



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

**MAPA DE LA INCAPACIDAD
TEMPORAL EN ESPAÑA.
ANÁLISIS DE LOS FACTORES
IMPLICADOS**

TESIS DOCTORAL

Doctoranda:

Matilde Leonor Alba Jurado

Directoras:

Rocío Martín Valero

Noelia Moreno Morales


María José Aguado Benedí

Junio 2021



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Matilde Leonor Alba Jurado

 <https://orcid.org/0000-0002-3640-1047>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización

pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

D./Dña MATILDE LEONOR ALBA JURADO

Estudiante del programa de doctorado CIENCIAS DE LA SALUD de la Universidad de Málaga, autor/a de la tesis, presentada para la obtención del título de doctor por la Universidad de Málaga, titulada: MAPA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN ESPAÑA. ANALISIS DE LOS FACTORES IMPLICADOS

Realizada bajo la tutorización de M^a TERESA LABAJOS y dirección de ROCIO MARTIN VALERO, NOELIA MORENO MORALES Y M^a JOSÉ AGUADO BENEDÍ
(si tuviera varios directores deberá hacer constar el nombre de todos)

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo.

Igualmente asumo, ante a la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

En Málaga, a de de

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Tanto la doctoranda, como las directoras de la tesis, declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis ha sido un gran reto y una experiencia muy motivadora y enriquecedora.

Ha sido posible gracias a la colaboración de varias personas y entidades, que han proporcionado los medios técnicos y humanos necesarios para poder realizar este trabajo de investigación a los que quisiera agradecer su dedicación y esfuerzo.

A mis directoras de tesis, **Dra. María José Aguado Benedí**, **Dra. Rocío Martín Valero** y **Dra. Noelia Moreno Morales** por su profesionalidad, disponibilidad, acertados consejos, entusiasmo y apoyo en todo momento. Gracias además por el cariño y respeto con el que me habéis tratado en todo este recorrido y por haber apostado por mí, aun cuando la salud se me resquebrajaba.

A mi tutora, **Dra. María Teresa Labajos Manzanares**, que me animó a realizar la tesis desde que la conocí, como directora de mi trabajo fin de máster en Salud Internacional.

A la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas por hacer posible este trabajo, por su respuesta y disposición permanente. Contar con una extensa base de datos ha sido el punto de partida de esta investigación.

Al Instituto Nacional de la Seguridad Social, porque me ha facilitado el acceso a los datos y siempre ha estado dispuesto a ayudarme en el desarrollo de este trabajo, especialmente a la Dirección Provincial del INSS de Málaga en la que he encontrado el apoyo y empuje para seguir investigando.

A la Gerencia de Informática de la Seguridad Social, especialmente a Laura Mora Casado y Luis Díez Porres siempre dispuestos a extraer el dato más complejo que les haya solicitado, de forma rápida y certera.

A la facultad de Ciencias de la Salud de Málaga, por haberme permitido realizar esta formación postgrado, especialmente a la profesora Isabel María Morales Gil y al profesor Francisco Javier Barón López.

A mis compañeros de la Unidad Médica del INSS de Málaga, en particular a Fernando de Palma Cassano y Miguel Amores Ramírez, que siempre han estado dispuestos a escucharme, animarme, aconsejarme, leer, corregir y aportar con su experiencia, sabias anotaciones que han enriquecido este trabajo.

A mi amiga y compañera, María Victoria Rivas Bustos, por regalarme las fotos que ilustran esta tesis y por permitirme viajar por todo el mundo a través del objetivo de su cámara.

A mi compañero y amigo Francisco Salvador Raya Onetti, que con gran ilusión y entusiasmo ha colaborado en la realización de los mapas que realzan este trabajo investigador y me ha orientado en muchos aspectos teóricos y técnicos que él domina.

A mi hija, María Mérida Alba y a sus compañeros Alejandro Gómez Ocón y Paula Martínez Chinchilla, que han aportado sus conocimientos en idiomas, traduciendo el artículo publicado en la revista BMJ Open, que ha sido el punto de partida de esta tesis doctoral.

A mi familia, por la paciencia que han mostrado conmigo en estos últimos meses y por haber sacrificado parte de su tiempo y entrega, para hacerme más fácil esta acaparadora experiencia.

A mis amigos, a los más cercanos, que han confiado en mí y siempre han estado dispuestos a compartir conmigo un momento de relax que me diera fuerzas para poder seguir caminando por la senda del estudio e investigación.

A Ana, mi querida amiga, que me ha apoyado en todo momento y me sigue acompañando en nuestro viaje a Ítaca.

A los que ya no están y siempre formarán parte de mí.

A todos os expreso mi más sincero agradecimiento.

Dedico esta tesis, con todo mi cariño y agradecimiento

*A mis padres, Valerio y Gloria, de cuyo ejemplo he aprendido que los
avatares de la vida nos hacen más fuertes*

A Manolo, mi marido, por ser apasionado y apasionarme

A María, mi hija, por ser el "pequeño terremoto" que alegra mis días

A Valerio, mi hijo, por ser un "regalillo de Dios"

A mi hermana María, que me mostró el camino de la Medicina

A mis hermanos, José y Genari, porque me han hecho amar lo diferente

A Miguel, a Fernando, mis amigos del alma, por estar siempre ahí

Y a la vida, por permitirme seguir aprendiendo

Me lo contaron y lo olvidé,
lo vi y lo entendí,
lo hice y lo aprendí.

Confucio



Seda en Uzbekistán (Autora: Victoria Rivas Bustos)

Índice de contenido

1. INTRODUCCIÓN	1
2. RESUMEN	2
1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	3
3. MÉTODOS	3
4. RESULTADOS	4
5. CONCLUSIONES	5
6. PALABRAS CLAVE	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. CONTEXTO, MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL. TENDENCIAS EN LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL	8
3.1.1. Discapacidad e incapacidad	8
3.1.2. Absentismo laboral e incapacidad temporal	10
3.1.3. Presentismo laboral e incapacidad temporal	12
3.1.4. Regulación normativa de la incapacidad temporal	15
3.1.5. Gestión de la incapacidad temporal	16
3.1.6. Evolución y tendencias en la gestión de la incapacidad temporal en España	25
3.2. TRABAJO E INCAPACIDAD TEMPORAL	32
3.2.1. Importancia del trabajo para la salud, empleo y nivel de rentas del trabajador	32
3.2.2. Accidente de trabajo y enfermedad profesional. Las contingencias profesionales	37
3.3. SITUACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN ESPAÑA	46
3.3.2. Gasto en incapacidad temporal	50
3.4. INCAPACIDAD TEMPORAL EN LA UNIÓN EUROPEA	55
3.4.1. Enfermedad común y accidente no laboral	56
3.4.2. Accidente de trabajo y enfermedad profesional	59

3.5. PRINCIPALES FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL	61
3.5.1. Factores relacionados con la salud	62
3.5.2. Factores individuales	88
3.5.3. Factores laborales	96
3.5.4. Factores socioeconómicos	100
4. MARCO EMPÍRICO	114
4.1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	115
4.1.1. Hipótesis de investigación	116
4.1.2. Objetivo general	117
4.1.3. Objetivos específicos	117
4.2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	118
4.2.1. Metodología	118
4.2.1. Población de estudio	119
4.2.2. Definición de las variables	119
4.2.3. Indicadores de incapacidad temporal⁽³⁰⁾	126
4.2.4. Análisis estadísticos	127
4.2.5. Autorizaciones	128
4.2.6. Aspectos éticos	128
4.3. RESULTADOS	129
4.3.1. Datos socioeconómicos	129
4.3.2. Datos relacionados con el sistema sanitario	136
Recursos sanitarios	137
4.3.3. Datos relacionados con la actividad laboral	141
4.3.4. Incidencia, prevalencia y duración media	147
4.3.5. Datos según género y edad	150
4.3.6. Datos según afiliación del trabajador	166
4.3.7. Datos según contingencia	169
4.3.9. Datos relacionados con el diagnóstico	183
4.3.10. Datos según ocupación (CNO-11)	195
4.3.11. Datos según actividad económica (CNAE_1)	205
4.3.12. Datos según sector público o privado	208
4.3.13. Datos según tipo de contrato	210
4.3.14. Otras relaciones laborales	214

4.3.15. Causas de alta	215
4.3.16. Recaída de procesos anteriores	218
4.3.18. Evolución histórica de la incapacidad temporal	227
4.3.19. Análisis estadísticos	235
4.4. DISCUSIÓN	263
4.4.1. Metodología y estudios estadísticos	264
4.4.2. Resultados socioeconómicos	264
4.4.3. Resultados sanitarios	269
4.4.4. Ocupación y actividad laboral	274
4.4.5. Incidencia, prevalencia y duración media	275
4.4.6. Género y edad	277
4.4.7. Resultados según afiliación del trabajador	281
4.4.8. Contingencias comunes vs profesionales	282
4.4.9. Resultados según Entidad gestora	286
4.4.10. Resultados según diagnóstico	289
4.4.11. Resultados según ocupación (CNO-11)	296
4.4.12. Resultados según actividad (CNAE_1)	300
4.4.13. Sector público o privado	301
4.4.14. Resultados según tipo de contrato	303
4.4.15. Resultados en otras relaciones laborales	304
4.4.16. Causas de alta	305
4.4.17. Resultados en relación con las recaídas	307
4.4.18. Resultados económicos	308
4.4.19. Análisis histórico	310
4.5. LIMITACIONES	312
5. CONCLUSIONES	315
5.1. CONCLUSIONES	316
5.2. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA	318
5.3. PROSPECTIVA	321
5.4. COMPETENCIAS ADQUIRIDAS	322
6. BIBLIOGRAFÍA	325
7. ANEXOS	354

ANEXO 1: Trabajadores por Comunidad Autónoma y Clasificación Nacional de Actividades Económicas	355
ANEXO 2: Duración media de la incapacidad temporal por Capítulo Diagnóstico y género	358
ANEXO 3: Duración de la incapacidad temporal por Capítulos Diagnósticos y tramos de edad	362
ANEXO 4: Duración de la incapacidad temporal por tramos de edad, según nivel de CNO-1	370
ANEXO 5: Permisos y autorizaciones	374

Índice de ilustraciones

Ilustración 1. Concepto de Discapacidad.....	9
Ilustración 2. Incapacidad laboral	10
Ilustración 3. Tipos de Absentismo.....	11
Ilustración 4. Razones que influyen en el presentismo.....	14
Ilustración 5. Consecuencias del presentismo.....	14
Ilustración 6. Periodicidad partes de baja según duración estimada.....	17
Ilustración 7. Cuantía de la prestación por Incapacidad Temporal.....	19
Ilustración 8. Supuestos especiales de situaciones de Incapacidad Temporal	19
Ilustración 9. Agotamiento plazo en el día 365 de duración máxima de la IT.21	
Ilustración 10. Procedimiento tras alta por INSS en primera resolución.....	22
Ilustración 11. Demora de calificación	23
Ilustración 12. Causas de finalización de la Incapacidad Temporal	24
Ilustración 13. Efectos beneficiosos y perjudiciales del trabajo.....	33
Ilustración 14. Accidentes de trabajo.....	39
Ilustración 15. Cuadro de enfermedades profesionales	42
Ilustración 16. Proceso de estudio de una enfermedad profesional	43
Ilustración 17. Principales enfermedades y lesiones generadoras de AVAD en España.....	63
Ilustración 18. Mapa 1. Incidencia (I), prevalencia (P) y duración media (DM). CCAA. 2019	149
Ilustración 19. Mapa 2. Tasas de IT (por mil). Género. CCAA. 2019.....	152
Ilustración 20. Mapa 3. Duración media de la IT. Género. CCAA. 2019.....	155
Ilustración 21. Mapa 4. PIB de algunas CCAA. 2019.....	265
Ilustración 22. Mapa 5. Ranking sobre la calidad del SPS.	272
Ilustración 23. Mapa 6. Incidencia (I), prevalencia (P) y duración media (DM) en algunas CCAA. 2019	276

Índice de gráficos

Gráfico 1. PIB per cápita (euros). Comunidades Autónomas. 2019.....	130
Gráfico 2. Tasa de empleo (porcentaje). CCAA. 2019.....	131
Gráfico 3. Tasa de paro, por CCAA y género. 2019	133
Gráfico 4. Porcentaje de trabajadores según régimen del sistema de Seguridad Social. 2019	134
Gráfico 5. Tasa de médicos colegiados por 100.000 habitantes por CCAA. 2019	137
Gráfico 6. Percepción del estado de salud (porcentaje por edad y género). 2019	140
Gráfico 7. Salario bruto mensual (euros) por actividad económica (CNAE_1). 2019	146
Gráfico 8. Incidencia media (IT por mil), prevalencia media (IT por mil) y duración media (días). Comunidades y Ciudades Autónomas. Total del sistema. 2019	148
Gráfico 9. Tasa de trabajadores en IT (por mil empleados), por género y CCAA. 2019	151
Gráfico 10. Duración media de la IT (promedio de días) en relación con el género. Total del sistema. 2019.....	154
Gráfico 11. Tasa de trabajadores en IT (por mil), por tramos de edad. CCAA. 2019	157
Gráfico 12. Duración media IT (promedio días) por tramos de edad y CCAA. 2019	159
Gráfico 13. Tasas de IT por cada 1000 trabajadores. Género y tramos de edad. Total nacional. 2019	160
Gráfico 14. Tasas de IT (por 1000 trabajadores) por CCAA, tramos de edad y género. 2019.....	161
Gráfico 15. Porcentaje de trabajadores en IT por tramos de edad, género y CCAA. Total del sistema. 2019	163
Gráfico 16. Duración media (promedio días) de IT por tramos de edad, género y CCAA. Total del sistema. 2019	165
Gráfico 17. Incidencia, prevalencia y duración media. Asalariados vs autónomos. CCAA. 2019.....	167
Gráfico 18. Incidencia (por 1000 trabajadores), prevalencia (por 1000 trabajadores) y duración media (promedio días) de la IT, derivada de contingencia común o profesional. Total del sistema. 2019.....	170
Gráfico 19. Duración media IT (días). Género. Contingencias comunes vs profesionales. 2019.....	172
Gráfico 20. Accidentes de trabajo. Tasa de trabajadores en IT por mil. 2019	175
Gráfico 21. Enfermedad Profesional. Tasa de trabajadores en IT por mil. 2019	176

Gráfico 22. Comparación en la incidencia media mensual por cada mil trabajadores protegidos INSS vs ISM vs Mutua	178
Gráfico 23. Comparación prevalencia media mensual por cada mil trabajadores protegidos según INSS vs ISM vs Mutua	179
Gráfico 24. Comparación duración media de la IT (promedio días). INSS vs ISM vs Mutuas. 2019	180
Gráfico 25. Tasas de IT (por mil trabajadores), según Código Nacional de Ocupación (CNO-11). CCAA. 2019	196
Gráfico 26. Tasas de trabajadores en IT (por mil). Sector público vs privado. CCAA. 2019	208
Gráfico 27. Duración media IT. Sector público vs privado. 2019	209
Gráfico 28. Duración media de IT en relación con el tipo de contrato. 2019	211
Gráfico 29. Gasto medio en euros por trabajador y día en IT, 2019.....	220
Gráfico 30. Gasto medio diario en IT (euros). Género. CCAA. 2019	221
Gráfico 31. Porcentaje de gasto en IT en relación al gasto total en IT y con el PIB por CCAA. 2019.....	222
Gráfico 32. Relación entre el salario medio diario (euros) y la tasa de incapacidad temporal por mil. CNAE_1. Nivel nacional. 2019	224
Gráfico 33. Relación entre las bases cotización diarias y la tasa de IT por mil. Hombre. 2019.	225
Gráfico 34. Relación entre las bases cotización diarias y la tasa de IT por mil trabajadoras. Mujer. 2019	226
Gráfico 35. Comparativa incidencia media 2018-2019	227
Gráfico 36. Comparativa prevalencia media 2018-2019.....	228
Gráfico 37. Comparativa duración media 2018-2019.	229
Gráfico 38. Serie histórica de la evolución de duración e incidencia media de la IT, desde 2010 a 2020. Nivel nacional. Contingencias comunes	234

Índice de Tablas

Tabla 1. Porcentaje de trabajadores por tramos de edad y género. 2019.....	132
Tabla 2. Bases medias mensuales de cotización (euros). Género. CCAA. 2019	135
Tabla 3. Recursos sanitarios de las CCAA. 2019.....	138
Tabla 4. Ranking calidad de los servicios sanitarios públicos de las Comunidades Autónomas. 2019	139
Tabla 5. Percepción del estado de salud. Porcentaje por CCAA	140
Tabla 6. Porcentaje de trabajadores por género, según Clasificación Nacional de Ocupaciones (Nivel CNO-11). Comunidad y Ciudad Autónoma. 2019	142
Tabla 7. Principales actividades económicas. Trabajadores (en miles). CCAA. 2019	143
Tabla 8. Porcentaje de ocupados por Actividad Económica (CNAE_1) y Comunidad Autónoma. 2019	145
Tabla 9. Incidencia (por mil), prevalencia (por mil) y duración media (promedio días): asalariados vs autónomos. 2019.....	168
Tabla 10. Trabajadores en IT durante 2019, por contingencia y género. CCAA	171
Tabla 11. Contingencias Comunes vs Contingencias Profesionales. Trabajadores en IT y porcentaje, según CCAA. 2019.....	174
Tabla 12. Duración media según Entidad Gestora (INSS o MCSS), afiliación del trabajador (asalariado o autónomo), contingencia, género y CCAA. 2019	182
Tabla 13. Duración media de la IT (días) por Capítulo Diagnóstico I (CIE-10), 2019 (no incluye Cataluña)	184
Tabla 14. Duración media de la IT (promedio días) por Capítulo Diagnóstico II (CIE-10), 2019 (no incluye Cataluña).....	185
Tabla 15. Duración media de IT (días) por los principales Capítulos diagnósticos (CIE-10). Género. 2019.....	187
Tabla 16. Duración de IT (días) según tramo de edad. Principales Capítulos diagnósticos I. CCAA.2019	189
Tabla 17. Duración de IT (días) según tramo de edad. Principales Capítulos diagnósticos II. CCAA.2019	190
Tabla 18. Expedientes de IT finalizados en 2019 I. Capítulo diagnóstico (CIE- 10). Número absoluto y porcentaje sobre el total de la CCAA.....	192
Tabla 19. Expedientes de IT finalizados en 2019 II. Capítulo diagnóstico (CIE- 10). Número absoluto y porcentaje sobre el total de la CCAA.....	193
Tabla 20. Expedientes de IT finalizados en 2019 III. Capítulo diagnóstico (CIE- 10). Número absoluto y porcentaje sobre el total de la CCAA.....	194

Tabla 21. Duración media de IT (días) según nivel CNO-11 y género. CCAA. 2019	198
Tabla 22. Duración media de la IT (días) por tramos de edad y nivel CNO-11. CCAA. 2019	200
Tabla 23. Expedientes de IT según grupo ocupacional (CNO-11) y capítulo diagnóstico (CIE-10) I. 2019.....	202
Tabla 24. Expedientes de IT según grupo ocupacional (CNO-11) y capítulo diagnóstico (CIE-10) II. 2019.....	203
Tabla 25. Expedientes de IT según grupo ocupacional (CNO-11) y capítulo diagnóstico (CIE-10) III. 2019.....	204
Tabla 26. Tasa de trabajadores en IT (por mil) según Clasificación de Actividades Económicas (CNAE_1) I. CCAA.2019.....	206
Tabla 27. Tasa de trabajadores en IT (por mil) según Clasificación de Actividades Económicas (CNAE_1) II. CCAA.2019.....	207
Tabla 28. Trabajadores en IT según tipo de contrato (número absoluto y porcentaje). 2019.....	213
Tabla 29. Duración media de la IT (promedio días) según tipo de contrato especial. CCAA. 2019.....	214
Tabla 30. Principales causas de alta de los procesos de incapacidad temporal finalizados en 2019, por CCAA.	216
Tabla 31. Porcentaje de causas de alta en cada Comunidad y Ciudad Autónoma (% total CCAA). 2019	217
Tabla 32. Porcentaje de recaídas de procesos de IT. Días en IT. 2019	218
Tabla 33. Tasas de IT (por mil trabajadores) por tramos de edad y género. Comparativa 2018-2019	230
Tabla 34. Duración media de la IT por tramos de edad y género. Comparativa 2018-2019	232
Tabla 35. Relación entre la IT y el nivel de renta per cápita de cada Comunidad Autónoma.....	235
Tabla 36. Relación entre la tasa de desempleo y la duración, incidencia y prevalencia media.....	236
Tabla 37. Relación entre bases de cotización y género	236
Tabla 38. Relación entre salario medio diario y tasas de IT y CNAE_1	237
Tabla 39. Relación entre la tasa de médicos colegiados y duración, incidencia y prevalencia media IT.....	237
Tabla 40. Relación entre recursos sanitarios públicos e IT	238
Tabla 41. Asociación entre incidencia y duración media IT con la calidad del SPS.....	239
Tabla 42. Relación percepción estado de salud, tasa de empleo e incidencia de la IT	239
Tabla 43. Tasas IT (por mil trabajadores). Género	241
Tabla 44. Test de Fisher. Tasas IT. Género	241
Tabla 45. Duración media de IT. Género	242
Tabla 46. Test de Fisher. Duración media IT. Género	242
Tabla 47. Tasa de IT (por mil), según tramos de edad.....	243
Tabla 48. Duración media por tramos de edad	245

Tabla 49. Asalariados vs autónomos	247
Tabla 50. Test de Fisher. Incidencia IT. Asalariados vs autónomos	248
Tabla 51. Test de Fisher. Prevalencia IT. Asalariados vs autónomos.....	248
Tabla 52. Test de Fisher. Duración media IT. Asalariados vs autónomos	248
Tabla 53. Contingencia: común vs profesional	250
Tabla 54. Test de Fisher. Incidencia. Contingencias comunes vs profesionales	250
Tabla 55. Test de Fisher. Prevalencia IT. Contingencias comunes vs profesionales	251
Tabla 56. Test de Fisher. Duración media IT. Contingencias comunes vs profesionales	251
Tabla 57. Incidencia, prevalencia y duración media INSS vs MCSS	252
Tabla 58. Test de Fisher. Incidencia IT. INSS vs MCSS	253
Tabla 59. Test de Fisher. Prevalencia IT. INSS vs MCSS	253
Tabla 60. Test de Fisher. Duración media IT. INSS vs MCSS	253
Tabla 61. Duración media de los principales Capítulos Diagnósticos.....	254
Tabla 62. Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-11).....	256
Tabla 63. Tasa de IT, principales actividades económicas (CNAE_1)	257
Tabla 64. Sector laboral público o privado	258
Tabla 65. Test de Fisher. Tasas IT. Sector público vs privado.....	259
Tabla 66. Test de Fisher. Duración media IT. Sector público vs privado.....	259
Tabla 67. Duración media IT. Contratos indefinidos.....	260
Tabla 68. Duración media IT. Contratos temporales.....	260
Tabla 69. Test de Fisher. Duración media IT. Tipo de contrato tiempo completo.....	261
Tabla 70. Test de Fisher. Duración media. Tipo de contrato tiempo parcial	261
Tabla 71. Coste en IT hombre vs mujer.....	262
Tabla 72. Test de Fisher. Coste medio IT. Género	262

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ANL: Accidente No Laboral	INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social
AT: Accidente de Trabajo	IP: Incapacidad Permanente
AVAD: Años de Vida Ajustados por Discapacidad	ISM: Instituto Social de la Marina
CAISS: Centro de Atención e Información de la Seguridad Social	ISFAS: Mutualidad de las Fuerzas Armadas
CCAA: Comunidades Autónomas	IT: Incapacidad Temporal
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades	MCSS: Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social
CNAE: Clasificación Nacional de Actividades Económicas	MUFACE: Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado
CNO: Clasificación Nacional de Ocupaciones	MUGEJU: Mutualidad General Judicial
COVID: Coronavirus disease	OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
DM: Diabetes Mellitus	OIT: Organización Internacional del Trabajo
DP: Dirección Provincial	OMS: Organización Mundial de la Salud
EC: Enfermedad Común	PIB: Producto Interior Bruto
ENSE: Encuesta Nacional de Salud de España	SNS: Servicio Nacional de Salud
EP: Enfermedad Profesional	SPS: Servicio Público de Salud
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	TCE: Traumatismo Craneoencefálico
EVI: Equipo de Valoración de Incapacidades	TGSS: Tesorería General de la Seguridad Social
FOGASA: Fondo de Garantía Salarial	TME: Trastorno Músculo Esquelético
INGESA: Instituto de Gestión Sanitaria	UE: Unión Europea



Manos pequeñas desgranar en Etiopía (Autora: Victoria Rivas Bustos)



1. INTRODUCCIÓN

En su obra *The Structure of Scientific Revolutions*⁽¹⁾, Thomas Kuhn puso en duda el concepto convencional sobre el progreso de las ciencias. Comenzó por cuestionarse si la ciencia se desarrollaba realmente mediante acumulación de descubrimientos e invenciones individuales, como parece así en determinados períodos de la Historia de la Ciencia. Para Kuhn esta impresión es errónea y la progresión solo tiene lugar cuando una comunidad científica acepta, por acuerdo, determinado conjunto de postulados sobre los fenómenos que constituyen el tema de su ciencia. Una vez establecidos estos postulados ya no se ponen en duda. Son los llamados “*paradigmas*”, es decir, el conjunto de creencias aceptadas en una ciencia. El *proceso de cambio* comienza cuando la ciencia normal encuentra anomalías, que al principio pueden pasar inadvertidas, pero que poco a poco se van introduciendo en el paradigma, encontrándole explicación a estas. Sin embargo, a veces estas anomalías ya no pueden ser explicadas por este paradigma, y se produce un auténtico estado de crisis, que genera inseguridad. Así surge un nuevo paradigma, que según sus defensores intenta explicar estas anomalías y produce una auténtica revolución en el seno de esta ciencia. Según Kuhn, realmente este cambio de paradigma es lo que hace avanzar una determinada materia científica.

Como podemos imaginar este esquema encaja bastante bien con los cambios producidos en Medicina. El antiguo paradigma, el modelo biomédico, indica que los pacientes sufren enfermedades que se pueden categorizar. Así, es posible considerar la enfermedad independientemente de la persona que la sufre y de su contexto social. Se pueden considerar por separado las enfermedades mentales y las físicas, existiendo un grupo intermedio de procesos psicosomáticos en los que la mente parece actuar sobre el cuerpo. Desde este paradigma es fácil entender la incapacidad laboral, es decir, aquella situación debida a enfermedad o accidente, en la que el trabajador no es capaz de realizar el trabajo o algunas actividades desempeñadas en el mismo.

Si fuese así de simple para el análisis, estudio y valoración de un determinado tipo de incapacidad laboral, bastaría con un programa informático en el que se cruzara una base de datos con un listado de enfermedades y lesiones, con otra base de datos que contuviera una relación de actividades laborales y los requisitos necesarios para

desempeñarlas óptimamente. El resultado sería una determinada incapacidad o no para dicho trabajo o para el trabajo en general.

Pero la experiencia nos demuestra que nada más lejano a la realidad que este análisis tan simplista. En la incapacidad se mezclan factores de salud, factores individuales, contexto social, situación económica, valores y cultura empresarial, políticas y prácticas de gestión de la IT, condiciones laborales, características del mercado de trabajo, mecanismos de incentivos en relación con la incapacidad o con el desempeño del trabajo, etc.

En España además contamos con la singularidad de la división del Sistema Nacional de Salud en 17 sistemas diferentes. Esto viene motivado por la división de nuestro país en 17 regiones o Comunidades Autónomas (CCAA) y dos Ciudades Autónomas, con peculiaridades particulares, con diferencias económicas, demográficas, sociales y culturales, que pueden motivar unas diferencias en la incapacidad temporal (IT) ya que la normativa en la que se basa la IT es la misma para todo el país y en su gestión pueden influir muchos factores.

Es posible que esta variedad y diversidad que existe en España entre las distintas CCAA, influya de alguna manera en las diferencias que se han encontrado en el estudio descriptivo de la Incapacidad Temporal en 2018⁽²⁾. Por ello, en este estudio se va a realizar un análisis de estas diferencias entre los principales indicadores que influyen en la IT entre cada una de estas regiones españolas. Y se ha querido analizar qué factores son los que pueden motivar estas diferencias, tanto factores de riesgo, que pueden influir en la generación de la IT, como factores pronósticos que influyen en la duración de la baja y en las consecuencias que se puedan derivar de esta situación de incapacidad laboral.

En definitiva, en este trabajo lo que se propone es un cambio de paradigma. Se postula en un análisis de la IT no como un simple binomio enfermedad/trabajo. Se pretende realizar un análisis multidimensional de esta en todo su contexto sanitario, social, legal y de gestión, para así poder comprender mejor esta compleja y necesaria prestación sanitaria y económica de nuestro Estado de bienestar.



Tejiendo en la India (Autora: Victoria Rivas Bustos)

2. RESUMEN

1. INTRODUCCIÓN

La incapacidad temporal (IT) es una de las principales prestaciones de la Seguridad Social que trata de paliar las pérdidas económicas que puede sufrir un trabajador que por motivo de una lesión o enfermedad se encuentra impedido, de forma transitoria, para la realización de su actividad laboral.

Los principales factores implicados en la IT intervienen tanto en su generación (factores de riesgo) como en la duración de esta (factores pronósticos). Se pueden clasificar en factores relacionados con la salud, factores individuales, factores laborales y factores socioeconómicos.

2. OBJETIVOS

El principal objetivo de este estudio es la descripción del conjunto de la IT, desglosado entre las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas, que permitan poder realizar el Mapa de la Incapacidad Temporal en España.

Como objetivos secundarios se encuentran el estudio de los principales factores que intervienen tanto en el inicio de la incapacidad temporal (factores de riesgo), como los que influyen en el mantenimiento de la baja (factores pronósticos), anteriormente referidos.

3. MÉTODOS

El total de la muestra analizada ha sido de 6.543.307 trabajadores en IT correspondientes al año 2019, que conforman el total de procesos de IT, de duración entre 3 días hasta 545 de baja, en trabajadores mayores de 16 años. De ellos, 5.814.494 cursaron un proceso de IT por contingencias comunes y 728.813 por contingencias profesionales. Los datos han sido extraídos de las bases de datos del total del sistema de la Seguridad Social. El procesamiento de datos se ha realizado con el programa Excel®.

Las variables a estudio han sido:

- Variable dependiente: trabajadores en situación de IT.
- Variables independientes: género; edad por tramos; variables socioeconómicas y variables relacionadas con: sistema sanitario, salud, nivel ocupacional (CNO-11), actividad

económica (CNAE_1), afiliación del trabajador, Entidad Gestora, sector laboral, tipo de contrato, tipo de alta del proceso, económicas y zona geográfica.

- Indicadores de incapacidad temporal: incidencia media por mil trabajadores, prevalencia media por mil trabajadores, tasa de trabajadores en IT por mil, duración media (promedio de días en IT), número de expedientes finalizados en 2019 (frecuencia de la IT) y coste medio de IT.

4. RESULTADOS

Los principales resultados de este estudio muestran que Madrid es la Comunidad Autónoma que presenta un PIB más alto. La mayor tasa de empleo se halla en las Islas Baleares. El paro femenino es mayor que el masculino (15,99 % en mujeres, 12,45 % en hombres). Las bases de cotización más altas se encuentran en el País Vasco y las más bajas en Extremadura. Madrid es la CCAA que tiene la mayor tasa de médicos colegiados, mientras que el gasto sanitario per cápita más alto se encuentra en Asturias. La calidad más elevada del SPS se halla en Navarra y la peor calidad del SPS en Canarias.

En relación con el número de trabajadores, el mayor porcentaje se encuentra en los “Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores” tanto en hombres, como en mujeres y en relación con la actividad económica la mayor parte de trabajadores se agrupan en las actividades de comercio, hostelería, construcción, administración pública y actividades sanitarias.

La incidencia más alta de la IT se encuentra en Navarra (17,05) y la más baja en Extremadura (7,35); la prevalencia media más elevada se halla en Galicia (25,39) y la más baja en Madrid (14,26); la duración media más larga se encuentra en Extremadura (71 días) y la más corta en Navarra (39 días). Las mujeres presentan tasas más altas de IT (M=21,09, H= 16,37) y la duración media es también más alta en este grupo (M=56,84, H=52,61). Las tasas de IT (por mil trabajadores) son mayores en los grupos más jóvenes (16-25=46,69; > 65= 6,30). La duración media aumenta con la edad (16-25=21,40 días; > 65=95,58 días).

La incidencia es mayor para los trabajadores asalariados que para los autónomos (las prevalencias están más igualadas). La incidencia,

prevalencia y duración media es siempre mucho más alta en contingencias comunes, que en contingencias profesionales.

En relación con el Capítulo Diagnóstico la duración más larga corresponde a “Neoplasias” (174 días) y la más corta a “Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias” y “Enfermedades del Aparato Respiratorio” (18 días)

Con respecto a la actividad económica, las tasas más altas corresponden al epígrafe “Actividades administrativas y servicios auxiliares” (39,15 por mil) y las tasas más bajas pertenecen a los trabajadores de “Actividades inmobiliarias” (10,08 por mil).

Las tasas son más elevadas en el sector público que en el privado en todas las CCAA. La duración media es también mayor para los trabajadores del sector público. Las duraciones medias más largas se encuentran en los trabajadores con contrato “indefinido”, tanto a tiempo completo (43 días), parcial (46 días) o fijo discontinuo (51 días). En los contratos temporales la duración media de la IT es siempre mucho menor, sean a tiempo completo (33 días) o parcial (36 días).

5. CONCLUSIONES

La incapacidad temporal es una de las prestaciones más importantes de nuestro Estado de bienestar y tiene un carácter multidimensional y multifactorial, con importantes diferencias entre las regiones de España.

La incidencia más alta se encuentra en las CCAA con mayor renta per cápita, mayor tasa de ocupación, en los más jóvenes, en las mujeres y con mayor densidad de médicos. La duración media es más corta en los jóvenes y en los hombres, en las regiones con mejor calidad de su SPS, en las contingencias profesionales, gestionadas por una Mutua y en los trabajadores del sector privado.

Las mayores tasas de IT se encuentran en los empleados administrativos, gestión de residuos, actividades sanitarias y administración pública.

6. PALABRAS CLAVE

Incapacidad, absentismo, asalariado, autónomo, contingencia, comunidad autónoma



Recolectoras de té de Bangladesh (Autora: Victoria Rivas Bustos)



3. MARCO TEÓRICO

3.1. CONTEXTO, MARCO LEGAL E INSTITUCIONAL. TENDENCIAS EN LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

3.1.1. Discapacidad e incapacidad

Los conceptos de discapacidad e incapacidad hacen referencia al menoscabo que presenta una persona debida a una deficiencia, lesión o enfermedad que limita su funcionalismo en el ámbito personal, social y/o laboral. Existen diferencias entre ambos conceptos tanto desde un punto de vista social como legal⁽³⁻⁵⁾.

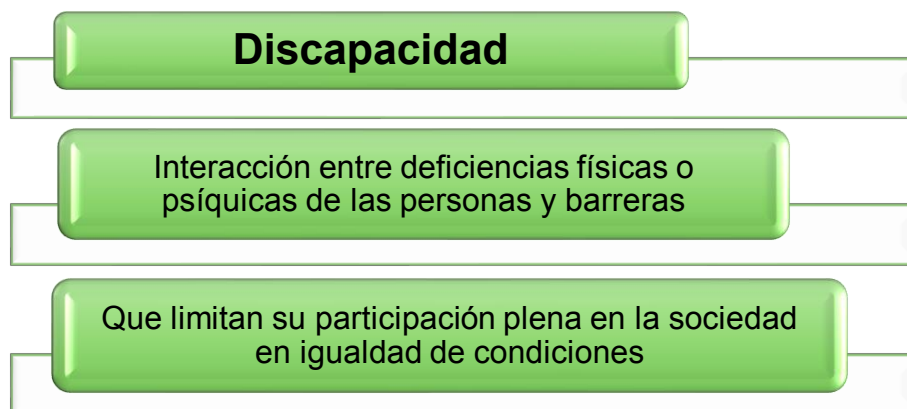
El diccionario de la Real Academia española, define **Discapacidad** como cualidad de discapacitado, es decir “*que tiene impedida o entorpecida algunas de las actividades cotidianas consideradas como normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas*”. Sin embargo, **Incapacidad** se especifica como “*Estado transitorio o permanente de una persona, que por accidente o enfermedad queda mermada en su capacidad laboral*” e incluso recoge la definición concreta de **Incapacidad laboral** como un término de Derecho: “*Situación de enfermedad o padecimiento físico o psíquico que impide a una persona de manera transitoria o definitiva realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a una prestación de la Seguridad Social*”⁽³⁾.

La delimitación de estos conceptos y la regulación del procedimiento para su determinación se encuentra en las siguientes disposiciones normativas:

- **Real Decreto Legislativo 1/2013**, de 29 noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social⁽⁶⁾ define la discapacidad como “*la situación que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias previsiblemente*

permanentes y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás^(3,5).

Ilustración 1. Concepto de Discapacidad



Elaboración propia a partir de la referencia (3)

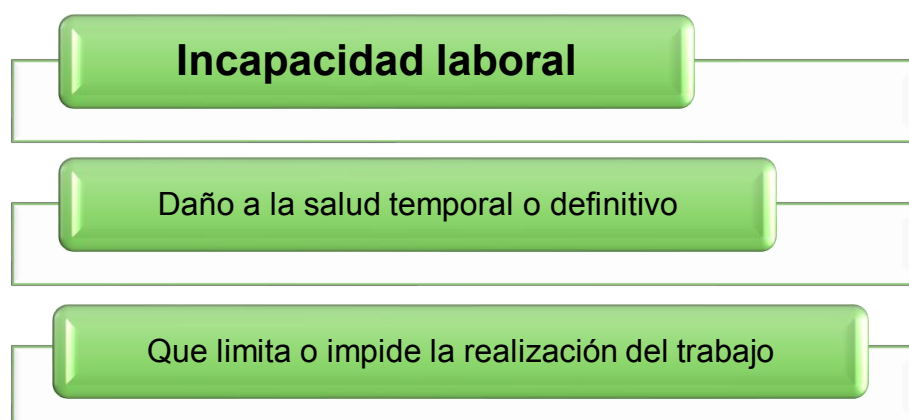
La norma que actualmente regula en España el proceso de valoración de la discapacidad es el **Real Decreto 1971/1999**, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad (modificado por el R.D. 1856/2009)⁽⁷⁾. Dicho RD otorga la competencia para la determinación del grado de discapacidad a los equipos técnicos denominados Equipos de Valoración y Orientación (EVO), que estarán formados por, al menos, médico, psicólogo y trabajador social.

- **Real Decreto Legislativo 8/2015**, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social⁽⁸⁾ (LGSS), es la norma que recoge todas las disposiciones en materia de Seguridad Social de nuestro ordenamiento jurídico⁽⁹⁾. Consta de 373 artículos, siendo los artículos 169 a 176 los que regulan lo relativo con la incapacidad temporal, los artículos 193 a 200 lo concerniente a la incapacidad permanente contributiva, los artículos 201 a 203 lo tocante a las lesiones permanentes no incapacitantes, y los artículos 363 a 368, a la invalidez no contributiva⁽³⁾.

En dicha LGSS se recogen dos definiciones para la incapacidad laboral: la incapacidad temporal y la incapacidad permanente. La **incapacidad temporal (IT)** es definida como "*aquella situación*

debida a enfermedad común o profesional y a accidente sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria y esté impedido para el trabajo". En cambio, la invalidez o **incapacidad permanente (IP)** se define como "aquella situación en la que se encuentra un trabajador que, después de haber seguido el tratamiento prescrito y haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral"⁽³⁾.

Ilustración 2. Incapacidad laboral



Elaboración propia a partir de la referencia (3)

3.1.2. Absentismo laboral e incapacidad temporal

De la misma forma que anteriormente se han definido y clarificado los términos discapacidad e incapacidad, existe otro término, cuyo uso es más habitual en relación con temas económicos, empresariales y de gestión, que es el **absentismo**.

En muchos casos, en la literatura económica y laboral se tiende a equiparar con la IT y puede prestarse a confusión cuando se habla del mismo⁽¹⁰⁾. De hecho, es muy habitual medir el absentismo atendiendo exclusivamente a la IT y tratando a esta como la única forma de absentismo. La IT es solo una parte del absentismo. Es decir, no todo el absentismo es IT y de la misma manera, no siempre la IT puede considerarse absentismo⁽¹¹⁾.

El diccionario de la Real Academia Española define el “absentismo” como la “*abstención deliberada de acudir al lugar donde se cumple una obligación*”. Una segunda acepción añade el matiz de la frecuencia con que se realiza dicha abstención, al precisar que es “absentismo” el “*abandono habitual del desempeño de funciones y deberes propios de un cargo*”⁽¹²⁾.

En términos generales, la literatura económica entiende por absentismo la ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que correspondan a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo⁽¹³⁾.

Hay muchas clasificaciones del absentismo laboral, pero teniendo en cuenta el objetivo de este trabajo y su relación con la incapacidad temporal, se va a considerar la siguiente clasificación (Ilustración 3):

Ilustración 3. Tipos de Absentismo



Elaboración propia a partir de la referencia(14)

Cuando se analiza el absentismo laboral en España, lo que se suele medir depende de la unidad de la base de datos. En las estadísticas administrativas agregadas como las de la Seguridad Social se ofrece información sobre periodos de IT y personas en dicha situación (el absentismo se identifica con la prestación). En las encuestas a empresas, el concepto central es el de horas perdidas por diferentes motivos, entre los cuales se suele identificar tanto los relacionados

con IT (de nuevo se identifica con la prestación) como por razones no justificadas (que tienen una magnitud mucho menor). En las encuestas y bases de datos administrativas que tienen como unidad los individuos se alude tanto a horas no trabajadas por diferentes motivos (uno de ellos enfermedad, que se identifica con absentismo, como en la Encuesta de Población Activa) y a periodos de IT (como en la Muestra Continua de Vidas Laborales)⁽¹⁵⁾.

En general hay dos grandes categorías de horas no trabajadas por absentismo: una es la de las horas perdidas por IT y la otra sería la de horas perdidas por otras causas. Las horas perdidas por IT representan aproximadamente dos tercios de horas perdidas, habiendo sido pactadas^(11,16).

No es posible cuantificar de forma exacta a cuánto asciende el absentismo. Según el VIII informe de Adecco sobre absentismo⁽¹⁴⁾, utilizando datos oficiales sobre horas pactadas y horas no trabajadas por incapacidad temporal y otras causas, puede estimarse que, durante 2017 y 2018 se perdieron, cada mes, más de 100 millones de horas de trabajo. En 2018, la pérdida total de horas llegó a casi 1.350 millones, frente a poco más de 1.250 millones en 2017⁽¹⁷⁾. En términos de personas, equivale a decir que hubo 753.000 asalariados que no trabajaron en todo el año, cifra que conlleva un incremento con relación a los 701.000 asalariados no trabajando de 2017⁽¹⁴⁾.

3.1.3. Presentismo laboral e incapacidad temporal

El presentismo laboral fue definido por primera vez por Cooper en 1996, como la situación de *“estar en el trabajo, cuando deberías estar en casa, bien porque estás enfermo o porque llevas tantas horas, que ya no eres productivo”*⁽¹⁸⁾.

Con la palabra presentismo o presencialismo laboral se definen dos situaciones diferentes en nuestro país ⁽¹⁹⁾:

- **Presentismo o síndrome de la silla caliente:** el empleado que se encuentra en su puesto de trabajo, pero realizando actividades diferentes a las que tiene asignadas en su contrato de trabajo. Conlleva una gran pérdida de productividad a las empresas (se calcula que puede ascender a un 30%).
- **Presentismo o asistencia al trabajo, de un empleado estando enfermo.**

El presentismo se produce ante cualquier problema de salud, tanto en enfermedades agudas, como la gripe y el resfriado común, como en enfermedades crónicas (artritis, diabetes, migraña, alergias, cáncer, depresión...)⁽²⁰⁾.

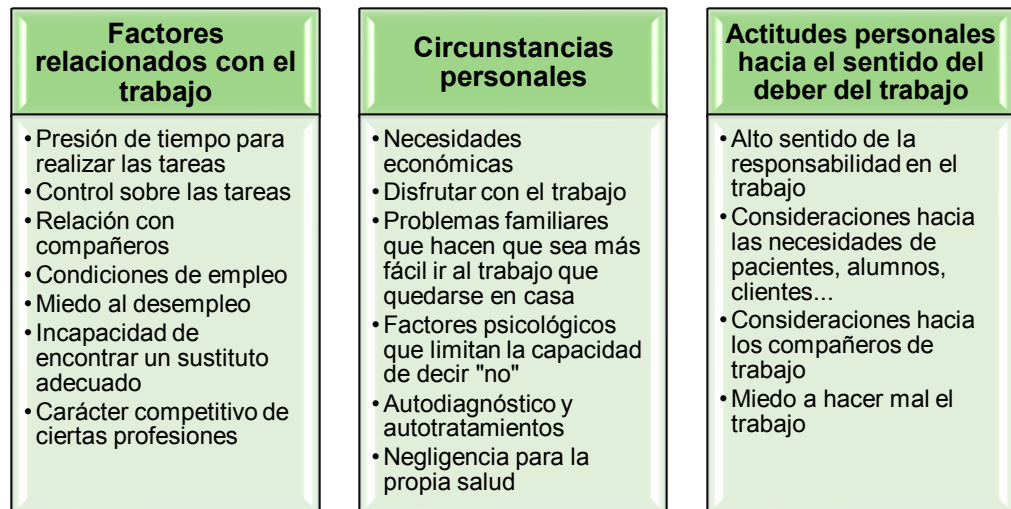
Varios estudios han demostrado que entre un 63% y un 85% de los trabajadores acudieron al trabajo en el año anterior, estando enfermos⁽²¹⁾. En la Encuesta de Condiciones Laborales Europea, un 40% de los encuestados, manifestó haber acudido alguna vez al trabajo, sintiéndose enfermo⁽²²⁾.

