La incapacidad temporal por contingencias comunes en Cataluña

El estudio original ha sido editado por el Consejo de Trabajo Económico y Social de Cataluña (CTESC) en septiembre de 2003 con el título "La incapacitat laboral per contingències comunes a Catalunya".

© 2003 Consejo de Trabajo Económico y Social de Cataluña.

Se ceden a la mutua Fraternidad Muprespa los derechos de traducción en castellano para esta edición.
La responsabilidad de la traducción corresponde a la Revista.

Nota: Debido al carácter estrictamente especializado junto a condicionantes en la edición, no hemos incluído el anexo técnico-estadístico "detalles de los cálculos" del capítulo 7, que correspondería en el original en catalán a las páginas de la 106 a la 125.

Autores:

Fernando G. Benavides
Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud
Unidad de Investigación en Salud Laboral
Universidad Pompeu Fabra

Emili Castejón Vilella
Ingeniero Industrial. Ingeniero Químico IGC. Licenciado en Farmacia

Carles Murillo Fort
Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud
Unidad de Investigación en Salud Laboral
Universidad Pompeu Fabra

Coordinación:
Emili Castejón Vilella

Con la colaboración de:
Carmelo Palomero Montes
Director Provincial del INSS. Barcelona

ÍNDICE

1. Presentación 97

2. Resumen ejecutivo 98

3. Antecedentes y objetivos 102

4. La incapacidad temporal: características del problema 103
4.1 Introducción 103
4.2 Definiciones 105
4.3 Los problemas de salud asociados 108
4.4 Historia natural de la incapacidad temporal 109
4.5 Las causas de la incapacidad temporal 109

5. La incapacidad temporal en Europa 119
5.1 Introducción 119
5.2 Datos comparativos entre países 121
5.3 Datos nacionales 130

6. La incapacidad temporal en España: aspectos generales 137
6.1 Cambios normativos 137
6.2 Mejoras de gestión 139
6.3 Resultados obtenidos 141
6.4 La distribución de la incapacidad temporal: aspectos generales 148
6.5 Distribución de la incapacidad temporal: aspectos territoriales 151

7. Análisis de datos: la situación en Cataluña 153
7.1 Fuentes de datos 153
7.2 Evolución temporal de la IT 157
7.3 Análisis territorial 161

8. Conclusiones 171

9. Recomendaciones 173

La incapacidad temporal por contingencias comunes en Cataluña

1. Presentación

El presente trabajo es el resultado del encargo recibido del Presidente del Consejo de Trabajo Económico y Social de Cataluña para elaborar un estudio sobre la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes en Cataluña, para analizar en particular las características diferenciales entre la situación catalana y la de otras Comunidades Autónomas del Estado español.

La falta de datos disponibles ha limitado forzosamente el nivel de detalle que hemos podido alcanzar, pero al mismo tiempo nos ha impulsado a profundizar en tres ámbitos cuyo conocimiento es imprescindible, por un lado, para relativizar la situación en Cataluña y, por otro, como base de futuros estudios más detallados cuando los datos de que actualmente no se ha podido disponer estén al abasto:

a) El conocimiento de las múltiples variables laborales y no laborales que influyen en las situaciones de incapacidad temporal que, como se muestra en el capítulo correspondiente, son consecuencia de un problema de salud pero también de otros factores.

b) La incapacidad temporal española en el contexto europeo.

c) La evolución de la incapacidad temporal en el conjunto del Estado español.

Confiemos en que nuestro trabajo sea útil para luchar contra un problema que no se puede reducir solamente a cifras económicas porque es, sobre todo, un indicador del estado de salud de la población trabajadora, entendiendo la salud, como la define la OMS, como el triple equilibrio físico, psíquico y social.

Para terminar queremos agradecer el apoyo que hemos recibido de los diferentes servicios del Consejo de Trabajo Económico y Social de Cataluña, así como las recomendaciones del Sr. Carmelo Palomero Montes, director provincial del INSS en Barcelona, sin duda una de las personas que conocen con más profundidad el problema de la incapacidad temporal en nuestro país.

Los autores

2. Resumen ejecutivo

La evidencia científica disponible muestra que la existencia de problemas de salud previos al episodio de incapacidad temporal (IT) está claramente asociada a su inicio y su duración, sobre todo para los episodios de larga duración. Para los episodios de corta duración, se asume que hay otros factores más ligados a las actitudes de los trabajadores, como la motivación, la satisfacción o la responsabilidad y a la capacidad para hacer frente a situaciones conflictivas. En el curso de un episodio de IT hay dos momentos clave: el comienzo, que viene determinado por los factores de riesgo, y la duración, influenciado por los factores pronóstico.

Factores de riesgo

El análisis de la abundante literatura publicada desde 1995 ha mostrado que hay cuatro grupos principales de factores de riesgo que tienen influencia en la frecuencia de los episodios de IT: las características personales, las condiciones de trabajo, las condiciones del mercado de trabajo y las características del sistema de protección social.

- **Características personales.** Las dos variables fundamentales en este grupo son el género y la edad. Las mujeres tienen entre dos y cuatro veces más de episodios de IT que los hombres, porque son ellas normalmente las que asumen gran parte de las tareas asociadas al trabajo reproductivo y familiar, lo que incrementa su carga de trabajo. En general, la IT de larga duración es más frecuente cuanto más avanzada es la edad, y la de corta duración tiene más frecuencia en los jóvenes. Los primeros sufren más enfermedades crónicas, mientras los segundos utilizan más la IT como un recurso para hacer frente a problemas de insatisfacción y motivación en el trabajo.
- **Condiciones de trabajo.** La ocupación es una variable claramente asociada a la IT: los trabajadores manuales tienen más IT que los que realizan tareas no manuales, especialmente cuando realizan tareas monótonas y repetitivas que requieren esfuerzo físico. Los factores psicosociales juegan también un papel importante en relación con la IT. La falta de control sobre la tarea, especialmente de control sobre el tiempo, es un factor de riesgo (aumenta la IT) demostrado, mientras que el apoyo (entendido como la interacción con los compañeros y la organización) es un factor protector (disminuye la IT), como lo son también la percepción de un trato justo en el trabajo y un clima laboral "favorable".
- **Mercado laboral.** La IT tiende a aumentar después, pero no inmediatamente después, de las reducciones de plantilla, probablemente debido al aumento de la carga de trabajo y a la pérdida de control sobre éste. La IT tiende a ser menor en ocupaciones donde la tasa de desempleo es más elevada, probablemente porque el riesgo de perder el lugar de trabajo se percibe como más elevado. Un efecto parecido tiene el tipo de contrato: los trabajadores con contrato temporal tienen menos IT, lo que podría contribuir a explicar por qué España, con la proporción más elevada de Europa en cuanto a contratos temporales es también uno de los estados de la UE que tienen menos IT.

- **Sistema de protección social.** Está fuera de dudas que la reducción de los subsidios sociales asociados a la IT tiende a reducirla: si la pérdida económica que la IT representa es muy importante, la gente aguanta todo lo que puede, antes de pedir la baja. Incluso se llega a producir el fenómeno inverso: el "presentismo" en el trabajo de personas que se resisten a pedir la baja a pesar de estar manifiestamente enfermas y tener, por tanto, un bajo rendimiento laboral.

Factores pronóstico

Aunque la investigación sobre este tema es escasa, con carácter general la edad es el factor pronóstico más claro: a mayor edad, mayor duración de los episodios de IT. Los estudios sobre factores pronóstico se han centrado en patologías específicas, sobre todo en las enfermedades respiratorias, para las cuales los trabajos manuales tienen episodios de mayor duración que los no manuales, y los problemas musculoesqueléticos, la patología que más frecuentemente genera IT.

La IT en España en el contexto europeo

Aunque no se dispone de mucha información comparable entre la IT en los países de la Unión Europea, parece claro que España está dentro del grupo que tiene menos, alrededor de 10-12 días por persona y año, cerca del Reino Unido y Alemania, que tienen niveles de IT relativamente bajos y muy lejos de las tasas "nórdicas" que en Suecia pasan de 30 días por persona y año.

La IT española, no obstante, tiene una característica diferencial importante, según los datos de la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo: los trabajadores masculinos españoles tienen la percepción de que están casi el doble de días en situación de IT por causas imputables al trabajo que por razones no laborales. Una situación parecida sólo se da en Francia y Luxemburgo, pues en los otros Estados miembros el número de días de ausencia por razones laborales y no laborales es similar. Parece por tanto que las condiciones de trabajo podrían tener una contribución elevada en los niveles de IT común en nuestro país, pues es evidente que el número de días de IT "oficialmente" debidos al trabajo (por accidente de trabajo y/o enfermedad profesional) no llega a 1,5 días/año por persona. Para las mujeres este fenómeno no parece importante.

La IT en España: evolución y rasgos generales

En los últimos años se han introducido cambios importantes en la normativa sobre la IT: la obligación de las empresas de pagar los primeros doce días de subsidio (1992), la ampliación de la colaboración de las mutuas con la Seguridad Social en la gestión de la IT común (1994), y la posibilidad de que los médicos del INSS extiendan altas a efectos económicos (1998), entre otros, han sido medidas orientadas a controlar el gasto.

Medidos en términos económicos los resultados fueron muy positivos, pues el gasto por asegurado bajó casi un 20% entre 1995 y 1999, aunque ha habido aumentos importantes en los años siguientes. Uno de los factores que sin duda ha contribuido en estos resultados fueron las enérgicas medidas de control que, a través de la

Inspección Médica estableció el INSALUD (donde el peso de los afiliados residentes en Madrid es determinante), que consiguió que los días de IT por asegurado y año se mantuvieran estables entre los años 1996 y 2000.

La distribución de la duración de los episodios de IT, obtenida de los datos de la Comunidad Foral de Navarra, única que las publica, indica que una pequeña proporción (alrededor del 10%) corresponde a episodios de duración superior a 15 días que, en conjunto, consumen más del 60% de los días totales de IT. Los episodios de corta duración, en cambio, son muchos (alrededor del 60%) pero sólo consumen un 10% del total de días.

Análisis de datos

- **Evolución temporal.** La principal fuente disponible para evaluar este aspecto es la Encuesta de Coyuntura Laboral (ECL), disponible trimestralmente desde 1990. Se observa que en todas las comunidades autónomas se produjo una fase inicial de descenso que llega hasta los años 96-97 y después un ascenso. Cataluña es una de las comunidades donde tanto el descenso inicial como el aumento posterior han sido más importantes.
- **Aspectos territoriales.** Los datos de la ECL, que son muy indirectos del fenómeno estudiado, muestran una cierta asociación positiva con la IT ("contribuyen a aumentarla") entre el hecho de trabajar en turnos y el trabajar en empresas grandes. En cambio, sorprendentemente, las jornadas de trabajo más largas se asocian a menos IT. No parecen influir en la IT la proporción de mujeres ni el sector de actividad de la empresa.

  La información procedente de las mutuas muestra que la distribución territorial de la IT está muy claramente asociada a la cantidad de población afiliada, como indicador de complejidad en las condiciones de vida y de trabajo, para las provincias "pequeñas" (todas excepto Madrid, Barcelona, Valencia y Sevilla). Esto quiere decir que más que haber comunidades autónomas de IT "alta" y de IT "baja", estos efectos se dan a nivel de provincia, y quizás a niveles territoriales inferiores para los que no hay datos disponibles. En todas las comunidades autónomas hay provincias de IT "alta" y de IT "baja".

  Barcelona y Madrid se alejan claramente de este patrón, la primera por debajo y la segunda por encima. Ninguna de las variables estudiadas justifica esta diferencia, que podría tener su origen, al menos parcialmente, en diferencias en el control administrativo de la IT. Cabe señalar, no obstante, que ambos territorios son suficientemente grandes y poblados como para esconder, dentro de sí mismos, dispersiones importantes para el estudio de las cuales no se dispone todavía de datos.
- **Recomendaciones.** Los autores de este informe consideran que demasiado a menudo se asocia la palabra fraude al concepto de incapacidad temporal. Sin duda fraude hay, como en cualquier otra prestación social y en todas partes, pero los datos disponibles sugieren que, el que hay, se concentra en las bajas de duración corta, que representan una proporción pequeña del gasto en IT. Por ello las recomendaciones que exponemos a continuación se orientan no a reducir el fraude, sino a mejorar la gestión de la IT y a reducir sus causas, tanto laborales como no laborales:

1. El sistema público de salud se debe dotar de mecanismos eficaces de gestionar la IT, unos mecanismos que pasan por tres puntos fundamentales:

a) La creación de un sistema de información que permita conocer en cada momento la situación tanto desde el punto de vista global como individual. Sólo con datos fiables en cantidad suficiente es posible tomar decisiones suficientemente razonadas.

b) La disponibilidad por el médico de familia de toda la información necesaria para poder decidir si una baja se debe dar o se debe prorrogar, así como la posibilidad de acelerar exploraciones complementarias cuyo retraso alarga con frecuencia de forma innecesaria las bajas.

c) Un apoyo adecuado al médico de familia en los casos en que su función asistencial y la administrativa de dar la baja (o más a menudo de prorrogarla) entren en conflicto.

d) Dar formación a los médicos de cabecera en salud laboral, que ayude a diferenciar las patologías laborales de las no laborales.

2. La reducción de la IT no tiene que ser, no obstante, cosa sólo de las Administraciones: las empresas deben ser protagonistas activos porque la IT tiene mucho que ver con las condiciones de trabajo y porque, con la normativa actual, son las que hacen frente al pago del subsidio los primeros días de baja y, por tanto, sería lógico que actuasen en las siguientes direcciones:

a) La actuación sobre las condiciones de trabajo que tienen una influencia reconocida en la generación de situaciones de IT.

b) El apoyo a los trabajadores para poder enfrentarse mejor a las situaciones estresantes de su vida personal, haciendo compatible la vida laboral y familiar.

c) La implementación de programas de promoción de salud en el trabajo que contribuyan a la mejora del estado de salud general.

d) Aplicar técnicas de "gestión de la IT" (sickness absence management): las técnicas de "gestión de la IT" son relativamente bien conocidas y muchas consultoras asesoran sobre esta cuestión, sobre la que no es extraño que las Administraciones emprendan una acción divulgadora y de apoyo. La Administración de Salud de Canadá (Health Canada) es un ejemplo de ello.

3. En cualquier caso, todas y cada una de las acciones que se emprendan deben tener diseñado previamente el sistema de evaluación de su eficacia y efectividad.

4. Finalmente creemos que se debería profundizar en el conocimiento del problema de la IT en Cataluña en dos direcciones diferentes pero complementarias:

a) Analizando en profundidad los datos de que ya dispone (o dispondrá pronto) el actual Centro de Reconocimientos y Evaluaciones Médicas (CRAM), lo que permitiría fundamentalmente conocer los indicadores de IT en ámbitos territoriales más pequeños que la provincia.

b) Realizando un estudio epidemiológico (de caso y control) basado en la recogida de información primaria (mediante entrevistas) que permita evaluar cuáles son los factores de riesgo de la IT que actúan y en qué grado, en Cataluña.

3. Antecedentes y objetivos

La incapacidad temporal por contingencias comunes es la situación habitualmente conocida como "estar de baja por enfermedad" (o accidente no laboral). En la totalidad de los países de nuestro entorno, cuando el trabajador asalariado se encuentra en esta situación tiene derecho, durante un cierto tiempo y si se cumplen ciertas condiciones, a percibir un subsidio sustitutorio del salario; el pago de este subsidio puede ir a cargo del empresario, de la Seguridad Social o, lo más corriente, el pago es compartido.

La situación de enfermedad que conduce a la incapacidad temporal genera, como es evidente, costos elevados para el trabajador, para la empresa y para el conjunto de la sociedad. El trabajador, además de sufrir la enfermedad, ve normalmente reducirse sus ingresos, pues el subsidio es habitualmente inferior al salario que recibía cuando trabajaba. El empresario tiene que pagar todo o una parte del subsidio y ve aumentar sus gastos por la contratación de un sustituto o disminuir la producción si esta contratación no se produce. Finalmente, el conjunto de la sociedad debe asumir el gasto sanitario asociado a la enfermedad y el pago del subsidio en la medida que corresponde al sistema de la Seguridad Social.

Cuando los costos para el sistema de Seguridad Social por este concepto crecen más allá de lo que se considera políticamente aceptable se suele tomar medidas encaminadas a reducir (o redistribuir) estos costos. La preocupación por este problema en España viene, como veremos más adelante, de lejos, pues las primeras medidas de reducción del gasto se adoptaron en 1972.

A pesar de las muchas medidas tomadas, en los últimos años el gasto global por incapacidad temporal vuelve a crecer de una manera importante y con una característica nueva (o quizás no tan nueva pero que antes no se tenia en cuenta por falta de datos): la distribución territorial del gasto es muy irregular. Hay comunidades autónomas donde el gasto en incapacidad temporal por trabajador es apreciablemente superior a al de otras donde, por decirlo gráficamente, "la gente se pone menos a menudo enferma". Cataluña parece ser una de ellas.

El presente informe se propone un triple objetivo: verificar si efectivamente el gasto por IT es en Cataluña anormalmente elevado; si lo es, investigar las causas y, en cualquier caso, hacer recomendaciones apropiadas para disminuir los niveles de incapacidad temporal y, por tanto, el gasto asociado a ellos.

Para conseguir este objetivo, difícilmente alcanzable en su totalidad dada la limitadísima disponibilidad de datos y la escasa fiabilidad de muchos de los que están disponibles nos proponemos abordar la tarea de acuerdo con el siguiente plan de trabajo:

1. Revisar la literatura científica para deducir las variables que intervienen en los procesos de incapacidad temporal que, como veremos, incluyen factores personales, pero también laborales y sociales, a fin de elaborar un modelo explicativo que posteriormente nos ha de servir para analizar las diferencias entre los niveles de incapacidad temporal existentes en las diferentes comunidades autónomas del Estado español.

2. Analizar la situación en Europa para concluir si los niveles medios españoles de incapacidad temporal se encuentran por encima o por debajo de lo que es "normal" en los países de nuestro entorno.

3. Estudiar la evolución de la incapacidad temporal en el Estado español desde la triple perspectiva de la normativa aplicable, de la actividad llevada a cabo por los organismos públicos encargados de gestionarla y de los resultados obtenidos de estas acciones, en particular en términos de evolución del gasto tanto global como territorial.

4. Analizar los aspectos cualitativos de la distribución de la incapacidad temporal: cuánto duran los procesos de baja, el consumo total de días por cada tramo de duración, etc.

5. Analizar la evolución temporal de la incapacidad temporal en el conjunto del Estado y en cada una de las comunidades autónomas.

6. Relacionar los datos disponibles sobre los niveles de incapacidad temporal en las diferentes comunidades autónomas con las variables del modelo teórico mencionado en el punto 1 para las cuales se dispone de datos territoriales.

Del conjunto del análisis extraeremos las conclusiones apropiadas y elaboraremos recomendaciones orientadas a mejorar el conocimiento y reducir el impacto de la incapacidad temporal en Cataluña.

4. Características del problema

4.1 Introducción

La incapacidad temporal es un fenómeno complejo que, desde hace años despierta el interés de los expertos y la preocupación de las administraciones. Los primeros tratan de explicar su complejidad, lo que se presta a muchos análisis desde diferentes ángulos y disciplinas: economía, epidemiología, salud pública y medicina; para los segundos, la incapacidad temporal se ha convertido en un motivo de preocupación por los elevados (y crecientes) costos que representa para los sistemas de seguridad social, para las empresas y para la economía en general. Unos costos que, para la Unión Europea, han sido estimados recientemente[1] entre el 1,5 y el 4% del PIB, según los países. En la década de los 90 estos costos han crecido considerablemente, lo que ha conducido a la aplicación de medidas orientadas a reducirlos en diferentes países[2], entre ellos España.

Estas elevadas repercusiones económicas de la incapacidad temporal han hecho que la ciencia económica se haya preocupado de ello mediante tres enfoques teóricos dife-

1 Grundeman, R.W.M., Vuuren, C.V. Preventing Absenteeism at the Workplace. Dublin. European Foundation for Improvement of Living and Working Conditions. 1997.

2 Sáez, M., Barceló, M.A., Benavides, F.G. Ausencias del trabajo en el transporte urbano. Rev. Econ. Apl. 2001, IX(26), 149-175.

rentes[3] : un enfoque trabajo-ocio; la versión de "disciplina laboral" de la teoría del salario de eficiencia; y las "normas de grupos de trabajo".

El enfoque trabajo-ocio argumenta que los trabajadores, en un mercado de trabajo ideal, intercambiarían de manera óptima trabajo y ocio, de manera que el nivel de ausencia sería aquel en el que se igualasen el coste y el beneficio marginal del ocio.

Los modelos de "disciplina laboral" se centran en los costos disciplinarios de la ausencia del trabajador (pérdida de ingresos futuros por un posible despido, por ejemplo) y para la empresa (acciones de control).

Finalmente, los enfoques basados en las "normas de grupos de trabajo", a los que también se han aproximado psicólogos de las organizaciones y expertos en gestión, valoran la satisfacción laboral como factor asociado al absentismo (a menor satisfacción, menor motivación para asistir al trabajo) y la posible influencia en éste de la cohesión del grupo de trabajo.

Las aproximaciones "económicas" al problema de la incapacidad temporal suelen tener una limitación importante: se centran en la ausencia supuestamente voluntaria, la decidida "libremente" por el trabajador, cuando en realidad la mayor parte de los días de ausencia corresponden a bajas de larga duración en las que la existencia de una enfermedad está por encima de cualquier sospecha.

En efecto, los datos disponibles sobre la duración de la baja de los procesos de incapacidad temporal en España demuestran que más del 66% de los días consumidos corresponden a un pequeño número de procesos (alrededor del 10%) de más de 90 días de baja, en los que la involuntariedad está fuera de duda.

Entre los aspectos de la incapacidad temporal que han despertado un mayor interés de los economistas, citaremos en primer lugar la asociación positiva entre el ciclo económico y la incapacidad temporal[4], que parece debida a que en la fase expansiva del ciclo se reduce el riesgo de que el trabajador que recurre abusivamente a la incapacidad temporal padezca consecuencias negativas (y por tanto la incapacidad temporal tiende a aumentar); inversamente, en la fase recesiva del ciclo aumenta el riesgo mencionado y la incapacidad temporal se reduce.

Un segundo tema de interés es la interrelación entre el subsidio de incapacidad temporal y otras prestaciones sociales, como el desempleo. En Suecia[5], donde en 1999 el 20% de los días de incapacidad temporal subsidiada fueron consumidos por los desempleados (incluidos los estudiantes), estos recurren a la incapacidad temporal como una estrategia para alargar la prestación de desempleo por otros medios.

Otro aspecto importante es el análisis de cuáles son las circunstancias que contribuyen (o evitan) que una incapacidad temporal se convierta en permanente, lo que

3 Askildsen, J.E., Bratberg, E., Nilsen, O.A. Sickness Absence over the Business Cycle. University of Bergen. Department of Economics. Working Papers in Economics. Nº0400. 2000.
http://ugle.svf.uib.no/svfweb1/publikasjoner/59.pdf Consultat el 17.05.2003.

4 Larsson, L. Sick of being unemployed? Interactions between unemployment and sickness insurance in Sweden. Institute for Labour Market Policy Evaluation. Working Paper 2002:6. 2002.
http://www.tinbergen.nl/excellence/larsson.pdf Consultat el 21.05.2003.

5 Gjesdal, S., Bratberg, E. Diagnosis and duration in sickness-absence as predictors for disability pension. http://ugle.svf.uib.no/svfweb1/publikasjoner/51.pdf. Consultat el 11.05.2003.

resulta especialmente costosa porque no tan solo genera un prestación económica de duración indefinida, sino que, además, elimina permanentemente un miembro de la población activa del país. Un factor crucial parece ser la duración de la incapacidad temporal: cuando supera un lindar que está entre cuatro y seis meses[6,7] la probabilidad de que la incapacidad se convierta en permanente aumenta de manera muy significativa, lo que sugiere la aplicación en esta fase de políticas de reinserción laboral. Otro estudio reciente[8] ha hallado también una correlación importante entre la incapacidad temporal de corta y de larga duración, especialmente con la originada por patologías de carácter psíquico[9,10].

De esto se deduce la relevancia del tema para los profesionales de la salud que, en primera instancia, son los que asumen la difícil tarea de certificar si un problema de salud incapacita para el trabajo. En efecto, los estudios epidemiológicos han demostrado, más allá de cualquier duda razonable[11], que la incidencia de episodios de incapacidad temporal está asociada a múltiples factores de riesgo sociolaborales, tales como la ocupación, el trabajo en turnos, el tipo de contrato y las condiciones de trabajo en general; esto pone de manifiesto que el estado de salud no es el único determinante que influye en la situación de incapacidad temporal y sugiere que las acciones para controlarla, si quieren ser efectivas, no han de limitarse al binomio médico-paciente sino dirigirse también, hacia las restantes condiciones de vida y de trabajo, cuya relación con la incapacidad temporal es extraordinariamente compleja (11).

Dada esta complejidad hemos creído necesario, antes de analizar el problema de la IT en Cataluña, España y Europa, revisar las evidencias disponibles en la literatura científica sobre las variables que influencian la incapacidad temporal, para tratar de definir un modelo explicativo que pueda servir para orientar el análisis de los datos disponibles para explicar el problema de la IT y sus posibles características diferenciales en Cataluña.

4.2 Definiciones

La incapacidad temporal (IT), que es la denominación legal en nuestro país[12], debe entenderse como una discapacidad, concepto más general[13,14], para trabajar debida a

6 Andren, D. Long-term Absenteeism due to Sickness: The Swedish Experience, 1986-1991.
http://www.handels.gu.se/epc/data/html/pages/PDF/gunwpe0047.pdf. Consultat el 15.05.2003.

7 Ercolani, M.G., A Simple Empirical Model of Sickness Absence.
http://www.essex.ac.uk/ilr/seminars/1999-00/ErcolaniMG.pdf. Consultat el 15.05.2003.

8 Benavides, F.G., Sáez, M., Barceló, M.A., Serra, C., Mira, M. Incapacidad temporal: estrategias de análisis. 1999. Gaceta Sanitaria;13(3):185-190.

9 Broström, G., Johansson, P., Palme, M.. Economic incentives and gender differences in work absence behavior. Institute for Labour Market Policy Evaluation. Working Paper 2002:14. 2002.
http://www.ifau.se/swe/pdf2002/wp02-14.pdf Consultat el 15.05.2003.

10 Benavides, F.G., Aranaz, J., Bolumar, F., Alvarez-Dardet, C. La incapacidad laboral transitoria, algo más que un problema de salud. Rev. San. Hig. Púb. 1990: 64:749-757.

11 Benavides, F.G., Benach, J., Moncada, S. Working Conditions and Sickness Absence: a complex Relation. J. Epidemiol Community Health 2001; 55: 368.

12 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. BOE de 29 de junio de 1994.

un problema de salud que padece un trabajador, que debe estar certificada por un médico del sistema nacional de salud. Además, dada su naturaleza legal, el trabajador tiene que cumplir unas condiciones (estar de alta en la seguridad social, entre otras) para poder disfrutar de una baja por IT.

Puesto que los días de baja que produce la IT es la razón más importante de absentismo en las empresas –alrededor del 80%[15]–, a menudo se sustituye el término absentismo por el de IT. A pesar de esta estrecha relación, no se puede considerar la IT únicamente como absentismo[16], ya que la IT es parte del proceso terapéutico (descanso en caso de una lumbalgia, alejamiento del tóxico en caso de una dermatitis, etc.) para curar y/o detener un daño para la salud[17].

En el inicio de un episodio de IT, pues, siempre hay un problema de salud certificado por un médico, otra cosa es que este problema de salud justifique, o no, la baja por IT. En este sentido, la IT puede entenderse también como un recurso para afrontar situaciones problemáticas (coping), ya sea como reacción a un problema de salud o a la percepción de las causas de su malestar[18].

La evidencia científica disponible muestra que la existencia de problemas de salud previos al episodio de IT está claramente asociado a su inicio y su duración. Uno de los estudios más sólidos sobre este punto fue el Whitehall study[19], en el que se demostró, sobre una muestra de 10.308 trabajadores entre 35 y 55 años que trabajaban para la administración local de Londres y seguido desde 1985 hasta 1990, que tener problemas respiratorios crónicos, síntomas psiquiátricos o tomar antihipertensivos, entre otros, incrementa entre un 20 y un 50% la probabilidad de tener un episodio de IT, especialmente para los episodios de larga duración (más de 6 días, que es a partir de los que en Inglaterra se pide un certificado médico). En un estudio más reciente, basado en el seguimiento de 3.985 trabajadores de empresas privadas finlandesas durante un año y medio, se ha encontrado una clara asociación entre los síntomas físicos y psíquicos y la incidencia de IT: aquellos que tenían más síntomas psíquicos y físicos presentaban un 30% más de riesgo de tener un episodio de IT durante el periodo de seguimiento, tanto en bajas cortas (4-21 días) como de larga duración (más de 21 días)[20].

---

13 Nagi SZ. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. En: Susman MB (Ed.). Sociology and Rehabilitation. Washington DC. American Sociological association, 1965; 100-13.

14 Organización Mundial de la Salud. Clasificación de deficiencias, discapacidades y minusvalía. Un manual de clasificación relacionada con las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1983.

15 Mira M. Absentismo laboral. En: Benavides FG, Ruiz-Frutos C, García A. Salud Laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson 1997.

16 Luz J, Green MS. Sickness absenteeism from work. A critical review of the literature. Public Health Rev 1997;25:89-122.

17 Borrell F. Incapacidad temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona: SemFYC; 1999:1-6.

18 Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. Soc Sci Med 1991; 32:15-17.

19 Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. J Epidemiol Community Health 1995; 49:124-30.

20 Väänänen A, Toppinen-Tanner S, kalimo R, Mutanen P, Vhatera J, Peiro JM. Job characteristics, physical and psychological symptoms, and social support as antecedents of sickness absence among men and women in the private sector. Soc Scien Med 2003;57:807-824.

Estudios sobre enfermedades más específicas, como la diabetes[21], han hallado que los enfermos con este problema de salud tienen un 90% más de episodios de IT que una muestra de trabajadores sin diabetes. En el estudio de cohorte NEMESIS[22], con 3.695 trabajadores de entre 18 y 64 años procedentes de una muestra de la población general de Holanda, se ha visto que la presencia de trastornos del estado de ánimo (depresión), ansiedad o el abuso de sustancias como el alcohol o las drogas es un claro factor de predicción de IT, sobre todo en hombres.

Asimismo, otro estudio con 7.495 trabajadores de 40 empresas e instituciones de Holanda, seguido durante seis meses después de medir la fatiga (disminución de la actividad, dificultad de concentración y reducción de la motivación) mediante un cuestionario validado, demuestra que los trabajadores con una fatiga elevada tienen un mayor riesgo de tener un episodio de IT (entre el 17 y el 15%) durante estos seis meses, también de forma más clara para los episodios de larga duración (más de 42 días, que es el tiempo medio en el que en Holanda muchos trabajadores son llamados a revisión por un especialista de medicina del trabajo para evaluar su proceso)[23].

De forma muy concluyente, recientemente se ha mostrado que la IT es un indicador válido de salud de los trabajadores, al comprobarse que los trabajadores que tienen episodios de IT de más de 7 días y certificado por un médico incrementan su riesgo de morir en la medida que incrementan el número de episodios (unas dos veces cuando tiene más de 5 episodios en 5 años), tanto en hombres como en mujeres[24].

En principio, pues, puede convenirse que los episodios de larga duración estarían precedidos por un problema de salud, definimos larga duración por una semana de acuerdo con el criterio inglés (que deberíamos confirmar en nuestro entorno, que podría ser dos semanas de acuerdo con el criterio que a partir de este período es la seguridad social directamente o la mutua quien tiene que pagar el subsidio económico). Para los episodios de corta duración se asume que hay otros factores más ligados a las actitudes de los trabajadores[25], que hacen más compleja la explicación de la IT, ya que intervendrían aspectos relacionados con la motivación, la satisfacción o la responsabilidad y a la capacidad para hacer frente a situaciones conflictivas, sean de origen laboral o no laboral, como puede ser dar apoyo a miembros de la familia.

Por otro lado, no siempre que hay un problema de salud en un trabajador (por ejemplo, un resfriado) éste pide una baja por IT. Es lo que se ha denominado "sickness presenteeism", que quiere significar que aunque haya un problema de salud el trabajador continúa trabajando. Un estudio reciente realizado en Suecia indica que una tercera parte de los trabajadores, principalmente los dedicados a la enseñanza y a la

21 Skerjanc A. Sickness absence in diabetic employees. Occup Environ Med 2001;58:432-436.

22 Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000;35:71-77.

23 Janssen N, Kant IJ, Swaen GMH, Janssen PPM, Schröer CAP. Fatigue as a predictor of sickness absence: result from the Maastricht cohort study on fatigue at work. Occup Environ Med 2003;60(Suppl I):i71-i76.

24 Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot M. Sickness absence as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. BMJ 2003;327:364370.

