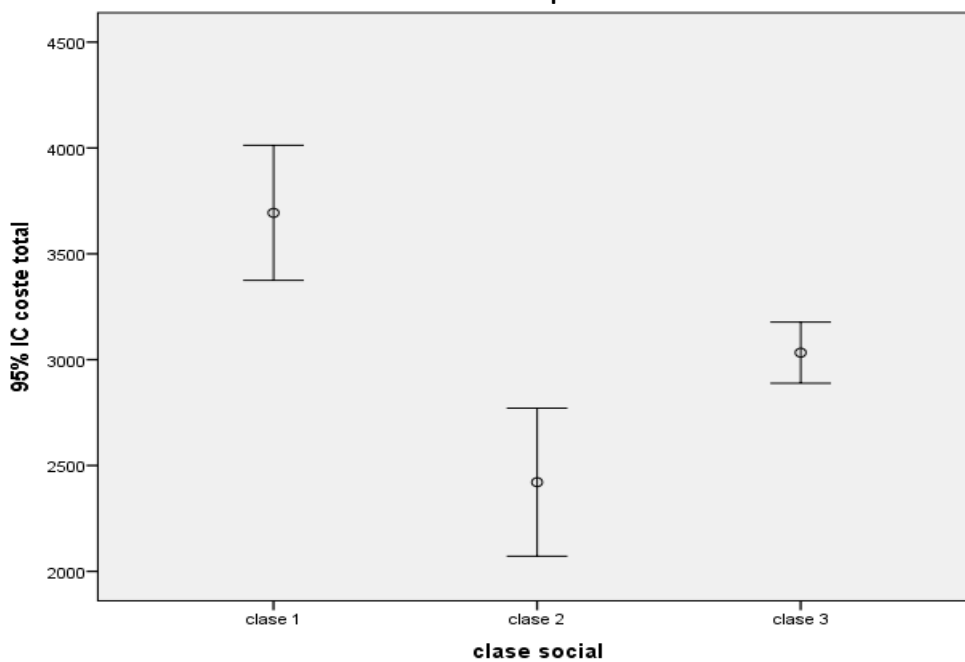
Relacionando el coste total de la IT con el tipo de trabajo, es mayor en los white collar.

Gráfica 43: Coste económico de la IT en la empresa en función del tipo de trabajo



Relacionando el coste total de la IT con la clase social es mayor en la clase 1, siendo el menor coste el que corresponde a la clase 2.

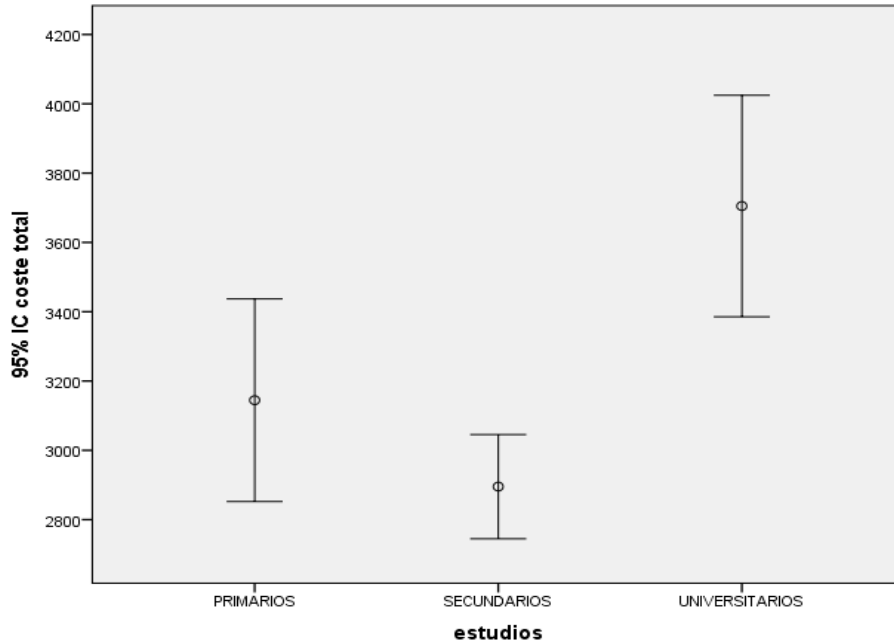
Gráfica 44: Coste económico de la IT en la empresa en función de la clase social





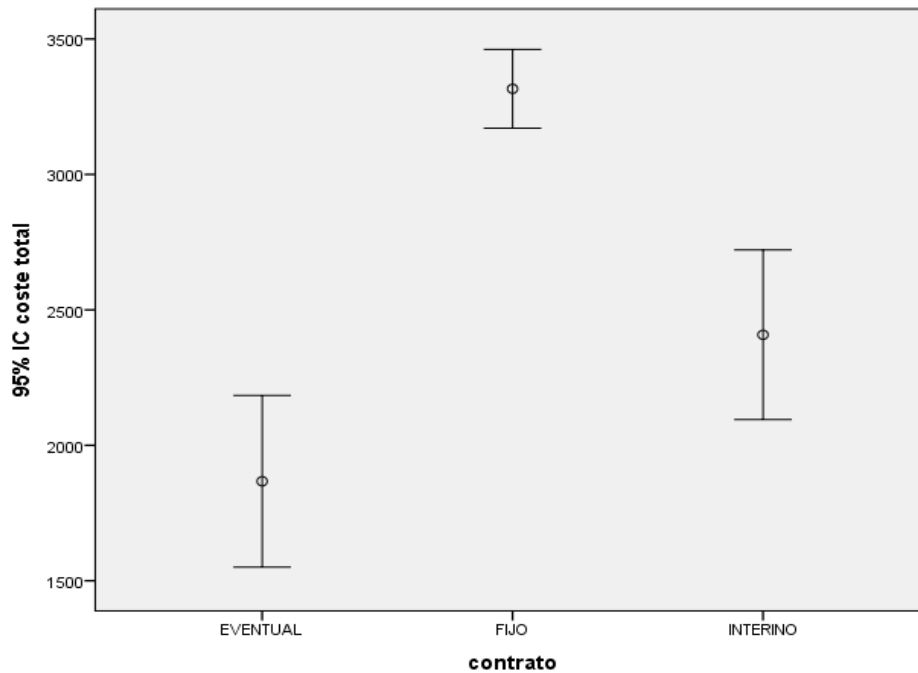
Relacionando el coste total de la IT con el nivel de estudios el mayor coste se corresponde con trabajadores universitarios y el menor con estudios secundarios.

Gráfica 45: Coste económico de la IT en la empresa en función del nivel de estudios



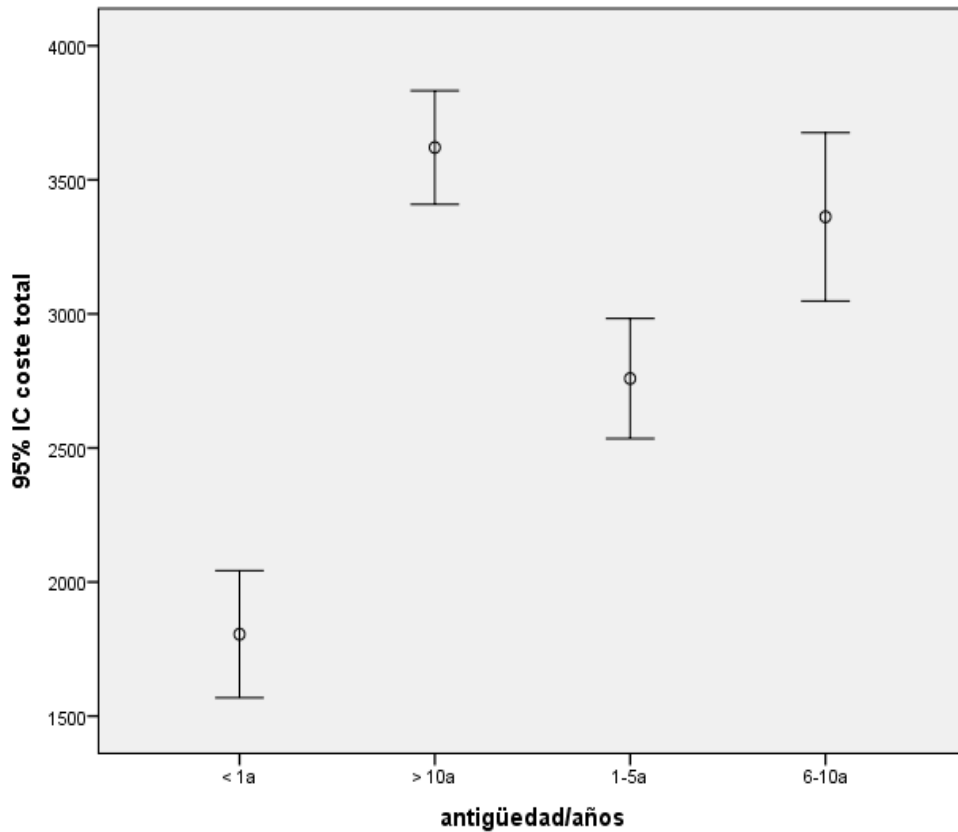
Relacionando el coste total de la IT con el tipo de contrato, el mayor coste corresponde a trabajadores fijos y el menor a eventuales.

Gráfica 46: Coste económico de la IT en la empresa en función del tipo de contrato



Relacionando el coste total de la IT con la antigüedad en la empresa, el menor coste es para trabajadores con menos de 1 año de antigüedad, siendo el comportamiento irregular en el resto.

Gráfica 47: Coste económico de la IT en la empresa en función de la antigüedad en la empresa



Si se analizan por separado ambos sexos .

En las mujeres se observan diferencias en todas las variables, excepto en el tipo de trabajo.

En los hombres solo se observan diferencias respecto a la edad y a la antigüedad en la empresa.

Tabla 56: Coste medio de los procesos de IT en la empresa en función de variables

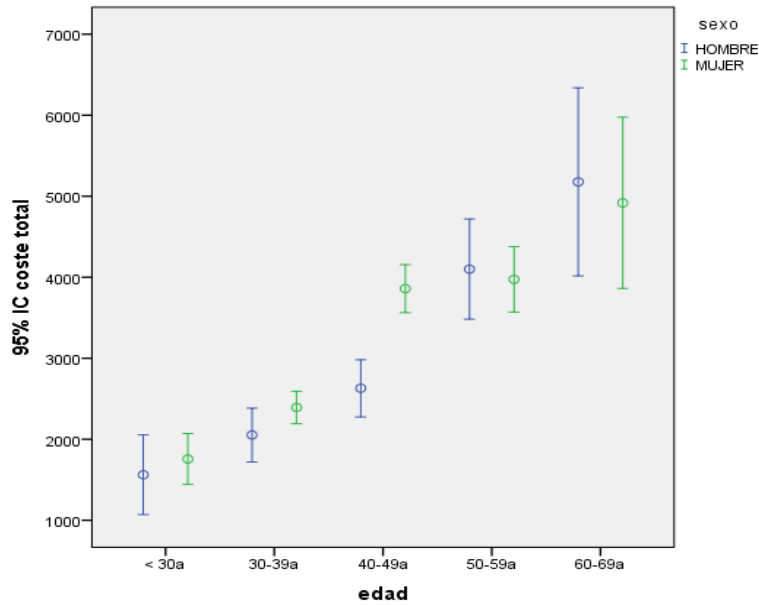
mujeres	n	coste medio	dt	IC 95%	F	p
<i>clase social</i>						
clase 1	2.303	3.912,2	9.303,5	3.532,3-4.292,1	18,9	< 0.0001
clase 2	980	2.294,2	6.062,9	1.914,6-2.673,8		
clase 3	5.881	3.080,6	6.711,3	2.909,1-3.252,1		
<i>tipo trabajo</i>						
white collar	3.305	3.431,5	8482,9	3.259,5-3.603,5	4,8	0.029
blue collar	5.859	3.079,6	6717	2.790,4-3.368,8		
<i>nivel estudios</i>						
elemental	1.608	3.184,5	6.842,7	2.850-3.519	14,7	< 0.0001
secundario	5.228	2.903,7	6.577,1	2.725,4-3.082		
universitario	2.328	3.901,7	9.255,8	3.525,7-4.277,7		
<i>tipo contrato</i>						
eventual	673	1.871,6	4.953	1.497,4-2.245,8	19	< 0.0001
interino	927	2.449,1	5.641,5	2.086-2.812,2		
fijo	7.564	3.418,1	7.750,3	3.243,4-3.592,8		
<i>edad</i>						
< 30a	887	1.756,7	4.756,2	1.443,7-2.069,7	33,8	< 0.0001
30-39a	3.198	2.392,3	5.786,5	2.191,7-2.592,9		
40-49a	2.971	3.859,1	8.242,4	3.562,7-4.155,5		
50-59a	1.756	3.974,3	8.622	3.788,4-4.160,2		
≥ 60a	352	4.918,2	10.081	3.865,1-5.971,3		
<i>antigüedad</i>						
< 1a	1.112	1.772,5	4.394,1	1.514,2-2.030,8	21,3	< 0.0001
1-5a	2.603	2.965,6	7.126,5	2.691,8-3.239,4		
6-10a	1.772	3.379,7	7.790,1	3.017-3.742,4		
> 10a	3.677	3.727,2	8.042,2	3.467,3-3.987,1		

Relacionando el coste total con la edad, se observa que el coste se incrementa con la edad tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 57: Coste económico de la IT en los hombres de la la empresa en función de variables

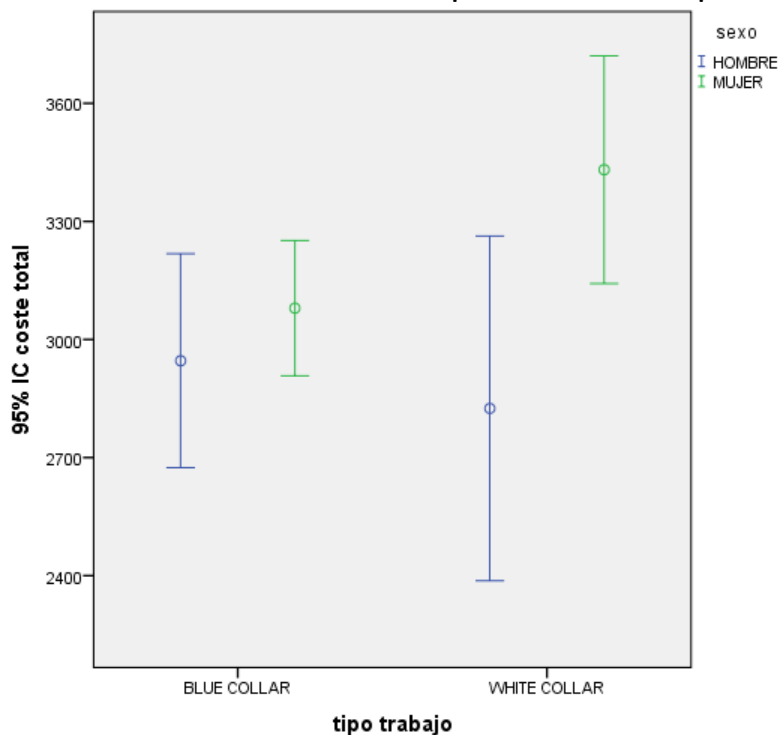
hombres	n	coste medio	dt	IC 95%	F	p
<i>clase social</i>						
clase 1	655	2.910,9	6.956,4	2.378-3.443,8	0,0038	0.99
clase 2	271	2.880,2	7.106,4	2.034,2-3.726,2		
clase 3	2.426	2.918,1	6.751,1	2.649,5-3.186,7		
<i>tipo trabajo</i>						
white collar	894	2.814,9	6.674	2.387,4-3.252,4	0,2	0.65
blue collar	2.458	2.946	6.872,8	2.674,3-3.217,7		
<i>nivel estudios</i>						
elemental	491	3.014,4	6.811	2.412-3.616,8	0,1	0.9
secundario	2.238	2.876	6.743,2	2.596,6-3.155,4		
universitario	623	2.969,5	7.103,5	2.410,7-3.528,3		
<i>tipo contrato</i>						
eventual	214	1.853,7	4.347,6	1.271,3-2.436,1	4,3	0.01
interino	251	2.255,6	4.832,1	1.657,8-2.853,4		
Fijo	2.887	3.049,5	7.102,3	2.790,4-3.308,6		
<i>Edad</i>						
< 30 <sup>a</sup>	305	1.562	4.361	1.072,6-2.051,4	21	< 0.0001
30-39 <sup>a</sup>	944	2.052,6	5.197,5	1.721,1-2.384,1		
40-49 <sup>a</sup>	1.061	2.629	5.857,5	2.276,6-2.981,4		
50-59 <sup>a</sup>	772	4.100,2	8.759,7	3.482,3-4.718,1		
≥ 60 <sup>a</sup>	270	5.177,2	9.687,6	4.021,7-6.332,7		
<i>antigüedad</i>						
< 1 <sup>a</sup>	319	1.920,4	5.143,4	1.356-2.484,8	9,3	< 0.0001
1-5 <sup>a</sup>	835	2.113,7	5.101,7	1.767,7-2.459,7		
6-10 <sup>a</sup>	565	3.306,8	7.589,2	2.681-3.932,6		
> 10 <sup>a</sup>	1.633	3.380,8	7.506	3.016,7-3.744,9		