La incidencia del presentismo es mayor para aquellas ocupaciones que cuidan o interactúan con otras personas, como los profesionales de la salud y los educadores⁽²³⁾.

Son muchas las razones que influyen en un trabajador para que decida ir a trabajar a pesar de estar enfermo, no solo el tipo de enfermedad o gravedad de esta⁽²³⁾.

En la Ilustración 4, se relacionan algunas de las más destacadas. En general, las mujeres y los jóvenes, suelen acudir al trabajo por responsabilidad hacia los compañeros; en los profesionales de la salud, el motivo fundamental es el alto sentido de la responsabilidad y las consideraciones hacia los pacientes; otras razones que se presentan en alto porcentaje son la de disfrutar del trabajo y la de sentirse indispensable en el mismo ^(20,24).

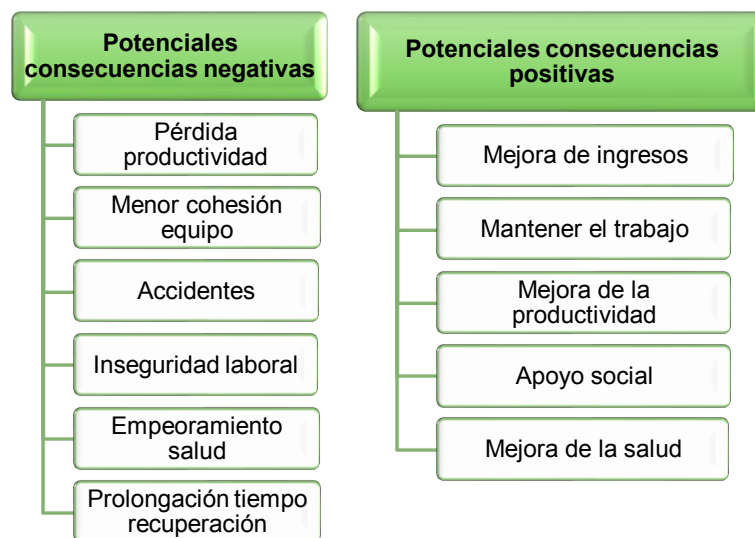
Ilustración 4. Razones que influyen en el presentismo



Elaboración propia a partir de la referencia(19)

El acudir al trabajo estando enfermo, tiene consecuencias tanto negativas, como positivas, tal y como se recoge en la Ilustración 5.

Ilustración 5. Consecuencias del presentismo



Elaboración propia a partir de la referencia(24)

Varios estudios han demostrado que el presentismo puede aumentar el riesgo de problemas de salud futuros, produciendo tanto síntomas mentales como somáticos. Además, se ha demostrado que el

presentismo en un factor de riesgo para futuras quejas físicas, mala salud, menor bienestar mental y baja capacidad de trabajo después de un año^(20,25,26). En cuanto a la IT se ha encontrado que el presentismo es un predictor independiente de IT a largo plazo^(21,27).

3.1.4. Regulación normativa de la incapacidad temporal

El **artículo 169** de la actual Ley General de la Seguridad Social (LGSS)⁽⁸⁾ enumera las situaciones que se consideran determinantes de Incapacidad Temporal (IT) y, por tanto, pueden dar derecho a una prestación económica⁽³⁾:

- Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación.
- Los períodos de observación por enfermedad profesional (EP) en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos, con una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

Es necesario que se cumplan dos condiciones indispensables para que, dentro del marco jurídico de la Seguridad Social, se reconozca la situación de IT⁽⁵⁾:

- Que las consecuencias del daño a la salud deben ser de tal intensidad, que a juicio del médico el paciente esté realmente impedido para el trabajo.
- Que dichas alteraciones precisen asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Se admite, no obstante, que la asistencia sanitaria se preste por medios privados siempre que el control de la situación se realice por el facultativo del Servicio Público de Salud.

La actual regulación de la gestión de la IT viene recogida en el **Real Decreto 625/2014**, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración⁽²⁸⁾ y la **Orden ESS/1187/2015**, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración^(9,28).

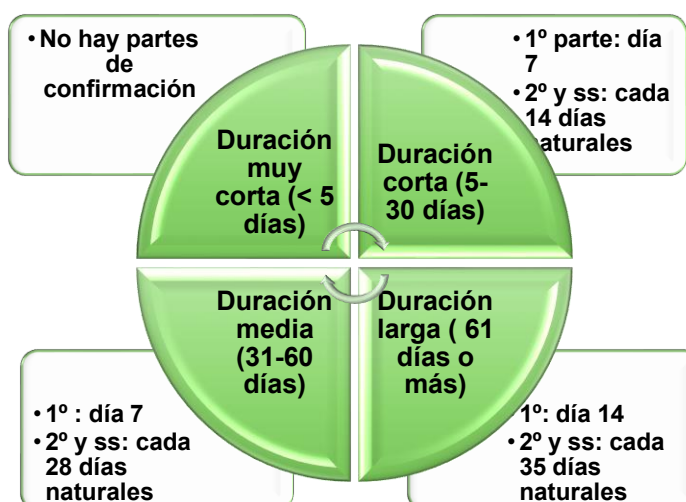
3.1.5. Gestión de la incapacidad temporal

El inicio del proceso de IT se produce con el correspondiente **parte de baja** emitido por un facultativo del Servicio Público de Salud (atención primaria o inspección médica), cuando la contingencia de dicha IT sea común o bien por los servicios médicos de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social (MCSS) correspondiente, cuanto la contingencia sea profesional y esté cubierta por dicha Mutua.

Los partes de confirmación serán expedidos por el correspondiente facultativo del SPS o de la MCSS, según corresponda, utilizando el modelo que figura como anexo II de la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio.

En la Ilustración 6 se muestra la periodicidad con la que deben ser emitidos los partes de baja, el primero y a partir del segundo, según la duración estimada de las bajas. Como se muestra en dicha ilustración, el tiempo de duración se puede cambiar a lo largo del proceso, según el diagnóstico o la propia evolución del proceso, con lo cual se modificarán los plazos de los partes de confirmación.

Ilustración 6. Periodicidad partes de baja según duración estimada



Elaboración propia a partir de la Orden ESS/1187/2015

La finalización de esta situación de IT se produce con la emisión del correspondiente **parte de alta**, que en los primeros 365 días puede ser emitido por los facultativos de los SPS (médicos de atención primaria o inspección médica del SPS), por los médicos adscritos a las MCSS, cuando les corresponda o por la inspección médica del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y por el Instituto Social de la Marina (ISM).

Una vez transcurrido los 365 días de dicha IT el único órgano competente para emitir el alta o finalizar el proceso de IT por propuesta de incapacidad permanente, es el denominado Equipo de Valoración de Incapacidades del INSS (EVI), órgano colegiado adscrito a esta institución, cuya composición y funciones vienen reguladas en el **Real Decreto 1300/1995**, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social⁽²⁹⁾.

Si el paciente se encuentra en la situación de prórroga expresa, dictaminada por el EVI entre el día 366 y 545 de la IT, el alta se produce por propuesta del EVI y resolución del DP (Director Provincial) del INSS o bien por el pase a situación de incapacidad permanente. Si el EVI considera necesario, en casos excepcionales,

puede **demorar esta calificación** de incapacidad permanente, cuando se prevé la curación o mejoría del trabajador, como máximo hasta el día 730 desde el inicio de la IT.

La ley también contempla aquellas situaciones en las que pueda existir una **recaída** en la situación de IT en los 180 días posteriores al alta médica, emitida por los médicos evaluadores o inspectores del INSS o por el EVI, por la misma o similar patología, cuya competencia es actualmente exclusiva del INSS y en el caso de denegación de incapacidad permanente, en los 180 días siguientes.

Si el alta médica en los primeros 365 días de la IT ha sido emitida por la inspección médica del SPS, es a él al que le corresponde autorizar una nueva IT en los 180 días siguientes.

Cuantía de la prestación por incapacidad temporal, reconocimiento del derecho y abono del subsidio

La prestación económica consiste en un subsidio diario calculado en función de la base reguladora y el origen de la incapacidad (común o profesional), que se abonará durante los días naturales en que el interesado se encuentre en la situación de IT⁽⁸⁾.

El reconocimiento del derecho corresponde al INSS o a la Mutua, en función de con cuál de ellos el empresario hubiere optado para la cobertura de esta contingencia o bien a las empresas autorizadas a colaborar voluntariamente en la gestión del Régimen General, cuando derive de contingencias profesionales^(8,30,31).

La cuantía del subsidio que se percibe depende del día de baja y de la contingencia, según se muestra en la Ilustración 7.

Ilustración 7. Cuantía de la prestación por Incapacidad Temporal

Enfermedad común y accidente no laboral

Día de IT	1	2	3	4	5	6	7	...	15	16	...	20	21	...	365
¿Quién paga?	No percepción dinero			Empresario							INSS o Mutua				
Cuantía subsidio				60% de la base reguladora									75%		

Accidente de trabajo y enfermedad profesional

Día de IT	1	2	3	4	5	6	7	...	15	16	...	20	21	...	365
¿Quién paga?	Empresario	INSS o Mutua													
Cuantía subsidio		75% de la base reguladora													

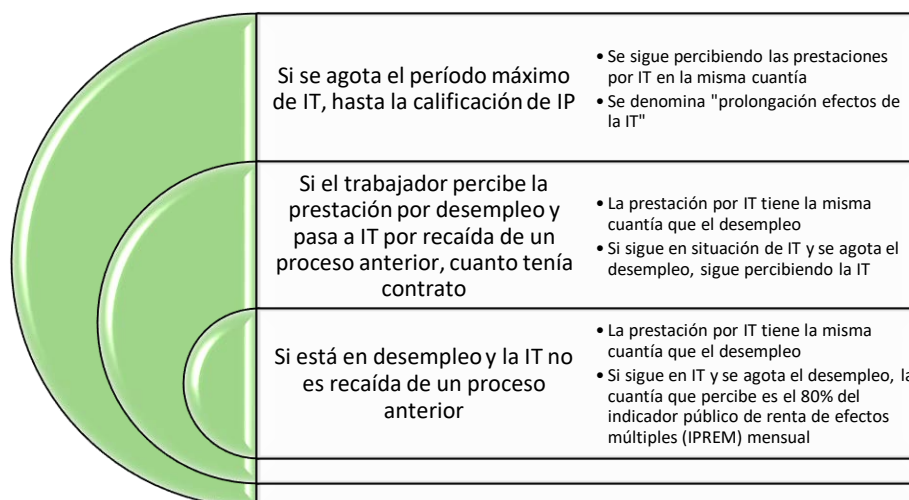
Elaboración propia a partir de la referencia(30)

La cuantía del subsidio puede complementarse con la inclusión de mejoras en el Convenio Colectivo a cargo del empresario o administración correspondiente⁽³¹⁾.

Otros supuestos

En la Ilustración 8 se exponen otros supuestos en el caso de IT y la cuantía del subsidio que recibe el trabajador incapacitado temporalmente⁽³¹⁾.

Ilustración 8. Supuestos especiales de situaciones de Incapacidad Temporal



Elaboración propia a partir de la referencia(31)

Cuando el trabajador pasa a situación de desempleo por finalización de su contrato de trabajo, el tiempo que permanezca en IT se descuenta del tiempo que tenga legalmente derecho a percibir el desempleo, excepto en el caso de IT por contingencias profesionales, en los que no procede descontar del período de prestación por desempleo, el tiempo que hubiera permanecido en situación de IT⁽³¹⁾.

Duración del subsidio

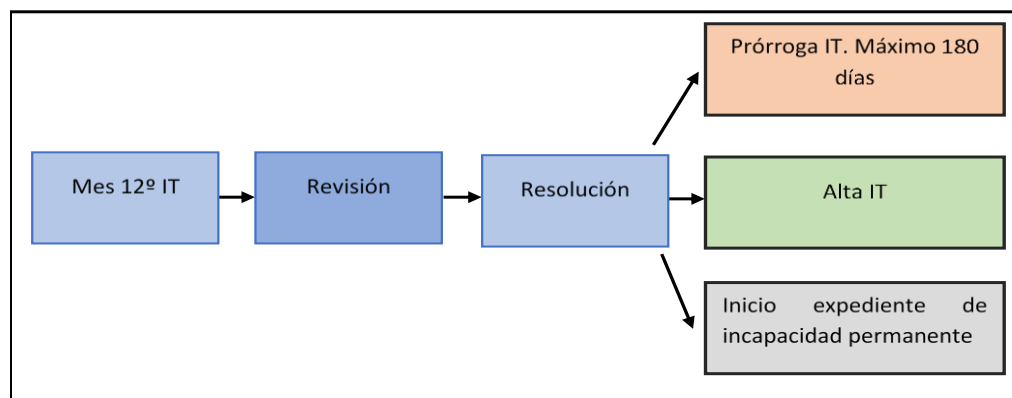
La **duración máxima** prevista de la IT es de 365 días, prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que durante ellos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación. Para la determinación del período máximo se computarán los de recaída, así como los períodos de observación⁽⁸⁾.

Los períodos de **observación por enfermedad profesional** tendrán una duración máxima de seis meses, prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad⁽⁸⁾.

Se considerará que existe **recaída** en un mismo proceso cuando se produzca una nueva baja médica por la misma o similar patología dentro de los 180 días naturales siguientes a la fecha de efectos de alta médica anterior o de la resolución denegatoria de incapacidad permanente⁽³¹⁾.

Una vez agotado el plazo de duración de 365 días el INSS, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador (Equipos de Valoración de Incapacidades), será el único competente para reconocer la situación de **prórroga expresa** con un límite de 180 días más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de **incapacidad permanente**, o bien para emitir el **alta médica**, por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el INSS, tal y como se muestra en la Ilustración 9^(8,29).

Ilustración 9. Agotamiento plazo en el día 365 de duración máxima de la IT



Elaboración propia a partir de la referencia(29)

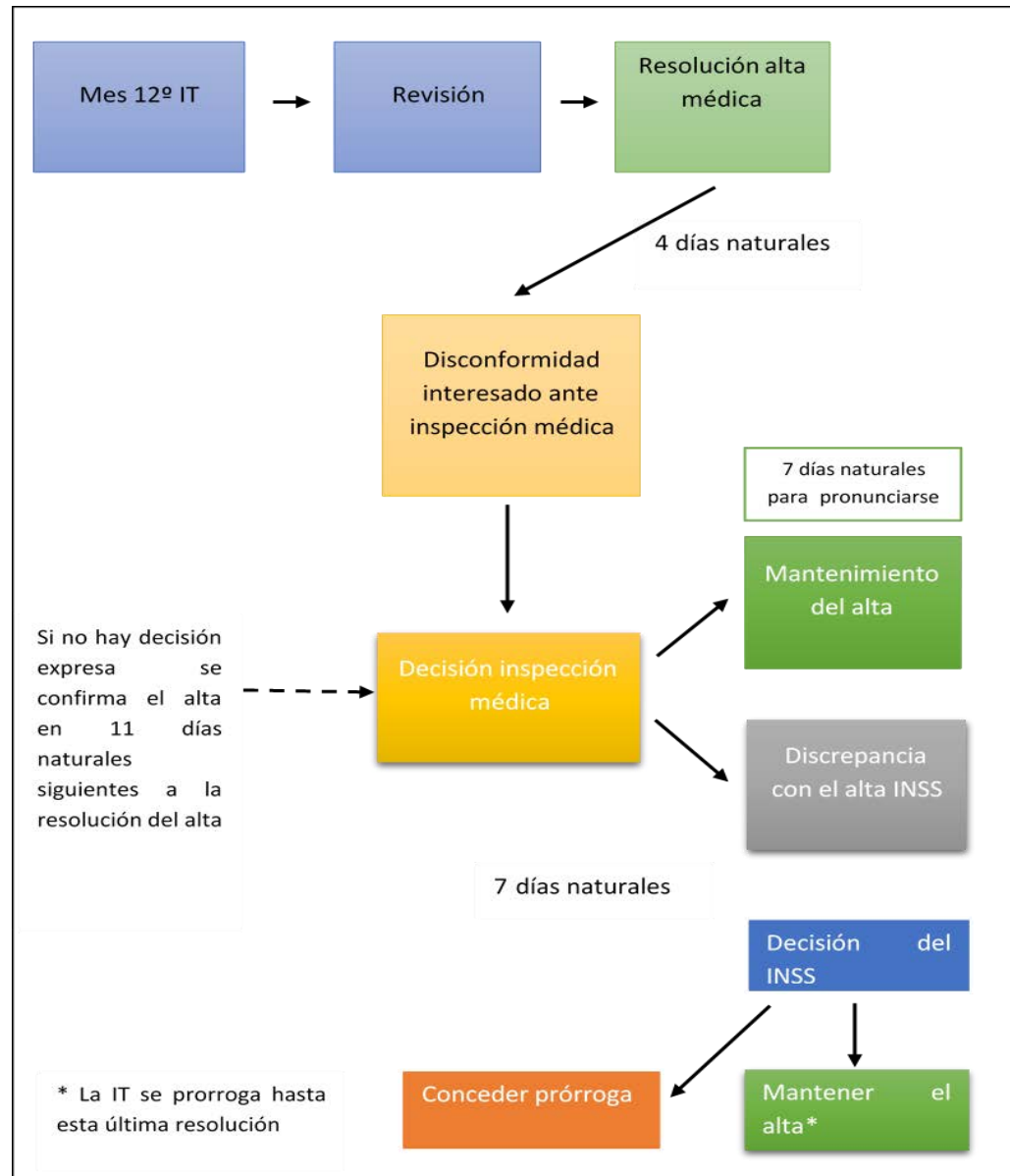
En los casos de alta médica, frente a la resolución podrá el interesado en el plazo máximo de cuatro días naturales, manifestar su **disconformidad** ante la inspección médica del Servicio Público de Salud, la cual, si discrepara del criterio de la entidad gestora, tendrá la facultad de proponer, en el plazo máximo de siete días naturales, la reconsideración de la decisión de aquella, especificando las razones y fundamento de su discrepancia^(8,29) (Ilustración 10).

Si la inspección médica se pronunciara confirmando la decisión de la entidad gestora o si no se produjera pronunciamiento alguno en el plazo de los once días naturales siguientes a la fecha de la resolución, adquirirá plenos efectos la mencionada alta médica. Durante el período de tiempo transcurrido entre la fecha de alta y aquella en la que la misma adquiera plenos efectos se considerará prorrogada la situación de IT^(29,31).

Si, en el plazo máximo, la inspección médica del SPS hubiera manifestado su discrepancia frente a la resolución de la entidad gestora, esta se pronunciará expresamente en el transcurso de los siete días naturales siguientes, notificando la correspondiente resolución al interesado, que será también comunicada a la inspección médica. Si la entidad gestora, en función de la propuesta formulada, reconsiderara el alta médica, se reconocerá al interesado la prórroga de su situación de IT a todos los efectos. Si, por el contrario, la entidad gestora se reafirmara en su decisión, para lo cual aportará las pruebas complementarias que fundamenten aquella, solo

se prorrogará la situación de IT hasta la fecha de la última resolución^(29,31).

Ilustración 10. Procedimiento tras alta por INSS en primera resolución

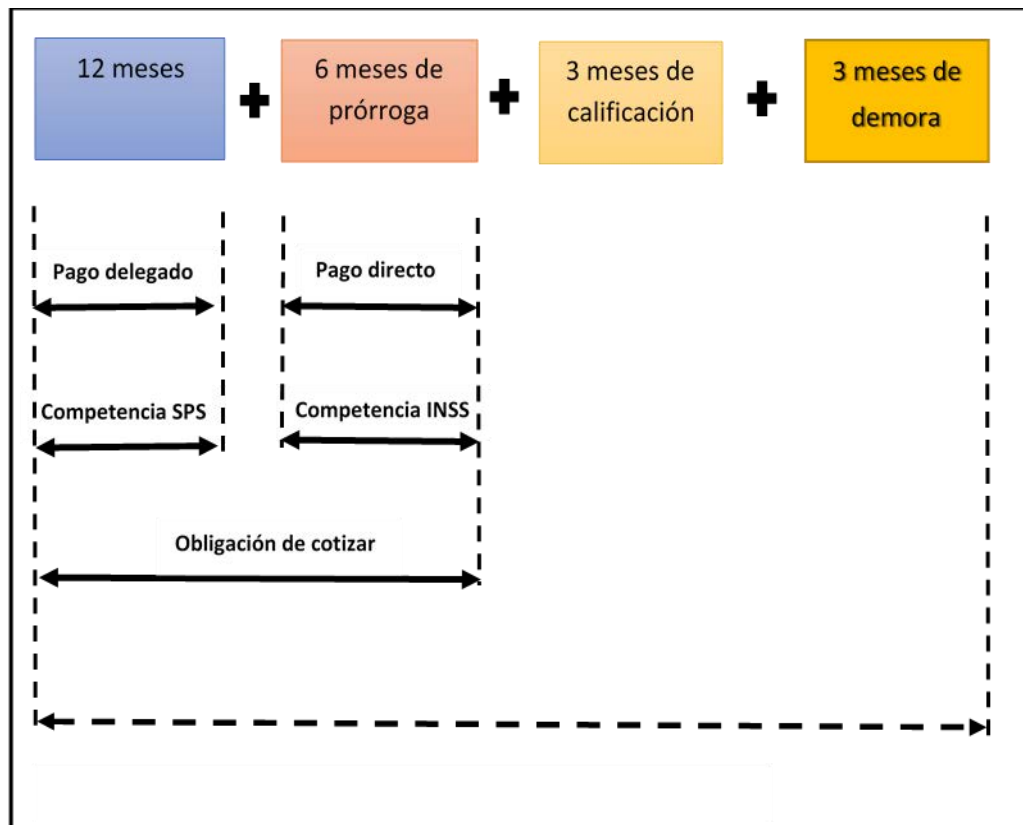


Elaboración propia a partir de la referencia(30)

Cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo de 545 días, se examinará necesariamente, en el plazo máximo de tres meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación, en el grado de incapacidad permanente que corresponda. No obstante, en aquellos casos en los que continuando la necesidad de tratamiento médico por las expectativas de

recuperación o la mejora del estado del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable **demorar la calificación** de incapacidad permanente, esta podrá retrasarse por el período preciso, sin que en ningún caso se puedan rebasar los 730 días naturales sumados los de IT y los de prolongación de sus efectos. Durante los períodos de tres meses y de demora de la calificación, no subsistirá la obligación de cotizar.

Ilustración 11. Demora de calificación



Elaboración propia a partir de la referencia(30)

En el supuesto de alta médica anterior al agotamiento del plazo máximo de duración de la situación de IT (545 días), sin que exista ulterior declaración de incapacidad permanente, subsistirá la **obligación de cotizar** mientras no se extinga la relación laboral o hasta la extinción del citado plazo de 545 días naturales^(30,31).

Transcurrido el plazo de 545 días naturales de duración máxima de la IT con o sin declaración de IP, solo podrá causarse derecho al

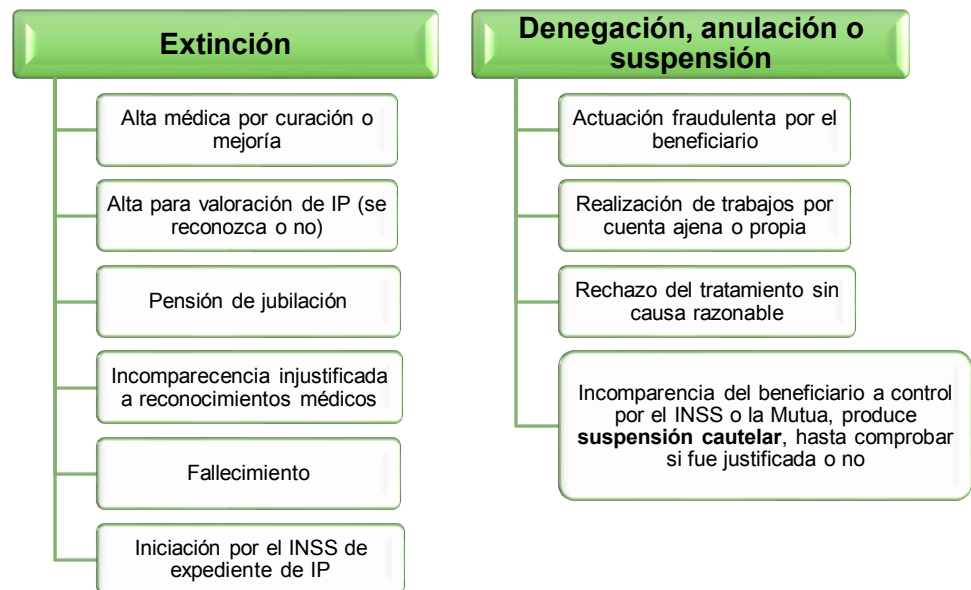
subsidio de IT por la misma o similar patología si transcurre un periodo superior a 180 días naturales desde la resolución de la IP^(30,31).

No obstante, aunque se hubiese agotado un proceso de 545 días naturales y no hubiesen transcurrido 180 días naturales desde la denegación de la IP, podrá iniciarse **por una sola vez**, un nuevo proceso de IT por la misma o similar patología cuando el INSS considere que el trabajador puede recuperar su capacidad laboral^(30,31).

Causas de extinción, denegación, anulación o suspensión del derecho a incapacidad temporal

En los siguientes supuestos recogidos en la Ilustración 12 , se exponen las principales causas que extinguen, anulan o suspenden el derecho a la prestación de incapacidad temporal, según se recoge en la LGSS⁽⁸⁾

Ilustración 12. Causas de finalización de la Incapacidad Temporal



Elaboración propia a partir de las referencias(8,31)

3.1.6. Evolución y tendencias en la gestión de la incapacidad temporal en España

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 recoge, en su artículo 25, el derecho de toda persona a la asistencia sanitaria y a los seguros, en caso de enfermedad o invalidez: *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, viudedad, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”*^(32,33).

La Constitución Española de 1978, en su artículo 41, establece el mantenimiento de un servicio público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice asistencia y prestaciones sociales suficientes en caso de necesidad, y en el artículo 43 se reconoce el derecho a la protección de la salud⁽³³⁾.

Desde su creación en 1942 con la promulgación de la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad (LSOE)⁽³⁴⁾, complementada en 1963 con la Ley General de la Seguridad Social⁽³⁵⁾, hasta los Pactos de Toledo I (1995, BO Cortes Generales, 12-4-1995) y II (2003, BOCG, 2-10-2003), la sanidad española estaba financiada de acuerdo con los principios del modelo bismarkiano. La población con derecho a ser asistida se componía de los trabajadores y sus familiares directos, en su condición de titulares y beneficiarios, respectivamente, y su financiación provenía de las cotizaciones sociales de empresarios y trabajadores^(33,36).

Los Pactos de Toledo establecieron la financiación plena de la asistencia sanitaria a través de los impuestos con un período transitorio para los años 97 y 98 hasta llegar al año 1999, a partir del cual la fuente de financiación única son los impuestos⁽³³⁾.

Durante la situación de IT, el trabajador es protegido en tres planos distintos: el económico, con el pertinente subsidio de Seguridad Social; el psicofísico, mediante la dispensa de la prestación de

asistencia sanitaria; y el laboral, a través de la suspensión del contrato de trabajo, acompañada del pertinente mantenimiento del vínculo jurídico y de la reserva del puesto⁽³⁶⁾.

Esta prestación ha sido objeto de múltiples reformas legislativas que han afectado a importantes aspectos de su régimen jurídico, desde su denominación, pasando por su duración y cuantía, hasta su gestión y control⁽³⁶⁾.

Principales reformas legislativas

Entre otras, las principales reformas que se han producido en relación con la figura de la IT se pueden resumir en las siguientes⁽³⁷⁾:

1. La **Ley 24/1972** de 21 de junio⁽³⁸⁾: reduce la duración máxima de la denominada “incapacidad laboral transitoria” (ILT) de 18 meses a 12, prorrogables por 6 meses más en ciertas circunstancias. Además, se establece que el pago será a partir del 4º día, no a partir del 7º, como anteriormente.
2. El **Real Decreto 53/1980**, de 11 de enero⁽³⁹⁾: limita la cuantía de la prestación económica por IT que percibe el trabajador desde el cuarto al vigésimo día, pasando de un 75 a un 60 % de la base reguladora.
3. El **Real Decreto Ley 5/1992**, de 21 de julio⁽⁴⁰⁾ y, posteriormente, la **Ley 28/1992**, de 24 de noviembre⁽⁴¹⁾, que implicaron al empresario en el control de la IT, convirtiéndole en el sujeto obligado del pago de la prestación de IT “*desde los días cuarto al decimoquinto de baja, ambos inclusive*”.
4. La **Ley 22/1993**, de 29 de diciembre⁽⁴²⁾, autorizó a las Mutuas a colaborar en la gestión de la prestación económica de IT, permitiendo la cobertura de los trabajadores autónomos a su voluntad.
5. **Ley 42/1994**, de 31 de diciembre⁽⁴³⁾, reforma la ILT y la invalidez provisional, cambiando la denominación: la ILT pasó a llamarse incapacidad temporal y la segunda fue suprimida, sustituyéndola por una prórroga con efectos económicos hasta la posible calificación de invalidez permanente. Se redujo el período máximo de baja laboral previo a la evaluación de la IP de seis años a dos años y medio y se permitió a las empresas

cubrir la IT derivada de riesgos comunes a través de la Mutua que previamente tuvieran asegurada la IT derivada de riesgos profesionales⁽³⁰⁾.

6. La **Ley 66/1997** de 30 de diciembre⁽⁴⁴⁾, convierte a las Mutuas en las únicas entidades competentes para gestionar la prestación de IT a los trabajadores autónomos de nueva incorporación.
7. La **Ley 24/2001**, de 27 de diciembre⁽⁴⁵⁾, centró su atención en las condiciones de extinción de la prestación económica, introduciendo, al tiempo, un nuevo apartado primero en el art. 131.3 bis LGSS, en el cual se recogía la obligación de cotizar durante la situación de incapacidad temporal⁽³⁶⁾. Además, redujo la cuantía de la prestación por IT en el supuesto de extinción del contrato de trabajo.
8. El **Real Decreto 1251/2001**, de 16 de noviembre⁽⁴⁶⁾, reconoció como nuevas situaciones protegidas independientes de la contingencia de IT las derivadas de la maternidad y del riesgo durante el embarazo⁽³⁷⁾.
9. La **Ley 53/2002**, de 30 de diciembre⁽⁴⁷⁾, extiende la acción protectora por riesgos profesionales a los trabajadores por cuenta propia o autónomos. La cobertura de estos riesgos se llevará a cabo con la misma Entidad Gestora o colaboradora con la que se haya formalizado la cobertura por IT⁽³⁷⁾.
10. El **Real Decreto-Ley 2/2003**⁽⁴⁸⁾, de Medidas de Reforma Económica, en su artículo octavo amplía la protección por IT para los autónomos, con nacimiento de la prestación económica de IT por riesgos comunes a partir del cuarto día y por riesgos profesionales a partir del día siguiente a la baja.
11. La **Ley 30/2005**, de 29 de diciembre⁽⁴⁹⁾, procedió a la supresión de la segunda prórroga de la incapacidad temporal, atribuyendo al INSS la facultad de determinar los efectos que deberían producirse una vez agotado el plazo de doce meses, pudiendo expedir el alta a los exclusivos efectos económicos⁽³⁶⁾.
12. La **Ley 40/2007**, de 4 de diciembre⁽⁵⁰⁾, modificó nuevamente la regulación del subsidio de IT con el fin de que el alta expedida en el duodécimo mes pudiese extender sus efectos conjuntamente al ámbito laboral y al de la protección social.

13. La **Ley 26/2009**, de 23 de diciembre⁽⁵¹⁾, introduce dos novedades: por un lado, el cómputo de la duración de la prestación pasa a realizarse en días (antes se efectuaba en meses); y por otro, se añade una nueva causa de alta, el alta por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el INSS en los casos de trabajadores sin derecho a subsidio⁽³⁶⁾.
14. La **Ley 35/2010**, de 17 de septiembre⁽⁵²⁾, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo, establece que hasta el cumplimiento de los 365 días de los procesos de incapacidad temporal, los Inspectores del INSS o del ISM, tendrán las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, para emitir el alta médica a todos los efectos, y no solo a los de la prestación económica.
15. El **Real Decreto 625/2014**, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de IT en los primeros 365 días, junto con la Orden EES/1187/2005, de 15 de junio que lo desarrolla, introdujo novedades muy importantes: por un lado, la existencia de 4 tipos distintos de partes de baja, en función de la duración prevista de la misma; y en segundo lugar la posibilidad de las Mutuas de realizar propuestas de alta a la Inspección del SPS, desde el primer día de IT, comunicándolo a su vez al trabajador y al INSS⁽²⁸⁾.
16. El **Real Decreto 8/2015** por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social⁽⁸⁾, que modifica la numeración de los artículos relativos a la IT y su gestión, así como la redacción de estos, incorporando las últimas reformas legislativas en este tema.
17. El **Real Decreto-ley 28/2018**⁽⁵³⁾, en el ámbito de aplicación del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, se hace obligatoria la cotización por contingencias profesionales, que anteriormente era una opción voluntaria y la cotización por cese en el trabajo. Además, el autónomo queda liberado de las cotizaciones a la Seguridad Social, a partir del 2º mes en IT.

18. El **Real Decreto- Ley 6/2020**, de 10 marzo⁽⁵⁴⁾, por el que se adoptan medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública, reformado por el **Real Decreto-Ley 13/2020**⁽⁵⁵⁾, describe en su artículo 5 “*se considera con carácter excepcional como situación asimilada a AT, exclusivamente para la prestación económica por incapacidad temporal, los periodos de aislamiento, contagio o restricción en las salidas del municipio donde tengan el domicilio de las personas trabajadoras como consecuencia de la pandemia provocada por el virus SARS-CoV-2*”⁽⁵⁶⁾. Esto supone una novedad en Derecho de la Seguridad Social, porque es la primera vez que se admite una doble contingencia en esta prestación. Para la prestación sanitaria el riesgo causante puede ser accidente de trabajo o enfermedad común, según vinculación directa o no con el medio profesional y para la prestación económica es siempre considerada accidente de trabajo.

Todas estas reformas han partido siempre de la base de gestionar mejor los recursos sanitarios y económicos ligados a esta prestación, mejorar la calidad en su prescripción, tanto en la duración como en el reconocimiento y finalización del derecho, y la lucha contra el fraude⁽⁵⁷⁾.

La preocupación por el creciente gasto de la IT siempre ha sido un tema de profunda preocupación entre todas las partes implicadas. Además la IT era la única prestación que presentaba una doble gestión: por un lado el abono de la prestación correspondía y corresponde, al Instituto Nacional de la Seguridad Social, y la gestión directa recaía, antes de la reforma de 1994, en los médicos del Servicio Nacional de Salud, que se encargaban en exclusiva tanto de la expedición de la baja, como de su control y la emisión del alta⁽³⁶⁾.

Esta situación donde intervenían dos Administraciones Públicas siempre fue tema de debate y conflicto, ya que se reprochaba a los SPS de las distintas CCAA y a los facultativos adscritos a ellos, una escasa implicación y la realización de un control efectivo de la

prestación, ya que la prestación económica no corría a cargo de los presupuestos sanitarios, sino a los del INSS, por lo que su mejor o peor control, no repercutía directamente en dichos presupuestos⁽⁵⁸⁾.

Este argumento se reforzaba al comprobar que tanto la incidencia, la prevalencia, la duración media y por tanto el gasto, era mucho menor en el caso de que la gestión de la IT correspondiera directamente al control de las Mutuas, por ser bajas de origen profesional^(58,59).

Tendencias en la gestión de la incapacidad temporal

La visión de la gestión de la IT en estos momentos se centra en proteger al trabajador que debe estar en dicha situación, mantener la calidad controlando el gasto económico y evitando el fraude⁽⁶⁰⁾. Se pretende adecuar la duración de los procesos de IT para evitar su percepción indebida y el INSS ha establecido varios mecanismos para regular estos aspectos. Se establece el Manual de Tiempos Óptimos de Duración de la IT⁽⁶¹⁾, la Guía de Atención Primaria⁽⁹⁾, los conciertos con las CCAA y los mecanismos y protocolos de actuación y reconocimientos médicos⁽⁶⁰⁾.

También se han instaurado aplicativos informáticos que permiten un mejor conocimiento de las principales variables que intervienen en el estudio y análisis de la IT, tanto para su mejor gestión y control, como para poder realizar estudios de investigación y análisis estadísticos. Así, las Unidades Médicas del INSS cuentan con el uso del aplicativo ATRIUM y la implantación del Proyecto Analítica IT, bajo tecnología Microstrategy. Este software consta de un conjunto de objetos (indicadores y atributos) que habilitan al usuario final a construir de forma autónoma y sin dependencias cualquier tipo de informe y/o cuadro de mando. Las combinaciones son múltiples y permiten información en tiempo real de las incapacidades temporales existentes en una provincia o CCAA, analizando incidencia, prevalencia, diagnóstico, promedio de duración, situaciones de IT, importe de la IT, trabajadores en IT..., así como información de los afiliados con respecto a edad, género, diagnóstico de IT, ocupación

del trabajador, información sobre la actividad de la empresa, tipos de contrato, trabajador en sector público o privado, contingencia, etc⁽⁶²⁾.

Otro hito importante ha sido el acceso a la Historia Clínica Electrónica por parte de los inspectores médicos del INSS. Este proyecto se inició en el año 2012, con la finalidad de obtener una mejor adecuación a los diagnósticos de IT y el seguimiento médico, así como evitar la duplicidad de exploraciones complementarias. Para ello, las Unidades Médicas del INSS tienen acceso tanto a la historia clínica de atención primaria, como especializada, incluido el acceso hospitalario del SPS correspondiente a cada CCAA y acceso telemático a la información disponible sobre el proceso de IT en varias Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social⁽⁶³⁾.

Para concluir este apartado es necesario destacar el papel de la incapacidad temporal en relación con la pandemia por el virus SARS-Cov-2 adquiere un carácter extraordinario al contemplarse como situaciones de IT, tanto la presunción de infección por este coronavirus, sin un diagnóstico de certeza (sospecha), como la cobertura a los contactos estrechos de pacientes positivos. Además, en las primeras semanas del estado de alarma que se inicia en marzo de 2020, la IT también se amplía a aquellos trabajadores con restricciones en la movilidad impuesta en determinados municipios en España, sin que existiera tal contagio o sospecha. En la actualidad el subsidio por IT se extiende a los infectados, enfermos y a los casos de aislamiento de contactos estrechos y se considera a efectos económicos como accidente de trabajo. En el caso de trabajadores sanitarios o sociosanitarios que hayan contraído la COVID-19 en el ejercicio de su actividad laboral, se considera enfermedad profesional, si bien la contingencia seguirá siendo accidente de trabajo⁽⁶⁴⁾.

3.2. TRABAJO E INCAPACIDAD TEMPORAL

3.2.1. Importancia del trabajo para la salud, empleo y nivel de rentas del trabajador

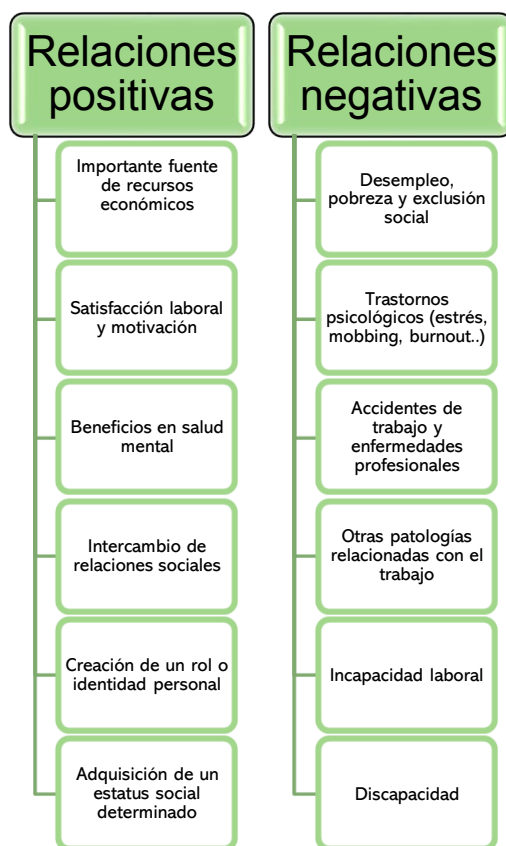
Se define como **trabajo** a la actividad social convenientemente organizada que, a través de la combinación de una serie de recursos (personas trabajadoras, materiales, productos, equipos, máquinas, energía, tecnologías y organización) permite al ser humano alcanzar unos objetivos prefijados y satisfacer unas necesidades⁽⁶⁵⁾.

Etimológicamente la palabra trabajo deriva de *tripalium*, palabra derivada a su vez de *tres palos*, que fue primero una suerte de yugo para uncir a los animales y luego una forma de tortura aplicada en tiempos medievales, que conducía a la rotura de los huesos del supliciado^(65,66).

El trabajo (asalariado o autónomo) constituye la fuente principal de provisión de medios materiales que se consideran necesarios y a su vez suministra recursos subjetivos para el desarrollo moral, político y psicológico del individuo que lo realiza. Contar con un trabajo se relaciona con una serie de motivaciones, las cuales se vinculan con la actividad misma del trabajo. Ya no es solo hacer el trabajo de forma mecánica, asumir un tiempo para poderlo hacer, sino también una serie de vínculos como las relaciones sociales que se gestan cuando se realiza un trabajo, la satisfacción de haber realizado una labor que se considera gratificante y el crecimiento personal, entre otras. Actualmente se valora a quien trabaja, así como el tipo de trabajo y dónde se realiza y adquiere una importancia central no solo la obtención del empleo sino todo lo que implica el estar empleado^(67,68).

Entre el trabajo y el individuo, se producen tanto relaciones positivas (efectos beneficiosos del trabajo), como relaciones negativas (efectos perjudiciales del trabajo), tal y como se describen en la Ilustración 13.

Ilustración 13. Efectos beneficiosos y perjudiciales del trabajo



La bibliografía que analiza todos estos efectos es muy abundante, pero solo se van a desarrollar los aspectos relacionados directamente con el objeto de estudio de esta investigación, tales como el desempleo y los problemas derivados de la incapacidad laboral. Por su gran trascendencia, los accidentes laborales (AT) y las enfermedades profesionales (EP) se analizan en un epígrafe separado.

Elaboración propia a partir de la referencia(68)

Desempleo

Los problemas derivados del **desempleo** son múltiples, tanto por la pérdida de salud que produce^(69,70), como por el riesgo de exclusión social y pobreza^(70,71). Existen numerosos estudios sobre la relación entre el desempleo y la salud mental^(69,72,73), la mortalidad^(74,75), el suicidio⁽⁷⁵⁻⁷⁷⁾, el consumo de alcohol, tabaquismo y otras adicciones^(75,78,79). Se ha demostrado repetidamente que el desempleo está correlacionado con la calidad de vida y con la aparición de factores de riesgo que pueden condicionar múltiples patologías, pero los investigadores a veces han tenido dificultades para establecer los mecanismos de causalidad⁽⁷⁰⁾. La controversia

típica es si los desempleados presentan un mayor riesgo de tener mala salud o si la mala salud aumenta el riesgo de desempleo^(75,80). Además está demostrado que la pérdida de calidad de vida que conlleva el desempleo, no se recupera automáticamente al recuperar el empleo, sino que sus consecuencias pueden durar años⁽⁸¹⁾.

Incapacidad temporal como factor de riesgo social, laboral y de salud

Existen en la literatura múltiples evidencias de que los largos e incluso cortos períodos de **incapacidad temporal**, producen una serie de riesgos en aquellos trabajadores en los que se produce esta circunstancia. Entre estos riesgos destacan:

- a) **Riesgo de exclusión social:** el término "exclusión social" ha adquirido cada vez más protagonismo en los debates políticos sobre la pobreza y la desigualdad social, y a menudo se refiere a las desventajas en las condiciones de vida básicas que reducen la posibilidad de participar en la sociedad. La exclusión social puede considerarse como un proceso dinámico multidimensional en el que varios déficits se refuerzan entre sí. Se ha comprobado que las personas que presentan largos períodos de incapacidad temporal, son más propensas a sufrir este riesgo, que aquellas otras que en las mismas circunstancias sociales y económicas, no han tenido largos procesos de IT, aunque parece que influye más la pérdida económica por este motivo, que otras posibles causas⁽⁸²⁾. Se calcula que, en España, por el hecho de haber tenido una IT por cáncer, se encuentran más de 25.000 personas cada año, en una gran situación de vulnerabilidad con riesgo de exclusión social. Los colectivos de mayor riesgo son los trabajadores autónomos, los trabajadores que a lo largo del proceso pasan al desempleo o les sobreviene el cáncer en esta situación, los trabajadores con bajos recursos y las mujeres⁽⁸³⁾.