25 Stansfeld S, Head J, Ferrie J. Short-term disability, sickness absence, and social gradients in the Whitehall II study. Int J Law Psychiatry 1999;22:425-439.

sanidad (donde se trabaja con otras personas y hay pequeñas posibilidades de sustitución), continúan trabajando a pesar de que se encuentran mal. Este comportamiento, que parece que se está incrementando, se explica por los cambios restrictivos en los sistemas de protección social y a una mayor inseguridad en la continuidad en el lugar de trabajo después de una baja[26]. En un estudio realizado en Noruega sobre una muestra de 2.015 trabajadores se observa que por cada episodio de IT de larga duración (más de 8 semanas) por dolor de espalda, hay 6 casos de dolor de espalda sin pedir una IT, y por cada episodio de IT por trastorno mental hay 16 casos sin baja[27].

En síntesis, se puede afirmar que la IT es algo más que un problema de salud[28], y sobre el que intervienen diferentes factores, tanto laborales como no laborales.

4.3 Los problemas de salud asociados

En relación con los problemas de salud que motivan un episodio de IT, uno de los mayores estudios realizado hasta ahora, la cohorte GAZEL de la empresa de gas y electricidad francesa con 18.037 trabajadores seguido desde 1995 hasta 2001, halló que los problemas de salud más frecuentes fueron los musculoesqueléticos y los trastornos mentales y respiratorios[29]. En algunos estudios, a la gripe (o influencia) se le atribuye entre un 10 y un 12% de las bajas[30], sin que existan hasta ahora evidencias concluyentes sobre la efectividad de su vacunación en la reducción de la incidencia[31].

En el Reino Unido[32], en un estudio basado en una muestra del 1% del total de episodios de IT registrado por el Departamento de Seguridad Social entre 1984 y 1995, encuentran que los tres principales motivos de IT son, por este orden, los trastornos musculoesqueléticos, mentales y cardiovascular, suman entre los tres un 68%.

En grupos de actividades específicas, como el personal sanitario, se ha encontrado que los problemas de salud más frecuentes son las enfermedades respiratorias (39,5%), digestivas (15,7%) y musculoesqueléticas (8,4%)[33]. En términos de duración, y de costos, son las enfermedades musculoesqueléticas y los trastornos mentales los más frecuentes[34].

---

26 Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. J Epidemiol Community Health 2000;54:502-509.

27 Sandanger I, Nygard JF, Brage S, Tellnes G. Relation between health problems and sickness absence: gender and age differences. Sacnd J Public Health 2000; 28:244-252.

28 Benavides FG, Aranaz J, Bolumar F, Alvarez-Dardet C. La incapacidad laboral transitoria, algo más que un problema de salud. Rev San Hig Pub 1990; 64:749-757.

29 Melchior M, Niedhammer I, Berkman LF, Goldberg M. Do psychosocial work factors and social relation exert independent effects on sickness absence? A six year perspective study of the Gazel cohort. J Epidemiol Community Health 2003;57:285-293.

30 Leighton L, Williams M, Aubery D, parker SH. Sickness absence following a campaing of vaccination against influenza in the workplace. Occup Med 1996;46:146-150.

31 O'Reilly FW, Stevens AB. Sickness absence due to influenza. Occup Med 2002;52:265-269.

32 Moncrieff J, Pomerleau J. Trends in sickness benefits in Great Britain and the contribution of mental disorders. J Public Health Med 2000;22:59-67.

33 Ritchie KA, Macdonald EB, Gilnour WH, Murray KJ. Analysis of sikness absence among employees of four NHS trusts. Occup Environ Med 1999;56:702-708.

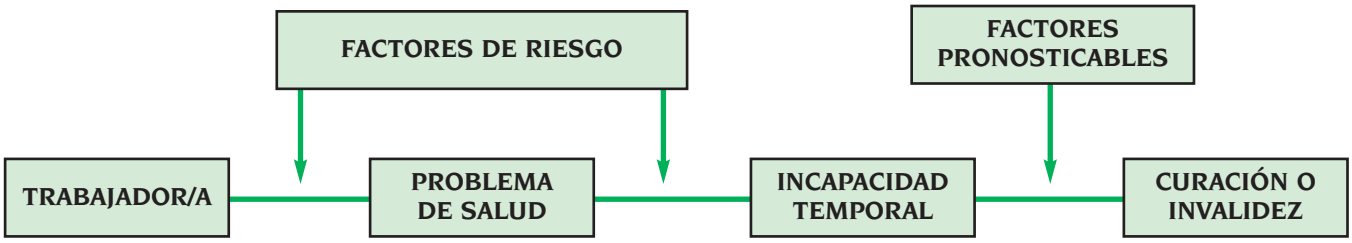
34 Verow P, Hargreaves C. Healthy workplace indicators: costing reasons for sickness absence within the UK National Health Service. Occup Med 2000;50:251-257.

Pero son los trastornos mentales el motivo de IT más estudiado. El estudio Whitehall ha detectado un incremento de las IT por trastornos mentales, que se atribuye a un incremento de la desregulación empresarial (reducción de plantillas) y al consiguiente incremento de la inseguridad laboral, además de los cambios tecnológicos en las empresas[35].

4.4 Historia natural de la incapacidad temporal

Para entender este fenómeno tan complejo, y así poderlo controlar, hemos de considerar su historia natural, y diferenciar entre la incidencia y la prevalencia. Así, tal como se muestra en la figura 1, la incidencia (aparición de un nuevo episodio de IT) es el resultado de la influencia de los factores de riesgo (laborales y no laborales) que produce el problema de salud y que determina que el trabajador no pueda hacer sus tareas. Es decir, las características del trabajo son determinantes a la hora de explicar una IT, tanto por lo que se refiere a su influencia en el origen del problema de salud, como por lo que se refiere, una vez se ha producido el problema de salud, a la dificultad para continuar trabajando. Por otro lado, la prevalencia (la duración del episodio de IT) es consecuencia de la acción de los factores pronósticos (laborales y no laborales) que facilitan o dificultan la vuelta al trabajo, entre los que se deben tener en cuenta los recursos asistenciales, que alargan o acortan la resolución del episodio de IT.

Figura 1. Historia natural de la incapacidad temporal



Identificar, y conocer, los factores de riesgo y pronósticos que expliquen la incidencia y la prevalencia de la IT es imprescindible si queremos prevenir y/o disminuir su duración.

4.5 Las causas de la incapacidad temporal

La investigación sobre la IT ha ido creciendo desde los años ochenta, entre otras cosas porque se ha producido un incremento de los costos por IT en las empresas y en la seguridad social[36]. Pero ha sido en la segunda parte de los noventa cuando se ha

35 Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J, Ferrei J, Shipley M. Work and psychiatric disorder in the Whitehall II study. Journal Psychosomatic Research 1997;43:73-81.

36 Gründemann R.W.M., van Vuuren C.V. Preventing absenteeism at the workplace. European Research Report. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg 1997.

empezado a acumular evidencias sólidas sobre las causas de la IT. Una revisión de la literatura científica publicada desde 1995 en revistas indexadas en MEDLINE y buscadas mediante el término "sickness absence" nos llevó a los siguientes resultados, basados en una selección de los mejores estudios encontrados.

Las características personales de los trabajadores, como la edad o el sexo, el estado civil, o tener hijos dependientes, han sido de los primeros factores estudiados en relación con la IT.

En la mayoría de los estudios se ha hallado que la frecuencia de IT varía según el sexo: siendo superior en las mujeres: entre dos y cuatro veces más, según el diagnóstico médico (respiratorio, musculoesquelético, etc.), después de ajustar las tasas por edad y categoría laboral en el Whitehall study[37]. Este hallazgo ha sido explicado por el hecho de que las mujeres han de hacer frente a diversos roles, entre ellos el relacionado con los trabajos reproductivos (cuidado de los hijos, tareas domésticas, etc.), lo que incrementa su carga laboral. Un estudio sueco basado en 165.735 trabajadores entre 16 y 54 años muestra que **tener hijos pequeños** de menos de diez años a su cargo incrementa la duración de la IT de más de 7 días, sobre todo en mujeres jóvenes (16-24 años): 36 días de baja por trabajadora con hijos versus 28 días sin hijos y 28 y 27 días en hombres de la misma edad sin o con hijos, respectivamente. Y en todos los grupos de edad, las mujeres con hijos tienen más IT que los hombres con hijos. Estas diferencias por sexo no se encuentran entre los trabajadores sin hijos, excepto entre el grupo de mayor edad[38]. Hemos de tener en cuenta que este estudio está hecho en un país con una tasa de empleo femenina similar a la masculina (82% los hombres y 76% las mujeres en 1985, año del estudio), lo que quiere decir que probablemente no hay diferencia de selección que pueda explicar satisfactoriamente las diferencias encontradas. Además, en Suecia los padres tienen derecho al menos al 90% de sus ingresos durante 9-12 meses de baja por atender después del nacimiento y a quedarse en casa hasta 60 días por año por motivos de enfermedades de sus hijos menores de 12 años. Un estudio posterior en Noruega ha mostrado que esta diferencia depende del **estado civil**, encontrando que la diferencia entre tener o no hijos es especialmente importante en mujeres no casadas[39].

Además de la hipótesis de la doble carga (trabajo productivo y reproductivo a la vez), se ha sugerido que las madres se contagian de las enfermedades, principalmente infecciosas, de sus hijos pequeños. Otra explicación a la diferencia entre sexo está relacionada con el hecho de que las mujeres tienen menos dificultades para declarar que están enfermas y en consecuencia para pedir ayuda. En los hombres hay una mayor estigmatización en pedir ayuda. También, el control sobre su trabajo, como después discutiremos, es menor en las mujeres porque ocupan tareas más repetitivas

37 Feeney A, North F, Head J, Canner R, mamort M. Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II study. Occup Environ Med 1998;55:91-98.

38 Akerlind I, Alexanderson K, Hensing G, Leijon M, Bjurulf P. Sex differences in sickness absence in relation to parent status. Scand J Soc Med 1996;24:27-35.

39 Mastekaasa A. Parenthood, gender and sickness absence. Soc Sci Med 2000;50:1827-1842.

y monótonas (secretarias, etc.) y de menos responsabilidad. Dadas estas diferencias, la IT debe analizarse siempre que se pueda separadamente por hombres y mujeres.

La **edad** ha sido una variable valorada en muchos estudios, pero como variable secundaria (de confusión). En la mayoría de ellos, se ha encontrado que la IT de larga duración es más frecuente entre trabajadores de mayor edad y la IT de corta duración es más frecuente en los grupos de edad más joven. Esta relación ha sido explicada por el hecho de que en el grupo de trabajadores de mayor edad hay una prevalencia de problemas de salud crónicos y en los trabajadores más jóvenes se refleja más el hecho de que la IT es un recurso para manejar los problemas de insatisfacción y motivación respecto al trabajo.

En segundo lugar, han sido investigados los factores ligados a la conducta como la irritabilidad (agresividad) o los hábitos como el consumo de alcohol y tabaco, el ejercicio físico y también los patrones de sueño. En relación con la **hostilidad**, se ha encontrado una asociación clara con la IT de más de tres días, especialmente en hombres y por lesiones traumáticas[40]. Esta asociación ha sido explicada por la vulnerabilidad de estas personas con relación a que tienen más conflictos interpersonales y hábitos menos saludables. Entre los hábitos personales, el **consumo de alcohol** es el que más se ha estudiado de manera explícita (no como variable secundaria), y se ha hallado una relación con la IT en forma de U [41] o J[42], muy parecida a la conocida relación con las enfermedades cardiovasculares: los consumidores moderados (51-100g de alcohol por semana) son los que presentan una frecuencia de IT más baja, posiblemente porque un consumo abusivo de alcohol incrementa la frecuencia de enfermedades relacionadas con el alcohol y la abstinencia impide los efectos positivos del consumo de alcohol.

En relación con las condiciones de trabajo, la **ocupación**, como indicador indirecto de las condiciones de trabajo, es una variable asociada a la IT. De hecho, trabajos de investigación clásicos en este campo concluyen que la IT es un buen indicador de los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud[43]. En un estudio muy reciente realizado en Barcelona en una población de 11.647 hombres y 9.001 mujeres seguidas desde 1984 hasta 1993 se ha encontrado que los trabajadores que realizan tareas manuales tienen más IT que los no manuales: los trabajadores de la limpieza, todas mujeres, son los que presentan más IT, sobre todo en relación con los episodios de larga duración más de 10 días[44]. Asimismo, en otro estudio realizado en una empresa pública de transporte en Barcelona[45] con 2.909 trabajadores seguidos durante tres

40 Vahtera J, Kivimäki M, Koskenvuo M, Penti J. Hostility and registered sickness absences: a prospective study of municipal employees. Psychological Medicine 1997:27: 693-701.

41 Vahtera J, Poikolainen K, Kivimäki M, Ala-Marsula L, Pentti J. Alcohol intake and sickness absence: a curvilinear relation. Am J Epidemiol 2002; 156:969-976.

42 Vasse RM, Nijhuis FJN, Kok G. Associations between work stress, alcohol consumption and sickness absence. Addiction 1998; 93:231-241.

43 Chevalier A, Luce D, Blanc C, Golberg M. Sickness absence at the French National Electric and Gas company. Br J Ind Med 1987;44:111-118.

44 Moncada S, Navarro A, Cortes I, Molinero E, Artazcoz L. Sickness leave, administrative category and gender: results from the Casa Gran project. Scand J Public health 2002;Suppl 59:26-33.

45 Benavides FG, Benach J, Mira m, Sáez M, Barceló A. Occupational categories and sickness absence certified as attributable to common diseases. Eur J Public Health 2003;13:51-55.

años, se ha encontrado que la ocupación (conductores, supervisores, administrativos, técnicos, etc.) será el principal factor de predicción de IT por enfermedades comunes y accidente no laboral, después de ajustar por variables con la edad, el sexo, el número de hijos, el estado civil, el consumo de tabaco o alcohol y los antecedentes de enfermedades crónicas.

El incremento de la **demanda física** podría ser una explicación de esta asociación entre las ocupaciones manuales y la IT. De hecho, después de una reducción de plantilla, una situación que se revisará más adelante, se ha encontrado que el incremento de la demanda física está asociado a la probabilidad de tener un episodio de IT, especialmente por problemas de salud musculoesqueléticos[46]. Más concretamente, flexionar y rotar el tronco o levantar peso ha sido asociado a un mayor riesgo (entre 2 y 3 veces más) de IT por lumbalgia en un estudio de cohorte en 21 empresas holandesas[47]. Asimismo, en una muestra de trabajadores de correos sueco, se ha encontrado que entre 150 variables analizadas, el exceso de peso y realizar movimientos monótonos fueron unas de las características más significativas en relación con la incidencia de IT, tanto en hombres como en mujeres[48].

También cuando se tienen en cuenta factores de riesgo específicos, como la percepción de exposición a gas irritante, a temperaturas bajas y a posturas incómodas, se encuentra también una asociación significativa con la frecuencia de IT[49]. En resumen, entre los factores ligados a las condiciones de trabajo hay evidencias que confirman la influencia sobre la IT de las ocupaciones manuales, posiblemente como consecuencia de un incremento de la demanda física (especialmente confirmado en relación con las IT por enfermedades musculoesqueléticas).

Pero son los **factores psicosociales** (relacionados con el estrés laboral) los más estudiados en relación con la IT. Según el Whitehall study[50], los trabajadores con alta demanda laboral y un bajo control (modelo Karasek) presentan entre un 20% y un 50% más de IT que los que tienen baja demanda y alto control. Resultados similares se encuentran en poblaciones diferentes, como por ejemplo entre 1.793 enfermeras de Quebec seguidas 20 meses: las enfermeras con alta demanda y bajo control tenían un 20% más de riesgo de tener un episodio de IT[51].

Diferentes estudios posteriores han mostrado que la **falta de control** es un factor muy importante para explicar la frecuencia de IT, en el sentido de que a más autonomía más oportunidades para afrontar situaciones de estrés en el trabajo y, en con-

46 Kivimäki M, Vahtera J, Ferrie JE, Hemingway H, Pentti J. Organisational downsizing and musculoskeletal problems in emp`loyees: a prospective study. Occup Environ Med 2001;58:811-817.

47 Hoogendoorn WE, Bongers PM, Vet HCW, Ariëns GAM, Mechelen W, Bouter LM. High physical worl load and low jo satisfaction increase the risk of sickness absence due to low back pain: results of a prospective cohort study. Occup Environ Med 2002;59:323-328.

48 Voss M, Floderus B, Diderichsen F. Physical, psychosocial, and organisational factors relative to sickness absence: a study based on Sweden Post. Occup Environ Med 2001;58:178-184.

49 Messing K, Tissot F, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M, Bourgine M. Sex as a variable can be a surrogate for some working conditions. JOEM 1998;40:250-260.

50 North, FM, Syme L, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among british civil servants: the Whitehall II study. Am J Public Health 1996;86:332-340.

51 Bourbonnais R, Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the province of Québec. Am J Ind Med 2001; 39:194-202.

secuencia, menos IT. Autonomía se puede entender como más independencia de los trabajadores cuando realizan sus tareas y también capacidad para decidir el ritmo y las fases de su trabajo. El estudio de cohorte GAZEL[52] muestra que los trabajadores con menos control tienen entre un 40 y un 60% más de probabilidades de tener un episodio de IT, tanto los hombres como las mujeres, y tanto respecto a la frecuencia como a la duración, después de ajustar por edad, consumo de alcohol, estado civil, nivel educativo y ocupación.

Más específicamente, se ha observado que el **control sobre el tiempo** de trabajo (referido al inicio o final de la jornada laboral, o sobre la oportunidad de hacer descanso o resolver asuntos privados durante la jornada) ha sido asociado con la frecuencia de IT: existe un 20% más de IT entre los trabajadores con un pobre control de su tiempo , después de ajustar por la edad, el nivel educativo, las características familiares como el estado civil o tener hijos dependientes, así como hábitos de consumo de alcohol y tabaco[53]. Pero esta asociación es más clara en las mujeres (23%), cuando comparan grupos de ocupaciones homogéneos, como son los profesores de primaria y secundaria, y desaparece la asociación en hombres, posiblemente porque las mujeres con poco control sobre su tiempo laboral tienen dificultades para desarrollar sus tareas familiares, ya que son ellas las que fundamentalmente realizan estas tareas, como ya se ha comentado.

El otro componente del modelo, la **demanda**, tanto psicológica (cognitiva) como en términos de monotonía (complejidad), cuando se valora aisladamente no se encuentra una asociación clara con la frecuencia o duración de la IT.

Finalmente, se ha encontrado una asociación inversa entre el **apoyo** (entendido como la interacción con los compañeros y la organización) y la IT. Esta característica del ambiente de trabajo, pero también muy estrechamente ligada al ambiente familiar y personal, puede considerarse tanto en relación al apoyo instrumental (técnico y emocional) como al clima laboral (atmósfera) que se crea en las relaciones con los compañeros y los supervisores. En relación con el apoyo más instrumental ha sido considerado como un moderador de los efectos de los factores psicosociales (demanda y control) sobre la IT, ya que, por un lado, el apoyo en el trabajo se asocia con una menor frecuencia de IT, sobre todo por trastornos psiquiátricos menores[54], pero, por otro lado, los trabajadores con alto apoyo recibido desde fuera del trabajo, sobre todo emocional, tienen una mayor frecuencia de IT, tanto de corta como de larga duración[55]. Estos resultados, en principio contradictorios, se han explicado argumentando que este factor actúa más sobre la decisión de pedir una baja por IT que sobre el

52 Niedhammer I, Bugel I, Goldberg M, Leclerc A, Guéguen A. Psychosocial factors at work and sickness absence in the Gazel cohort: a prospective study. Occup Environ Med 1998;55:735-741.

53 Ala-Mursala L, Vathera J, Kivimäki M, Kevin MV, Pentti J. Employee control over working times: associations with subjective health and sickness absences. J Epidemiol Community Health 2002;56:272-278.

54 Stasfeld SA, Rael EGS, Head J, Shipley M, Marmot M. Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. Psychological Medicine 1997;27:35-48.

55 Rael EGS, Stansfeld SA, Shipley M, Head J, Feeney A, Marmot M. J Epidemiol Community Health 1995;49:474-481.

problema de salud que justifica la IT; así pues, un alto apoyo daría ánimos para pedir la baja ante un problema de salud, puesto que la baja ayuda a recuperarse. Esto que vuelve a confirmar que en la IT hay un componente basado en el problema de salud y otro que está sujeto a una determinada conducta (motivaciones, actitudes, etc.) que influye sobre la decisión de pedir o no la baja.

Un nuevo factor psicosocial relacionado con la IT es el **trato justo** en las relaciones y en los procedimientos de toma de decisiones en la empresa. Los trabajadores que perciben un trato injusto tienen entre un 20% y un 90% más IT que los que perciben un trato justo, especialmente entre las ocupaciones más cualificadas[56], después de ajustar por otros factores de riesgo psicosociales como falta de control y apoyo social, además de ingreso económico, edad y consumo de alcohol[57]. Si bien esta evidencia sólo está basada hasta ahora en un estudio realizado en una muestra de trabajadores sanitarios en Finlandia.

En términos más generales, se ha encontrado que la falta de cultura de apoyo y de ánimo (encouraging) en la empresa está asociada con el riesgo de IT (un 70% más), después de ajustar por variables laborales y no laborales[58]. Asimismo, en un **clima laboral**, entendido como la percepción que tiene el trabajador de la organización de su empresa (comunicación, liderazgo, relaciones sociales, etc.), cargado y tenso hay un 50% más de IT que en un clima laboral relajado y confortable[59].

Este tipo de factores explicarían las diferencias encontradas en una situación en que todos los trabajadores tuvieran la misma cobertura legal y sanitaria, pero esto no ocurre cuando se compara la frecuencia de IT entre países o territorios, o en momentos temporales, con sistemas de seguridad social y sanitaria diferentes. Para estas comparaciones también deben tenerse en cuenta las características del mercado laboral, que varían espacial y, sobre todo, temporalmente.

En relación con el mercado laboral, los **cambios de organización** en les empresas, principalmente la reducción de plantilla, han sido relacionados con la IT. De nuevo, los estudios finlandeses nos muestran que tomando como referencia la frecuencia de IT antes de la reducción de plantillas (1990-1991), esta se incrementa hasta casi dos veces más después de la reducción (1993-1995)[60].

Esta relación se debería a una disminución de la seguridad en la continuidad en el lugar de trabajo, que produce una reducción en el control y un incremento de la demanda física, al reducirse el número de trabajadores. Un seguimiento de esta misma cohorte durante siete años en trabajadores sanos, sin ninguna baja en 1991,

56 Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie JE. Organisacional justice and health of employees: prospective cohort study. Occup Environ Med 2003;60:27-34.

57 Elovainio M, Kivimäki M, Vahtera J. Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health. Am J Public health 2002;92:105-108.

58 Eriksen W, Bruusgaard D, Knardahl S. Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides. Occup Environ Med 2003;60:271-278.

59 Piirainen H, Räsänen K, Kivimäki M. Organizational climate, perceived workrelated symptoms and sickness absence: a population-based survey. J Occup Environ Med 2003;45:175-184.

60 Kivimäki M, Vahtera J, Pentti J, Ferrie JE. Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: longitudinal cohort study. BMJ 2000;320:971-975.

demuestra que la reducción del control y el incremento de la demanda son factores de predicción de episodios de IT, independientemente de la edad y el sexo[61]. Este estudio confirma la importancia de los factores psicosociales en la etiología de la IT, ya que los cambios negativos de estos incrementan significativamente la frecuencia de IT en población sana, excluyendo la posibilidad que la percepción de riesgos psicosociales sea consecuencia de la IT.

Respecto al **desempleo**, hay una relación inversa en hombres entre la tasa de desempleo y la frecuencia de IT de larga duración (29 días), en el sentido de que la frecuencia de IT es menor (entre un 40% y 60%) en ocupaciones en la tasa de desempleo más alta[62]. Una explicación plausible a esta relación inversa sería que en situaciones de recesión económica existe más inseguridad en mantener el puesto de trabajo y, por tanto, se reduce la IT. A pesar de que desde una perspectiva de incentivos económicos, la oportunidad de recibir mayores beneficios en la situación de IT respecto a la situación de desempleo crea incentivos para prolongar la IT, tal como se ha visto en países como Suecia[63].

En relación con el **tipo de contrato**, también puede decirse que la relación con la IT es inversa, en el sentido que la frecuencia de IT entre los trabajadores temporales es menor que entre los trabajadores con contratos indefinidos: entre un 20 y un 30%, después de tener en cuenta la edad, el sexo, el estado civil, el tener hijos menores de 10 años y la ocupación[64]. Una explicación posible sería que los trabajadores con contrato temporal tienen más dificultades para pedir una IT, o sus efectos negativos (la no renovación de su contrato, o las sanciones no formales de sus compañeros o supervisores) pueden hacer desistir a los trabajadores con una IT. También se puede argumentar que hay una innecesaria frecuencia de IT entre los trabajadores con contrato indefinido.

Pero es en las diferencias **normativas** del sistema de protección social que regulan legalmente la IT donde posiblemente está la principal dificultad a la hora de hacer comparaciones entre países, e incluso entre empresas, como mostró un estudio publicado en 1986 al comparar la duración media de IT entre 25 empresas de similares actividades económicas de Bélgica (20,3 días por trabajador), Alemania (28,5 días) y Holanda (39,1 días), después de estandarizar por sexo, edad y ocupación[65]. Estas diferencias podrían deberse, de acuerdo con los autores, a las diferentes definiciones de IT, los diferentes beneficios de la situación de IT y en las medidas de control dentro y fuera de la empresa.

Otra forma de observar el impacto de las normas sobre la IT es comparar la frecuencia y la duración de la IT antes y después de un **cambio normativo**. Efectivamente,

61 Vahtera J, Kivimäki M, Penti J, Theorell T. Effect of change in the psichosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. J Epidemiol Community Health 2000; 54:484-493.

62 Occupation and unemployment rates as predictor of long term sickness absence in two Swedish counties. Soc Sci Med 1998;47:25-31.

63 Engström LG, Eriksen T. Can differences in benefit levels explain duration and outcome of sickness absence? Disability and Rehabilitation 2002;24:713-718.

64 Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Cooper C. Contingent employment, health and sickness absence. Scand J Work Environ Helath 2001;27: 365-372.

65 Prins R, Graaf A. Comparison of sickness absence in Belgian, German, and Dutch firms. Brit J Ind Med 1986;43:529-536.

al comparar la incidencia de IT en una muestra de trabajadores de correos en Suecia después de introducir una reducción de los beneficios en la situación de IT en 1993, se observó una reducción de 67 episodios por 10.000 días al año antes versus 49 en año de después en mujeres, y 57 versus 41 en hombres[66]. Pero esta tendencia cambia de signo y se incrementa en hombres y mujeres que declaran tener un trabajo en el que manipulan cargas pesadas. Asimismo, la reducción no se observa en trabajadores con enfermedades crónicas.

Otros cambios introducidos muy a menudo tienen relación con la **certificación médica** del episodio de IT, haciendo cada vez más estricta la certificación y el seguimiento médico de la IT, que produce una situación a veces de conflicto entre el trabajador, la administración y el médico. Por ejemplo, en Suecia donde se introdujo un examen por un médico especialista después de los 28 días de baja en 1995, se produjo un pequeño descenso (11%) en el número de episodios de IT después de los cambios, pero volvió a incrementarse al año siguiente. En relación con el número de días de baja, no hubo ningún cambio, y continuaron incrementándose[67]. Estos resultados ponen en cuestión los beneficios de los cambios normativos dirigidos a la práctica de la certificación del médico de cabecera, ya que se trata muchas veces de síntomas subjetivos, ante los cuales el médico se encuentra con dificultad para aprobar o desaprobar la capacidad del trabajador en cuanto a su trabajo.

En relación con el sistema sanitario, se ha planteado si la **especialidad del médico** (generalista versus especialista en medicina del trabajo) que certifica la IT podría modificar la valoración que se hace de la influencia del problema de salud y de los factores psicosociales sobre la IT, hallando que la influencia significativa de los factores psicosociales (especialmente el control) y la presencia previa de un problema de salud no varía si el trabajador visita un médico de cabecera o un médico especialista en medicina del trabajo[68].

De acuerdo con la revisión hecha hasta aquí, podemos describir un modelo explicativo de la IT que nos ayude a analizar los datos disponibles sobre la IT en Cataluña. Como se puede observar en la figura 2, hay dos niveles de factores que influyen sobre el proceso que conduce desde un problema de salud a una IT. Por un lado, hay un nivel micro o proximales donde se encuentran los factores ligados a las condiciones personales y de trabajo, y por otro lado hay un nivel macro o distales donde se encuentran las condiciones del sistema sanitario y del sistema de protección social, más el mercado laboral. Recientemente se ha publicado un estudio que integra por primera vez estos dos niveles en un mismo análisis. La tasa de IT entre los trabaja-

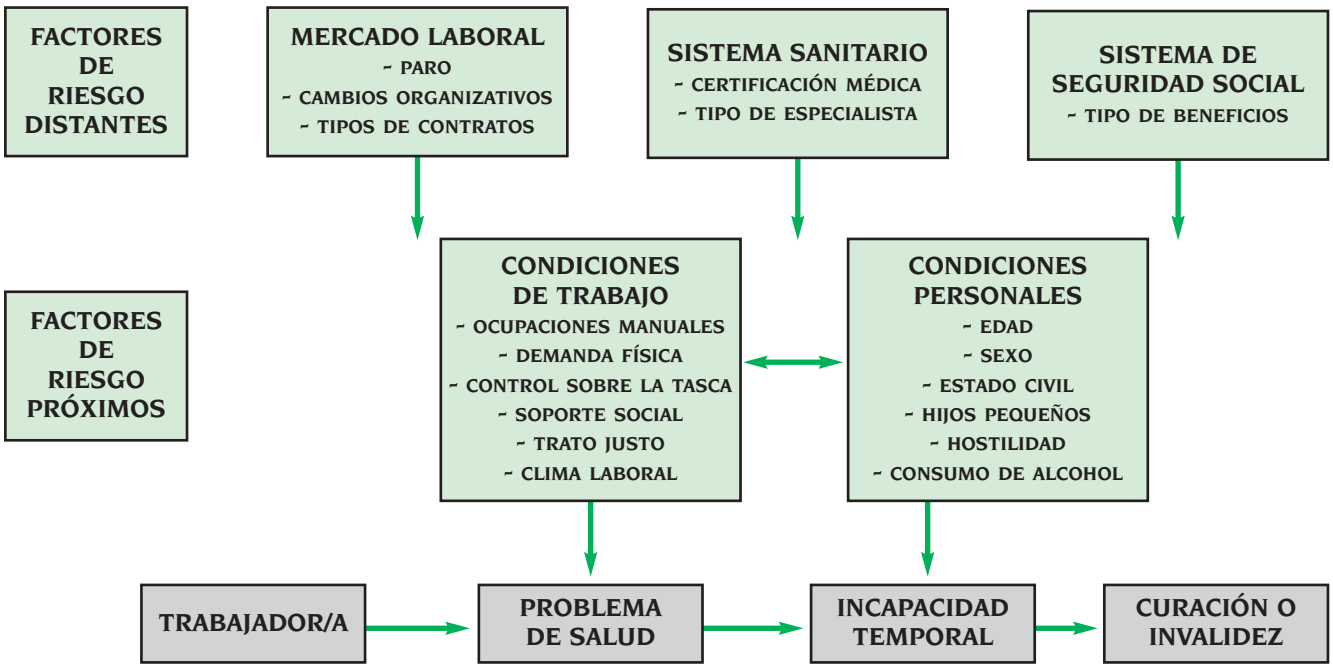
66 Voss M, Floderus B, Diderichsen F. Changes in sickness absenteeism following the introduction of a qualifying day for sickness benefit -findings from Sweden Post. Scand J Public Health 2001;29:166-174.

67 Arrelöv B, Borgquist L, Ljungberg D, Svärdsudd K. The influence of change of legislation concerning sickness absence on physicians' performance as certifiers. A population-based study. Health Policy 2003;63:259-268.

68 Andrea H, Beurskens AJHM, Metsemakers JFM, van Amelsvoort LGPM, van den Brandt PA, van Schayck CP. Health problems and psychosocial work environment as predictors of long term sickness absence in employees who visited the occupational psysician and/or general practitioner in relation to work: a prospective study. Occup environ Med 2003;60:295-300.

dores del ayuntamiento de Nokia, en Finlandia, donde existía una alta tasa de IT , se compara con otros dos ayuntamientos de ciudades donde tenían una menor tasa (un 85% y un 45% más en Nokia), teniendo en cuenta las características socioeconómicas entre las tres ciudades (estatus social de los habitantes, nivel educativo, ingresos, gastos, recursos sanitarios, etc.)[69]. Después de una valoración cualitativa de la estructura social y económica de las tres ciudades, los autores dan la hipótesis de que en Nokia probablemente hay una **actitud** (habitus) diferente hacia el hecho de pedir una baja por enfermedad por ser una ciudad con una clase trabajadora hegemónica, que considera que los beneficios de una IT es un derecho del estado del bienestar, a diferencia de las otras dos ciudades con una población de clases media, en donde no ir al trabajo se valora negativamente. En caso de confirmarse esta hipótesis, la reducción de la frecuencia de IT significa tener que cambiar estas raíces culturales y económicas en la población.