Gráfica 48: Coste económico de la IT en la empresa en función de la edad y del sexo



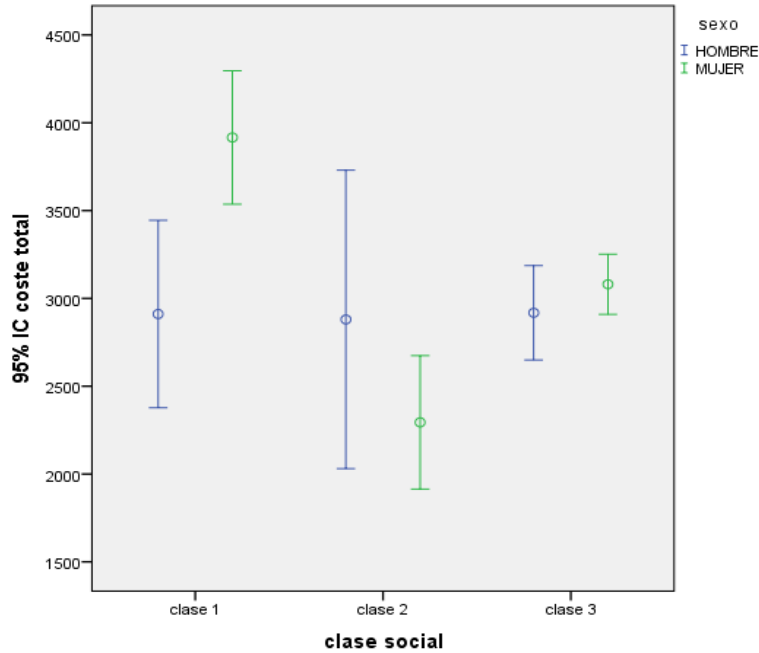
Relacionando el coste total con el tipo de trabajo, vemos que es mayor en los White collar especialmente en mujeres, con escasas diferencias en el caso de los hombres.

Gráfica 49: Coste económico de la IT en la empresa en función del tipo de trabajo y del sexo



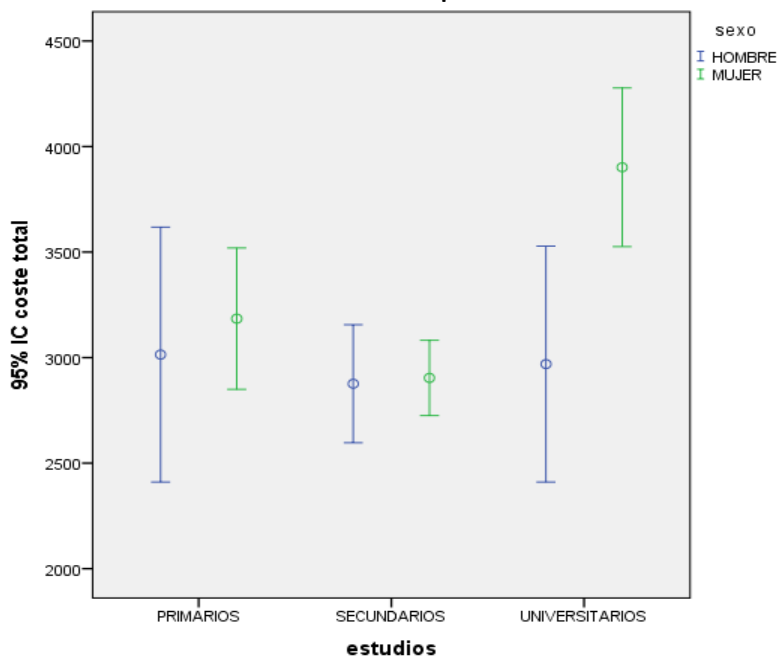
Relacionando el coste total con la clase social existen resultados irregulares en ambos sexos.

Gráfica 50: Coste económico de la IT en la empresa en función de la clase social y del sexo



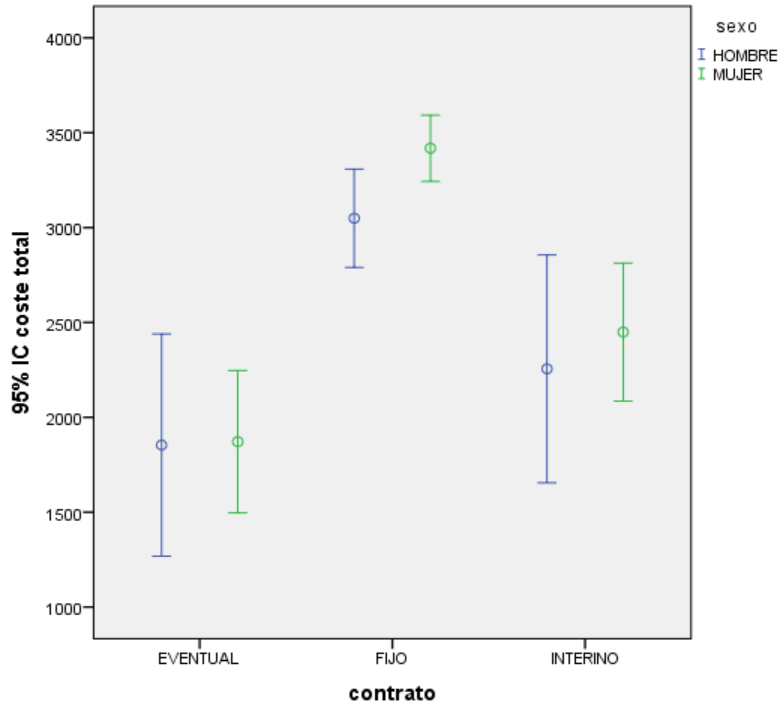
Relacionando el coste total con el nivel de estudios parece apreciarse una tendencia a mayor coste en universitarios, especialmente en mujeres.

Gráfica 51: Coste económico de la IT en la empresa en función del nivel de estudios y del sexo



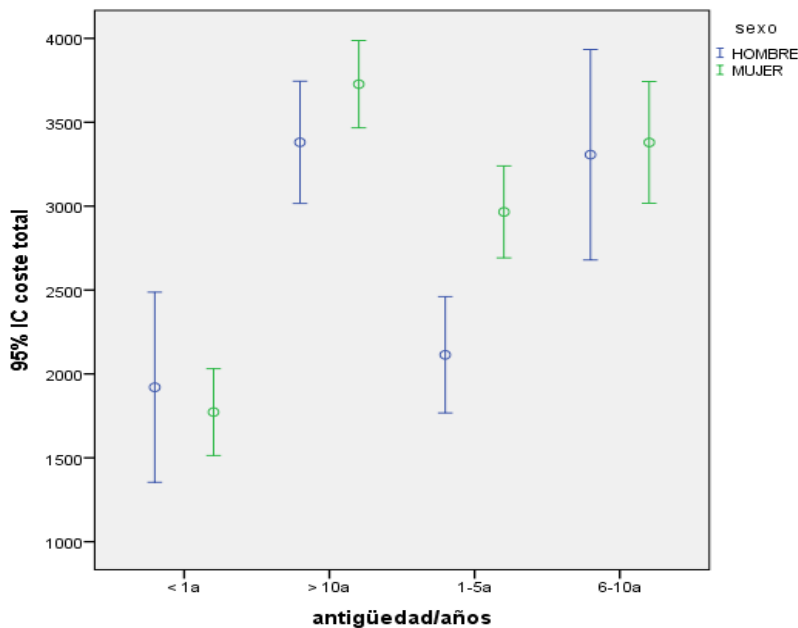
Relacionando el coste total con la estabilidad del empleo, el mayor coste se corresponde con trabajadores fijos en ambos sexos.

Gráfica 52: Coste económico de la IT en la empresa en función del tipo de contrato y del sexo



Relacionando el coste total con la antigüedad en la empresa el menor coste se relaciona con trabajadores de poca antigüedad (menos de 1 año en la empresa).

Gráfica 53: Coste económico de la IT en la empresa en función de la antigüedad en la empresa y del sexo



## 6.8.- Hiperfrecuentación.

### 6.8.1.- Número de procesos.

Se ordenan por terciles el número de procesos, de mayor a menor, acumulados en las personas que han cursado con baja laboral.

Calculamos los terciles en la muestra de personas (1.895 personas).

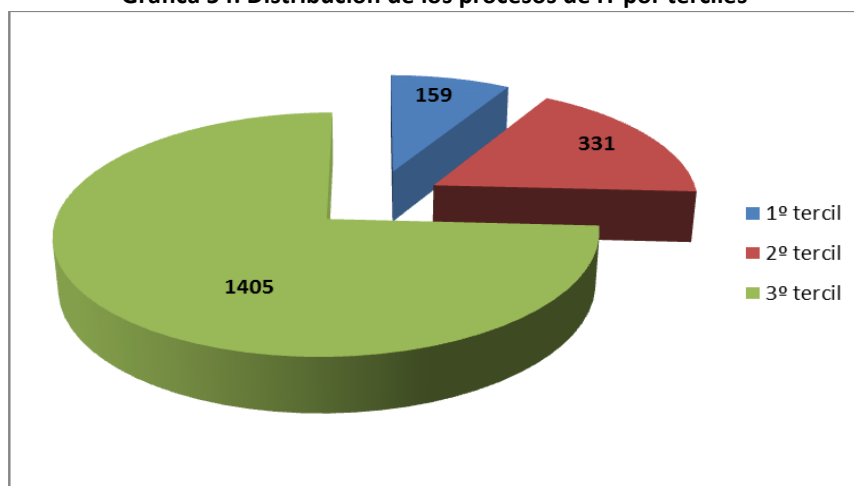
1º tercil incluye 159 personas (8,4% del total), 2º tercil incluye 331 personas (17,5% del total) y 3º tercil incluye 1.405 personas (74,1% del total).

El 8,4% del total de personas del primer tercil son responsables del mismo número de procesos de IT que el 17,5% siguiente y que el 74,1% posterior.

**Tabla 58: Cálculo de terciles en función de procesos y de personas**

	nº personas	%	nº procesos	%
<b>1º tercil</b>	159	8,4	4.179	33,4
<b>2º tercil</b>	331	17,5	4.172	33,3
<b>3º tercil</b>	1.405	74,1	4.165	33,3

**Gráfica 54: Distribución de los procesos de IT por terciles**





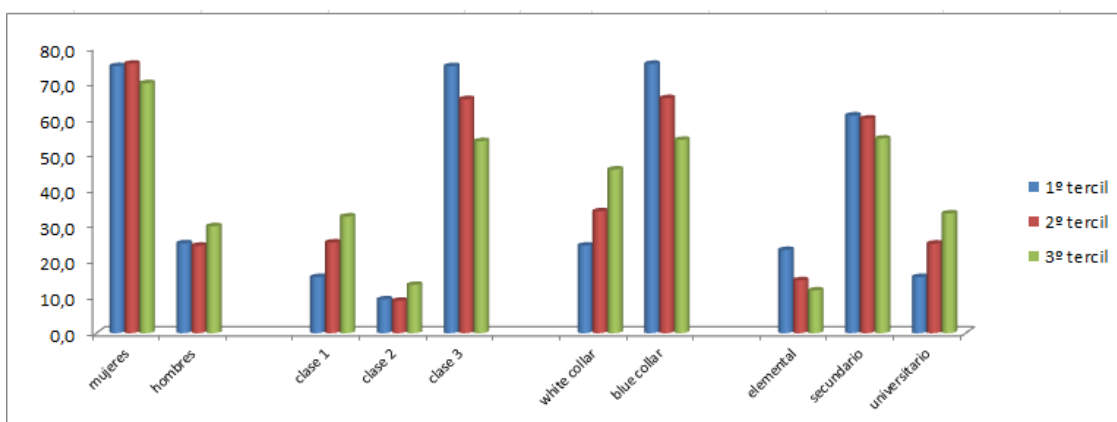
Un reducido grupo de personas, 159 un 8,4% del total, son los que podríamos llamar hiperfrecuentadores.

Cuando valoramos como se reparten las variables sociodemográficas estudiadas en cada uno de los terciles vemos que hay diferencias estadísticamente significativas en todas ellas salvo en el sexo.

Tabla 59: Distribución por terciles de los procesos de IT en función de variables

	1º tercil (n=159)	2º tercil (n=331)	3º tercil (n=1.405)	$\chi^2$	p
<i>sexo</i>					
mujeres	74,8	75,5	70	5	0.083
hombres	25,2	24,5	30		
<i>clase social</i>					
clase 1	15,7	25,4	32,7	37,4	< 0.0001
clase 2	9,4	9,1	13,5		
clase 3	74,8	65,6	53,8		
<i>tipo trabajo</i>					
white collar	24,5	34,1	45,8	36,8	< 0.0001
blue collar	75,5	65,9	54,2		
<i>nivel estudios</i>					
elemental	23,3	14,8	12	35,2	< 0.0001
secundario	61	60,1	54,5		
universitario	15,7	25,1	33,5		

Gráfica 55: Distribución por terciles de los procesos de IT en función de variables



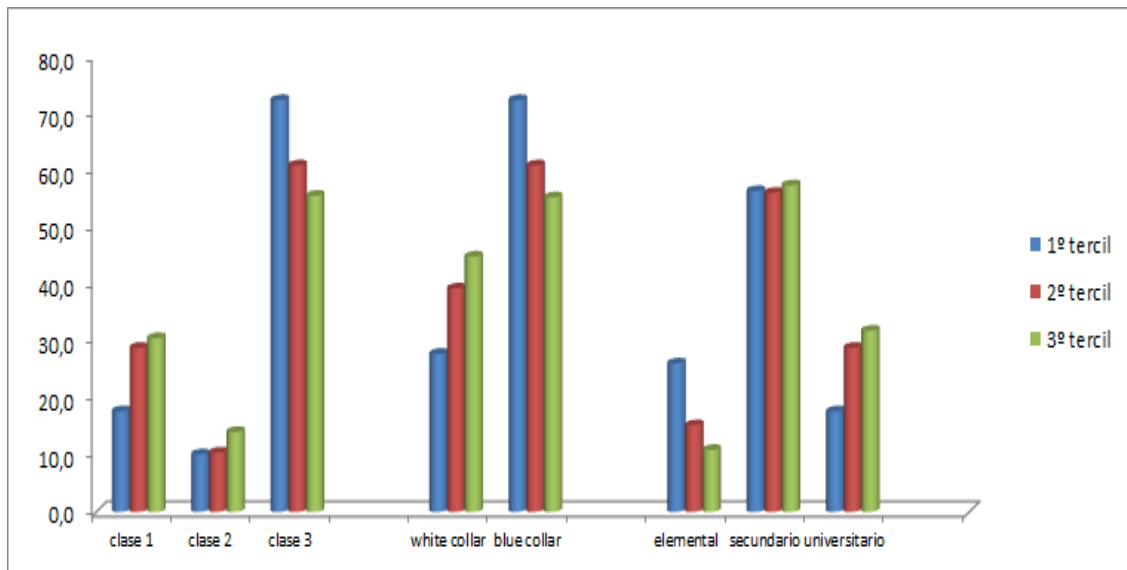
Si realizamos este mismo análisis diferenciando ambos sexos

En las mujeres: *Se observan* diferencias estadísticamente significativas en todas las variables.