- b) **Disminución de la renta disponible** en los años posteriores (de 2 a 6 años) al período de IT. Se ha comprobado que disminuye esta renta tras un largo período de IT, especialmente en aquellos individuos cuyo diagnóstico de la IT está relacionado con enfermedad mental o cáncer, aunque hayan vuelto a su trabajo⁽⁸⁴⁾. En pocos estudios se ha buscado la posible relación entre IT y salario. Destaca en este sentido el estudio de Markussen (2012) que intenta analizar si la IT influye en el salario posterior, encontrando que en los dos años posteriores al período de IT, la pérdida de salario se sitúa en 1,2 %. Además, un aumento en un punto porcentual en la IT, reduce las posibilidades de encontrar empleo en un 0,5 % a los dos años, por lo que parte de la pérdida salarial es porque disminuye la posibilidad de encontrar empleo. Los hallazgos demuestran que en general, la reducción del salario, es la variable que más afectada se ve, en los salarios más altos (mayor nivel educativo), mientras que en los salarios más bajos, la IT a lo que más afecta es al desempleo. Además, el efecto de la IT en el salario de los hombres, es más acentuado que en las mujeres; es decir, en los hombres comprueban que la IT produce a los 2 años una disminución del salario de 1,5%, mientras que en las mujeres esa disminución sería solo del 0,9%. Sin embargo, el efecto sobre el empleo es igual en hombres que en mujeres, no encontrando diferencias de género. También se ve que el efecto de la pérdida de salario es menor en los trabajadores jóvenes, que en los más mayores, ya que los jóvenes tienen más posibilidades a lo largo de su vida laboral, de compensar esta pérdida inicial, mientras que la IT en personas más mayores, es un claro predictor de la salida del mercado de trabajo⁽⁸⁵⁾.
- c) **Riesgo de desempleo, salida precoz del mercado de trabajo y trabajos precarios:** Este hecho ha sido sobradamente estudiado y son múltiples los estudios realizados tanto a nivel nacional, como internacional

demonstrando esta relación causal^(83,85-87), como ya se acaba de describir.

- d) **Disminución de la posibilidad de promoción en la empresa:** algunos estudios relacionan la IT con la disminución de posibilidad de ascenso e incluso con posibles traslados del lugar de trabajo en trabajadores con altas tasas de IT⁽⁸⁸⁾.
- e) **Nuevos episodios de incapacidad temporal:** el hecho de generar un episodio de IT, es un factor predisponente para volver a tener más episodios de IT a lo largo de la vida laboral^(89,90). Este dato es aún más relevante cuando la IT se produce en trabajadores más jóvenes⁽⁹⁰⁾. Hay también múltiples estudios que analizan cómo el presentismo y los episodios cortos de IT autoinformada (pocos días sin asistir al trabajo, por motivos de salud, sin parte de baja) genera a largo plazo un mayor riesgo de IT^(26,91-93).
- f) **Riesgo de incapacidad permanente:** esta correlación parece lógica, ya que si un paciente no mejora tras un determinado tiempo en IT y continúa incapacitado para el trabajo es lógico que pase a situación de incapacidad permanente, pero en muchos casos es independiente del diagnóstico de la IT⁽⁹⁴⁾, considerándose un factor de riesgo *per se* y así se recoge en diversos estudios^(86,94-100).
- g) **Riesgo de muerte:** ligado tanto al pronóstico de la enfermedad o accidente que ha generado la IT, como por riesgo añadido de mortalidad por otras causas. Destacan aquí dos estudios de cohortes prospectivas realizados a nivel europeo, como son los estudios Whitehall II⁽¹⁰¹⁾ en Reino Unido y el estudio GAZEL⁽¹⁰²⁾ en Francia, así como otros muchos estudios independientes^(90,103,104).

Independientemente de lo mostrado anteriormente aquí, la incapacidad temporal no siempre hay que considerarla como una relación negativa entre ella, el trabajo y el individuo. Todo lo contrario, ya que precisamente esta figura legislativa nace como una de las principales prestaciones del Estado de bienestar con el objetivo de suplir las carencias económicas que pueda sufrir un trabajador, al no

poder desempeñar su trabajo como consecuencia de un accidente o enfermedad sobrevenida. Su papel social, laboral y sanitario es incuestionable. La IT forma parte de la acción terapéutica para el tratamiento de los pacientes, que gracias a ella pueden permitirse una mejor recuperación de su enfermedad o lesión, sin la presión que supone el tener que trabajar para obtener el sustento económico necesario; produce una disminución del nivel de estrés del trabajador, al no verse sometido a la disciplina laboral y poder disponer del tiempo necesario para conseguir su rehabilitación y mejoría o curación, lo cual le va a permitir una reincorporación laboral en condiciones óptimas de salud^(57,105).

3.2.2. Accidente de trabajo y enfermedad profesional. Las contingencias profesionales

La calificación como contingencia profesional (AT o EP) de un caso de daño a la salud relacionado con el trabajo da acceso a prestaciones y compensaciones económicas y a un tratamiento sanitario diferenciado. Solo se considera contingencia profesional a las así reconocidas por el INSS. Estos beneficios y prestaciones son los siguientes⁽¹⁰⁶⁾:

- Cobertura íntegra de gastos generados en la asistencia sanitaria, incluyendo algunos que no se contemplan en la enfermedad común (desplazamientos).
- Los medicamentos son totalmente gratuitos
- No hay periodo de carencia en la cotización para el derecho a prestaciones.
- El subsidio por IT será del 75% de la base reguladora a partir del día siguiente de la baja médica y durante todo el proceso que dure la baja.
- El cálculo de la base reguladora para las prestaciones en el caso de contingencias profesionales se hace sobre un periodo más breve que en el caso de contingencia común, con lo cual

- suele salir mejor remunerado, y también se toman en cuenta las horas extras realizadas durante el año anterior.
- Cuando el AT o la EP se haya producido por falta de medidas de prevención, el INSS puede determinar un incremento de las prestaciones económicas que se pudieran derivar (subsido de incapacidad temporal, indemnizaciones a tanto alzado, pensiones de incapacidad permanente o pensiones y subsidios de muerte y supervivencia), según la gravedad de la infracción que determine (de un 30% a un 50%). Este incremento de las prestaciones está a cargo de la empresa infractora, sin que pueda ser objeto de seguro alguno.
 - Cuando de la lesión o accidente, se derive un daño irreversible, pero que no incapacita al trabajador para la realización de su actividad laboral, el paciente puede recibir una indemnización a tanto alzado (incapacidad permanente parcial) o una indemnización regulada por el baremo de lesiones permanentes no invalidantes.
 - Si el daño es irreversible y además incapacita de forma permanente al trabajador, este recibirá una pensión vitalicia.

Cuando el empleado trabaja para una empresa privada, la Mutua con la que el empresario haya contratado la cobertura de dichas prestaciones, será la encargada de proporcionar la asistencia sanitaria a través de sus propios medios. Igual ocurre si el trabajador es autónomo. En caso de empleados en servicios públicos o aquellas empresas en las que no exista una MCSS, la entidad gestora de las contingencias profesionales es el INSS y la asistencia sanitaria se prestará a través de los medios disponibles o concertados a través del Servicio Público de Salud. La gestión de la IT de estas contingencias, en los primeros 365 días de baja, también corresponde a la MCSS o al INSS en su defecto. A partir del día 366 es competencia exclusiva del INSS. La declaración de incapacidad permanente, en cualquiera de sus grados y la propuesta de indemnización en el caso de lesiones permanentes no invalidantes, siempre corresponde al INSS, si bien el pago de estas prestaciones corre a cargo de la MCSS⁽¹⁰⁶⁾.

Accidente de Trabajo

En el artículo 156 de la actual LGSS se define AT como “*toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena*” ⁽⁸⁾. Con la aprobación de la Ley 20/2007 los trabajadores autónomos tienen también derecho a las prestaciones por contingencia profesionales, siendo obligatoria la cotización por este concepto para los autónomos, desde enero de 2019⁽¹⁰⁷⁾. En el mismo caso nos encontramos a las empleadas del hogar después de la aprobación del RD 1596/2011⁽¹⁰⁸⁾.

Para que un accidente tenga esta consideración es necesario⁽¹⁰⁸⁾ que el trabajador/a sufra una lesión corporal y que el accidente sea con ocasión o por consecuencia del trabajo, es decir, que exista una relación de causalidad directa entre trabajo - lesión. La lesión no constituye por sí sola AT.

En la Ilustración 14 se muestran los supuestos que están considerados accidentes de trabajo y los que no lo son⁽¹⁰⁸⁾.

Ilustración 14. Accidentes de trabajo

Se considera accidente de trabajo	Los producidos con ocasión de las tareas desarrolladas, aunque sean distintas a las habituales
	En el lugar y durante el tiempo de trabajo
	Accidente “in itinere”
	Accidente en misión
	Accidentes de cargos electivos de carácter sindical
	Los acaecidos en actos de salvamento
	Enfermedades o defectos agravados por el trabajo
	Enfermedades comunes contraídas por el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, no incluidas en la lista de EP
	Los debidos a imprudencias profesionales

No se considera accidente de trabajo	Los accidentes debidos a imprudencia del trabajador
	Los debidos a fuerza mayor extraña al trabajo
	Accidentes debido a dolo del trabajador accidentado
	Accidentes derivados de la actuación de otra persona

Elaboración propia a partir de las referencias(8,108)

Durante el año 2019 se han producido un total de 1.374.923 accidentes laborales, de los cuales 650.602 causaron la baja del trabajador (614.697 en asalariados y 35.905 en autónomos). El resto, 724.321, fueron AT sin baja, lo que supone el 53% del total. Fallecieron 695 trabajadores por esta causa. Por tanto, cada día 3.725 personas sufren un accidente laboral en España y cada día 2 trabajadores fallecen como consecuencia de su trabajo⁽¹⁰⁹⁾.

El 71% de los accidentes se registraron entre hombres. El tramo de edad en el que se registra una mayor incidencia es en los jóvenes de 16 a 19 años. La primera causa de accidente laboral fueron los sobreesfuerzos sobre el sistema musculo esquelético, registrándose 179.887 accidentes laborales por este motivo (35% del total AT). El sector de actividad con mayor índice de incidencia (nº AT/100.000 trabajadores protegidos) fue construcción que, con 8.505,8, supera en más del doble la media de los índices sectoriales. El segundo puesto lo ocupa el sector agrario, con 6.056,7. Muy próximo está el sector industria, con 5.700,8, siendo ambos datos superiores a la media. Por debajo de la media se situó únicamente el sector servicios, que alcanzó el valor de 2.554,3⁽¹⁰⁹⁾.

Del total de los accidentes de trabajo con baja, 77.496 fueron accidentes de tráfico, llamados accidentes laborales de tráfico (ALT) que representan un 11,9% del total de accidentes de trabajo. De los cuales, un 63% fueron accidentes in itinere. En cuanto a la gravedad, el peso porcentual del ALT en los accidentes de trabajo leves es del

11,8% y este aumenta progresivamente a medida que los accidentes son más graves: así, los ALT representan el 21,8% de los accidentes de trabajo graves y en el caso de los accidentes de trabajo mortales los ALT constituyen el 32,4%⁽¹¹⁰⁾.

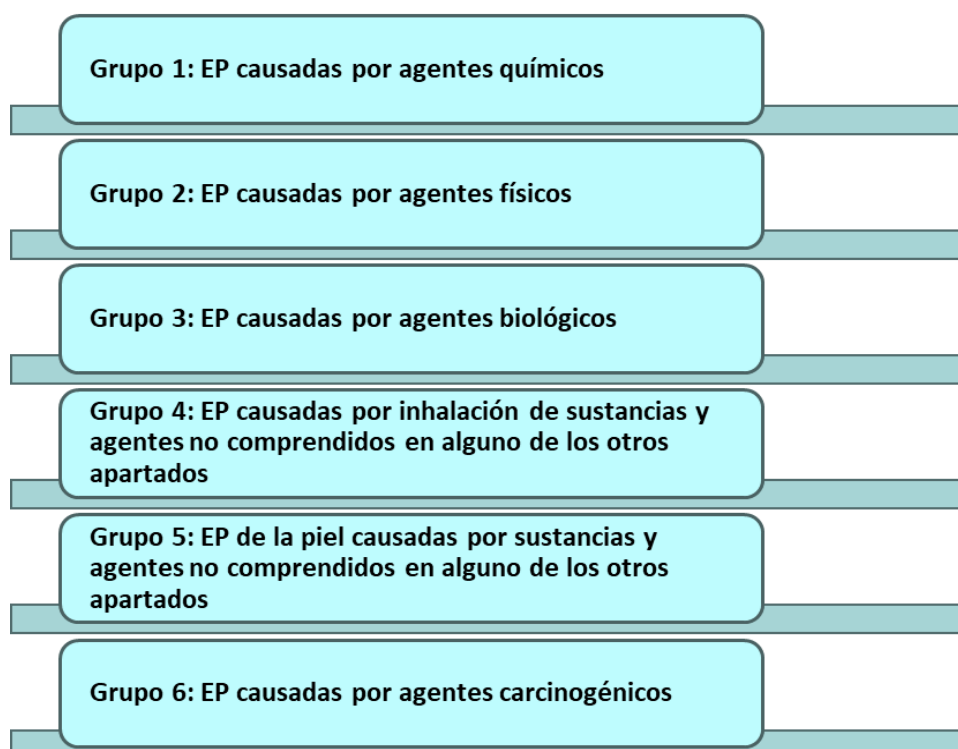
Enfermedades profesionales

La definición legal de EP se establece en el artículo 157 de la LGSS⁽⁸⁾: *“se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena y/o propia en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta Ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”*.

Es un concepto puramente legal de manera que el diagnóstico de una EP se basa en una presunción surgida de un doble listado de actividad y enfermedad. Así, si la enfermedad está en el listado y quien la padece desarrolla una actividad con riesgo de adquirir dicha enfermedad, hay una presunción *“iuris et de iure”* de que es profesional, por lo que no se impone la prueba de la relación de causalidad a diferencia de la enfermedad del trabajo, donde sí es necesaria esta prueba⁽¹¹¹⁾.

El Real Decreto 1299/2006⁽¹¹²⁾, de 10 de noviembre, por el que se aprobó el cuadro de enfermedades profesionales del sistema de la Seguridad Social, estableciendo los criterios para su notificación y registro, es el que recoge el actual cuadro de enfermedades profesionales. La estructura del cuadro se compuso de dos anexos: el anexo I conformado por el cuadro de enfermedades profesionales y el anexo II conformado por la lista de enfermedades que pudieran ser en un futuro profesionales⁽¹¹³⁾. Comprende 6 grupos^(111,112), como se muestran en la Ilustración 15.

Ilustración 15. Cuadro de enfermedades profesionales



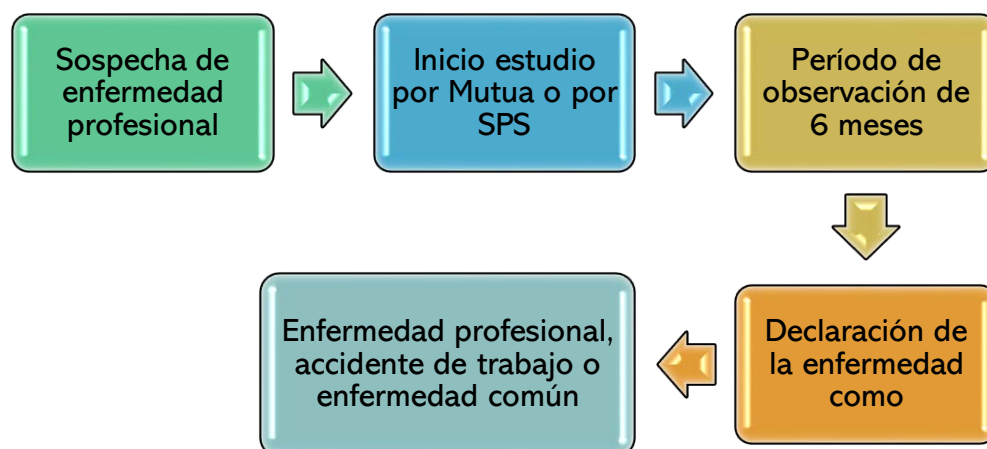
Elaboración propia a partir del RD 1299/2006

Para cada enfermedad, el cuadro menciona las actividades más comunes en las que se puede entrar en contacto con el agente causal. Al no tener la lista una pretensión exhaustiva, el hecho de que una determinada actividad no esté mencionada en el cuadro para cierta enfermedad, no es un impedimento para que un caso no pueda ser calificado como profesional, con la condición de que se pueda probar que la persona estuvo expuesta en su trabajo al agente⁽¹¹¹⁾.

El reconocimiento del carácter profesional de una enfermedad es un proceso de varias etapas: una corresponde al conocimiento del medio ambiente y condiciones de trabajo, otra al conocimiento clínico-biológico y otras al marco legislativo y médico-legal, que permite establecer las diferencias entre las enfermedades profesionales y las comunes⁽¹¹¹⁾.

Ante la sospecha de una enfermedad profesional se pone en marcha el siguiente circuito (Ilustración 16):

Ilustración 16. Proceso de estudio de una enfermedad profesional



Elaboración propia a partir de la referencia(114)

En este proceso se abre un protocolo médico (clínico-diagnóstico y terapéutico si es preciso), además de solicitar el correspondiente estudio del puesto de trabajo, a través del departamento de Prevención de Riesgos Laborales, para constatar la existencia de un riesgo específico incluido en el listado de enfermedades profesionales⁽¹¹⁴⁾.

Las enfermedades profesionales, presentan una serie de diferencias respecto al AT, sobre todo en relación con la exigencia de reconocimientos médicos a todos los trabajadores que van a cubrir un puesto de trabajo con riesgo de contraer una EP y obligatoriedad de cambio de puesto de trabajo, si se desarrolla una EP, a un puesto compatible con su estado⁽¹⁰⁶⁾.

Se reconoce de forma generalizada que el registro oficial de enfermedades profesionales infravalora en gran medida el verdadero impacto de las enfermedades derivadas del trabajo, por diferentes motivos^(114,115), tales como la consideración como comunes de muchas enfermedades profesionales, la propia dificultad científica para catalogar como profesional una enfermedad, el desconocimiento de los profesionales sanitarios de los factores de riesgo de origen

laboral, los conflictos entre los empresarios y los trabajadores al reconocer que una enfermedad está relacionada con el trabajo, el conflicto personal ya que cuando en un trabajador se manifiesta una enfermedad tiene derecho a no verse expuesto más al riesgo que causa dicha enfermedad y para conseguir esto se puede intervenir sobre la fuente de riesgo para eliminarlo o controlarlo, cambiar de puesto de trabajo al trabajador o prescindir de sus servicios. Ante el posible desempleo puede comprenderse que, en ocasiones, los propios trabajadores prefieran que no se les declare la enfermedad como profesional y finalmente por el período de latencia que puede ser tan largo, que se desvincule del origen profesional.

A pesar de las deficiencias descritas en su diagnóstico y declaración, las estadísticas oficiales de las enfermedades profesionales constituyen el sistema de información más específico en España ⁽¹¹⁵⁾.

En el año 2019 se declararon un total de 27.292 EP, de las cuales 12.877 cursaron con IT. El mayor número lo obtuvo el sector servicios (14.691), seguido de la industria (9.606). Las diferencias entre hombres y mujeres no son muy significativas. El mayor porcentaje de enfermedades profesionales se concentra en el grupo 2 (él solo concentra 23.146 de las declaraciones de EP)⁽¹¹⁶⁾.

Enfermedades relacionadas con el trabajo

Las enfermedades relacionadas con el trabajo son las patologías que contraiga el trabajador con motivo de la realización del trabajo y que no se reflejan en el cuadro de EP. Pueden quedar incluidas en el concepto de AT, según lo establecido en el artículo 156 de la LGSS, al igual que las originadas por sustancias o agentes causantes que provienen del trabajo pero no se encuentran en el mencionado cuadro, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva el trabajo. Por tanto, se requiere que exista nexo causal único y directo y que no esté incluida en el cuadro de enfermedades profesionales. La relación de causalidad es más fuerte que en el accidente de trabajo propiamente dicho, ya que, en este caso, se

exige probar que la enfermedad se deba, exclusivamente al trabajo⁽¹¹⁷⁾.

3.3. SITUACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN ESPAÑA

El origen del Estado de bienestar en España se puede situar a finales del siglo XIX y las reformas, como anteriormente se ha comentado, llegan hasta nuestros días. Ya en 1883 se crea la Comisión de Reformas Sociales, presidida por Cánovas del Castillo, que inicia su andadura como observatorio de las condiciones laborales hasta obtener una influencia considerable en los procesos legislativos. Los siguientes hitos históricos son la promulgación en 1900 de la Ley de Accidentes de Trabajo, siendo ministro de la Gobernación Eduardo Dato y la Ley de 27 de febrero de 1908 que crea el Instituto Nacional de Previsión (INP) bajo el mandato de Antonio Maura. El INP es ante todo un organismo técnico, cuyo principal cometido es el de las pensiones y entre sus rasgos definitorios están la independencia política de partido y la autonomía en el funcionamiento de la institución⁽¹¹⁸⁾. En 1932 España ratifica los convenios 24 y 25 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), relativos al seguro de enfermedad de los trabajadores de la industria, el comercio y del servicio doméstico y el seguro de enfermedad de los trabajadores agrícolas y la Ley de Enfermedades Profesionales de la II República. Largo Caballero en este año 1932, encargó al INP la elaboración de un proyecto de un seguro de enfermedad, otro de invalidez y muerte y el estudio y unificación de los seguros sociales de invalidez, vejez, maternidad, enfermedad y muerte y su coordinación con los seguros de accidentes. Sin embargo, hasta 1942 no se aprueba un seguro de enfermedad como tal, por las dificultades económicas y políticas del Gobierno republicano y el estallido de la Guerra Civil que impidió el debate y aprobación del proyecto de ley, que creaba tal seguro⁽¹¹⁸⁾.

En el capítulo I de la Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad (LSOE) ya se distinguen dos tipos de prestaciones: la económica y la sanitaria (asistencia médica, farmacéutica, hospitalización y maternidad). El artículo 17 de la LSOE establece los requisitos para obtener la prestación económica: llevar asegurado 6 meses como mínimo, recibir asistencia sanitaria del seguro, padecer enfermedades

de un mínimo de 7 días y un máximo de 26 semanas, estar incapacitado para trabajar y no haber provocado ni mantenido intencionadamente la enfermedad. La indemnización consistía en el pago del 50% del salario. Los artículos 24 y 25 determinaban que los derechos de los asegurados no podían ser objeto de retención, cesión, embargo ni impuesto de ningún tipo^(34,118).

En el artículo 44 de la LSOE de 1942 también se establecen las funciones de la inspección médica, entre las que se encontraban la comprobación de los partes de enfermedad y curación, inspeccionar las prestaciones sanitarias, coadyuvar con el médico para que el paciente cumpla las prescripciones, colaborar para evitar el uso fraudulento y abusivo de los servicios, verificar la eficacia de los fármacos y cualquier otra función que se le encomiende⁽³⁴⁾.

Sin embargo, la creación de este seguro de enfermedad, no consiguió las metas que se había propuesto, dando escasa cobertura (menos del 50% de los trabajadores), creando diferencias sociales y estructurales, tanto en la prestación económica como en la asistencia sanitaria, muy alejada de los modelos europeos de Seguridad Social, entonces vigentes⁽¹¹⁸⁾.

No es hasta 1963 con la promulgación de la Ley de Bases de la Seguridad Social, cuando se establece un régimen de Seguridad Social más en la línea del resto de países europeos, si bien no empieza a implantarse hasta el 1 de enero de 1967⁽¹¹⁸⁾.

Las posteriores reformas sanitarias, sociales, económicas y legislativas (ya descritas en otros apartados) son las que configuran la IT, tal y como la conocemos y determinan la situación actual de esta.

3.3.1. Incapacidad temporal en España en 2018

El último estudio realizado sobre la situación de la IT en España, abarcando todas las regiones que la componen y los principales indicadores de esta prestación de la Seguridad Social, corresponde al

año 2018⁽²⁾. Este trabajo ha sido realizado por la doctoranda con la colaboración de sus directoras, como base para esta tesis doctoral.

Es un estudio descriptivo que tiene como peculiaridad el amplio número de procesos de IT analizados, correspondientes a todo el país, con análisis tanto de incapacidades temporales derivadas de contingencias comunes, como las derivadas de contingencias profesionales y además comparando las diferentes Comunidades Autónomas. Al ser un estudio transversal no ha permitido realizar un análisis causal, ni tampoco se ha realizado un análisis de la significación estadística entre las diferencias encontradas. No incluye los procesos de IT inferiores a 3 días, puesto que para estas incapacidades temporales de corta duración, la reglamentación actual no exige la existencia de un parte de baja, por lo que no es posible su análisis estadístico, al ser informado y justificado por el paciente directamente a su empresa y no se percibe remuneración económica de la Seguridad Social, salvo que el convenio colectivo así lo contemple.

En este estudio la prevalencia media de la IT por contingencias comunes se sitúa en 32,8 procesos por cada 1000 empleados del régimen general y de 30,48 en autónomos. Sus valores oscilan entre 27,3 en la Rioja y 40,45 en Canarias, en el régimen general y entre 21,5 en Baleares y 40,63 en Murcia en autónomos. En el caso de IT por contingencias profesionales la prevalencia es de 3,99 procesos por 1000 trabajadores, no distinguiendo si pertenecen al régimen general o al régimen especial de autónomos, ya que las bases de datos utilizadas no hacían tal distinción. El valor mínimo se encuentra en Madrid con 2,73 y el máximo 5,51 en Galicia.

La incidencia en el caso de contingencias comunes se sitúa en 24,87/1000 trabajadores del régimen general y 9,51 en el caso de trabajadores autónomos. Sus valores oscilan entre los 13,6 en Extremadura y los 36,7 en Cataluña en el régimen general y un valor mínimo en Madrid de 7,71 y máximo de 16,46 en Navarra, en el caso de autónomos. Para las contingencias profesionales, dicha incidencia fue de 3,55, con un rango entre 2,89 en Madrid y 5,15 en Baleares.

La duración media fue de 58,67 días, para las contingencias comunes (38,81 días de media en régimen general y 91,38 en autónomos). El rango entre CCAA oscila entre los 24,64 días de Navarra a los 67,53

de Extremadura, en el régimen general y 55,15 días de Navarra y 112,86 días en Extremadura. En el caso de contingencias profesionales, la duración media fue de 38,23 días, oscilando entre los 30,94 días en Baleares y 50,14 días en Cantabria.

El número de trabajadores en IT aumenta con la edad, excepto en el grupo de 16-25 años y en los mayores de 65 años, para ambos sexos. Este hecho, que en los trabajadores más jóvenes marca una diferencia con el resto de Europa, se explica por la mayor precariedad laboral en los trabajadores más jóvenes. En los mayores de 65 años, que sí coincide con el resto de Europa, la explicación más aceptada es que los trabajadores que postponen su vida laboral, más allá de la edad de jubilación suelen ser los más sanos. La duración media también aumenta con la edad, como ocurre en otros países de nuestro entorno.

Es más frecuente la IT entre mujeres que entre hombres, cuando se ajustan las cifras absolutas de procesos de IT al número de trabajadores para cada grupo de edad y sexo, porque en el mercado laboral español es más alta la tasa laboral masculina, que la femenina, por lo que hay más probabilidad de IT al existir más trabajadores en ese grupo. Este hecho ocurre en casi todas las CCAA, excepto en Castilla y León, Navarra y País Vasco, para el grupo de edad de 16 a 25 años y en Asturias y La Rioja, para el grupo de 26-35 años, y en La Rioja en los grupos 36-45 y 46-55 años.

La duración media, también es más larga en las mujeres en todos los grupos de edad, excepto en Madrid y La Rioja, para el rango de 16 a 25 años y en Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña y Navarra en los mayores de 65 años. Esta duración media es de 58,5 días en la mujer y de 53,08 días en el hombre.

Por Capítulos Diagnósticos, según la clasificación CIE-10, la duración media más alta de la IT la encontramos en el Capítulo II, correspondiente a neoplasias, seguida de enfermedades cardiovasculares (Capítulo IX) y trastornos mentales (Capítulo V). La duración más corta corresponde al Capítulo I, enfermedades infecciosas y parasitarias.

La patología que más IT genera es el dolor en la parte inferior de la espalda (M54.5) en casi todas las CCAA: Andalucía, Canarias,

Castilla y León, Castilla La Mancha, Extremadura, Galicia, Valencia y País Vasco. En las otras Comunidades, los diagnósticos que más procesos de IT producen son la gripe (J11), resfriado común (J00) y la gastroenteritis no infecciosa (K52.9). Los trastornos por ansiedad (F41.9), la cervicalgia (M54.2) y cialgia (M54.3), también se sitúan en los primeros puestos en todas las regiones españolas.

Las actividades empresariales que más IT tienen son la administración pública, las actividades hospitalarias, las actividades comerciales de venta de comida, bebida y tabaco y las actividades relacionadas con la limpieza. Sin embargo, cuando ajustamos los procesos de IT por el número de trabajadores que realizan esta actividad laboral, los centros de llamada (*call center*) y las actividades de empleo temporal, son las que proporcionalmente tienen más procesos de IT.

3.3.2. Gasto en incapacidad temporal

La financiación de las prestaciones económicas de la Seguridad Social, se realiza por un sistema mixto, que se nutre de las siguientes fuentes⁽¹¹⁹⁾:

- Los ingresos de empresas y trabajadores a través de las cotizaciones. Es el recurso económico más importante.
- Ingresos procedentes de los presupuestos generales del Estado para la cobertura de prestaciones no contributivas
- Ingresos patrimoniales y financieros de los recursos del ente público
- Las cantidades recaudadas en concepto de recargos y sanciones

Con el presupuesto de la Seguridad Social se financia el sistema básico de protección, que comprende dos modalidades: la protección contributiva y la no contributiva o asistencial⁽¹¹⁹⁾.

Las prestaciones económicas por IT forman parte del nivel contributivo. Todos los trabajadores en España, tanto asalariados como autónomos, están obligados a cotizar al sistema.

La cantidad a cotizar es la cuota, con dos componentes, la empresarial y la del trabajador, que dependen de la base y el tipo^(8,119):

- **Bases de cotización.** El concepto legal de las bases de cotización está definido con detalle en el art. 147 de la LGSS⁽⁸⁾. La base de cotización trata de una cantidad constituida por la remuneración total que recibe un trabajador, cualquiera que sea su forma o denominación (tanto en metálico como en especie). Esta ley, además, establece que en la base de cotización se consideren prorrateadas las pagas extra, en caso de trabajadores por cuenta ajena, así como otras retribuciones añadidas derivadas de vacaciones no disfrutadas. Existen unas bases de cotización máximas y mínimas estipuladas por ley su cuantía se establece en función de la categoría profesional a la que pertenezca el trabajador, existiendo actualmente 11 grupos de cotización en España. En el caso de los trabajadores autónomos, la elección de base es libre por parte del propio trabajador dentro de los límites legales. A partir de los 47 años, los autónomos ya no gozan de libertad de elección de base.
- **Tipo de cotización.** Es un porcentaje que se aplica sobre la base de cotización del trabajador para calcular la cantidad a ingresar en la Seguridad Social. Existen tres tipos de cotización diferentes⁽¹²⁰⁾:
 - El de contingencias comunes: existen dos tipos diferentes para calcular, por un lado, el importe a ingresar por el trabajador y por otro, el que debe ingresar la empresa. Ambos porcentajes se establecen anualmente en los Presupuestos Generales del Estado. En 2019 fueron del 23,60% para la empresa y el 4,70% para los trabajadores
 - El de contingencias profesionales: el tipo de cotización por contingencias profesionales no tiene un porcentaje fijo. El porcentaje va en función de la peligrosidad del puesto y de la actividad que realiza la empresa.
 - Los tipos de recaudación conjunta: estos tipos se aplican para calcular el importe a ingresar para cotizar por

desempleo, FOGASA (Fondo de Garantía Salarial) y para la Formación Profesional.

- **Cuota.** Es la cantidad que ha de ingresar el empresario, en calidad de responsable, en la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) en concepto de cotización, y de esta forma dar cumplimiento a su obligación -legal, obligatoria y coactiva- de cotizar a la Seguridad Social. En el caso de contratos temporales menores a 5 días, estas cuotas se incrementarán un 40%.

Como anteriormente se ha explicado, cuando un trabajador tiene derecho a una prestación económica por IT, la cuantía que percibe de la Seguridad Social, depende tanto de la contingencia que ha producido dicha incapacidad laboral, como del tiempo que lleve en IT y su cálculo depende de la base reguladora, calculada a su vez por las bases de cotización aquí explicadas.

Pero es muy importante destacar que el gasto que genera una IT no es solo la cuantía económica que por ella percibe el trabajador y que el Estado dedica a ella⁽¹²¹⁾, sino que también debemos tener en cuenta el coste económico que representa para la empresa^(30,121,122): pago de la IT por contingencias comunes (abono del subsidio del día 4º al 15º, ambos inclusive), la pérdida de productividad del trabajador, los gastos derivados de la sustitución en muchos casos del trabajador incapacitado (incluido los gastos en formación del sustituto), los costes económicos que soporta el empresario los 3 primeros días de baja, porque así esté recogido en el convenio colectivo o el pago del 25% de la IT por el empresario en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional porque también esté recogido en el convenio colectivo (el 75 % restante es pago exclusivo del INSS, ISM o MCSS, aunque se realice a través de pago delegado)⁽¹²³⁾. Además, en el presupuesto de gasto que se deriva de la IT también habría que tener en cuenta los gastos de personal encargados de la gestión y control de la IT tanto por el INSS, por el SPS o por las MCSS y los gastos derivados de los Convenios de Colaboración para la Gestión de la IT

entre el INSS, las CCAA e INGESA. Dicho importe ha sido de 1.257 millones de euros para el período 2017-2020⁽¹²⁴⁾.

Existen otros gastos económicos que casi nunca se contabilizan al hablar del gasto en IT, que son los costes sanitarios, asumidos por el SPS o bien por los propios medios de los que disponen las mutuas⁽¹²⁵⁾. Y no olvidemos los gastos económicos que repercuten en el propio trabajador, como gasto farmacéutico (el trabajador tiene que abonar en muchos casos un 50%, salvo en las contingencias profesionales que la financiación es del 100%) y otros gastos inherentes a su situación de enfermedad (desplazamientos a controles médicos y de inspección, necesidad de ayuda en tareas que no puede hacer o deja de hacer por la enfermedad o accidente, alimentaciones especiales no financiadas, etc)⁽¹²⁵⁾.

En el informe de la Seguridad Social de gastos consolidados por IT en 2019, el gasto fue de 9.653,12 millones de euros. Por contingencias comunes ascendió a 8.475,38, por contingencias profesionales a 1.100,68 y compensación por colaboración de las empresas, fue 77,06 millones⁽¹²⁶⁾.

El gasto relacionado con la incapacidad es mayor que el gasto en desempleo en la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)⁽¹²⁷⁾, si bien en estas estadísticas se incluyen también los gastos derivados de las pensiones por incapacidad, no solo la incapacidad temporal. España es uno de los países de la OCDE que más porcentaje de su PIB destina a este capítulo de prestaciones sociales. Así en el período 2015-2019, la media en los países de la OCDE se situó en un 2%; España destinó un 2,4 % de su PIB, similar a Nueva Zelanda (2,4%) y Luxemburgo (2,5%). Destacan en el límite inferior países como México (0% en 2019), Colombia o Costa Rica (0,1%) y Estados Unidos (1%) y en el límite superior Dinamarca (4,9%) y Noruega (4,4%)⁽¹²⁸⁾.

En todos los países se observa un gasto creciente en IT en los últimos decenios, a pesar de las reformas en su gestión realizadas en muchos de ellos. Entre las causas que determinan este aumento del gasto

influye desde el aumento de los salarios a nivel global y el aumento de la incidencia de la IT en todos los países, condicionada por el envejecimiento del mercado de trabajo, con un aumento, por tanto de la prevalencia de enfermedades potencialmente incapacitantes, el consiguiente aumento de enfermedades crónicas en toda la población, con mejora en los tratamientos que si bien evitan mortalidades tempranas, pueden condicionar una pérdida de la calidad de vida. También influyen en el aumento de la incidencia y prevalencia de la IT, factores psicológicos y culturales en torno a una cultura del ocio, con menor dependencia del trabajo^(129,130).

3.4. INCAPACIDAD TEMPORAL EN LA UNIÓN EUROPEA

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 2015, ya establecía que la licencia por enfermedad, la remuneración por enfermedad de los empleadores y los regímenes de prestaciones por enfermedad son instrumentos clave de protección social para *“reemplazar la pérdida de ingresos durante los períodos de mala salud. Las prestaciones por enfermedad y las licencias por enfermedad son cruciales para hacer frente al deterioro de la salud, la pobreza relacionada con la salud y la pérdida de productividad”*⁽¹³¹⁾.

A nivel internacional, la licencia por enfermedad con una prestación por enfermedad adecuada está consagrada en el Convenio sobre la Seguridad Social; el Convenio de la OIT sobre la "Atención médica y prestaciones por enfermedad" de la OIT que hace hincapié en las normas de prestaciones; el "Programa de Trabajo Decente" de la OIT; la "Iniciativa Básica de Protección Social" dirigida por la OIT y la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹³²⁾; la Declaración Universal de Derechos Humanos⁽³²⁾; y, por último, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ⁽¹³³⁾.

A nivel europeo, el derecho a la atención sanitaria y a la protección social durante la enfermedad está consagrado en la Carta de los Derechos Fundamentales de la UE (2000)⁽¹³⁴⁾, cuyo artículo 35 dice que *“Toda persona tiene derecho a acceder a la atención sanitaria preventiva y al derecho a beneficiarse del tratamiento médico en las condiciones establecidas por la legislación y las prácticas nacionales. Se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana en la definición y aplicación de todas las políticas y actividades de la Unión”* y el artículo 34 *“La Unión reconoce y respeta el derecho a la Seguridad Social... en el caso de la enfermedad”*. En el artículo 151 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea⁽¹³⁵⁾ establece que la Unión y los Estados miembros tendrán entre otros objetivos, una protección social adecuada.

3.4.1. Enfermedad común y accidente no laboral

Los Estados miembros de la UE han establecido varios regímenes de baja por enfermedad, de pago del salario por enfermedad y de prestaciones económicas por enfermedad. El **salario por enfermedad**, es el pago por tiempo limitado del salario (o parte) por el empleador durante un período de enfermedad. La **prestación por enfermedad** es proporcionada por el sistema de Seguridad Social y se paga como una tasa fija de los ingresos anteriores o una cantidad a tanto alzado ⁽¹³⁶⁾.

En casi todos los países hay diferencias entre tres grupos distintos de trabajadores: funcionarios, asalariados y autónomos. En muchos de estos grupos también hay diferencias entre si son trabajadores de cuello blanco o *white collar* (se considera así a los trabajadores de oficina, técnicos, administración y gestión, es decir, aquellos que suelen usar camisa blanca, suelen tener mayor carga intelectual y ocupan los puestos más altos y de más poder en la jerarquía de la empresa) o trabajadores de cuello azul o *blue collar* (trabajadores manuales y obreros, en los que la mayor carga es física, es decir, aquellos que normalmente usan un mono de trabajo, de ahí su nombre)⁽¹³⁷⁾. En algunos países, los funcionarios y los empleados de cuello blanco pueden tener derecho a períodos más largos de salario por enfermedad que los trabajadores de cuello azul y, a menudo, a una tasa de reemplazo del 100% durante la licencia por enfermedad. Por el contrario, los trabajadores de cuello azul normalmente tienen condiciones salariales por enfermedad menos favorables^(136,138,139).

Las condiciones de acceso a la prestación van a depender de si los trabajadores son por cuenta ajena (empleados), trabajan por cuenta propia o están desempleados⁽¹³⁶⁾.

Las tasas de reemplazo del salario por enfermedad, varían del 25% (Eslovaquia) al 100% (Bélgica y Finlandia). Las tasas de reemplazo de prestaciones por enfermedad oscilan entre el 50% y el 100% del salario bruto (o en algunos casos el neto).

En muchos países, la licencia por enfermedad y la prestación económica tienen la misma duración (Alemania, Bulgaria, Eslovaquia, Estonia, España, Francia, Croacia, Luxemburgo, Lituania, Malta, Portugal, República Checa y Suecia) con algunas excepciones dependiendo del tiempo trabajado. En otros, la duración de la licencia por enfermedad puede ser superior a la percepción de los beneficios económicos, es decir, los trabajadores pueden tomar licencia no remunerada (Bélgica, Grecia, República Checa, Irlanda, Italia, Letonia y Reino Unido). Esta última medida tiene por objeto evitar el despido del trabajador y suele establecerse, en los países en los que existe en el convenio colectivo, y debe ser justificada por un médico. No puede ser aplicada en los accidentes de trabajo^(136,138).

En unos pocos países la prestación por IT se extiende más allá del propio trabajador enfermo, ampliándose a toda la familia (Finlandia o Italia en el caso de IT por tuberculosis). También puede incluir a pensionistas trabajadores (Luxemburgo y Letonia), aprendices (Croacia, Irlanda, Italia) y estudiantes (Finlandia)⁽¹³⁶⁾.

En algunos países se establecen criterios de exclusión, aunque los trabajadores cumplan con los criterios necesarios de empleo y cotización. Generalmente esto ocurre en caso de que el propio trabajador sea el que supuestamente se perjudica su salud de forma voluntaria (alcoholismo, drogadicción) o en caso de delitos penales (Lituania, Letonia y Eslovaquia)⁽¹³⁶⁾.

Los Estados miembros pueden dividirse en dos grandes grupos con respecto al pago del salario por enfermedad. En el primer grupo el pago por enfermedad dura dos semanas. Por ejemplo, en Lituania los empleadores pagan solo los dos primeros días hábiles de la licencia por enfermedad. Del mismo modo en Bulgaria hay tres días pagados y en Rumanía, cinco. En la República Checa, Estonia, Hungría, Finlandia, Letonia, Eslovaquia, España y Suecia, el salario por enfermedad (por el empleador) dura entre 8 y 15 días. El segundo grupo de países proporciona pagos mucho más largos: más de un mes en Austria (6 a 12 semanas), Croacia (42 semanas), Italia (máximo 180 días), Luxemburgo (77 días), Polonia (33 días), Países

Bajos (104 días) y Reino Unido (28 semanas). En algunos países puede durar mucho más dependiendo de los convenios colectivos. Por ejemplo, en Finlandia la ley obliga al empleador a pagar 9 días, pero en los convenios colectivos firmados, en el caso de muchos trabajadores de cuello azul, puede llegar hasta un mes y en los de cuello blanco y funcionarios, incluso hasta 3 meses^(136,138,140).

La duración máxima legal de las prestaciones económicas por enfermedad varía ampliamente entre los países: desde 22 semanas en un plazo de 9 meses en Dinamarca a 3 años en Portugal. Eslovenia y Bulgaria son los únicos países en los que se puede proporcionar prestaciones económicas durante un tiempo ilimitado. En Eslovenia, los médicos especialmente designados para la tarea y la comisión médica del Instituto de Seguros Sociales de Salud son responsables de establecer la duración de la prestación por enfermedad. Del mismo modo, en Bulgaria la prestación se paga hasta la recuperación de la capacidad de trabajo o el establecimiento de la invalidez. La duración de la prestación por enfermedad puede depender también del período de cotizaciones sociales pagadas (Grecia e Irlanda, por ejemplo), el tipo de enfermedad (por ejemplo, duración ilimitada para la tuberculosis en Irlanda y Portugal) y de la frecuencia de la misma enfermedad (Alemania). Por ejemplo, en Croacia, después de 12 meses en función de la prestación por enfermedad, el beneficiario debe presentar una solicitud de pensión por invalidez, cuyo derecho está certificado dentro de los 60 días siguientes. Si la invalidez no ha sido certificada entonces el trabajador continúa percibiendo la prestación por enfermedad hasta la recuperación. Sin embargo, si después de 18 meses el trabajador sigue incapacitado con el mismo diagnóstico y sin interrupción, el monto a percibir se reduce a la mitad^(136,138,140).

3.4.2. Accidente de trabajo y enfermedad profesional

En el caso de contingencias profesionales existen una serie de características comunes, siendo una prestación más homogénea en toda la UE, sobre todo en el caso del accidente de trabajo⁽¹³⁶⁾.

Las principales características son⁽¹¹⁷⁾: protección no condicionada a un período de carencia previo; cálculo de las prestaciones sobre bases reguladoras más elevadas -salario real en cómputo anual, incluidas las horas extraordinarias-; alta de pleno derecho y principio de automaticidad absoluta; indemnizaciones específicas en los casos de muerte y supervivencia; reglas especiales en materia de cotización (el empresario asume la totalidad de la cotización, se cotiza sobre una base de cotización distinta que incluye horas extraordinarias, y con tarifa de primas específicas en función de la peligrosidad de la actividad) y el aseguramiento, que en muchos países se realiza con entidades diferentes a la Administración General del Estado.

En la Enfermedad Profesional se encuentran más diferencias. La Recomendación 2003/670/CE de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales⁽¹⁴¹⁾ insta a los Estados miembros a garantizar la declaración de todos los casos de EP y de esta forma asegurar la protección de los trabajadores. En esta Recomendación se establecen para las EP declaradas, las oportunas medidas de indemnización y de prevención, así como procedimientos de control eficaces que estén en coordinación con el sistema sanitario. Se aboga por un sistema de reconocimiento de lista, por la que se atribuye la consideración de EP a toda aquella recogida en una lista, que recoge además las sustancias y ámbitos profesionales o sectores en que está presente, vinculando todos esos elementos^(117,141).