Figura 2. Modelo explicativo de la incapacidad temporal, con los factores de riesgo que hay alguna evidencia sobre su relación con la IT, tanto los ligados con las condiciones de trabajo y personales (factores proximales) como los relacionados con el mercado laboral, el sistema de Seguridad Social y el sistema sanitario (factores distales).



69 Virtanen P, Nakari R, Ahonen H, Vahtera J, Pentti J. Locality and habitus: the origens of sickness absence practices. Soc Sci Med 2000;50:27-39.

Por último, en relación con los **factores pronósticos**, que explican la duración de la IT o la vuelta al trabajo, la investigación es mucho más escasa y está muy centrada en IT por problemas de salud concretos como enfermedades respiratorias o musculoesqueléticas, por lo que es más difícil proponer algún modelo explicativo de carácter general en este momento. Sí que existe alguna evidencia en relación con los problemas de salud concretos. Por ejemplo, en relación con la IT por enfermedades respiratorias (asma, bronquitis, etc.), el seguimiento durante 2 años de 251 trabajadores de dos empresas de construcción holandesas, entre los que hubo 816 episodios de IT, la mayoría de los cuales (67%) vuelven a su trabajo durante la primera semana, las **ocupaciones manuales** en comparación con los trabajos administrativos tardan más en volver al trabajo[70]. En cuanto a la IT por enfermedades musculoesqueléticas, el problema de salud más frecuentemente asociado a la IT, la edad (40-49 años), la **intensidad del dolor** y la **valoración de la capacidad de trabajar** por parte del trabajador son los factores pronósticos más significativos de volver al trabajo durante más de 60 días consecutivos después de haber tenido una IT por dolor de espalda[71]. Pero en relación con cualquier tipo de IT, la edad es el más claro factor pronóstico de la duración de una IT, con una clara relación dosis respuesta: con la edad se incrementa la duración del episodio de IT[72].

Otra perspectiva de este problema es la **dificultad de continuar trabajando** en el mismo puesto después de una IT. Un estudio de seguimiento de 230 trabajadores durante 6 meses, una vez habían vuelto a su trabajo después de un tratamiento por una IT por dolor de espalda con una media de 126 días de baja, el 19% volvía a tener una IT durante este período de seguimiento, la media en los primeros 42 días, y solamente el 50% continuaba trabajando en la misma empresa y en el mismo puesto de trabajo[73].

Finalmente, hay que mencionar, en relación con la duración de la IT, las evidencias disponibles sobre la **efectividad de las intervenciones** sobre la duración de la IT, específicamente por dolor de espalda (prevención secundaria). Una reciente revisión de 12 estudios[74], la mayoría de los cuales son intervenciones individuales basadas en ejercicios físicos y educación sobre técnicas ergonómicas, las denominadas "escuelas de espaldas", ha hallado que este tipo de intervención reduce la duración de la IT entre un 22% y un 44% respecto al grupo control, que únicamente recibe la atención habitual. La limitación principal de estos estudios es que el seguimiento para valorar la efectividad fue demasiado corto (menos de un año). Asimismo, en relación con la duración de la IT por trastornos mentales hay también algunas evidencias que demuestran que interven-

70 Alexopoulos EC, Burdorf A. Prognostic factors for respiratory sickness absence and return to work among blue collar workers and ofice personnel. Occup Environ Med 2001;58:246-252.

71 Reiso H, Nygard JF, Jorgensen GS, Holanger R, Soldal D, Bruusgaard D. Back to work: predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick. A two year follow-up study. Spine 2003;28:1468-1474.

72 Reiso H, Nygard JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability and duration of certified sickness absence. Scand J Public Health 2001;29:218-225.

73 Infante-Rivard C, Lortie M. Relapse and short sickness absence for back pain in the six months after return to work. Occup Environ Med 1997;54:328-334.

74 Elders LAM, van der Beek AJ, Burdorf A. Return to work after sickness absence due to back disorders - a systematic review on intervention strategies. Int Arch Occup Environ Health 2000;73:339-348.

ciones en trabajadores de empresas del sector sanitario basadas en la formación y en cambios organizativos (incrementan la participación en la toma de decisiones y en la resolución de problemas) disminuyen la duración de la IT[75].

Un reciente estudio aleatorio controlado en 192 trabajadores en situación de IT por trastornos mentales menores, donde se hace una intervención a un grupo aleatoriamente asignado (n=109) consistente en dar información sobre las causas de su problema, pedirle que identificara los estreses en su puesto de trabajo y que desarrollara estrategias para hacer frente a estas situaciones, los resultados muestran que hay una reducción significativa en la duración de la baja: 49 días de media en el grupo intervenido versus 70 días en el grupo control[76]. El número de nuevos episodios durante el año posterior a la reincorporación al trabajo fue de 1,8 episodios en el grupo intervenido versus 2,3 (p=0,02) en el grupo control.

5. La incapacidad temporal en Europa

5.1 Introducción

Como hemos visto en el capítulo anterior, en el inicio y la duración de los episodios de IT intervienen cinco grupos de factores de riesgo asociados por un lado a las macroestructuras socioeconómicas del país (mercado laboral, sistema sanitario y sistema de seguridad social) y por otro a las condiciones de trabajo. Además, naturalmente, de las condiciones personales tanto individuales como familiares.

Puesto que las variables no personales pueden ser (y, de hecho, lo son) muy diferentes de un país a otro, incluso dentro de un conjunto relativamente homogéneo como la Unión Europea, es previsible que cuando comparemos entre países los datos de IT disponibles nos encontremos con diferencias importantes. Desgraciadamente estas comparaciones son difíciles de realizar precisamente porque las diferencias aludidas hacen que los datos sobre la IT se recojan con metodologías muy diferentes. En este capítulo recurriremos a las fuentes que hemos podido localizar con el objetivo de valorar donde se sitúan los datos españoles de IT en el contexto europeo.

Según la opinión de la Federation of European Employers[77], "no existen estadísticas sobre el absentismo en Europa que sean fiables, globales y puestas al día". A pesar de ello, la Federación destaca dos grupos de países: los que tienen la incidencia más pequeña de incapacidad temporal (Islandia, Suiza, Luxemburgo, Grecia e Italia) y los que presentan una incidencia mayor (Noruega, Países Bajos, Suecia, Portugal y la Federación Rusa). Según la Federación, la variable que más intensa-

75 Michie S, Williams S. Reducing work related psychological ill health and sickness absence: a systematic literature review. Occup Environ Med 2003;60:3-9.

76 Van der Klink JJL, Blonk RWB, Schene AH, van Dijk FJH. Reducing long term sickness absence by an activating intervation in adjustment disorders: a cluster randomised controlled desing. Occup Environ Med 2003;60:429-437.

77 Federation of European Employers.
http://www.fedee.com/eucompare00754.shtml
Consultat el 15.5.2003

mente determina estas diferencias son las características del sistema de la seguridad social de cada país. En la tabla 1, tomada de Grundeman[78], se han resumido las normas vigentes en cada uno de los Estados de la Unión Europea en relación con la incapacidad temporal; como se puede ver fácilmente, las diferencias entre unos países y otros son muy considerables.

La opinión de la Federación en relación con la no disponibilidad de información de calidad sobre los niveles de incapacidad temporal en Europa es compartida por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo, que en el estudio de Grundeman[78] no se atreve a dar datos comparativos entre Estados de la UE, por falta de datos fiables.

Tabla 1. Características de las prestaciones sociales por incapacidad temporal en diferentes Estados europeos.

País	Exigència de certificat mèdic	Dies de carència	Pagament del sou sencer	Subsidi	
				Percentatge del sou	Durada màxima (setmanes)
Alemanya	Sí	Cap	6 setmanes	80	78
Àustria	Sí	Cap	4-12 setmanes	60	78
Bèlgica	Sí	1	7-30 dies	60	52
Dinamarca	No	Cap	No	Fins a 100	52
Espanya	Sí	3	No	60/75	52/78
Finlàndia	Sí	9	No	70	43
França	Sí	3	No	50-66	52
Grècia	Sí	3	No	50-70	52
Holanda	No	2	No	70	52
Irlanda	No	3	No	Quantitat prefixada	54
Itàlia	Sí	3	No	50-66	26
Luxemburg	Sí	Cap	52 setmanes	100	52
Noruega	Sí	Cap	52 setmanes	100	52
Portugal	Sí	3	No	65	52
Regne Unit	Sí	3	No	Quantitat prefixada	28
Suècia	Sí	1	No	75	No s'aplica

Font: Gründemann RWM, van Vuuren CV. (2)

El hecho de que no se disponga de unas estadísticas completas y fiables tanto a nivel europeo como de cada uno de los Estados, ni tan solo de la Unión Europea, no quiere decir que no haya información. Esta existe, si bien no con la calidad y la comparabilidad que sería deseable.

78 Gründemann R.W.M., van Vuuren C.V. Preventing absenteeism at the workplace. European Research Report. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Luxembourg, 1997.

5.2 Datos comparativos entre países

Debido a la falta de datos estadísticos, los estudios comparativos disponibles se basan en dos encuestas: las encuestas nacionales de población activa y la encuesta europea de condiciones de trabajo que hace regularmente la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo con sede en Dublín.

Se han localizado tres estudios recientes que comparan la incidencia de la incapacidad temporal entre diversos países europeos (y algunos de fuera de Europa) a partir de la información contenida en la base de datos sobre las encuestas de población activa (Labour Force Surveys) que, con el nombre de Luxembourg Employment Study (LES), mantiene el Centre D'Études de Populations, de Pauvreté et des Politiques Socio-Economiques CEPS/INSTEAD, un centro público de investigación que pertenece al gobierno de Luxemburgo.

Las encuestas de población activa tienen una metodología relativamente parecida en diferentes países, en particular en los de la Unión Europea, donde están reguladas por el Reglamento 577/98 del Consejo, relativo a la organización de una encuesta por muestreo sobre la población activa de la Comunidad (diario oficial L-77 del 14 de marzo).

En estas encuestas hay una cuestión en la que se pregunta a los encuestados que trabajaron la semana de referencia (la semana antes de la encuesta) si faltaron al trabajo por enfermedad o accidente profesional y, en ciertos países, cuántas horas duró esta ausencia. La respuesta es pues una medida de la incapacidad temporal por cualquier causa, si bien solo para la semana de referencia. Que se incluyan las incapacidades de origen profesional no afecta sensiblemente a las conclusiones en relación con el objeto de este estudio, que es la incapacidad temporal de origen común, pues en general las primeras representan una proporción relativamente pequeña del conjunto de la incapacidad temporal.

El primero de los trabajos que hemos mencionado es de los noruegos Trond Blijsvaer y Anne Helliesen[79], que destacan que una de las limitaciones de sus resultados proviene de que la redacción de la cuestión mencionada más arriba no es siempre exactamente igual en todos los países. Los resultados obtenidos, para los países analizados, se indican en la figura 1, como el porcentaje de trabajadores entre 20 y 64 años de edad que estuvieron en situación de incapacidad temporal *toda la semana de referencia*: miden pues la *prevalencia* de la incapacidad temporal. Hay que señalar que los datos no corresponden todos al mismo periodo; la figura 1 indica el año al que corresponden los datos de cada país.

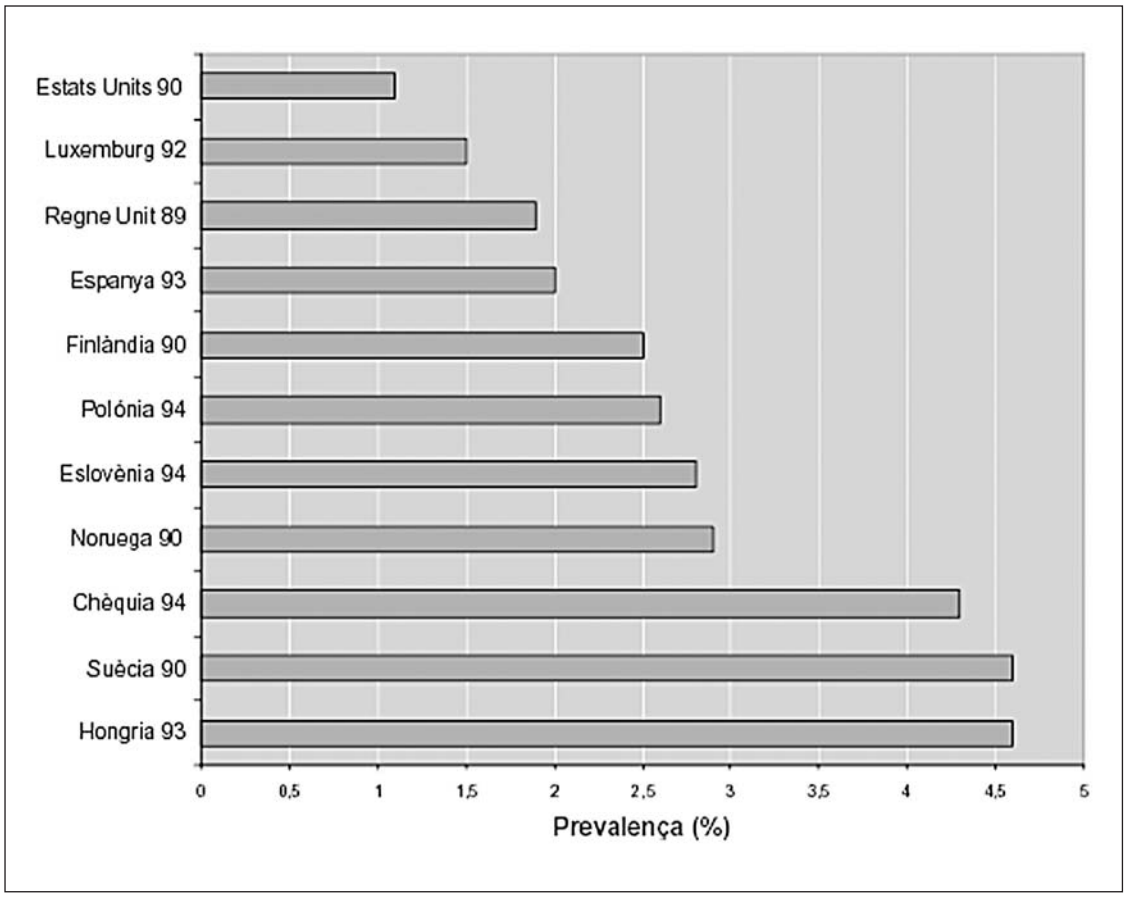
A pesar de la abundancia de la literatura que concluye que los niveles de incapacidad temporal son "proporcionales" a la "generosidad" de la seguridad social, como por ejemplo se manifiesta desde el Swedish Institute for Social Research[80], los datos de la figura 1 no confirman esta hipótesis (pero tampoco la desmienten). Así,

79 Bliskvær, T., Helliesen, A. Sickness Absence. A study of 11 LES Countries. Norwegian Social Research.1997. http://www.lisproject.org/publications/leswps/leswp3.pdf. Consultat el 15.05.2003.

80 Kangas, O.The Politics of Social Rights. Stockholm: Swedish Institute for Social Research, 1991

el país con una prevalencia más alta es Suecia, que tiene un sistema de seguridad social muy "generoso", pero Hungría, con un sistema muy poco favorable, tiene una prevalencia idéntica a la sueca. En el otro extremo, Reino Unido y Estados Unidos tienen prevalencias muy bajas y sistemas de seguro muy limitados, pero Luxemburgo, con uno de los sistemas más "generosos", tiene también una prevalencia muy baja. Parece claro que la facilidad para acceder a las prestaciones de la seguridad social forma parte de la explicación, pero difícilmente puede ser "toda" la explicación.

Figura 1. Prevalencia de incapacidad temporal en diferentes países en los años que se indican



Estas importantes diferencias globales se acentúan todavía más cuando se analizan diferentes sectores de población. Así, en el grupo de trabajadores de más de 55 años, se aprecian diferencias muy grandes entre países que, en cambio, son más reducidas entre el colectivo de menos de 55 años (tabla 2); en cambio, entre hombres y mujeres las diferencias no son tan marcadas, aunque en conjunto se aprecia una prevalencia ligeramente superior en las mujeres, excepto en España y Luxemburgo, donde se produce a la inversa (tabla 3).

Tabla 2. Prevalencia (porcentajes) de incapacidad temporal entre trabajadores de 20 a 64 años de once países.

PAÍS (ANY)	55-64 ANYS	20-54 ANYS
Xèquia (94)	4,6	4,3
Eslovènia (94)	3,0	2,8
Espanya (93)	4,8	1,5
Estats Units (90)	1,5	1,1
Finlàndia (90)	5,4	2,2
Hongria (93)	4,6	4.7
Luxemburg (92)	1,7	1,5
Noruega (90)	5,7	2,5
Polònia (94)	2,6	2,6
Regne Unit (89)	3,3	1,7
Suècia (90)	8,1	4,0

Font: Bliskvær, T., Helliesen, A.3

Como es previsible, las diferencias se acentúan si la segmentación se hace por género y por edad simultáneamente y, así, se observa (tabla 3) que las mujeres de más de 55 años tienen una prevalencia quince veces más grande en Suecia que en Eslovenia: entre los hombres de 20 a 54 años, la diferencia máxima es de cuatro veces, evidenciando las grandes diferencias entre estados. Según estos datos, a principios de los años noventa España era uno de los países con menos prevalencia en la población trabajadora de 20 a 54 años, pero superaba la media por el colectivo de 55 a 64 años, tanto en hombres como en mujeres.

Tabla 3. Prevalencia (porcentajes) de incapacidad temporal en hombres y mujeres de once países por grupos de edad

PAÍS (ANY)	20-54 ANYS		55-64 ANYS		TOTAL	
	HOMES	DONES	HOMES	DONES	HOMES	DONES
Xèquia (94)	3,6	5,0	4,8	4.1	3,7	5,0
Eslovènia (94)	2,6	3,0	4,1	0,6	2,7	2,9
Espanya (93)	1,5	1,5	4,9	4,5	2,1	1,9
Estats Units (90)	0,9	1,3	1,4	1,5	1,0	1,3
Finlàndia (90)	1,9	2,5	6,1	4,7	2,3	2,5
Hongria (93)	3,9	5,4	5,4	3,1	4,1	5,3
Luxemburg (92)	1,5	1,4	1,8	1,6	1,6	1,4
Noruega (90)	2,1	2,9	4,9	6,8	2,5	3,4
Polònia (94)	2,4	2,8	2,8	2,3	2,4	2,8
Regne Unit (89)	1,5	2,1	3,2	3,4	1,7	2,2
Suècia (90)	3,0	5,1	7,2	9,1	5,6	3,6

Font: Bliskvær, T., Helliesen, A.3

En cuanto a las diferencias en función de la situación familiar, a la que a menudo se atribuye el exceso de absentismo de las mujeres en relación con el de los hombres (tabla 4), España vuelve a destacar por sus bajos valores, que son los mínimos en el caso de las mujeres solteras, tengan o no hijos, y en el caso de las que viven en pareja sólo Estados Unidos y Luxemburgo presentan prevalencias inferiores a las españolas.

Tabla 4. Prevalencia (porcentajes) de incapacidad temporal para las mujeres entre 20 y 44 años, según la situación familiar.

País (any)	Solteres		Amb parella	
	Sense fills	Amb fills	Sense fills	Amb fills
Xèquia (94)	2,6	4,0	5,8	4,0
Eslovènia (94)	1,6	1,9	4,3	2,6
Espanya (93)	0,6	0,6	2,0	1,5
Estats Units (90)	1,0	1,2	1,2	1,4
Hongria (93)	4,0	3,3	5,6	4,8
Luxemburg (92)	0,8	1,3	1,6	1,5
Noruega (90)	1,2	5,5	3,6	1,7
Polònia (94)	1,4	3,0	4,0	2,3
Regne Unit (89)	1,2	1,1	2,0	1,8
Suècia (90)	3,4	7,3	5,2	4,2

Font: Bliskvær, T., Helliesen, A.3

El segundo estudio es el de Barmby, Ercolani y Treble[81], tres conocidos especialistas ingleses en el tema de la IT. Barmby y sus colaboradores parten de los mismos datos que Blijsvaer y Helliesen, pero no incluyen sólo las personas que han estado ausentes del trabajo *toda la semana*, sino que incluyen *todas las ausencias, cualquiera que sea la duración*. Ello les permite utilizar una medida de la IT quizás más realista, pues definen el *índice de horas perdidas por IT* (absence rate) como el porcentaje de horas contratadas que los trabajadores han estado ausentes. En contrapartida, sólo pueden contar con ocho países, pues para los otros la información necesaria no estaba disponible. No se incluyeron, respecto a los resultados de Blijsvaer y Helliesen, Finlandia, Hungría, Noruega, Polonia y Estados Unidos, pero en cambio se añadió Canadá, Francia y Suiza.

Como Barmby et al miden la IT con una unidad diferente que Blijsvaer y Helliesen, sus resultados no son numéricamente comparables, pero si se compara en ambas clasificaciones el orden de los diferentes países por los cuales los datos de los dos estudios corresponden al mismo año, se observa que el "ranking" es parecido, lo que demuestra que los resultados, aunque no sean directamente comparables, no ponen de manifiesto una incoherencia radical (tabla 5)

81 Barmby, T.A., Ercolani, M.G., Treble, J.G.Sickness Absence: An International Comparison. Luxembourg Employment Study. Working Paper No. 18. http://www.lisproject.org/publications/leswps/leswp18.pdf. Consultat el 18.05.2003.

Tabla 5. Clasificación de cinco países en orden decreciente de incapacidad temporal

País	Nº d'ordre segons Barmby	Nº d'ordre segons Bliskvær
Suècia 90	1	1
Eslovènia 94	2	2
Regne Unit 89	3	4
Espanya 93	4	3
Luxemburg 92	5	5

Barmby y sus colaboradores observan también (tabla 6) que el absentismo español es uno de los más bajos; solamente lo tienen inferior Luxemburgo en el caso de las mujeres, y Luxemburgo y Suiza en el de los hombres.

Tabla 6. Índice de horas perdidas por incapacidad temporal por país y género

PAÍS (any)	Dones	Homes
Canadà (97)	3,83	2,58
Xèquia (94)	4,75	3,34
Eslovènia (94)	3,48	3,62
Espanya (93)	2,47	2,49
França (97)	2,76	2,49
Luxemburg (92)	1,62	1,92
Regne Unit (89)	3,87	2,91
Suècia (90)	8,42	5,13
Suïssa (97)	2,69	1,40

Font: Barmby, T.A., Ercolani, M.G., Treble, J.G.[81]

En relación con la situación familiar (casado-no casado, no hay información sobre la existencia o no de hijos) y el género, considerados en conjunto, España también tiene una situación atípica, en relación con el conjunto de los nueve países estudiados, pues lo que marca la diferencia es fundamentalmente la situación familiar, cuando para el conjunto es el género (figura 2, en la página siguiente).

El tercero de los trabajos estudiados (figura 3, en la página siguiente) ha sido elaborado por Sisko Bergendorff et al.[82], y estudia los países siguientes: Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Holanda, Noruega, Suecia y Reino Unido.

Igual que los dos anteriores, se basa en los datos de las encuestas de población activa, pero en lugar de limitarse a comparar situaciones puntuales (y además no coinci-

82 Bergendorff, S. Sickness absence in Europe - a comparative study. 4th International Research conference on Social Security. Antwerp 5-7 May 2003. http://www.issa.int/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf. Consultat el 23.05.2003.

Figura 2. Comparación de los valores del índice de horas perdidas por incapacidad temporal entre España y el conjunto de los nueve países de la tabla 6.

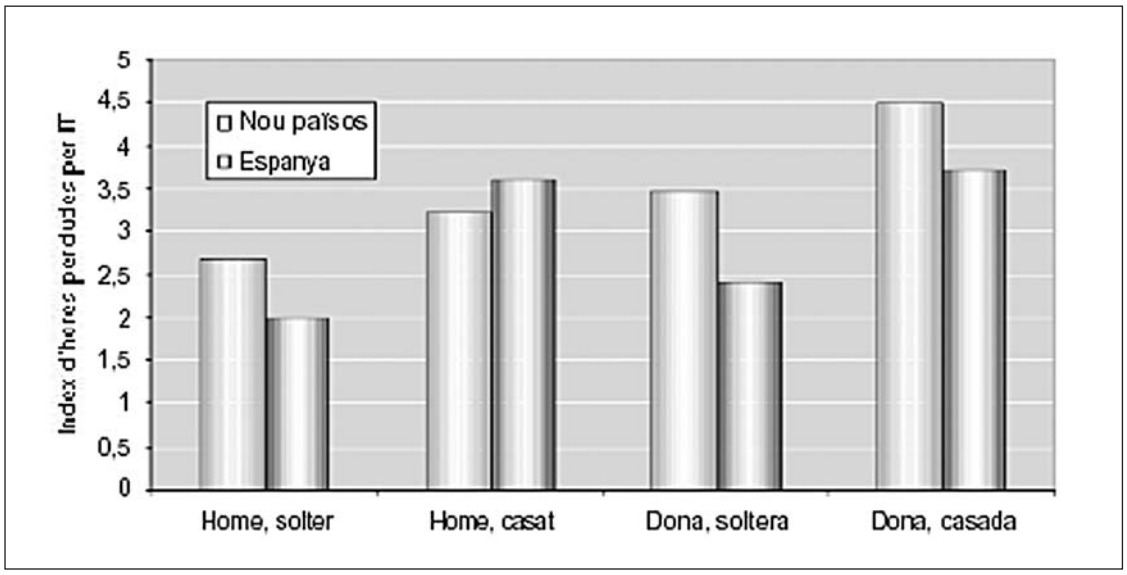
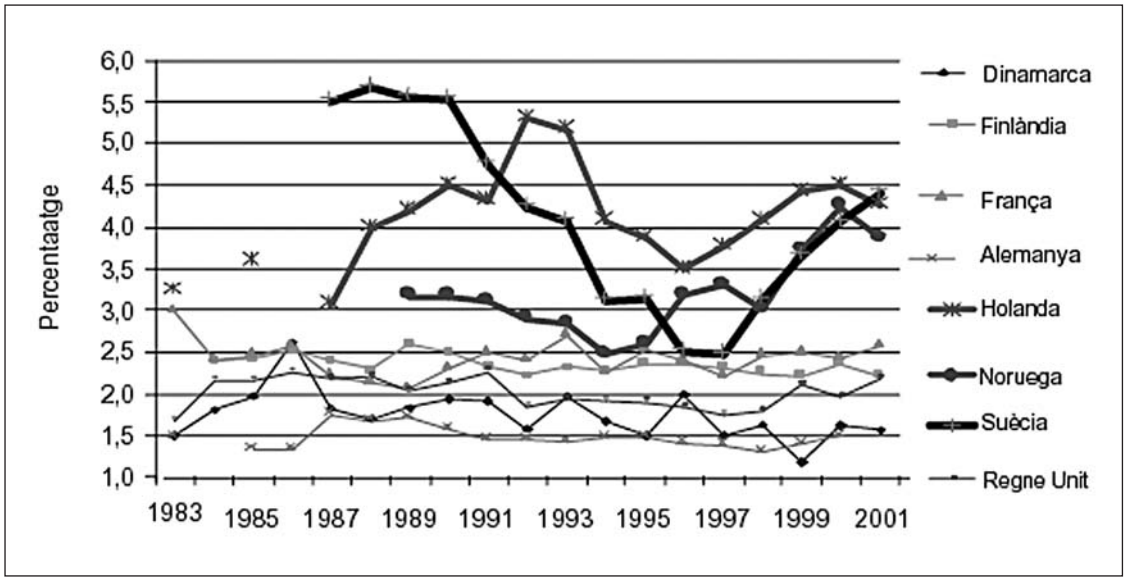


Figura 3. Prevalencia de IT de duración superior a cinco días en trabajadores de 20 a 64 años de ocho estados de la Unión Europea. 1983-2001



dentes en el tiempo), Bergendorff hace un estudio retrospectivo que se extiende desde 1983 hasta 2001. Como Bliksvaer y Helliesen, Bergendorff sólo considera las ausencias que afectan a toda la semana de referencia y, por tanto, no incluye las ausencias de menos duración. Según el estudio de Barmby y otros ello conduce casi con toda seguridad a resultados desviados a la baja. Cabe indicar que el trabajo de Bergensdorff no tiene como objetivo directo la comparación de la IT entre los países estudiados, sino la verificación de si el importante aumento de la IT que se ha pro-

ducido en Suecia en los últimos años es un fenómeno aislado o se ha producido también en otros países europeos.

El porcentaje de trabajadores en situación de IT en el periodo 1983-2001 en los países estudiados se muestra en la figura 3. En Noruega este valor oscila entre el 2,5 y el 4,3%, en Suecia entre el 2,5 y el 5% y en Holanda entre el 3 y el 5,3%. La variación a lo largo del tiempo es mucho más pronunciada en estos tres países que en los otros, que se han mostrado mucho más estables. En Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania y Reino Unido, menos del 2,5% de los trabajadores están de baja en un momento determinado a lo largo de todo el periodo. Alemania tiene los valores más bajos, menos del 1,5% desde 1991.

Se ve claramente que la IT ha aumentado rápidamente en Suecia, Noruega y Holanda en la segunda mitad de los noventa, sin llegar, sin embargo, a los niveles del final de los ochenta en Suecia y de principios de los noventa en Holanda. Para los otros cinco países no hay una tendencia evidente.

Bergendorff revisa la influencia de las variables habituales (edad, género) sobre la prevalencia de IT, obteniendo resultados previsibles; valores más altos en mujeres que en hombres (con la excepción de Alemania), y en la gente mayor más prevalencia que en los jóvenes. Considera también, pero solamente de manera cualitativa, otras variables teóricamente de interés en relación con la IT. Respecto al estado general de salud concluye que los indicadores disponibles (esperanza de vida al nacer o a los 65 años, obesidad, consumo de tabaco o alcohol) no justifican diferencias apreciables en la IT, y que precisamente los países que tienen prevalencias más elevadas son los que tienen mejores indicadores de salud.

Respecto a las condiciones de trabajo, Bergendorff toma como referencia las encuestas europeas sobre condiciones de trabajo que realiza la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo[83] para concluir que "no existe una correlación clara entre las condiciones de trabajo y la prevalencia de IT en los diferentes países".

El último aspecto que Bergendorff considera es la cobertura de la IT por parte de los sistemas de seguridad social, entre los que encuentra diferencias importantes pero no analiza sus repercusiones sobre los niveles nacionales de IT. Concluye, sin embargo, que los sistemas más generosos (sic) son los de Suecia, Noruega y Holanda y los que lo son menos, los de Francia y Reino Unido.

En todas partes, sin embargo, existen ciertas medidas de control, como la exigencia de certificado médico, aunque el plazo en el que es obligatorio varía mucho de unos países a otros (en Finlandia, por ejemplo, es obligatorio desde el primer día). Otros factores importantes de diferencia se encuentran en las actuaciones preventivas y de control de la duración. En Alemania y Finlandia, por ejemplo, el sistema sanitario desarrolla acciones de promoción de la salud con el objetivo específico de reducir la

83 Paoli, P., Merllié, D. Third european survey on working conditions 2000. Luxembourg. Office for Official Publications of the EC. 2001.

IT. En Francia se practica un control estricto de las personas que están de baja, incluyendo visitas a domicilio, y se penaliza a los médicos que dan "demasiadas" bajas.
Estos breves ejemplos muestran como el sistema sanitario y el de seguro de IT pueden utilizar diferentes mecanismos orientados a mantener los niveles de IT dentro de márgenes financieramente soportables. Estos mecanismos, indudablemente, tienen efectos importantes sobre los niveles de incapacidad temporal.
La Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo[84] incluye preguntas que hacen referencia a los días que el trabajador ha estado ausente del trabajo durante el año anterior, sea por causas relacionadas con el propio trabajo o por razones no relacionadas con el trabajo. Para el conjunto de los quince países de la Unión Europea, el 33,2% de los hombres trabajadores manifiestan haber estado ausentes del trabajo algún día durante los doce meses anteriores por razones de salud no relacionados con el trabajo; el 20,6% faltaron entre 1 y 7 días; el 8% entre 7 y 15 días; y el 4,5% más de 15 días. Para las mujeres las cifras correspondientes son el 38,8%, distribuido entre un 23,2, un 9,6 y un 6% respectivamente por cada uno de los tres márgenes de duración. La media de días de ausencia fue de 3,81 días para los hombres y de 5,11 para las mujeres. El detalle por países se indica en la tabla 7 donde se observa, como anteriormente, que España tiene unos niveles de IT de los más bajos de la Unión Europea, tanto en porcentaje de ausentes como en duración media, tanto por hombres como por mujeres.
La Encuesta Europea permite también comparar el número de días no trabajados por razones que los trabajadores consideran imputables al trabajo (accidentes y enfermedades) con el de días de IT común[84]. Los resultados se indican en la tabla 8.
España, junto con Francia y Luxemburgo, se destacan del resto porque los trabajadores masculinos consideran que están más días ausentes por causas imputables al trabajo que por razones no laborales. En concreto, los trabajadores españoles creen que el 62,7% de los días que están ausentes son imputables a problemas de salud producidos por el trabajo.
Para las mujeres, en cambio, la situación es inversa: España con un porcentaje de días perdidos imputable al trabajo del 30,5% se sitúa en la banda baja, junto con Italia e Irlanda (25%), Dinamarca (28,9%), cuando los demás se sitúan entre el 38 y el 49%.
En resumen, tanto los estudios de Bliskvaer y Helliesen como los de Barmby muestran que, a principios de los noventa, los niveles de IT españoles se situaban, en el conjunto europeo, en la banda baja, con una prevalencia alrededor del 2-2,5%. Las características de la IT española eran, además, relativamente excepcionales, pues para las mujeres era incluso ligeramente inferior a la masculina; en España, en aquel momento, era más determinante de la IT la situación familiar (los casados tenían más IT que los solteros) que el género, quizás debido a la relativamente pequeña participación de las mujeres en el mercado de trabajo, una de las más bajas de Europa.