**Tabla 60: Distribución de los procesos de IT por terciles en mujeres**

	1º tercil (n=119)	2º tercil (n=250)	3º tercil (n=984)	$\chi^2$	p
<i>clase social</i>					
clase 1	17,6	28,8	30,5	14,5	0.0059
clase 2	10,1	10,4	14		
clase 3	72,3	60,8	55,5		
<i>tipo trabajo</i>					
white collar	27,7	39,2	44,8	13,9	0.001
blue collar	72,3	60,8	55,2		
<i>nivel estudios</i>					
elemental	26,1	15,2	10,9	27,2	< 0.0001
secundario	56,3	56	57,3		
universitario	17,6	28,8	31,8		

**Gráfica 56: Distribución de los procesos de IT por terciles en mujeres**

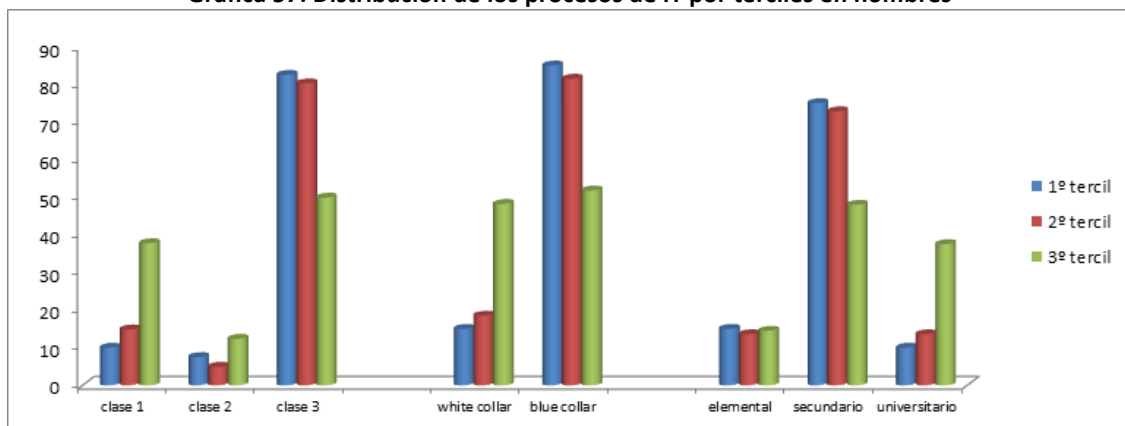


En los hombres: También *hay* diferencias estadísticamente significativas en todas las variables.

Tabla 61: Distribución de los procesos de IT por terciles en hombres

	1º tercil (n=40)	2º tercil (n=81)	3º tercil (n=421)	$\chi^2$	p
<i>clase social</i>					
clase 1	10	14,8	37,8	37,6	< 0.0001
clase 2	7,5	4,9	12,4		
clase 3	82,5	80,2	49,9		
<i>tipo trabajo</i>					
white collar	15	18,5	48,2	37,1	< 0.0001
blue collar	85	81,5	51,8		
<i>nivel estudios</i>					
elemental	15	13,6	14,5	30,2	< 0.0001
secundario	75	72,8	48		
universitario	10	13,6	37,5		

Gráfica 57: Distribución de los procesos de IT por terciles en hombres



### 6.6.2.- Duración de los procesos.

Si se realiza la clasificación por terciles teniendo en cuenta la duración de los procesos de IT (atendiendo a las jornadas perdidas).

Se ordenan de mayor a menor la duración de los procesos en relación a las personas con IT.

Calculamos los terciles en la muestra de personas (1.895 personas).

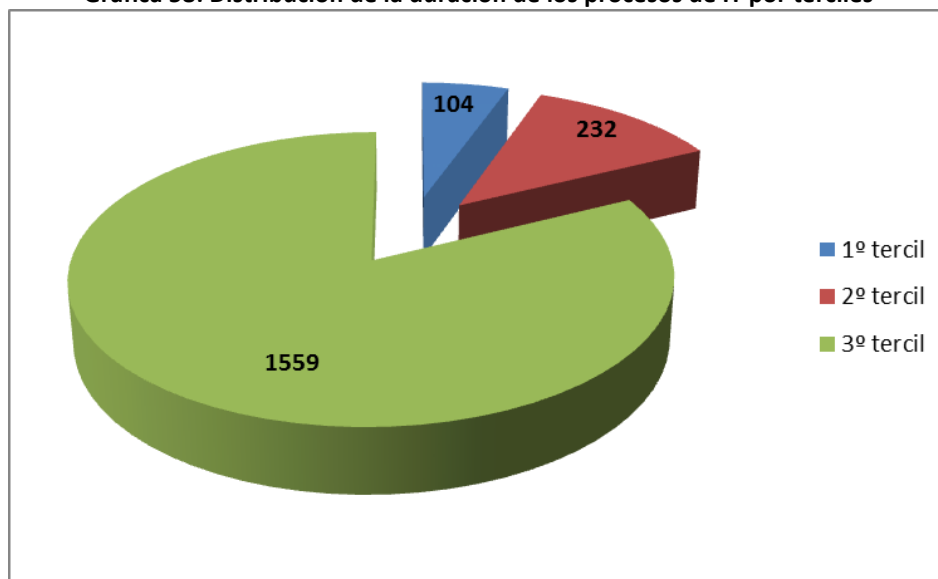
1º tercil incluye 104 personas (5,5% del total), 2º tercil incluye 232 personas (12,2% del total) y 3º tercil incluye 1.559 personas (82,3% del total).

El 5,5% del total de personas representan los mismos procesos de IT que el 12,2% siguiente y que el 82,3% siguiente.

**Tabla 62: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles**

	n personas	%	duración procesos	%
<b>1º tercil</b>	104	5,5	14.3101	33,4
<b>2º tercil</b>	232	12,2	14.2438	33,3
<b>3º tercil</b>	1.559	82,3	14.2595	33,3

**Gráfica 58: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles**



Los resultados muestran que un escaso número de personas, las incluidas en el primer tercil, que suponen un 5,5% del total de nuestra muestra, son las que agrupan los procesos de mayor duración.

Cuando valoramos como se reparten las diferentes variables socio demográficas en relación a la duración de los procesos de IT en cada uno de los terciles

vemos que hay diferencias estadísticamente significativas en todas ellas, salvo en el sexo.

Gráfica 59: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles en función de variables

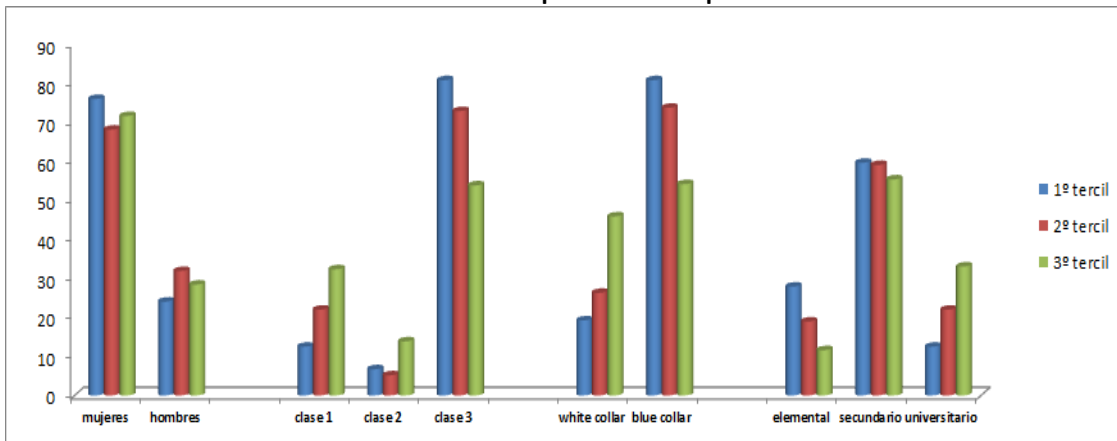


Tabla 63: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles en función de variables

	1º tercil (n=104)	2º tercil (n=232)	3º tercil (n=1.559)	$\chi^2$	p
<b>sexo</b>					
mujeres	76	68,1	71,6	2,3	0.31
hombres	24	31,9	28,4		
<b>clase social</b>					
clase 1	12,5	22	32,3	56,5	< 0.0001
clase 2	6,7	5,2	13,9		
clase 3	80,8	72,8	53,8		
<b>tipo trabajo</b>					
white collar	19,2	26,3	45,9	55,2	< 0.0001
blue collar	80,8	73,7	54,1		
<b>nivel estudios</b>					
elemental	27,9	19	11,6	45,9	< 0.0001
secundario	59,6	59,1	55,4		
universitario	12,5	22	33		

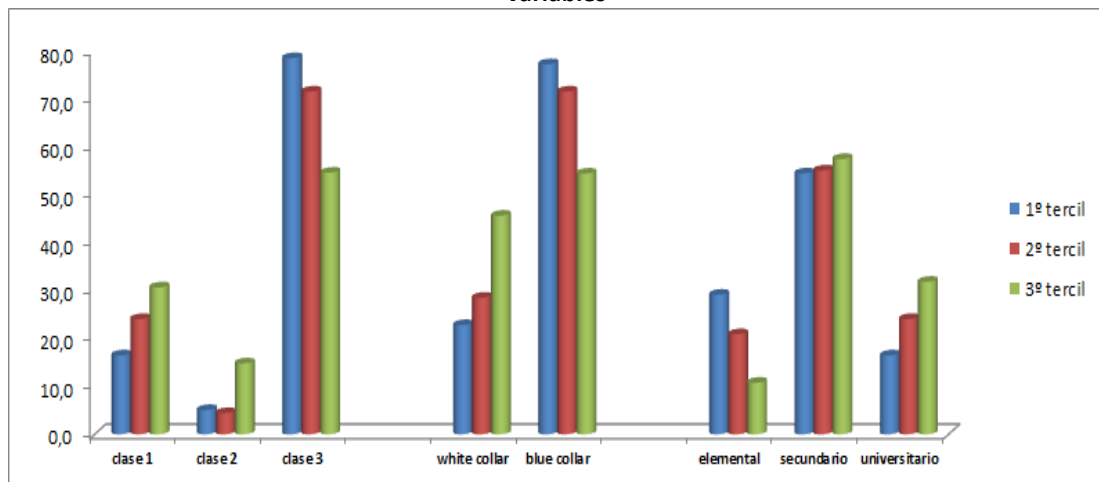
Si estudiamos esto mismo diferenciando ambos sexos.

En las mujeres: Hay diferencias estadísticamente significativas en la duración de los procesos de IT en mujeres en todas las variables.

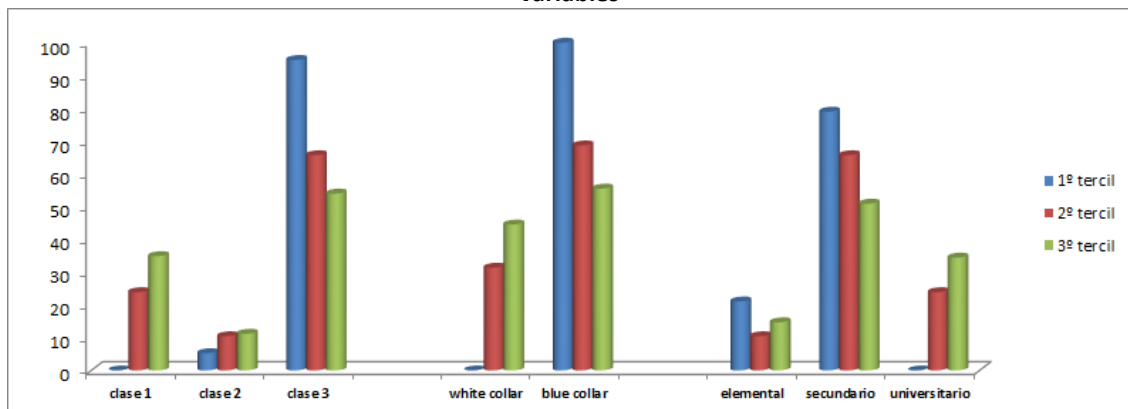
Tabla 64: Valoración estadística de la distribución de la duración de los procesos de IT en las mujeres por terciles

	1º tercil (n=79)	2º tercil (n=158)	3º tercil (n=1.116)	$\chi^2$	p
<b>clase social</b>					
clase 1	16,5	24,1	30,6	35,1	< 0.0001
clase 2	5,1	4,4	14,8		
clase 3	78,5	71,5	54,6		
<b>tipo trabajo</b>					
white collar	22,8	28,5	45,6	29,7	< 0.0001
blue collar	77,2	71,5	54,4		
<b>nivel estudios</b>					
elemental	29,1	20,9	10,8	35,8	< 0.0001
secundario	54,4	55,1	57,4		
universitario	16,5	24,1	31,8		

Gráfica 60: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles en las mujeres en función de variables



Gráfica 61: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles en los hombres en función de variables



En los hombres: También se observan diferencias estadísticamente significativas en todas las variables.

**Tabla 65: Distribución de la duración de los procesos de IT por terciles en los hombres en función de variables**

	1º tercil (n=25)	2º tercil (n=74)	3º tercil (n=443)	$\chi^2$	p
<i>clase social</i>					
clase 1	0	17,6	36,6	27,7	< 0.0001
clase 2	12	6,8	11,5		
clase 3	88	75,7	51,9		
<i>tipo trabajo</i>					
white collar	8	21,6	46,5	28,2	< 0.0001
blue collar	92	78,4	53,5		
<i>nivel estudios</i>					
elemental	76	17,6	36,1	29,5	< 0.0001
secundario	24	67,6	50,1		
universitario	0	14,8	13,8		

### 6.8.3.- Coste total de los procesos.

Respecto al coste total de procesos. Se estudia diferenciando por terciles el coste de los procesos de IT en relación a las personas causantes de dichos procesos.

Calculamos los terciles en la muestra de personas (1.895 personas).

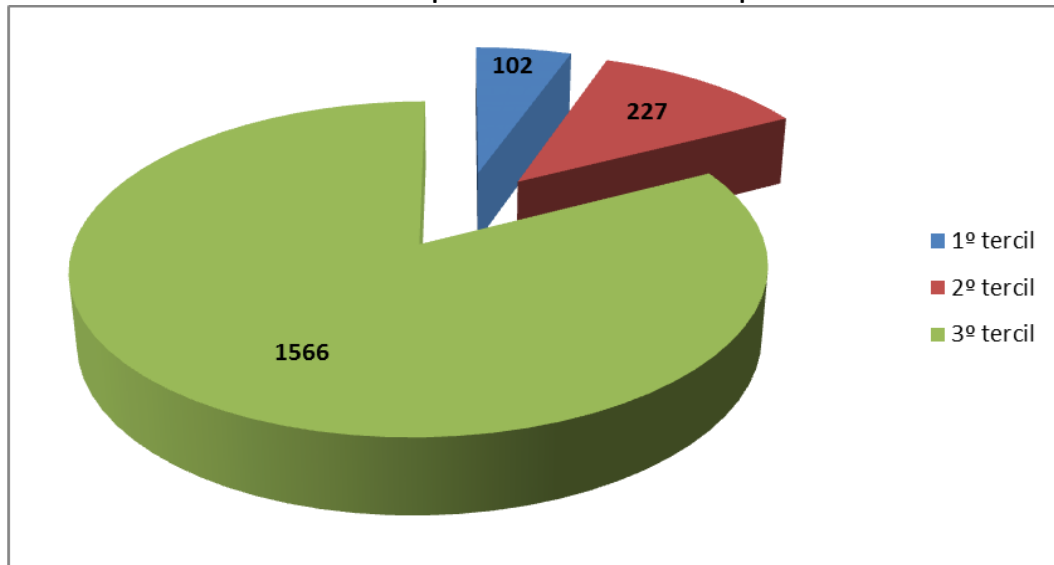
1º tercil incluye 102 personas (5,4% del total), 2º tercil incluye 227 personas (12% del total) y 3º tercil incluye 1.566 personas (82,6% del total).

El 5,4% del total de personas representan los mismos procesos de IT que el 12% siguiente y que el 82,6% siguiente.