En el marco comunitario existe un problema relativo a la libre circulación de trabajadores en la UE y la diferente calificación de las enfermedades profesionales por los Estados miembros, ya que por

ejemplo hay dolencias que son reconocidas en España como enfermedad profesional y en otros países miembros no. Esta situación no ha sido resuelta por la Recomendación Europea, y es una dificultad que viene presentando problemas desde hace ya muchos años. Entre los modelos explicados para la elaboración del listado de enfermedades profesionales, cada Estado miembro elige el que mejor se adapta a sus necesidades siendo el sistema mixto el que más seguidores tiene entre los países europeos (Francia, Bélgica, Portugal, Francia, Italia, Suecia y Dinamarca)⁽¹¹⁷⁾.

En España se optó por establecer un sistema de lista cerrada en el que aparecen tasados los agentes, sustancias y actividades que pueden provocar una enfermedad profesional, como anteriormente ya se ha descrito⁽¹¹²⁾.

3.5. PRINCIPALES FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Se han identificado diversos factores que intervienen en la IT de los cuales, algunos contribuyen a su aparición (factores de riesgo de la IT) y otros a su duración (factores pronósticos)⁽¹⁴²⁾. No existe un solo factor determinante de la IT, sino que son muchos los factores que influyen en la misma^(33,142,143).

Este tema ha adquirido gran importancia en los dos últimos decenios y ha sido objeto de investigación exhaustiva tanto a nivel nacional, como internacional, tratando de encontrar una relación de causalidad, no siempre demostrable⁽¹⁴⁴⁾.

No todos los factores tienen el mismo peso y en general, son diferentes los factores que influyen en las incapacidades temporales de corta duración, a los que intervienen en las de larga duración⁽¹⁴⁵⁻¹⁴⁷⁾.

Es difícil establecer una definición de IT de larga duración, puesto que no existe consenso en la literatura internacional. En el estudio Whitehall II de los funcionarios británicos y en muchos estudios finlandeses se considera como tal a la IT de duración superior a 7 días; en el estudio francés GAZEL, es la de duración superior a 28 días; en varios estudios daneses, cuando su duración es superior a 8 semanas; en los estudios suecos hay distintas consideraciones, desde los que su duración es mayor a 3 semanas, a 56 días o a 60 días. En muchos otros estudios, la que su duración es mayor a 90 días⁽¹⁴⁶⁾. En España, en algunas investigaciones, se ha definido la IT de larga duración como aquella que supera en 2 veces el tiempo estándar o tiempo óptimo, según el consenso establecido por el INSS, siguiendo el criterio de los expertos en cada patología⁽¹⁴⁷⁾.

A pesar de estos problemas metodológicos, se ha visto que las incapacidades temporales de corta duración son más frecuentes en

trabajos precarios y están más relacionados con las condiciones de trabajo, que los largos períodos de IT que sí están relacionados con verdaderos problemas de mala salud^(148,149).

A continuación, se realiza una descripción más detallada de estos factores, muchos de los cuales pueden ser tanto factores de riesgo, como factores pronósticos. Con fines didácticos se dividen en factores relacionados con la salud, factores individuales, factores laborales y factores socioeconómicos.

3.5.1. Factores relacionados con la salud

Aquí se incluyen la alteración de la salud (enfermedad o accidente) que padece el trabajador. También los períodos previos de IT, que influyen tanto en la recurrencia de la IT, en la duración de esta y en la generación de incapacidad permanente, así como la existencia de otras enfermedades crónicas previas y/o comorbilidades en el trabajador.

Enfermedades y accidentes

En España, según el estudio descriptivo realizado en 2018, la principal causa de incidencia de IT corresponde a la gripe, resfriado común y gastroenteritis⁽²⁾, es decir a las llamadas enfermedades transmisibles. Sin embargo, la mayor prevalencia, los mayores tiempos medios de duración de la IT y las enfermedades que producen mayor carga global, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) corresponden al grupo de las llamadas enfermedades no transmisibles⁽¹⁵⁰⁾.

En general, las enfermedades no transmisibles, constituyen la primera causa de mortalidad y morbilidad en todo el mundo y la principal causa de pérdida de productividad en la población adulta. Además, es previsible un aumento de estas enfermedades en los próximos años⁽¹⁵¹⁾.

Se ha usado este indicador para establecer el ranking de las principales enfermedades no transmisibles en España, puesto que los AVAD se consideran a día de hoy, uno de los principales indicadores de salud pública⁽¹⁵²⁾. El AVAD es un indicador doble, formado por la suma de otros dos indicadores: años de vida perdidos (AVP) + años vividos con discapacidad (AVD). El resultado que arroja este cálculo, nos dice cuántos años de buena salud pierde la sociedad debido a una enfermedad⁽¹⁵²⁾. Aunque exactamente los AVAD no se ajustan a las principales causas de IT en España, en muchos casos sí y por ello se hace este análisis, basado en los datos obtenidos y publicados por el Institute for Health Metrics and Evaluation⁽¹⁵³⁾.

Esta clasificación se ha completado, con algunas de las patologías más incidentes y con mayor prevalencia como causa de IT en nuestro país, tomando como referencia el análisis previo realizado en 2018⁽²⁾.

El ranking de las enfermedades y lesiones que mayor número de AVAD generó en España en 2019, se expone en la Ilustración 17.

Ilustración 17. Principales enfermedades y lesiones generadoras de AVAD en España.



Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Institute for Health Metrics and Evaluation⁽¹⁵³⁾.

Trastornos mentales

Curiosamente en España en 2019, los trastornos depresivos se sitúan en la primera posición del ranking de AVAD, lo cual no ocurre en la mayoría de los países de nuestro entorno. Generalmente el primer puesto lo ocupa la cardiopatía isquémica (Argentina, Grecia, Chile) o el dolor en la parte inferior de la espalda (Portugal, Italia e Israel), que en España ocupan la 3ª y 2ª posición respectivamente⁽¹⁵³⁾.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud en 2017 (ENSE 2017)⁽¹⁵⁴⁾, más de una de cada diez personas de 15 y más años refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental (10,8%). Las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres, 14,1% frente a 7,2%. El 6,7% de los adultos refiere ansiedad crónica, 9,1% de las mujeres y 4,3% de los hombres. La depresión se declara en la misma proporción que la ansiedad (6,7%), y es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%). La prevalencia de depresión es 2,5 veces más frecuente entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,9%) que en quienes trabajan (3,1%), y alcanza el 30% entre las personas incapacitadas para trabajar. El 3,8% de la población refiere una limitación para las actividades de la vida cotidiana debida a un problema de salud mental. Las diferencias por sexo en la discapacidad percibida son menores que en los otros indicadores (la declara el 3,3% de los hombres y el 4,3% de las mujeres⁽¹⁵⁵⁾).

En 2014, la Encuesta Europea de Salud en España incluyó por primera vez el cuestionario PHQ-8 (Brief Patient Health Questionnaire Depression Module), para valorar la presencia de sintomatología depresiva y la prevalencia de cuadros depresivos en la población de 15 y más años. Al valorar con el PHQ-8 la prevalencia de cuadros depresivos activos, el 3,5% presentó un cuadro depresivo mayor, y el 3,8% otros cuadros depresivos (total = 7,4%, vs. 6,7% de prevalencia en la ENSE). El PHQ-8 valora además la presencia y severidad de sintomatología depresiva: más del 15% de la población de 15 y más

años presentó sintomatología de distinta gravedad, el 12,7% leve o moderada, y otro 2,9% grave o moderadamente grave. La sintomatología depresiva fue casi el doble en mujeres (1/5) que en hombres (1/10) en todos sus grados de severidad, aunque esta relación no fue constante en todos los grupos de edad. En todos sus grados aumentaba con la edad. La sintomatología depresiva presentó un claro gradiente por clase social (más frecuente en clases sociales desfavorecidas), mucho más marcado en mujeres que en hombres, a expensas principalmente de la sintomatología leve o moderada⁽¹⁵⁴⁾.

Las personas incapacitadas para trabajar padecen depresión con una frecuencia diez veces mayor (30,1%) que las que están trabajando (3,1%) y la diferencia también es grande en el caso de la ansiedad crónica (27,4% vs. 4,4%). Por otra parte, quienes se encontraban en situación de desempleo refirieron una prevalencia dos veces mayor que quienes estaban trabajando (7,9% vs. 3,1% en el caso de la depresión y 9,4% vs. 4,4% en el caso de la ansiedad crónica)⁽¹⁵⁴⁾.

En otros estudios realizados en nuestro país recogen las variables que más influyen en la prevalencia de los trastornos mentales: ser mujer, estar separado o divorciado, ser inmigrante procedente de un país en vías de desarrollo, tener peores condiciones socioeconómicas, tener poco apoyo social (hombres OR 3,6; mujeres OR 3,3), estar desempleado o en baja laboral, tener enfermedades crónicas, estar limitado/a en la realización de actividades cotidianas en función de un problema de salud (hombres OR 7,5; mujeres OR 7,1)⁽¹⁵⁶⁾.

La depresión es además de importante causa de IT, una de las enfermedades que genera mayor riesgo de presentismo⁽¹⁵⁷⁾, siendo una de las principales causas de absentismo en los trabajadores de la salud⁽¹⁵⁸⁾.

De igual forma, tanto el trastorno adaptativo, como los trastornos por ansiedad son una importante causa de IT, en muchos casos, de largas IT y de recurrencia de la IT^(159,160)

Trastornos musculoesqueléticos (TME)

Las patologías osteomusculares asociadas al trabajo son procesos descritos desde hace siglos, ya que están íntimamente relacionadas con la actividad física. En las últimas décadas los TME se encuentran entre los problemas más importantes de salud en el trabajo, tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, constituyendo en el momento actual el problema más común en España y Europa⁽¹⁶¹⁾.

En España, según los datos obtenidos por la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo⁽¹⁶²⁾ un 84% de los trabajadores encuestados señala que está expuesto, «siempre o casi siempre» o «a menudo», a algún aspecto relacionado con las demandas físicas de su puesto de trabajo, y el 77.5% refiere alguna molestia relacionada con posturas y esfuerzos derivados del trabajo que realizan. Entre las molestias más frecuentes figuran el dolor de espalda (50.3%), dolor de nuca y cuello (32%) y dolor de hombros brazos codos y muñecas (26.6%). Los factores de riesgo con los que se relacionan los trastornos TME son: las posturas forzadas (35.8%), la manipulación manual de cargas (23%) y el trabajo realizando movimientos repetitivos (59%). Estos factores de riesgo tienen una relación causal demostrada en la prevalencia e incidencia de enfermedades profesionales relacionadas con el aparato osteomuscular⁽¹⁶¹⁾.

Según un análisis reciente de los datos relativos a la carga mundial de morbilidad, aproximadamente 1710 millones de personas en todo el mundo tienen trastornos musculoesqueléticos. Aunque la prevalencia de trastornos musculoesqueléticos varía según la edad y el diagnóstico, estos afectan a personas de todas las edades en todo el mundo. Los países de ingresos altos son los más afectados en cuanto al número de personas: 441 millones, seguidos de los países de la Región del Pacífico Occidental de la OMS, con 427 millones, y la Región de Asia Sudoriental, con 369 millones. Los trastornos

musculoesqueléticos son también los que más contribuyen a los años vividos con discapacidad (AVD) en todo el mundo, ya que representan aproximadamente 149 millones de AVD, lo que equivale al 17% de todos los AVD a nivel mundial⁽¹⁶³⁾.

El dolor lumbar es el principal factor que contribuye a la carga general de trastornos musculoesqueléticos. Otros factores que contribuyen a la carga general de trastornos musculoesqueléticos son las fracturas (436 millones de personas en todo el mundo), artrosis (343 millones), otros traumatismos (305 millones), dolor de cuello (222 millones), amputaciones (175 millones) y artritis reumatoide (14 millones)⁽¹⁶³⁾.

También el dolor lumbar o dolor en la parte inferior de la espalda es la patología musculoesquelética que mayores cifras de incidencia y prevalencia presenta en España en relación con la incapacidad temporal tanto por contingencias comunes, como por contingencias profesionales^(2,164,165), seguidas de dolor cervical, patología del hombro, osteoartrosis y patología tendinosa^(166,167).

Además se ha comprobado que los trabajadores que generan IT por estas patologías, en un alto porcentaje hay recurrencia de IT por la misma patología al año siguiente⁽¹⁶⁸⁾, por lo que es importante conocer también los factores pronósticos⁽¹⁶⁹⁾, tanto en la recurrencia de la IT por causas musculoesqueléticas, como aquellos que influyen en la generación de bajas de larga duración^(164,170).

La edad y la persistencia de patología, así como la existencias de otras comorbilidades son las principales variables que influyen en la duración de la IT por dolor lumbar⁽¹⁷⁰⁻¹⁷²⁾.

Se han establecido hasta modelos predictivos para la recurrencia de la IT por dolor lumbar, para la discapacidad y para la duración de la IT⁽¹⁷³⁻¹⁷⁵⁾. Las principales variables que se han analizado y que se ha comprobado que tienen mayor influencia son: nivel ocupacional, episodios de IT por el mismo motivo en los 365 días anteriores, la edad, la duración de la IT previa y la coexistencia de otras patologías. En general, estos modelos, son más eficaces en discriminar las

Incapacidades temporales con duración superior a 365 días, que otras con duración inferior (180 días, 90 días).

Se ha comprobado que es muy frecuente la asociación de trastornos musculoesqueléticos, con trastornos mentales y que estos aumentan la duración de la IT^(176–179).

Cardiopatía isquémica

Como anteriormente se ha descrito la cardiopatía isquémica es en muchos países la principal causa de morbimortalidad en ENT. En España, es la primera causa de mortalidad y ocupa el tercer puesto en cuanto a el ranking en AVAD. A pesar de su importancia son pocos los estudios a nivel nacional que tratan esta enfermedad en relación con la incapacidad laboral. Destacan los estudios de García en 2011⁽¹⁸⁰⁾ y Catalá en 2017⁽¹⁸¹⁾.

La edad media más frecuente es entre los 45-60 años, con mayor predominio en varones. Lo más frecuente es el síndrome coronario agudo o infarto (75%), seguido del ángor de esfuerzo (24%). En general suele haber una sola arteria coronaria afectada. El tratamiento más habitual es la revascularización percutánea, frente a la cirugía cardíaca (bypass). En más del 80% de los casos se trata de una enfermedad común. Con respecto al daño miocárdico causado, la mayoría de los pacientes tiene, después del infarto, una función sistólica conservada (85,2% tenían FEVI>50% frente a un 14,8% con FEVI <50%)⁽¹⁸⁰⁾.

La tasa de reincorporación laboral se asocia de forma estadísticamente significativa con la edad (cuanto mayor es la edad del trabajador menor es la probabilidad de reincorporación) y con las siguientes variables clínicas: la extensión del daño miocárdico (FEVI >50%/<50%) a mayor daño menor probabilidad de reincorporación (78,7% vs 54,2%), con el procedimiento de revascularización: se reincorporan más los pacientes sometidos a revascularización percutánea (76,1% para ICP vs 64,1% para bypass), con el número

de arterias coronarias obstruidas: se reincorpora el 76,9% de los pacientes con <3 coronarias obstruidas frente al 60,3% de pacientes con >3 arterias afectas. Sin embargo, no se encuentran diferencias significativas con respecto al diagnóstico: se reincorpora el 74,7% de los pacientes que causan baja por infarto de miocardio y el 73,5% de los que causan baja por angina de esfuerzo. Tampoco se encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo (se reincorporan el 74,4% de los hombres y el 78,2% de las mujeres). Se reincorporan más los que han sido calificados como enfermedad común, frente a los que son calificados como accidente laboral. También se reincorporan más los trabajadores autónomos, que los que trabajan por cuenta ajena. Los pacientes cuya actividad laboral requiere una mayor carga física y/o menor carga intelectual (trabajo manual) se reincorporan en menor proporción que los trabajadores con cargos directivos o actividad profesional (trabajo intelectual) (69,6% vs. 83,6%). En cuanto a la ocupación profesional se reincorpora el 64,7% de trabajadores de la construcción, el 55,8% de agricultores, un 68,5% de industria, el 75,8% de servicios, el 86,4% de administrativos y tasas del 92,3% y 86,7% para profesionales y cargos directivos respectivamente. Respecto a la edad, a mayor edad, menor reincorporación laboral (sobre todo a partir de 50 años)⁽¹⁸⁰⁾.

Enfermedades neurológicas

Son la 4ª causa de AVAD en España. Entre ellas, las que mayor carga global producen son: la enfermedad de Alzheimer (EA), la migraña y la esclerosis múltiple (EM)⁽¹⁸²⁾.

En España, la migraña afecta a más de 3,5 millones de personas de forma ocasional y a casi 1 millón de forma crónica⁽¹⁸³⁾, su prevalencia es del 12-13% y, dentro de ella, el 80% son mujeres, sobre todo entre el intervalo de edad que va desde los 20 hasta los 40 años⁽¹⁸⁴⁾.

La enfermedad de Alzheimer afecta a unas 800.000 personas en España, pero muchas de ellas no están ya en edad laboral (> 60 años y el 40% mayores de 90 años)⁽¹⁸⁵⁾.

La esclerosis múltiple es la enfermedad neurológica no traumática más discapacitante en jóvenes. Su incidencia va en aumento situándose actualmente en 80-180 casos/100.000 habitantes. Está afectando a más mujeres y en la forma recurrente⁽¹⁸⁶⁾.

La migraña es una de las principales causas de pérdida de productividad a nivel mundial⁽¹⁸²⁾. Si una persona padece migraña 15 o más días al mes, el tipo de migraña que sufre es crónica. Este tipo de migraña se caracteriza por ser altamente incapacitante. Si, por el contrario, se sufre migraña menos de 15 días al mes, el tipo de migraña es episódica. La incidencia de transformación de una migraña episódica a una crónica es de aproximadamente un 3% al año⁽¹⁸⁴⁾. Se estima que aproximadamente por cada jornada perdida por causa de esta enfermedad, los trabajadores desempeñan de 3 a 4 jornadas, realizando su actividad laboral, pero con las facultades mermadas (presentismo)⁽¹⁸⁷⁾. Los factores que más influyen en esta enfermedad, en relación con su trabajo, es la intensidad y duración de los síntomas, la especificidad de las tareas que tenga que desempeñar y las condiciones de trabajo (luces parpadeantes, ambiente ruidoso..., que desencadena las crisis)⁽¹⁸⁸⁾.

Según la Confederación Española de Alzheimer, España es el tercer país del mundo con mayor prevalencia de esta demencia, que afecta a uno de cada cuatro hogares en nuestro país⁽¹⁸²⁾. Está muy ligada al envejecimiento, siendo el envejecimiento el principal factor de riesgo. Si no tuviéramos en cuenta el envejecimiento de la sociedad española, actualmente hay menos casos de enfermedad de Alzheimer que hace 30 o 40 años, fundamentalmente por la mejora de los factores de riesgo (mejor control de diabetes mellitus, tabaquismo, ejercicio...)⁽¹⁸⁵⁾. Pero teniendo en cuenta que para 2050 se espera a nivel mundial que más de 2.100 millones de personas mayores de 60 años se encuentren trabajando, es esperable que la productividad se vea cada vez más afectada por esta enfermedad⁽¹⁸⁸⁾. Por ello, cada vez es más necesario el diagnóstico precoz y el control de los factores de riesgo, ya que la enfermedad de Alzheimer en fases precoces es controlable con medicación y medidas de rehabilitación neurocognitiva⁽¹⁸⁵⁾.

La tercera enfermedad neurológica que causa mayor cantidad de AVAD es la esclerosis múltiple que tras los accidentes de tráfico, se considera la principal causa de discapacidad en jóvenes⁽¹⁸²⁾. Los datos de la Sociedad Española de Neurología evidencian que el 70% de los nuevos casos de esclerosis múltiple que se detectan cada año corresponden a personas de entre 20 y 40 años y, por cada hombre afectado, hay dos mujeres. Esta enfermedad afecta notablemente en la vida productiva de las personas ya que, según afirma la Federación Internacional de EM, el 50% de los afectados sigue trabajando después de 10 años del diagnóstico. Asimismo, el *Informe trabajEMos* realizado por la Fundación Esclerosis Múltiple, evidencia que tres cuartas partes de las personas afectadas por esta patología afirman que la enfermedad afecta a su trabajo. No obstante, realizar algunos ajustes en el lugar del trabajo puede garantizar que las personas con EM puedan mantener su ocupación: garantizar el horario flexible y dar libertad para ir a las visitas médicas cuando sea conveniente, realizar pautas regulares y tareas variadas, adaptar el espacio de trabajo y evitar aquellos lugares especialmente calurosos⁽¹⁸⁹⁾.

Neoplasias

Aunque el cáncer de pulmón se considera la 4ª causa de AVAD en España y el cáncer de mama la 8ª, se van a analizar todas las neoplasias juntas ya que su importancia con respecto a la IT es cada día más relevante.

El cáncer sigue constituyendo una de las principales causas de morbimortalidad del mundo. De acuerdo con los últimos datos disponibles estimados dentro del proyecto GLOBOCAN, el número de tumores continúa creciendo, habiendo aumentado desde los 14 millones de casos en el mundo estimados en el año 2012 a los 18,1 millones en 2018. Las estimaciones poblacionales indican que el número de casos nuevos aumentará en las dos próximas décadas, alcanzando los 29,5 millones en 2040⁽¹⁹⁰⁾.

En España los nuevos casos de cáncer han seguido un aumento progresivo durante los últimos años. En 2019, concretamente, aparecieron 275.562 casos nuevos según cifras de la Asociación Española contra el Cáncer. Supusieron un 2,15 más respecto a 2017. La probabilidad de tener un cáncer aumenta con la edad. Así varía desde el 1% de probabilidad, hasta aproximadamente un 15% en el tramo de 60-65 años en ambos sexos. A partir de esta edad el aumento es exponencial, siendo más significativo en el hombre que en la mujer. El 40% de incidencia del cáncer ocurre en edad laboral⁽¹⁹¹⁾

El tipo de cáncer más frecuente en España es el colorrectal para ambos sexos, seguido por el de mama en la mujer y próstata en el hombre. El 4º tipo de cáncer en incidencia es el de pulmón⁽¹⁹¹⁾.

En los últimos 20 años, la mortalidad por cáncer en Europa ha disminuido de manera muy significativa. Desde 1989, se han evitado 5.290.000 muertes por cáncer. Las tasas de supervivencia a 5 años para los tipos de cáncer más comunes en Europa, mama, próstata, colorrectal y pulmón, ha aumentado entre 1995 y 2014 en todos los países analizados. También destaca el hecho de que en 2018 tres de cada cinco casos de incidencia (61%) y tres de cada cuatro casos de mortalidad (76%) ocurrieron en personas de 65 años o más^(190,192).

Se espera que algún día el cáncer se convierta en una de las principales causas de incapacidad temporal en los países europeos, a la vez que disminuye la discapacidad o incapacidad permanente por cáncer, debido a los avances médicos en el diagnóstico y tratamiento del mismo, con disminución de la mortalidad y de las secuelas⁽¹⁹⁰⁾.

Las últimas recomendaciones de los expertos para conseguir el retorno de los trabajadores que han tenido o tienen cáncer, incluso con tratamiento activo, se centran en valorar bien, qué se entiende por retorno al trabajo y debe realizarse una valoración multidimensional que incluya a psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionales y también implicar al empresario. No todos los tipos de cáncer tienen la misma posibilidad de retorno al trabajo en buenas condiciones. Así se ha comprobado que tienen más dificultades para volver al trabajo los pacientes que han padecido un cáncer de mama con mastectomía,

neoplasia gastrointestinal, cáncer nasofaríngeo y cáncer ginecológico, en comparación con los sobrevivientes de cáncer hematológico, de próstata y testicular, cuyas cifras de retorno al trabajo son más elevadas⁽¹⁹³⁾.

En España, en las Guías de Actuación de Valoración de la Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria⁽⁹⁾ se recomienda valorar el pronóstico, estadio y secuelas derivadas de los tratamientos en el mantenimiento de la IT. Si tiene mal pronóstico o secuelas muy incapacitantes, con afectación ganglionar o metastásica, se propone valoración de incapacidad permanente.

Diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades más prevalentes a nivel mundial ya que afecta a 463 millones de personas en todo el mundo.

El estudio **di@bet.es** publicado en 2020 ha estimado la incidencia de diabetes, ajustada por edad, sexo y forma de detección de la diabetes, en 11,6 casos/1.000 personas-año. En base al censo de población española, esto significa que cada año aparecen alrededor de 386.000 nuevos casos de diabetes en la población adulta. La incidencia de diabetes conocida se ha estimado en 3.7 casos/1000 persona-año y la incidencia de diabetes no conocida, e identificada en el estudio, es de 7.9 casos/1000 personas-año. Los principales factores de riesgo que se han identificado asociados al desarrollo de diabetes son la presencia de prediabetes en el estudio basal de prevalencia, la edad, el sexo masculino, la obesidad, la obesidad central, el incremento de peso y la historia familiar de diabetes⁽¹⁹⁴⁾.

Hasta ahora no se ha encontrado evidencia científica de acciones para poder prevenir la DM tipo 1, pero sí, para la prevención de la DM tipo 2⁽¹⁹⁵⁾.

Las principales complicaciones de la DM y las comorbilidades existentes, son la principal causa de incapacidad laboral y discapacidad debida a DM en el mundo. En nuestro país, se ha comprobado que la incapacidad laboral relacionada con la diabetes está en función de la profesión desempeñada por el trabajador. En las profesiones de alta exigencia visual (“científicas” y “administrativas”) la calificación de incapacidad permanente, se produce sobre todo en casos de oftalmopatía diabética, mientras que entre las profesiones de mayor esfuerzo físico (“trabajos de industria y construcción” y “otros trabajos no cualificados”) con incapacidad permanente, la causa más frecuente es la coronariopatía⁽¹⁹⁶⁾.

En el caso de la DM, habrá que valorar siempre las circunstancias laborales acompañantes, que en ocasiones pueden agravar la enfermedad⁽⁴⁾, tales como el trabajo a turnos, el trabajo a destajo, las temperaturas extremas y el uso de calzado o ropa inadecuados.

En estudios clásicos, como el de GAZEL de la cohorte francesa, se ha comprobado que la DM aumenta la duración de la IT en los pacientes que tienen dicha enfermedad, frente a los que no la tienen, aunque la IT sea por otra causa⁽¹⁹⁷⁾.

Las complicaciones agudas de la diabetes podrán causar periodos más o menos largos de IT, y es raro que, por sí mismas, sean causa de una IP. Sin embargo, las complicaciones crónicas, macro o microvasculares, suelen ser de mayor gravedad, y pueden precisar periodos prolongados de IT o incluso, según su evolución, ocasionar una situación de IP, pues suelen ser de carácter irreversible⁽⁴⁾.

En nuestra legislación, existen una serie de trabajos tradicionalmente limitados de forma específica para los sujetos con diabetes o que requieren que el trabajador se someta a controles concretos y revisiones periódicas, como son: conducción profesional (camiones, autobuses públicos, etc.), personal de líneas aéreas-aviones, personal de trenes de la Red Nacional de Ferrocarriles Españoles, trabajos relacionados con la utilización profesional de armas, trabajos con riesgo de caídas desde grandes alturas, pesca de altura, etc⁽⁴⁾.

Caídas

Ya se ha hablado en el apartado correspondiente de los accidentes de trabajo, por lo que estos no van a ser tratados en este apartado. Sin embargo, existen otros muchos accidentes, no relacionados con el trabajo, sobre todo las caídas desde la misma o diferente altura que provocan gran cantidad de AVAD y pueden ser causa de IT si el paciente se encuentra en edad laboral⁽¹⁶³⁾.

Los que mayor repercusión tienen son los traumatismos craneoencefálicos (TCE), tanto por su frecuencia, como por la posibilidad de secuelas. Se estima que la incidencia de TCE a nivel mundial es alrededor de 200 personas por cada 100.000 habitantes, que por cada 250-300 TCE leves hay 15-20 moderados y 10-15 graves. La relación es 2:3 afectando más a los hombres, con una edad de máximo riesgo situada entre los 15 y los 30 años, por lo que se considera un problema de salud pública. La etiología más frecuente son los accidentes de tráfico (70%), seguidos de hechos violentos y/o caídas desde su propia altura dependiendo del área geográfica en el que se encuentre. En España, la incidencia no varía y de estos casos, el 70% tienen una buena recuperación, el 9% fallecen antes de llegar al hospital, el 6% lo hacen durante su estancia hospitalaria y el 15% quedan funcionalmente incapacitados en diferentes grados (moderados, graves o vegetativos)⁽¹⁹⁸⁾.

Lo que más efecto tiene para conseguir el mayor grado funcional posible y minimizar las secuelas es el tratamiento inmediato y posteriormente rehabilitación precoz y específica, tanto hospitalaria, como extrahospitalaria. Para conseguir el máximo de capacidad laboral, lo más eficaz es la realización de terapia ocupacional dirigida a las actividades que tiene que desempeñar laboralmente el paciente^(199,200).

Con respecto al resto de caídas, las que se produce con mayor frecuencia en las moderadas y graves, son fracturas a diferentes niveles y dependiendo del hueso afectado, tendrá mayores o menores repercusiones. A modo orientativo es muy útil el uso del Manual de

Tiempos Óptimos editado por el INSS⁽⁶¹⁾ y la Guía de Valoración de Incapacidad Laboral para Médicos de Atención Primaria⁽⁹⁾. En dicha Guía se indica que la valoración de una fractura depende del grado de severidad de esta, de si es articular o no, del tratamiento necesario para su consolidación (conservador o quirúrgico) y del tipo de trabajo que realice el paciente y si las actividades de su trabajo conllevan un uso habitual del hueso fracturado. Se considera que, si tarda más de 4 meses en la consolidación, nos encontramos ante un retraso de consolidación y más de 6 meses, sería pseudoartrosis. Los factores pronósticos que se deben valorar son: pseudoartrosis, consolidación deficitaria, consolidación retardada, infección (incluida la infección postoperatoria), síndrome compartimental y lesiones vasculares, formación ósea heterotópica, afección nerviosa, necrosis avascular y artrosis postraumática.

Ictus

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que tiene un gran impacto sanitario y social debido a una elevada incidencia y prevalencia, y a que constituye la primera causa de discapacidad adquirida a nivel mundial en el adulto y la segunda causa de demencia después de la enfermedad de Alzheimer. Supone una gran carga, no solo desde el punto de vista sanitario, sino también personal y familiar, por su impacto en la vida de las personas que lo sufren y en la de sus cuidadores⁽²⁰¹⁾.

Más del 80% de los casos de ictus se pueden prevenir controlando los factores de riesgo modificables. Los factores de riesgo modificables más importantes relacionados con el ictus son la hipertensión arterial (HTA), el consumo de tabaco o alcohol, la diabetes mellitus, la dieta, la inactividad física, la obesidad, la hipercolesterolemia, la fibrilación auricular (FA) y otras enfermedades cardíacas⁽²⁰¹⁾.

En 2019, la incidencia anual de ictus fue de 187,4 casos por cada 100.000 habitantes lo que supone un total de 71.780 nuevos casos considerando la población española de 18 años o más a 1 de enero

de 2018 (38.308.693 personas). Según datos de la ENSE 2017, se estima que la prevalencia de ictus en España es del 1,7%, lo que equivale a 661.512 personas⁽¹⁵⁵⁾. Dos de cada tres casos se producen en mayores de 65 años. Es más frecuente en varones, en menores de 75 años, pero a partir de esa edad, es más frecuente en mujeres, probablemente ligado a la mayor esperanza de vida de las mujeres en nuestro país⁽²⁰¹⁾.

La mayoría de los ictus en pacientes ≤ 55 años parecen relacionarse con una elevada prevalencia de factores de riesgo vascular clásicos y posiblemente de estrés psicosocial. En algunos estudios realizados en esta población de adultos jóvenes, se han encontrado las siguientes variables epidemiológicas: la incidencia fue del 13,3% (110 de 830 ictus); la mayoría de los pacientes tenía factores de riesgo vascular; el tabaquismo fue el más frecuente (56,4%), seguido de la hipertensión arterial (50%), dislipemia (42,7%), obesidad (33%), diabetes (18,2%) y cardiopatías embolígenas (12,7%); el 64,3% de las cardiopatías y el 51,1% de las dislipidemias se descubrieron durante el ingreso; el 57,2% de los pacientes presentaban estrés psicosocial en la etapa previa al ictus; el 83,6% de los ictus fueron isquémicos, el 12,7% hemorrágicos y el 3,6% trombosis de senos venosos; de los ictus isquémicos, el 30,4% fueron criptogénicos, el 23,9% lacunares, el 16,3% por causas infrecuentes, el 15,2% aterotrombóticos y el 14,1% cardioembólicos, el 78,6% de las hemorragias cerebrales fueron hipertensivas, el 23,3% de los ictus isquémicos recibieron tratamientos de reperfusión en fase aguda y se consiguieron niveles de independencia funcional a los 3 meses del 62,5%⁽²⁰²⁾.

En España, los AVAD en relación con el ictus ascienden a 461.645 lo que representa el 3,9% del total de AVAD por todas las causas. A nivel mundial, este porcentaje asciende al 5,2% del total de AVAD. Se prevé que los AVAD en relación con el ictus se incrementen un 35% en España entre 2015 y 2035, de forma similar al incremento que se prevé en la Unión Europea (32%)⁽²⁰¹⁾.

Un adecuado diagnóstico y tratamiento del ictus son variables fundamentales asociadas al coste generado por cada evento. La

implantación de un “equipo de ictus” en el hospital, con presencia de neurólogo de guardia y, especialmente, las Unidades de Ictus, son los recursos asistenciales más coste-efectivos para el ictus, pues mejoran significativamente los indicadores de calidad asistencial incluyendo la estancia media, la necesidad de ingreso hospitalario, la mortalidad hospitalaria, la readmisión hospitalaria temprana y la necesidad de institucionalización, lo que conllevaría una reducción del coste global del ictus⁽²⁰³⁾. El retraso en el inicio del tratamiento neuro-rehabilitador empeora el pronóstico funcional y la discapacidad de los pacientes y se asocia con una mayor tasa de institucionalización al alta, con porcentajes del 5,4% cuando el tratamiento se inicia en los 15 primeros días, y del 22,7% cuando se inicia más allá de 45 días tras el ictus^(204,205).

Se calcula que entre un 60-65% de los pacientes que han tenido un ictus, se incorporan al trabajo en los 365 días siguientes, la mayor parte en los primeros 3 meses. Los factores que influyen en el retorno al trabajo son el tipo de ictus, ya que los isquémicos tienen más posibilidades de volver al trabajo y además más pronto, que los hemorrágicos, que suelen ser más graves y con mayor repercusión funcional. La edad también es un factor decisivo, pues a mayor edad, menos posibilidades de reincorporación laboral. Se ha comprobado que los gerentes y los trabajadores con mayores responsabilidades se incorporan antes que otros trabajadores menos cualificados⁽²⁰⁶⁻²⁰⁸⁾.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la enfermedad respiratoria crónica más prevalente en el mundo y junto con el asma la causa principal de incapacidad permanente de causa respiratoria⁽²⁰⁹⁾.

El 11,8 % de la población mayor de 40 años en España padece EPOC. Las diferencias son significativas entre hombres y mujeres, con una prevalencia del 14,6 % y del 9,4 % respectivamente, según el estudio EPI-SCAN II. Además, el estudio muestra que el infra diagnóstico,

referido por el paciente, afecta al 74,7 %. En este estudio además se tienen datos desglosados por CCAA⁽²¹⁰⁾.

Hasta hace unos años, el principal parámetro que se utilizaba para valorar la capacidad laboral de un paciente con EPOC estaba basado en la espirometría, pero numerosos estudios han puesto en evidencia que el valor del FEV1 refleje realmente la gravedad o menoscabo pulmonar que presenta el paciente y ello repercute en su trabajo^(209,211,212).

Por ello las recomendaciones actuales, tanto por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, como por los inspectores médicos del INSS, deben tener en cuenta otras escalas y criterios, que conjuntamente son los que harán tener una mejor predicción de la capacidad laboral de un paciente diagnosticado de EPOC^(209,213).

En general, en España se utilizan dos escalas que son representativas de la gravedad de la EPOC y nos puede permitir realizar una adecuada valoración del pronóstico clínico y laboral de estos pacientes. Estas escalas serían:

- a) La iniciativa GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) basada en: los síntomas clínicos, mediante la escala mMRC (escala de disnea modificada del Medical Research Council) o el CAT (COPD Assessment Test), las exacerbaciones y el valor de la FEV1 (volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada)
- b) La del Grupo Español para el estudio de la EPOC (gesEPOC): tiene una serie de variaciones con respecto a la GOLD, entre ellas la consideración del fenotipo, además de la disnea, las agudizaciones y la espirometría⁽²⁰⁹⁾.

En otros estudios a nivel internacional, también se valoran factores psicológicos relacionados con el trabajo junto con las condiciones laborales y cómo influyen en el pronóstico de la IT y de la incapacidad permanente en los pacientes con EPOC. Entre ellos se consideran la carga física, el bajo control de la tarea, la satisfacción laboral, el

afrontamiento de la enfermedad y las quejas subjetivas y consideran que influyen más que el porcentaje de disminución del FEV1⁽²¹¹⁾.

Enfermedades infecciosas

Son las que mayor número de procesos de IT de corta duración generan en todos los países. En España las fundamentales son la gripe, resfriado común, gastroenteritis agudas y en 2020 la enfermedad por coronavirus.

La principal característica de estas enfermedades, antes de la pandemia por virus SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Síndrome Coronavirus 2*), es que son enfermedades que generan IT de corta duración, habitualmente sin secuelas, ni otras complicaciones sobreañadidas, de ahí que la carga global de enfermedad por estas patologías, sea mínima en los países occidentales⁽²¹⁴⁾.

Entre ellas destacan la gripe y el resfriado común y, desde 2020 toma protagonismo la COVID-19 (*Coronavirus disease*) debido a la pandemia y a las incapacidades temporales que ha generado, tanto en pacientes con dicha enfermedad, como en los contactos estrechos, aunque no tuvieran infección por el SARS-COV-2 o fueran asintomáticos. Como anteriormente se ha descrito esto ha supuesto un cambio en el concepto de IT en nuestro país (IT sin estar enfermo), además de la doble contingencia en muchos casos (AT para los efectos económicos y EC en los trabajadores que no sean sanitarios). Para el personal que trabaja en un centro sanitario o sociosanitario, que haya contraído el SARS-CoV-2 durante la prestación de su servicio a partir de la declaración de pandemia por la OMS, el día 13 marzo de 2020, tendrá las mismas prestaciones que el sistema de Seguridad Social otorga a las personas que se ven afectadas por una enfermedad profesional, pero su contingencia deberá considerarse como AT⁽²¹⁵⁾. Según los datos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS, los casos de IT por COVID-19 han sido 1.403.879 procesos por infección y 2.795.246 aislamientos en 2020⁽²¹⁶⁾.

En el estudio realizado por Calvo-Bonacho et al., sobre las repercusiones de la pandemia en una mutua de nuestro país en el primer trimestre de 2020, ponen de manifiesto la gran repercusión que ha tenido dicha pandemia en las bajas laborales. En este estudio se observa un incremento de un 116% de los episodios de IT por enfermedades infecciosas y respiratorias, en marzo de 2020, con respecto al mismo mes en los años 2017, 2018 y 2019. No encuentra diferencias en sexo, pero sí hay heterogeneidad en las diferentes CCAA de España. Implica a todos los sectores de actividad, siendo el sector sanitario el más afectado, con un incremento del 457% de IT por enfermedades contagiosas en el primer trimestre de 2020. Esto supone un aumento de costes por IT en el primer trimestre de 2020, de un 40,3% respecto a años anteriores (media de 2.813€ vs 2005€ por 100 afiliados)⁽²¹⁷⁾.

En estudios realizados cuando la pandemia de gripe A en Cataluña, analizan la importancia de la gripe, de cualquier tipo en nuestro país como motivo de IT. La incidencia acumulada anual de IT por gripe por 100.000 trabajadores fue de 1.260,6 en 2007, 915,2 en 2008 y 2.377,2 en 2009. Las curvas de incidencia indican brotes epidémicos en los meses de enero o febrero de cada año, además de un segundo brote en el mes de noviembre de 2009, coincidiendo con la pandemia de virus A (H1N1) en España. En 2009 la incidencia de gripe y de otras infecciones respiratorias de las vías altas, fue más elevada en los trabajadores de los sectores salud-servicios sociales que en el resto de los trabajadores⁽²¹⁸⁾.

En otros países han calculado el coste que supone la IT en personal hospitalario durante las epidemias anuales de gripe estacional, estimando unas pérdidas de más de 11.100 días laborables/año, en un período de gripe en Italia; los costes asociados fueron de aproximadamente 1,7 millones de euros y la pérdida media de trabajo se valoró en 327 euros por persona. Las principales cuotas de costos aparecieron relacionadas con enfermeras y profesionales de la salud (45% de los costos totales). Los costos más altos de los días laborables perdidos se registraron en el rango de edad de 40 a 49 años, lo que representa el 37% de los costos totales⁽²¹⁹⁾.

Dolor

El dolor es un síntoma, no una enfermedad, pero el quererlo mostrar aquí obedece a la importancia que adquiere tanto como causa de IT, como por ser uno de los síntomas que con mayor frecuencia puede acompañar a muchas patologías y que puede determinar el inicio o la duración de una IT⁽²²⁰⁾.

El concepto de dolor se relaciona de forma habitual con el trabajo, tanto por su prevalencia como por su repercusión. El dolor lumbar y cervical, las patologías reumáticas y, en especial, la artrosis y las cefaleas constituyen de forma global el 56,67% del total de los problemas de salud más prevalentes y todas ellas tienen como característica principal acompañarse de dolor⁽²²⁰⁾.

El dolor lumbar inespecífico y la ciática son enfermedades prevalentes entre los adultos que trabajan y se han convertido en un problema preocupante de salud ocupacional porque a veces afectan a la continuación o la reanudación del empleo. Son habitualmente más prevalentes entre los trabajadores expuestos a carga lumbar acumulativa, a manipulación manual, a las posturas forzadas del tronco y las vibraciones de cuerpo entero. En su duración uno de los factores que se consideran son la edad, postura ejercida en el trabajo, carga de pesos y la valoración de la incapacidad por tribunales médicos⁽²²¹⁾.

En muchos tipos de dolor y, especialmente, en dolor cervical y en dolor lumbar, los factores psicosociales y las alteraciones del estado de ánimo juegan un importante papel modulando la sensación del dolor e incrementando su intensidad o duración. Los estudios realizados por algunos autores evidencian que los individuos con alteraciones preexistentes del estado de ánimo (depresión), con escasa resistencia muscular y la inhibición endógena del dolor tienen factores predisponentes para el desarrollo de cervicalgia crónica, así como tendencia a la aparición de dolores cervicales inespecíficos en trabajadores de oficina⁽²²²⁾. En otros estudios también se evidencia la relación de la posibilidad de cronificación del dolor cervical con el alto índice de masa corporal, con la realización de maniobras de extensión frecuentes durante la jornada laboral, con la intensidad inicial del dolor

cervical y con altas demandas psicológicas en el trabajo. En la cronificación del dolor lumbar, influye sobre todo la existencia de antecedentes de dolor lumbar y la intensidad inicial del mismo⁽²²³⁾.

Períodos previos de incapacidad temporal

Son considerados como uno de los factores más predisponentes a otros episodios de IT, por la misma o por diferente causa. Así, el estudio de von Celsing et al., (2012) encuentra una asociación significativa entre incapacidades temporales previas e incapacidades temporales posteriores, independientemente de otros factores, estimando en los pacientes con IT en el año anterior, una recurrencia del 35%, frente al 7% que no habían tenido períodos previos de IT⁽²²⁴⁾. En la misma línea concluyen los trabajos de Hultin et al. (2012)^(86,225) tanto para futuras Incapacidades temporales, como para la incapacidad permanente y el desempleo.

Otros trabajos de investigación que también apoyan este argumento son los estudios realizados por Kivimäki et al. (2004 y 2007)^(96,226) que muestran la asociación entre IT e incapacidad permanente posterior. También el estudio de Leijon et al. (2015)⁽²²⁷⁾ y el estudio realizado por Holmerg et al. (2010) en relación con la IT por dolor cervical y lumbar y cómo el número anterior de episodios de IT era el factor pronóstico más importante de recurrencia de IT, después de un diagnóstico específico⁽²²⁸⁾.

En estudios que analizan aquellas patologías que tienen mayor tasa de recurrencia, encuentran que las enfermedades musculoesqueléticas y los trastornos mentales, son las que mayor recurrencia de IT generan. Las enfermedades musculoesqueléticas tienen una densidad de recurrencia de 118,7/ 1000 personas-año, con una mediana de días desde el episodio índice de 409 días, representando el 37% del total de días de IT por recurrencia; los trastornos mentales tienen una densidad de recurrencia de 80,4/1000 personas-año, con una mediana de 328 días desde el episodio índice y representan el 21% del total de días en IT por recurrencia⁽²²⁹⁾. En otro estudio desarrollado por estos autores en 2011, concluyen que la historia de episodios previos de IT en el año anterior, es un buen

predictor (hasta un 25%) de posibles nuevas Incapacidades temporales, que se amplía al 30% si se analizan los episodios de IT en los dos años anteriores⁽⁸⁹⁾. Anteriormente otros autores habían destacado que el número de episodios de IT en un año determinaba la probabilidad de incapacidades temporales en los 4 años siguientes, aumentando hasta al 60% en el caso de más de 4 episodios⁽²³⁰⁾.