84 Gimeno, D., Benavides, F.G., Benach, J., Amick III, B.C. Distribution of sickness absence in the European Union countries. Pendent de publicació.

Tabla 7. Distribución de la incapacidad temporal entre los países de la Unión Europea según la Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo, 2000

País	Homes		Dones	
	Percentatge absents algun dia	Absència mitja, dies/any	Percentatge absents algun dia	Absència mitja, dies/any
Alemanya	40,6	4,74	42,9	4,17
Àustria	38,4	5,29	34,8	3,79
Bèlgica	33	4,04	33,5	4,99
Dinamarca	50,4	3,74	57,2	6,86
Espanya	18,8	1,76	21,8	3,1
Finlàndia	46,2	4,85	52,1	6,05
França	20,3	2,73	24,8	4,85
Grècia	16,9	1,61	19,3	1,86
Holanda	44,1	6,96	44,5	9,24
Irlanda	29,5	2,32	40	3,3
Itàlia	40	4.46	46,6	5,17
Luxemburg	30,2	2,72	35,9	4,27
Portugal	16,7	4,63	23,2	4,64
Regne Unit	31	2,99	34,9	4,06
Suècia	45,2	4,5	54,1	7,13

Tabla 8. Distribución de la incapacidad temporal por razones laborales y no laborales entre los países de la Unión Europea según la Encuesta Europea sobre Condiciones de Trabajo, 2000

País	Homes		Dones	
	Absència mitja, laboral, dies/any	Absència mitja, no laboral, dies/any	Absència mitja, laboral, dies/any	Absència mitja, no laboral, dies/any
Alemanya	3,82	4,74	2,57	4,17
Àustria	4,22	5,29	5,17	3,79
Bèlgica	3,93	4,04	3,55	4,99
Dinamarca	2,09	3,74	2,78	6,86
Espanya	2,98	1,76	1,36	3,1
Finlàndia	5,06	4,85	5,27	6,05
França	4,44	2,73	3,11	4,85
Grècia	1,48	1,61	1,42	,86
Holanda	6,51	6,96	9,03	9,24
Irlanda	1,40	2,32	1,11	3,3
Itàlia	1,66	4.46	1,73	5,17
Luxemburg	6,49	2,72	2,80	4,27
Portugal	4,35	4,63	2,95	4,64
Regne Unit	2,31	2,99	1,93	4,06
Suècia	4,92	4,5	5,17	7,13

Las largas series del estudio de Bergensdorff muestran dos grupos de países claramente diferenciados respecto a la prevalencia de las ausencias superiores a cinco días: por un lado Suecia, Holanda y Noruega que no solamente se han movido "siempre" en niveles de prevalencia superiores a 2,5 sino que, en el periodo 1997-2001 han sufrido aumentos espectaculares hasta situarse en niveles del 4-4,5%. Por otro lado, se encuentran un grupo de países relativamente "estables" (Dinamarca, Finlandia, Francia, Reino Unido y Alemania), con prevalencias que varían poco a lo largo del tiempo y se encuentran entre el mínimo de Alemania (1,5) y el máximo de Finlandia (2,5).

Los datos de la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo coinciden a grandes rasgos con los estudios anteriores y muestran que en el año 2000 España continuaba teniendo uno de los niveles de IT más bajos de toda la Unión Europea.

Como es lógico, los datos nacionales que veremos a continuación, cuando están disponibles, dan valores más altos que los estudios de Bergensdorff porque incluyen normalmente todas las ausencias, cualquiera que sea su duración.

5.3 Datos nacionales

Algunos países europeos publican información sobre sus niveles de incapacidad temporal, si bien las metodologías son bastante diferentes y por tanto la comparabilidad, como ya hemos dicho, dificultosa; en general las fuentes originarias son los sistemas de seguridad social. A continuación recogeremos algunos datos sobre los países de los que se ha podido obtener información.

Noruega

El país europeo del que existe una mejor información disponible en inglés sobre la incapacidad temporal es, sin duda, Noruega. Su organismo público encargado de las estadísticas publica trimestralmente en su página electrónica[85] una considerable cantidad de información sobre la evolución de la IT. Estos datos se elaboran en colaboración con la seguridad social, lo que comporta que los resultados tengan la doble garantía de la fiabilidad del origen y la profesionalidad en el tratamiento. El volumen de IT lo miden como el porcentaje de los días que se tenían que trabajar (jornada teórica) en los que no se ha trabajado por enfermedad; utilizan pues la misma definición que Barmby[86]. Los datos globales, separados por hombres y mujeres para los últimos trimestres se presentan en la figura 4. También está disponible la prevalencia al final de cada trimestre, cuyos datos se presentan en la figura 5.

85 Norway Statistics
http://www.ssb.no/sykefra_en/about.html. Consultat el 17.05.2003.

86 Statistics Nederland
http://www.cbs.nl/en/publications/articles/webmagazine/2002/0964k.html
http://www.cbs.nl/en/figures/keyfigures/sip_000z.htm
Consultats el 15.5.2003

Figura 4. Porcentaje de días laborables en situación de incapacidad temporal en Noruega, por hombres, mujeres y total por trimestre, 2000-2002.

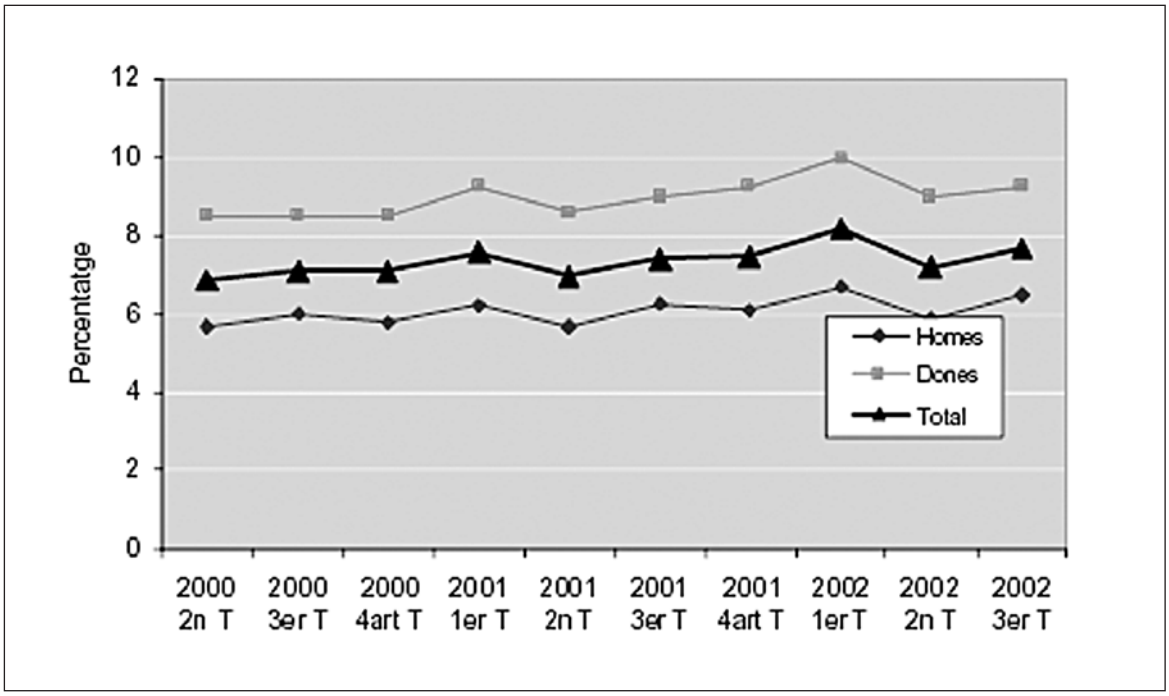
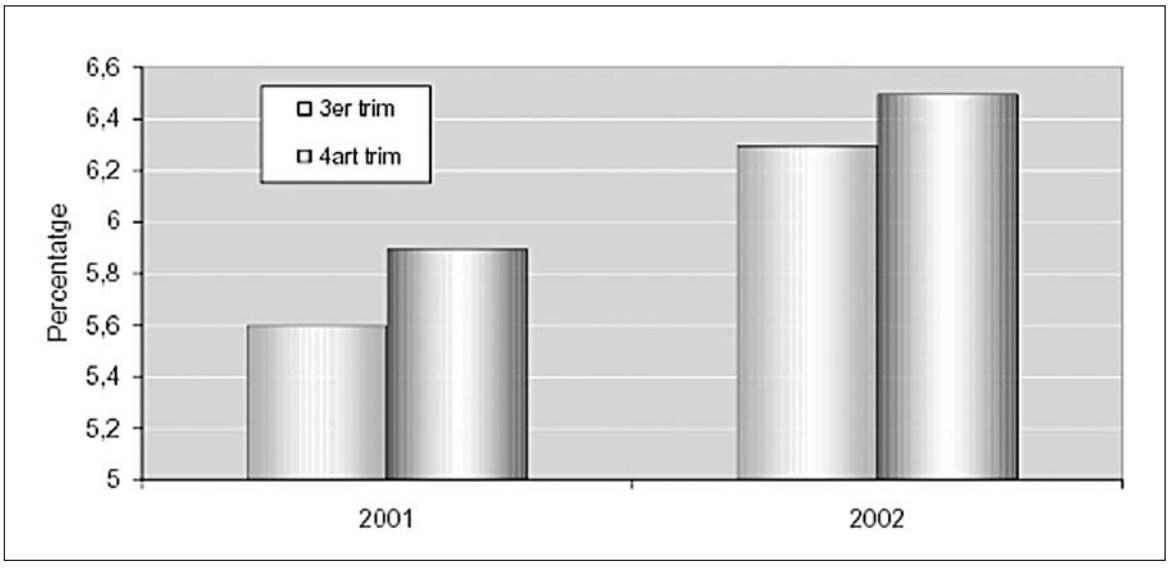


Figura 5. Prevalencia de incapacidad temporal en Noruega, 3r y 4º trimestre de 2001 y 2002.

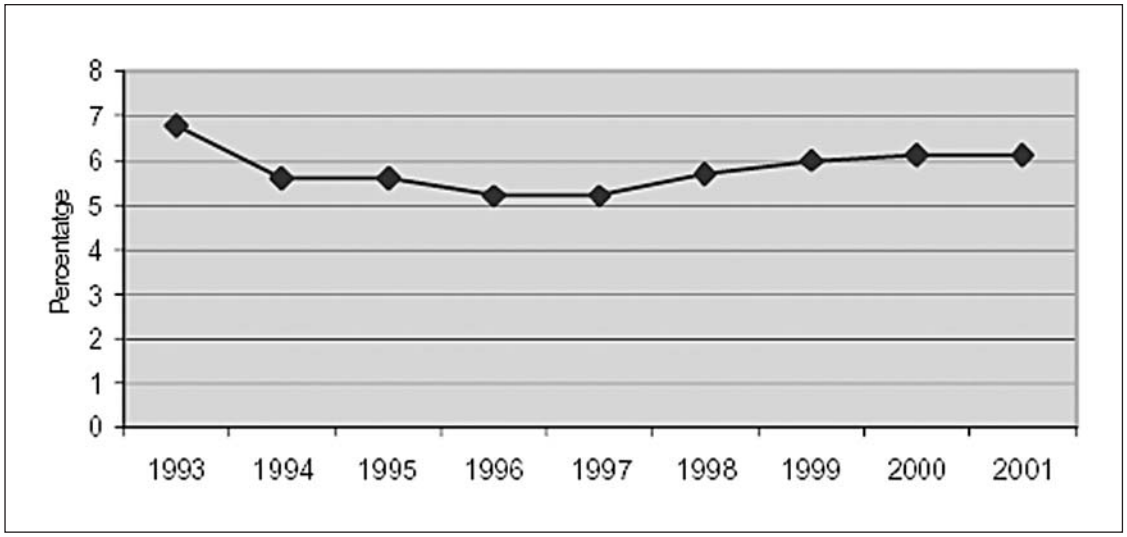


Holanda

Según el instituto estadístico oficial holandés[86], en el año 2001 la prevalencia media (porcentaje de trabajadores de baja un día cualquiera) en el sector privado fue del 6,1%, un nivel parecido al del año 2000. La evolución desde 1993 en adelante se indica en la figura 6, que muestra una tendencia a la estabilización en los últimos tres años. Los datos incluyen no solamente las bajas por enfermedad sino también las de maternidad.

El sector con la mayor prevalencia son los servicios sanitarios y sociales públicos, con el 8,9%, el de menor, en la agricultura con el 3,7%. La dimensión de la empresa es un factor decisivo: en el año 2001 en las grandes empresas la prevalencia fue del 8%, en las medianas del 5,2 y en las pequeñas del 3,3%.

Figura 6. Prevalencia de la incapacidad temporal en el sector privado en Holanda, 1993-2001



Alemania

Como es habitual, Alemania dispone de largas series estadísticas[87] que, en este caso se refieren también a la prevalencia en el mes de julio (figura 7). Desde 1991 los datos incluyen también los territorios de la antigua Alemania del Este (Neue Länder). En relación con el coste de la IT uno de los parámetros más significativos es el número medio de días de ausencia por trabajador. Los valores correspondientes por Alemania entre 1992 y 2001[88], se pueden ver en la figura 8, que muestra una tendencia descendiente a lo largo del periodo, desde 11 días a 9 días.

86 Statistics Nederland
http://www.cbs.nl/en/publications/articles/webmagazine/2002/0964k.html
http://www.cbs.nl/en/figures/keyfigures/sip_000z.htm
Consultats el 15.5.2003

87 Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
http://www.bmgs.bund.de/archiv/presse_bmgs/presse2001/m/83.htm. Consultat el 27.5.2003

88 IAB Kurzbericht Ausgabe Nr.1/14.2.2001. Tabelle 2a.
http://doku.iab.de/kurzber/2001/kb0101.pdf. Consultat el 30.05.2003.

Figura 7. Prevalencia de la incapacidad temporal en Alemania en julio, 1974-2000.

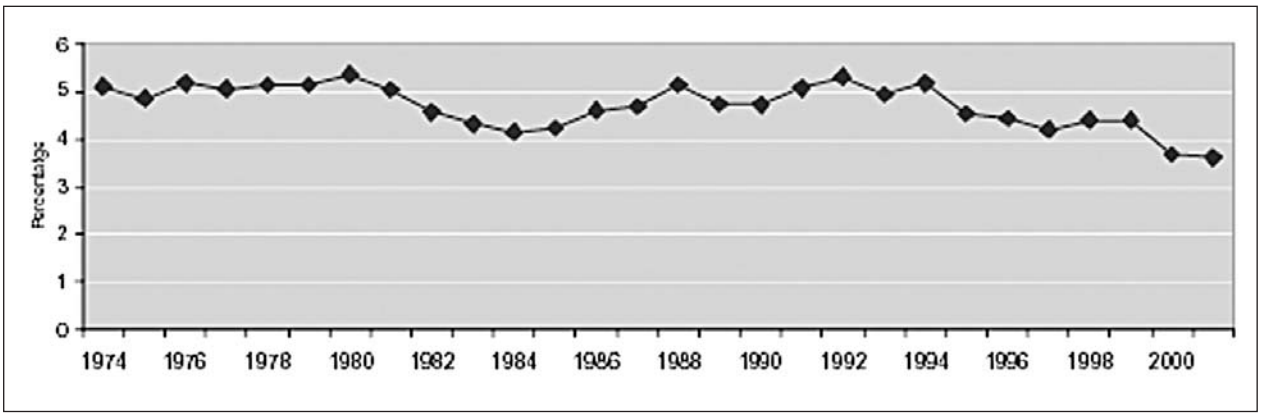
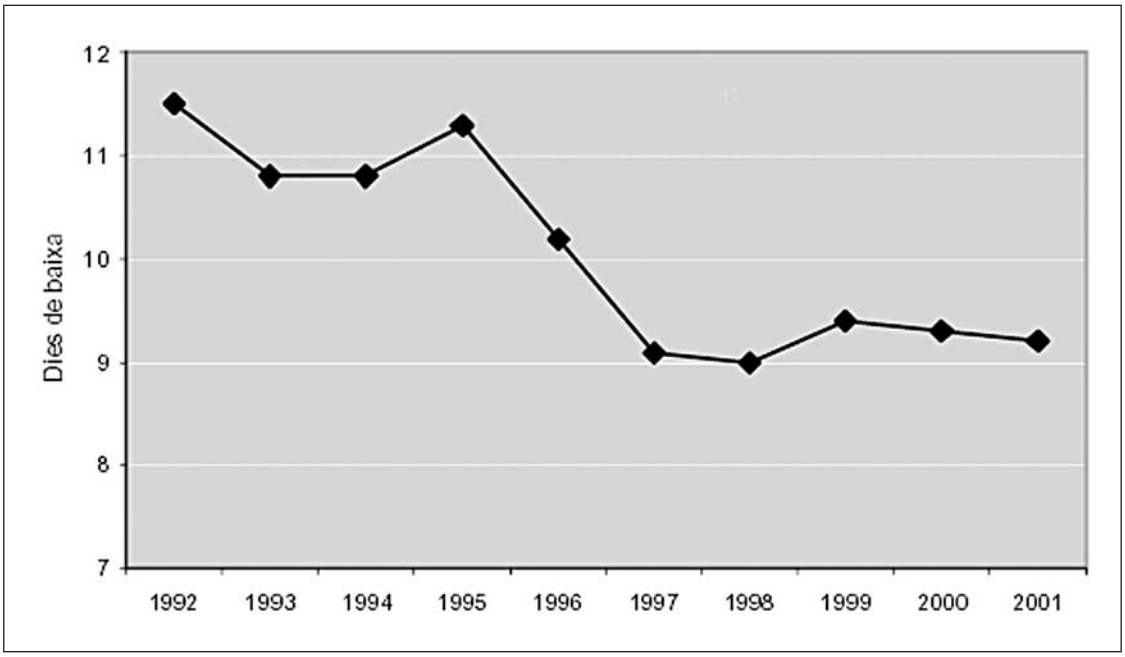


Figura 8. Media anual de días de baja por incapacidad temporal por persona en Alemania, 1992-2001.



Reino Unido

En el Reino Unido la principal fuente de información sobre los niveles de IT son las encuestas que la patronal Confederation of British Industries (CBI) realiza cada año entre sus asociados; para la CBI el problema de la IT es de gran importancia porque en el Reino Unido el subsidio de IT, aunque es pequeño, se paga íntegramente por los empresarios durante los primeros siete meses de baja.

El estudio correspondiente a 1996[89] indicaba que la media de días que cada empleado británico estaba de baja era de 8,4 días laborables, lo que representaba el 3,7% del tiempo de trabajo. El sector público presentaba una IT mayor (10,2 días/empleado) que el privado (7,3 días/empleado). El coste resultante era de 1400 euros/año por empleado, con un total de 31 mil millones de euros.

Los datos correspondientes a 1997[90] indicaban una dispersión importante entre los días perdidos al año por persona según el sector de actividad y también que el absentismo era mayor en el sector público que en el privado. El coste fue de 11 mil millones de libras esterlinas, una disminución apreciable respecto al año anterior. En 1998 el consumo medio de IT fue de 8,5 días por trabajador[91], y en 1999 se redujo hasta 7,8 días por trabajador[92].

El mismo estudio, correspondiente al año 2000[93], indicaba que la ausencia por individuo había bajado hasta 7,8 días por trabajador, el coste medio se había reducido hasta 434 libras/año por empleado, que globalmente representaban 10,7 mil millones de libras. Las grandes empresas (más de 5000 trabajadores) presentaron un absentismo mucho más grande que las pequeñas: 9 días/empleado/año en las grandes por 5,9 en las pequeñas (menos de 50 trabajadores). Las diferencias interregionales fueron grandes: 12 días en el Gran Londres, 11 en Irlanda del Norte, pero sólo 8 en East Midlands y 7 en el South East.

El estudio del año 2001 registró los datos más bajos desde 1987 (fecha del primer estudio): 7,1 días/año por empleado. Asimismo el coste global creció (debido al aumento de la ocupación) hasta llegar a los 11,8 mil millones de libras, un diez por ciento más que en el año anterior. Las ausencias de los trabajadores manuales continuaron siendo más elevadas (8,8 días/año) que las de los trabajadores de "cuello blanco" (5,5 días/año). Las tendencias según la dimensión de empresa fueron enfrentadas: en las pequeñas (menos de 50 trabajadores) el absentismo bajó hasta situarse en 4,5 días/año por empleado; en las grandes, subió hasta 9,6 días/año.

Un aspecto interesante es que la nota de la patronal pone de manifiesto, en primer lugar, que los empresarios creen que la mayor parte del absentismo corresponde a enfermedades "auténticas", lo que no quiere decir que no se pueda hacer nada para reducir el alcance del fenómeno. De hecho, según el estudio de la CBI[94], en las empresas donde la dirección se toma la reducción del absentismo como un objetivo, las cifras resultantes son casi un tercio inferiores a las que se encuentran en las empre-

89 European industrial relations observatory on-line. http://www.eiro.eurofound.ie/1997/05/Feature/UK9705127F.html. Consultat el 30.6.2003.

90 Sick of work. The Economist, October 8 th ,1998.

91 The CBI magazine. News release http://www.cbi.org.uk/ndbs/press.nsf/33a87f2eee41b54e80256803004f04e4/bf04a22de2bb376380256b9e0050bbe0?OpenDocument. Consultat el 25.08.2003

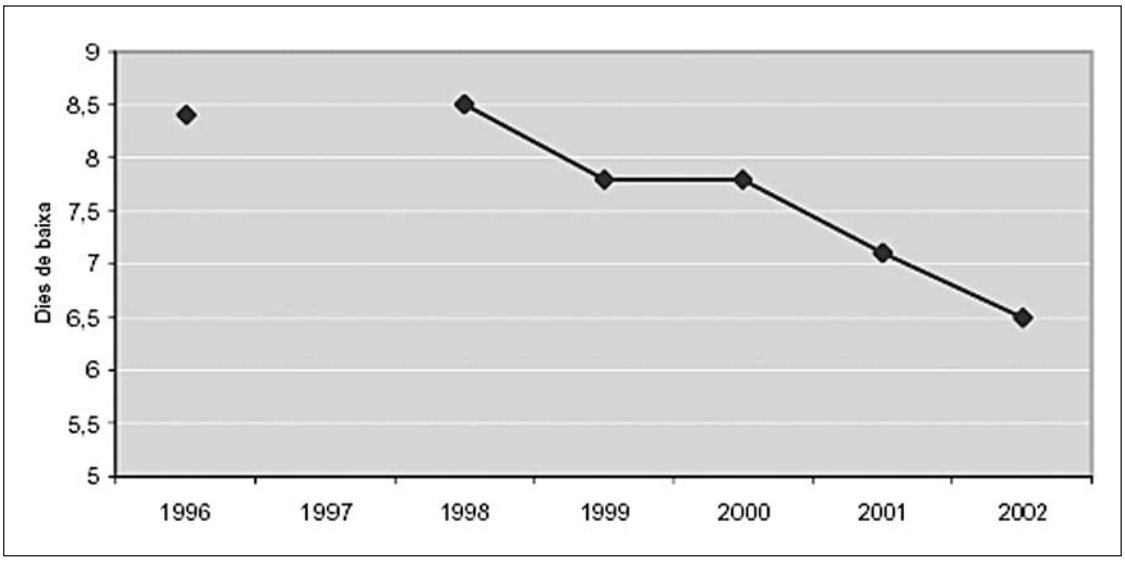
92 The CBI magazine. News release http://www.cbi.org.uk/ndbs/press.nsf/33a87f2eee41b54e80256803004f04e4/0b16d3a3a f7a0ec5802568d9004e7935?OpenDocument. Consultat el 25.08.2003

93 The CBI magazine. News release http://www.cbi.org.uk/ndbs/press.nsf/33a87f2eee41b54e80256803004f04e4/99329c58c1e8111e80256a4d003c9723?OpenDocument. Consultat el 30.6.2003.

94 CBI Press release 24 April 2002 http://www.cbi.org.uk/ndbs/press.nsf/33a87f2eee41b54e80256803004f04e4/bf04a22de 2bb376380256b9e0050bbe0?OpenDocument. Consultat el 30.6.2003.

sas donde los mandos no emprenden ninguna acción planificada. Aunque el estudio de la CBI se basa en una encuesta, el conjunto de las 746 organizaciones que respondieron tienen en conjunto 2.300.000 trabajadores, aproximadamente un 9% de la población laboral británica, cifra que da un apoyo considerable a los resultados.
El estudio corresponde al año 2002[95], finalmente, indica que las tendencias se mantienen: hay una ligera reducción, que hace que el conjunto de días perdidos pase de 176 millones a 166 y, a nivel individual se llegue a una media de días perdidos cercano a los 6,5 días/año por empleado. El conjunto de la evolución de la incapacidad temporal se indica en la figura 9.

Figura 9. Media anual de días de baja por incapacidad temporal por persona en el Reino Unido, 1996-2002



Suecia

Suecia es el país de Europa sobre el cual hay más literatura relativa a los niveles de IT, fundamentalmente porque son muy altos y, como consecuencia, los sucesivos gobiernos han introducido, entre los años 1990 y 2000, un continuo de reformas cuyos efectos han sido objeto de atención de los estudiosos. La prevalencia del primer trimestre del año (figura 10) llegó a 6,4 en el año 1990 y después, cabe pensar que debido a las reformas mencionadas, bajó hasta 3,4 para remontar de nuevo y llegar a 4,6 en 2002[96].
El número de días de baja por persona y año (figura 11) ha seguido una evolución parecida: a principios de los 80 se encontraba en 18 días por persona y año, llegó a

95 Anónimo. Safety and Health Practitioner, june 2003, pag. 3

96 Statistics Sweden. Statistical Yearbook of Sweeden 2003. Labour market
http://www.scb.se/publkat/filer/A01SA0301_14.pdf. Consultat el 16.07.2003.

un máximo de 25 en 1989 y después bajó hasta 16 en 1996, remontando en seguida hasta 31 en 2002[97] .

Figura 10. Prevalencia de la incapacidad temporal en Suecia, 1990-2002

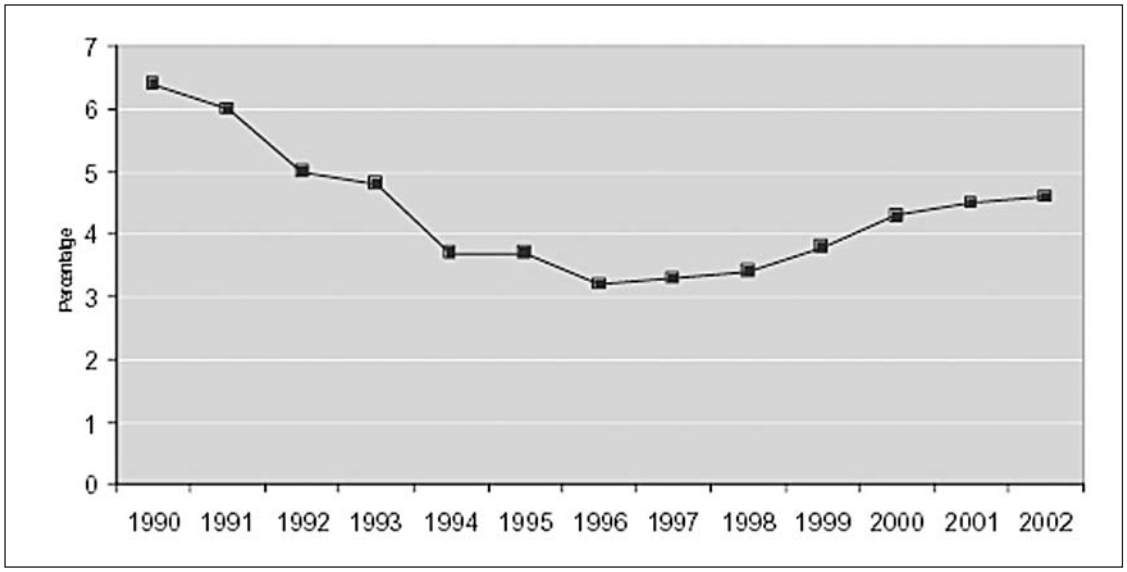
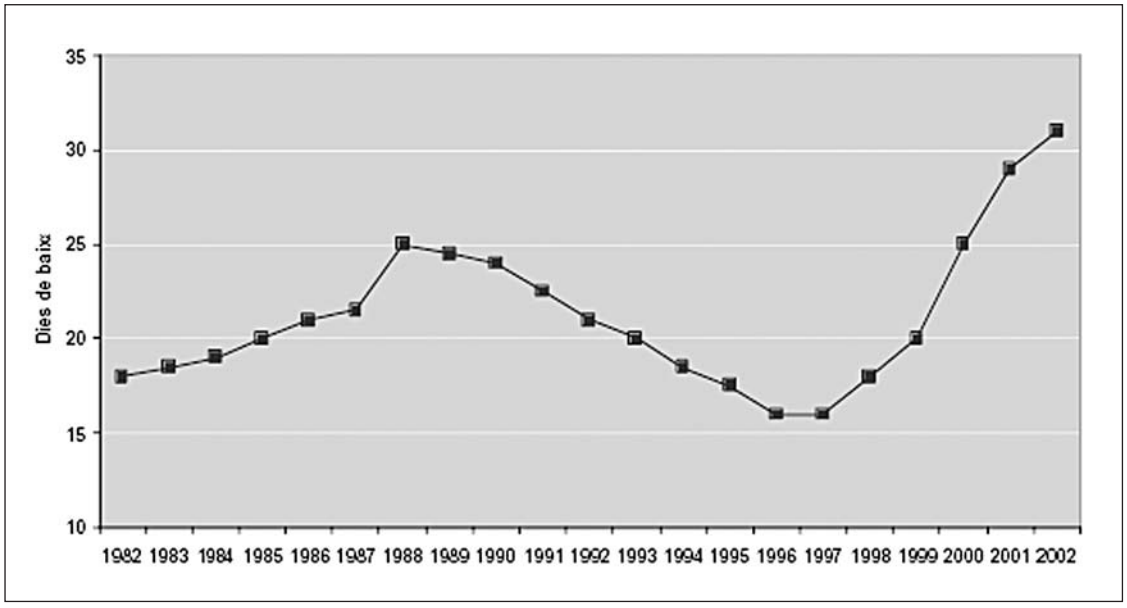


Figura 11. Media de días de baja por incapacidad temporal por persona en Suecia, 1982-2002



97 Not healthy. The Economist, Oct 24 th , 2002.

6. La incapacidad temporal en España: aspectos generales

Durante la década de los noventa, en la mayoría de los países de Europa se adoptaron medidas orientadas a reducir el gasto originado por la incapacidad temporal, que había aumentado más de lo que se consideraba apropiado.

España no fue una excepción; las medidas adoptadas fueron de dos tipos: cambios normativos y mejoras de gestión. Los analizaremos separadamente y después consideraremos sus efectos.

6.1 Cambios normativos

Los cambios normativos orientados a limitar el gasto en incapacidad temporal comenzaron hace muchos años. Así, la Ley 24/72 ya redujo la duración máxima de la entonces denominada incapacidad laboral transitoria de 18 meses a 12, prorrogables por seis meses más en ciertas circunstancias, y el Real decreto 53/1980 redujo el subsidio del 75% al 60% de la base los días cuarto a vigésimo de baja. Pero no fue hasta los años noventa cuando el importante aumento del gasto que se produjo a finales de los ochenta indujo cambios mucho más sustanciales.