**Tabla 66: Distribución por terciles del coste de los procesos de IT**

	n personas	%	coste procesos	%
1º tercil	102	5,4	13.086.333,47	33,4
2º tercil	227	12	13.044.225,5	33,3
3º tercil	1566	82,6	13.020.273,96	33,3

Gráfica 62: Distribución por terciles del coste de los procesos de IT



En el primer tercil se agrupan un reducido número de personas, pero que suponen los procesos con el mayor coste de IT, mientras que en el último tercil se agrupan gran número de personas con los procesos de menor coste. Pocas personas, 5,4% del total representan una tercera parte del gasto en IT.

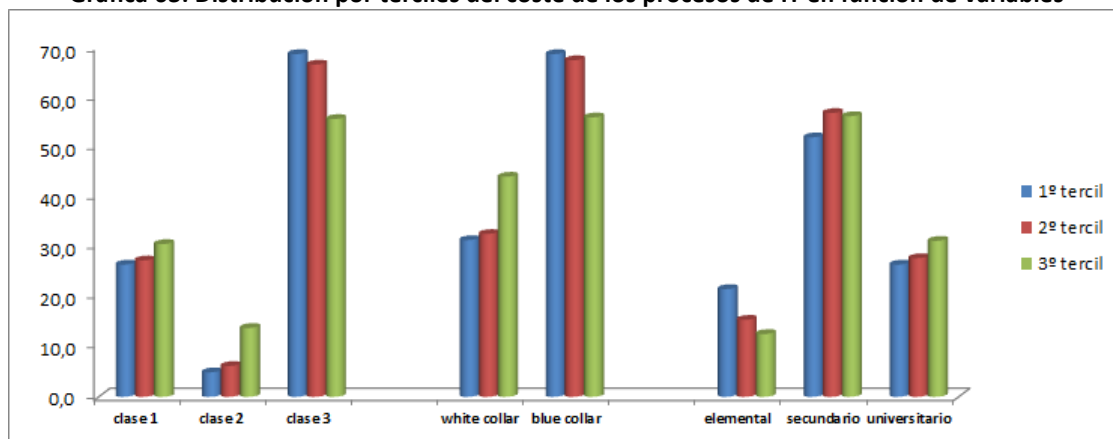
Cuando valoramos como se reparten los **costes** en cada uno de los terciles según las diferentes variables sociodemográficas vemos que hay diferencias estadísticamente significativas en las variables clase social y tipo de trabajo, no observándose esta significación en relación con el sexo y con el nivel de estudios.



Tabla 67: Valoración estadística del coste de la IT por terciles en función de variables

	1º tercil (n=102)	2º tercil (n=227)	3º tercil (n=1566)	$\chi^2$	p
<i>Sexo</i>					
mujeres	81,4	70,5	70,9	5,3	0.0718
hombres	18,6	29,5	29,1		
<i>clase social</i>					
clase 1	26,5	27,3	30,6	21,7	0.0002
clase 2	4,9	6,2	13,8		
clase 3	68,6	66,5	55,6		
<i>tipo trabajo</i>					
white collar	31,4	32,6	44,1	15,7	0.0004
blue collar	68,6	67,4	55,9		
<i>nivel estudios</i>					
elemental	21,6	15,4	12,6	8,3	0.0825
secundario	52	56,8	56,2		
universitario	26,5	27,8	31,2		

Gráfica 63: Distribución por terciles del coste de los procesos de IT en función de variables



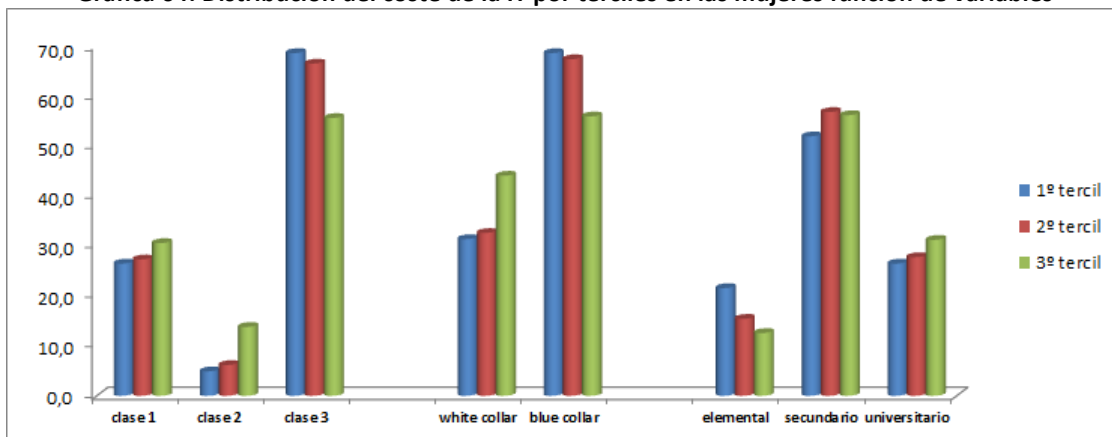
Si estudiamos de forma independiente ambos sexos.

En las mujeres: Hay diferencias estadísticamente significativas en todas las variables.

Tabla 68: Distribución del coste de la IT por terciles en las mujeres función de variables

	1º tercil (n=83)	2º tercil (n=160)	3º tercil (n=1110)	$\chi^2$	p
<i>clase social</i>					
clase 1	32,5	28,8	28,8	19,8	0.0005
clase 2	4,8	4,4	14,9		
clase 3	62,7	66,9	56,3		
<i>tipo trabajo</i>					
white collar	38,6	33,1	43,9	7,1	0.0284
blue collar	61,4	66,9	56,1		
<i>nivel estudios</i>					
elemental	21,7	17,5	11,7	11,5	0.0211
secundario	45,8	53,1	58,4		
universitario	32,5	29,4	29,9		

Gráfica 64: Distribución del coste de la IT por terciles en las mujeres función de variables

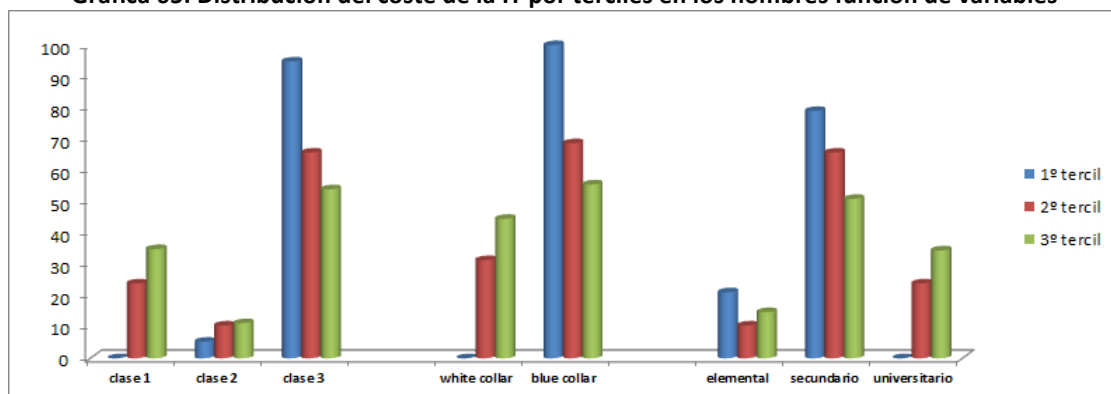


En los hombres: Hay diferencias estadísticamente significativas en todas las variables.

Tabla 69: Distribución del coste de la IT por terciles en los hombres función de variables

	1º tercil (n=19)	2º tercil (n=67)	3º tercil (n=456)	$\chi^2$	p
<i>clase social</i>					
clase 1	0	23,9	34,9	15,5	0.0037
clase 2	5,3	10,4	11,2		
clase 3	94,7	65,7	53,9		
<i>tipo trabajo</i>					
white collar	0	31,3	44,5	18,1	0.0001
blue collar	100	68,7	55,5		
<i>nivel estudios</i>					
elemental	21,1	10,4	14,7	14,4	0.0062
secundario	78,9	65,7	50,9		
universitario	0	23,9	34,4		

Gráfica 65: Distribución del coste de la IT por terciles en los hombres función de variables



En resumen, respecto a los terciles:

Un reducido grupo de personas que hemos denominado como hiperfrecuentadores, es decir, los incluidos en el primer tercil representan un mayor número de procesos, un mayor número de jornadas de trabajo perdidas y un mayor coste de lo que les correspondería en relación a su representación numérica en la muestra. Esta situación también aparece en el segundo tercil aunque de una manera menos intensa.

La influencia de las variables sociodemográficas en estos resultados es la siguiente:

- \* El sexo no ha mostrado influencia en ninguno de los tres casos.
- \* El tipo de trabajo desempeñado y la clase social influyen tanto en la muestra total como cuando la separamos por sexo en los tres casos.
- \* El nivel de estudios muestra su influencia tanto globalmente como cuando separamos por sexo, cuando estudiamos el número de procesos y su duración, pero si estudiamos el coste vemos que no afecta al

considerar la población en su conjunto pero si se da esa influencia si la  
separamos por sexo.

## **DISCUSIÓN**



## 8.- DISCUSIÓN.

El trabajo desarrollado en esta tesis consiste en valorar el impacto que ejercen diversos factores sociodemográficos (edad, sexo, tipo de trabajo, nivel de estudios, clase social y antigüedad en la empresa) sobre las incapacidades temporales registradas en una amplia muestra de trabajadores (4.433) pertenecientes a una empresa del sector sociosanitario en la isla de Mallorca, durante un periodo de tiempo de 16 años (1994 a 2010).

El primer análisis se ha realizado sobre **las personas** que han tenido procesos de incapacidad temporal durante este periodo de tiempo.

En segundo lugar, se han analizado **los procesos** que se han producido y la influencia que sobre ellos tienen los factores descritos.

En tercer lugar, se ha hecho un estudio del **coste** que dichos procesos han producido, en relación al presupuesto total de la empresa y su evolución a lo largo del periodo de tiempo estudiado.

Y por último, se ha analizado la existencia de **hiperfrecuentación** de algunos trabajadores en cuanto a los procesos de incapacidad temporal.

### 8.1.- Análisis del número total de personas que causan IT.

Los resultados del estudio permiten afirmar que, entre las personas que han tenido procesos de incapacidad temporal durante el periodo de estudio hay diferencias significativas en función de la clase social (más en las personas de la clase

social 3), en función de su nivel de estudios (más en personas con estudios no universitarios) y en función del tipo de trabajo que realizan (más en trabajadores manuales o blue collar).

Estos datos han sido confirmados por análisis multivariante mediante regresión logística y muestran además, que las variables que más se asocian a los procesos de incapacidad temporal con una relación estadísticamente significativa son: el tipo de trabajo desempeñado (blue collar OR 1,47), seguido del nivel de estudios (OR, 1,22) y, finalmente el sexo masculino (OR 1,18).

La principal fortaleza de este trabajo radica en el estudio del impacto de las diferentes variables sobre los procesos de incapacidad temporal, durante un periodo de tiempo tan prolongado y llevado a cabo en una misma empresa.

En la bibliografía medica consultada nos ha sido difícil encontrar trabajos similares con los que comparar nuestros resultados, ya que en la mayoría de ellos el periodo de estudio no se prolonga durante tanto tiempo, ni se tienen en cuenta todas las variables que se analizan aquí, si bien algunos trabajos de otros autores abordan esta temática desde aspectos más concretos y específicos. Esto es lo que ocurre en el estudio realizado sobre una muestra de 2.331 empleados del sector hospitalario de Copenhague (Kristensen, Jensen, Kreiner et al. 2010) y que coincide en parte con los resultados hallados en nuestro trabajo, en cuanto a que observa un mayor número de procesos de incapacidad temporal en los trabajadores de la **clase social 3**. Asimismo, se apunta que el nivel socioeconómico se relaciona de forma diferente en las incapacidades temporales y su distinta duración, encontrando una fuerte asociación



entre el nivel socioeconómico más bajo, con las incapacidades temporales de mediana duración y ausencias atípicas.

En cuanto a la influencia del **nivel de estudios**, nuestro trabajo refleja que hay mayor incidencia de incapacidad temporal en personas con estudios no universitarios. Esto mismo lo vemos reflejado en un estudio llevado a cabo en trabajadores italianos (dErrico y Costa, 2012), en el que se aprecia una relación entre las ausencias al trabajo y el menor nivel educacional, siendo esto más notorio entre los hombres, mientras en las mujeres se asocia conjuntamente a otras variables como el trabajo manual y los factores ergonómicos relacionados con sus tareas. No obstante, en este estudio la fracción atribuible a las características relacionadas con el empleo fue mayor que la de las variables sociodemográficas, coincidiendo este hecho en ambos sexos.

Cabe reseñar la influencia del **tipo de trabajo** sobre la incapacidad temporal. La bibliografía consultada muestra la diferencia en función del tipo de trabajo desempeñado, según se trate de trabajadores manuales o no manuales (de cuello blanco y cuello azul). Así los trabajos realizados por Schreuder en 2008 valoran las demandas o exigencias laborales y su repercusión en la salud de los trabajadores observando que, tanto los trabajadores de cuello azul, como los de cuello blanco, refirieron una proporción de procesos similares, en contraposición con los resultados obtenidos en nuestro estudio, donde observamos que los procesos de incapacidad varían en ambos grupos dependiendo del tipo de trabajo realizado, con una predominancia de procesos entre los trabajadores manuales (Schreuder, Roelen, Koopmans et al., 2008).

En el mismo sentido que nuestro estudio se manifiestan los autores del trabajo realizado en Estonia (Aaviksoo, Baburin y Kiivet, 2013) y que concluye afirmando que la incapacidad temporal se relacionaba, entre otros factores, con un menor nivel educativo, si bien en este trabajo no se especifica si son estudios básicos o intermedios. En nuestro estudio se matiza más el aspecto educacional y se muestra que esta relación está netamente decantada hacia los estudios intermedios.

Estos dos trabajos comentados se realizaron en base a un cuestionario de auto-percepción de la salud y de potenciales condicionantes de bajas laborales, lo que los diferencia del nuestro en el que no se recoge tal auto-percepción, sino que se realiza en base al número de procesos de incapacidad temporal.

En nuestro estudio, cuando calculamos el **número total de personas** que a lo largo de los años han tenido procesos de incapacidad temporal y se realiza una regresión logística de los resultados, se observa que hay una diferencia estadísticamente significativa en los procesos de IT en los hombres frente a las mujeres, con una OR de 1,8. Sin embargo, estos resultados no son concordantes con los encontrados en trabajos de otros autores, como en el estudio realizado en trabajadores de Finlandia (Laaksonen, Martikainen y Rahkonen, 2008), donde se encuentra una mayor incidencia de bajas laborales en mujeres, especialmente en los procesos de corta duración y, más si cabe, en aquellos procesos de incapacidad temporal que cursan sin certificación médica, es decir ausencias al trabajo sin baja prescrita por el médico, pero se van igualando en los dos sexos cuando las ausencias son más prolongadas y, concretamente, cuando superan los 60 días. En las mujeres incluidas en este estudio finlandés, se especifican aspectos no contemplados en el

nuestro, como las demandas físicas del trabajo y que explicarían el mayor número de bajas por enfermedad de cualquier duración, en las mujeres, mientras que las condiciones del trabajo y los factores psicosociales y familiares no afectaron a la diferencia de sexo. Los problemas físicos de salud, las demandas físicas del trabajo y la fatiga por el trabajo fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres, pero su impacto en las ausencias ocasionadas por dichos problemas de salud fue similar en ambos sexos.

Esto mismo sucede en un estudio llevado a término en trabajadores públicos brasileños, con una tasa de incidencia significativamente mayor de procesos de incapacidad temporal en las mujeres, si bien se relacionan de forma específica con algunas patologías, más concretamente con enfermedades osteomusculares.

En ambos trabajos se toman en consideración, en mayor o menor medida, los procesos causales que no han sido valorados en el nuestro.

## **8.2.- Análisis del número total de procesos de IT.**

Cuando analizamos en nuestro estudio el número de procesos de IT habidos en estos 16 años, se observa que hay diferencias por sexo, siendo superior el número de procesos de incapacidad temporal en las mujeres con respecto a los hombres, a diferencia de lo que ocurría cuando analizábamos el número total de personas que causaron IT. Ello significa que hay un mayor porcentaje de mujeres que requieren más de un episodio de IT durante el periodo estudiado, lo que después llamaremos

trabajadores hiperfrecuentadores y que explica estas diferencias halladas por sexo cuantitativamente distintas dependiendo de que se cuantifiquen procesos o personas.