En cambio en el estudio realizado por Elfving et al. (2009)⁽²³¹⁾, no se encontró esta asociación causal entre los factores pronósticos que incrementan la duración de la IT en el dolor de raquis, encontrándose otros predictores con peso más importante, tales como la edad, el dolor y el nivel de funcionalidad, medido por el cuestionario SF-36⁽²³²⁾.

En otros trabajos de investigación se ha demostrado que el mayor predictor de futuras IT de larga duración (más de 8 semanas), es la duración de las incapacidades temporales anteriores, más que la frecuencia de períodos cortos de IT⁽¹⁴⁹⁾.

En general, los tres grandes grupos de enfermedades que producen una mayor incidencia de bajas en las mujeres —enfermedades del embarazo, osteoarticulares y mentales— muestran además una tendencia a repetir las bajas. En los varones también ocurre que los tres principales grupos de enfermedades causantes de las bajas —osteoarticulares, lesiones externas y mentales— muestran tendencia a nuevos episodios de IT por el mismo motivo. Hay mayor riesgo de incapacidades temporales de repetición, conforme aumenta la edad, siendo este efecto más pronunciado en varones mayores de 45 años⁽²³³⁾.

La legislación española regula específicamente la existencia de un nuevo proceso de IT tras otro anterior, sin que hayan transcurrido 180 días desde el alta por inspección antes de los 365 días de la IT, alta por resolución del Director Provincial del INSS o denegación de incapacidad permanente (art 170.1, 170.2 y 174 de la LGSS). La figura legal que representa este nuevo proceso de IT es la denominada **recaída**, cuando es por la misma o similar patología al anterior proceso de IT⁽⁸⁾.

Cuando el INSS ha finalizado un proceso de IT, la actual LGSS⁽⁸⁾ expone tres situaciones de recaída posibles para ese proceso de IT, antes de que transcurran 180 días desde su finalización⁽²³⁴⁾:

1. Recaídas contempladas en el artículo 170.1, es decir aquellas bajas médicas que se producen tras la emisión de altas médicas por el inspector médico del INSS, en procesos de incapacidad temporal que no superen los 365 días de duración.
2. Recaídas contempladas en el artículo 170.2, es decir aquellas bajas médicas que se producen tras la emisión de altas médicas por el director provincial del INSS.
3. Recaídas contempladas en el artículo 174, es decir aquellas bajas médicas que se producen tras la denegación de incapacidad permanente, se hayan agotado o no previamente los 545 de incapacidad temporal.

El inspector médico del INSS valora cada caso en concreto, tras una nueva baja transcurrida antes de los 180 días de alta por el INSS, ya sean trabajadores que han solicitado ellos mismos la baja por recaída en un Centro de Atención e Información de la Seguridad Social (CAISS), o bien sean trabajadores con cualquier baja médica emitida por el médico de atención primaria.

Tras esta valoración el inspector médico puede adoptar cuatro posibles decisiones: denegar la baja médica por similar patología, emitir una nueva baja por similar patología, considerar que es distinta patología a la del proceso finalizado anteriormente, donde puede proceder la baja médica a criterio último de su médico de atención primaria o considerar que es distinta patología, pero que, a su criterio, no procede la emisión de una nueva baja médica.

En el caso de que entre un proceso y otro de IT por la misma o similar patología, transcurran más de 6 meses de actividad laboral, se habla de recidiva de la IT, no de recaída⁽²³⁴⁾.

Enfermedades crónicas, comorbilidades y otros síntomas

Las enfermedades crónicas, definidas por la Organización Mundial de la Salud como "*enfermedades de larga duración y generalmente lenta progresión*" (OMS 2014), son la principal causa de morbilidad en todo el mundo. En 2011, aproximadamente el 29 % de la población masculina y el 34 % de la población femenina de 16 años o más en la Unión Europea notificaron una enfermedad crónica. En la población activa, la prevalencia de tener una o más enfermedades crónicas oscila entre el 10 % (16-24 años) y el 55 % (55-64 años). Debido a la mejora del tratamiento, que mejoró las tasas de supervivencia de los pacientes con diversos diagnósticos, y un aumento de la incidencia de enfermedades debido a estilos de vida poco saludables es cada vez mayor el número de personas en la población activa que se ven afectadas por una o más enfermedades crónicas^(235,236).

En estudios que analizan la incidencia acumulada de IT en los pacientes con enfermedades crónicas, informan de que puede alcanzar incluso cifras de un 11% de probabilidad de IT de más de 14 días en un año. Esta incidencia es mayor en mujeres que en hombres, si bien en las mujeres suele tener menor duración, pero más episodios de IT al año. En general las enfermedades crónicas que más se informan como causa de IT son musculoesqueléticas, psiquiátricas, digestivas y cardiovasculares. Esta incidencia acumulada se incrementa más en los grupos de edad más avanzados, tanto en hombres como en mujeres⁽²³⁷⁾.

En general casi todas las enfermedades crónicas, incrementan el riesgo de IT de larga duración en el año siguiente a su diagnóstico. Algunos autores distinguen 3 patrones diferentes en cuanto a la duración de la IT en pacientes con enfermedades crónicas⁽²³⁸⁾: disminuciones grandes de la IT de larga duración desde el primer año, a los años siguientes (por ejemplo en enfermedades cerebrovasculares y cáncer); disminuciones moderadas del riesgo de IT de larga duración a lo largo de los años (por ejemplo abuso de sustancias, enfermedades reumáticas y tiroideas en mujeres); y no cambios a lo largo de los años en el riesgo de IT de larga duración (por ejemplo enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes en

mujeres) o aumento del riesgo en los años siguientes (obesidad y diabetes en los hombres). La alta disminución del riesgo en el primer grupo, puede tener relación con el pase a incapacidad permanente o incluso por mortalidad, no siempre porque sigan en vida laboral activa.

En ninguno de estos trabajos se ha estudiado el aumento de riesgo si coexisten 2 o más enfermedades crónicas, debido a la complejidad metodológica que supone⁽²³⁸⁾. En otros estudios se ha evaluado la prevalencia de patologías psiquiátrica, con otras enfermedades, sobre todo con lumbalgia⁽¹⁷⁷⁾. En casi todos los trabajos coinciden en que las patologías crónicas que más pérdida de productividad producen, están el dolor lumbar y las patologías psiquiátricas⁽²³⁹⁾.

La importancia de las enfermedades crónicas también radica en que estas pueden aumentar los niveles de estrés en el trabajo, y de la misma forma las altas demandas laborales, tanto psíquicas, como físicas, como emocionales, incrementan la gravedad de las enfermedades crónicas⁽²⁴⁰⁾.

A pesar de la alta prevalencia de patologías crónicas en nuestra sociedad, pocos estudios evalúan el impacto que tienen las comorbilidades en la IT, en la disminución de la productividad del trabajador y en la incapacidad permanente. Se entiende como comorbilidad la existencia de 2 o más enfermedades en el mismo paciente, con el mismo peso, es decir, que no prealezca una más que la otra. En este sentido destacan los trabajos de Ubalde et al. (2017) que ponen de manifiesto que la comorbilidad o multimorbilidad aumentan el riesgo de IT, pero no la duración de la baja^(178,241).

Otros estudios analizan cómo la gravedad de los síntomas de la patología que genera la IT, influye directamente en su duración, en la incapacidad permanente e incluso en el despido del trabajo⁽²⁴²⁾. Estos mismos autores realizaron un trabajo anterior en el que describían que la existencia de síntomas físicos médicamente inexplicables tienen una alta prevalencia en la población, pero sobre todo en los pacientes que están en IT (15 % de los mismos), y se asocian con morbilidad psiquiátrica, sobre todo con síndrome depresivo, ansiedad y estrés. Se ha visto que la existencia de estos síntomas físicos médicamente

inexplicables, contribuye a la mayor duración de la IT, sobre todo si el paciente los atribuye a una causa orgánica, antes que psíquica⁽²⁴³⁾.

De la misma forma, se ha descrito en la literatura que los pacientes que asisten con frecuencia al médico de Atención Primaria, tanto de forma esporádica como de forma persistente, guarda también una relación directa con la IT, aumentando la frecuencia de las bajas y la duración de estas, en comparación con trabajadores que no consultan con frecuencia con su médico. Además, esta relación se mantiene a lo largo del tiempo⁽²⁴⁴⁾.

En otros estudios se describe la importancia que tiene el médico o cualquier otro profesional de la salud, en conseguir el retorno del paciente a su trabajo, tras una baja laboral e insisten en la importancia de la adecuada formación de los profesionales en estos aspectos del binomio enfermedad-trabajo, para conseguir efectos beneficiosos para el trabajador, el empresario y la sociedad en su conjunto^(245,246).

3.5.2. Factores individuales

Son muchos los factores personales o individuales que influyen en la IT. Muchos trabajos de investigación estudian más de un factor en la misma cohorte de trabajadores, pero de forma didáctica se han separado, para su mejor análisis.

Entre ellos destacan: edad, género, estado civil, estructura familiar y conflictos trabajo-familia, percepciones de enfermedad y salud, expectativas de los trabajadores y actitud hacia el trabajo y otros factores psicológicos.

Edad

Es sin duda, uno de los factores más ampliamente estudiado y analizado en casi todas las investigaciones relacionadas con la IT.

Se ha visto que la frecuencia y duración media de la IT en España aumenta con la edad, excepto en la población muy joven y en mayores de 65 años^(2,247). Este hecho es conocido y comprobado en

numerosos estudios, algunos de los cuales han encontrado que la edad aumenta significativamente la duración de la IT y es un factor predisponente, junto a otros, para las incapacidades temporales de larga duración^(238,248,249)

En otros estudios a nivel internacional se ha comprobado que los grupos de más edad se correlacionan positivamente con la mayor duración de la IT, incluso cuando se ajusta por sexo, categoría del empleo, horas de trabajo a la semana y presencia de enfermedades crónicas. Esto es especialmente significativo en todos los grupos de edad, excepto en los mayores de 65 años que tienen menor frecuencia de IT, al igual que ocurre en España⁽²⁵⁰⁾. Posiblemente este hecho se produce por selección natural, es decir, los trabajadores que prolongan su vida laboral más allá de la edad de jubilación, son los más sanos⁽²⁴⁸⁾.

En el estudio realizado por Lidwall et al. (2009), también destaca de forma significativa el aumento de la IT, cuando aumenta la edad, tanto en hombres como en mujeres⁽¹⁴⁵⁾. En esta misma línea se sitúa el trabajo de Livanos et al (2010) que realiza un análisis exhaustivo de la IT en 26 países de la UE. En el mismo destaca que en todos los países analizados la IT aumenta paralela a la edad, excepto en el grupo de más de 65 años, atribuyendo este hecho a lo anteriormente expresado: la mejor salud existente en los trabajadores que deciden prolongar su IT más allá de la edad legal de jubilación⁽¹⁵⁰⁾. Estos mismo autores encuentran otra posible explicación a la correlación positiva que existe entre IT y edad, con la permanencia en el empleo, es decir, en todos los países se ha visto que cuanto más tiempo llevas en un trabajo (mayor antigüedad), la IT aumenta, lo cual suele suceder cuando tienes más edad⁽¹⁵⁰⁾.

En cambio, otros estudios destacan en algunos casos, una relación inversa con la edad como por ejemplo la IT en mujeres embarazadas del primer hijo. Así se ha visto que las mujeres más jóvenes (< 20 años) generan más IT que las embarazadas añosas (> 40 años). Una posible explicación a este hecho es que las mujeres más jóvenes desempeñan trabajos de mayor carga física y por ello, más incompatibles en embarazos problemáticos, que las mujeres de más edad que tienen trabajos más estables, un mayor nivel educacional ,

un trabajo más cualificado, de menor carga física y mejor remunerado⁽²⁵¹⁾.

Con respecto a la IT producida por accidentes de trabajo, la mayoría de las estadísticas coinciden en que son los trabajadores de menor edad en los que es más frecuente la IT por este motivo, disminuyendo su incidencia cuando aumenta la edad del trabajador⁽¹⁰⁹⁾, aunque en algunos estudios realizados en España indican que el grupo de 16-25 años son los de mayor incidencia, pero igualados con el grupo de 55-59 años⁽²⁵²⁾.

No hay apenas trabajos que investiguen las causas del aumento de la IT con la edad, tal y como ya denunciaban Allebeck y Mastekaasa en 2004⁽¹⁴⁴⁾. En este estudio se analiza, un trabajo realizado por el gobierno sueco que pretendía atribuir el aumento de la IT en los últimos decenios al envejecimiento de la población laboral, con mayores limitaciones físicas y psíquicas por la edad. Sin embargo, este factor solo pudo ser atribuido al 5% de aumento de la IT en las últimas décadas.

En otros trabajos, sin embargo, se pone de manifiesto la mayor prevalencia de enfermedades crónicas cuando aumenta la edad, atribuyendo a este motivo el aumento de la IT en relación con el aumento de la edad⁽²⁵²⁾.

Género

Los términos sexo y género suelen ser utilizados indiscriminadamente, aunque ambos representan conceptos marcadamente diferentes. Cuando se habla de **sexo** se hace referencia a la condición orgánica, biológica, que distingue al macho de la hembra. Cuando se usa el término **género**, se hace “referencia a las diferencias sociales (por oposición a las biológicas) entre hombres y mujeres que han sido aprendidas, cambian con el tiempo y presentan grandes variaciones tanto entre diversas culturas como dentro de una misma cultura” (definición asumida por la Comisión Europea en 1998)⁽²⁵³⁾.

Son múltiples los estudios que analizan la relación entre género e IT y en todos ellos destaca una mayor frecuencia de episodios de IT en

la mujer, y también una mayor duración de la IT en el sexo femenino. En algunos estudios se encuentra una mayor frecuencia de IT para las mujeres, con respecto a los hombres, en el caso de enfermedad común y accidente no laboral, pero no en el accidente laboral y la enfermedad profesional, que ocurren con mayor frecuencia en hombres. En cambio, para la duración no hay diferencias según la contingencia, siendo siempre más alta en mujeres⁽²⁵⁴⁾.

En España, en el estudio hecho por CCAA en 2018, se ve que aunque el número de trabajadores es en todas las CCAA más alto en hombres, que en mujeres en todos los tramos de edad, cuando ajustamos por número de trabajadores (en España en todos los tramos de edad hay más trabajadores que trabajadoras), la IT es más frecuente y tiene mayor duración en la mujer que en el hombre, excepto en Castilla y León, Navarra y País Vasco, para el tramo de edad de 16 a 25 años, y en Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña y Navarra, en trabajadores mayores de 65 años. La duración media fue de 58,5 días para la mujer, y de 53.08 días para el hombre⁽²⁾.

El estudio realizado por Benavides et al. (2007) en nuestro país también corrobora estos datos, situando la duración media de la IT en 11 días para las mujeres y en 8 para los hombres⁽²⁴⁸⁾, sensiblemente inferior a los datos encontrados en el estudio realizado en 2018. Este hecho también se corrobora en otros países de nuestro entorno⁽¹⁵⁰⁾, manteniéndose esta diferencia entre sexos en todos los tramos de edad, siendo especialmente acusada en el tramo de edad de 26 a 35 años.

En otros estudios realizados en 17 países a nivel europeo, se observa un incremento de más del 30% en la IT de las mujeres con respecto a los hombres⁽²⁵⁵⁾, al igual que otros estudios realizados en países nórdicos⁽²⁵⁶⁾. Este hecho es evidente en República Checa, Dinamarca, Francia, Hungría, Irlanda, Países Bajos, Noruega y Eslovenia, mientras se encuentra una menor asociación en otros países⁽¹⁵⁰⁾.

Hay varias explicaciones posibles a este hecho: por un lado la doble carga laboral a la que generalmente está sometida la mujer, es decir, trabajo remunerado y trabajo doméstico, motivado por su mayor responsabilidad e implicación en los cuidados familiares (rol

tradicional de género)^(257,258); estar soltera y tener hijos pequeños, no así para las casadas⁽²⁵⁹⁾, lo que podría explicar la mayor incidencia de la IT en mujeres jóvenes; la mayor morbilidad relacionada con la maternidad⁽²⁶⁰⁾ y la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres⁽²⁶¹⁾. En algunos trabajos se habla incluso de la triple carga que soportan las mujeres, ya que al trabajo remunerado, junto con el trabajo doméstico, sería necesario añadir la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, sobre todo musculoesqueléticas, digestivas y psíquicas en las mujeres, comparativamente con los hombres⁽²³⁷⁾.

Otros estudios indican que la diferencia de género está relacionada con la segregación vertical y horizontal que existe en el mercado laboral en muchos países; la segregación horizontal se refiere a que las mujeres y los hombres acaparan ámbitos del mercado laboral muy diferentes (por ejemplo, las mujeres ocupan mayoritariamente trabajos relacionados con la salud, el cuidado de menores y ancianos; y los hombres más en la construcción y metalurgia); la segregación vertical nos informa de que los puestos mejor remunerados y con más cualificación y poder están en manos de los hombres. En aquellos países en los que hay alta segregación, esta podría explicar parte de las diferencias en la IT entre hombres y mujeres^(237,262). Además se ha visto que las mujeres que trabajan en lugares de trabajo ocupados normalmente por hombres, tienen más riesgo de IT que si trabajan en lugares ocupados preferentemente por mujeres⁽²⁶³⁾.

En otros estudios se analiza el diferente comportamiento social, entre hombres y mujeres con lo que respecta a las medidas preventivas en salud y la asunción de riesgos. Se ha estimado que, en general, la sociedad justifica que la mujer esté mejor de salud y se cuide más, fundamentalmente porque su pérdida de salud no solo repercute en su empleo remunerado, sino que también repercute en el trabajo que desempeña en el hogar y las consecuencias de una mala salud, afectan a dos áreas de la persona (laboral y familiar). Así, la IT en la mujer está socialmente más aceptada, tanto por la doble carga laboral de las mujeres, la morbilidad más alta, la salud más frágil y la menor adherencia de la mujer al trabajo, es decir, una cultura más favorable a la IT en la mujer⁽²⁶⁴⁾. En estudios posteriores no se corroboran estos datos y manifiestan una actitud igual ante la enfermedad en hombres y mujeres por lo que parece que esta teoría de justificación de la IT

diferente entre ambos sexos, no explica los motivos de la brecha de género⁽²⁶⁵⁾.

En cambio, otros estudios relacionan la menor incidencia de la IT en hombres, por el rol tradicional, tanto social como personal, de masculinidad que asumen. Los hombres consideran un signo de debilidad masculina acudir al médico por síntomas banales, por lo que generalmente cuando consultan un problema de salud es porque este sea grave o por recomendación de su esposa. De la misma forma se considera una pérdida de masculinidad el no trabajar por causa de una enfermedad banal y les crea sentimiento de frustración cuando no pueden trabajar y mantener a su familia por problemas relacionados con la salud. Lo relacionan con un papel de debilidad masculina e incluso creen que pueden ser tachados de maricas por sus compañeros de trabajo. En situaciones de precariedad de empleo, los hombres asumen que no pueden faltar al trabajo, por miedo al despido, aunque se sientan enfermos, con mayor frecuencia que las mujeres⁽²⁶⁶⁾.

Incluso hay estudios que encuentran una frecuencia cíclica de la IT en la mujer, cada 28 días, que ellos intentan relacionar con el ciclo menstrual. Esta tendencia a la IT cíclica, no se produce en los hombres y estos autores concluyen que estas diferencias biológicas entre mujeres y hombres, puede explicar hasta un 14% la brecha de género que existe en la IT⁽²⁶⁷⁾.

Estructura familiar

La estructura familiar tiene también una gran influencia en la IT, sobre todo en la frecuencia de episodios de IT, más que en su duración. En ellos se relaciona tanto el estado civil, los cambios en el estado civil y el número de hijos menores en el hogar y la IT⁽¹⁴⁴⁾.

Son muchos los estudios que indican que los casados tienen mejor salud que los solteros, divorciados o viudos. Entre ellos destacan los estudios de Umberson (1992) que relacionan el mejor estado de salud de los casados, sobre todo de los hombres casados, por el control

positivo sobre su salud que ejercen las esposas y como el paso a divorciados o viudos se asocia con una pérdida de salud, mayor riesgo de adicciones e incluso con la muerte⁽²⁶⁸⁾. En estudios más recientes también se pone de manifiesto este hecho, destacando que los síntomas depresivos afectan más a los hombres divorciados, solteros y viudos, que a los casados⁽²⁶⁹⁾.

En estudios realizados a nivel europeo, se ha visto que los casados demandan menos consultas a salud mental que los divorciados⁽²⁷⁰⁾. De la misma forma se ha relacionado el divorcio con un mayor número de ingresos hospitalarios, consumo de sustancias, riesgo de suicidio y muerte⁽²⁷⁰⁻²⁷⁴⁾.

En otros estudios se ha comprobado la relación entre estar soltero/casado/empleado o no y riesgo de mortalidad. Así se ha visto que los hombres solteros en desempleo tienen mayor riesgo de mortalidad que los casados y en las mujeres si estaban solteras e inactivas el RR (riesgo relativo) de mortalidad era de 3.58, con respecto a las casadas y de 2.58 si estaban solteras, pero activas laboralmente, con respecto a las casadas activas⁽²⁷¹⁾.

También hay estudios que invierten los términos del análisis, es decir, que los pacientes con enfermedades crónicas y/o graves, tienen una mayor probabilidad de divorcio, especialmente si la afectada es la mujer y tiene cáncer⁽²⁷⁵⁾.

Otras investigaciones abordan el tema de los hijos y la IT del trabajador/a. Se ha visto en estudios realizados en España que, si hay hijos menores de 3 años en el hogar, la probabilidad de IT en trabajadores de 25 a 39 años aumenta en un 10% si es hombre y en un 15% si es mujer. Además, la probabilidad de volver al trabajo antes del 5º día de IT es de 8% en hombres y un 6% en mujeres. Pero este hecho ocurre en el caso de IT por contingencias comunes. No es así en el caso de contingencias profesionales en el que la IT no está influenciada por la presencia de menores en el hogar⁽²⁵⁴⁾. Este hecho se ha encontrado también en otros estudios realizados a nivel internacional, pero que afecta sobre todo a la IT de las mujeres⁽¹⁴⁴⁾.

En muchas investigaciones lo que se estudia es el conflicto entre familia-trabajo, como factor que puede causar una incapacidad temporal. En 1985 Greenhouse y Beutell, definen el conflicto entre la

familia y el trabajo, como *“aquella situación en la que bien el tiempo dedicado a los requisitos de una función dificulta el cumplimiento de las necesidades de otra, o bien, la tensión de la participación en un papel dificulta el cumplimiento de los requisitos de otro o los comportamientos específicos requeridos por un rol dificultan el cumplimiento de los requisitos de otro”*⁽²⁷⁶⁾. Cuanto mayor es el conflicto entre la vida familiar y laboral, mayor riesgo de enfermedad psíquica (ansiedad, estrés...) existe y mayor riesgo de incapacidad temporal puede producir^(277,278).

Otros autores amplían esta mala relación entre trabajo, no solo con la vida familiar, sino también con la vida social, indicando que si entran en conflicto, aumenta la probabilidad de IT y la duración de esta⁽²⁵⁶⁾.

En otros estudios se ha comprobado que cuanto más apoyo emocional tiene una persona, más tardía es la incorporación al trabajo, independientemente de otros factores⁽²⁷⁹⁾. Y las malas relaciones de pareja, sobre todo por la existencia de violencia de género, es también un claro predictor de aumento de morbilidad, mortalidad, IT y discapacidad en la mujer⁽²⁸⁰⁻²⁸²⁾.

Percepciones de enfermedad y salud

Las percepciones de la enfermedad son las representaciones cognitivas organizadas o las creencias que los pacientes tienen sobre su enfermedad. Estas percepciones son importantes determinantes del comportamiento y se han asociado con una serie de resultados importantes, como la adherencia al tratamiento y la recuperación funcional. Las percepciones de la enfermedad generalmente contienen un componente de identidad, que incluye el nombre de la enfermedad y la gama de síntomas que el paciente cree que están asociados con la afección. También contienen creencias sobre la causa de la enfermedad y cuánto tiempo durará. Además, los componentes de percepción de la enfermedad incluyen creencias sobre las consecuencias personales de la enfermedad para el paciente y su familia, así como la medida en que la enfermedad es susceptible de control por el tratamiento realizado⁽²⁸³⁾.

Las percepciones positivas sobre la enfermedad, sobre todo la creencia de que la enfermedad es curable y/o se pueden controlar los síntomas de esta, están significativamente relacionadas con los resultados adaptativos de bienestar psicológico, funcionamiento social y vitalidad del paciente y viceversa^(284–286).

Hay estudios que indican que las percepciones positivas sobre la enfermedad no solo se relacionan con el bienestar psicológico, sino que influyen en un retorno más temprano al trabajo, mientras que las percepciones negativas se relacionan con una discapacidad futura, una recuperación más lenta y un retorno más tardío al trabajo, independientemente de la gravedad de la condición médica o de cualquier litigio^(287,288).

Hay múltiples estudios que han analizado esta relación significativa entre la percepción positiva del paciente sobre su enfermedad y un temprano retorno al trabajo, en pacientes con dolor lumbar, dolor cervical, trastornos mentales, enfermedades cardiovasculares, ictus, cáncer, dolor facial y esclerosis múltiple, entre otras^(289–292).

En esta línea de investigación, otros autores han estudiado la relación entre la salud percibida por el trabajador y el número de IT que se producen y se ha comprobado que las personas con enfermedades crónicas que tienen niveles más altos de salud autopercebida, la frecuencia de las bajas y la duración de las mismas es menor⁽²⁸⁷⁾, si bien al ser estudios transversales es imposible distinguir la causa de la consecuencia, es decir, si el trabajador está bien en su trabajo y por ello refiere un mejor estado de salud o es su mejor estado de salud, lo que contribuye a su permanencia en el trabajo.

3.5.3. Factores laborales

Teniendo en cuenta que la definición de incapacidad temporal lleva implícita la actividad laboral, el conocimiento del trabajo y los riesgos derivados de este es fundamental para entender la salud o mala salud de los trabajadores y sus consecuencias⁽²⁹³⁾.

En algunos estudios realizados en nuestro país, se ha puesto de manifiesto que la mayoría de los episodios de IT laboral era debida a patología osteomuscular (61%) y correspondían principalmente a trabajadores manuales. Los episodios de IT de probable origen laboral estaban asociados significativamente con la edad, la antigüedad en el puesto de trabajo y a determinadas ocupaciones con condiciones laborales peores, tales como una mayor exposición a las altas temperaturas, a la presencia de humos, a los polvos no metálicos, al uso de sustancias peligrosas, a la movilización de cargas y a la alta demanda física, siendo esta asociación más evidente cuando la IT era debida a patología musculoesquelética⁽²⁹⁴⁾.

En otros estudios internacionales, se ha intentado ver el papel que desempeñan los riesgos psicosociales en relación con la IT, encontrándonos resultados contradictorios en estos estudios. Así, hay autores que no encuentran relación entre estos factores de riesgo y la IT, sin bien concluyen, que posiblemente los diseños de los estudios no sean los acertados y no se conozcan bien los mecanismos por los que los riesgos psicosociales influyen en la IT de los trabajadores⁽²⁹⁵⁾.

En esta misma línea investigadora, otros autores tampoco encuentran significación estadística entre la realización de un trabajo irregular y más horas en el trabajo, informando que tenían menos IT, aunque este mismo grupo (sin IT) también informó de menor estrés en el trabajo y apoyo importante de los superiores⁽²⁹⁶⁾.

En general, la evidencia científica hasta ahora ha mostrado una importante relación entre los riesgos psicosociales en el trabajo y el número de episodios de IT, ya desde los estudios de Whitehall II, indicando que una mejora de las condiciones psicosociales en el trabajo, produciría un descenso de la IT⁽²⁹⁷⁾. Este hecho, se ha corroborado en estudios muy recientes, encontrando una mejora de las tasas de IT de hasta el 32%, cuando mejoran las condiciones psicosociales en el lugar de trabajo⁽²⁹⁸⁾.

Dentro de los factores psicosociales, el que parece tener mayor importancia y una asociación significativa con la disminución de la duración de esta, es el apoyo de los supervisores al trabajador, más que los otros factores analizados⁽²⁹⁹⁾.

Uno de los factores más estudiado ha sido la **influencia del salario** en la IT. En España, destaca el trabajo de Alba (2009) que es un estudio econométrico de la IT en el que analiza múltiples factores, entre ellos la relación de la IT con el grupo de cotización a la Seguridad Social. Las variables que se refieren al grupo de cotización son una proxy del nivel de estudios, el salario y la responsabilidad dentro de la empresa y según dicho autor lo esperable es que los grupos de cotización más elevada, tengan menor probabilidad de IT y así se confirma, en el grupo 1, 3 y 4, pero no en el grupo 2 (ingenieros, licenciados y técnicos), empezando a aumentar la probabilidad a partir del grupo 5 (administrativos)⁽³⁰⁾. Otros estudios realizados en nuestro país también relacionan las bases reguladoras con las tasas de IT, indicando que los trabajadores con bases reguladoras más inferiores, son los que tienen más altas tasas de IT, si bien pueden influir otros factores como la educación y clase social. No encuentran relación con la duración media de la IT, aunque observan una mayor duración de las bajas en los trabajadores con menor salario⁽¹²⁾.

También se ha observado que la **temporalidad** en el empleo, disminuye la IT, y que el paso a contrato indefinido aumenta la IT, en línea con otros trabajos de investigación^(287,300). Se ha encontrado una mayor incidencia de la IT en los trabajadores fijos-discontinuos y en los trabajadores indefinidos a tiempo parcial⁽¹²⁾. Esto resulta paradójicamente inexplicable desde el punto de vista de la salud auto percibida entre trabajadores con estabilidad laboral (contratos fijos o indefinidos) y los trabajadores con inestabilidad en su trabajo, ya que tienen una percepción de la salud mucho más deficiente que los trabajadores estables⁽³⁰⁰⁾.

En otros estudios se ha comprobado que la temporalidad en el trabajo, incrementa el riesgo de desempleo, empeora la salud e incluso aumenta la mortalidad⁽⁷⁴⁾.

En población inmigrante, la temporalidad en el trabajo, incrementa el presentismo en el mismo, en línea con el argumento de que el trabajador temporal tiene miedo a perder el empleo y por eso no quiere señalarse dentro de una empresa a causa de coger una baja por enfermedad^(30,301).

En esta misma línea investigadora, otros autores encuentran una relación paralela entre temporalidad en el empleo, y mayor riesgo de

patología psíquica y de lesiones, pero sin embargo una menor proporción de IT en estos trabajadores temporales, en concordancia con lo expresado anteriormente⁽³⁰²⁾.

No encuentran una explicación causal a este hecho, tras realizar una extensa revisión sistemática de estudios internacionales, indicando que pueden influir muchos factores, tales como que los trabajadores temporales, se sientan más sometidos a estrés en el trabajo por riesgo a perder el mismo, o bien son personas que eligen trabajos temporales porque desde su infancia ya han tenido una desventaja social y eso los hace más vulnerables a riesgos psicosociales; en otros casos, puede ser simplemente el reflejo de contratos precarios, con malas condiciones en los mismos y a la temporalidad, se les puede unir también el ser contratos a tiempo parcial, no deseados por los trabajadores y ello repercute negativamente en su salud⁽³⁰³⁾.

Otros autores analizan otros aspectos relacionados con los **lugares de trabajo**, definiendo la teoría de la “*contratación saludable*” por parte de las empresas. Para ello analizaron 125.000 lugares de trabajo en Suecia en 2006, con más de 3,9 millones de empleados, viendo los niveles de IT que tenían en 2006. Así comprobaron que aquellas empresas que tenían un nivel alto de IT en 2005 eran más propensas a contratar trabajadores con antecedentes de alta incidencia de IT, que aquellas otras que tenían un nivel de IT moderado o bajo. Se desconoce el motivo de este fenómeno de “*contratación saludable*” y se especula con varias teorías, como por ejemplo que los empleadores que no tienen miedo a contratar a personas con altas tasas de IT son más proclives a la integración de discapacitados, o que los trabajadores que provienen de lugares de trabajo con alta carga física, que genera más IT, eligen empresas o buscan trabajo en empresa con alta exigencia física y por ello va a generar más IT. También objetivaron que aquellos lugares de trabajo con dominio masculino, son más propensos a reclutar trabajadores sanos y a despedir más rápidamente a trabajadores con alta incidencia de IT, que los lugares de trabajo dominados por mujeres⁽³⁰⁴⁾.

Algunos autores analizan en el lugar de trabajo, la cultura que existe entre los compañeros de trabajo, en relación con la IT, encontrando empresas en las que existe una mayor permisividad a las ausencias

por enfermedad que otras, dependiendo del grado de aceptación de los colegas y de los gerentes, así como de los clientes. En este sentido, algunos autores indican que los trabajadores más jóvenes, son más permisivos a la IT, que los colegas de más edad, que justifican menos esta decisión⁽³⁰⁵⁾.

También es importante analizar los conflictos que pueden existir en el lugar de trabajo, tanto entre gerentes con empleados, entre los propios empleados o entre los empleados y los clientes, encontrando una correlación positiva entre la existencia de estos conflictos y la mayor incidencia y duración de la IT⁽³⁰⁶⁾.

Otros autores incluso han investigado si existe una diferencia en la incidencia de la IT en función del tipo de oficina, tras la nueva tendencia a que los empleados administrativos se ubiquen en oficinas abiertas, en lugar de oficinas celulares, pero sin embargo, no han encontrado diferencias con respecto a esto⁽³⁰⁷⁾.

3.5.4. Factores socioeconómicos

Dentro de los factores socioeconómicos que influyen en la salud de los trabajadores y, por tanto, en la IT se consideran fundamentalmente los siguientes: jerarquía laboral o clase ocupacional, nivel educativo, nivel económico del trabajador, desempleo y otros aspectos socioeconómicos.

Clase ocupacional, nivel educativo y nivel de ingresos

En todos los países se ha visto que en las clases ocupacionales más bajas, es decir, en las que predomina la carga física y existe un nivel menor de responsabilidad de los trabajadores, la IT es más elevada⁽¹⁵⁰⁾.

En algunos estudios se ha encontrado una mayor relación entre IT de larga duración y discapacidad laboral, con la clase ocupacional, encontrando que las enfermedades musculoesqueléticas sí tienen

relación con los trabajadores de cuello azul, pero en IT de corta duración, mientras en los trabajadores de cuello blanco, cuando existe un problema musculoesquelético, genera IT de larga duración y discapacidad, con mayor frecuencia que en los trabajadores de cuello azul y además tienen más relación con los problemas mentales, que en los de cuello azul⁽¹⁰⁰⁾.

En esta línea destaca el trabajo realizado por Pekkala et al (2017) sobre la población finlandesa, que es un estudio longitudinal que abarca desde 1996 hasta 2013, analizando todas las clases ocupacionales, excepto empresarios y agricultores, que son excluidos, concluyendo que las diferencias entre las clases ocupacionales se han mantenido a lo largo de los años de estudio, siendo la IT mucho más elevada en las clases ocupacionales más bajas y con mayor carga física, tanto en hombres, como en mujeres. En este mismo estudio también se encuentra una mayor frecuencia de IT en mujeres, que trabajan en actividades no manuales, pero de clase ocupacional baja, con grandes exigencias físicas y mentales (por ej. enfermeras)⁽³⁰⁸⁾.

Algunas investigaciones recientes, que incluyen todas las clases ocupacionales (asalariados, empresarios y desempleados) ratifican este hecho. Es decir, la IT es más frecuente en las clases ocupacionales manuales más bajas, sean empresarios o asalariados. Las bajas por problemas musculoesqueléticos eran similares en el grupo de asalariados, que en el grupo de empresarios. Sin embargo, las bajas por problemas mentales son más frecuentes en el grupo de asalariados, que en el de empresarios. Los desempleados, también tenía mayor incidencia y duración de la IT, que la esperada, por problemas de salud mental. Esto parece explicarse porque las clases ocupacionales más bajas tienen peores condiciones físicas de trabajo, pero también mayores riesgos psicosociales, al estar más presionados y tener menor capacidad de decisión en su puesto de trabajo. En el grupo de empresarios, la explicación que dan estos autores a su mejor salud mental, tanto en hombres como en mujeres, es que además de existir una selección natural por parte de personas más sanas y psicológicamente más fuertes, para ocupar estos cargos, también influye la alta capacidad de decisión y autonomía que tienen en su puesto de trabajo⁽³⁰⁹⁾.

De la misma forma, otros estudios han analizado la relación entre la mayor IT en las embarazadas de 20 años, cuya duración es mayor, que en las embarazadas por primera vez en las de 40 años, adjudicando parte de esta diferencia a la clase ocupacional, ya que las jóvenes suelen tener empleos más precarios y con mayor carga física, que las mujeres más mayores, que han retrasado en muchos casos el embarazo por completar los estudios y por no cortar su vida laboral y las posibilidades de ascenso, como anteriormente ya se ha comentado⁽²⁵¹⁾.

El Estudio de Whitehall I examinó la salud de 17.530 funcionarios británicos varones durante más de siete años, y descubrió una fuerte correlación inversa entre el nivel jerárquico en el empleo y la mortalidad, especialmente por enfermedades coronarias. De esta forma, los funcionarios menos cualificados, presentaban una mortalidad por enfermedades coronarias 3,6 veces más alta que los directores que trabajaban en los cargos más altos. Estas diferencias en mortalidad persistían, aunque se ajustaran los resultados por los factores de riesgo, como la obesidad y el sedentarismo. Unos años después, el Estudio Whitehall II examinó una nueva cohorte de 10.314 funcionarios entre 1985 y 1988 con el objetivo de explicar los gradientes socioeconómicos en morbilidad y mortalidad, trató de profundizar los resultados del primer estudio, además de investigar las diferencias entre mujeres y hombres funcionarios. Se observó un gradiente parecido en la morbilidad de los participantes, no solo en enfermedades cardiovasculares sino también en comportamientos de riesgo de la salud: a menor grado en la jerarquía laboral, mayor morbilidad y mayores conductas de riesgo^(310,311).

Basándose en el estudio Whitehall II, otros estudios han tratado de describir las diferencias en las tasas de IT en relación con el estatus laboral y social. Consideran que la IT es una medida de la mala salud, una medida de utilización de los servicios de salud, una causa de la pérdida de productividad y un indicador de la capacidad de un empleado para hacer frente y mantener roles normales en el trabajo⁽³¹²⁾.

En relación con este último argumento, algunos autores hablan de que la disminución de la capacidad de trabajo del empleado, entendiendo esta como el producto de los recursos individuales de cada

trabajador, para hacer frente a las demandas del trabajo, sería el motivo de enfermarse, y por tanto es un componente clave de la IT y podría explicar el gradiente social que se encuentra en la IT⁽³¹³⁾.

Algunos estudios, como el de Piha et al. (2010) intentaron encontrar una correlación entre varios determinantes socioeconómicos, fundamentalmente la educación, la clase ocupacional, el nivel de ingresos y la IT. Ellos encontraron que el nivel educativo más alto, la clase ocupacional más alta y los ingresos más elevados, se asociaban fuertemente con una tasa de incidencia mucho más baja de la IT. Cuando se ajustaron estas tres variables, se vio que el nivel educativo y la clase ocupacional eran los que mantenían una relación más estrecha con los bajos niveles de IT, más que los ingresos económicos⁽³¹⁴⁾.

La educación es la mayoría de la veces la que define la clase ocupacional, porque es necesario un determinado nivel educativo, para ocupar algunas profesiones (médicos, ingenieros, abogados...). Además, el nivel educativo más alto va relacionado en muchas ocasiones con comportamientos más saludables en salud^(314,315). Algunos estudios relacionaron cómo el incremento de la educación en 3,6 años, disminuía el riesgo de infartos de miocardio en un 27%⁽³¹⁶⁾.

En estudios que tratan de analizar la relación del bajo nivel educativo con el aumento de la IT y la baja productividad, han comprobado que cuando se ajusta el nivel educativo por las condiciones de trabajo y los estilos de vida, esta correlación inversa con la IT se atenúa, pero no cambia la correlación entre bajo nivel educativo y menor productividad⁽³¹⁶⁾.

Por otro lado, la clase ocupacional va relacionada habitualmente con el nivel de ingresos. La capacidad de gestionar la actividad laboral, el control sobre las tareas y la autonomía, también van relacionadas con la clase ocupacional, siendo los trabajadores más cualificados los que mejor pueden gestionar su trabajo y adaptarlo a condiciones más pésimas de salud, que otros trabajadores de clase inferior, que tienen menos control sobre sus actividades y que por tanto, tienen que tomar una licencia por enfermedad cuando su salud se deteriora, aunque sea en menor grado⁽³¹⁴⁾.

Independientemente de la clase o jerarquía ocupacional, otro factor que influye en la IT, tanto en su incidencia como en su duración, es el hecho de si el trabajador es empleado de un **servicio público** o, por el contrario, trabaja para una **empresa privada**. En todos los estudios realizados hasta ahora la incidencia y la duración de la IT por cualquier causa, es mucho más alta en los empleados públicos, que en los trabajadores del sector privado^(2,317,318), si bien los autores informan de que los empleados públicos en general son poco estudiados, dentro de las investigaciones realizadas en IT, porque la mayoría de los estudios se basan en los registros de la Seguridad Social, y en muchos países, la mayoría de los trabajadores de la administración pública, no pertenecen al sistema de Seguridad Social^(2,319).

De los más estudiados son el personal de los hospitales públicos, porque en ellos existe una gran incidencia de la IT y de la duración de esta. Dentro de los trabajadores de hospital, la mayor incidencia de IT se produce en el personal de enfermería, tanto auxiliares como técnicos⁽³¹⁹⁾, mientras que en los médicos el umbral para la IT es muy alto, y en los casos en los que se produce, guarda estrecha relación con la gravedad de la enfermedad y en otros casos, con el mal funcionamiento del trabajo en equipo o factores extralaborales^(320,321). En el caso del personal de enfermería, las razones para la incidencia tan elevada de IT, está motivada tanto por el esfuerzo físico de su trabajo, como por el desajuste que existe entre esfuerzo-recompensa por parte de sus superiores⁽³²²⁾.

De la misma forma también se ha comprobado en los estudios realizados una menor incidencia de la IT en los trabajadores **autónomos**, que en los **asalariados**, mientras que la duración media de la IT es más larga en el trabajador autónomo, tanto en nuestro país^(2,143,254,323,324), como en otros países de nuestro entorno^(121,150,321,325), si bien en muchos países no es posible esta comparación, porque el trabajador autónomo puede contratar un seguro privado para la incapacidad laboral y no es financiado por los regímenes de Seguridad Social, lo cual dificulta su análisis⁽³²⁶⁾.

Hay muchas razones que se argumentan para este hecho y casi todos los estudios lo atribuyen a la diferencia en las prestaciones por IT entre los asalariados y los autónomos (diferentes tasas de reemplazo, de requisitos para el acceso a las prestaciones...) y a la dificultad de

mantener el negocio en funcionamiento si el autónomo abandona temporalmente su trabajo, por lo cual solo inicia un periodo de IT si realmente presenta una enfermedad severa, lo cual explica también en parte la mayor duración de la IT^(2,254,321,327).

Desempleo y crisis económicas

Uno de los factores más analizados y mejor estudiado de los factores socioeconómicos es el desempleo y su comportamiento con la IT. En general, la IT se dice que tiene un comportamiento procíclico con respecto al desarrollo económico⁽³²⁸⁾. Esto quiere decir, que cuando las condiciones económicas son más favorables y el desempleo disminuye, la IT aumenta, tanto en España, como en el resto de países^(300,329).

Hay tres posibles explicaciones a este hecho: el efecto de la disciplina, el efecto de la selección y el efecto de la carga de trabajo⁽³³⁰⁾.

El efecto de la disciplina es el que mayor soporte recibe. Esta explicación propone que cuando el empleo escasea, las personas se esfuerzan en conservar el suyo, y por ello tratan de limitar las ausencias al trabajo, que podrían incrementar el riesgo de ser despedido en un momento de reducción de plantilla^(150,328,331). El efecto de la selección o efecto de composición de la fuerza de trabajo propone que en los momentos de recesión económica los trabajadores con peor salud tienen más riesgo de perder su trabajo, por lo que la población que permanece trabajando experimenta un incremento colectivo de su nivel de salud. Cuando cambia el ciclo, el reclutamiento de nuevos trabajadores incorpora, entre otras, personas que estaban en situación de desempleo por sus problemas de salud, y disminuye el nivel colectivo de salud^(328,330,332).

La teoría de la carga de trabajo, menos mencionada, propone que la variación del absentismo está influenciada por la variación de la carga de trabajo. Cuando la economía entra en recesión, la carga de trabajo disminuye al tener las organizaciones más capacidad de producción que demanda. A medio plazo, las organizaciones terminan ajustando su plantilla a sus necesidades, disminuyendo de tamaño. Al cambiar el ciclo económico e incrementarse la demanda, esas organizaciones

la afrontan con plantillas insuficientes en un primer momento, produciéndose un incremento de la carga de trabajo de sus empleados, lo cual a su vez tiene efectos negativos sobre su salud^(330,332).

Otros autores intentan esclarecer si las causas de esta relación inversa entre IT y desempleo se debe a un efecto selección saludable en el mercado de trabajo en épocas de gran desempleo, o por el contrario se debe a un efecto incentivador porque el pago por IT sea más alto que por desempleo. En este estudio encontraron que la relación más fuerte era por el efecto incentivador producido por las reformas legales en relación con el desempleo en Alemania⁽³³³⁾.