El *primer cambio* normativo importante lo introdujo el Real decreto-ley 5/1992, de 21 de julio, que estableció la obligatoriedad de que las empresas se hicieran cargo del pago del subsidio de incapacidad laboral transitoria desde el día cuarto hasta el decimoquinto de baja. Hasta entonces este pago era asumido por la Seguridad Social, más concretamente por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, que de esta manera pasaba a hacerse cargo sólo de los días de incapacidad decimosexto y posteriores. Como veremos más adelante, este hecho tuvo un efecto inmediato en la mejora de las cuentas de la Seguridad Social, pero este efecto no fue duradero. Y, por otra parte, el empresariado se manifestó radicalmente en contra de la medida, hasta el punto que el Tribunal Constitucional tuvo que rechazar dos recursos en contra[98].

Según Ojeda Avilés[99], las reacciones no se acabaron con los recursos, pues "muy probablemente el aumento meteórico de los accidentes de trabajo, tan criticado y tan oprobioso para nuestro país, se deba en alguna medida a las maniobras elusivas de tal responsabilidad".

Las mutuas opinan lo mismo pero lo manifiestan de manera más contundente[100]: "... existen dos factores en el marco normativo que llevan al empresario a declarar accidentes de trabajo que no existen: uno utilizado para favorecer al trabajador por el mejor tratamiento prestacional señalado, si la contingencia se declara como profesional y otro para hacerse un favor a ellos mismos, debido a que en el caso del accidente de trabajo los 15 primeros días los paga la entidad gestora o mutua de accidentes,

98 SS. TC 37/1994 de 10 de febrer, y 129/1994, de 5 de maig.

99 Ojeda Avilés, Antonio. Foro de Seguridad Social, nº 6y 7. Febrero-julio 2002. http://www.forosss.org/revista06y07/a09.htm. Consultat el 14.06.2003.

100 AMAT. Informe de siniestralidad laboral. Propuestas para su reducción. Madrid. 2001.

a diferencia de los que ocurre en contingencias comunes, en la que el pago recae sobre el empresario".

Como era previsible, las cosas no se detuvieron aquí, y no mucho tiempo después llegó el *segundo cambio*: la Ley 42/1994 de medidas fiscales, administrativas y de orden social, reformó la Ley general de la Seguridad Social reuniendo las prestaciones de incapacidad laboral transitoria y de invalidez provisional en una nueva prestación denominada de incapacidad temporal. La incapacidad temporal integró las situaciones causadas por enfermedad común o profesional y accidente, fuera o no de trabajo, con una duración máxima de 12 meses prorrogables por 6 más. Al mismo tiempo se separó de la incapacidad el subsidio de maternidad, adopción y acogimiento, que antes se consideraba como una variante de la incapacidad laboral transitoria.

Esta misma ley introdujo el *tercer cambio* importante: la posibilidad de que las empresas que lo desearan, pudieran contratar la prestación de incapacidad temporal con la mutua a la que ya estuvieran asociados para la contingencia de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Las nuevas funciones atribuidas a las mutuas obligaron, lógicamente, a modificar su reglamento de colaboración con la Seguridad Social, lo que se realizó mediante el Real decreto 1993/1995.

El cambio había tenido un precedente premonitorio: la Ley 22/93 había autorizado que los trabajadores autónomos que optaran por la protección por incapacidad temporal podían hacerlo con una mutua. No fue hasta 1997 que la Ley 66/1997 convirtió esta posibilidad en obligación para los nuevos afiliados como trabajadores autónomos.

Muchas empresas se acogieron a esta nueva posibilidad, pero el ritmo de crecimiento disminuyó rápidamente. Si se incluyen a los trabajadores autónomos puede decirse que, actualmente, las mutuas gestionan la prestación de incapacidad temporal de aproximadamente la mitad de la población ocupada española (tabla 1[101]).

Tabla 1. Evolución del número de trabajadores protegidos (asalariados y autónomos) por las mutuas en relación con la incapacidad temporal por causa común, 1996-2002.

Any	Treballadors assalariats	Treballadors autònoms	Total
1996*	1.196.370	3.299	1.199.669
1997	1.759.858	5.945	1.765.803
1998	2.587.111	138.817	2.725.928
1999	4.745.316	660.711	5.406.027
2000	6.177.692	865.738	7.043.430
2001	6.668.727	1.068.210	7.736.937
2002**	6.923.149	1.205.122	8.128.271

* Octubre ** Setembre

101 http://www.amat.es. Consultat el 16.06.2003.

Para llevar a cabo eficientemente esta nueva tarea las mutuas necesitaban ciertas herramientas de gestión y, por esta razón, la Ley 13/1996 mejoró sus facultades, añadiendo la de conocer el diagnóstico y de formular propuestas de alta médica.

Señalaremos finalmente una retahíla de cambios normativos orientados a aumentar la capacidad de control de los aseguradores (sobre todo del INSS, pero también de las mutuas) sobre la duración de las bajas; lo que produjo un cambio más intenso fue probablemente el Real decreto 1117/1998, que hizo posible que los facultativos del INSS dieran el alta a efectos de la percepción del subsidio.

La utilización de estas nuevas capacidades no ha sido infrecuente: el Anuario Estadístico del INSS correspondiente a 2001[102] indica que durante aquel año el INSS llevó a cabo 509.763 actuaciones de control, a 328.670 (64,4%) de las cuales se confirmó la baja, mientras a las restantes 181.093 se extinguió la prestación. Si se tiene en cuenta que el número de procesos de baja asumidos por el INSS está alrededor de los 2 millones al año[103], esto indicaría que el INSS ejerce acciones de control sobre, aproximadamente, un 25% del total de los procesos que gestiona.

6.2 Mejoras de gestión

El sistema sanitario se propuso mejorar su gestión a fin de reducir el gasto en incapacidad temporal y, así, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en la sesión del 15 de julio de 1996 estableció[104] el "Plan de Choque del Control de la Prestación por Incapacidad Temporal". Para llevar a la práctica este plan el INSALUD introdujo en su plan anual de inspección un programa específico sobre incapacidad temporal. El INSALUD emprendió muchas medidas concretas:

- Se nombraron responsables provinciales de la prestación de incapacidad temporal tanto en la asistencia primaria como en la Inspección Sanitaria.
- Se elaboró una circular sobre "Control de la Incapacidad Temporal por Enfermedad Común y Accidente no Laboral", y, junto con las sociedades científicas de las especialidades médicas se actualizó la ya existente "Guía de estándares para la incapacidad temporal", añadiendo treinta y cinco nuevos procesos.
- Se elaboró un "Plan de Lucha contra el Fraude en la Prestación de IT".
- Se llevó a cabo un estudio piloto en las provincias de Murcia y Toledo sobre los perfiles del médico hipo e hiperprescriptor de bajas laborales.
- Se realizaron reuniones con la Asociación de Mutuas (AMAT) con el fin de establecer un procedimiento de colaboración entre estas entidades y el INSALUD en relación con la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes.

El conjunto de estas medidas tuvo un efecto inmediato, pues ya en 1996 en el territorio INSALUD el número de bajas se redujo un 4,62% respecto al año anterior, si

102 INSS Anuario Estadístico 2001 p.163. http://www.segsocial.es/inicio/. Consultat el 15.05.2003.

103 Resposta parlamentària del Govern a Dña. Isabel Lopez Chamosa recollida al Diario de Sesiones del Congreso, serie D, núm. 303, del 11 de febrero de 2002, págs. 131-133.

104 Memoria INSALUD 1996, p. 84 http://www.msc.es/insalud/docpub/memycat/memoria96/Mem-96.pdf. Consultat el 17.05.2003.

bien el número total de días de baja aumentó un 0,24%; en resumen, hubo menos bajas pero fueron más largas.

Para mejorar los resultados obtenidos, en 1997 el INSALUD y el INSS firmaron un "Concierto Marco de Cooperación para el Control de los Procesos de Incapacidad Temporal"[105], que parece que dio frutos positivos, pues en 1998 en el territorio INSALUD se perdieron 5.816.323 días menos de trabajo, una reducción superior al 12% en relación con los días perdidos en 1996[102].

En el INSALUD el protagonismo de las acciones de control de la IT correspondía a la Inspección Médica y, además de lo que ya se ha dicho, incluyó la renovación de la aplicación informática de gestión de la IT, para conocer de forma inmediata y más precisa los detalles de esta prestación, la impartición de cursos de formación a los profesionales sanitarios sobre la gestión de la IT y la inclusión de objetivos de IT en los contratos programa[106].

El INSALUD utilizaba los contratos programa como herramienta de gestión desde 1993, y fue en 1998 cuando se añadió una nueva cláusula dedicada a la IT; como resultado se nombraron coordinadores de IT en cada gerencia y se comenzó a utilizar el TAIR (la tarjeta sanitaria individual e informatizada) para monitorizar a los pacientes de baja. Se establecieron dos indicadores homogéneos: los días de baja por asegurado y la prevalencia de bajas.

En las siete comunidades autónomas que tenían transferidas las competencias sanitarias, la mejora de la gestión de la IT recibió un impulso importante a través de la decisión sobre el "Sistema de financiación de la sanidad para el cuatrienio 1998-2001" que tomó el Consejo de Política Fiscal y Financiera el 27 de noviembre de 1997[107]. Este sistema estaba compuesto de seis acuerdos. En el apartado VIII del primero se establecía un "Programa de ahorro en incapacidad temporal" financiado con 40.000 millones de pesetas que supuestamente tenían que obtenerse a partir del ahorro conseguido con una serie de actuaciones a realizar por cada comunidad autónoma.

Las reglas generales de estas actuaciones, que debían formalizarse mediante la firma de convenios bilaterales, quedaron recogidas en el segundo de los dos acuerdos mencionados más arriba. Fue en este segundo acuerdo, titulado "Reglas para las actuaciones de control del gasto en las prestaciones por incapacidad temporal (IT)" donde, por primera vez, se establecieron como parámetro de medida el coste por afiliado y mes, corregido para tener en cuenta las diferencias de bases de cotización entre las diferentes comunidades autónomas. Como anexo a este acuerdo se añadió un modelo de convenio que incluía un apéndice con la relación de actividades que "tenían que realizar el Servicio de Salud de la comunidad autónoma y el INSS". La realización de

105 Nota de premsa de l'INSALUD del 14.3.2000. http://www.msc.es/insalud/notas/2000%2D03%2D14%2D14%2D1.htm. Consultat el 17.05.2003.

106 Atención Primaria en el INSALUD. Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD. 2002. Págs. 480-499. http://www.msc.es/insalud/docpub/internet/ap17/ap17.htm. Consultat el 27.7.2003.

107 Boletín Oficial de Aragón nº 141 de 4.12.98, pàgines 5732-5746.

estas actividades era un "requisito para la liquidación definitiva en la Comunidad Autónoma del crédito que correspondiera por la actividad de control de incapacidad temporal".

La Ley 21/2001, de 27 de diciembre[108], que estableció el nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas, incluyó también en su artículo 4.c.c. el "Fondo Programa de ahorro en incapacidad temporal", para financiar "la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la incapacidad temporal y la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social por estas contingencias, correspondiendo la gestión financiera de este Fondo a la Tesorería General de la Seguridad Social". La Ley estableció una dotación inicial del Fondo de 240,40 millones de euros, actualizable anualmente por la Ley de presupuestos generales del Estado.

6.3 Resultados obtenidos

Los resultados de las actuaciones del sistema sanitario para reducir el gasto en IT están bien documentadas en el territorio INSALUD, donde las memorias anuales de este organismo[109] dan una información muy detallada, tanto respecto a las actuaciones, que ya hemos descrito, como de sus resultados, que hemos resumido en la figura 1. IMB es la incidencia, expresada en número mensual medio de procesos de baja por cada cien trabajadores; DMB es la duración media de los procesos de baja, expresada en días por proceso; y DMA es la media mensual de días de baja por asegurado. Como se ve en la figura 1 (página siguiente), a pesar de las muchas actuaciones que ha llevado a cabo el INSALUD, los resultados no se pueden calificar de espectaculares. La apreciable disminución observada en la duración de las bajas ha sido compensada por el aumento de la incidencia y, como resultado, el número de días de baja por asegurado (que es una medida directa del coste por persona) se ha mantenido estable alrededor de los 8,5 a 9 días por asegurado al año.

Desafortunadamente no disponemos de datos paralelos para las comunidades autónomas con gestión sanitaria transferida, pero si, como veremos más adelante, el gasto medio por persona ha subido para el conjunto del territorio a partir de 1999 y la del INSALUD se ha mantenido prácticamente constante hasta 2000, parece que ha sido en las comunidades autónomas con gestión transferida donde se ha producido la desviación hacia el alza. Los datos del Instituto Navarro de Salud Laboral[110] dan para los tres años 2000, 2001 y 2002 una cifra prácticamente constante de 12 días de baja por asegurado y año.

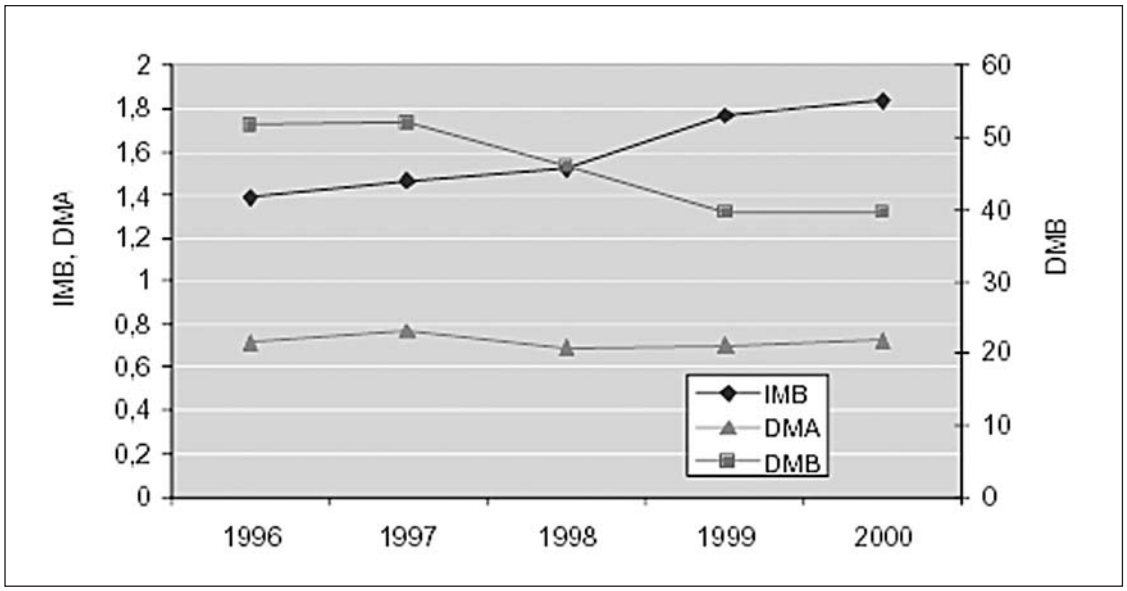
Desde el punto de vista económico, la evaluación de los resultados del conjunto de estas medidas no es fácil; en primer lugar, la disponibilidad de datos apropiados es limitada. Por poner sólo un ejemplo, las informaciones sobre el gasto en incapacidad

108 BOE del 31.12.2001.

109 Memòries de l'NSALUD dels anys 1996, 1998, 1999 i 2000.

110 Instituto Navarro de Salud Laboral http://www.cfnavarra.es/insl/. Apartat d'estadístiques consultat el 24.05.2003.

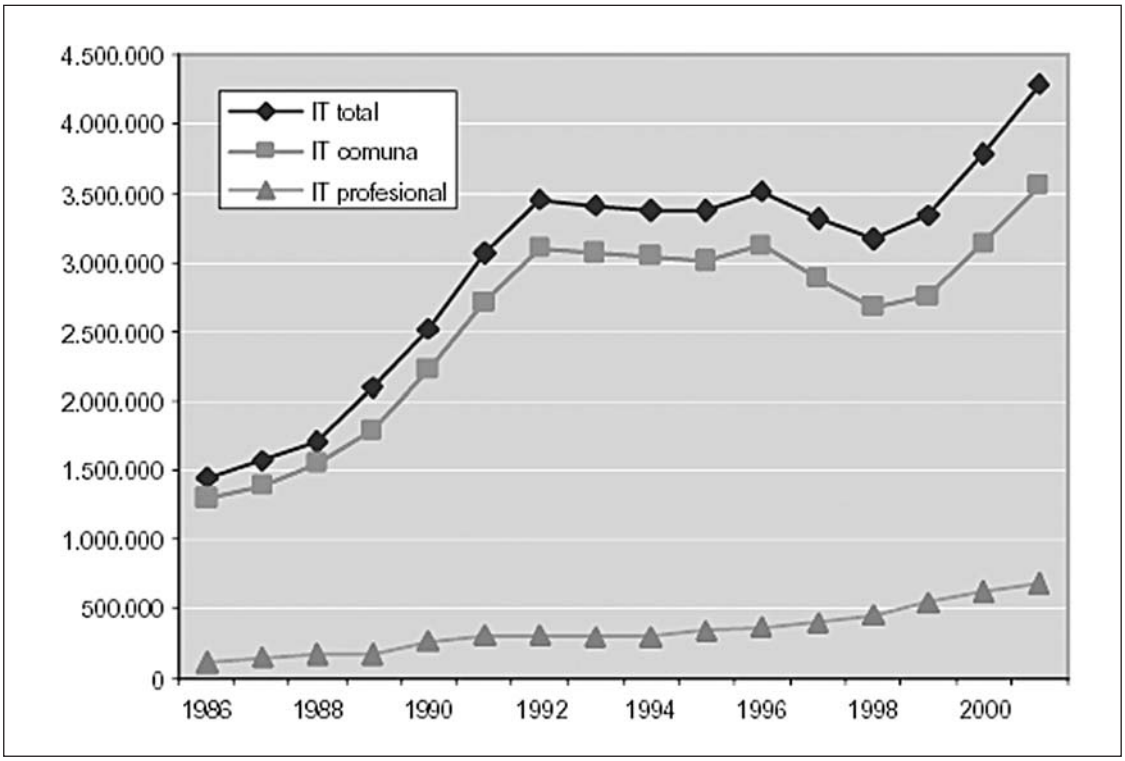
Figura 1. Tendencias temporales de los parámetros de control de la incapacidad temporal en el territorio INSALUD, 1996-2000. (IMB = número mensual medio de procesos de baja por cada cien trabajadores; DMB = duración media en días de los procesos de baja; DMA = número medio mensual de días de baja por asegurado).



temporal que la Seguridad Social o el Instituto Nacional de Estadística presentan en la mayoría de sus publicaciones, dan la suma de las contingencias comunes y las profesionales, y encontrar datos que permitan hacer una desagregación no es nada sencillo. La situación se vuelve todavía más complicada si se quiere tener en cuenta que las contingencias profesionales no las aseguran únicamente las mutuas sino también el INSS, pero en una proporción pequeña (hoy en día alrededor de un 5% de los trabajadores) y progresivamente decreciente. Para terminar de complicarlo, debe tenerse en cuenta que en las cifras de IT común que da la Seguridad Social se incluye también la que paga el Instituto Social de la Marina, que también se hace cargo de esta prestación para el colectivo que protege.

Los datos que damos en la figura 2 no tienen en cuenta ni la actuación del INSS como gestor de contingencias profesionales, ni la del Instituto Social de la Marina en el campo de la incapacidad temporal común, pues las cantidades que entran en juego son irrelevantes respecto al total. Hay tres conclusiones que nos parecen bastante claras: *en primer lugar*, el hecho de que a partir del año 1992 se obligara a los empresarios a hacerse cargo de una parte de los gastos de IT común detuvo el importante crecimiento del periodo 1986-1992; ahora bien, las cifras posteriores a 1992 no tienen el mismo significado que las de antes, pues no representan el gasto global de la IT común, sino sólo la que paga la Seguridad Social. Pero, ¿cuánto pagan los empresarios?

Figura 2. Evolución del gasto (en miles de euros) en incapacidad temporal (sin tener en cuenta el INSS por IT profesional ni el ISM), 1986-2001.



Según la CEOE[111] el gasto total por incapacidad temporal será en el año 2003 de 6.010 millones de euros, de los que 4.623 serían pagados por la Seguridad Social y el resto por las empresas. Podríamos decir pues, redondeando, que, según la CEOE, del gasto en incapacidad temporal tres cuartas partes las paga la Seguridad Social y una cuarta parte las empresas.

Hemos contrastado estas cifras con las que consideramos más completas y fiables de las que se publican en el Estado español, que son las que hace públicas en su página web[110] el Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL). El INSL trata la totalidad de los partes de alta y de baja que se producen en aquella comunidad foral y por tanto sus resultados, aunque tienen un alcance geográfico relativamente pequeño, son los de más calidad que hemos podido disponer. La tabla 2 recoge los resultados del tratamiento que hemos hecho de los datos publicados por el INSL para el año 2002 y, como se ve, presentan una coincidencia notable con las difundidas por la patronal CEOE, pues aunque las empresas se hagan cargo solamente de aproximadamente el 20% del total de días de baja, como estos días son del régimen general, que tiene bases de cotización más altas que los otros, el resultado final es que las empresas abonan alrededor del 25% del gasto, como dice la CEOE.

111 Expansión directo, 30.11.2002. http://www.expansion.com/edicion/componentes/noticia..... Consultat el 10.07.2003

Tabla 2. Días de baja según quién debe abonar el subsidio de incapacidad temporal. Navarra 2002.

	Empreses	Seguretat Social
Règim general	474.465	1.797.908
Altres règims	-	545.384
TOTAL	474.465	2.343.292

Font: Instituto Navarro de Salud Laboral

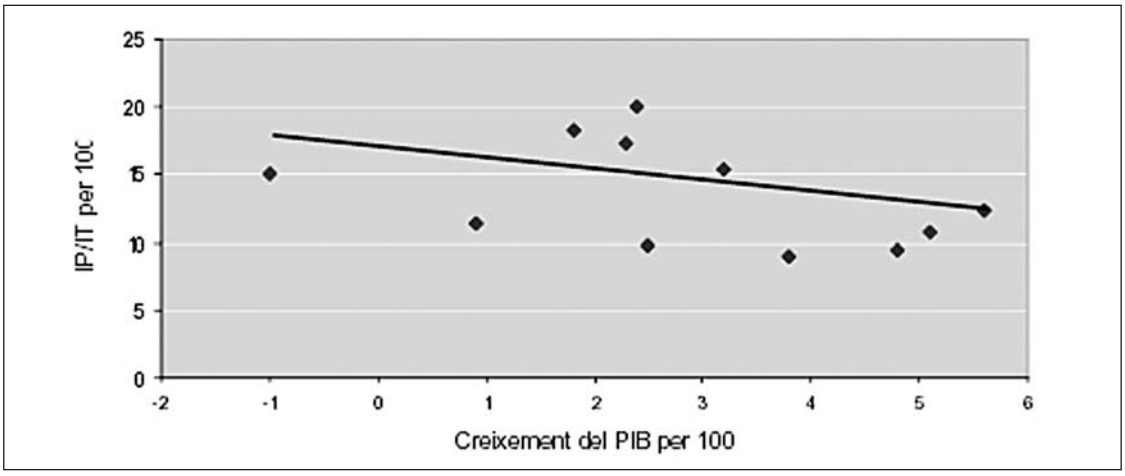
La *segunda conclusión* que creemos que se puede extraer de la figura 2 es el importante crecimiento del gasto en IT profesional, que ha pasado del 8% del total de la IT en 1986, al 16% en el año 2001. La posibilidad que ya hemos mencionado de que se haya producido un "trasvase" de la IT común a la profesional, da una relevancia particular a este hecho. La *tercera conclusión* es que estas cifras requieren todavía más depuración, pues hasta 1994 en la IT común se incluían la invalidez provisional y las bajas por maternidad. Como ya hemos dicho, la Ley 42/94 extinguió la invalidez provisional, pero esto sólo afectó a los nuevos beneficiarios potenciales; continuaron existiendo beneficiarios antiguos (y por tanto gasto) hasta el año 1999, a pesar de que la Seguridad Social dejó de publicar cifras separadas de esta prestación, lo que sí hacía hasta entonces. Los datos de IT posteriores a 1994 incluyen pues los importes "residuales" de la invalidez provisional. Los datos de la tabla 3 muestran claramente que la invalidez provisional era una prestación que tenía un coste elevado y rápidamente creciente, y que, además, funcionaba como una prestación-refugio en épocas de crisis económica (figura 3), pues su importe en relación con el gasto total (suma de ILT e invalidez provisional), disminuía claramente en épocas de crecimiento económico intenso y aumentaba cuando la situación era menos favorable.

Tabla 3. Evolución del gasto (millones de pesetas) en incapacidad laboral transitoria e invalidez provisional, 1981-1994.

Any	Incapacitat Laboral Transitòria	Invalidesa Provisional
1981	125967	37752
1982	153140	41651
1983	168249	43050
1984	174913	38927
1985	186165	39180
1986	203985	37017
1987	228405	32257
1988	261559	31658
1989	316110	32852
1990	381462	37968
1991	459597	49907
1992	509017	64888
1993	480979	85299
1994	404763	101142

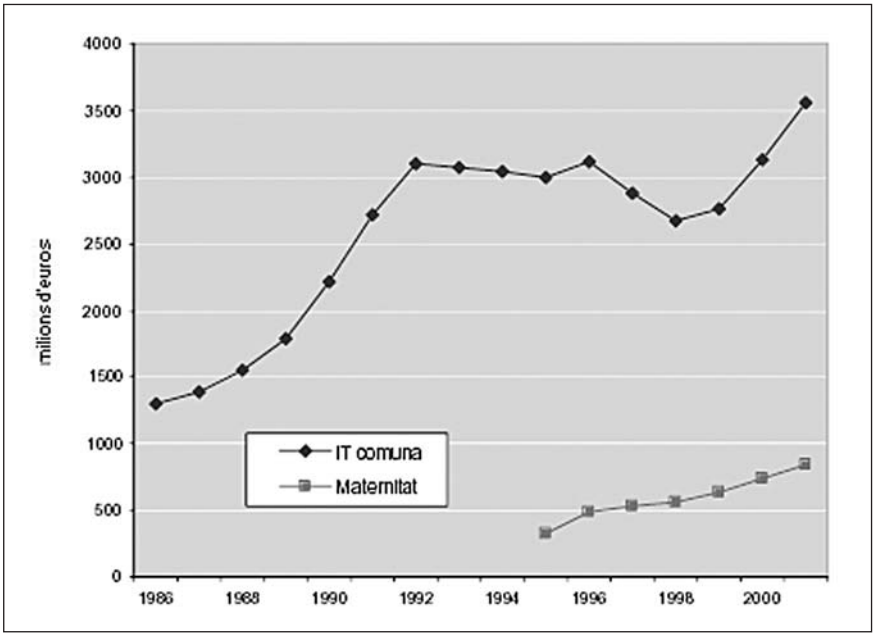
Font: Liquidación del presupuesto de la Seguridad Social.
Cifras y datos ejercicio 1993.

Figura 3. Relación entre el porcentaje de gasto en IT dedicado al pago de la invalidez provisional y el crecimiento económico, 1981-1994.



La prestación de maternidad, creada en el año 1994, en cambio, no era una prestación "nueva", pues las situaciones que protegía ya estaban protegidas anteriormente por la incapacidad laboral transitoria. Su objetivo era "limpiar" contablemente esta última para dejar, única y exclusivamente, las "auténticas" enfermedades y accidentes no laborales. Los datos de la figura 4 muestran claramente que se trataba de una prestación de un volumen económico muy importante, por lo que el gasto de IT común antes de 1994 no se puede comparar con la de después porque no se dispone de los valores de la incapacidad laboral transitoria imputable a las bajas por maternidad. Sólo tenemos datos aproximadamente homogéneos a partir de 1995.

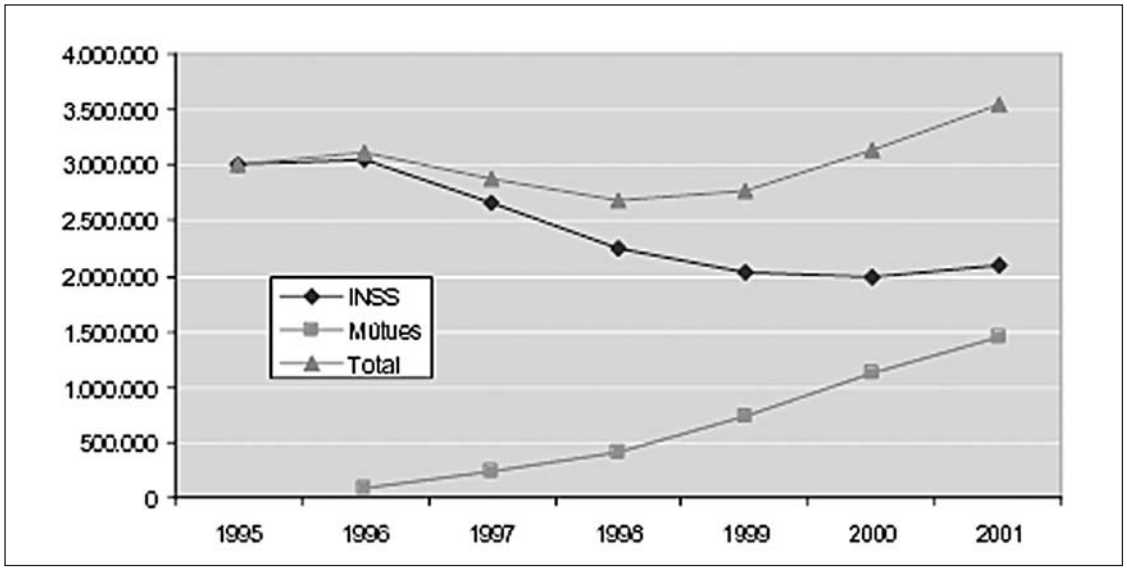
Figura 4. Gasto total (millones de euros) en incapacidad temporal común y en maternidad, 1986-2001.



En conclusión, pues, sólo se puede hacer un análisis comparativo razonablemente aproximado de la evolución del gasto de la Seguridad Social (INSS + mutuas) a partir de 1995.

Una primera aproximación se encuentra en la figura 5, donde se refleja la distribución del gasto entre INSS y mutuas durante el periodo 1995-2001. Se confirma la importante subida de los últimos años, después de la contención posterior a las medidas tomadas a partir de 1992. Los datos correspondientes al INSS se han obtenido del cuadro CSS-12 que se incluye en el Anuario de Estadísticas Laborales[112]. Los correspondientes a las mutuas se han obtenido de una respuesta parlamentaria del Gobierno del Estado[113].

Figura 5. Gasto (miles de euros) de la Seguridad Social en incapacidad temporal común, 1995-2001.



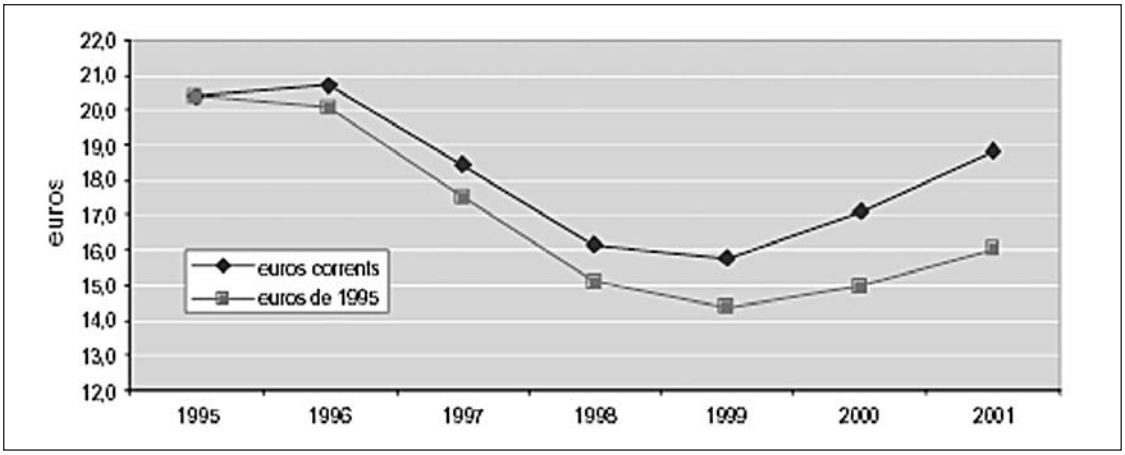
Estas cifras, que representan el gasto global en IT y son las que se acostumbran a utilizar, necesitan todavía dos correcciones fundamentales: en primer lugar se deben ajustar para tener en cuenta el incremento, muy importante en los últimos años, del número de afiliados a la Seguridad Social; en segundo lugar, se deben ajustar para tener en cuenta la inflación. Los resultados de la aplicación de estas correcciones se muestran en la figura 6.

Los resultados que hemos obtenido muestran que, a pesar del actual crecimiento, el gasto, si se mide por persona y año, se encuentra todavía en niveles inferiores a los de 1995 (especialmente si se descuenta la inflación), lo que demuestra que los esfuerzos hechos por todas las partes implicadas por controlar el coste no justificado de la IT no han sido ineficaces.