El análisis del número de procesos de IT muestra una superioridad del número de bajas en los trabajos manuales frente a los no manuales, siendo las diferencias halladas estadísticamente significativas, al igual que cuando se estudia la IT atendiendo al número total de procesos.

Estos resultados concuerdan con diversos estudios, como el realizado entre los trabajadores públicos brasileños (Leão, Barbosa-Branco, Rassi, 2015), en el que se concluye que la tasa de bajas laborales durante un año de seguimiento fue significativamente mayor en mujeres, si bien este trabajo se centra en el sector público y ahonda en aspectos asociados a la categoría profesional, como el nivel de educación y su relación con patologías específicas como los procesos mentales o los trastornos musculoesqueléticos. En nuestro trabajo no se han valorado diferentes sectores productivos, ni se establecen comparativos entre trabajadores públicos o privados, ya que se trata de una única empresa. Y, como se ha comentado previamente, no se han especificado diagnósticos.

El factor sexo y su relación con la IT ha sido objeto de múltiples estudios, según revisión realizada en la bibliografía. Ejemplo de ellos es el centrado en trabajadores públicos de Goiânia, Brasil (Leão et al, 2015), donde se destaca la prevalencia acumulada de ausencia por enfermedad con más de tres días de duración en mujeres, como promedio anual general en el sector de los empleados públicos.

De igual modo, el estudio prospectivo realizado en trabajadores daneses (Labriola Holte y Christensen, 2011), puso de manifiesto que las mujeres tenían un exceso de riesgo de IT del 37% en comparación con los hombres, diferencia explicada en parte por aspectos que no han sido valorados en nuestro trabajo, como los distintos entornos psicosociales del trabajo en ambos sexos en relación a las demandas emocionales, la recompensa obtenida en el trabajo, la calidad de gestión empresarial y el papel que desempeña el manejo del conflicto. Este trabajo concluye afirmando que, si las mujeres y los hombres tuviesen unas condiciones de trabajo idénticas, se reduciría la mayor parte de la diferencia observada por sexo en las bajas por enfermedad a largo plazo.

En relación con este tema, un estudio realizado en una población trabajadora de Suecia (Löve, Hensing y Holmgren, 2013), muestra la importancia de las condiciones físicas en el trabajo, como elemento clave en la ausencia por enfermedad, especialmente en las mujeres, aunque en menor medida también se observa su influencia en los hombres.

Sin embargo, otros estudios no establecen estas diferencias por sexo en los procesos de incapacidad temporal. Así lo muestra el realizado en Helsinki, en empleados municipales (Laaksonen, Martikainen & Rahkonen, 2010), donde las bajas por enfermedad están mucho más relacionadas con el tipo de trabajo desempeñado que con el sexo de la persona afectada, siendo tres veces más frecuentes en trabajadores manuales que no manuales.

En los dieciséis años de seguimiento llevado a cabo en nuestro trabajo, se advierte que los procesos de incapacidad temporal han evolucionado de forma diferente en ambos sexos, con una tendencia creciente en las mujeres, frente a la decreciente de los hombres, con oscilaciones notables entre 1994 y 2007 y un descenso marcado a partir del año 2008 tanto en hombres como en mujeres.

El concepto de sexo y su relación con la IT ha sido objeto de estudios con distintos enfoques e intervenciones basadas en aspectos organizacionales en las empresas y de autopercepción de la salud por los trabajadores y sobre su impacto en los beneficios económicos en la IT dimanantes de estas políticas de igualdad, en función del sexo (Sörlin, Ohman y Lindholm, 2011; 2012).

Un enfoque distinto es el de sexo/salud y su contrario sexo/mala salud, con posterior evolución a patologías que pudieran dar lugar a procesos de IT de mayor o menor duración. Destaca en este sentido la revisión efectuada sobre publicaciones habidas durante el periodo 1970 a 2012, en base a la implantación de políticas macrosociales que remarcan las desigualdades del binomio sexo/ salud con influencia negativa en la mujer y la repercusión de las medidas puestas en práctica para evitarlas (Borrel et al., 2014). La mayoría de los estudios muestran que las mujeres tienen tasas considerablemente más altas de procesos de incapacidad temporal y ausencias por enfermedad que las observadas en los hombres. Esto es comparable en los distintos países de la Unión Europea, mostrando diferencias claras en España, Irlanda, Francia, Bélgica y el Reino Unido, aunque no se observa una importante diferencia de sexo en los Países Bajos, Portugal, ni tampoco en Italia. Estas diferencias por sexo afectan de forma negativa a las mujeres, si bien no se ha podido encontrar la causa o causas

específicas que lo expliquen dejando por ello muchos interrogantes abiertos a posteriores investigaciones (Mastekaasa, 2014).

Otra forma de evaluar el factor sexo y las ausencias por enfermedad ha sido valorando aspectos como el puesto de trabajo desempeñado, también contemplados en nuestro trabajo, pero con matizaciones concretas como el factor ocupación. Así, se ha visto en el trabajo realizado por Laaksonen en 2012, que afirma que cuando el trabajo es dirigido por mujeres existe, en ambos sexos, un predominio de las ausencias por enfermedad de corta duración (1-3 días). No obstante, este trabajo también afirma que el factor ocupacional y de puesto de trabajo, si bien explica parcialmente las diferencias por sexo tiene un impacto cada vez menor en ausencias de duración media (4-14 días) y en las de larga duración (más de 2 semanas). Según el mismo, tampoco se pueden explicar las diferencias en la duración de las ausencias por enfermedad otros aspectos como: la clase social, el nivel retributivo o el tipo de contrato.

Algunos de estos aspectos, como la clase social y el tipo de trabajo, han sido valorados en nuestro estudio con resultados que sí muestran significación estadística en su relación tanto con el número de procesos, como con la duración de los mismos. La hipótesis que más se mantiene en la bibliografía es la relación de los aspectos culturales y de normas de comportamiento en la duración de los procesos de incapacidad temporal (Laaksonen, Martikainen y Rahkonen, 2012).

Estudios realizados en países nórdicos muestran coincidencia con el nuestro en cuanto a la repercusión en ambos sexos del tipo de trabajo y la categoría profesional con las bajas por enfermedad, sin encontrar diferencias por sexo, si bien en los

hombres la relación del reparto por sexo y puesto de trabajo resulta tener poca relación con la ausencia por enfermedad. En puestos de trabajo dirigidos por mujeres las ausencias por enfermedad tienden a incrementarse por una mayor tolerancia a las normas, pero sin resultados de gran significación estadística (Mastekaasa, 2005).

En el mismo sentido se manifiesta el estudio realizado en otro país Nórdico, Suecia, que se apoya en la teoría de Kanter y que sugiere un mayor nivel de estrés entre los grupos minoritarios (tokens), que podría aumentar el riesgo de padecer una mala salud y enfermedades de larga duración. Los resultados de este estudio contradicen la teoría de Kanter, ya que aunque sugieren que la composición de sexo en el lugar de trabajo tiene un impacto en el riesgo de bajas de larga duración, lo más probable es que las diferentes posiciones de estatus de los hombres y las mujeres sean las responsables de las diferencias encontradas (Brygelson et al., 2011).

Algunos estudios, como el realizado por Vingård, Linberg, Josephson et al., 2005 valoran la influencia de factores como el nivel sociodemográficos bajo en la IT, pero en este trabajo el tiempo de estudio es de 3 años, mucho menor al nuestro y valora factores no incluidos en nuestro estudio, lo que dificulta la comparativa. Considera factores determinantes en la duración de la IT la situación financiera, la obesidad, la intimidación o el acoso laboral, las exigencias físicas en el trabajo superiores a la capacidad propia y las exigencias mentales en el trabajo y los propone como indicadores de riesgo de bajas de larga duración, proponiendo la prevención mediante la intervención en estilo de vida y del trabajo como potenciales reductores IT de duración mayor de 28 días.



Nuestro trabajo no ha diferenciado las IT en función de diagnósticos o de patologías causales, siendo este uno de los aspectos más recogidos en la literatura cuando se habla de incapacidad temporal. Sirva de ejemplo el estudio prospectivo realizado a lo largo de 5 años, en Noruega (Gjesdal, Bratberg y Mæland, 2011) relacionando sexo, discapacidad y bajas ocasionadas por trastornos musculoesqueléticos. Incluso profundiza en su evolución posterior hacia una incapacidad permanente. El estudio concluye afirmando la tendencia a la cronicidad de estos trastornos en las mujeres por debajo de 50 años.

### **8.3.- Estudio del coste de los procesos de IT.**

Uno de los aspectos más específicos de nuestro trabajo es el cálculo realizado en cuanto a los costes de la IT durante el periodo de seguimiento estudiado de 16 años, su evolución y la precisión de los mismos al disponer de los datos económicos de la empresa.

En nuestro trabajo el cálculo del coste se ha realizado utilizando las tablas salariales oficiales aportadas por la empresa y las nóminas de la empresa en los distintos años de estudio, a lo que se le ha añadido el coste de las sustituciones de personal, asumiendo el sesgo de que no se sustituyen todas las categorías profesionales y de que las sustituciones se producen a partir de un tiempo determinado. Todo ello contabilizando el coste que asume la empresa y el de la entidad gestora. Finalmente se ha relacionado dentro del presupuesto total de la empresa, el porcentaje que supone la incapacidad temporal.

Los resultados muestran que durante el periodo de estudio (1994-2010) el coste fue aumentando desde el inicio del estudio en 1994 (con un coste para la empresa de 494.978,7 euros, lo que supuso un 3,3% del presupuesto anual), hasta el año 2007 (año en que se alcanzó el mayor coste que llegó a 2. 590.047,3 euros, lo que correspondía al 8% del presupuesto anual de la empresa). A partir de ese año comenzó un descenso de costes hasta el año 2010, el último del estudio (con un coste de 885.996,7 euros, correspondiente a un 2,5% del presupuesto anual de la empresa).

El coste asumido por la entidad gestora aumenta de modo similar al de la empresa a lo largo de todo el periodo de estudio.

El gasto total de la incapacidad temporal es de 27.314.306,2 euros para la empresa y de 11.836.526,7 euros para las entidades gestoras, suponiendo globalmente un coste de 39.150.832,9 euros que corresponde al 7,7% del presupuesto de la empresa durante dicho periodo.

Con esta forma de cálculo de la IT no hemos encontrado en la bibliografía estudios similares, ni en cuanto a su duración en años, ni en cuanto a la forma de cálculo en base a datos reales de la economía de la propia empresa, ni con la precisión para el cálculo de costes indirectos de los datos aportados por sustituciones de personal o por el coste asumido por la entidad gestora y colaboradora.

Sí se han realizado en España aproximaciones al coste de la IT, pero sobre patologías concretas y ajustadas a mínimos a falta de datos reales y por ello asumiendo sesgos. Destacan entre ellos los relacionados con procesos de la columna lumbar que, en el año 2011 supusieron un total de 142.239 procesos de IT, con un

total de 6.188.626 jornadas perdidas y un promedio de duración de los procesos de IT de 43,51 días, siendo el coste mínimo estimado de 55.164.694,22 millones € euros (Vicente-Herrero et al., 2012). De igual modo se han cuantificado los costes de algunas patologías psiquiátricas en IT para 2011: Trastorno Esquizofrénico, Trastorno Bipolar y Trastornos Ansiosos, Depresivos y Adaptativos (Vicente-Herrero et al., 2013b). La carga total de estos procesos de IT en España fue de 868 procesos en trastornos esquizofrénicos, 8.983 procesos asociados a trastorno bipolar y 56.795 procesos asociados a trastornos adaptativos, trastornos depresivos y ansiosos, con una pérdida de jornadas de trabajo de 72.831, 899.107 y 3.666 días respectivamente, lo que da una idea bastante aproximada de la repercusión social de este tipo de patologías, con un coste global para 2011 de 99.160.290,64 millones de euros, que corresponde al 4,60% del gasto total en IT por todas las patologías de la Seguridad Social.

En referencia a patologías crónicas como la diabetes (Vicente-Herrero et al., 2013a), en España y durante el 2011 supuso un total de 2.567 procesos, con 154.214 días perdidos de trabajo y un coste total para las administraciones públicas de 3.297,095 millones de euros, estimándose el coste estimado por paciente /año de 141 euros.

También las cefaleas han sido cuantificadas en su coste indirecto por IT durante el 2012 (Vicente-Herrero et al, 2014) con un total de 12.705 procesos de IT y 137.481 días de trabajo perdidos, siendo el coste económico global estimado de 7.582.605,92 millones de euros. Los costes por incapacidad temporal en cáncer de mama para 2012 (Vicente- Herrero et al., 2012), supusieron un número total de procesos de 2.751 y 567.340 días de trabajo perdidos, con un promedio de duración de las incapacidades

temporales de 179,87 días, lo que supone un coste aproximado de 14.767,860 millones de euros. Finalmente, el coste por incapacidad temporal resultante de cáncer colorrectal en España durante el año 2011 (Vicente-Herrero et al., 2013c), tomado como referencia los códigos diagnósticos del CIE-9 relacionados con estos procesos, supone un total de 1.046 procesos de incapacidad temporal, con 202.784 días de trabajo perdidos por esta causa, encontrándose una duración media de los procesos de 194 días y un coste aproximado de 4.335.521,92 millones de euros.

Todos estos estudios abordan la incapacidad temporal y sus costes desde diagnósticos concretos y en base a estimaciones teóricas de mínimos que toman como referencia el coste/día del salario mínimo interprofesional. Difieren por tanto del estudio de coste realizado en nuestro trabajo donde el abordaje es en base al coste real de la incapacidad temporal en una empresa y contabilizando los procesos habidos, viendo su evolución durante un prolongado periodo de tiempo, que prácticamente recoge todo el periodo de existencia de la citada empresa, si bien en todos estos trabajos referenciados y en el que aquí presentamos se destaca como factor común el alto impacto económico que supone en España la incapacidad temporal y que orienta a intervenciones tendentes a reducir su repercusión socioeconómica.

Fuera de nuestro país se han abordado trabajos de costes de la IT, ejemplo de ello es el realizado en las empresas holandesas Post y Telecom, si bien incide nuevamente en los diagnósticos causales. Se analiza la relación entre la recurrencia en las bajas por enfermedad y el diagnóstico de las mismas (Roelen, Koopmans, Anema et al., 2010) en un total de 137.172 trabajadores, aplicando la Clasificación CIE-10 para los diagnósticos, encontrándose, como ya se ha visto con anterioridad en los realizados en

España, que los trastornos musculoesqueléticos eran los que mayor densidad de recurrencia presentaban, con cifras de 118,7 x 1000 personas-año, y con una duración media de 409 días tras el episodio inicial, representando el 37% del número total de días de baja por enfermedad recidivantes. El segundo lugar lo ocuparon los trastornos mentales con una densidad de recurrencia de 80,4 x 1000 personas-año, una duración media de 328 días y el 21% del número total de días de baja por enfermedad que recurren.

Es fortaleza de nuestro trabajo el hecho de ajustarse a procesos y a datos reales de la macroeconomía de la empresa y haber estudiado su evolución en un periodo de 16 años, si bien carece de la especificidad que podían aportar los diagnósticos motivantes y que aquí no han sido considerados.

#### **8.4.- Análisis de la hiperfrecuentación en los procesos de IT.**

En nuestro estudio se observa que hay un grupo de trabajadores hiperfrecuentadores que se corresponden con el 8,4% del total de trabajadores incluidos en el estudio. Al ordenar los procesos por terciles se observa que, ese reducido grupo de personas, presentaba el mismo número de procesos de bajas laborales que los otros 2 terciles juntos (el 17,5% del segundo tercil y el 74,1% del tercer tercil) o lo que es lo mismo, que el 8,4% de las personas del primer tercil causan el mismo número de procesos que el 91,6% de la población total estudiada.

Esto nos permite aproximarnos a un perfil de “trabajador hiperfrecuentador” que se correspondería con el de mujeres, de clase social baja, con desempeño de trabajos manuales y con bajo nivel de estudios.