Este hecho, la relación inversa entre crisis económica e IT ocurre en los trabajadores asalariados. Sin embargo, entre los autónomos ocurre justo el efecto contrario: un aumento de la IT en los años de mayor crisis económica, como se ha podido ver en algunos estudios realizados en España^(323,327).

En esta línea se ha estudiado también la influencia que tienen las crisis económicas con la IT, no solo en relación con el desempleo. En algunos trabajos de investigación se ha puesto de manifiesto que la crisis económica produjo en España una disminución de la incidencia de la IT y aumento de la duración de estos episodios, sobre todo en hombres⁽³²³⁾. Se constató un aumento de las enfermedades mentales y neoplasias, en concordancia con otros estudios realizados en nuestro país⁽³³⁴⁾.

En las mujeres, sin embargo, se constata una disminución tanto de la incidencia, como de la duración media de la IT en los años de crisis, posiblemente motivada por la necesidad de trabajar para mantener la economía del hogar, generalmente con contratos a tiempo parcial, y el miedo a perderlo con una baja prolongada^(327,335).

Influencia de las políticas relacionadas con la prestación por incapacidad temporal

Otro de los factores estudiados es la influencia de los cambios legislativos relacionados con la IT y el aumento o disminución de esta. Destaca el estudio realizado en Finlandia a raíz del cambio legislativo

que permite el tomar una licencia por enfermedad en las 12 primeras semanas a tiempo parcial y cómo ha disminuido la IT tras ese cambio⁽³³⁶⁾.

En otros estudios lo que se investiga es fundamentalmente los cambios relacionados con la disminución de la tasa de reemplazo de la IT y el mayor control sobre los trabajadores de baja, y su influencia en la incidencia y duración de la IT. Así en un estudio realizado en Italia sobre trabajadores del sector público y su incidencia de la IT, a raíz del cambio legislativo ocurrido en 2008, que reducía la compensación por IT y aumentaba el control sobre la misma, se produjeron descensos de la IT de un 17% en las Incapacidades temporales de duración entre 0 y 10 días (que eran las que se veían económicamente afectadas) y un incremento de las Incapacidades temporales mayores a 10 días de un 19%⁽³³⁷⁾.

En España, también se realizaron estudios similares a este estudio italiano, a raíz de las reformas legislativas de 2012 y se ve como hay un aumento del índice de absentismo desde 2009 (índice de absentismo por IT de 2,9) a 2012 (índice de absentismo de 3,4) y un descenso brusco de este índice en 2013 (2,2) en personal de la Universidad de Extremadura, en bajas de duración inferior a 15 días⁽³³⁸⁾.

Otro estudio realizado en Finlandia, tras el cambio legislativo de 2012 por el que se obligaba a los empresarios a comunicar a los servicios de salud ocupacional el regreso al trabajo de empleados con largas IT (> 30 días), comprobaron que tras la intervención de los servicios de salud ocupacional, el retorno mantenido en el trabajo aumentó un 4% y disminuyó la incidencia de IT en un 5%⁽³³⁹⁾.

En muchos estudios se pone de manifiesto que a mayor generosidad del sistema de prestaciones por IT, hay mayor frecuencia de IT en los mismos^(150,340). Algunos autores, partiendo del hecho de que la generosidad del sistema de prestaciones de la IT y el menor control sobre las mismas influye en un mayor número de IT en los países en los que esto ocurre, demostraron, tras el análisis de 21 países europeos durante el período 1992-2011 que esto ocurre en la IT a corto plazo, pero no en la IT a largo plazo, en los que este efecto se pierde⁽³⁴¹⁾. Estos mismos autores concluyen en que no ha sido bien estudiado el efecto que producen los funcionarios de los sistemas de

seguros sociales, encargados de controlar la IT y que posiblemente la diferencia encontrada en estos países pueda deberse también al control sobre la misma⁽³⁴¹⁾.

En otros estudios realizados a nivel europeo, también se ha visto que las reformas realizadas en el pago de la IT en muchos países han tenido efectos contradictorios, como ha ocurrido en Bélgica en el que se aumentaron los días de pago del salario por parte del empresario, creyendo que se iba a conseguir un mejor control y el efecto fue al contrario en los dos primeros años⁽¹³⁶⁾.

En relación con la legislación en cada país de la IT, es importante destacar el papel que representan los médicos prescriptores de la IT, que ha sido estudiado en muchas investigaciones. Destacan los trabajos de Welsh et al (2012, 2014) que analizan por un lado la influencia del médico de Atención Primaria sobre todo en el retorno al trabajo del paciente en IT, en función de las recomendaciones que plantea en los informes que emite para los empleadores (la llamada “nota de ajuste”) que se utiliza en algunos países europeos y en Estados Unidos. Esta nota de ajuste, que no necesariamente tiene que ser acatada por el empresario, se puede dictar en función de 4 opciones: retorno gradual al trabajo, ajuste de número de horas de trabajo, modificaciones en algunos derechos del trabajador (horario, vacaciones, descansos...) o cambio en las condiciones del puesto de trabajo. Se ha visto que el uso de esta “nota de ajuste” ha favorecido el retorno más temprano al trabajo en caso de IT, pero a pesar de estas reformas realizadas en algunos países, los médicos de familia, aún la siguen viendo con escepticismo^(342,343).

En muchos países a los médicos de Atención Primaria no les gusta el papel asignado de prescripción, mantenimiento y finalización de la IT, por lo que se ha investigado si sería posible extender esta tarea a otros profesionales no médicos (enfermeros y fisioterapeutas), como una posible reforma legislativa de la IT. En este sentido, las encuestas realizadas a estos profesionales, ponen de manifiesto que los médicos generales, no quieren que otros profesionales puedan prescribir la IT, alegando que ellos tienen un conocimiento más holístico de la enfermedad. En todo caso, argumentan que enfermería podría gestionar los casos de IT menos complejos, pero siempre bajo la supervisión de ellos. Los enfermeros argumentan que ellos tienen

más tiempo para dedicárselo a los pacientes en IT, que los médicos de primaria, por lo cual podrían realizar una mejor gestión; los fisioterapeutas argumentan que en el caso de trastornos musculoesqueléticos ellos están más preparados y conocen mejor la evolución clínica de los pacientes y las posibilidades del retorno al trabajo, en condiciones óptimas y que podrían compartir esta función con los médicos de familia, descargando a estos en su trabajo⁽³⁴³⁾.

Otros factores socioeconómicos

En estudios realizados con **población inmigrante** se ha comprobado que los períodos de IT, predicen, más que otros factores, el riesgo de nueva IT, sobre todo por problemas musculoesqueléticos, mayor riesgo de desempleo, de pérdida de ingresos y de futuras pensiones por enfermedad⁽⁹⁰⁾.

En algunos estudios se ha comparado el riesgo de IT por accidente de trabajo en la población inmigrante, siendo este más alto, que la población nativa en la industria, pero sin embargo, más bajo en la construcción, el comercio y la hostelería⁽³⁴⁴⁾.

En general, en otros estudios se pone de manifiesto la mayor morbilidad y la mayor tasa de IT en inmigrantes no occidentales, es decir, de fuera de Europa, que entre los inmigrantes europeos y los nativos europeos, posiblemente relacionada con un nivel educativo más bajo y peores condiciones laborales⁽³⁰²⁾.

También se ha analizado si hay una relación entre la **compensación por otros seguros** en caso de enfermedad o accidente y su influencia en la incidencia y duración de la IT. Este tema ha sido más estudiado en el caso de accidentes de tráfico, tanto conductores como ocupantes. En estos casos se ha visto un incremento en la duración de la IT, sobre todo si partían de situación previa en IT, anterior al accidente, que depende lógicamente de la gravedad y lesiones producidas en el accidente de coche. Pero en el caso del síndrome de fatiga cervical, el aumento de la duración de la IT es mayor, independientemente de la gravedad del mismo, ya que en muchos casos, no ha sido necesaria ni siquiera la atención hospitalaria de estos pacientes^(345,346).

No se ha podido demostrar en los estudios que la compensación económica que conlleva sobre todo el esguince cervical se correlacione con la cronicidad de los síntomas del mismo, siendo los estudios realizados contradictorios⁽³⁴⁷⁻³⁵⁰⁾. Lo que sí se ha podido constatar es que esta compensación económica influye en la duración de la IT por este motivo⁽³⁵¹⁾.

Otro de los aspectos analizados en nuestro país, debido a la doble existencia en la **gestión y control de la IT** entre el sistema público de prestaciones, sanitarias y económicas (SPS y sistema de la Seguridad Social) y sistemas privados sin ánimo de lucro (Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social) y si entre estos dos sistemas de control y gestión de la IT hay diferencias, sobre todo en cuanto a la duración media de la misma.

La mayoría de los trabajos publicados hasta ahora en España, en relación con este tema, han sido realizados por las MCSS y en ellos se ha puesto de manifiesto que encuentran una diferencia, en términos de duración menor de la IT, si la gestión es realizada por una mutua, que si la gestión la realiza el SPS o el INSS en su caso^(59,352). Lo que no han podido comprobar es si existen diferencias entre las diferentes mutuas, por no estar estos datos registrados específicamente y porque los trabajadores pueden cambiar de mutua en el transcurso de su baja laboral, lo cual puede contaminar los resultados⁽³⁵²⁾.

Y para concluir este apartado se analiza la posible relación de la **zona geográfica** con la IT. Este factor es el que constituye la principal hipótesis de esta tesis, partiendo de la base de la división territorial actualmente vigente en España.

En España una Comunidad Autónoma es una entidad territorial que, dentro del ordenamiento jurídico constitucional español, está dotada de autonomía, con instituciones y representantes propios y determinadas competencias legislativas, ejecutivas y administrativas. Actualmente hay 17 CCAA y dos ciudades autónomas (Ceuta y Melilla)

Las poblaciones más jóvenes se encuentran en las islas, Andalucía y Cataluña, mientras que las poblaciones más envejecidas corresponden a Asturias, Galicia y Castilla-León⁽³⁵³⁾.

Con respecto a la renta per cápita, destacan el PIB de la Comunidad de Madrid, País Vasco y Navarra, que se encuentran por encima de la media de la Unión Europea, mientras que Andalucía, Extremadura y Melilla, presenta la renta per cápita más baja de todo el país⁽³⁵³⁾.

La tasa de paro más elevada corresponde a las ciudades autónomas de Melilla, Ceuta y Extremadura, mientras que la Comunidad Foral de Navarra y País Vasco son las comunidades que mejores porcentajes presentan. En todas las CCAA estas cifras son mucho más elevadas en mujeres y en la población extranjera. También son más altas en los jóvenes menores de 25 años⁽³⁵³⁾.

La tasa de empleo más elevadas se encuentra en los hombres en Baleares y Madrid, mientras que las mujeres de Melilla, Extremadura y Ceuta presentan las tasas más bajas⁽³⁵³⁾.

Hay algunos estudios que analizan esta relación entre la IT y la zona de residencia del trabajador. A nivel internacional se ha visto que la diferencia fundamental entre la IT de una zona a otra, dentro del mismo país, con una regulación legislativa similar, es debida, entre otros factores, al papel que desempeña el médico que certifica la IT, si bien, es difícil poder atribuir simplemente a este hecho la diferencia encontrada⁽³⁰⁵⁾.

Se ha visto que los médicos más estrictos, en cuanto a la emisión de certificados de IT, también tienen menos pacientes en su cupo, lo cual puede distorsionar los resultados. En general, todos los médicos se vuelven menos estrictos con la edad y las doctoras son más estrictas, que los médicos masculinos⁽³⁰⁵⁾.

Incluso algunos autores hablan de la intervención yatrogénica del médico prescriptor de la IT, considerando que no todos los médicos están familiarizados con los entornos de trabajo que rodean al trabajador y pueden prescribir una IT por desconocimiento de la posible compatibilidad o incompatibilidad de la patología del paciente con las tareas realizadas en su puesto de trabajo, por lo que abogan por el establecimiento de Guías de Actuación que favorezcan la uniformidad de criterios entre los médicos de diferentes regiones o localidades⁽²⁴⁵⁾.

En relación con estudios realizados en nuestro país, se ha puesto de manifiesto una diferencia entre la IT en las distintas CCAA en España,

tanto en la incidencia, como en la duración media⁽²⁾. Hay estudios que demuestran un mayor índice de absentismo por IT en las zonas más industrializadas de nuestro país (País Vasco y Navarra)^(12,354,355). Para algunos de estos autores la región o CCAA no influye en la duración media de la IT, aunque sí se observan zonas con bajas de mayor duración como Asturias y Galicia, cuya IT por contingencias comunes presenta una duración media de 39 y 36 días respectivamente, frente a los 27 días de Navarra⁽¹²⁾.

Para otros autores sí existen diferencias en las duraciones medias encontradas en sus estudios de la IT por CCAA en España, catalogando de “llamativas” las diferencias que reflejaron sus datos, con la menor duración de las bajas en Navarra, Aragón o La Rioja y la mayor duración en Asturias, Extremadura o Galicia, unas diferencias que a priori, entienden los autores, no debían producirse, dado que, la regulación legal de la IT y los procedimientos de gestión son los mismos en todas las CCAA⁽³⁵⁶⁾.

En cambio, si se analiza las diferentes regiones sanitarias, dentro de una misma Comunidad Autónoma, no se encuentran estas diferencias⁽³²⁴⁾.



Haciendo muñecas en Irán (Autora: Victoria Rivas Bustos)

4. MARCO EMPÍRICO

4.1. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Como se ha podido comprobar a lo largo de esta exposición teórica, la propia naturaleza de la IT constituye un fenómeno complejo, con origen multifactorial y cuyo resultado influye en la salud y en el comportamiento laboral del trabajador, con importantes repercusiones sanitarias y económicas, que afectan tanto a la productividad de las empresas, como al conjunto del país.

Por ello, se hace necesario conocer estas circunstancias en relación con la IT en España, incidiendo en la división territorial y política existente en nuestro país, es decir, en las 17 CCAA y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Este proyecto de investigación se centra en el análisis de diversos factores que influyen en la incapacidad temporal en España en 2019. No se ha realizado el análisis de la IT en 2020, porque debido a la pandemia por el virus SARS-Cov-2, fue un año atípico y sus resultados no son representativos de la tendencia de la IT.

La pertinencia de esta investigación viene dada por las siguientes razones:

1. Es una demanda creciente por parte de colectivos relacionados con la incapacidad laboral, la realización de un mapa que describa la situación actual de la incapacidad temporal en España.
2. No hay ningún trabajo a nivel nacional, abarcando la totalidad de la IT, donde se describa y estudien las interacciones de variables individuales, laborales, socioeconómicas y de salud.
3. Es imprescindible conocer los factores que puedan influir en la incapacidad temporal para poder realizar un adecuado control, ya que es un problema de salud, económico y social.
4. El análisis de las diferentes variables que influyen en la IT puede permitir acciones que disminuyan el gasto derivado de esta prestación de la Seguridad Social.

5. El conocimiento de los factores y comportamiento de la IT en España permitirá hacer un estudio futuro comparativo a nivel internacional que hoy es imposible realizar.

Al realizar el estudio descriptivo de la IT por CCAA en 2018⁽²⁾, se encontraron diferencias entre las distintas CCAA, especialmente en la incidencia y en la duración media de esta. Además, entre las distintas CCAA existen diferencias en múltiples variables: población, renta per cápita, nivel de desempleo, gasto en salud, número de médicos, etc. y se quiere comprobar si las diferencias encontradas en la IT se encuentra relación con algunos de estos factores o son simplemente diferencias provocadas por el azar.

Para ello, en la primera parte de la investigación se ha realizado una revisión teórica del tema, con la literatura existente tanto a nivel nacional, como internacional.

En segundo lugar, se realiza un estudio descriptivo de las principales variables sociales y económicas, así como una descripción de la IT en 2019 en las diferentes CCAA y Ceuta y Melilla.

En una tercera fase se analizan si las diferencias encontradas en las distintas CCAA son significativas desde un punto de vista estadístico, para posteriormente realizar un análisis de correlación entre algunas de las variables económicas y sociales y su posible asociación con la incapacidad temporal.

4.1.1. Hipótesis de investigación

La hipótesis nula (H_0) es que no existen diferencias significativas entre las principales variables relacionadas con la incapacidad temporal en las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas de España.

La hipótesis alternativa (H_1) de este proyecto de investigación sería que sí existen diferencias significativas en la IT entre las distintas regiones y que hay correlación entre estas variables y diferentes factores económicos y sociales.

4.1.2. Objetivo general

El objetivo general sería realizar una descripción de la incapacidad temporal en España en el año 2019, desglosada en Comunidades y Ciudades Autónomas, que permita obtener un “mapa de la incapacidad temporal”.

4.1.3. Objetivos específicos

1. Analizar las diferencias más destacadas que existen en los principales indicadores de la IT y su relación con tasa de desempleo y nivel de renta per cápita.
2. Estudiar la asociación entre número de médicos y la tasa de trabajadores en IT y la duración de esta.
3. Valorar si la duración media de la IT de los trabajadores controlados por el INSS tiene relación con la calidad del sistema sanitario público
4. Estudiar las diferencias por género y si las diferencias entre hombres y mujeres es significativa.
5. Ver la relación de la edad del trabajador con distintas variables de la IT.
6. Comparar los distintos indicadores de la IT entre trabajadores asalariados y autónomos.
7. Profundizar en el estudio de la IT derivada de contingencias comunes y contingencias profesionales.
8. Analizar si existen diferencias en relación con la Entidad Gestora, principalmente entre INSS y Mutuas.
9. Investigar la relación existente en la IT según el nivel ocupacional del trabajador y la actividad económica de la empresa.
10. Estudiar la posible asociación entre la IT y la pertenencia del trabajador al sistema laboral público o privado.
11. Relacionar la IT con el tipo de contrato del trabajador.
12. Realizar un análisis de algunos factores económicos relacionados con la IT.
13. Comparar los principales indicadores de la IT entre los años 2018 y 2019.

4.2. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

4.2.1. Metodología

El diseño de esta investigación tiene como eje central el análisis y la descripción de diferentes variables de la IT, fundamentalmente género, edad, tipo de afiliación a la Seguridad Social, contingencia, Entidad Gestora, Capítulos Diagnóstico del proceso IT, nivel ocupacional, actividad económica de la empresa, sector laboral, tipo de contrato y costes económicos.

Para el análisis de las estadísticas relacionada con la IT se han utilizado las bases de datos disponibles en el Instituto Nacional de Seguridad Social, publicadas periódicamente en su página web (<http://www.seg-social.es>) correspondientes a 2019, y otras bases de datos, extraídas directamente de la explotación de programas de uso habitual en la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas, sobre todo el programa Analítica IT (Microstrategy ®) y el aplicativo ATRIUM (Aplicativo de Trabajo Integrado de Unidades Médicas).

Los datos relacionados con las variables socioeconómicas se han obtenido del Instituto Nacional de Estadística, disponibles en su página web (<https://www.ine.es>).

Los datos de las variables relacionadas con el sistema sanitario proceden de las estadísticas oficiales del Ministerio de Sanidad (<https://www.mscbs.gob.es>), del Colegio General de Médicos (<https://www.cgcom.es>) y de otros informes independientes⁽³⁵⁷⁾.

4.2.1. Población de estudio

Todos los trabajadores de España afiliados a cualquiera de los regímenes de Seguridad Social, de edades comprendidas entre los 16 y 65 años o más, durante el año 2019. El total es de 19.877.495 personas (10.634.079 hombres y 9.243.416 mujeres)

Se han excluido del estudio los trabajadores pertenecientes a las diferentes mutualidades de funcionarios existentes en España, cuya gestión y control de la IT, no corresponde ni a los SPS, ni a los inspectores del INSS. Estos funcionarios son los concernientes a la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), personal de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) y los correspondientes a la Mutualidad de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

Se han estudiado todos los procesos de duración superior a 3 días en IT, ya que los de duración igual o inferior no se incluyen en muchos casos en las estadísticas oficiales, porque no necesitan el parte de baja para no asistir al trabajo, bastando con la certificación del trabajador. Se incluyen todos estos procesos hasta el máximo de duración, que corresponde a 545 días en IT.

El total de la muestra analizada es de 6.543.307 trabajadores en IT correspondientes al año 2019, repartidos en las diferentes CCAA.

La unidad de análisis ha sido la Comunidad o Ciudad Autónoma de España.

4.2.2. Definición de las variables

Variable dependiente

Trabajadores en situación de incapacidad temporal.

Se incluyen en el estudio todos aquellos trabajadores en situación de Incapacidad Temporal, de duración igual o menor a 545 días durante el año 2019.

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLES INDIVIDUALES

- **Edad:** trabajadores comprendidos entre los 16 y 65 años y más, divididos en tramos de edad: 16-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56-65 y >65 años.
- **Género:** hombres y mujeres cotizantes a la Seguridad Social, por algún régimen de esta.

VARIABLES SOCIOECONÓMICAS.

- **Renta per cápita:** indicador económico que mide la relación entre un determinado nivel de renta de un territorio y su población. Se obtiene al dividir el producto interior bruto (PIB) de ese territorio, entre los habitantes y es un indicador de la riqueza de esa zona. El PIB que se utiliza es el PIB nominal, basado en los precios vigentes de bienes y servicios en ese momento del análisis⁽³⁵⁸⁾:

$$PIB\ pc = \frac{PIB}{Población}$$

- **Tasa de empleo:** mide el cociente entre el número de personas trabajadoras comprendidas en el rango de edad desde los 16 años hasta los 64 años, y la población total que comprende el mismo rango de edad (Población en edad de trabajar (PET)). Mide tanto a los trabajadores por cuenta ajena, como autónomos⁽³⁵⁹⁾:

$$Tasa\ de\ empleo = \frac{Número\ de\ ocupados}{Población\ mayor\ o\ igual\ de\ 16\ años}$$

- **Tasa de desempleo:** también conocida como tasa de paro, mide el nivel de desocupación en relación con la población activa. Es la parte de la población que estando en edad,

condiciones y disposición de trabajar (población activa), no tiene puesto de trabajo. Su fórmula de cálculo es la población de 16 años y más que no está trabajando y busca trabajo, dividido entre la población económicamente activa de 16 años y más, esto es, ocupados más desocupados⁽³⁶⁰⁾:

$$\text{Tasa de desempleo} = \frac{\text{Nº de desempleados}}{\text{Población activa}} \times 100$$

- **Bases de cotización** media por trabajador y año: obtenida a partir de las medias de las bases de cotización mensual en cada CCAA en 2019.

Variables relacionadas con el sistema sanitario

- **Médicos colegiados:** número de médicos por cada cien mil habitantes, en cada CCAA
- **Recursos sanitarios:** gasto sanitario per cápita (euros), camas hospitalarias por mil habitantes, médicos de Atención Especializada por mil habitantes, enfermeros de Atención Especializada por mil habitantes, médicos de Atención Primaria por mil habitantes y enfermeros de Atención Primaria por mil habitantes.
- **Calidad de los servicios sanitarios públicos:** estos resultados se han obtenido a partir del informe elaborado anualmente por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública correspondiente al año 2019⁽³⁵⁷⁾. Se ha realizado teniendo en cuenta los siguientes ítems, todos ellos utilizados en las valoraciones de los sistemas sanitarios mundiales por la OCDE, OMS, Eurostat, HAQI (The Lancet) e indicadores claves del Sistema Nacional de Salud:
 - a) *Recursos, financiación y funcionamiento*
 - b) *Política farmacéutica*
 - c) *Valoración de los ciudadanos*
 - d) *Listas de espera*
 - e) *Privatización del sistema*

Variables relacionadas con la salud

- **Capítulo Diagnóstico** de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, en vigor desde enero de 2016 en nuestro país.
- **Contingencias comunes:** todos aquellos procesos de IT producidos por una enfermedad común o un accidente no laboral.
- **Contingencias profesionales:** aquellos procesos de IT producidos por un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Variables relacionadas con el nivel ocupacional

- Clasificación Nacional de Ocupaciones, CNO-11, basada en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones CIUO-08, elaborada por la Organización Internacional del Trabajo⁽³⁶¹⁾.
- Se excluyen las ocupaciones militares (Grupo 0) porque la incapacidad temporal acaecida en estos trabajadores no es gestionada ni controlada por el SPS, ni por el INSS.
- Para este estudio se ha utilizado la CNO en el nivel 1 de agregación, es decir el que incluye los grandes grupos ocupacionales (Grupo 1 al Grupo 9).

Variables relacionadas con la actividad económica de la empresa

- Basada en la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE) que es un sistema de numeración que tiene por finalidad agrupar y clasificar todas las unidades productoras según la actividad económica que desarrollan. La usada es la CNAE 2009.
- A cada unidad se le asigna un código numérico que es lo que se llama Código CNAE (tiene 4 dígitos). El nivel de desglose utilizado en este estudio es el 1 (CNAE_1), es decir, el que incluye los grandes grupos que la integran (Grupos A al Grupo U).

Variables relacionadas con la Entidad Gestora o Mutua

- **Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS):** Entidad Gestora de la Seguridad Social, con personalidad jurídica propia, adscrita al Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones a través de la Secretaría de Estado de Seguridad Social y Pensiones, que tiene encomendada la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social, el reconocimiento del derecho y el pago de prestaciones, en su modalidad contributiva⁽³⁶²⁾.
- **Instituto Social de la Marina (ISM):** entidad de derecho público con personalidad jurídica propia, de ámbito nacional que actúa bajo la dirección y tutela del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, adscrita a la Secretaría de Estado de Seguridad Social y Pensiones. Entre otras competencias se incluye la gestión, administración y reconocimiento del derecho a las prestaciones del Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar, así como la asistencia sanitaria de los trabajadores del mar y sus beneficiarios dentro del territorio nacional⁽³⁶²⁾.
- **Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS):** una mutua es una asociación de empresarios sin ánimo de lucro que colabora con el sistema de Seguridad Social en la gestión de importantes prestaciones del sistema, como son las contingencias profesionales, la incapacidad temporal o el cese de actividad de los trabajadores autónomos. Gestionan recursos y servicios públicos, lo cual hace que la dirección y tutela corresponda a la Administración del Estado, a través de la Secretaría de Estado de Seguridad Social y Pensiones y sus organismos adscritos, configurándose como una fórmula de colaboración mixta público-privada. Actualmente existen 19 MCSS en España⁽³⁶³⁾.

Variables relacionadas con tipo de afiliación del trabajador al sistema de la Seguridad Social

- **Trabajador asalariado:** según el Diccionario de la Real Academia un asalariado es una persona que trabaja contratado por una empresa a cambio de un salario o sueldo. En este

estudio se consideran como tales a todos los afiliados al sistema de Seguridad Social, por cualquier Régimen de esta, excepto los pertenecientes al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, pudiendo desempeñar su actividad laboral en una empresa o en una administración, pública o privada.

- **Trabajador autónomo:** es el trabajador que realiza su actividad laboral por cuenta propia y cotiza por el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social.

Variables relacionadas con el sector laboral público o privado

- **Sector público:** el sector público es el conjunto de organismos e instituciones que son manejados directa o indirectamente por el Estado. Pertenecen a este sector todos los trabajadores que realizan su actividad laboral en las instituciones, organizaciones y empresas pertenecientes al Estado, las Comunidades Autónomas o Entidades Locales⁽³⁶⁴⁾.
- **Sector privado:** el sector privado de la Economía está constituido por las empresas, organizaciones y entidades, entre otras, que pertenecen a particulares. Los trabajadores que realizan su actividad en estas empresas, son los que se consideran trabajadores del sector privado económico⁽³⁶⁵⁾.

Variables relacionadas con el tipo de contrato⁽³⁰⁾

- **Contrato temporal:** el suscrito por trabajadores contratados por un período de duración determinada o para la realización de una obra o servicio determinados. Incluye modalidades de contratación tales como: contrato temporal de fomento del empleo, en prácticas, para la formación, por obra o servicio, por circunstancias de la producción, etc.
- **Contrato indefinido:** el suscrito por trabajadores contratados por tiempo indefinido. Se incluyen los trabajadores fijos discontinuos en sus períodos de actividad laboral.
- **Contrato a tiempo parcial:** el suscrito por aquellos trabajadores que realizan menos de 2/3 de la jornada habitual de trabajo.

- **Contrato a tiempo completo:** el suscrito por trabajadores que realizan más de 2/3 de la jornada de trabajo habitual en la actividad a la que se dedica el centro.

Variables relacionadas con el alta del proceso de IT

- **Alta por inspección médica:** se refiere al número de altas emitidas por los inspectores pertenecientes al SPS en los primeros 365 días de incapacidad temporal.
- **Propuesta de invalidez:** corresponde a aquellas altas que emiten antes del día 365, los inspectores del SPS, médicos de Atención Primaria o médicos adscritos a las Mutuas o al Instituto Social de la Marina, proponiendo al Equipo de Valoración de Incapacidades del INSS, la valoración de una posible incapacidad permanente. No todas las altas emitidas por este concepto acaban finalmente en una incapacidad permanente, ya que su propuesta no es vinculante para el EVI, por lo que, si esto no ocurre, el paciente vuelve de nuevo a la situación de incapacidad temporal de la que partía la propuesta.
- **Agotamiento de plazo:** se refiere a las altas que se producen por agotamiento de 12 meses, sin que exista un parte de alta por parte del médico de familia de “alta control INSS 365 días” y sin una resolución expresa del EVI.
- **Incomparecencia:** son altas que se emiten cuando el trabajador no acude, ni justifica al reconocimiento del médico de familia, inspector médico del SPS o inspector/evaluador médico del INSS.
- **Control INSS- 365 días:** son las altas emitidas por los médicos del SPS, próximo al agotamiento de 12 meses, porque ya no tienen competencia en el control de esa incapacidad temporal, siendo obligatoria la valoración por parte del INSS en el día 365.
- **Nacimiento y cuidado del menor:** cuando una embarazada se encuentra en situación de IT y se produce el parto o cesárea. Pasa directamente a cobrar la prestación por nacimiento o cuidado de hijo, suspendiéndose temporalmente la IT por el tiempo que dure esta.

- **Alta Unidades Médicas:** son las altas propuestas por los médicos (inspectores o evaluadores) pertenecientes a las Unidades Médicas del INSS, que son aceptadas por el EVI con resolución expresa del Director Provincial del INSS a partir del día 366 de baja.
- **Alta Ley de Medidas:** son las altas que se producen tras la resolución de alta del DP a partir del día 365, en las que el trabajador ha presentado su disconformidad ante la inspección del SPS y dicha inspección ratifica el alta emitida por el INSS
- **Alta Inspección INSS:** son las altas emitidas por los inspectores médicos del INSS a un trabajador en IT con duración inferior a 366 días.
- **Propuesta de IP al INSS:** son las altas que emiten los inspectores médicos del INSS, proponiendo al EVI una incapacidad permanente en trabajadores con duración de IT inferior a 366 días.

Variables relacionadas con la región geográfica

- **Comunidad Autónoma:** Andalucía, Aragón, Principado de Asturias, Islas Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla- La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Comunidad de Madrid, Región de Murcia, Comunidad Foral de Navarra, La Rioja, Comunidad Valenciana y País Vasco.
- **Ciudad Autónoma:** Ceuta y Melilla.

4.2.3. Indicadores de incapacidad temporal⁽³⁰⁾

- **Incidencia media:** hace referencia al número de procesos registrados como iniciados en el periodo, con relación a la población protegida media. Se calcula dividiendo el número medio mensual de procesos iniciados, entre la población media protegida en el año. Al resultado se le multiplica por 1.000.
- **Prevalencia media:** hace referencia al número de procesos registrados como en vigor, con relación a la población

protegida, ambos considerados al final del periodo. Se calcula dividiendo el número de procesos en vigor, en situación de baja al final del periodo, entre la población protegida al final del mismo. Al resultado se le multiplica por 1.000.

- **Tasa de IT:** número de trabajadores en incapacidad temporal por cada 1000 trabajadores afiliados, en relación con género, tramos de edad y CCAA, nivel ocupacional y actividad de la empresa.
- **Duración media:** hace referencia a la duración, en días, de los procesos de los que se ha registrado el alta. Se calcula dividiendo el número total de días de baja de los procesos cuya alta es conocida y se haya producido en el año, entre el número total de dichos procesos. La duración media máxima considerada para cada proceso es de 18 meses, de conformidad con la normativa vigente.
- **Número de expedientes de IT finalizados en 2019:** hace referencia al número de expedientes cuya fecha de alta se ha producido en 2019 y han tenido relación con las Unidades Médicas del INSS. No se corresponde con el total de procesos de IT del año analizado, sino con aquellos que se encuentran en el aplicativo ATRIUM ®. Habla de la frecuencia de la IT.
- **Coste medio en IT:** hace referencia a los euros por día que cada trabajador supone al conjunto del sistema de la Seguridad Social. Se calcula por el coste total en IT por cada CCAA, dividido por el total de trabajadores en IT y por 365 días.

4.2.4. Análisis estadísticos

Se han analizado un total de 6.543.307 procesos de IT (total de regímenes, incluidos autónomos) correspondientes al año 2019, de los cuales 5.814.494 cursaron un proceso de IT por contingencias comunes y 728.813 por contingencias profesionales y han sido extraídos de las bases de datos del total del sistema de la Seguridad Social. De ellos, 685.752 expedientes corresponden a las bases de datos de las Unidades Médicas del INSS (583.118 trabajadores asalariados y 102.624 son trabajadores autónomos).

Para el procesamiento de los datos se ha usado el programa Excel ®, edición 2010.

Se han analizado los siguientes parámetros: **medidas de tendencia central** (media, mediana y moda), **medidas de dispersión** (desviación estándar, varianza de la muestra y rango) y **medidas de posición** (curtosis y coeficiente de asimetría), con un nivel de confianza del 95% de la media.

El contraste de hipótesis se ha realizado mediante el **estadístico F de Fisher-Snedecor** que compara las varianzas de dos muestras, con un valor de significación estadística de $p < 0,05$, nivel de confianza del 95%

Para el análisis de las relaciones entre dos variables, se ha utilizado el **coeficiente de correlación de Spearman**, con un nivel de confianza del 95%.

4.2.5. Autorizaciones

El Comité de Ética de Investigación Provincial de Málaga, en su sesión correspondiente al día 26/03/2020, consideró el proyecto de investigación presentado por la doctoranda Matilde Leonor Alba Jurado, ética y metodológicamente correcto (Anexo 5)

La Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS con fecha 04/04/2019 autorizó a la doctoranda para el uso y explotación de los datos (Anexo 5)

4.2.6. Aspectos éticos

Todos los datos utilizados en este trabajo de investigación son anónimos. En ningún momento del estudio ni el investigador principal, ni las directoras de la tesis tienen acceso al nombre, apellido, número de DNI o de afiliación del trabajador, ya que son datos agregados, desglosados por CCAA.

Además, este proyecto se ha realizado siguiendo las directrices de la Declaración de Helsinki (Fortaleza 2013) y de las Normas de Buenas Prácticas Clínicas y los datos de carácter personal se han tratado según el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos y a la libre circulación de estos datos.

4.3. RESULTADOS

4.3.1. Datos socioeconómicos

En este apartado se describen algunas de las variables fundamentales a nivel socioeconómico en las distintas regiones de España, con objeto de ver si existe alguna relación entre ellas y los resultados obtenidos en cuanto a los principales indicadores de la IT analizados.

Estos datos proceden de estadísticas oficiales, de dominio público y no han sido procesados por los investigadores (doctoranda y directoras) de este trabajo de investigación.

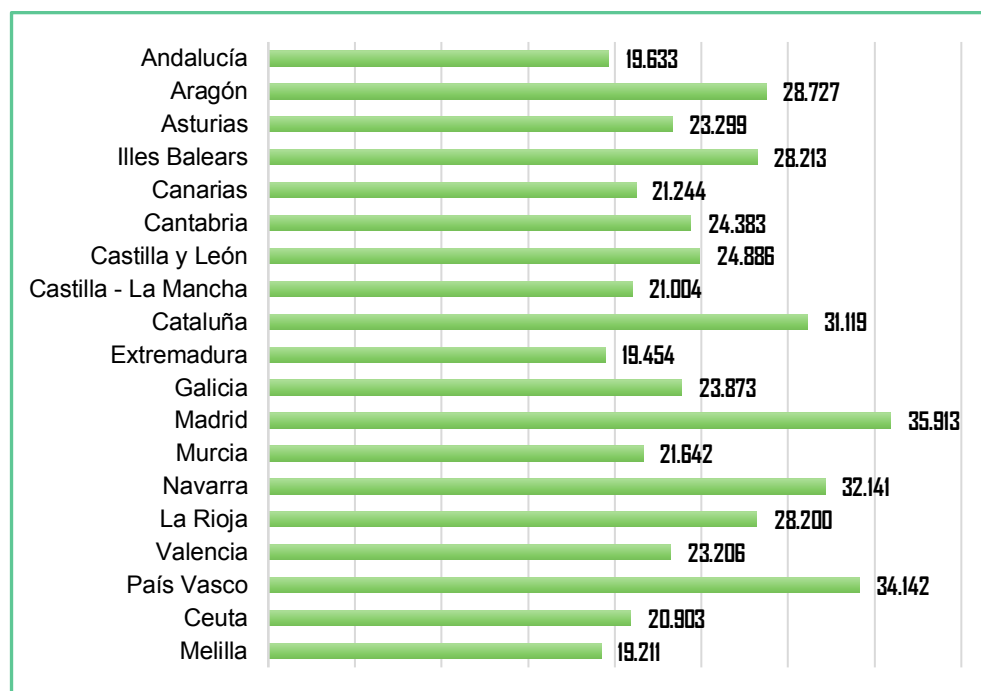
Se describe el nivel de renta per cápita en 2019 (PIB per cápita), la tasa de empleo, la tasa de desempleo o paro, los trabajadores protegidos por el Sistema de Seguridad Social, según pertenezcan al régimen de trabajadores por cuenta ajena (asalariados) o por cuenta propia (autónomos) y las bases de cotización media de los afiliados a la Seguridad Social en ese año.

Renta per cápita

La renta per cápita o PIB per cápita mide la relación entre el Producto Interior Bruto de un país o región y su población⁽³⁵³⁾.

Madrid es la comunidad de España con un PIB per cápita más alto (n=35.913) seguida de la comunidad del País Vasco (n=34.142) y Navarra (n=32.141). Melilla es la que menor renta per cápita tiene (n=19.211), seguida de Extremadura (n=19.454) y Andalucía (n=19.633), según se muestra en el Gráfico 1.

Gráfico 1. PIB per cápita (euros). Comunidades Autónomas. 2019

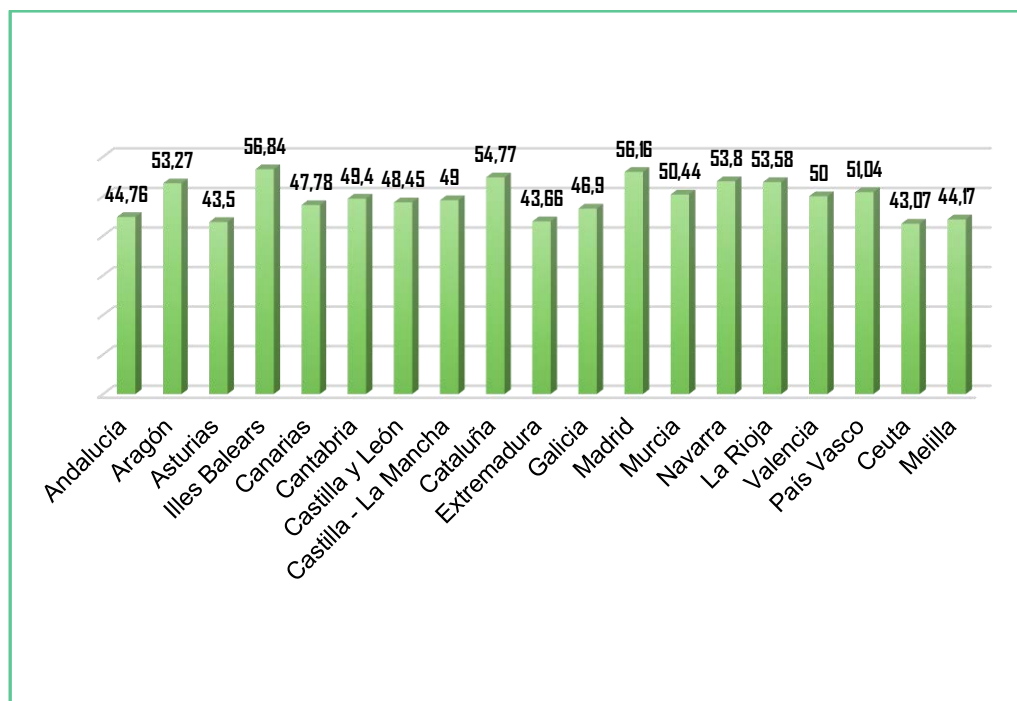


Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadística

Tasa de empleo

La tasa de empleo mide el porcentaje de población activa que se encuentra trabajando en relación con el total de la población de referencia⁽³⁵³⁾. Destacan con mayor tasa de empleo Islas Baleares (n=56,84), Madrid (n=56,16) y Cataluña (n=54,77). En cambio, las tasas más bajas se encuentran en Ceuta (n=43,07), Asturias (n=43,5) y Extremadura (43,66)(Gráfico 2).

Gráfico 2. Tasa de empleo (porcentaje). CCAA. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos del INE

Trabajadores por edad y género

En la Tabla 1 se representa el porcentaje de trabajadores, pero diferenciando la edad y el género, lo que nos ofrece una mayor información sobre el mercado laboral en cada región de España.

Como se puede observar el mayor porcentaje de población trabajadora, tanto hombres como mujeres, se concentra en el tramo de edad de 25 a 54 años (este tramo es más amplio que los restantes); el menor porcentaje se encuentra en el tramo de edad de 16 a 19 años. Con respecto a las diferencias por género y CCAA, el mayor porcentaje de trabajadores corresponde a los hombres en todas las Comunidades y en todos los tramos de edad, excepto en Ceuta y Melilla, en el tramo de edad de 20 a 24 años, en el que las mujeres superan en porcentaje a los hombres y en Cantabria en el tramo de edad de 16 a 19 años. La menor brecha de género se observa en Madrid, sobre todo en los tramos de edad de 16 a 19 años y de 20 a 24 años, y en el País Vasco (trabajadores de 20 a 24 años).

Tabla 1. Porcentaje de trabajadores por tramos de edad y género. 2019

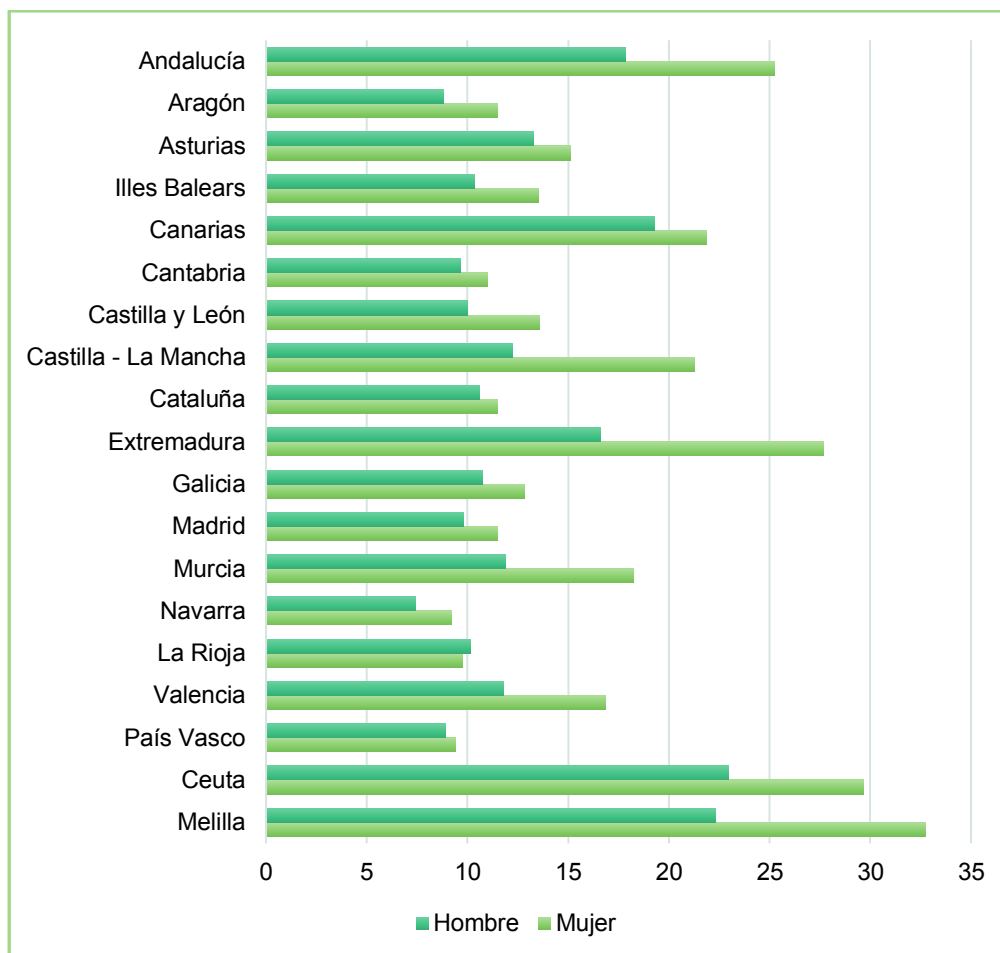
	De 16 a 19 años		De 20 a 24 años		De 25 a 54 años		Más de 55 años	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	8,13	4,76	35,95	27,40	74,89	58,25	26,56	15,78
Aragón	12,31	5,61	50,37	32,25	87,85	74,65	30,12	20,95
Asturias	4,63	5,98	36,09	26,52	75,25	67,1	22,36	18,13
Islas Baleares	12,59	9,34	52,71	44,98	83,47	63,92	32,87	24,47
Canarias	5,21	4,76	41,13	28,62	72,27	63,8	28,66	19,10
Cantabria	6,53	6,42	29,42	24,78	82,69	70,19	29,75	19,08
Castilla y León	10,72	6,81	41,31	29,97	84,09	70,01	28,86	18,86
Castilla-La Mancha	9,21	4,04	40,34	29,59	83,43	63,29	28,99	17,60
Cataluña	12,16	12,82	50,12	50,72	84,96	76,14	29,42	21,19
Extremadura	8,46	1,76	36,97	24,21	77,14	54,49	27,72	16,10
Galicia	7,14	3,96	36,54	29,84	80,58	72,82	23,52	17,81
Madrid	6,95	6,05	40,76	38,87	85,87	77,08	32,48	22,76
Murcia	12,61	4,97	46,60	32,58	80,34	62,17	31,12	18,49
Navarra	5,33	3,34	40,78	37,56	86,98	77,6	30,25	21,05
La Rioja	8,84	9,26	46,99	38,79	86,77	76,67	27,61	23,03
Valencia	12,73	6,67	43,60	33,38	82,88	67,36	28,26	18,33
País Vasco	7,47	5,82	38,33	36,50	85,92	80,31	25,63	20,17
Ceuta		10,17	15,89	35,77	71,63	51,25	37,12	20,17
Melilla		4,57	19,36	23,38	76,75	50,89	28,47	27,13

Elaboración propia a partir de datos del INE

Tasa de desempleo o paro

En el siguiente gráfico (Gráfico 3) se muestran los datos del paro en las diferentes Comunidades Autónomas. El paro femenino es mayor que el masculino (15,99 versus 12,45). Por comunidades las mayores tasas de paro las encontramos en Ceuta, Melilla, Extremadura y Andalucía.