112 MTAS. Anuario de Estadísticas Laborales. Madrid. Ediciones de 1986 a 2001.

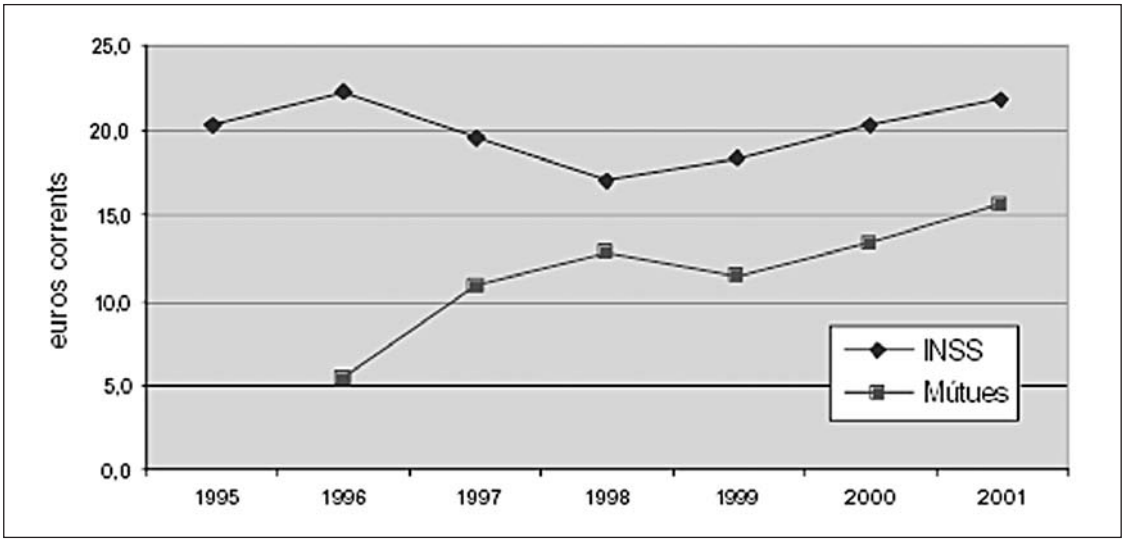
113 Diario del Congreso de los Diputados, serie D. Número 560, de l'1 de juliol de 2003.

Figura 6. Evolución del coste (euros) por afiliado y mes de la incapacidad temporal común, 1995-2001.



El gasto mensual por afiliado no es uniforme entre las mutuas y el INSS (figura 7). Las primeras tienen un coste más bajo probablemente porque tienen una actuación de control más activa, pero también porque inicialmente hicieron una selección de la clientela muy cuidadosa. Probablemente la situación actual, en la que el conjunto de mutuas tiene unos gastos por IT común superior a las cotizaciones[114], esté induciendo un fenómeno parecido.

Figura 7. Diferencias del coste (euros corrientes) por afiliado y mes entre INSS y mutuas, 1995-2001.



114 Declaracions del Director gerent d'AMAT a Diario Médico publicades el 9 de gener de 2003. http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,225048,00.html. Consultat el 28.8.2003.

6.4 La distribución de la IT: aspectos generales

Aunque para conseguir una evaluación sencilla estemos obligados a utilizar un parámetro tan global como el coste medio por asegurado, no se puede perder de vista que el fenómeno de la IT es complicado y, por tanto, los promedios ocultan diferencias importantes entre diversos colectivos. Son justamente estas diferencias las que nos pueden orientar para una mejor comprensión del problema.

Desafortunadamente la información disponible para este tipo de análisis es escasa y, por este motivo, hemos tenido que recurrir de nuevo a los datos que, sólo para Navarra, publica el INSL. En principio no parece haber ninguna razón fundamental para que los aspectos de distribución difieran mucho entre comunidades autónomas, por lo que pensamos que los datos del INSL no deberían de ser, en los aspectos que consideraremos, demasiado diferentes de los del resto del Estado. Consideraremos solamente los datos del año 2002, muy parecidos a los de 2000 y 2001, también disponibles.

La mayoría de los procesos de IT (un 88%) duran menos de quince días (figura 8) pero la mayor parte de los días de baja consumidos se deben a los procesos de larga duración (figura 9), de más de 90 días. El grupo individual de más consumo es sin embargo el de duración entre 15 y 90 días, donde probablemente se concentren muchos procesos susceptibles de ser reducidos utilizando las medidas adecuadas.

Nos encontramos pues ante uno de los típicos fenómenos en que una pequeña proporción de sucesos da lugar a la mayoría de los costes. La figura 10 muestra que el 10% de los procesos genera el 65% de los días de baja, y el 20%, el 80%.

La distribución de duraciones de las bajas entre los diferentes regímenes de la Seguridad Social es muy diferente en Navarra (figura 11). En los datos del INSL se observa que se produce un pequeño número de bajas de menos de quince días correspondientes a regímenes de la Seguridad Social como el de autónomos para los que el subsidio de IT sólo se paga a partir de los quince días de baja; es posible que el documento de baja se utilice como comprobante para la percepción de seguros privados o para otras finalidades.

Figura 8. Número de procesos en función de la duración (grupos de días) de la baja. Navarra, 2002.

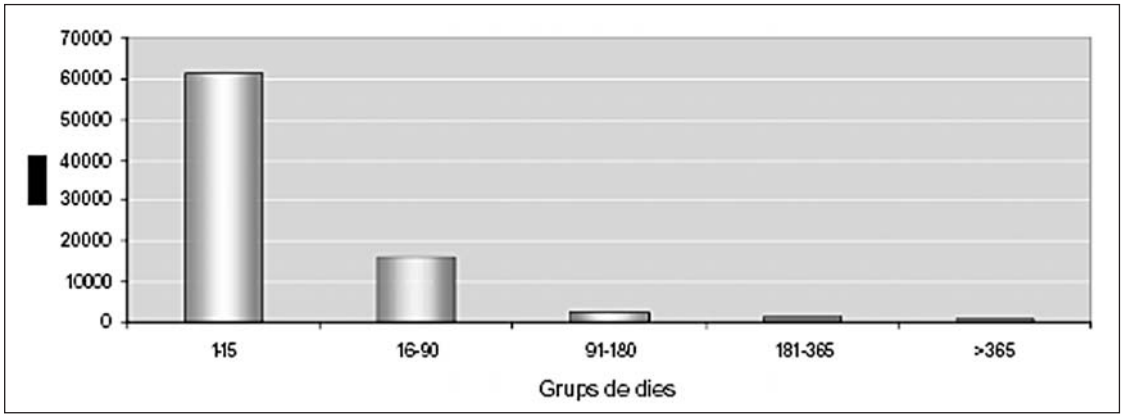


Figura 9. Total de días de baja totales según la duración de la baja (grupos de días). Navarra, 2002

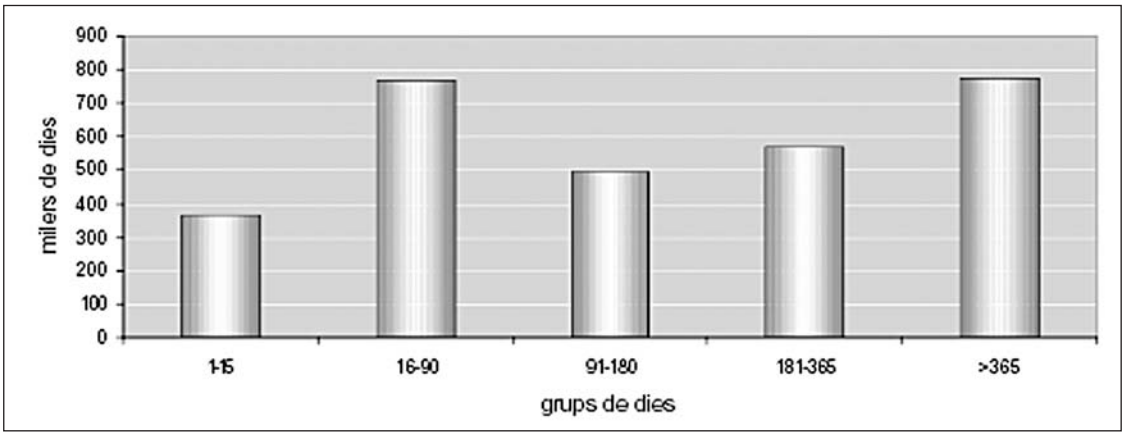


Figura 10. Porcentaje de días de baja consumidos por cada porcentaje de procesos. Navarra, 2002

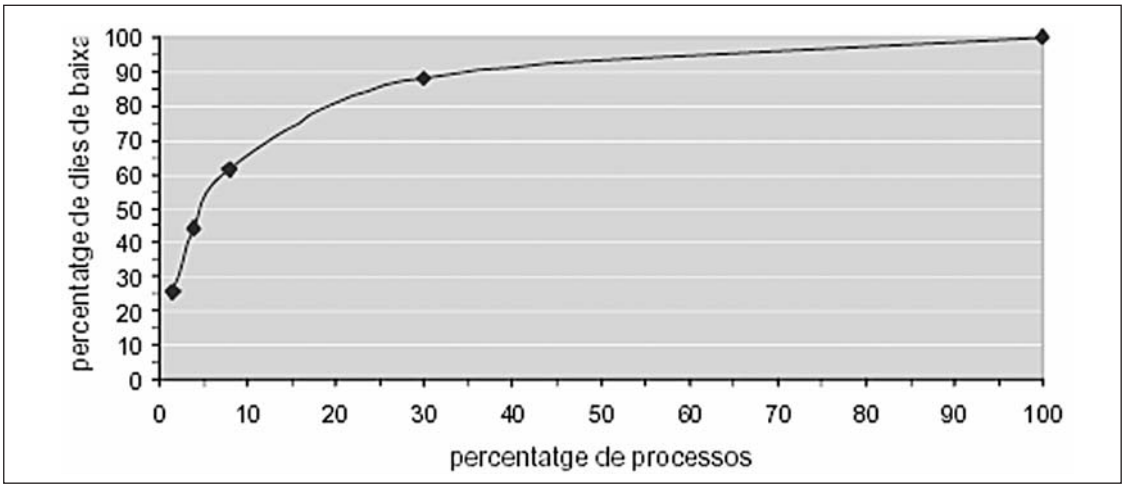
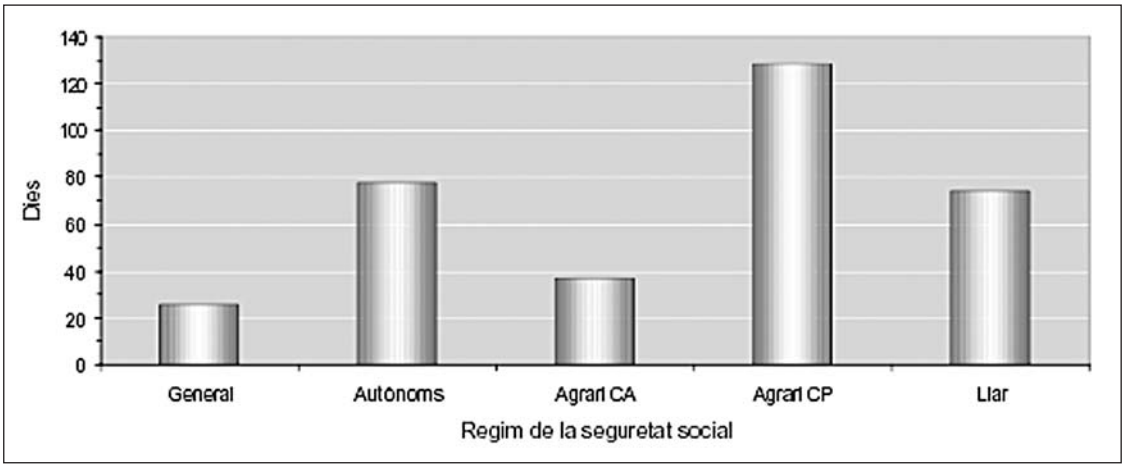
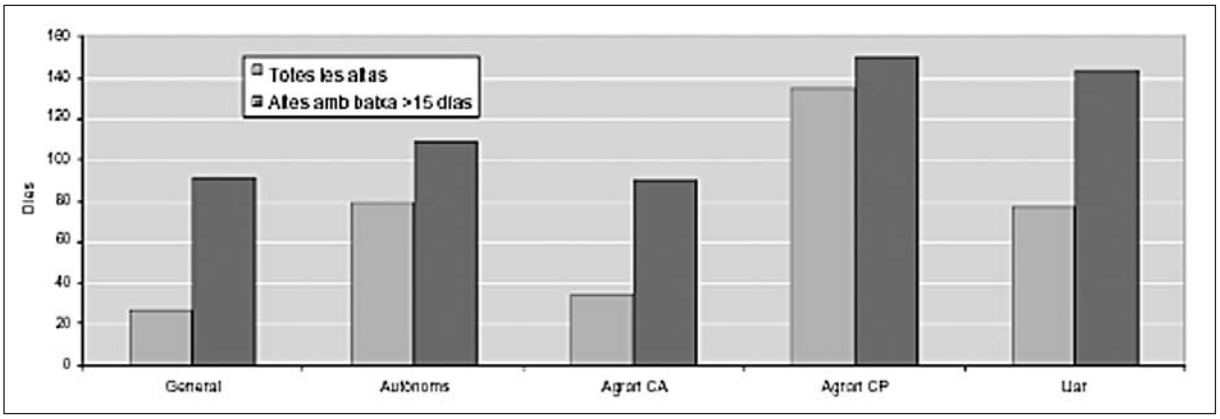


Figura 11. Duración media de la baja, en días, por regímenes. Navarra, 2002



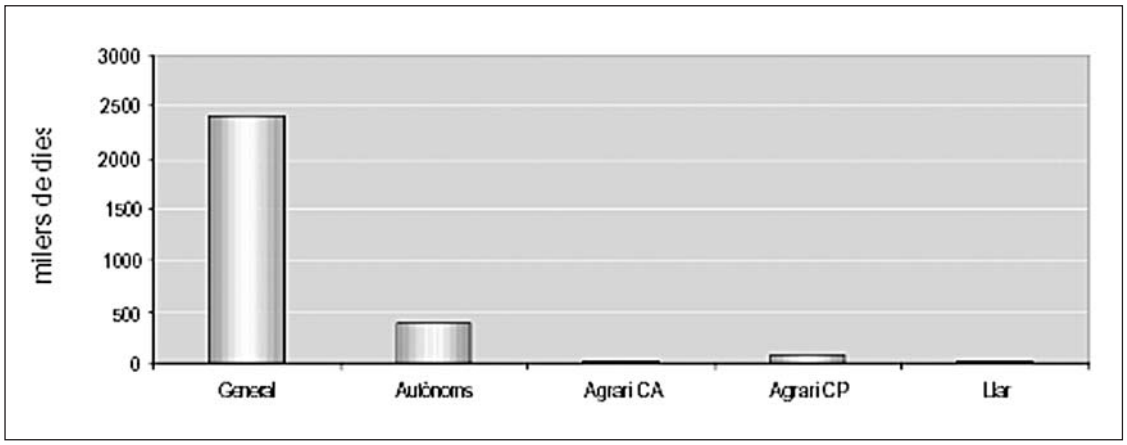
Las diferencias de duración media de la baja entre regímenes son fundamentalmente atribuibles al hecho de que para algunos de ellos no se producen prácticamente bajas de menos de quince días porque no les corresponde subsidio. Si analizamos la duración media de las bajas de más de quince días las diferencias entre regímenes se vuelven mucho más pequeñas, como muestra claramente la figura 12. Se forman dos grupos: el régimen general, el de autónomos y el agrario por cuenta ajena (trabajadores agrarios asalariados), que tienen una duración media parecida, y por otro lado el del agrario por cuenta propia y el de hogar, con una duración mucho superior, alrededor de los 140 días.

Figura 12. Duración media (días) de la baja por régimen de la Seguridad Social por el total de altas y las altas con una duración de más de 15 días. Navarra 2002.



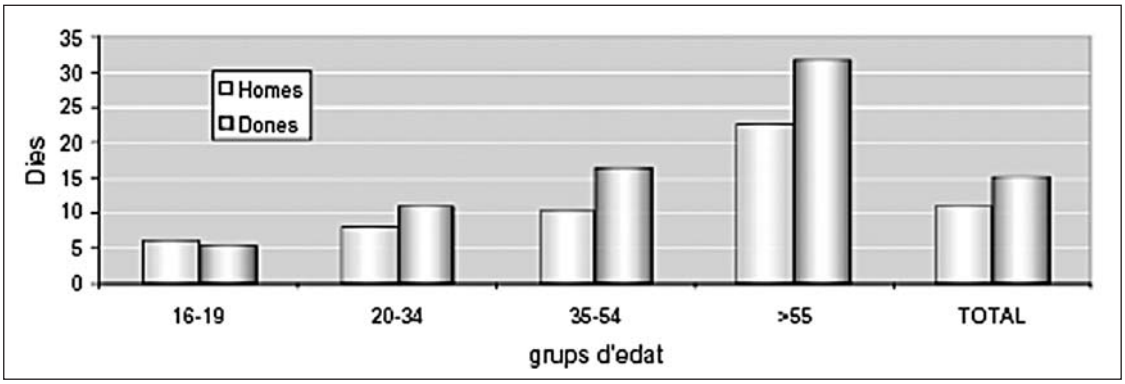
La diferencia entre el régimen general y el de autónomos no parece pues tan grande como se podría pensar a primera vista y se acostumbra a decir. Cabe recordar que el régimen general y el de autónomos representan entre los dos más del 95% de los días totales de baja (figura 13).

Figura 13. Total de días de baja (miles) por régimen de la Seguridad Social. Navarra, 2002



Un último aspecto que los datos del INSL nos permiten analizar es el de la distribución de las bajas por género y edad. Coincidiendo con las tendencias prácticamente universales, en Navarra también las mujeres tienen más días de baja al año que los hombres, y tanto hombres como mujeres aumentan su duración de IT a medida que aumenta su edad (figura 14). La única excepción es la de las trabajadoras de 16 a 19 años, que tienen una IT ligeramente inferior que los hombres del mismo grupo de edad.

Figura 14. Días de baja al año por grupos de edad de afiliado y sexo. Navarra, 2002



6.5 Distribución de la IT: aspectos territoriales

Uno de los problemas que se encuentran en el origen de este informe es que la distribución territorial del coste de la IT es muy desigual entre comunidades autónomas. En efecto, datos del INSS no publicados, que se recogen en la tabla 4 (página siguiente), indican que en el año 2002 el gasto por asegurado aumentó, en el conjunto de todo el Estado, casi un 15% respecto al año 2001 y ponen de manifiesto dicho fenómeno. Hay que remarcar que para comparar los datos de la tabla 4 entre las diferentes Comunidades Autónomas, las cifras se deben corregir para tener en cuenta que las bases de cotización (en definitiva los niveles salariales) son diferentes en las diferentes comunidades autónomas y, por tanto, a igualdad de duración una baja resulta más "cara" en una Comunidad Autónoma con salarios altos que en otra donde los salarios sean inferiores.

Aunque se introduzcan las correcciones por diferencia de bases de cotización, el aspecto general de la tabla no cambia. El INSS ha puesto repetidamente de manifiesto[115] que estas diferencias están asociadas al hecho de que la comunidad autónoma tenga o no transferidas las competencias sanitarias, sugiriendo que, puesto que la financiación del gasto de IT no está transferida y por tanto no afecta a las comunidades autónomas, los servicios sanitarios que dependen de estas últimas están menos "comprometidos" con el control de la IT.

115 Martín Mendizábal, Mª Antonia. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales n.º E/1998.

Tabla 4. Gastos (euros) del Instituto Nacional de la Seguridad Social en incapacidad temporal por afiliado y mes, distribuido por Comunidades Autónomas. Datos no corregidos y para 2002 provisionales.

Comunitat autònoma	2001	2002
Andalusia	18,15	20,36
Aragó	17,76	19,26
Astúries	31,84	34,53
Balears (Illes)	20,78	22,49
Canàries (Illes)	26,55	29,38
Cantàbria	20,46	23,07
Castella La Manxa	16,52	18,57
Castella Lleó	15,38	16,27
Catalunya	23,59	26,61
Comunitat Valenciana	22,96	24,60
Extremadura	13,34	14,76
Galícia	22,96	24,60
Madrid (Comunitat	14,92	17,60
Múrcia	21,77	23,79
Navarra	21,90	24,15
País Basc	29,80	33,67
Rioja (La)	13,89	15,25
TOTAL	**20,64**	**23,13**

Una primera aproximación a los datos de la tabla 3 muestra, efectivamente, que en el año 2001 las comunidades autónomas con la sanidad transferida tenían un gasto medio por afiliado y mes de 23,5 euros, mientras que en las no transferidas el gasto fue de 18,8 euros por afiliado y mes. Corregir por las bases de cotización no modifica substancialmente esta diferencia, pues a pesar de que en el grupo de no transferidas la mayoría de comunidades son de salarios (y por tanto bases de cotización) relativamente bajos, la presencia de Madrid en este grupo, con salarios altos y una gran masa de población afiliada, casi "equilibra" la diferencia entre ambos grupos.

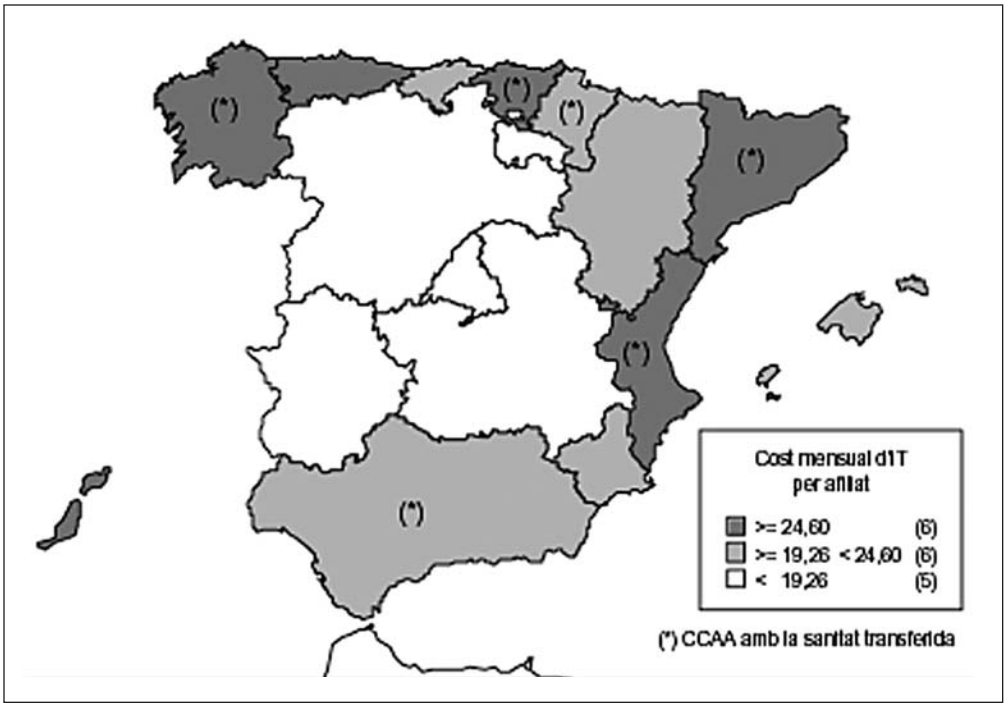
Los datos de las mutuas para los años 2001 y 2002, que analizaremos con detalle en el capítulo siguiente, muestran unas diferencias territoriales parecidas a las del INSS en cuanto al coste por asegurado. Algunos ejemplos pueden ser ilustrativos. En el año 2001 el coste mínimo correspondió a la provincia de Ávila, con 8,65 euros/persona/mes, y el máximo a Huelva, con 21,8. En medio encontramos Barcelona, con 20,91 y Madrid con 11,95.

En el año 2002 las mutuas experimentaron un aumento en el coste de la IT, que globalmente pasó de 16,06 euros/persona/mes a 17,5. Un aumento del 9%, un poco más moderado que el del INSS, que fue del 12%.

En el mapa que se muestra en la figura 15 se compara la distribución territorial del coste de la IT (izquierda) con el hecho de que la gestión de la sanidad esté o no transferida (derecha). Aunque se observa una cierta coincidencia entre las Comunidades Autónomas que tienen transferidas las competencias sanitarias y las que tienen el

gasto en IT más elevado, también hay diferencias significativas: Murcia, Asturias y Andalucía están en el lugar que no "les tocaría", lo que hace pensar que quizás la comprensión del fenómeno requiere de un análisis más profundo. Es lo que intentaremos efectuar en las páginas siguientes.

Figura 15. Comparación del coste mensual de la incapacidad temporal por afiliado en las comunidades autónomas, CCAA, en terciles según estén o no transferidas las competencias sanitarias, 2002. (Datos del INSS).



7. Análisis de datos: la situación en Cataluña

7.1 Fuentes de datos

Como se ha señalado al comienzo de este informe, la disponibilidad de datos sobre los principales aspectos de la IT es una de las principales dificultades a las que nos hemos tenido que enfrentar. De hecho, la única institución española que dispone de una información amplia y de alcance total (incluye *todos los procesos* de IT) es la Comunidad Foral de Navarra, que recoge, trata y publica los datos a través del Instituto Navarro de Salud Laboral.

Para el resto del Estado la información es, en el mejor de los casos, parcial o no está desagregada por comunidades autónomas, tal como hemos tenido ocasión de comprobar.

En primer lugar, y a través de la Presidencia del Consejo Catalán de Trabajo Económico y Social de Cataluña, se nos facilitaron datos proporcionados por el

Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), que tienen dos limitaciones importantes. Por un lado estos datos, no obstante, sólo incluyen datos de los procesos en los que es el INSS quien se hace cargo del pago del subsidio de IT (ya sea de manera directa o delegada), lo que representa solamente, como ya hemos visto, alrededor de la mitad de la población asegurada. Por otro lado no todos los procesos que gestiona el INSS se incluyen dentro de las cifras disponibles, pues la proporción de documentos que se incluye en la base de datos varía mucho entre comunidades autónomas. Un resumen del conjunto de los datos del INSS se da en la tabla 1.

Tabla 1. Datos del INSS referentes a la IT, para los años que se indican.

	Incidència (processos/1000 afiliats/any)			Durada (dies/procés)			Cost (euros/procés)		
	2000	2001	2002	2000	2001	2002	2000	2001	2002
Mediana	22,07	20,97	24,59	52,50	45,0	45,00	842,66	698,85	657,67
Mitjana	23,17	22,36	24,73	55,04	45,33	44,08	898,62	720,72	648,89

Las discrepancias de estos datos con las otras fuentes disponibles (como las del propio INSS incluidos en la tabla 4 del apartado 6.5) los hacen de poca utilidad. Dos ejemplos serán suficientes para poner de manifiesto estas discrepancias. Si la incidencia es alrededor de unos 25 procesos al año por cada 1000 trabajadores, y el coste medio del proceso es de unos 800 euros, de ello se deduce un coste medio de 2000 euros/año por cada mil trabajadores, es decir, unos 20 euros/año/trabajador. Como ya hemos visto el INSS calcula un coste alrededor de 20 euros por trabajador y mes. Estas cifras sugieren que el INSS sólo informatiza sobre un 10 por ciento de los procesos.

Por otra parte, si la incidencia es de unos 25 procesos al año por cada 1000 trabajadores y la duración media de cada proceso alrededor de 40 días, se deducen unos 1000 días de baja al año por cada mil trabajadores, es decir, un día al año por trabajador, que es alrededor de la décima parte del valor real. Las cifras sugieren, de nuevo, que el INSS sólo informatiza sobre un diez por ciento de los procesos.

En conjunto, pues, los datos proporcionados por el INSS han sido de poca utilidad, si se exceptúa el dato de gasto medio por afiliado en cada comunidad autónoma, que hemos recogido en la tabla 4 del apartado 6.5.

En segundo lugar, y también gracias a las gestiones de la Presidencia del Consejo, hemos podido disponer de datos facilitados por las mutuas, a las que ya hemos hecho una referencia superficial (apartado 6.5) y a las que dedicaremos un apartado entero de este capítulo.

En el sistema actual de gestión de la IT, las instituciones que podrían disponer de toda la información son los servicios públicos de salud, pues son los que dan las bajas y la mayoría de las altas, y controlan las altas que dan otras instituciones, como es en Cataluña el CRAM (muy pronto ICAM). Desgraciadamente esta información es poco accesible, y en general no tiene el nivel de detalle necesario para poder hacer un análisis comparativo por comunidades autónomas, que era uno de nuestros principales objetivos.

Por esta razón orientamos nuestra investigación hacia los indicadores indirectos de la IT, concretamente la información disponible sobre horas no trabajadas. En el Estado español hay disponibles dos fuentes estadísticas sobre este tema.

La primera es la Encuesta sobre el Tiempo de Trabajo que hasta ahora ha realizado dos veces (en los años 1996 y 2000) el Instituto Nacional de Estadística (INE). Se trata de una encuesta realizada a empresarios sobre la distribución del tiempo de trabajo, donde se incluyen específicamente datos sobre las horas no trabajadas por incapacidad temporal (la maternidad se contabiliza a parte). Entre otras variables, los resultados se pueden desglosar por comunidad autónoma, pero la metodología tiene algunas limitaciones importantes que nos decidieron a no utilizar los datos. En primer lugar sólo incluye empresas de más de diez trabajadores, lo que hace que sea poco representativa, pues excluye a más del 25% de la población asalariada. En segundo lugar, la serie histórica es demasiado limitada para intentar obtener algún tipo de asociación entre variables. Los datos están disponibles en la página web del INE (http://www.ine.es). En la tabla 2 se presentan los resultados correspondientes al año 2000.

Tabla 2. Horas no trabajadas al año por incapacidad temporal y por maternidad según la comunidad autónoma. Año 2000. Fuente: INE.

Comunitat Autònoma	Hores no treballades per IT	Hores no treballades per maternitat
Andalusia	50,6	4,6
Aragó	45,4	4,8
Astúries	72,9	2,8
Balears (Illes)	54,4	3,8
Canàries (Illes)	62,3	3,8
Cantàbria	52,5	3,2
Castella-la Manxa	43,5	4,1
Castella Lleó	43,4	4,1
Catalunya	51,1	5,7
Comunitat Valenciana	50,5	4,1
Extremadura	45,4	4
Galícia	51,4	3,6
Madrid (Comunitat)	38	4,9
Múrcia	55,8	4,2
Navarra	56,5	3,4
País Basc	58,2	3,8
La Rioja	46,6	4,4
Total	**49,4**	**4,6**

La segunda fuente es la Encuesta de Coyuntura Laboral (ECL) que, desde 1990, elabora trimestralmente el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. En esta encuesta, hecha también a empresarios, se recogen datos sobre una gran cantidad

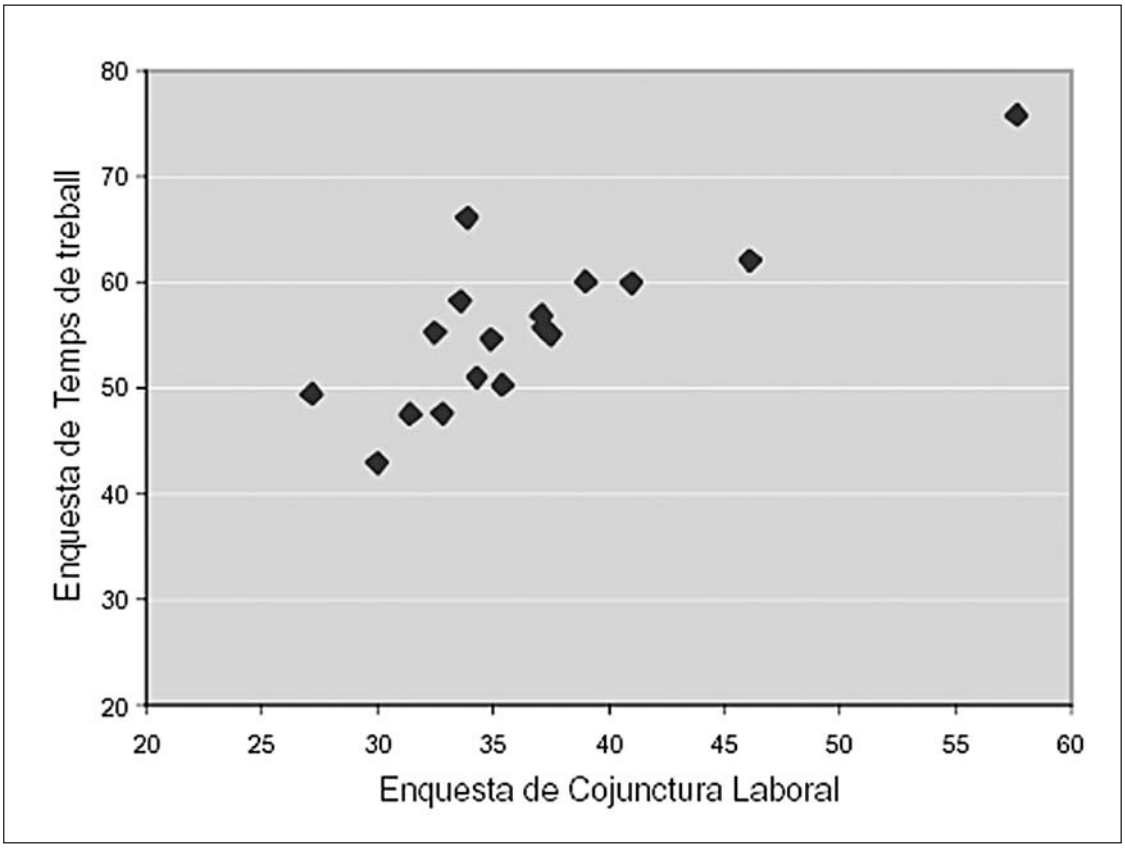
de variables laborales y, en particular sobre el tiempo de trabajo, uno de cuyos componentes que se evalúa directamente son las horas no trabajadas cada trimestre por incapacidad temporal o maternidad. Se presentan pues sumadas tres variables conceptualmente diferentes: la incapacidad temporal por contingencias comunes, la incapacidad temporal por contingencias profesionales y la maternidad. Como hemos visto en el capítulo anterior, las contingencias profesionales representan (en términos de gasto y, por tanto, aproximadamente en términos de tiempo) un 16% del conjunto de la IT, y según los datos del INE (tabla 3), la maternidad viene a representar alrededor de un 10% del tiempo perdido por IT, y esta cifra es relativamente homogénea por comunidades autónomas. El dato dado por la ECL (incapacidad temporal total más maternidad) pensamos que se puede utilizar como un indicador aceptablemente fiable del tiempo perdido por IT común, pues los otros conceptos que se incluyen no llegan entre los dos al 25% y, sobre todo, se distribuyen de una manera no muy heterogénea entre comunidades autónomas.