No hemos encontrado trabajos que se ajusten al nuestro, pero el tema de la alta recurrencia en ausencias por enfermedad si ha sido tratado por diferentes autores, dirigidos en algunos casos a analizar posibles factores predictivos para evitar la recurrencia en las ausencias por enfermedad. En el trabajo realizado por Andersen, Burdorf, Fallentin et al., en 2014 se analizan concretamente las recurrencias en procesos mentales, valorando qué factores influyen en su recurrencia y concluye afirmando que tienen que ver con aspectos de la empresa que pueden actuar como predictores de nuevas bajas laborales. Los aspectos de tipo organizativo como el tamaño de la empresa y los conflictos con el supervisor se consideraron en este trabajo como factores claramente predictivos en una futura ausencia por enfermedad en los 6-12 meses siguientes a la reincorporación tras la IT. No ocurría lo mismo cuando se asociaban procesos crónicos. En estos casos disminuía el riesgo de recurrencia (Andersen et al, 2014). El trabajo de este autor plantea estrategias intervencionistas para disminuir dicha recurrencia, tanto individuales y ajustadas a protocolos como en la empresa.

En nuestro trabajo, el riesgo de recurrencia o hiperfrecuentación, como el resto de aspectos analizados, no ha considerado los diagnósticos que ocasionan las patologías sino el perfil del trabajador con recurrencias en los procesos de IT, y sus características sociodemográficas y tipo de trabajo desempeñado.

No hemos entrado a valorar los factores médicos de la recurrencia, pero sí tenemos una relación entre los factores del trabajo y las recurrencias por enfermedad, aunque estas estén más dirigidas a carga física y se hayan analizado las causas psicológicas.

Ya se ha comentado anteriormente que una ausencia previa por enfermedad es un fuerte predictor para un nuevo proceso de IT. Resulta de interés el estudio realizado en 3 grandes empresas del sector postal holandés, mediante un seguimiento de 4 años a empleados con 4 o más ausencias, o con ausencias mayores de 6 semanas, comprobándose que la ausencias previas eran un factor predictor de riesgo para la recurrencia y para procesos de IT de más larga duración, siendo las recurrencias más frecuentes en hombres que en mujeres, al contrario de lo que resulta de nuestro trabajo que muestra una mayor recurrencia en mujeres, probablemente debido a la diferente distribución por sexos en las poblaciones de ambos estudios (Koopmans, Búltmann, Roelen et al, 2008).

Las ausencias frecuentes por enfermedad en las mismas personas se reconocen como un problema importante por el alto coste socio-económico que suponen y han impulsado estudios tendentes a desarrollar modelos pronósticos de estas recurrencias. Uno de ellos se realizó en Noruega (Roelen et al., 2015) en 3 fases y tomando en consideración la suma de factores personales, factores relacionados con la salud y factores relacionados con el trabajo, dando como resultado una estimación pronóstica certera en el 73% de los casos de recurrencia en las personas consideradas de mayor riesgo, si bien el propio estudio establece limitaciones que aconsejan desarrollar

predictores adicionales antes de aplicarlo como screening en poblaciones de trabajadores.

Este trabajo coincide con el nuestro en el análisis de datos en un colectivo concreto, si bien se trata de un colectivo sanitario formado únicamente por mujeres y por ello no permite establecer diferencias por sexo, que si se estudian en el nuestro.

#### **8.5.- Estudio de los procesos de IT con respecto a la edad.**

También la edad ha sido considerada en distintos estudios como un factor fuertemente predictor de futuros procesos de IT coincidiendo con los resultados de nuestro trabajo, en el que se asocia la edad más avanzada (más de 60años) con un mayor número de bajas.

Ocurre lo contrario con los ingresos económicos no- hospitalarios o generados fuera de la actividad sanitaria del personal que, cuanto más elevados son, menor es el riesgo de bajas prolongadas, si bien esta disminución del riesgo no es lineal.

Estos mismos datos se han observado en otros estudios en los que, coincidiendo con nuestros resultados muestran como la edad más avanzada es un predictor significativo para la mayor duración de las ausencias por enfermedad e incluso para la derivación hacia procesos de IP. Si bien estos estudios incorporan otros factores predictivos además de la edad, como el diagnóstico causal, el sexo y la duración de las bajas (Shiels, Gabbay, Ford, 2004). Sin duda, entre los factores analizados destaca la edad más avanzada del afectado en la duración de sus procesos



de IT a lo que se unirían aspectos socioeconómicos como los menores ingresos por desempeño laboral.

En el trabajo anteriormente referido de Shiels C et al, se analizan los diagnósticos causales que no se han analizado en nuestro trabajo, pero que refuerzan la influencia de la edad avanzada, el menor nivel económico y social con la mayor duración de los procesos, aspectos estos relacionados con los valorados por nosotros en cuanto a la clase social del trabajador (ya comentados anteriormente).

Algunos estudios relacionan la edad con procesos asociados al deterioro y a los diagnósticos más prevalentes entre las personas de 50-64 años, como la fractura de cadera y en base a registros durante 1996-2010 (Stenholm S et al, 2015), encontrándose un relación significativa con IT de larga duración (más de 3 meses) y con mayor incidencia en hombres respecto de las mujeres.

Contrariamente a los resultados de nuestro trabajo, se detectaron más problemas por estas patologías trabajadores no manuales (white collar) que en los manuales (blue collar), si bien la afectación era diferente, con un aumento significativo de la prevalencia en los hombres de mayor edad (más de 50 años) y más años de trabajo (más de 10 años), lo que si coincide con nuestro trabajo, considerándose como principales factores predictores en la prevalencia de IT de origen laboral el realizar trabajo no manual, el sexo y los años de trabajo en la empresa, aunque en este trabajo referido anteriormente el factor edad tenía una relación más débil con la IT que el resto de los estudiados.

También se ha relacionado la edad con una mayor duración de las bajas laborales, en relación a los efectos indirectos que pueden ejercer enfermedades de mayor prevalencia en edades más avanzadas como la diabetes, la osteoartritis y la enfermedad coronaria (Smith P et al, 2014) constatando una clara relación entre la edad y la duración de la ausencia por enfermedad y más fuerte en hombres que en mujeres.

En España se ha estudiado más el factor edad en relación con IP que con IT y muestra de ello es el llevado a cabo en una cohorte de 768.454 con un seguimiento de 4 años (Benavides, Torá, Martínez et al., 2010) poniendo de manifiesto que la incidencia de las IP era mayor entre los hombres y aumentaban con la edad del afectado y con un nivel inferior de estudios, si bien hay que considerar que previamente a la consecución de la IP, ha habido un proceso prolongado previo de IT.

En nuestro trabajo se muestra coincidencia con lo aportado por el estudio de Benavides en cuanto a la influencia del factor edad en la incapacidad y en la influencia también del nivel de estudios, siendo mayor la incapacidad cuanto menor es este, probablemente en relación con el tipo de trabajo desempeñado, aspecto este no valorado en el trabajo de Benavides y si en el nuestro.

Las diferencias halladas en las distintas provincias de nuestro país en cuanto a la incidencia de incapacidad, parece orientar hacia la influencia de aspectos demográficos, sociales y geográficos no considerados en nuestro trabajo que se desarrolla en un ámbito concreto, como es la isla de Mallorca y que deja un campo abierto a la investigación futura.

### **8.6.- Estudio de los procesos de IT en referencia a la clase social.**

En cuanto a la relación de la IT con la clase social, en nuestro trabajo se muestra que donde más procesos de baja se dan es en la clase social más baja, que se corresponderían con los trabajos de menores ingresos.

Estudios consultados de otros autores, en referencia a este tema, coinciden con nuestros resultados en que la posición socio-económica baja se asocia consistentemente con mayores tasas de absentismo laboral (Laaksonen, Piha & Rahkonen 2010). Estos autores han analizado dentro de un colectivo de trabajadores de Helsinki, con un seguimiento medio de 3,9 años, otros aspectos además de la clase social, como las condiciones de trabajo y aspectos sociales, concluyendo con que las ausencias por enfermedad eran 3 veces superiores en trabajadores manuales que en los no manuales y en trabajadores directivos de ambos sexos, siendo las condiciones físicas del trabajo uno de los factores más implicados en las diferencias en las ausencias por enfermedad entre las diferentes categorías socio-profesionales. Y explicaban las diferencias halladas en el exceso de ausencias por enfermedad en las categorías profesionales más bajas, proponiendo corregir estas diferencias entre las categorías profesionales para mejorar los resultados en ausencias por enfermedad.

En nuestro estudio no se ha entrado en valorar aspectos organizacionales pero si ha quedado de manifiesto, en los 16 años de estudio de la empresa, que son más prevalentes las ausencias por enfermedad en las clases más bajas, quedando para posteriores trabajos los aspectos de intervención potencialmente desarrollables para corregir las desigualdades.

También en Helsinki se analizaron las posibles interrelaciones entre la posición socio-económica y las ausencias por enfermedad (Piha, Laaksonen, Martikainen, 2010) en una muestra de empleados municipales analizando los aspectos socio-económicos, el nivel educativo, la categoría profesional y los ingresos brutos en bajas por enfermedad de más de 4 días. Sus resultados concuerdan con los nuestros en que el mayor nivel de educación, la clase ocupacional más alta y los mayores ingresos brutos se relacionan con menores tasas de bajas por enfermedad, tanto en hombres como en mujeres, encontrando como determinantes más fuertemente relacionados, la educación y la categoría profesional, teniendo una relación más débil los ingresos y entendiendo los factores señalados como medidas de posición social y económica. A diferencia de nuestro trabajo, en este no se han valorado otros factores como la edad y el tiempo de trabajo en la empresa.

Algunos autores han incluido en sus trabajos la valoración de estos condicionantes sociales en la afectación a la salud (Hämmig, Bauer, 2013), si bien consideran que la contribución de los factores psicosociales es inconsistente y poco explicada, por lo que analizan preferentemente el papel de las condiciones de trabajo en las desigualdades en salud potenciales generadoras de procesos de incapacidad temporal. Este trabajo se realizó en empresas del sector de la industria, estudiando múltiples asociaciones entre el estatus social, los factores del trabajo y los resultados de repercusión en salud. Las cargas físicas en el trabajo y otras características del trabajo manual (blue collar, eran más frecuentes en las clases bajas, con un nivel educativo y ocupacional inferior y se correspondían con una peor percepción de su salud y una mayor tasa de ausencia por enfermedad, al contrario de lo que ocurría en

las clases sociales más altas, con categorías superiores (white collar), si bien en estos casos se observaron mayores demandas psicosociales y una mayor incidencia en procesos de salud mental. Nuestro trabajo se circunscribe a una única empresa y por ello presenta resultados más homogéneos que el de Hämmig y Bauer.

### **8.7.- Estudio de la duración de los procesos de IT.**

El tema de costes asociados a la duración de las bajas laborales es y continúa siendo una gran preocupación para los gestores de las empresas y ha sido objeto de intervenciones reflejadas en algunos estudios, como los llevados a cabo mediante procedimientos para reducir los costes mediante la reducción de las estancias hospitalarias. El estudio llevado a término en Noruega en base a datos de registro de 2007-2008 y publicado en 2015 es una muestra de ello. Coincide con otras experiencias similares (Aakvik, Holmas y Kjerstad, 2015), en la que se dedican recursos tendentes a disminuir la duración de las bajas laborales sobre la base de que reducir los tiempos de espera para los tratamientos hospitalarios, excesivamente largos y que aumentan de forma innecesaria la duración de las bajas. Se pretende con estas intervenciones reducir la duración de las mismas. En el estudio noruego de 2007, se adjudicaron fondos al proyecto FRW (Faster Return to Work), para personas que se encontraban en baja laboral, con un enfoque dirigido al capital humano de las empresas, en un intento de reducir los tiempos de espera en el tratamiento y con ello la duración de las bajas laborales (Aakvik et al., 2015), que dio como resultado una disminución significativa en los tiempos de espera en los tratamientos, pero no se reflejó en la misma medida en la disminución de la duración de la duración de las bajas

laborales, planteándose el coste/beneficio de la intervención ya que, si bien se encontraron diferencias significativas en la aplicación del proyecto FRW en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos, sin embargo su coste fue elevado por lo que se concluyó que la aplicación del esquema FRW, cuesta más de lo que contribuye a la disminución de la duración de las bajas por enfermedad.

Nuestro trabajo no analiza los proyectos de las administraciones para intentar reducir la duración de las bajas, si bien consideramos el interés de trabajos como el referido por intervenir con actuaciones cuya eficacia siempre ha de valorarse conjuntamente con sus costes. En nuestro estudio se plasma la realidad de una empresa en base a costes fidedignos cedidos por la propia empresa y se observa su paralela evolución al coste social observado en España durante el periodo de tiempo estudiado y con las modificaciones habidas en la propia sociedad.

No hemos encontrado estudios en los que se valore específicamente la duración media de los procesos, relacionados con el sexo, aunque sí se han realizado revisiones sistemáticas de la literatura con el fin de investigar los factores asociados a las bajas laborales con duración de más de 6 semanas (Dekkers-Sánchez, Hoving y Sluiter, 2008). En esta revisión se incluyeron estudios de cohortes de trabajadores que el momento de la inclusión en el estudio se encontraban en baja laboral con una duración mayor de 6 semanas, valorándose los factores relacionados que fueron clasificados como individuales o como relacionados con el trabajo. Se investigó un total de 77 factores, de los cuales fueron significativos y considerados como predisponentes 16, 14 de los cuales fueron individuales y 2 relacionados con el trabajo. Sin embargo el

nivel de evidencia resultó insuficiente, salvo para la edad avanzada y los antecedentes de bajas por enfermedad anteriores que mostraron una evidencia débil.

El factor edad influye en la duración de los procesos de IT tanto en nuestro trabajo como en los aportados por otros autores ya mencionados anteriormente. En nuestro estudio, la duración media de los procesos de baja era mayor en personas con edad más avanzada (más de 60años), sin que se observaran diferencias por sexo, sin embargo en algunos estudios, la relación entre la edad y la ausencia por enfermedad está más marcada en hombres que en mujeres.

Igualmente el nivel educacional y aspectos laborales como la antigüedad en la empresa influyen en la recurrencia de procesos de incapacidad temporal. En el estudio de (Roelen, et al., 2010), ya citado anteriormente, en el que se analizaron los datos de absentismo por enfermedad de un total de 137.172 trabajadores, aplicando la Clasificación CIE-10, se vio que los empleados menos cualificados y con una duración media en la empresa menor de 5 años eran los que tenían un mayor riesgo de recurrencia en la ausencia por enfermedad, lo que coincide en parte con los resultados de nuestro trabajo, en el que al analizar el número de días perdidos por IT se observa que es mayor en los trabajadores con más de 10 años de contrato en la empresa, seguidos de los que están entre 1-5 años en la empresa, con diferencias significativas con respecto a los demás grupos, tanto en hombres como en mujeres.

La evolución de los procesos de IT en estos 16 años de seguimiento en la empresa coinciden con la evolución habida en España en cuanto a incapacidad temporal según datos procedentes de la Seguridad Social Española y llama la atención

especialmente la concordancia en el descenso de las bajas laborales coincidiendo con el periodo de crisis económica en nuestro país. En la empresa objeto de este estudio se observa una evolución con oscilaciones notables entre 1994 y 2007 y un descenso marcado a partir del año 2008 tanto en hombres como en mujeres ligado a distintos factores de índole social y económica.

La influencia que las crisis económicas tienen sobre la incapacidad laboral ha sido también objeto de reflexión por autores de países nórdicos, quienes llevan a cabo un trabajo realizado en 20 municipios de Islandia mediante encuesta a 2356 trabajadores. En este trabajo, el principal hallazgo fue demostrar que la crisis económica tenía implicaciones negativas para la salud y que los efectos negativos se incrementaban con el tiempo, afectando más a trabajadores de menor edad y no mostrándose diferencias en los resultados por sexo. Este estudio aboga por proteger en tiempos de crisis la salud y el bienestar de todos los empleados, todos son afectados a raíz de una crisis económica, no sólo aquellos que pierden su empleo, sino también entre los que trabajan y esto es importante en los periodos de tiempo inmediatos a la crisis y también después de un considerable tiempo. Los autores de este trabajo, a cuya reflexión nos unimos con este trabajo, destacan la importancia en la práctica de los responsables de seguridad y salud ocupacional, de sus actuaciones preventivas en estas épocas de crisis recurrentes en los países más occidentales (Sigursteinsdóttir, Rafnsdóttir, 2015).