Gráfico 3. Tasa de paro, por CCAA y género. 2019

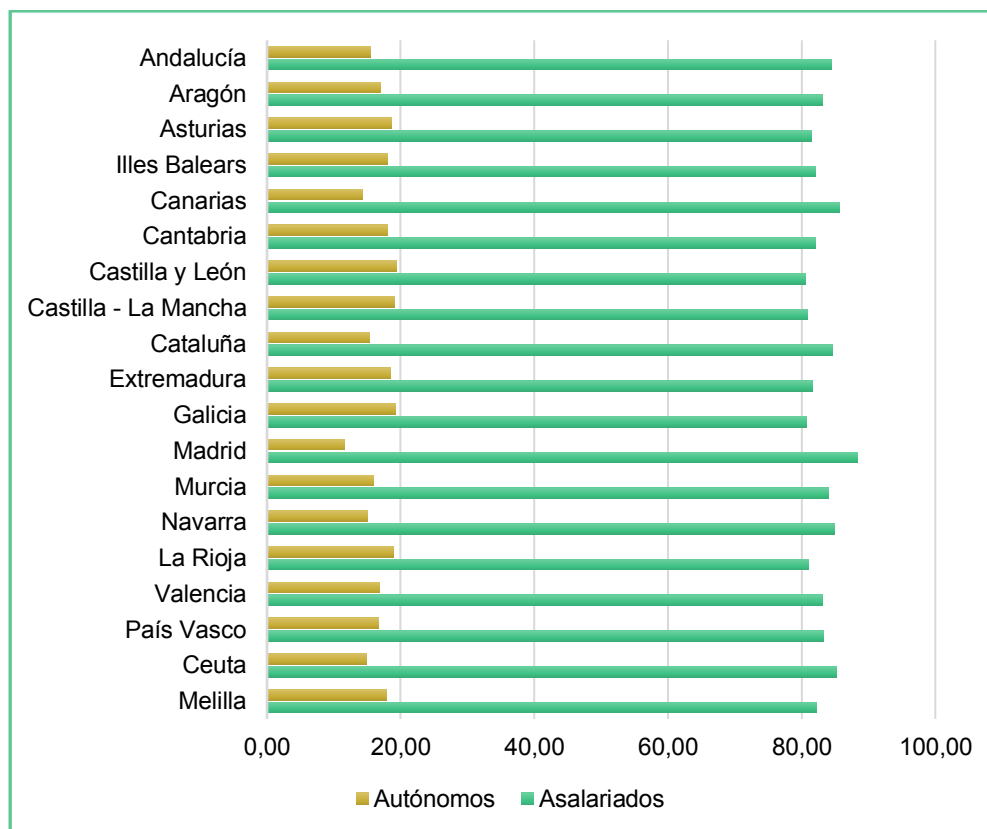


Elaboración propia a partir de los datos del INE

Trabajadores protegidos por el sistema de Seguridad Social

En el siguiente gráfico se representa el porcentaje de trabajadores protegidos por el sistema, teniendo en cuenta si trabajan por cuenta ajena o son autónomos. Más del 80% en todas las CCAA son trabajadores asalariados. La CCAA que mayor porcentaje presenta de autónomos es Castilla y León (n=19,40), seguida de Galicia (n=19,25). La de menor porcentaje de autónomos es la Comunidad de Madrid (n=11,64), seguida de Canarias (n=14,32) (Gráfico 4).

Gráfico 4. Porcentaje de trabajadores según régimen del sistema de Seguridad Social. 2019



Elaboración propia a partir de datos del INSS

Bases de cotización media

En la Tabla 2 se describen las bases de cotización media en euros de los trabajadores, correspondientes al año 2019. Como se puede observar en todas las CCAA las bases de cotización son más altas en los hombres que en las mujeres. De forma global las bases de cotización más alta corresponden al País Vasco (n= 2.223,05 euros), Navarra (n=2.071,49 euros) y Madrid (n=2.046,76 euros). Las más bajas se encuentran en Extremadura (n=1.540,51), Cantabria (n= 1.600, 38 euros) y Andalucía (n=1.622,68 euros).

La mayor diferencia entre hombres y mujeres se encuentra en el Principado de Asturias (486,63 euros) y la menor diferencia se encuentra en Melilla (49,03 euros)

Tabla 2. Bases medias mensuales de cotización (euros). Género. CCAA. 2019

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Andalucía	1777,52	1467,85	1622,68
Aragón	2014,28	1619,93	1817,1
Asturias	2089,55	1602,92	1846,23
Illes Balears	1914,17	1737,59	1825,88
Canarias	1658,87	1541,9	1600,38
Cantabria	1947,9	1572,9	1760,4
Castilla y León	1905,96	1558,25	1732,1
Castilla - La Mancha	1818,22	1534,43	1676,32
Cataluña	2167,42	1797,26	1982,34
Extremadura	1647,68	1433,34	1540,51
Galicia	1861,5	1549,78	1705,64
Madrid	2206,99	1886,53	2046,76
Murcia	1787,38	1459,01	1623,19
Navarra	2303,47	1839,51	2071,49
La Rioja	1962,43	1597,26	1779,84
Valencia	1841,41	1524,58	1682,99
País Vasco	2425,38	2020,73	2223,05
Ceuta	2062,79	1848,66	1955,73
Melilla	1848,79	1799,76	1824,27

Elaboración propia a partir de datos del INSS

4.3.2. Datos relacionados con el sistema sanitario

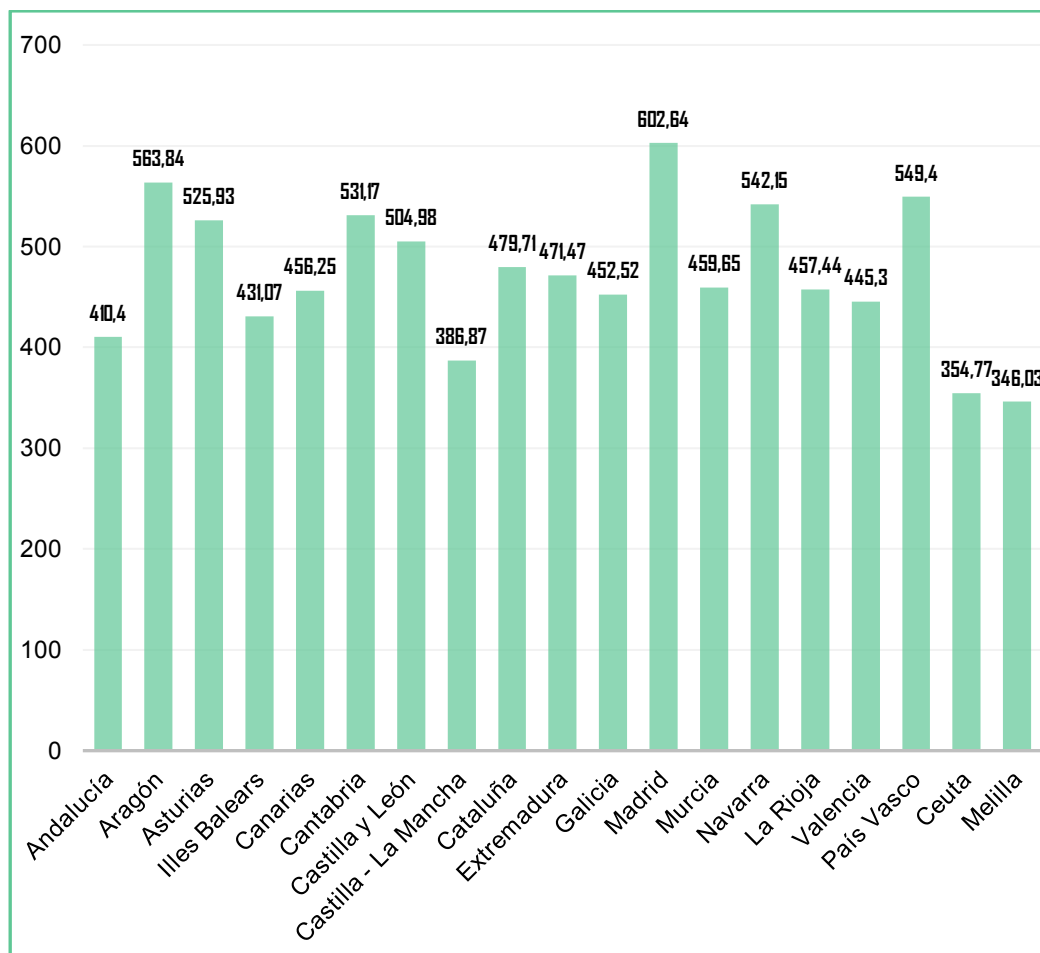
En este apartado se describen algunos de los ítems más importantes para el análisis del sistema sanitario de salud público de España, teniendo en cuenta la existencia de 17 sistemas de salud autonómicos y las posibles diferencias existentes entre los mismos.

Para ello se describe la tasa de médicos colegiados en cada CCAA, la diferencia en la calidad de los diferentes sistemas públicos de salud y la percepción que tienen los ciudadanos entre 15 y 65 años sobre su salud.

Tasa de médicos colegiados

La comunidad de Madrid es la que cuenta con un mayor número de médicos colegiados ($n= 602,64$), seguida de la comunidad de Aragón ($n= 563,84$) y el País Vasco ($n= 549,40$). Por el contrario, Melilla cuenta con el menor número de colegiados por cada 100.000 habitantes ($n= 346,03$) seguida de Ceuta ($n= 354,77$) y Castilla-La Mancha ($n= 386,87$). (Gráfico 5)

Gráfico 5. Tasa de médicos colegiados por 100.000 habitantes por CCAA. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos del Colegio General de Médicos

Recursos sanitarios

En la Tabla 4 se muestran los principales recursos sanitarios públicos disponibles en las CCAA durante 2019. Como se puede observar el mayor gasto sanitario per cápita se encuentra en Asturias ($n=1.717,49$ €), seguido de Navarra ($n=1.688,24$ €) y el gasto más bajo se encuentra en Andalucía ($n=1.235,17$ €). Respecto al número de médicos de Atención especializada, las cifras más altas se encuentran en Navarra y País Vasco ($n=2,6$) y las más bajas en Andalucía ($n=1,59$). En cuanto al número de médicos de Atención primaria, la cifra más alta se encuentra en Castilla y León ($n=1,11$) y la más baja en Islas Baleares ($n=0,62$).

Tabla 3. Recursos sanitarios de las CCAA. 2019

	Gasto sanitario per cápita (€)	Camas hospitalarias/ 1000 hab.	Médicos A. Especializada/ 1000 hab.	Enfermeros A. Especializada/ 1000 hab.	Médicos A. Primaria/1000 hab.	Enfermeros A. Primaria/ 1000 hab.
Andalucía	1.235,17	2,46	1,59	2,96	0,74	0,58
Aragón	1.555	4,02	2,21	2,96	0,74	0,58
Asturias	1.717,49	3,67	2,35	4,2	0,70	0,67
Illes Balears	1.483,34	3,36	1,99	3,99	0,62	0,50
Canarias	1.381,16	3,51	1,91	3,53	0,83	0,61
Cantabria	1.496,4	3,45	1,83	3,62	0,75	0,71
Castilla-León	1.473,02	3,89	2,03	3,51	1,11	0,89
Castilla La Mancha	1.375,23	2,78	1,88	3,34	0,84	0,74
Cataluña	1.192,83	4,16	2,01	3,15	0,75	0,70
Extremadura	1.585,11	3,62	1,81	2,93	0,76	0,64
Galicia	1.473,75	3,14	1,88	3,51	0,82	0,67
Madrid	1.236	3,37	2,14	3,73	0,68	0,50
Murcia	1.305,93	3,63	1,79	3,15	0,75	0,57
Navarra	1.688,24	3,61	2,6	4,88	0,79	0,69
La Rioja	1.390,29	2,47	1,81	3,41	0,84	0,86
Comunidad Valenciana	1.341,56	2,69	1,82	2,93	0,76	0,64
País Vasco	1.693,49	3,37	2,6	4,52	0,79	0,69

Elaboración propia a partir de la referencia⁽³⁵⁷⁾

Calidad de los servicios sanitarios públicos

En la Tabla 4 se muestra el ranking de las distintas CCAA con respecto a la calidad de su Servicio Público de Salud, correspondiente al año 2019. No se incluyen las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Está basada en el informe emitido anualmente por la Federación de Asociaciones en Defensa de la Salud Pública, correspondiente a 2019⁽³⁵⁷⁾.

La puntuación máxima posible es de 126 y la mínima de 31. La puntuación media obtenida por las CCAA ha sido de 76,88 (DS 9,78) con un intervalo de confianza para la media entre 69,42 y 84,34 (rango de 56 a 102). De acuerdo con los cuartiles de la puntuación obtenida se han clasificado las CCAA en 4 grupos según los percentiles de la puntuación obtenida:

- percentil 25: 65,5
- percentil 50: 73
- percentil 75: 88,5

La diferencia entre CCAA es claramente excesiva (de 46 puntos sobre un máximo alcanzado de 102). La ratio entre la Comunidad autónoma de mayor puntuación y la de menor puntuación es de 1,82.

Tabla 4. Ranking calidad de los servicios sanitarios públicos de las Comunidades Autónomas. 2019

Mejores servicios sanitarios		Servicios sanitarios regulares		Servicios sanitarios deficientes		Peores servicios sanitarios	
Navarra	102	Castilla y León	85	Islas Baleares	73	Cataluña	65
País Vasco	100	Castilla- La Mancha	84	Galicia	72	Andalucía	61
Aragón	95	La Rioja	82	Cantabria	68	Murcia	61
Asturias	92	Extremadura	79	Madrid	68	Canarias	56
				Valencia	66		

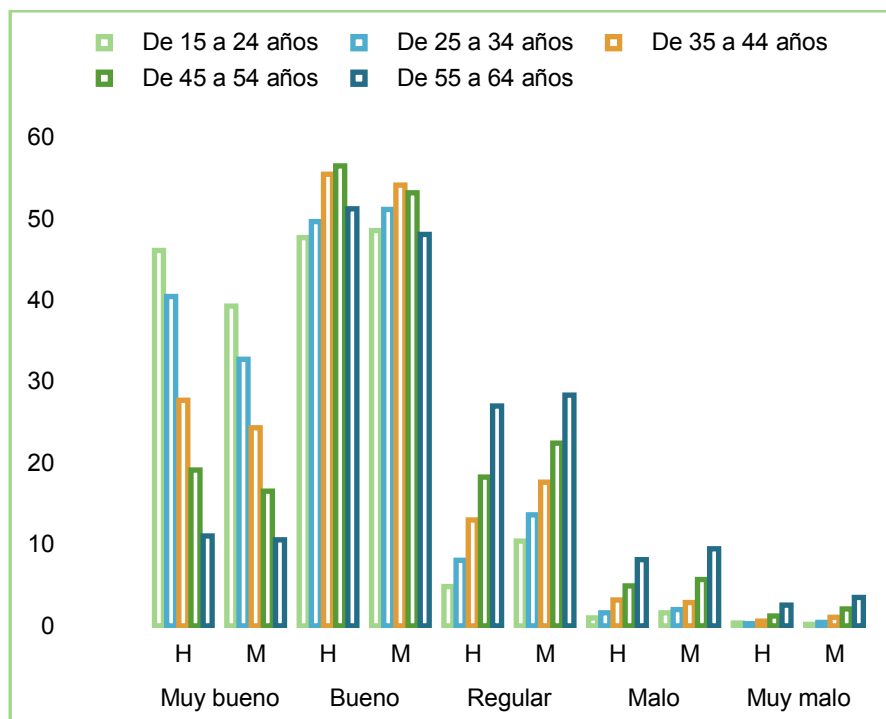
Fuente: Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2019 (XVI informe)⁽³⁵⁷⁾.

Estado de salud

En el siguiente gráfico (Gráfico 6) se representa el estado de salud de la población española, según tramos de edad y género. Como se puede observar las poblaciones más jóvenes son las que tienen una percepción mejor de su estado de salud (muy bueno y bueno) y la mayor proporción de personas que sienten su estado de salud como malo o muy malo, se va incrementando con la edad. Las mujeres tienen una peor percepción de su estado de salud en todos los tramos de edad.

En la Tabla 5 se recoge el porcentaje de personas entre 15 y 65 años, en relación con esta valoración, desglosado por CCAA. Destaca especialmente Asturias en la que el porcentaje que considera su estado de salud “Muy bueno” (n=6,39), casi es el mismo que los que lo consideran “Malo y muy malo” (n=6,53).

Gráfico 6. Percepción del estado de salud (porcentaje por edad y género). 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos del INE

Tabla 5. Percepción del estado de salud. Porcentaje por CCAA

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Andalucía	22,45	51,51	18,29	5,22	2,53
Aragón	23,11	50,49	19,86	5,66	0,88
Asturias	6,39	63,21	23,87	5,69	0,84
Islas Baleares	50,53	31,35	13,13	3,94	1,05
Canarias	23,94	49,37	19,14	5,48	2,07
Cantabria	43,58	30,65	16,91	6,22	2,65
Castilla y León	21,04	52,40	19,72	5,78	1,06
Castilla-La Mancha	29,08	46,52	18,48	5,03	0,90
Cataluña	28,41	45,18	18,61	6,06	1,75
Extremadura	33,31	45,67	17,29	3,27	0,47
Galicia	10,87	53,75	26,18	7,74	1,45
Madrid	31,82	44,85	17,04	4,56	1,74
Murcia	32,45	42,59	18,06	4,94	1,96
Navarra	24,59	48,63	18,62	5,65	2,50
La Rioja	20,99	52,74	19,88	4,87	1,51
Valencia	32,68	42,88	17,29	6,17	0,98
Pais Vasco	23,70	47,38	22,46	5,05	1,40
Ceuta	12,55	61,50	20,07	5,29	0,58
Melilla	17,69	59,93	17,66	3,72	0,99
Total	26,64	47,38	18,85	5,48	1,65

Elaboración propia a partir de datos extraídos del INE

4.3.3. Datos relacionados con la actividad laboral

Aquí se describe los principales indicadores sobre los trabajadores que conforman el actual mercado laboral en España. Se describe el número de trabajadores según Código Nacional de Ocupación (Nivel CNO-11) y los empleados según rama de actividad económica de la empresa (CNAE_1).

También se analizan los salarios brutos mensuales correspondientes al año 2019, según rama de actividad (CNAE_1).

Trabajadores por nivel ocupacional y género

En la Tabla 6 se muestra el porcentaje de trabajadores que hay en cada Comunidad Autónoma, por nivel ocupacional y género. Se puede observar una segregación horizontal del mercado laboral en España, existiendo ocupaciones con predominio masculino, como ocurre en el grupo *“Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción (excepto operadores de instalaciones y maquinaria)”* que multiplican por casi 10 a las mujeres en todas las CCAA y en el grupo *“Trabajadores cualificados del sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero”* y en *“Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores”*. En el grupo *“Directores y gerentes”* el grupo “Hombre” duplica al grupo “Mujer” en todas las CCAA.

El mayor porcentaje de mujeres con respecto a hombres, se encuentra en el grupo *“Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina”*, mientras que en los otros grupos ocupacionales los porcentajes son más paritarios.

Destaca la Comunidad de Madrid en el grupo *“Técnicos y profesionales científicos e intelectuales”* que concentra el mayor porcentaje, con respecto a las otras Comunidades y el grupo de *“Trabajadores del sector servicios, restauración, personales, protección y vendedores”*, en las ciudades de Ceuta y Melilla, y en las Comunidades de Andalucía, Baleares, Canarias, Extremadura y Madrid.

Tabla 6. Porcentaje de trabajadores por género, según Clasificación Nacional de Ocupaciones (Nivel CNO-11). Comunidad y Ciudad Autónoma. 2019

	Directores y gerentes		Técnicos y profesionales científicos e intelectuales		Técnicos; profesionales de apoyo		Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina		Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores		Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero		Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción (excepto operadores de instalaciones y maquinaria)		Operadores de instalaciones y maquinaria, y montadores		Ocupaciones elementales	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	2,18	1,13	7,57	8,74	5,57	3,36	3,18	5,45	10,79	14,22	2,25	0,50	10,53	0,99	6,43	0,53	8,15	8,43
Aragón	2,86	1,01	6,98	10,19	5,95	3,93	3,85	7,09	6,55	12,93	3,72	0,55	10,97	1,12	9,32	1,45	4,35	7,17
Asturias	2,32	1,33	9,04	11,87	6,29	4,12	2,66	5,53	9,07	16,60	2,18	1,49	11,26	0,79	6,15	0,58	2,82	5,91
Illes Balears	2,71	1,52	5,26	8,18	6,08	3,16	4,05	7,92	10,76	14,72	2,25	0,15	14,13	0,73	5,07	0,55	4,11	8,65
Canarias	3,15	1,38	6,17	8,48	5,02	3,46	3,25	5,66	14,42	16,53	1,20	0,12	8,23	0,41	5,40	0,44	7,14	9,55
Cantabria	3,43	1,26	6,43	9,14	7,41	3,59	3,27	7,49	8,73	15,90	2,03	0,83	11,89	0,81	6,65	0,60	4,22	6,30
Castilla y León	2,27	0,99	7,03	9,63	6,04	3,43	3,08	6,70	7,93	14,18	3,79	0,76	11,95	1,28	8,11	1,26	5,11	6,44
Castilla - La Mancha	2,05	0,82	6,51	8,25	5,60	3,30	3,12	6,35	8,70	12,64	3,22	0,37	14,23	1,27	8,25	1,14	6,72	7,47
Cataluña	3,01	1,65	8,39	11,51	7,31	4,70	3,87	8,82	7,90	12,48	1,06	0,13	10,08	0,77	6,80	1,41	4,16	5,96
Extremadura	2,26	0,88	6,02	9,02	4,98	2,30	2,91	5,16	10,45	13,91	5,14	0,83	10,97	1,24	6,45	0,24	9,38	7,85
Galicia	2,12	1,06	7,24	9,88	6,99	3,96	3,15	6,67	7,60	14,77	2,89	2,03	11,81	1,53	6,88	1,36	3,43	6,51
Cmdad. Madrid	2,84	1,70	12,23	13,47	8,56	6,14	3,42	7,60	9,32	11,18	0,33	0,03	7,37	0,41	3,85	0,66	3,40	7,48
Región de Murcia	2,28	0,66	7,79	10,02	5,18	2,05	3,51	5,48	6,02	11,42	2,54	0,63	10,65	0,66	8,17	0,45	11,10	11,39
Navarra	2,86	1,05	7,88	12,25	6,03	4,60	3,42	6,50	6,68	11,35	2,53	0,63	11,05	1,20	10,12	2,02	3,16	6,68
La Rioja	2,77	1,41	5,23	10,09	5,70	3,21	2,41	6,91	6,30	14,48	2,16	0,80	13,04	1,77	10,27	1,46	4,63	7,36
Cmdad. Valenciana	3,10	1,28	6,87	9,17	6,54	3,54	3,86	6,37	9,31	13,72	1,60	0,17	9,73	0,82	8,81	1,61	5,78	7,73
País Vasco	2,48	1,41	8,37	12,66	7,52	4,51	3,54	7,83	6,72	13,59	1,01	0,29	10,75	0,62	8,79	1,59	2,67	5,64
Ceuta	1,30	0,40	8,19	11,79	6,39	3,00	2,90	4,10	19,78	17,18	0,60	0,80	3,90	0,80	6,99	0,00	6,49	5,39
Melilla	3,48	1,29	9,04	14,60	2,68	2,19	2,98	5,26	17,98	15,30	0,99	0,00	6,06	0,66	2,70	0,00	9,14	5,56

Elaboración propia a partir de datos del INE

Trabajadores según Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE_1)

En el Anexo 1 se describe el número medio de trabajadores a lo largo de 2019, siguiendo la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE_1), por Comunidad Autónoma.

En casi todas las CCAA la mayor cantidad de trabajadores se agrupan, en las actividades de comercio, hostelería, construcción, administración pública y actividades sanitarias, tal y como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7. Principales actividades económicas. Trabajadores (en miles). CCAA. 2019

	Construcción	Comercio al por mayor y al por menor, reparación de vehículos de motor y motocicletas	Hostelería	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	Actividades sanitarias y de servicios sociales
Andalucía	206,63	493,032	353,712	255,452	299,44
Aragón	37,95	79,844	41,79	49,695	65,389
Asturias	25,35	58,561	35,088	26,935	48,79
Illes Balears	63,75	79,941	129,374	28,333	45,047
Canarias	48,7	170,751	206,771	60,876	83,505
Cantabria	18,15	35,196	24,471	18,059	25,863
Castilla y León	64,625	129,883	80,002	71,392	122,295
Castilla - La Mancha	68,75	110,58	63,421	88,188	82,236
Cataluña	194,75	545,681	282,774	232,232	307,454
Extremadura	24,375	55,226	34,714	49,649	45,27
Galicia	70,01	161,28	86,134	78,577	109,625
Madrid	196,8	423,963	223,716	166,245	302,391
Murcia	43,02	99,369	93,447	34,159	57,541
Navarra	16,15	32,938	20,519	14,893	32,637
La Rioja	8,45	18,543	11,517	8,918	14,469
Valencia	135,2	373,01	211,237	118,056	159,779
País Vasco	52,9	121,554	70,208	52,587	102,275
Ceuta	0,875	3,67	2,081	7,786	4,509
Melilla	1,275	3,788	2,38	6,722	5,165

Elaboración propia a partir de datos extraídos del INE

En la Tabla 8 se describe el porcentaje que cada actividad económica representa en el conjunto de su Comunidad o Ciudad Autónoma.

Las actividades en la que más homogeneidad existen entre las diferentes comunidades corresponden a “*Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas*” cuyos porcentajes oscilan entre el 13 y el 15% y “*Educación*”, que oscila entre el 4-8% y “*Actividades administrativas y servicios auxiliares*”.

Entre las actividades con mayor disparidad de resultados entre las distintas CCAA, encontramos a “*Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca*” cuyo rango se extiende desde 0,20% en Madrid a un 12,2 % en Extremadura, y “*Hostelería*”, entre un 7,10% en La Rioja a un 22,16% en Canarias.

Tabla 8. Porcentaje de ocupados por Actividad Económica (CNAE_1) y Comunidad Autónoma. 2019

CNAE_1	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	Industrias extractivas	Industria manufacturera	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado o residuos y descontaminación	Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	Construcción	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	Transporte y almacenamiento	Hostelería	Actividades financieras y de seguros	Actividades inmobiliarias	Actividades profesionales, científicas y técnicas	Actividades administrativas y servicios auxiliares	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	Educación	Actividades sanitarias y de servicios sociales	Actividades artísticas, recreativas y de entrenamiento	Otros servicios	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales
ANDALUCIA	8,187	0,157	8,134	0,152	0,976	6,623	15,804	4,396	11,338	1,571	0,699	2,831	6,705	8,188	5,554	9,598	2,164	2,398	2,627	0,017
ARAGON	5,855	0,160	18,135	0,236	1,059	6,459	13,589	4,938	7,113	1,808	0,451	1,869	5,318	8,458	4,475	11,129	1,834	2,103	2,866	0,006
ASTURIAS	3,612	0,585	12,038	0,360	0,728	6,552	15,135	4,010	9,069	1,732	0,271	3,203	6,573	6,961	5,615	12,610	1,912	2,220	3,375	0,008
BALEARES	0,994	0,063	5,180	0,166	0,883	10,827	13,577	4,767	21,973	1,019	1,168	3,096	7,855	4,812	4,734	7,651	3,183	2,493	3,592	0,018
CANARIAS	2,712	0,022	3,371	0,126	0,859	5,220	18,301	6,018	22,162	1,281	0,656	2,478	7,080	6,525	4,916	8,950	2,999	2,689	2,060	0,016
CANTABRIA	2,932	0,180	14,180	0,327	1,062	7,444	14,435	4,681	10,036	1,794	0,841	2,201	5,847	7,406	6,286	10,607	1,926	2,543	3,656	0,005
C. LEON	6,391	0,255	16,348	0,326	0,797	6,523	13,109	4,026	8,074	1,749	0,384	2,447	6,139	7,205	5,933	12,343	1,618	1,866	2,642	0,006
C. LA MANC	6,306	0,177	14,878	0,412	1,023	8,333	13,403	5,509	7,687	2,258	0,391	1,882	5,266	10,689	3,467	9,968	1,691	2,192	2,651	0,015
CATALUÑA	7,363	0,105	16,670	0,183	1,100	5,659	15,860	4,648	8,218	1,830	1,098	4,200	7,997	6,750	4,906	8,936	2,407	2,194	2,682	0,020
EXTREMA	12,419	0,314	8,599	0,543	1,396	6,238	14,134	3,537	8,884	1,414	0,230	2,439	4,356	12,707	4,685	11,586	1,442	2,046	1,735	0,005
GALICIA	6,382	0,237	15,766	0,257	0,900	6,705	15,427	0,287	8,239	1,782	0,368	3,345	6,404	7,516	5,390	10,486	1,896	2,286	3,637	0,011
MADRID	0,197	0,087	7,442	0,409	0,987	6,350	13,681	5,127	7,219	4,559	1,103	5,575	8,697	5,364	7,161	9,758	1,887	1,987	5,052	0,065
MURCIA	10,444	0,124	10,653	0,100	0,948	6,001	13,860	12,087	13,034	1,158	0,317	1,460	5,141	4,764	4,788	8,026	1,679	1,718	2,636	0,007
NAVARRA	3,540	0,164	24,288	0,346	1,135	5,592	11,404	3,912	7,104	1,212	0,597	2,554	5,504	5,156	6,819	11,300	2,234	1,621	3,400	0,007
LA RIOJA	4,837	0,088	23,973	0,130	0,618	6,011	13,191	3,495	8,193	1,565	0,196	1,909	5,347	6,344	5,753	10,293	1,872	1,818	3,100	0,004
VALENCIA	3,096	0,078	16,403	0,127	0,963	6,477	17,871	4,917	10,120	1,993	0,979	2,755	6,095	5,656	5,580	7,655	2,265	2,018	2,611	0,012
PAIS VASCO	1,092	0,076	19,317	0,190	0,795	5,651	12,984	4,423	7,499	2,163	0,547	3,788	6,383	5,617	7,892	10,925	1,768	2,014	3,976	0,009
CEUTA	0,353	0,017	1,675	0,231	1,250	3,085	12,938	5,545	7,336	0,353	0,176	1,990	9,732	27,450	4,866	15,894	1,753	2,274	1,789	0,001
MELILLA	0,252	0,000	1,168	0,145	0,843	4,583	13,617	4,242	8,556	0,989	0,809	0,359	1,962	10,889	5,168	18,568	1,491	1,173	1,019	0,001

Elaboración propia a partir de datos del INE

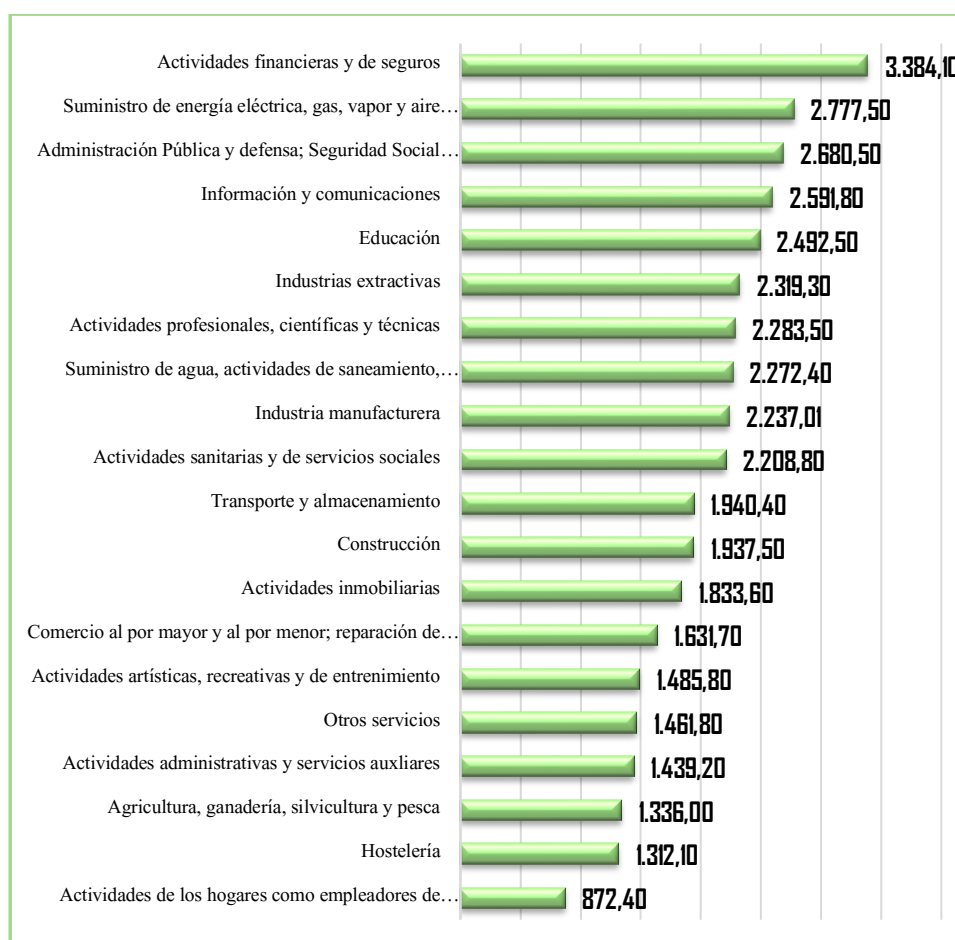
Salario medio mensual por actividad económica

En el Gráfico 7 se muestra el salario medio bruto por rama de actividad, según Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE_1).

Los salarios medios más bajos en 2019 se dieron en las actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico (872,4 euros brutos mensuales), en hostelería (1.312,1 euros) y en la agricultura (1.336 euros), y los más altos correspondieron a las actividades financieras y de seguros (3.384,1 euros brutos al mes), suministro de energía eléctrica (2.777,5 euros) y Administración Pública (2.680,5 euros).

La media nacional se situó en 2.024,9 euros brutos al mes.

Gráfico 7. Salario bruto mensual (euros) por actividad económica (CNAE_1). 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos del INE

4.3.4. Incidencia, prevalencia y duración media

En este apartado se analizan los principales indicadores de la IT en el total de trabajadores de la Seguridad Social, sin desglosar por otras variables.

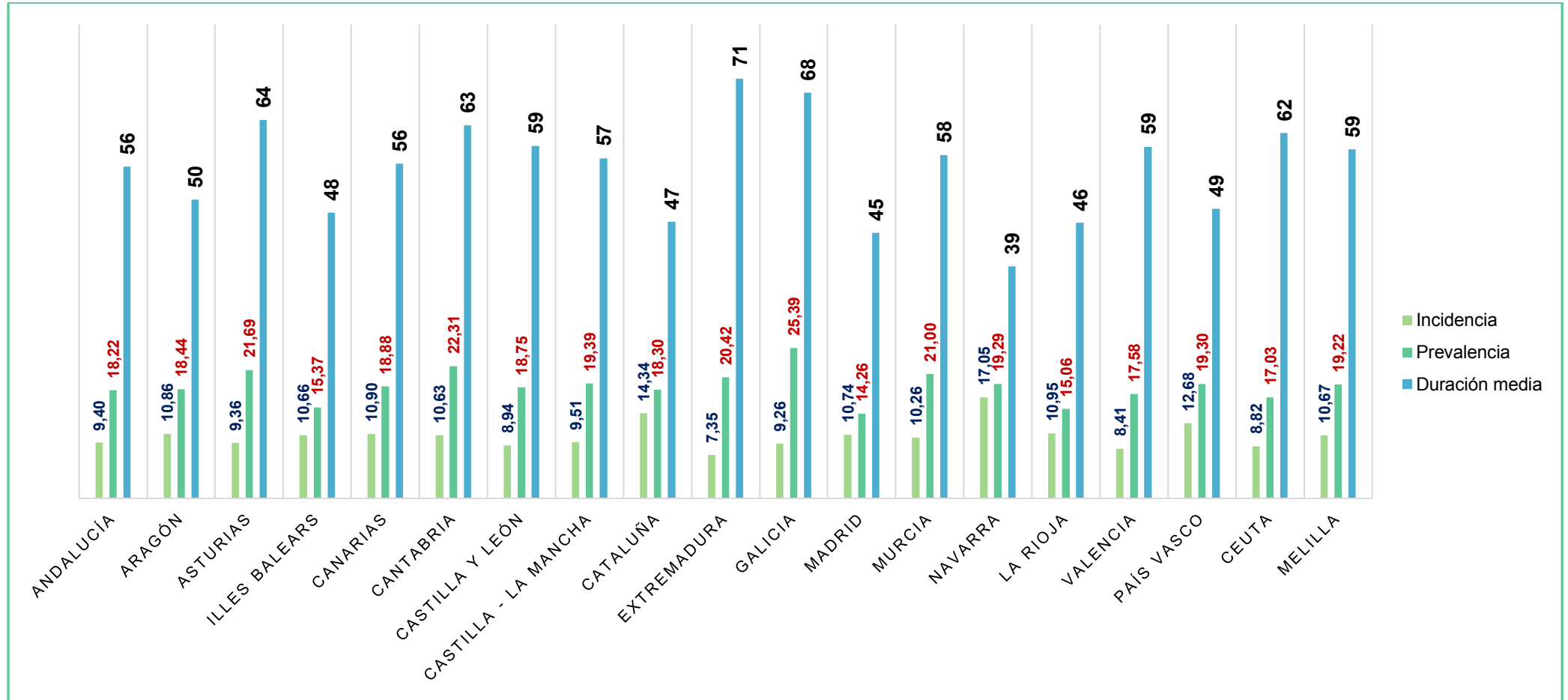
Se muestra la incidencia media (trabajadores por mil), la prevalencia media (trabajadores por mil) y la duración media (promedio de días) mostrando los datos desglosados entre las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas.

En el Gráfico 8 se observa que la incidencia más alta se encuentra en Navarra (n=17,05), seguida de Cataluña (n=14,34) y la más baja en Extremadura (n=7,35).

La prevalencia media, muestra menos diferencias entre las distintas CCAA, correspondiendo la más elevada a Galicia (n=25,39) y Cantabria (n=22,31) y la más baja a la Comunidad de Madrid (n=14,26).

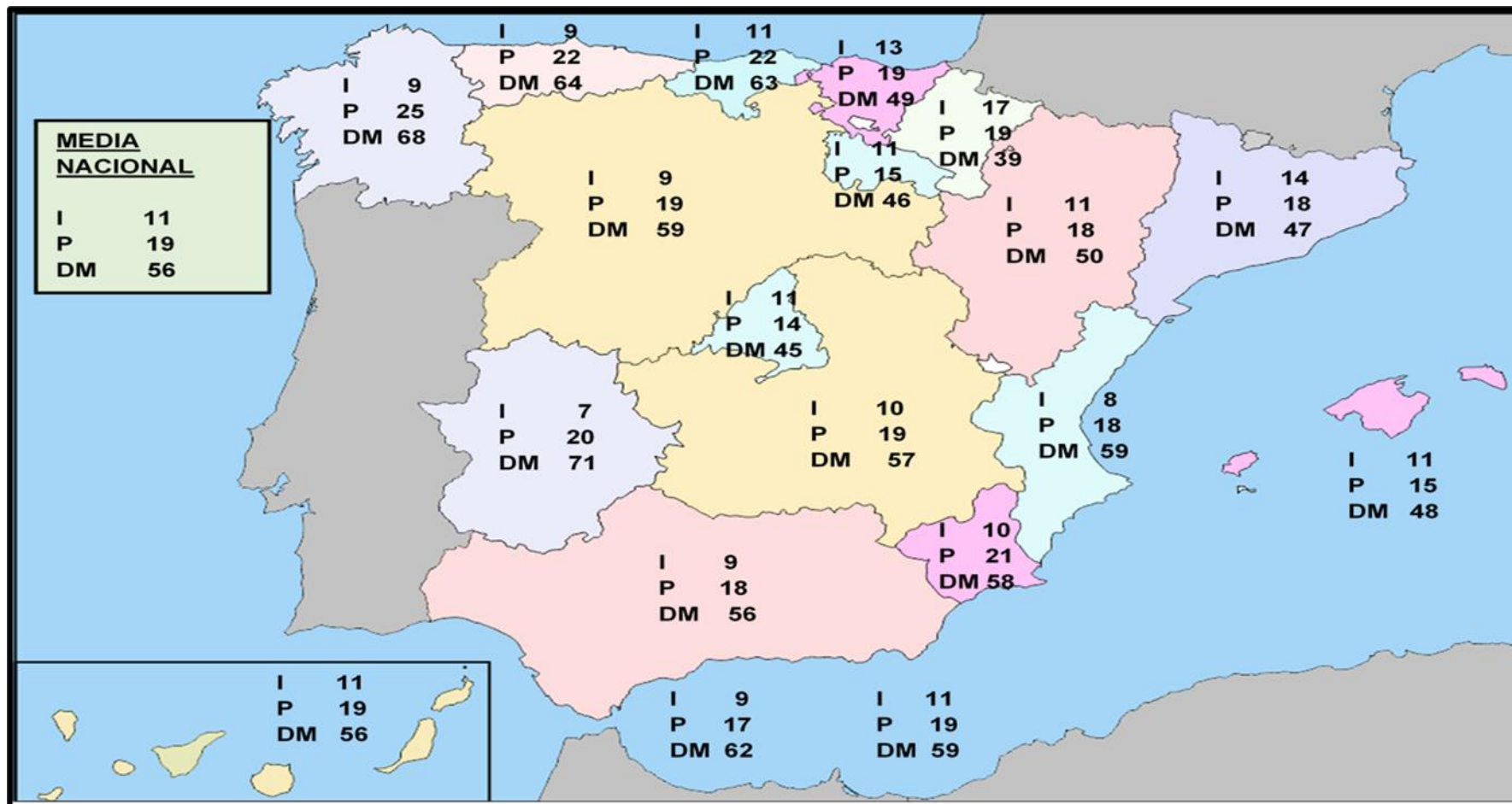
La duración media más alta se encuentra en Extremadura (n= 71 días) y Galicia (n= 68 días) y la más baja corresponde a Madrid (n= 45 días).

Gráfico 8. Incidencia media (IT por mil), prevalencia media (IT por mil) y duración media (días). Comunidades y Ciudades Autónomas. Total del sistema. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos del Instituto Nacional de la Seguridad Social

Ilustración 18. Mapa 1. Incidencia (I), prevalencia (P) y duración media (DM). CCAA. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos del Instituto Nacional de la Seguridad Social

4.3.5. Datos según género y edad

En este epígrafe se van a mostrar los datos correspondientes al análisis realizado en la IT en función del género y la edad (tramos de edad).

En primer lugar, se analizan los datos solo teniendo en cuenta el género. Se muestran los datos globales de IT en relación con el género: tasas de IT y duración media. Posteriormente se analiza la duración media de la IT, en función de la edad, dividida en tramos de edad.