Por otra parte, la Encuesta de Coyuntura Laboral tiene la ventaja de que permite disponer de una serie bastante larga (unas cincuenta observaciones) y ha tenido durante sus catorce años de existencia una metodología uniforme, exceptuando la ampliación de la población encuestada que se hizo en 1997, cuando se rebajó el límite inferior de dimensión de empresa encuestada desde seis hasta un trabajador. Igual que el INE, la Encuesta de Coyuntura Laboral no incluye a los trabajadores del sector primario, ni a los de las administraciones públicas y la Seguridad Social; sus resultados respecto a la IT tienen que ser pues inferiores a los datos de los sistemas de seguro, pues en general los trabajadores del sector público tienen un absentismo superior a los del sector privado, como ya hemos visto al comentar los datos del Reino Unido.

Los resultados de la Encuesta de Coyuntura Laboral y los de la Encuesta de Tiempo de Trabajo están fuertemente asociados, como se muestra en la figura 1, pero no coinciden. La Encuesta de Tiempo de Trabajo da valores más altos posiblemente debido a que no incluye las empresas de menos de 10 trabajadores y, como ya hemos visto en los casos del Reino Unido y los Países Bajos, el absentismo es más alto en las empresas grandes que en las pequeñas; así lo confirma también el análisis de los datos de la Encuesta de Tiempo de Trabajo del INE. Por este motivo, si a la población no se le incluyen estas últimas, los valores numéricos obtenidos han de ser más elevados que si se incluyen.

Una de las ventajas de la ECL es que incluye información sobre una gran cantidad de variables sociolaborales. A título de ejemplo citaremos la distribución de trabajadores por género, tipo de contrato, actividad de la empresa, tipo de jornada (continuada, partida, en turnos ...) y muchas más. Esto pues permite analizar la influencia de ciertas variables sobre algún resultado de interés, que en nuestro caso era la incapacidad temporal. Es por el conjunto de estas razones que hemos realizado el análisis de datos que se presenta a continuación tomando como base los datos de la ECL.

Figura 1. Horas no trabajadas por año y persona por incapacidad temporal y maternidad, según la Encuesta de Coyuntura Laboral y la Encuesta de Tiempo de Trabajo. Año 2000



7.2 Evolución temporal de la IT

La base de datos utilizada en este apartado consiste en el tratamiento estadístico de la información recogida en la Encuesta de Coyuntura Laboral en el apartado correspondiente a la variable "Horas no trabajadas en el trimestre por incapacidad temporal y maternidad" que nosotros asimilaremos a la IT, tal como ya hemos comentado en el apartado anterior. Los datos se refieren a las 17 Comunidades Autónomas y al conjunto del Estado español por el periodo comprendido entre el segundo trimestre de 1990 y el cuarto trimestre de 2002. Las series temporales resultantes tienen, en consecuencia, un total de 51 observaciones. Sus valores, sólo para el conjunto del Estado, Cataluña, Madrid y el País Vasco, con el fin de elaborar un gráfico "leíble" se representan en la figura 2 (página siguiente). Se observa que Cataluña sigue de cerca la media del Estado, mientras que el País Vasco y Madrid se desvían por encima y por debajo respectivamente.

La estimación de una recta de tendencia para cada caso (las 17 comunidades autónomas y otra para el conjunto del Estado español) presentan rasgos comunes. La ecuación de la tendencia lineal estimada es de la forma:

$$IT = a + b\,T + u$$

Donde IT representa el número de horas no trabajadas, T es una variable que representa el tiempo (con valores igual a 1, 2, etc. para cada trimestre), a y b son los parámetros estimados y u representa la variabilidad no recogida por la línea de tendencia. Los datos utilizados en el ajuste corresponden a una comunidad autónoma o al total del Estado. Se han realizado, en consecuencia, 18 estimaciones diferentes. El parámetro b es la pendiente de la recta ajustada, mientras que a representa el valor de la IT ajustada al inicio de la muestra. Un valor negativo de b informa de la tendencia negativa de la IT en el periodo considerado.

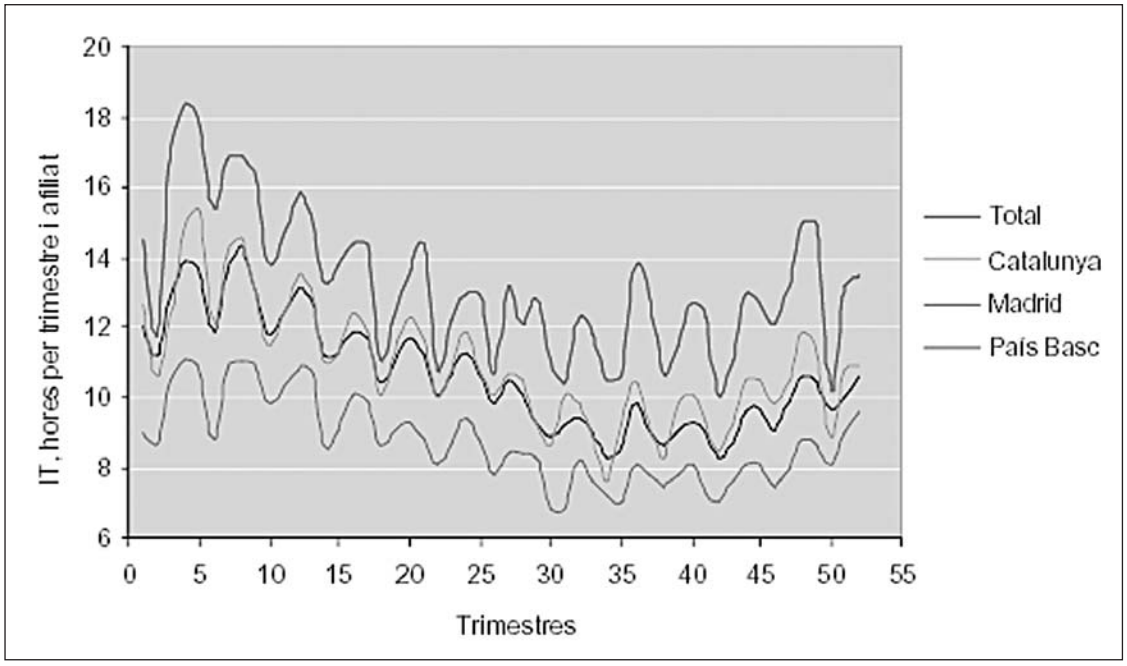
Los resultados (detallados en el anexo) muestran como la tendencia ajustada es negativa en el conjunto de las estimaciones realizadas. El análisis de los errores de las estimaciones muestran, no obstante, valores crecientes en la segunda parte de la muestra. Este hecho ha conducido a replantear la estrategia de análisis con la finalidad de mejorar la capacidad de ajuste del modelo. La revisión de la historia reciente nos muestra como los cambios normativos han sido suficientemente importantes como para no aconsejar un tratamiento de la muestra de manera global.

Las limitaciones del ajuste a una recta de tendencia se pueden corregir estimando líneas más flexibles como, por ejemplo, una parábola de segundo grado (que muestra una única inflexión en el (de)crecimiento) o, incluso, una parábola de tercer grado (que admite dos inflexiones en el (de)crecimiento). Las ecuaciones son, respectivamente, de la forma:

$$IT = a + b\,T + c\,T^2 + u$$

$$IT = a + b\,T + c\,T^2 + d\,T^3 + u$$

Figura 2. Evolución de la IT entre 1990 y 2002 en el conjunto del Estado, Cataluña, Madrid y País Vasco. Fuente: ECL



En que los términos T^2 (cuadrado de la variable t) y T^3 (cubo de la variable t) permiten que la línea ajustada tenga la forma de, respectivamente, una parábola de segundo o tercer grado.
Las estimaciones realizadas para cada una de las comunidades autónomas y para el conjunto español no muestran unos resultados homogéneos. En algunos casos el modelo estadísticamente más confortable es el que ajusta a los datos una parábola de segundo grado, mientras que en otros es la parábola de tercer grado el modelo de ajuste preferible. Los principales parámetros de los ajustes se indican en la tabla 3. Los resultados detallados se recogen en el anexo. En la figura 3 se muestran los ajustes lineal y de segundo grado obtenidos.

Tabla 3. Tendencias (coeficientes de regresión y determinación ajustado) del número de horas no trabajadas por incapacidad temporal por contingencias comunes y maternidad por Comunidades Autónomas, según la Encuesta de Coyuntura Laboral (trimestral), 1990 (segundo trimestre) a 2002.

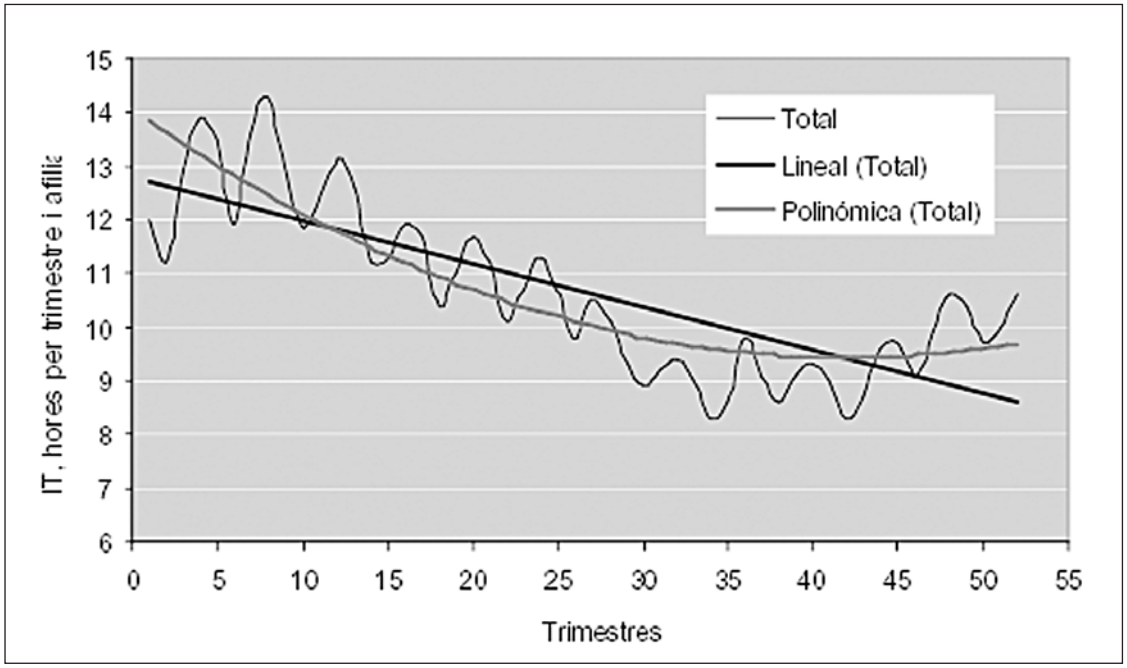
Comunitat Autònoma	Constant de la recta (?)	Pendent de la recta (?)	Coeficient de determinació ajustat de la recta (R^2)	Pendent de la paràbola de segon grau (?^{2})
Andalusia	14,477	-0,129	0,70	0,001
Aragó	11,124	-0,049	0,27	0,003
Astúries	20,908	-0,161	0,51	-0,001
Balears	12,548	-0,078	0,34	0,004
Canàries	15,229	-0,126	0,50	0,005
Cantàbria	13,347	-0,064	0,32	0,003
Castella La Manxa	8,901	-0,020	0,09	0,001
Castella Lleó	13,115	-0,124	0,67	0,003
Catalunya	**13,004**	**-0,081**	**0,47**	**0,003**
Extremadura	9,006	-0,047	0,33	-0,014
Galícia	13,412	-0,091	0,52	0,005
Madrid	**10,189**	**-0,058**	**0,50**	**0,002**
Múrcia	11,660	-0,021	O,02	-0,005
Navarra	14,457	-0,089	0,39	-0,016
País Basc	15,327	-0,083	0,33	0,004
La Rioja	11,435	-0,065	0,35	0,001
Comunitat Valenciana	13,001	-0,109	0,69	0,003
Espanya	**12,859**	**-0,088**	**0,64**	**0,002**

El cambio metodológico introducido en la Encuesta de Coyuntura Laboral en el primer trimestre de 1997 hace aconsejable tener en cuenta una posible ruptura de la estructura de los datos en el año 1997. Este cambio estructural queda recogido en el análisis incorporando una variable artificial (variable dummy). La variable artificial toma el valor 0 para todos los periodos de tiempo, trimestres, desde el inicio de la muestra hasta finales de 1996, y toma el valor 1 desde el primer trimestre de 1997

hasta el final de la muestra. En este sentido definimos la variable artificial D de la forma siguiente:

D = 0, si el dato de la IT corresponde a un trimestre entre 1990 y 1996
= 1, si el dato de la IT corresponde a un trimestre entre 1997 y 2002

Figura 3. Ajuste lineal y polinómico de segundo orden en la evolución de la IT del conjunto de España, según la ECL 1990 (2º trimestre) - 2002.



Con la finalidad de recoger un posible cambio de tendencia y no forzar que la ordenada en origen sea la misma para las dos líneas estimadas, el modelo estimado es de la forma:

$$IT = a + b\,t + cD + d\,(D\,t)$$

En este modelo el parámetro b informa de la pendiente de la tendencia lineal para la primera parte de la muestra, es decir la pendiente para el periodo comprendido entre 1990 y 1996, mientras que la pendiente de la segunda parte de la muestra, periodo comprendido entre 1997 y 2002, está recogido en el resultado de hacer el cálculo b+d.

Los resultados por ambos periodos se muestran en la tabla 4. En resumen podemos decir que, desde el inicio de la muestra, segundo trimestre de 1990, hasta finales de 1996 la tendencia ajustada es claramente negativa (pendiente igual a -0,111248 para el conjunto de España y pendiente media para las 17 comunidades autónomas igual a -0,09014) que informa de la disminución del número de horas no trabajadas según la fuente estadística utilizada. La tasa de disminución por trimestre es, en promedio, igual a 0,111248 para los datos referidos al conjunto de la ILT en España.

A partir de 1997, y hasta finales del periodo de la muestra utilizada, los resultados informan de que la tendencia es creciente a ritmo, pero, más lento que el del decrecimiento anteriormente experimentado. Este hecho se da tanto en la estimación utilizando los datos del conjunto de España (pendiente igual a 0,035348) como en el promedio de las estimadas por las ecuaciones referidas a cada una de las 17 Comunidades Autónomas (promedio de las igual a 0,03823).

Tabla 4. Tendencias (coeficientes de regresión ajustado de la recta) para los periodos 1990-1996 y 1997-2002 del número de horas no trabajadas por incapacidad temporal por contingencias comunes y maternidad por Comunidades Autónomas según la Encuesta de Coyuntura Laboral (trimestral).

	1990-1996		1997-2002	
Comunitat Autònoma	Constant	Pendent	Constant	Pendent
Andalusia	14,541	-0,115	9,373	-0,003
Aragón	1,1543	-0,065	5,375	0,095
Astúries	19,916	-0,055	17,504	-0,083
Balears	12,946	-0,081	3,561	0,145
Canàries	16,199	-0,176	4,862	0,134
Cantàbria	13,577	-0,063	7,348	0,084
Castilla La Mancha	8,8854	-0,009	6,440	0,041
Castilla León	13,906	-0,178	8,126	0,003
Catalunya	**13,597**	**-0,115**	**7,464**	**0,058**
Extremadura	8,8626	-0,023	6,272	0,020
Galícia	14,444	-0,161	6,650	0,081
Madrid	**10,512**	**-0,074**	**6,458**	**0,036**
Múrcia	9,6728	0,149	15,708	-0,133
Navarra	14,835	-0,039	8,699	0,066
País Basc	16,583	-0,177	9,531	0,067
La Rioja	12,640	-0,163	7,662	0,035
Comunitat Valenciana	14,019	-0,187	8,612	0,005
Espanya	**13,316**	**-0,111**	**7,960**	**0,035**

Los mismos resultados se han utilizado para hacer una comparación de las de cada línea ajustada en relación con la estimación para el total, es decir para el conjunto de España. Los cuadros que se recogen en el anexo muestran las desviaciones de los valores de las de las rectas de tendencia de cada Comunidad Autónoma en relación con el conjunto español y, siguiendo los mismos criterios usados anteriormente, el grupo al que pertenecen.

7.3 Análisis territorial

La asociación entre las variaciones entre comunidades autónomas de la IT y una selección de posibles factores determinantes se ha llevado a cabo usando el análisis de las correlaciones lineales y el de la regresión lineal. La elección de las variables ha estado condicionada por las informaciones disponibles en las estadísticas oficiales. La

unidad de análisis es la comunidad autónoma lo que significa que las variaciones estudiadas son las variaciones que se dan, para un periodo de tiempo dado y para las variables seleccionadas, entre las 17 comunidades autónomas.
La fuente de datos es la Encuesta de Coyuntura Laboral. Se ha construido una variable que resume la magnitud de cada concepto referido a los años 2000, 2001 y 2002. Se han calculado los promedios de los datos trimestrales de cada una de las variables seleccionadas para estos años. La tabla 5 muestra los valores de las variables utilizadas en el análisis. La definición de las variables es la que se muestra a continuación:
IT: promedio trimestral del número de horas no trabajadas por incapacidad temporal y maternidad. Años 2000, 2001 y 2002.
Hombres: promedio trimestral del porcentaje de hombres en la fuerza de trabajo. Años 2000, 2001 y 2002.
Indefinido: promedio trimestral del porcentaje de contratos indefinidos sobre el total de contratos. Años 2000, 2001 y 2002.
Horas: promedio trimestral del número de horas trabajadas. Años 2000, 2001 y 2002.
PIme: promedio trimestral del porcentaje de empresas de menos de 10 trabajadores sobre el total de empresas. Años 2000, 2001 y 2002.
Servicios: promedio trimestral del porcentaje de trabajadores en el sector servicios. Años 2000, 2001 y 2002.
Turnos: promedio trimestral del porcentaje de trabajadores que realizan turnos sobre el total de trabajadores. Años 2000, 2001 y 2002.

Tabla 5. Promedio de los valores trimestrales de los años 2000 a 2002.

	IT	% Homes	% contracte indefinit	Hores treballades	% treball a Pimes	% treball a Serveis	% treball a torns
Total	**9,608**	**62,407**	**64,146**	**418,69**	**27,34**	**64,42**	**24,169**
Andalusia	9,131	67,061	52,931	418,82	31,16	67,07	23,285
Aragó	9,692	61,592	65,915	415,22	28,52	58,04	26,608
Astúries	14,1	65,838	64,915	407,93	27,27	61,19	27,438
Balears	9,792	58,338	60,654	428,18	32,06	74,47	25,831
Canàries	10,86	62,069	56,308	428,67	28,39	75,33	33,454
Cantàbria	11,015	63,885	63,069	418,58	29,38	59,02	23,185
Castella-la Manxa	8,346	65,608	57,754	421,84	32,72	52,65	19,492
Castella -Lleó	8,377	64,908	65,554	414,32	31,16	59,53	27,023
Catalunya	**10,162**	**59,438**	**70,608**	**416,96**	**25,62**	**62,43**	**25,438**
València	8,892	63,369	62.123	420,85	29,1	58,14	19,677
Extremadura	7,3	66,162	56,823	420,35	37,05	65,25	19,308
Galícia	10,354	63,385	59,4	423,89	33,82	59,01	21,715
Madrid	**8,138**	**59,982**	**71,054**	**421,54**	**20,67**	**75,45**	**22,8**
Múrcia	10,038	65,638	56,623	416,95	31,05	59,98	19,123
Navarra	11,154	63,015	68,046	414,36	21,72	52,05	34,015
País Basc	12,6	61,646	66,477	403,24	23,29	57,61	27,038
Rioja (La)	9,423	64,138	69,208	418,69	30,06	50,92	21,877

En las figuras 4 a 9 se ha representado la evolución temporal de estas variables por cada comunidad autónoma y el conjunto del Estado para el periodo 1995-2002; en algunos casos, sin embargo, y como se indica en la figura correspondiente, los datos no estaban disponibles para todo el periodo.

Figura 4. Evolución del porcentaje de trabajadores/as ocupados en el sector servicios, por comunidad autónoma. 1995-2002, según la ECL

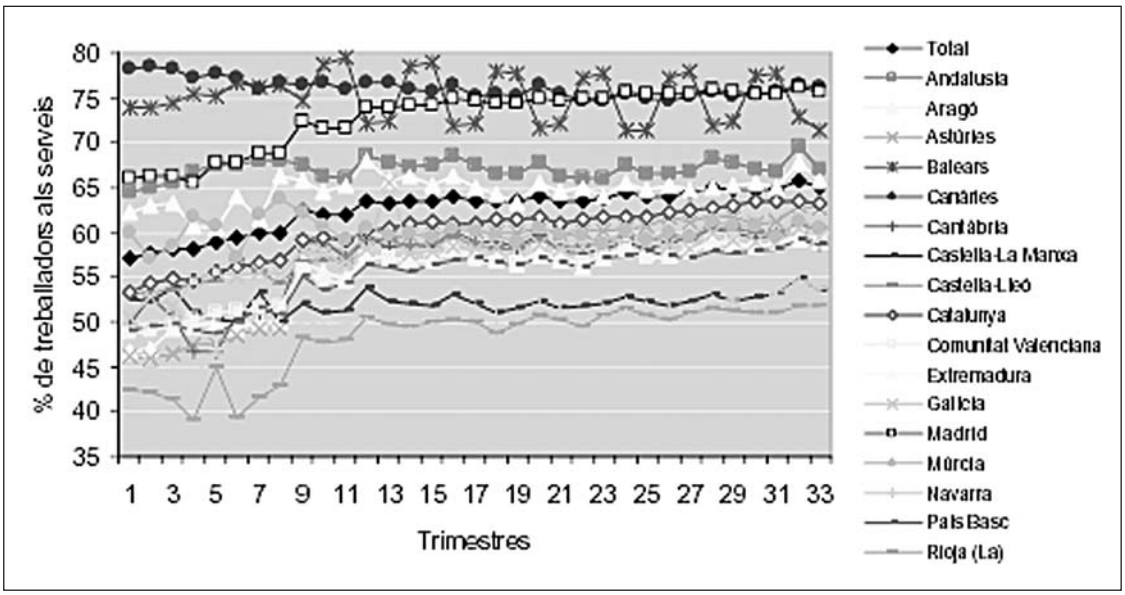


Figura 5. Evolución 1995-2002 del porcentaje de hombres en la población trabajadora de las diferentes comunidades autónomas, según los datos de la ECL.

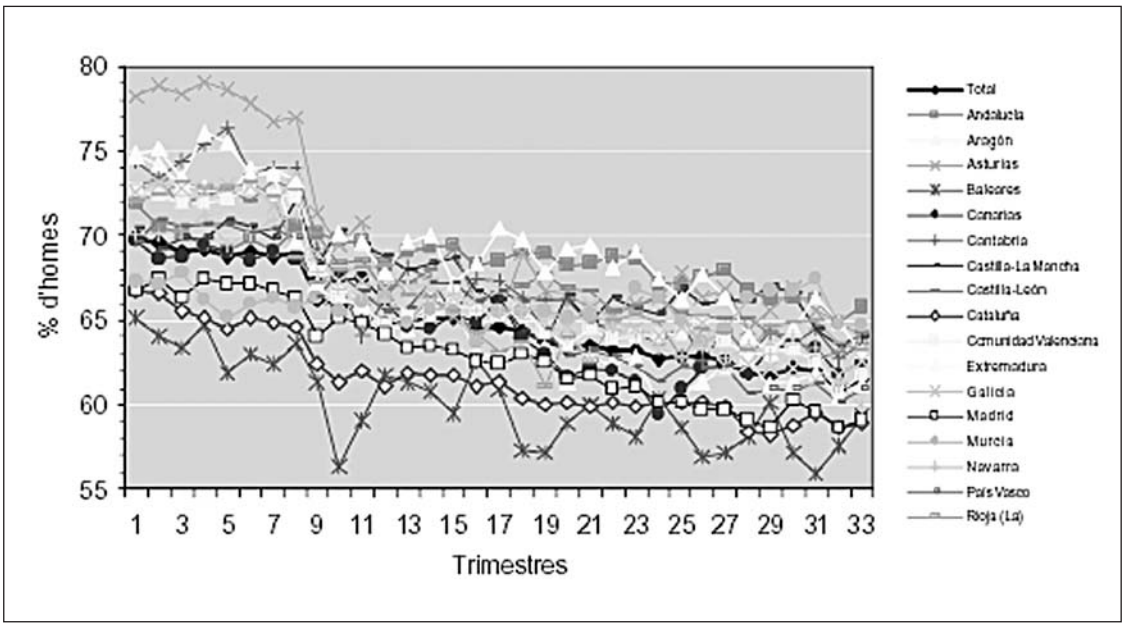


Figura 6. Evolución 1995-2002 del porcentaje de trabajadores/as con contrato indefinido, por comunidades autónomas, según la ECL

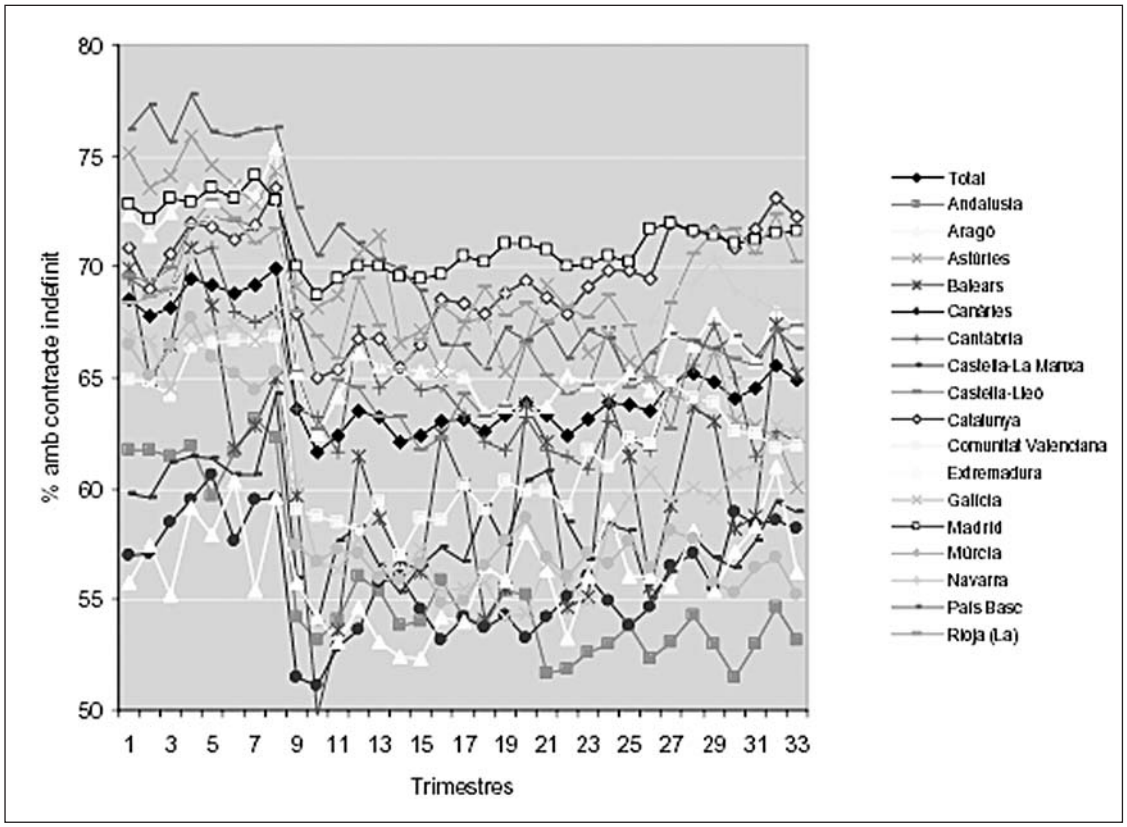


Figura 7. Evolución 1999-2002 del porcentaje de población trabajadora de las diferentes comunidades autónomas que trabaja en turnos, según los datos de la ECL.