Concluimos esta reflexión destacando como fortalezas de nuestro trabajo el prolongado periodo de seguimiento, el elevado número de trabajadores y de procesos analizados y, especialmente, el poder realizar el cálculo del coste económico en base a



datos reales y con la disponibilidad de costes indirectos por sustitución, difíciles de obtener habitualmente.

Como limitaciones, no tener diferenciados los diagnósticos causales de los procesos de incapacidad temporal, el no poder establecer comparativo por sectores productivos, ya que se ha realizado el estudio en una única empresa y, por ello, en un único sector, el sector de servicios sanitarios- sociosanitario-. Tampoco, y por el mismo motivo, permite establecer comparativa entre la IT de empresas públicas o privadas.

Como opciones para futuras investigaciones estará el realizar una inclusión en el estudio de la relación de los procesos de IT con las etiologías causales y abarcar aspectos no contemplados en el actual, como opciones de intervención en aspectos organizacionales, de clima laboral y satisfacción laboral que gran parte de los autores relacionan con los procesos de incapacidad temporal.



## **CONCLUSIONES**



## 7.- CONCLUSIONES.

1. El análisis del número de personas que han causado IT durante el periodo de estudio (1994-2010), muestra la existencia de diferencias significativas en función de la clase social a la que pertenecen, de su nivel de estudios y del tipo de trabajo que realizan. Son más frecuentes en personas de clase 3 (clase baja), con un nivel de estudio no universitario y que desempeñan trabajos manuales (blue collar).
2. El número total de procesos de IT es significativamente superior en las mujeres que en los hombres.
3. El análisis de los procesos de IT, tanto si se estudia por número de personas como por número de procesos, muestra una superioridad del número de bajas en los trabajos manuales frente a los no manuales, siendo las diferencias estadísticamente significativas en ambos casos.
4. Los procesos de IT han evolucionado de forma distinta en ambos sexos, siendo su número creciente a lo largo del periodo de estudio en las mujeres frente a una tendencia decreciente en los hombres, si bien se observan oscilaciones entre 1994 y 2007 con un descenso muy marcado a partir del año 2008 en ambos sexos.
5. La duración media de las IT es superior en las mujeres que en los hombres y mayor en los trabajadores manuales frente a los no manuales, siendo las diferencias en ambos casos estadísticamente significativas.

6. La duración de los procesos de IT es superior en personas de clase social más baja, con trabajos menos cualificados, menor nivel académico, con contrato fijo, de mayor edad y con más antigüedad en el trabajo, siendo estos hallazgos comunes en ambos sexos.
7. El coste total de la IT en el periodo estudiado, por todos los conceptos, supera los de 39 millones de euros, lo que supuso, en relación al presupuesto anual de la empresa, un porcentaje creciente desde el inicio de nuestro estudio en el año 1994 hasta el 2007, a partir del cual se produjo un descenso brusco.
8. Valorando la hiperfrecuentación mediante terciles en las 1895 personas que han cursado con procesos de IT, se observa que no hay diferencias con respecto al sexo entre los tres terciles. En relación a su clase social, se observa una mayor hiperfrecuentación en las personas de la clase 3 y para las profesiones trabajos de tipo manual (blue collar), siendo estas diferencias significativas en ambos sexos.
9. En relación al nivel de estudios, existe una mayor hiperfrecuentación en mujeres de estudios elementales y en hombres con estudios secundarios.
10. Valorando conjuntamente la hiperfrecuentación y la duración de los procesos IT se observa que no hay diferencias en relación a la variable sexo, mientras sí se observa un mayor porcentaje de personas que tiene un número más elevado de bajas y/o mayor duración de las mismas en aquellas pertenecientes a la clase social 3, con un trabajo de tipo manual (blue collar) y que únicamente hayan cursado estudios elementales, siendo esto común a ambos sexos

## **BIBLIOGRAFÍA**





## **9.- BIBLIOGRAFÍA**

1. Aakvik A, Holmås TH, Kjerstad E. Prioritization and the elusive effect on welfare A Norwegian health care reform revisited. *SocSci Med.* 2015 Mar; 128:290-300.
2. Aaviksoo E, Baburin A, Kiivet RA. Risk factors for sickness absence among Estonian employees; *Occup Med (Lond).* 2013 Mar; 63(2):156-9.
3. Alonso Olea, M: Sobre los puntos cardinales del Proyecto de Ley de Bases de la Seguridad Social. Barcelona: Ariel ed.;1963.
4. Álvarez de la rosa, M. El Instituto Nacional de Previsión: y el Seguro de Retiro Obrero (1908-1939. En: Cien años de protección social en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Seguridad Social,2007; p. 179-197.
5. Andersen LL, Burdorf A, Fallentin N, Persson R, Jakobsen MD, Mortensen OS, et al. Patient transfers and assistive devices: prospective cohort study on the risk for occupational back injury among healthcare workers. *Scand J Work Environ Health* 2014;40(1):74-81
6. Bayón Chacón G. Diez lecciones sobre la nueva legislación española de la Seguridad Social. Madrid: Sección de Publicaciones de la Universidad de Madrid; 1964.
7. Benavides FJ, Castejón J, Gimeno D, Porta M, Mestres J, Simonet P. Certification of occupational diseases as common diseases in primary health care setting. *AJM*, 47:167-80.
8. Benavides FG, Torá I, Martínez JM, Jardí J, Manzanera R, Alberti C, et al. Evaluación de la gestión de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días en Catalunya. *Gac Sanit.*2010;24:215-9.
9. Bernal Martin, S. El seguro obligatorio de enfermedad. Madrid: Librería General Victoriano Suárez ed; 1949.
10. Bryngelson A, Bacchus Hertzman J, Fritzell J. The relations between gender segregation in the workplace and long-term sickness absence in Sweden. *Scand J Public Health.* 2011 Aug;39(6):618-26.
11. Castejón J. Papel de las condiciones de trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laborales. Tesis doctoral. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 2002.
12. Corrección de errores del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado núm. 62, 13 marzo de 2000, p: 10297-304.
13. Cortes Generales. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado núm. 311, 29 de diciembre de 1978. p:29313-424.

14. Cuesta Bustillo, J. Hacia los seguros sociales obligatorios. La crisis de la Restauración. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1988.
15. D'Errico A, Costa G. Socio-demographic and work-related risk factors for medium- and long-term sickness absence among Italian workers; Eur J Public Health. 2012 Oct; 22(5):683-8.
16. Decreto 3158/1966, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General que determina la cuantía de las prestaciones económicas del régimen General de la Seguridad Social y condiciones para el derecho a las mismas. Ministerio de Trabajo. Boletín Oficial del Estado, núm. 312, de 30 diciembre de 1966, p:16476-483.
17. Decreto 907/1966, aprobando el texto articulado primero de la Ley 193/1963 de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo. Boletín Oficial del Estado, núm. 96, 22 abril 1966, p: 4778-807.
18. Decreto 907/1966, de 21 de abril, aprobado el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 96, de 22 de abril de 1966, p.4778-4807.
19. Decreto de 12 de marzo de 1942 por la que se autoriza a las empresas para pagar directamente el subsidio familiar al satisfacer el salario de sus trabajadores. Ministerio de Trabajo. Boletín Oficial del Estado, núm. 87, 28 marzo de 1942, p:2205-206.
20. Decreto de 22 de junio de 1956 por el que se aprueba el texto refundido de la Legislación de accidentes del Trabajo y Reglamento para su aplicación. Boletín Oficial del Estado núm. 197, 15 de julio de 1956, p:4614-34.
21. Decreto de 29 de diciembre de 1948 por el que se mejora la cuantía de las prestaciones en el Seguro obligatorio de vejez e invalidez. Ministerio de Trabajo. Boletín Oficial del Estado núm. 18, de 18/01/1949,p.280.
22. Decreto de 7 de junio de 1949 por el que se modifica la vigente legislación reguladora de los Seguros sociales. Ministerio de Trabajo. Boletín Oficial del Estado núm. 174, de 23/06/1949, p. 2787- 2789.
23. Decreto relativo al texto refundido de la legislación de accidentes del trabajo en la industria. Gaceta de Madrid núm. 286, de 12/10/1932, p. 218- 224.
24. Decreto XL de 27 de Diciembre de 1821. Establecimiento general de Beneficencia. En: Colección de los Decretos y Órdenes Generales expedidos por las Cortes extraordinarias, que comprende desde 22 de Setiembre de 1821 hasta 14 de Febrero de 1822. Tomo VIII. Madrid: Imprenta Nacional; 1822, p: 115-137.
25. Dekkers-Sánchez PM, Hoving JL, Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Factors associated with long-term sick leave in sick-listed employees: a systematic review. Occup Environ Med. 2008 Mar; 65(3):153-7.
26. Fernández Pastrana, JM Revista de Seguridad Social, 1979;3: 41-67.

27. García Becedas G. Introducción el Derecho Español del Trabajo. Caracteres y Fundamentos. Madrid: Civitas ed.; 1993.
28. García Murcia J, Martínez Moreno C, Salvador Pérez F, Castro Argüelles MA, González del Rey Rodríguez I, Fernández Márquez Oscar. La Previsión Social en España. Del Instituto Nacional de Previsión al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Ministerio De Trabajo e Inmigración. Proyecto 2007/65 FIPROS; 2007.
29. García Ortega J. El retiro obrero obligatorio: antecedentes y eficacia actual. TS. 1994;39:21-27.
30. Gervás J, Ruiz Téllez A, Pérez Fernández A. La incapacidad laboral en su context medico: problemas clínicos y de gestión. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
31. Gjesdal S, Bratberg E, Mæland JG. Gender differences in disability after sickness absence with musculoskeletal disorders: five-year prospective study of 37,942 women and 26,307 men. BMC Musculoskelet Disord. 2011;12:37.
32. González del Rey Rodriguez I. El cambio en la gestión institucional de la previsión social. Madrid: Aranzadi ed.; 2009.
33. Hämmig O, Bauer GF. The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. BMC Public Health. 2013 Dec 13;13:1170.
34. Instituto Nacional de Previsión. Apéndice XIX a la compilación del Instituto Nacional de Previsión. Madrid: Instituto Nacional de Previsión; 1931.
35. Instituto Nacional de Previsión. Compendio del Seguro de Enfermedad. Madrid: Ministerio de Trabajo. Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, Núm. 592; 1944.
36. Instituto Nacional de Previsión. Compendio del Seguro de Enfermedad, 3ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo. Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, Núm. 765; 1949.
37. Instituto Nacional de Previsión. Manual de Legislación del Régimen obligatorio del Seguro de Vejez e Invalidez. Apéndice I. Madrid: Instituto Nacional de Previsión Núm. 819; 1950.
38. Instituto Nacional de Previsión. Orden del Ministerio de Trabajo de 20 de enero de 1948. Reglamentos de los Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Madrid: Ministerio de Trabajo. Instituto Nacional de Previsión Núm. 755; 1949.
39. Instituto Nacional de Previsión. Reglamento de Servicio Sanitarios del Seguro de Enfermedad. Madrid: Ministerio de Trabajo. Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión, núm. 626; 1943.
40. Jordana de Pozas L. Estudios sociales y de prevención. Vol. I: Monografías, artículos y discursos (VIII – 516 pp.); vol. II, Conferencias, prólogos e

- informes (405 pp.), Madrid: Instituto de Estudios de Administración Local, 1961.
41. Koopmans P, Búltmann U, Roelen C, Hoedeman R, van der Klink J, Groothoff J. Recurrence of sickness absence due to common mental disorders. *Int Arch Occup Environ Health*. 2011 Feb; 84(2): 193–201.
  42. Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Explanations for gender differences in sickness absence: evidence from middle-aged municipal employees from Finland. *Occup Environ Med*. 2008 May;65(5):325-30.
  43. Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. The effect of occupational and work place gender composition on sickness absence. *J Occup Environ Med*. 2012 Feb;54(2):224-30.
  44. Laaksonen M, Piha K, Rahkonen O, Martikainen P, Lahelma E. Explaining occupational class differences in sickness absence: results from middle-aged municipal employees; *J Epidemiol Community Health*. 2010 Sep;64(9):802-7.
  45. Labriola M, Holte KA, Christensen KB, Feveile H, Alexanderson K, Lund T. The attribution of work environment in explaining gender differences in long-term sickness absence: results from the prospective DREAM study. *Occup Environ Med*. 2011 Sep;68(9):703-5.
  46. Leão AL, Barbosa-Branco A, Rassi Neto E, Ribeiro CA, Turchi MD. Sickness absence in a municipal public service of Goiânia, Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2015 Mar; 18(1):262-277.
  47. Ley 13/82 de 13 de abril, de Integración social de los Minusválidos. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado, 30 abril de 1982, núm. 103, p: 11106-112.
  48. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm.128, 29 de mayo de 2003, p: 20567-588.
  49. Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre bases de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 312, 30 diciembre 1963, p: 18181-190.
  50. Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 313, de 31 de diciembre de 2001, p. 50493-50619.
  51. Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 309, 24 de diciembre de 2009, p: 108804-9227.
  52. Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 184, de 2 de agosto de 2011, p. 87495- 87544.
  53. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 269. 10 de noviembre de 1995, p: 32590-611.

54. Ley 35/2002, de 12 de julio, de medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación parcial gradual y flexible. Jefatura de Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 167, 13 julio de 2002. p: 25633-638.
55. Ley 37/1988, de 28 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1989. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 312, 29 diciembre de 1988, p: 36445-494.
56. Ley 39/99 para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 266, 6 noviembre de 1999, p: 38934-942.
57. Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social. Jefatura de Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 291, 5 de diciembre de 2007, p: 50186-200
58. Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 291, de 5 de diciembre de 2007, p.50186-50200.
59. Ley 53/2002, de 30 de Diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social (reconocimiento de las contingencias de Accidente de Trabajo (AT) y Enfermedad Profesional (EP) del trabajador autónomo). Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm.313, 31 diciembre de 2002, p: 46086-191.
60. Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 313, de 31 de diciembre de 2002, p. 46086-46191.
61. Ley 54/2003, de 12 de diciembre, de reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm.298, 13 de diciembre de 2003, p: 44408-415.
62. Ley 56/2003, de 16 de Diciembre, de empleo. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 301, 17 diciembre de 2003, p: 44763-771.
63. Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 313, de 31 de diciembre de 1997, p. 38517- 38616.
64. Ley 8/1980, de 10 de marzo, del Estatuto de los Trabajadores. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 64, 14 de marzo de 1980, p: 5799-815.
65. Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad. Boletín Oficial del Estado núm. 361, 27 diciembre 1942, p: 10592-597.
66. Ley de Industria 21/1992 de 16 de julio. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 176, 23 de julio de 1992, p: 25.498-506.
67. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 298, 14 de diciembre de 1999, p: 43088-099.
68. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 71, 23 de Marzo de 2007, p: 12.611-45.

69. Ley por la que se amplían los beneficios del Seguro de Maternidad. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 184, de 03/07/1942, p. 4783-4784.
70. López Bonilla IM. Factores asociados a las incapacidades laborales por enfermedades de corta duración en profesionales de enfermería en un hospital universitario. Tesis Doctoral. Departamento de pediatría, obstetricia y medicina preventiva. Universidad Autónoma de Barcelona; 2002.
71. Löve J, Hensing G, Holmgren K, Torén K. Explaining the social gradient in sickness absence: a study of a general working population in Sweden. *BMC Public Health*. 2013 Jun 5; 13:545.
72. Mastekaasa A. Sickness absence in female- and male-dominated occupations and workplaces. *SocSci Med*. 2005 May; 60(10):2261-72.
73. Mastekaasa A. The gender gap in sickness absence: long-term trends in eight European countries. *Eur J Public Health*. 2014 Aug; 24(4):656-62.
74. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Portal educativo. Área de profesores. Etapa de definición prestacional e institucional (1900-1962). Disponible en: [<http://www.seg-social.es/>]. Consultado el 29 de junio de 2015.
75. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaria de Estado de la Seguridad Social. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Ley General de la Seguridad Social 2008. (recoge artículos en vigor del Texto Refundido de 1994, relación cronológica de disposiciones refundidas e índice analítico). Boletín Oficial del Estado, núm. 24, de 28 de enero de 2008.
76. Montoya Melgar A. Sobre los orígenes del seguro social en España. *Revista Española de Derecho del Trabajo*. 1996 (80); p: 961-68.
77. Mustard CA, Chambers A, Ibrahim S, Etches J, Smith P. Time trends in musculoskeletal disorders attributed to work exposures in Ontario using three independent data sources, 2004-2011. *Occup Environ Med*. 2015 Apr; 72(4):252-7. doi: 10.1136/oemed-2014-102442. Epub 2014 Oct 13
78. Mut Remola, E. El sistema de la seguridad social (condicionamientos sociológicos y políticos). *Revista Política Social* 1974; 94.
79. Orden de 13 de noviembre de 1989, de desarrollo del Real Decreto 1088/1989 de la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad social a las personas sin recursos económicos suficientes. Boletín Oficial del Estado, núm. 273, 14 de noviembre de 1989, p: 35513-514.
80. Orden de 18 de septiembre de 1998 que modifica la Orden de 19 de junio de 1997, que desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado, núm.230, de 25 de septiembre, p: 32025-059.
81. Orden de 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad temporal. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado núm. 150, 24 junio de 1997, p: 19361-384.