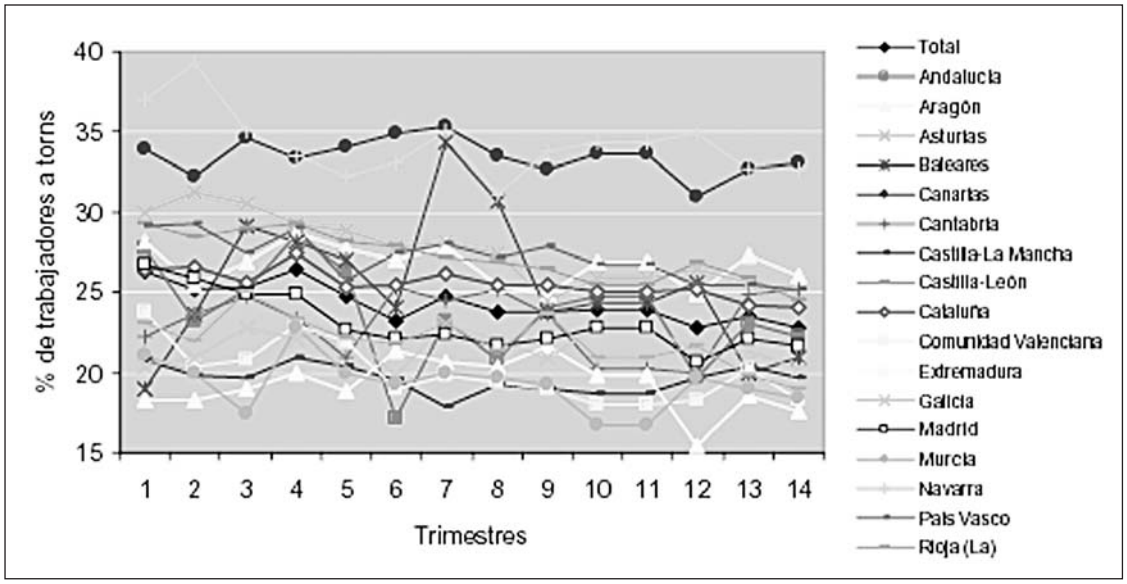


Figura 8. Evolución 1997-2002 del porcentaje de población trabajadora de las diferentes comunidades autónomas que trabaja en empresas de 1 a 10 trabajadores, según los datos de la ECL

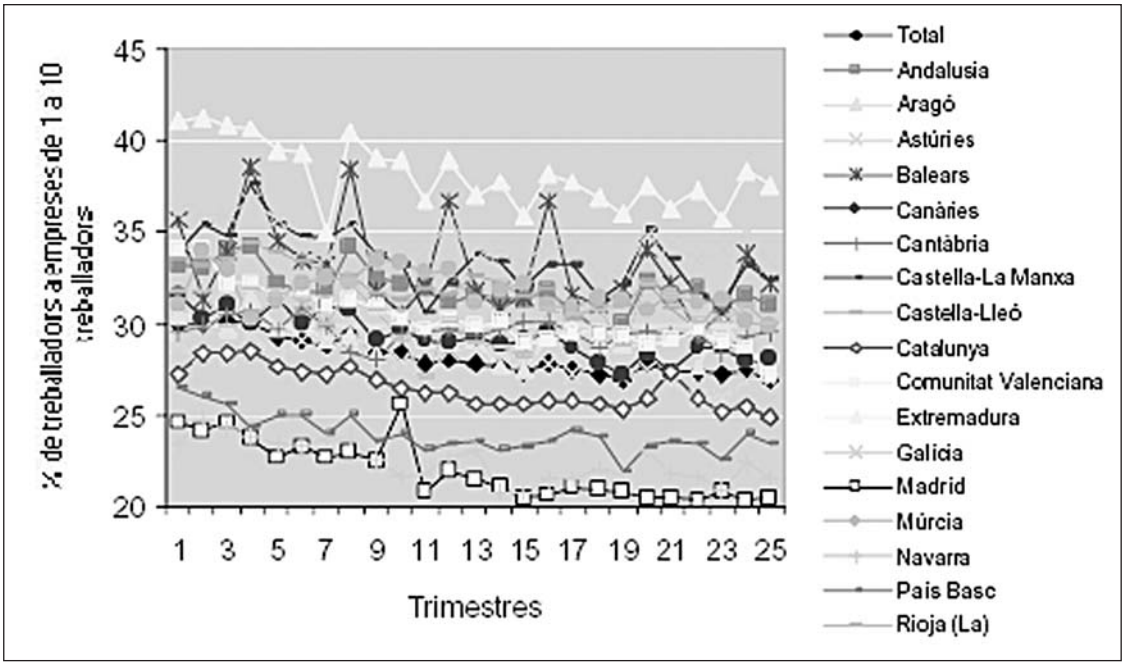
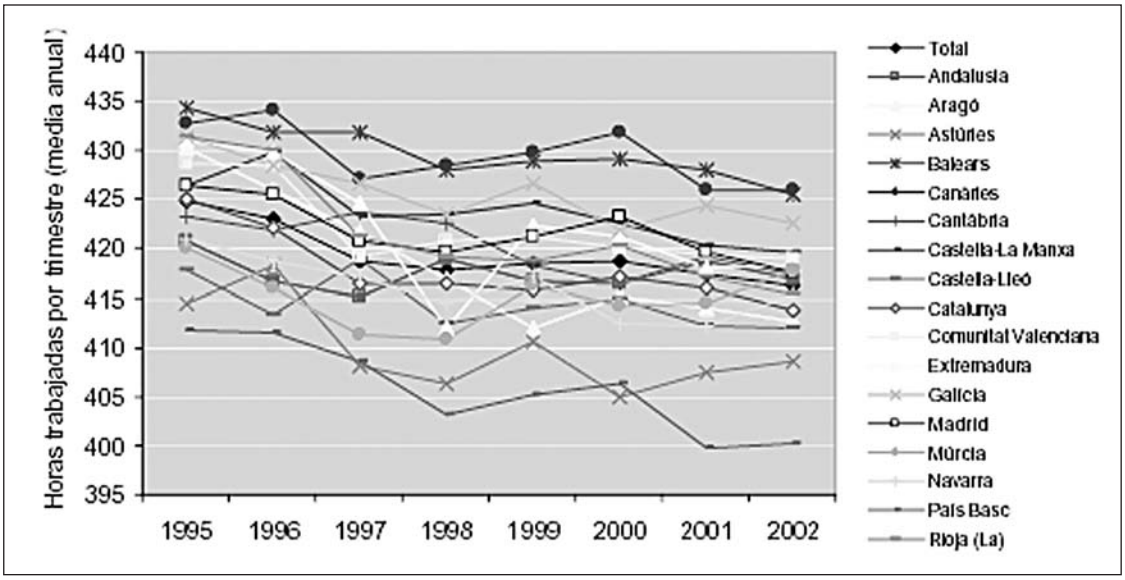


Figura 9. Evolución de la jornada laboral trimestral por comunidad autónoma, 1995-2002, según la ECL



El análisis realizado proporciona tres tipos de resultados. El primero no es más que la matriz de coeficientes de correlación lineal entre todas las variables. El segundo resultado se refiere a las regresiones lineales simples en las que la variable dependiente ha sido siempre la incapacidad temporal (IT) y la variable explicati-

va es, en cada análisis, una de las variables que se han calificado de posibles factores determinantes de las variaciones en la IT. Finalmente, el tercer bloque de resultados, corresponde a las estimaciones de modelos de regresión lineal múltiple en los que la variable dependiente en la IT y las variables explicativas se han elegido entre los factores determinantes a la luz de las correlaciones mostradas y de los resultados de las estimaciones. Se trata de encontrar un modelo en el que la significación estadística de los coeficientes individuales sea confortable y que el ajuste a los datos sea lo más alto posible. La regresión lineal múltiple permite controlar los efectos que las variables incluidas en el modelo tienen sobre cada uno de los coeficientes estimados.

Las asociaciones lineales entre las variables informan del grado de similitud entre las distribuciones de las dos variables analizadas. Lo cual no quiere decir que necesariamente exista una relación de dependencia sino que, por el momento, se puede afirmar que se mueven en una dirección similar. Tal como se observa en la tabla 6, las asociaciones entre IT y las variables explicativas son negativas en todos los casos excepto en el de la correlación entre IT y Turnos. Las correlaciones simples más importantes son las que se dan entre IT y Horas, y entre IT y Pime. Entre las variables explicativas de las variaciones de IT entre comunidades autónomas las correlaciones más elevadas son las que presenta la variable Pime con Hombres, Horas y Turnos.

Tabla 6. Matriz de coeficientes de correlación lineal entre las variables incluidas en el análisis. Encuesta de Coyuntura Laboral, 2000-2002.

	IT	Homes	Hores	Indefinit	Pime	Serveis	Torns
Hores no treballades per incapacitat temporal i maternitat (IT)	1.00	-0.08	-0.53	-0.16	-0.42	-0.14	0.52
Percentatge d' homes (Homes)		1.00	-0.21	0.01	0.48	-0.40	-0.34
Hores treballades (hores)			1.00	0.11	0.42	0.50	-0.16
Percentatge de contractes indefinits (Indefinit)				1.00	0.01	-0.12	-0.28
Percentatge de empreses de menys de 10 treballadores (Pime)					1.00	-0.03	-0.54
Percentatge de treballadors al sector de serveis (Serveis)						1.00	0.16
Percentatge de treballadors a torns (Torns							1.00

La IT presenta asociación moderada negativa con las horas trabajadas (r = -0,5295) y Pime (r = -0,4159) y positiva con el porcentaje de trabajadores que hacen turnos (r = 0,5224). Las comunidades autónomas que presentan valores más elevados de IT coinciden, en promedio, con las que tienen valores menores de horas trabajadas y con el porcentaje de empresas muy pequeñas y, en cambio, con las que tienen más trabajadores que hacen turnos. No hay asociación significativa con la distribución de la fuerza laboral entre hombres y mujeres, mientras que la asociación entre IT con el porcentaje de trabajadores que tienen contratos indefinidos y que trabajan en el sector servicios es escasa (r = -01638 y r = -0,1333).

La variable porcentaje de empresas pequeñas se muestra moderadamente correlacionado con el porcentaje de hombres, las horas trabajadas y el porcentaje de personas que trabaja en turnos, mientras que prácticamente no existe correlación con el porcentaje de contratos indefinidos y el porcentaje de trabajadores en servicios. Esta información nos viene a decir que el contenido informativo de la variable Pime está relacionado con el que aportan las variables con las que muestra correlación y, muy probablemente, su presencia en el modelo de regresión múltiple podrá ser sustituida por alguna de estas variables.

Las estimaciones de los modelos de regresión múltiple (los resultados se incluyen en el anexo) informan de que, una vez controlados los efectos de las otras variables en el modelo, las comunidades autónomas en las que el número de horas trabajadas es mayor presentan menos IT. Al contrario ocurre con la variable Turnos: las comunidades autónomas con más trabajadores que hacen turnos tienen también más IT. La presencia de la variable Servicios o la que representa Pime y Hombres no tienen incidencia significativa en los resultados de la estimación.

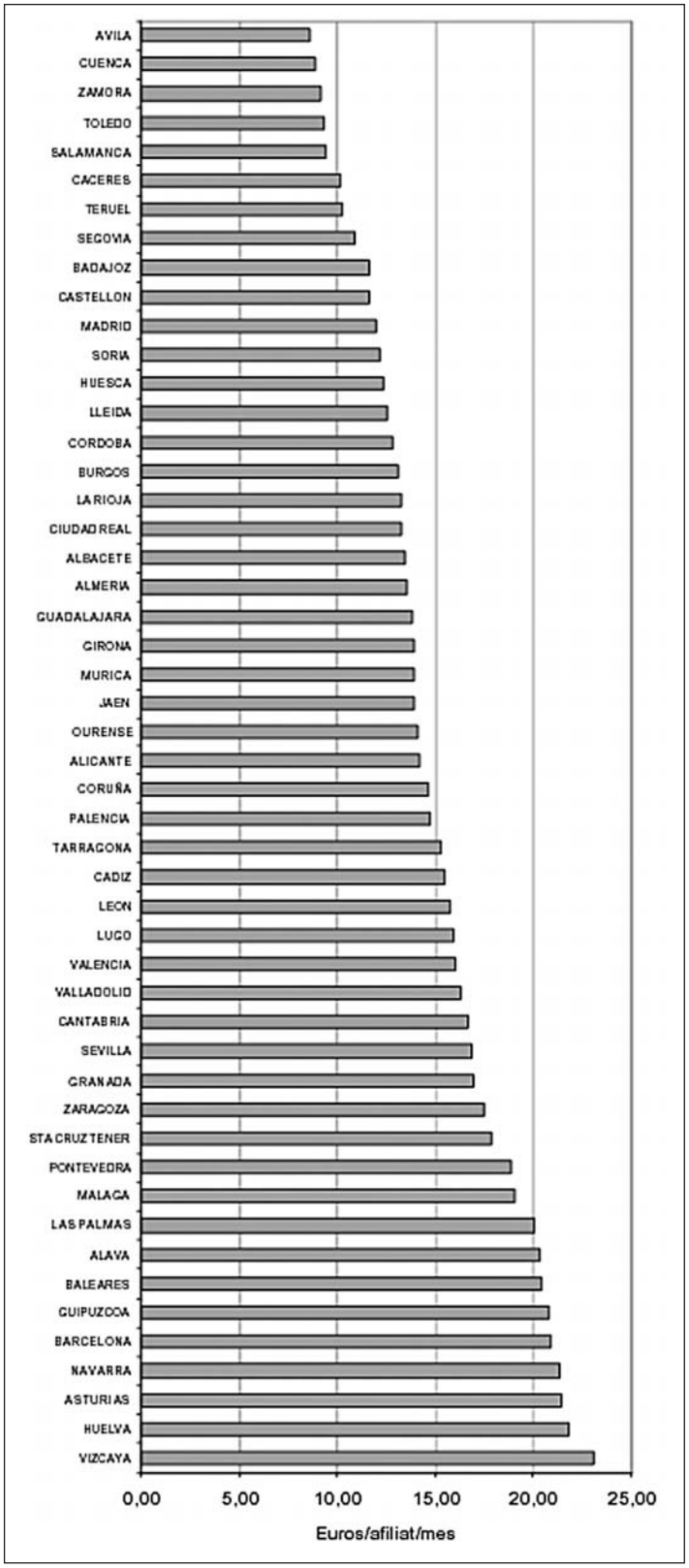
Un segundo análisis ha sido posible porque gracias a las gestiones del Consejo hemos podido disponer de abundante información sobre la gestión de la IT que han realizado las mutuas durante los años 2001 y 2002 y el primer trimestre de 2003. Desgraciadamente esta información, proporcionada por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) nos ha llegado demasiado tarde para poder hacerle un estudio exhaustivo, pero aun así hemos podido extraer algunas conclusiones de interés en relación con el objetivo del presente trabajo.

En primer lugar hay que señalar que para el conjunto del territorio del Estado las prestaciones por IT se han acercado al total de cuotas percibidas (el 2002, el 95% para los trabajadores por cuenta ajena y el 87% para los autónomos), lo que evidencia las dificultades financieras a las que se enfrentan actualmente las mutuas en relación con la prestación de IT.

Como todo lo que hace referencia a la IT, no obstante, la distribución territorial es muy irregular. Así, en cuanto a las cifras anteriores (año 2002 y trabajadores por cuenta ajena), los porcentajes oscilan entre el 64,5% de Teruel y Toledo y el 135% de Las Palmas o el 137% de Asturias (figura 10 en página siguiente).

Si analizamos los datos del gasto por afiliado y mes, que es el parámetro del que ya hemos dado anteriormente algunos datos referidos al INSS (apartado 6.5), se observa que esta dispersión se pone de manifiesto no tan solo entre comunidades autóno-

Figura 10. Distribución entre las provincias españolas del gasto por IT por persona y mes de las mutuas. 2001. Trabajadores por cuenta ajena. Fuente: AMAT



mas sino también entre las provincias de cada comunidad autónoma. A título de ejemplo representamos algunas en la figura 11. El caso de Cataluña es muy ilustrativo de la dispersión aludida: mientras en Barcelona el gasto por afiliado y mes fue de 20,9 euros, en Girona fue de 13,9, en Tarragona de 15,3 y en Lleida de 12,5. El fenómeno es parecido en todas las comunidades autónomas, por lo que las comparaciones de gasto entre ellas pueden tener muy poco significado, pues representan promedios de datos muy dispersos.

La constatación de esta dispersión nos ha llevado a preguntarnos si existía alguna variable que pudiera contribuir a explicar tan grandes diferencias territoriales, y después de ensayar el PIB por habitante y la población provincial con malos resultados, hemos encontrado que una variable que muestra una asociación importante con el gasto en IT por persona es la población asegurada.

En la figura 12 (página siguiente) se muestra la relación existente entre los niveles de gasto en cada provincia y la población afiliada. Cabe señalar que los valores de gasto, obtenidos de los datos de las mutuas, incluyen todos los trabajadores por cuenta ajena. Los de afiliación, incluyen los afiliados del régimen general y los trabajadores del régimen agrario por cuenta ajena.

Figura 11. Gasto de las mutuas en IT por afiliado y mes. Año 2001
Trabajadores por cuenta ajena. Cada barra representa una provincia.
Fuente: AMAT

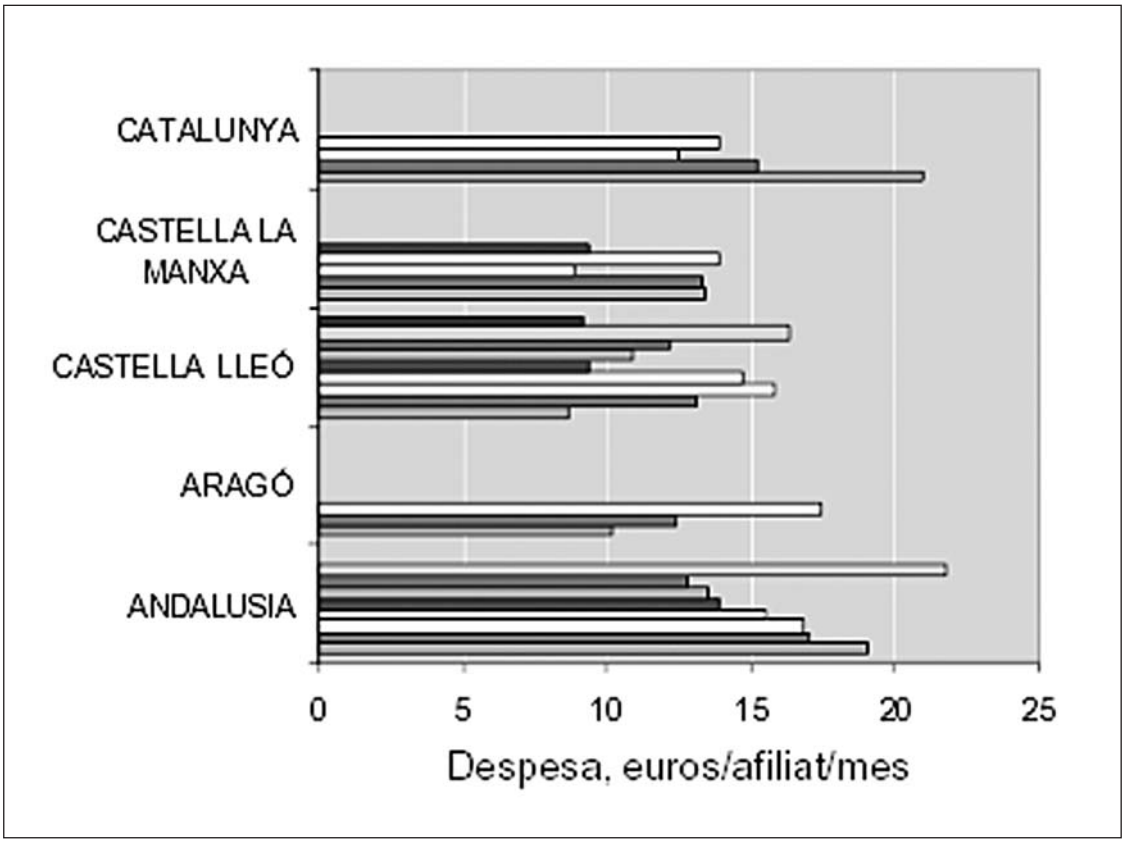
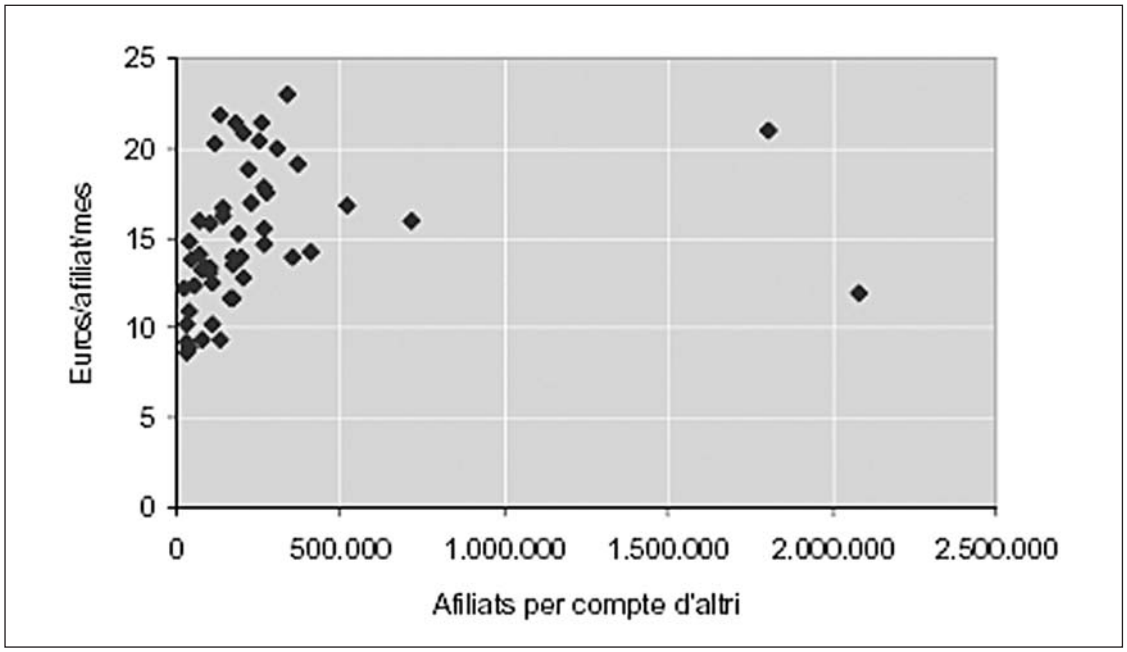
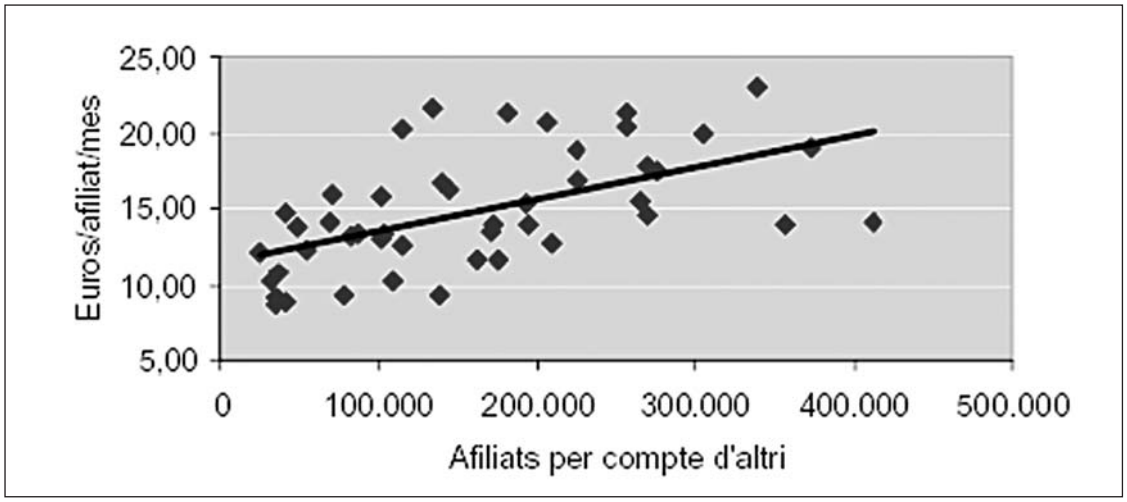


Figura 12. Relación entre el gasto en IT y la afiliación en las diferentes provincias españolas. Fuente: AMAT y Memoria estadística de la Tesorería General de la Seguridad Social 2001.



La figura 12 muestra claramente que, con la excepción de las cuatro provincias en las que la afiliación supera 500.000 personas (Madrid, Barcelona, Valencia y Sevilla), para las demás hay una asociación importante entre el nivel de afiliación de cada provincia y el gasto por persona. Esta asociación se puede ver con más claridad en la figura 13 donde se han suprimido las cuatro provincias más grandes.

Figura 13. Relación entre el gasto en IT y la afiliación en las provincias con menos de 500.000 afiliados. Fuente: AMAT y Memoria estadística de la Tesorería General de la Seguridad Social 2001.



La figura muestra una asociación considerable entre la afiliación y el gasto; para hacerla más evidente hemos dibujado la recta de regresión (r = 0,56) que indica claramente que el gasto *por afiliado* crece con el volumen de afiliados. Algunas provincias destacan por su "anormalidad", que las sitúa bastante alejadas de la recta de regresión. Es el caso, por la banda alta, de Huelva, Baleares, Navarra y las tres provincias vascas. En sentido contrario destacan, por su bajo gasto, Alicante, Murcia y Toledo.

Demostrar el porqué de esta asociación exigiría un estudio mucho más profundo, pero probablemente deben buscarse las razones en unas condiciones de vida y trabajo más favorables en las provincias pequeñas que en las grandes. Desplazamientos hogar-trabajo más cortos, que permiten compatibilizar mejor las obligaciones laborales y familiares, empresas más pequeñas, en las que los problemas psicosociales son más ligeros y, en general, una vida menos estresante serían probablemente algunos de los factores que explicarían el fenómeno.

En cuanto a las provincias grandes destacan, por su anormalidad relativa, Madrid, donde el gasto es pequeño, y Barcelona donde es elevado. Ninguna de las variables estudiadas justifica esta diferencia, que podría tener su origen, al menos parcialmente, en diferencias en el control administrativo de la IT. Hay que señalar, sin embargo, que ambos territorios son suficientemente grandes y poblados como para esconder, dentro de ellos mismos, dispersiones importantes para el estudio de las cuales no se dispone todavía de datos.

8. Conclusiones

1. A pesar de la estrecha relación que hay entre la IT y absentismo, no se puede considerar la IT únicamente como absentismo, ya que la IT es parte de un proceso terapéutico para curar y/o detener un daño a la salud.

2. La evidencia científica disponible muestra que la existencia de problemas de salud previos al episodio de IT está claramente asociada a su inicio y a su duración, sobre todo para los episodios de larga duración. Para los episodios de corta duración, es asumido que hay otros factores más ligados a las actitudes de los trabajadores, que hace más compleja la explicación de la IT, ya que intervendrían aspectos relacionados con la motivación, la satisfacción o la responsabilidad y la capacidad de hacer frente a situaciones conflictivas.

3. Entre los factores de riesgo hemos de diferenciar aquellos que actúan a nivel proximal o micro de aquellos que actúan a nivel macro o distal. Entre los primeros deben destacarse los factores ligados a las condiciones de trabajo (empleos con alta demanda física y factores psicosociales como la falta de control, el trato injusto y el poco apoyo de los compañeros y supervisores) y los factores personales (la edad, el sexo, el estado civil, tener hijos pequeños, la personalidad irritable y el consumo de alcohol).

4. Cuando se hacen comparaciones entre regiones, países o a lo largo del tiempo, deben tenerse en cuenta los factores que actúan a nivel macro, como los ligados al mercado laboral (el desempleo, los cambios organizativos en las empresas y el tipo de contrato), al sistema de seguridad social (los beneficios de la situación de IT) y al sistema sanitario (la certificación médica y especialidad médica).

5. A pesar de la heterogeneidad de la información disponible sobre la IT en los Estados miembros de la UE, parece claro que España se encuentra dentro del grupo de países que tienen niveles de IT relativamente bajos, como Reino Unido y Alemania, y se sitúan cerca de los diez días por persona y año. Estos valores contrastan con los de los países nórdicos, donde Suecia ya ha superado los treinta días por persona y año.

6. La Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo pone también de manifiesto que los trabajadores *masculinos* españoles tienen la percepción de que están casi el doble de días en situación de IT por causas imputables al trabajo que por razones no laborales. Una situación parecida sólo se da en Francia y Luxemburgo, pues en los demás Estados miembros el número de días de ausencia por razones laborales y no laborales es similar. Parece por tanto que las condiciones de trabajo podrían tener una contribución elevada en los niveles de IT común en nuestro país. Para las mujeres este fenómeno no parece importante.

7. La transferencia de parte del coste de la IT a las empresas que se produjo en 1992, estabilizó el gasto global hasta 1996, pero después de un breve descenso en los años 1997 y 1998, ha vuelto a aumentar de manera sensible.

8. A pesar de estos aumentos, el coste de la IT por afiliado y mes para el conjunto del sistema de la Seguridad Social, es todavía inferior a los valores de 1995, especialmente si se corrige para tener en cuenta la inflación.

9. En el territorio INSALUD los días de baja por persona y año, que son una medida equivalente a la de coste por afiliado, se mantuvo estable entre 1996 y 2000. Las acciones de control de la IT emprendidas por el INSALUD, que están documentadas en sus Memorias (potenciación de la Inspección Médica, contratos programa, etc.) pueden explicar los buenos resultados conseguidos.

10. Según los datos de la Comunidad Foral de Navarra, aunque más del 60% de los procesos de IT duran menos de 15 días, su consumo global de días de IT es poco más del 10%. En cambio los procesos de más de 90 días, que no llegan al 10%, consumen más del 60% del total de días de IT.

11. Según los mismos datos, la duración media de las bajas del régimen de autónomos es más elevada que las del régimen general porque en el primero sólo hay

bajas de más de quince días. Si se corrige este efecto, la duración media de la baja es parecida.

12. La evolución temporal de la IT desde principios de los años noventa, estimada a partir de los datos de la Encuesta de Coyuntura Laboral y medida a través de las horas perdidas por persona, muestra, en el conjunto del Estado y prácticamente en todas las comunidades autónomas una fase inicial de descenso que llega hasta los años 96-97 y después un ascenso.

13. Las variables laborales que muestran una asociación positiva con la IT ("contribuyen a aumentarla") son trabajar en turnos y trabajar en empresas grandes. En cambio, sorprendentemente, las jornadas de trabajo más largas se asocian a menos IT. No parece influir en la IT la proporción de mujeres ni el sector de actividad de la empresa.

14. En el caso de las mutuas, la distribución territorial de la IT está muy claramente asociada a la cantidad de población afiliada para las provincias "pequeñas" (todas excepto Madrid, Barcelona, Valencia y Sevilla). Esto quiere decir que más que existir Comunidades Autónomas de IT "alta" y de IT "baja", estos efectos se dan a nivel de provincia, y quizás a niveles territoriales inferiores para los que no hay datos disponibles. En todas las Comunidades Autónomas hay provincias de IT "alta" y de IT "baja".

15. Barcelona y Madrid se alejan claramente de este patrón, la primera por debajo (IT baja) y la segunda por encima. Ninguna de las variables estudiadas justifica esta diferencia, que podría tener su origen, al menos parcialmente, en diferencias en el control administrativo de la IT. Cabe señalar, sin embargo, que ambos territorios son suficientemente grandes y poblados como para esconder, dentro de sí mismos, dispersiones importantes para el estudio de las cuales no se dispone todavía de datos.

9. Recomendaciones

Los autores de este informe consideran que demasiado a menudo se asocia la palabra fraude al concepto de incapacidad temporal. Sin duda fraude hay, como en cualquier otra prestación social y en todas partes, pero los datos disponibles sugieren que, el que hay, se concentra en las bajas de duración corta, que representan una proporción pequeña del gasto en IT. Por ello las recomendaciones que exponemos a continuación se orientan no a reducir el fraude, sino a mejorar la gestión de la IT y a reducir sus causas, tanto laborales como no laborales:

1. El sistema público de salud se debe dotar de mecanismos eficaces de gestionar la IT, unos mecanismos que pasan por tres puntos fundamentales:

a) La creación de un sistema de información que permita conocer en cada momento la situación tanto desde el punto de vista global como individual. En este

momento los gestores sanitarios catalanes no parece que tengan respuestas para preguntas tan elementales como cuál es la incidencia de bajas, cuál es la prevalencia, cuál es la duración media por proceso y por afiliados diferentes ámbitos territoriales. Datos sin los cuales no es posible tomar decisiones suficientemente razonadas.

b) La disponibilidad por el médico de familia de toda la información necesaria para poder decidir si una baja se debe dar o se debe prorrogar, así como la posibilidad de acelerar exploraciones complementarias cuyo retraso alarga con frecuencia de forma innecesaria las bajas.

c) Un apoyo adecuado al médico de familia en los casos en que su función asistencial y la administrativa de dar la baja (o más a menudo de prorrogarla) entren en conflicto. La desaparición de la figura de la Inspección Médica que, entre otras, hacía esta función, se debería corregir de manera adecuada a la realidad de los tiempos y las posibilidades que las tecnologías informáticas ofrecen.

d) Dar formación a los médicos de cabecera en salud laboral, que ayude a diferenciar las patologías laborales de las no laborales.

2. La reducción de la IT no tiene que ser, no obstante, cosa sólo de las Administraciones: las empresas deben ser protagonistas activos porque, por un lado, buena parte de la IT (especialmente en España) parece tener sus orígenes en las condiciones laborales. Y por otro, porque, con la normativa actual, son las que hacen frente al pago del subsidio los primeros días de baja y, por tanto, sería lógico que actuasen en las siguientes direcciones:

a) La actuación sobre las condiciones de trabajo que tienen una influencia reconocida en la generación de situaciones de IT y que en general son las que producen estrés, la falta de control sobre el trabajo y de apoyo social, las tareas físicamente intensas especialmente si son repetitivas, etc.

b) El apoyo a los trabajadores para poder enfrentarse mejor a las situaciones estresantes de su vida personal, y haga compatible la vida laboral y familiar.

c) La implementación de programas de promoción de salud en el trabajo que contribuyan a la mejora del estado de salud general. No hay que olvidar que el inevitable envejecimiento de la población trabajadora (inevitable por razones demográficas) comportará un aumento de la IT. Podemos trabajar para reducir el problema o esperar que llegue y después lamentarlo.

d) Aplicar técnicas de "gestión de la IT" (sickness absence management): las técnicas de "gestión de la IT" son relativamente bien conocidas y muchas consultoras asesoran sobre esta cuestión, sobre la que no es extraño que las Administraciones emprendan una acción divulgadora y de apoyo. La Administración de Salud de Canadá (Health Canada) es un ejemplo de ello.

3. En cualquier caso, todas y cada una de las acciones que se emprendan deben tener diseñado previamente el sistema de evaluación de su eficacia, lo cual aunque sea evidente su pertinencia, se olvida muy a menudo. La consecuencia es obvia: después de haber hecho los gastos no es posible saber si han servido para algo.

4. Finalmente creemos que se debería profundizar en el conocimiento del problema de la IT en Cataluña en dos direcciones diferentes pero complementarias:

a) Analizando en profundidad los datos de que ya dispone (o dispondrá pronto) el actual CRAM, lo que permitiría fundamentalmente conocer los indicadores de IT en ámbitos territoriales más pequeños que la provincia. Del mismo modo que los datos de las mutuas (de base provincial) nos han permitido descubrir la heterogeneidad interna de las Comunidades Autónomas en cuanto a la IT, es muy probable que en Cataluña se produzca el mismo fenómeno a nivel comarcal o incluso inferior.

b) Realizando un estudio epidemiológico (de caso y control) basado en la recogida de información primaria (mediante entrevistas) que permita evaluar cuáles son los factores de riesgo de la IT que actúan y en qué grado, en Cataluña.