82. Orden de 19 de junio de 1997, por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997 de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad temporal. Boletín Oficial del Estado, 24 junio de 1997, núm. 150, p: 19.361-384.
83. Orden de 2 de noviembre de 2000, por la que se determina la composición, organización y funciones de los Equipos de Valoración y Orientación dependientes del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales y se desarrolla el procedimiento de actuación para la valoración del grado de minusvalía dentro del ámbito de la Administración General del Estado. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado, núm. 276, 17 de noviembre de 2000, p: 40084-088.
84. Orden de 20 de enero de 1948 por la que se aprueba el Reglamento de Servicios Sanitarios del Seguro Obligatorio de Enfermedad. Ministerio de Trabajo Boletín Oficial del Estado núm. 90, de 30/03/1948, p. 1178 -1179.
85. Orden por la que se dictan normas para aplicación del Decreto de 29 septiembre de 1943 sobre seguros sociales a los pescadores. Ministerio de Trabajo. Boletín Oficial del Estado núm. 79, de 19/03/1944, p. 2293-2295.
86. Orden por la que se establece la composición de la Comisión de Enlace a que se refiere el artículo 28 de la Ley de 14 de Diciembre de 1942. Ministerio de Trabajo. Boletín Oficial del Estado núm. 28, de 01/02/1958, p. 156.
87. ORDEN TAS/399/2004, de 12 de febrero, sobre presentación en soporte informático de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta correspondientes a procesos de incapacidad temporal. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado núm. 46, de 23 de febrero de 2004, p. 8509- 8510.
88. Piha K, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Interrelationships between education, occupational class, income and sickness absence. Eur J Public Health. 2010 Jun;20(3):276-80.
89. Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Administraciones Públicas. Boletín Oficial del Estado núm. 208, 30 agosto de 2003, p: 33093-104.
90. Real Decreto 1088/1989, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad social a las personas sin recursos económicos suficientes. Boletín Oficial del Estado, núm. 216, 9 septiembre de 1989, p: 28657-658.
91. Real Decreto 1131/2002, de 31 de octubre, por el que se regula la Seguridad Social de los trabajadores contratados a tiempo parcial, así como la jubilación parcial. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado núm. 284, 27 noviembre de 2002, p: 41643-650.
92. Real Decreto 1226/2005, de 13 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica y funciones del Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Ministerio de la Presidencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 246, 14 octubre de 2005, p: 33542-545.

93. Real Decreto 1251/2001, de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado núm. 276, de 17 de noviembre de 2001, p. 42109-42121.
94. Real Decreto 1273/2003, de 10 de Octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia. Ministerio de Trabajo y asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado núm. 253, 22 de octubre de 2003, p: 37788-792.
95. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y su registro. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Boletín Oficial del Estado, núm. 302, 19 de diciembre de 2006, p: 44487-546.
96. Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del Sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. Boletín Oficial del Estado, núm.198, 19 de agosto de 1995, p: 25856-860.
97. Real Decreto 1335/2005, de 11 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones familiares de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado núm. 279, de 22 de noviembre de 2005, p: 38056 - 64.
98. Real Decreto 1414/1981, de 3 de julio, por el que se reestructura el Instituto Social de la Marina. Boletín Oficial del Estado núm. 169, de 16 de julio de 1981, p: 16182 - 88.
99. Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Boletín Oficial del Estado núm. 235, de 29 de septiembre de 2009, p: 82086 – 91-
100. Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Boletín Oficial del Estado núm. 235, de 29 de septiembre de 2009, p:82086 - 90.
101. Real Decreto 1488/1998, de 10 de julio, de Adaptación de la Legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado. Ministerio de la Presidencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 170, 17 de julio de 1998, p: 23991-94.
102. Real Decreto 1647/1997, de 31 de octubre, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del sistema de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y



- Asuntos sociales. Boletín Oficial del Estado núm. 272, 13 noviembre de 1997, p: 33156-60.
103. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado, núm. 22, de 26 de enero de 2000, p: 3317-410.
  104. Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Boletín Oficial del Estado núm. 296, de 12 de diciembre de 1995, p: 35584 - 613.
  105. Real Decreto 2358/1982, de 27 de agosto, por el que se determina la estructura orgánica del Instituto Social de la Marina. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social Boletín Oficial del Estado núm. 228, de 23 de septiembre de 1982.
  106. Real Decreto 238/2002, de 1 de marzo, sobre estructura orgánica y funciones del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Ministerio de Administraciones Públicas. Boletín Oficial del Estado núm. 64, 15 marzo 2002, p: 10835- 37.
  107. Real Decreto 24/1989, de 13 de enero, por el que se establecen las normas básicas de cotización a la Seguridad social, Desempleo, Fondo de Garantía Salarial y Formación Profesional durante 1989. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm. 14, 17 enero de 1989, p: 1223-26.
  108. Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Boletín Oficial del Estado, 21 de Marzo de 2009, núm. 69, p: 27936-81.
  109. Real Decreto 337/2010, de 19 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Boletín Oficial del Estado, núm. 71, 23 de marzo de 2010, p: 27962-76.
  110. Real Decreto 38/2010, de 15 de enero, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre. Boletín Oficial del Estado núm. 14, 16 de enero de 2010, P: 3461-73.
  111. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el reglamento de los servicios de prevención. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado, núm. 27, 31 de enero de 1997, p: 3031-045.
  112. Real Decreto 428/2004, de 12 de marzo, por el que se modifica el Reglamento general sobre colaboración en la gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social,

- aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado núm. 77, de 30 de marzo de 2004, p: 13424 -29.
113. Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales. Boletín Oficial del Estado, núm. 98, 24 abril de 1997, p: 13132-35.
114. Real Decreto 604/2006, de 19 de mayo, por el que se modifica el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado núm. 127, 29 de Mayo de 2006, p: 20084-91.
115. Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado. Ministerio de la Presidencia. Boletín Oficial del Estado núm. 36, 10 febrero de 2010, p: 12169-81.
116. Real decreto aprobando el Reglamento provisional, que se publica, de las Caja Colaboradores para el régimen del retiro obrero obligatorio. Ministerio de Trabajo. Gaceta de Madrid núm. 196, de 15/07/1921, p: 287 - 89.
117. Real decreto aprobatorio del reglamento para la aplicación de la ley de 30 de Enero de 1900 acerca de los accidentes del trabajo. Gaceta de Madrid núm. 211, de 30/07/1900, p: 411 - 13.
118. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 154., 29 de junio de 1994, p: 20658-708.
119. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la ley del Estatuto de los Trabajadores. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm. 75, 29 marzo 1995, p: 9654-688.
120. Real Decreto Legislativo 1/2000, de 9 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas. Boletín Oficial del Estado núm. 142, de 14/06/2000.
121. Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de las disposiciones legales vigentes sobre el Régimen especial de Seguridad Social del personal al servicio de la Administración de Justicia. Boletín Oficial del Estado núm. 154, de 28/06/2000.
122. Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado. Boletín Oficial del Estado núm. 154, de 28 de junio de 2000, p:22999 a 23007.
123. Real decreto, aprobando el Reglamento provisional para la aplicación de la ley reformada relativa a los accidentes de trabajo, de 10 de Enero del

- corriente año. Ministerio de Trabajo, Comercio e Industria. Gaceta de Madrid núm. 365, 31 de diciembre de 1922, p: 1354-62.
124. Real Decreto-Ley 2/2003, de 25 de abril, de medidas de reforma económica. Jefatura del Estado Boletín Oficial del Estado núm. 100, de 26 de abril de 2003, p: 16223 - 38.
125. Real Decreto-Ley 36/1978 de 18 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. Jefatura del Estado. Boletín Oficial del Estado, núm. 276, 18 noviembre de 1978, p: 26246-49.
126. Real Decreto-ley 6/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia en Mercados de Bienes y Servicios. Jefatura del Estado Boletín Oficial del Estado núm. 151, de 24 de junio de 2000, p: 22440 - 58.
127. Real orden anulando la constitución definitiva de la Depositaria provincial de Logroño. Gaceta de Madrid núm. 13, de 13/01/1887, p: 121.
128. Real orden declarando que la ley de 10 de Enero próximo pasado, que modificó la de Accidentes del Trabajo, entrará en vigor a los veinte días de su promulgación oficial. Gaceta de Madrid núm. 32, de 01/02/1922, p: 483.
129. Reales decretos autorizando al Ministro de este departamento para presentar a las Cortes un proyecto de ley sobre contrato de trabajo, y otro sobre contrato de aprendizaje. Gaceta de Madrid núm. 151, de 30/05/1908, p:1015 - 16.
130. Rectificación al Decreto de 29 de diciembre de 1948 que disponía que a partir de 1 de julio de 1949 se detraerán de la cuota del Seguro de Enfermedad las cantidades que se indican, para los fines que se señalan. Ministerio de Trabajo Boletín Oficial del Estado núm. 27, de 27/01/1949, p:434.
131. Rectificación al Reglamento para aplicación del texto refundido de la legislación de accidentes del trabajo, aprobado por Decreto de 22 de junio de 1956. Ministerio de Trabajo. Boletín Oficial del Estado núm. 200, de 18/07/1956, p:4696.
132. Reglamento para la ejecución de la ley de beneficencia de 20 de Junio de 1849. Intendencia General de la Real Casa y Patrimonio. Extravío de los juros y documentos citados. Viaje por vapor, entre otros. Gaceta de Madrid núm. 6592, de 10/07/1852, p: 4.
133. Reglamento para la ejecución de la Ley General de Beneficencia, aprobada por el Real Decreto de 14 de mayo de 1852. Intendencia general de la Real Casa y Patrimonio. Gaceta de Madrid núm. 6537, de 16 de mayo de 1852 p: 2-4.
134. Resolución de 14 de enero de 2008, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se fija la fecha en la que determinadas direcciones provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina asumirán competencias en relación con la gestión de la prestación

- por incapacidad temporal. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Boletín Oficial del Estado, núm. 15, 17 enero de 2008, p: 3629.
135. Resolución de 29 de noviembre de 2006, por la que se fija la fecha en la que determinadas Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina asumirán competencias en relación con la gestión de la prestación por incapacidad temporal. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado núm. 296, 12 diciembre de 2006, p: 43643-44.
136. Resolución de 6 de octubre de 2008, del Servicio Público de Empleo Estatal, sobre delegación de competencias. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Boletín Oficial del Estado núm. 247, de 13 de octubre de 2008, p. 41135 - 37.
137. Roelen CA, Koopmans PC, Anema JR, van der Beek AJ. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence registers study. *J Occup Rehabil.* 2010 Mar; 20(1):113-21.
138. Schreuder KJ, Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW. Job demands and health complaints in white and blue collar workers. *Work.* 2008; 31(4):425-32.
139. Serrano Guirado, E. El seguro de enfermedad y sus problemas. Madrid: Instituto de Estudio Políticos; 1950.
140. Shiels C, Gabbay MB, Ford, F (2004). Patient factors associated with duration of certified sickness absence and transition to long-term incapacity. *British Journal of General Practice* 2004; 54(499):86-91.
141. Sigursteinsdóttir H, Rafnsdóttir GL. Sickness and sickness absence of remaining employees in a time of economic crisis: A study among employees of municipalities in Iceland. *Soc Sci Med.* 2015 Mar 14;132:95-102.
142. Skakić O, Trajanović L. Working disability evaluation of mentally ill persons in times of socioeconomic crisis. *Med Pregl.* 2011 Jan-Feb;64(1-2):41-5.
143. Sörlin A, Ohman A, Lindholm L. Sickness absence in gender-equal companies: a register study at organizational level. *BMC Public Health.* 2011 Jul 11;11:548.
144. Sörlin A, Öhman A, Ng N, Lindholm L. Can the impact of gender equality on health be measured? A cross-sectional study comparing measures based on register data with individual survey-based data. *BMC Public Health.* 2012 Sep 17; 12:795.
145. Stenholm S, Vahtera J, Kawachi I, Pentti J, Halonen JI, Westerlund H, et al. Patterns of weight gain in middle-aged and older US adults, 1992-2010. *Epidemiology.* 2015 Mar;26(2):165-8.
146. Ucelay Repolles, M. Previsión y seguros sociales. Madrid: Gráficas González ed.; 1955.
147. Vaquero Abellán M; Sanabria Borrego M, Lorente Millán MC, Burgos Ruiz de Castroviejo S, Bernárdez Jiménez ML, Bermudo Parra S, Limón Fernández A, López Pérez A. Factores que influyen en la incapacidad temporal

- de larga duración. Propuesta de screening y de intervención. Secretaría de Estado de Seguridad Social. Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2012.
148. Vaquero Abellán M, Sanabria Borrego M, Burgos Ruiz de Castroviejo , Lorente Millán MC, Martínez García B, Bernárdez Jiménez ML, Bermudo Parra S, Limón Fernández A, López Pérez A. La influencia de factores individuales, relacionados con el trabajo, socioeconómicos y de organización del sistema sanitario sobre la duración de la incapacidad temporal. *Trauma Fund MAPFRE* 2013;24(4):249-57.
149. Vicente-Herrero MT, López González AA, Aguilar Jiménez E, Torres Alberich JI, Capdevila García L, Terradillos García MJ, Ramírez Iñiguez de la Torre MV. Daño laboral y PRL. Revisión legislativa nacional e internacional. Repercusión socio-económica y laboral. Aplicación práctica a los procesos de columna lumbar. *Ayudas a la Investigación 2010. Fundación MAPFRE.* [Disponible en: [http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es\\_es/seguridad-visual/investigacion/dano-laboral-prevencion-riesgos-laborales.jsp](http://www.fundacionmapfre.org/fundacion/es_es/seguridad-visual/investigacion/dano-laboral-prevencion-riesgos-laborales.jsp)].
150. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García LM, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, López González AA. Costes por incapacidad temporal en España derivados de la diabetes mellitus y sus complicaciones. *Endocrinol Nutr.* 2013a;60:447-55.
151. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García LM, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, López González AA. La incapacidad temporal en España por algunas enfermedades psiquiátricas. (Trastornos esquizofrénicos, trastorno bipolar y trastornos ansiosos, depresivos y adaptativos)". *Rev Med Chile* 2013b; 141:248-254.
152. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García LM, López González AA. El cáncer colorrectal en España. Costes por incapacidad temporal y opciones preventivas desde las empresas; *Revista de Gastroenterología de México.* 2013c; 78(2):75-81.
153. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Aguilar Jiménez E, Capdevila García LM, López González AA. El coste de la incapacidad temporal por cefaleas en España. *Neurol Arg.* 2014;06:199-206.
154. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García LM, Aguilar Jiménez E, López González AA. El cáncer de mama en España. Aproximación a su coste económico por incapacidad temporal durante 2010. *GAMO.* 2012;11:351-7.
155. Vingård E, Lindberg P, Josephson M, Voss M, Heijbel B, Alfredsson L, Stark S, Nygren A. Long-term sick-listing among women in the public sector and its associations with age, social situation, lifestyle, and work factors: a three-year follow-up study. *Scand J Public Health.* 2005;33(5):370-5.