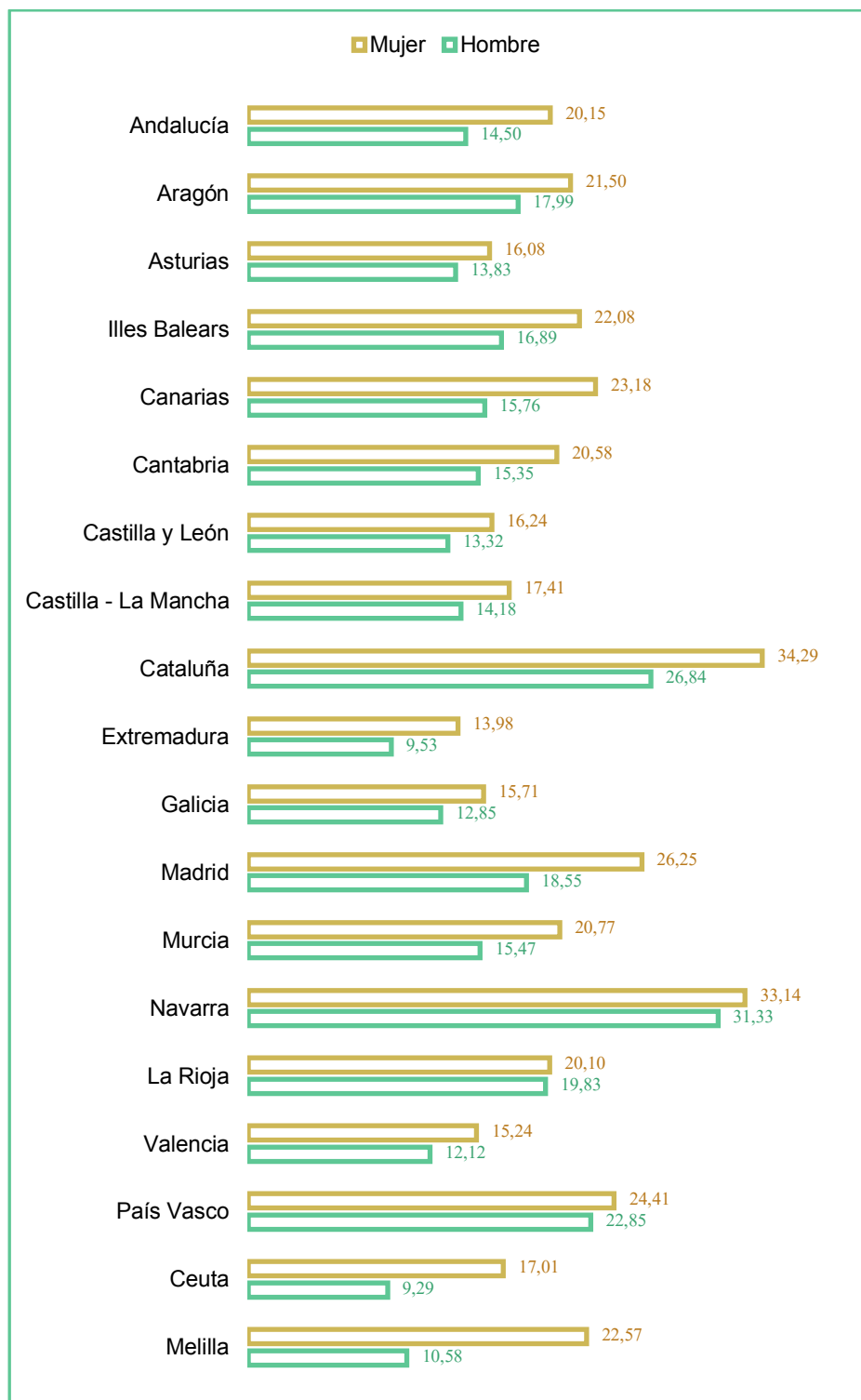
Y finalmente en este apartado también se analiza la IT en función de la edad y el género conjuntamente.

Tanto la edad como el género serán también motivo de análisis en relación con otras variables que puedan influir en la IT, y se mostrarán en el epígrafe correspondiente.

Análisis de la incapacidad temporal según género

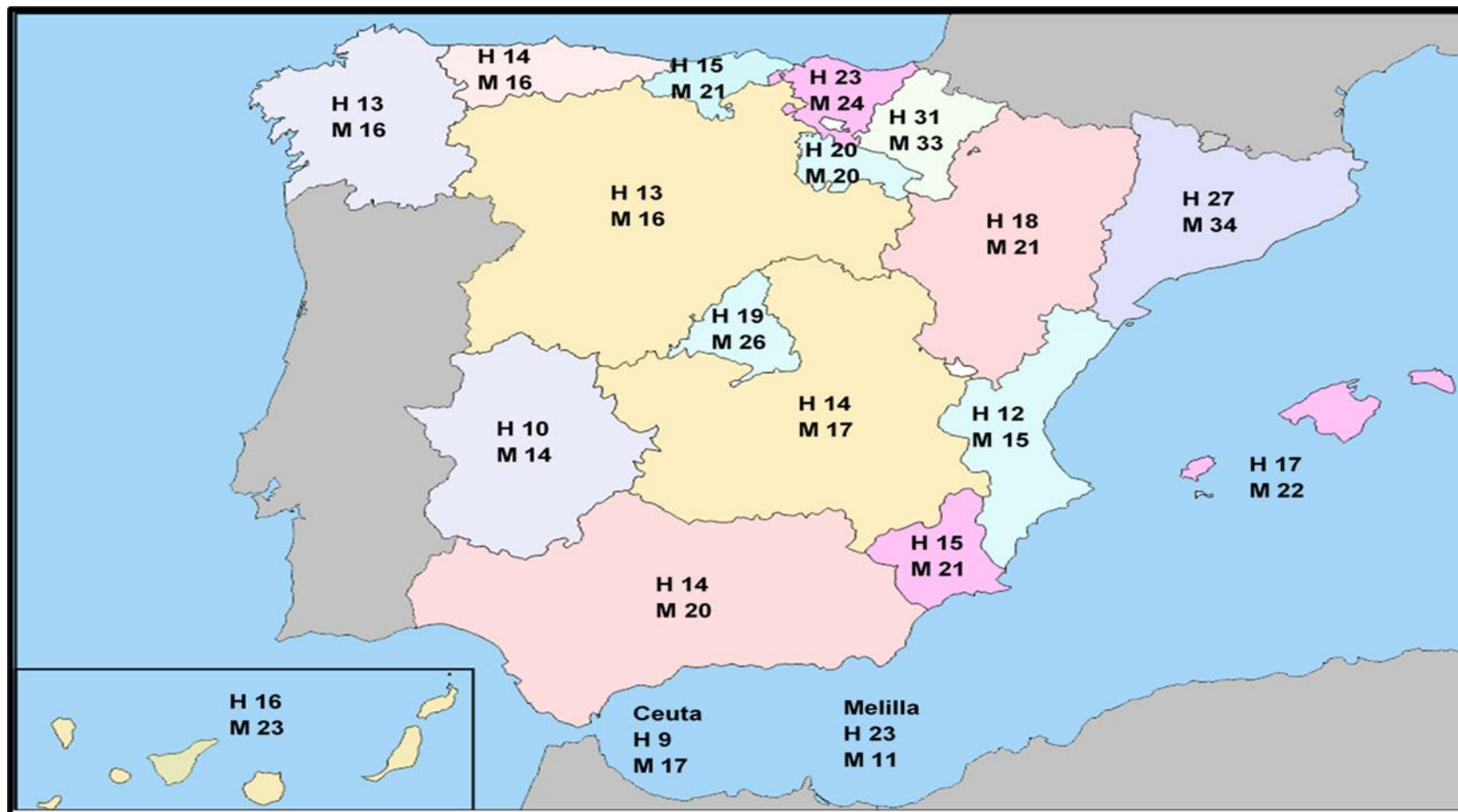
En el siguiente gráfico (Gráfico 9 e Ilustración 19) se muestran los resultados de la tasa de trabajadores en incapacidad temporal, por cada 1000 trabajadores protegidos. En todas las CCAA las tasas son mucho más elevadas para las mujeres que para los hombres. Donde podemos ver una mayor diferencia entre estas tasas es en Melilla y Ceuta. La menor diferencia la encontramos en el País Vasco y Asturias. Entre el colectivo “mujer”, destaca por su mayor tasa el número de trabajadoras en IT en Cataluña (n=34,29) y la menor tasa en Extremadura (n=13,98). En hombres, la tasa más alta se encuentra en Navarra (n=31,33) y la más baja en Extremadura (n=9,53).

Gráfico 9. Tasa de trabajadores en IT (por mil empleados), por género y CCAA. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

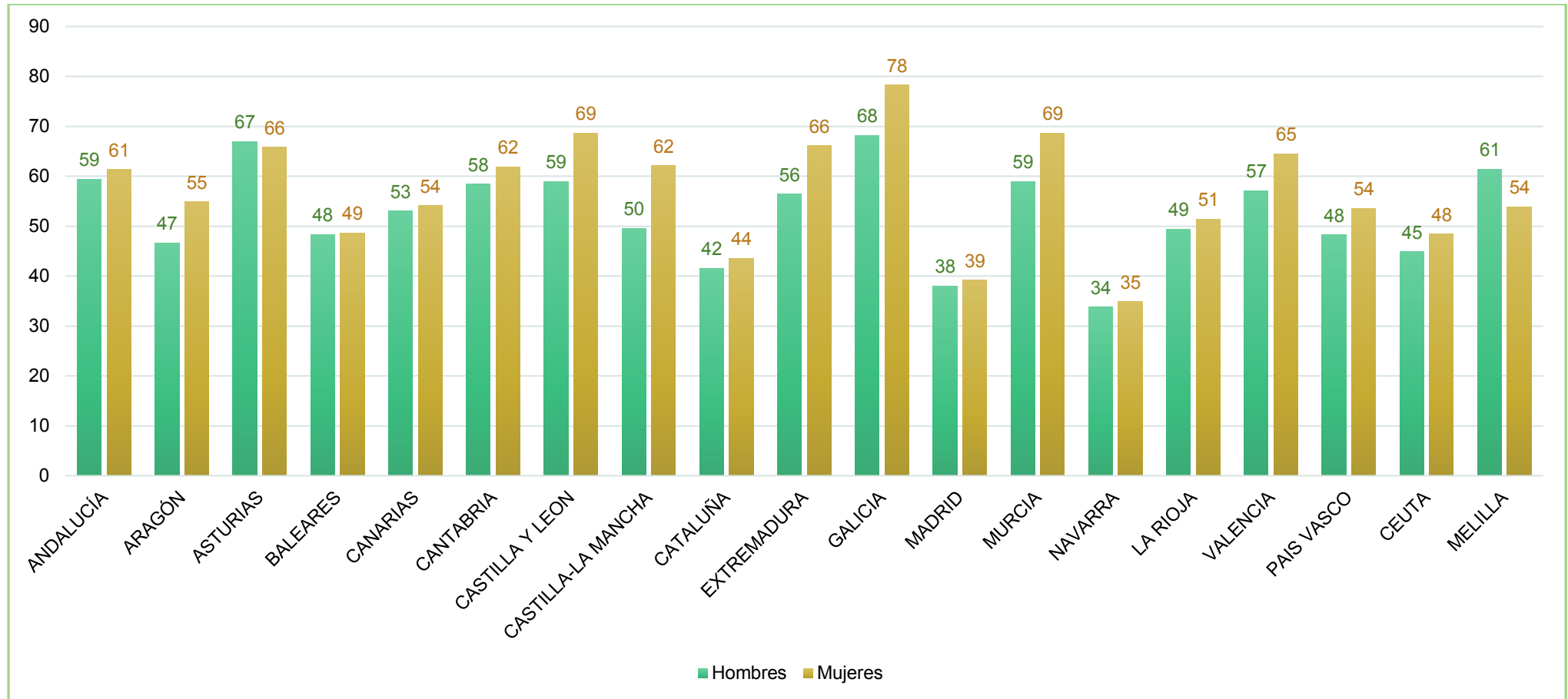
Ilustración 19. Mapa 2. Tasas de IT (por mil). Género. CCAA. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

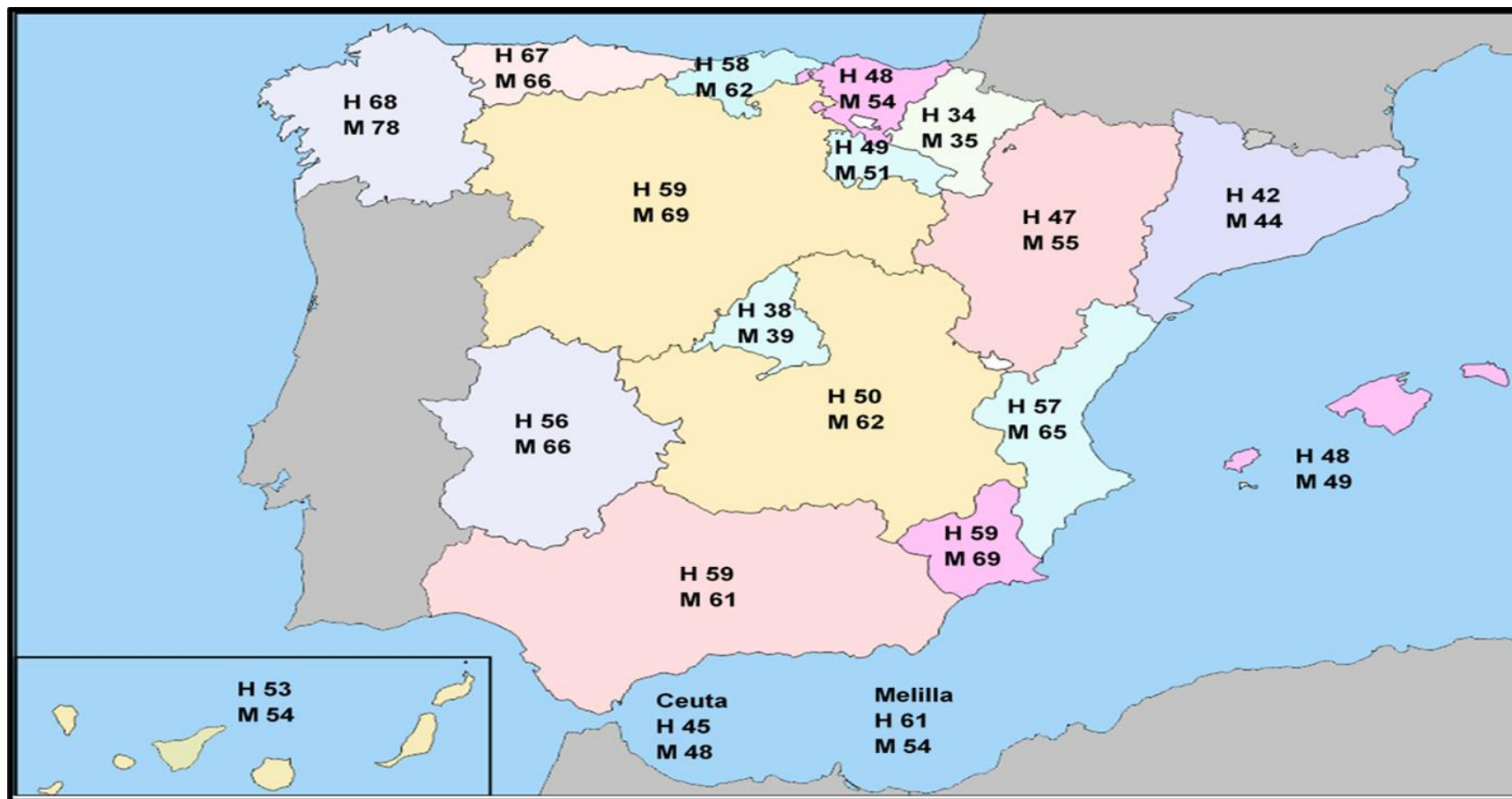
En cuanto a la duración media de estos procesos de IT, también se encuentra una duración más larga en las mujeres con respecto a los hombres, tal y como se muestra en el Gráfico 10, excepto en Asturias y Melilla. Sin embargo, estas diferencias no son muy acusadas en la mayoría de las CCAA, y en muchos casos solo difieren en 1 día de media. Las mayores diferencias se encuentran en Castilla-La Mancha (las mujeres tienen 12 días más de duración que los hombres) y en Castilla y León, Galicia y Murcia (10 días de diferencia).

Gráfico 10. Duración media de la IT (promedio de días) en relación con el género. Total del sistema. 2019



Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social

Ilustración 20. Mapa 3. Duración media de la IT. Género. CCAA. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

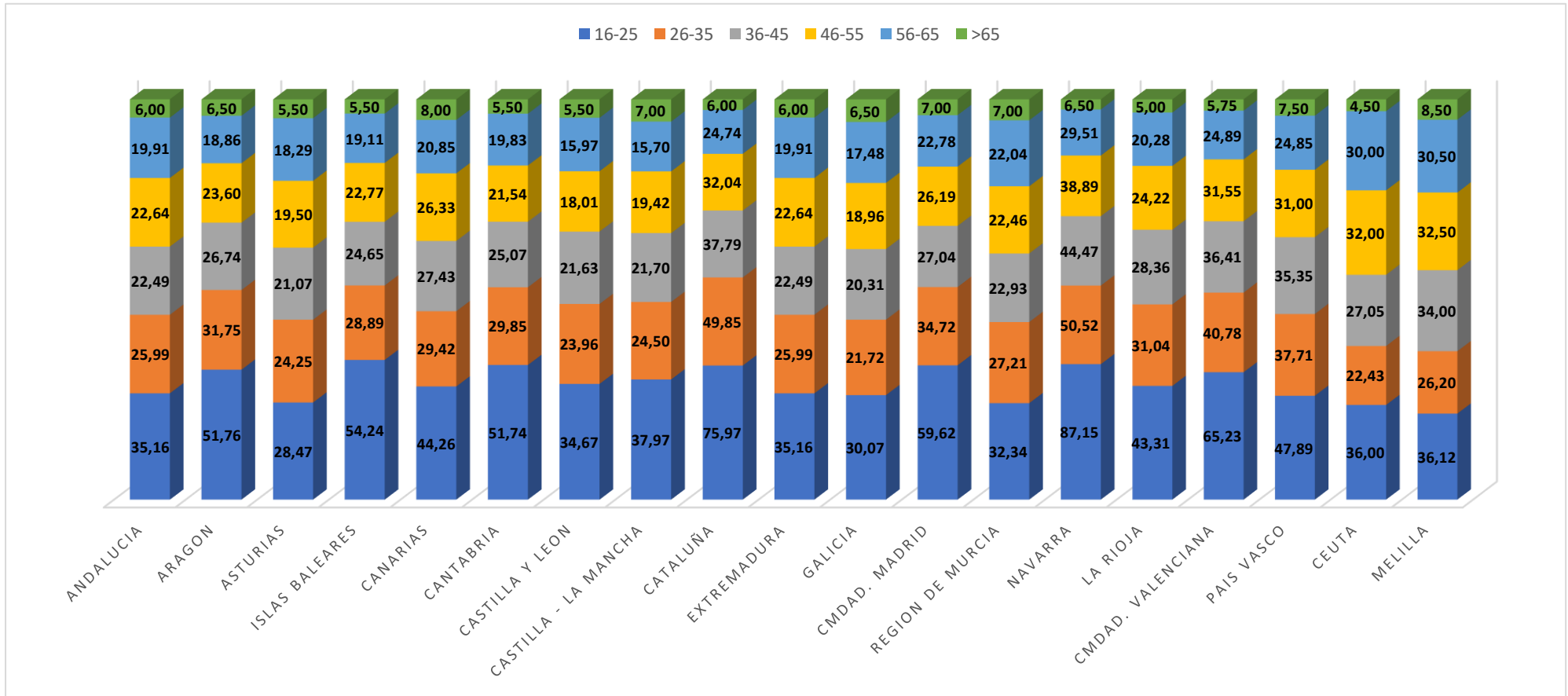
Análisis de los datos según edad del trabajador

En el Gráfico 11 podemos ver las tasas de IT por tramos de edad en cada CCAA.

En todas las CCAA la mayor tasa de IT por mil trabajadores de ese tramo de edad son mayores en los grupos más jóvenes, destacando especialmente el grupo de 16-25 años y 26-35 años.

En cambio, en todas las CCAA las tasas de IT más bajas se concentran en los trabajadores > 65 años.

Gráfico 11. Tasa de trabajadores en IT (por mil), por tramos de edad. CCAA. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

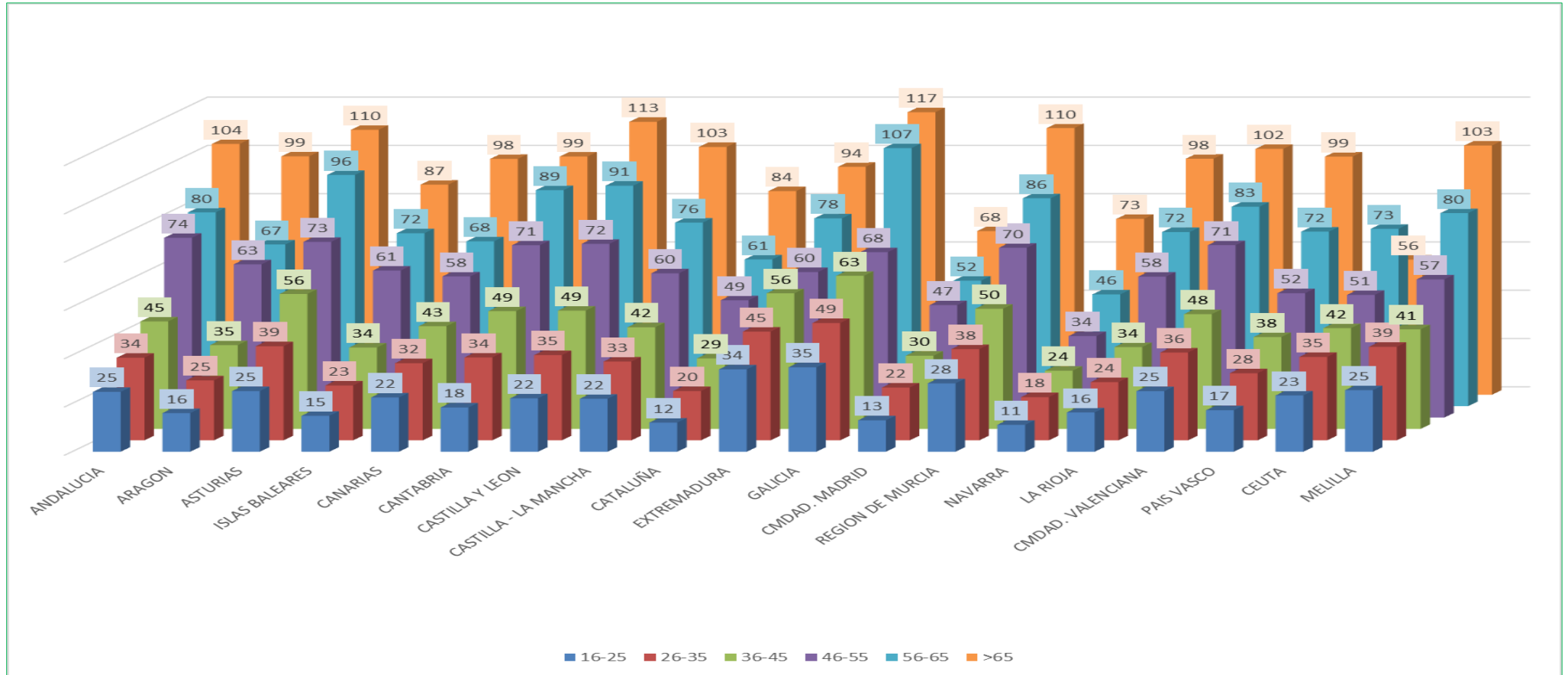
Ahora se presenta en el Gráfico 12 la duración media de la IT según edad del trabajador, subdividida en tramos.

Como se puede observar la duración media de los procesos de IT en el año 2019 aumentó en relación con la edad, excepto en Ceuta en el tramo de edad de > 65 años, en los que disminuye drásticamente esta duración media (n=55 días).

La mayor duración se encuentra en los trabajadores > 65 años en Galicia (n=117 días) y la menor duración en el grupo de edad de 16-25 en Navarra (n=11 días).

La Comunidad Autónoma que muestra mayor duración de la IT en casi todos los grupos de edad es Galicia y la de menor duración, Navarra.

Gráfico 12. Duración media IT (promedio días) por tramos de edad y CCAA. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

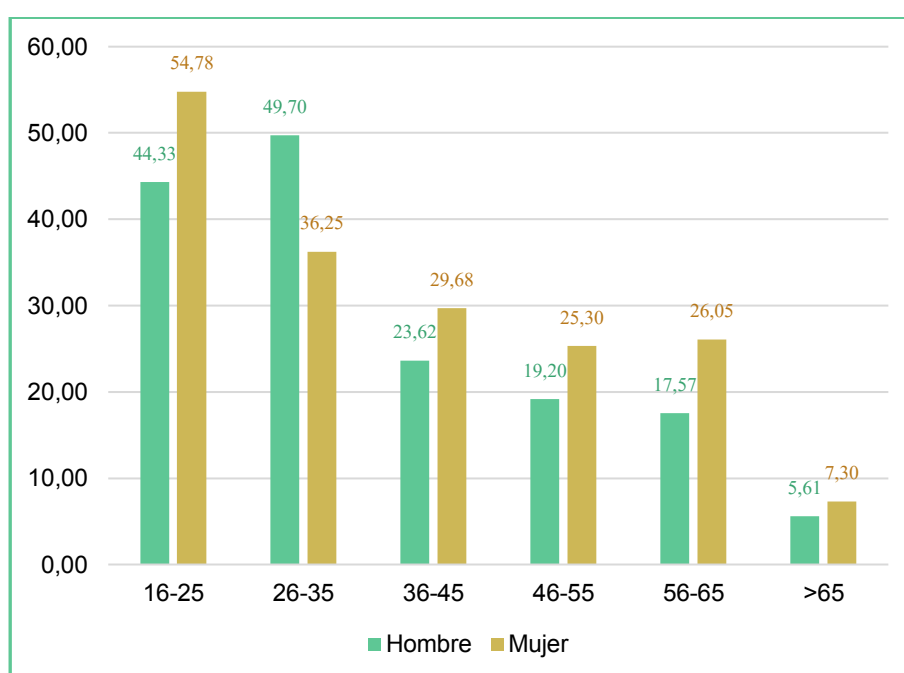
Análisis de los datos relacionando edad y género

En primer lugar, se muestra la tasa de trabajadores en IT por tramos de edad y género, por cada 1000 afiliados, a nivel nacional.

Como se puede observar los grupos etarios más jóvenes, concentran una mayor tasa de IT que los más mayores.

En casi todos los grupos de edad, las tasas son mayores entre las mujeres que entre los hombres, excepto para el rango de edad 26-35 en que hay una mayor tasa de hombres en IT (Gráfico 13).

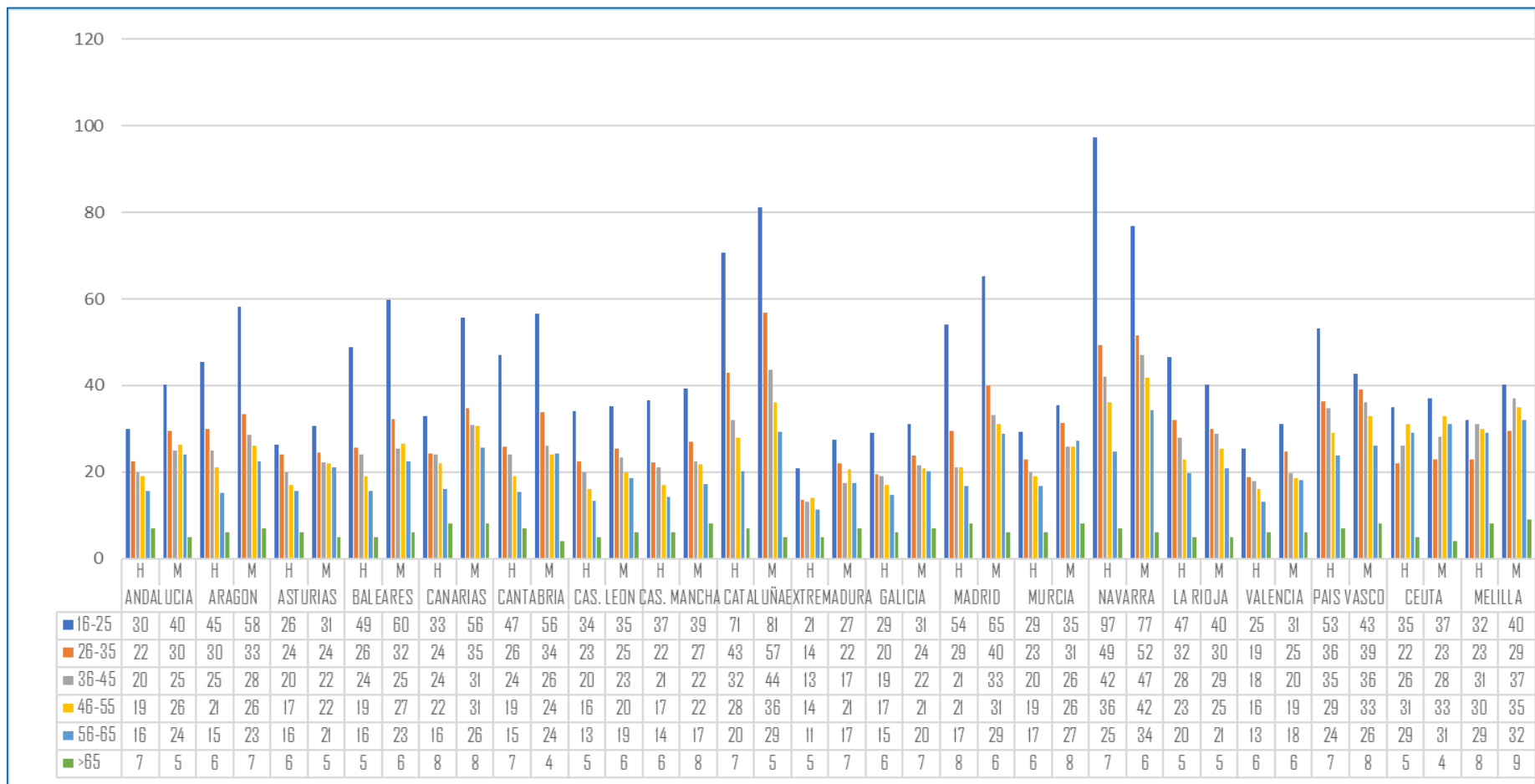
Gráfico 13. Tasas de IT por cada 1000 trabajadores. Género y tramos de edad. Total nacional. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

De forma más exhaustiva se ha representado en el siguiente gráfico las tasas de IT desglosadas por edad, género y CCAA. Obsérvese que las tasas más altas (por cada 1000 trabajadores) corresponden al rango de edad de 16 a 25 años y va decreciendo en relación con el avance de la edad. Solo podemos encontrar una desviación a este patrón en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla (Gráfico 14).

Gráfico 14. Tasas de IT (por 1000 trabajadores) por CCAA, tramos de edad y género. 2019

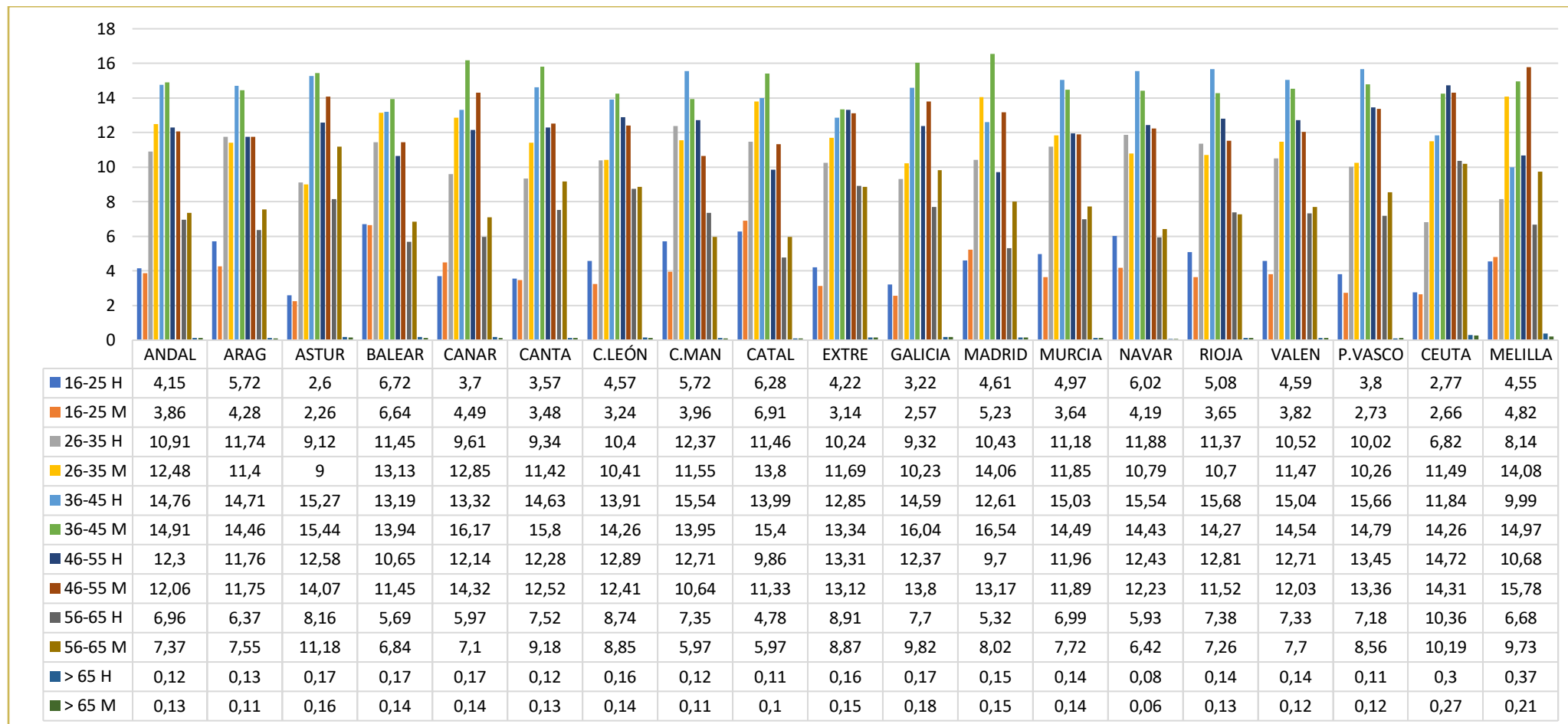


Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

En el siguiente gráfico se representa el porcentaje de estos trabajadores en IT sobre el total de IT, por tramos de edad, género y Comunidad Autónoma. Aquí podemos ver que los mayores porcentajes se concentran en los trabajadores comprendidos entre las edades de 26 a 55 años, tanto en la mujer como en el hombre, y esta tendencia se reproduce en todas las CCAA (Gráfico 15).

En los grupos de edad más extremos, encontramos un menor porcentaje, siendo muy escasa la proporción de trabajadores en IT en los mayores de 65 años.

Gráfico 15. Porcentaje de trabajadores en IT por tramos de edad, género y CCAA. Total del sistema. 2019

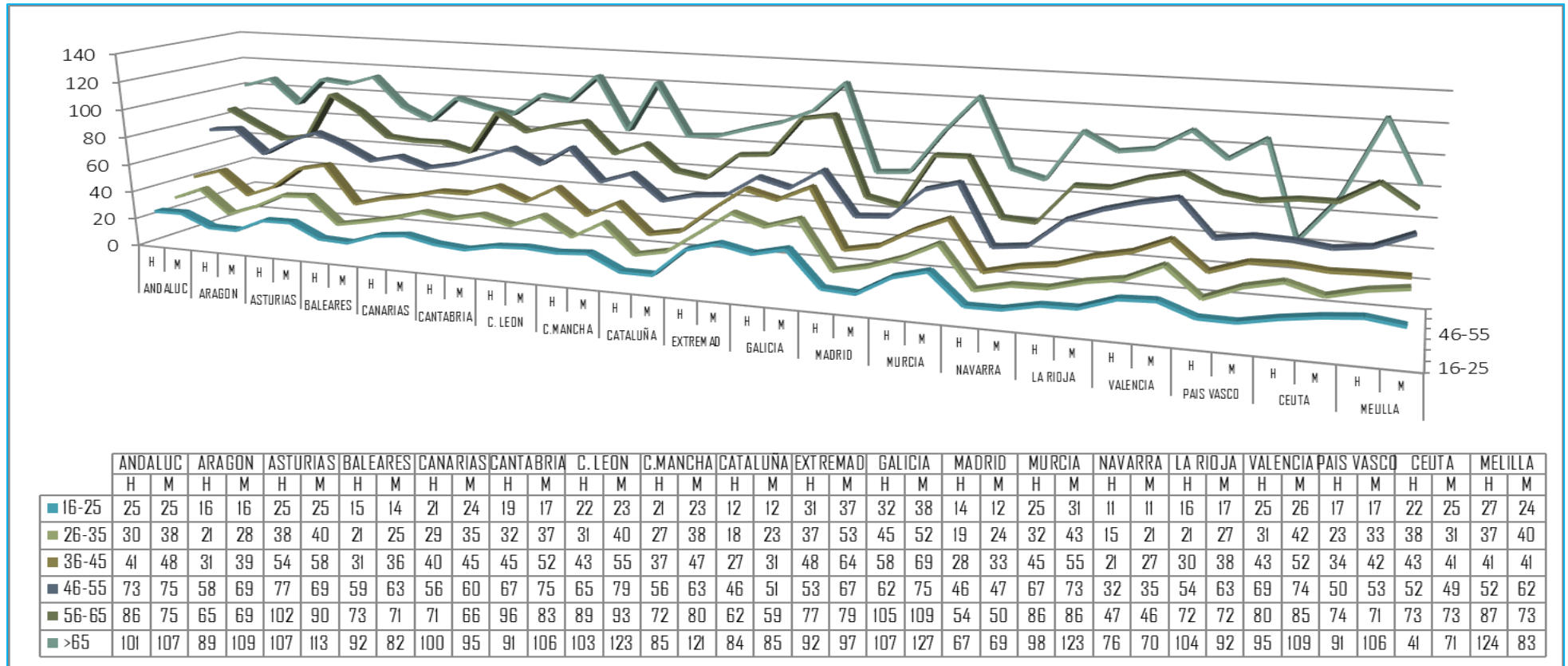


Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Y para finalizar este apartado de análisis de la IT en el siguiente gráfico (Gráfico 16) se muestran los valores de la duración media de los procesos de IT por grupo de edad, género y Comunidad Autónoma.

La duración media más larga es para el grupo “Mujer” en casi todas las Comunidades y en casi todos los tramos de edad, excepto en Asturias, para los tramos de edad de 46-55 y 56-65; Cataluña en los grupos de edad 16-25, 26-35 y 56-65; Madrid, para los grupos 16-25 y 56-65; La Rioja en >65 años; País Vasco en las edades 16-25 y 56-65; Ceuta en los grupos 26-35, 36-45, 46-55 y 56-65 y finalmente Melilla en los grupos etarios 16-25, 56-65 y > 65, en la que el grupo “Hombre” supera al grupo “Mujer”.

Gráfico 16. Duración media (promedio días) de IT por tramos de edad, género y CCAA. Total del sistema. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médica

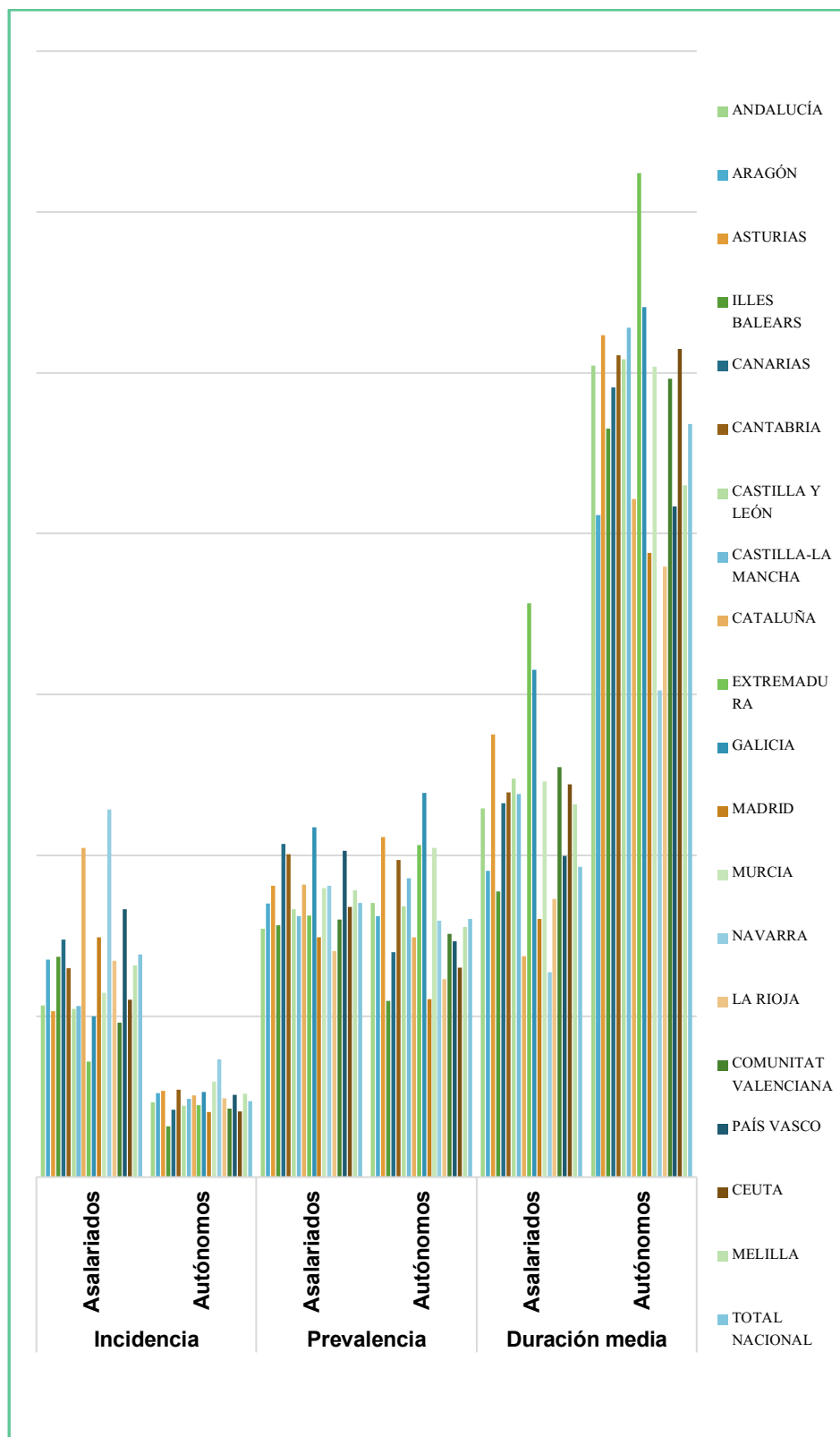
4.3.6. Datos según afiliación del trabajador

En este apartado se muestra el análisis de los principales indicadores de la IT, en función de que el trabajador desempeñe su actividad por cuenta ajena (asalariado) o por cuenta propia (autónomo).

Como se puede observar en el Gráfico 17 y en la Tabla 9 en todas las Comunidades, la incidencia es mayor para los trabajadores asalariados que para los autónomos. Las prevalencias están más igualadas en ambos tipos de trabajadores. La mayor diferencia en la incidencia se registra en Navarra con una diferencia de 31,01 puntos. La mayor diferencia en las prevalencias se encuentra en Canarias (13,46 por mil trabajadores).

Por el contrario, la duración media es mucho más elevada en el trabajador autónomo que en el asalariado. Esta diferencia es muy marcada en Castilla-La Mancha (58,04 días de promedio más en el trabajador autónomo) y la menor diferencia se registra en La Rioja (35,07 días).

Gráfico 17. Incidencia, prevalencia y duración media. Asalariados vs autónomos. CCAA. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos del INSS

Tabla 9. Incidencia (por mil), prevalencia (por mil) y duración media (promedio días): asalariados vs autónomos. 2019

	Incidencia		Prevalencia		Duración media	
	Asalariados	Autónomos	Asalariados	Autónomos	Asalariados	Autónomos
ANDALUCÍA	21,35	9,29	30,88	34,06	45,84	100,9
ARAGÓN	27,01	10,44	34	32,46	38,06	82,33
ASTURIAS	20,63	10,7	36,25	42,25	55,03	104,68
ILLES BALEARS	27,36	6,3	31,29	21,94	35,48	93,06
CANARIAS	29,5	8,38	41,41	27,95	46,45	98,2
CANTABRIA	25,97	10,86	40,15	39,46	47,85	102,22
CASTILLA Y LEÓN	20,94	8,89	33,28	33,69	49,54	101,7
CASTILLA-LA MANCHA	21,3	9,71	32,46	37,15	47,6	105,64
CATALUÑA	40,91	10,15	36,37	29,81	27,46	84,34
EXTREMADURA	14,35	8,93	32,52	41,29	71,32	124,82
GALICIA	20	10,58	43,51	47,74	63,11	108,18
MADRID	29,78	8,08	29,83	22,14	32,07	77,63
MURCIA	22,91	11,86	35,96	40,95	49,22	100,78
NAVARRA	45,68	14,67	36,26	31,88	25,46	60,53
LA RIOJA	26,86	9,81	28,11	24,63	34,57	75,87
VALENCIA	19,17	8,52	32,02	30,24	50,98	99,3
PAÍS VASCO	33,27	10,2	40,59	29,3	39,91	83,4
CEUTA	22,06	8,17	33,57	26,02	48,83	102,94
MELILLA	26,29	10,35	35,67	31,08	46,37	85,99
TOTAL NACIONAL	27,65	9,45	34,09	32,07	38,59	93,64

Elaboración propia a partir de datos extraídos del INSS

4.3.7. Datos según contingencia

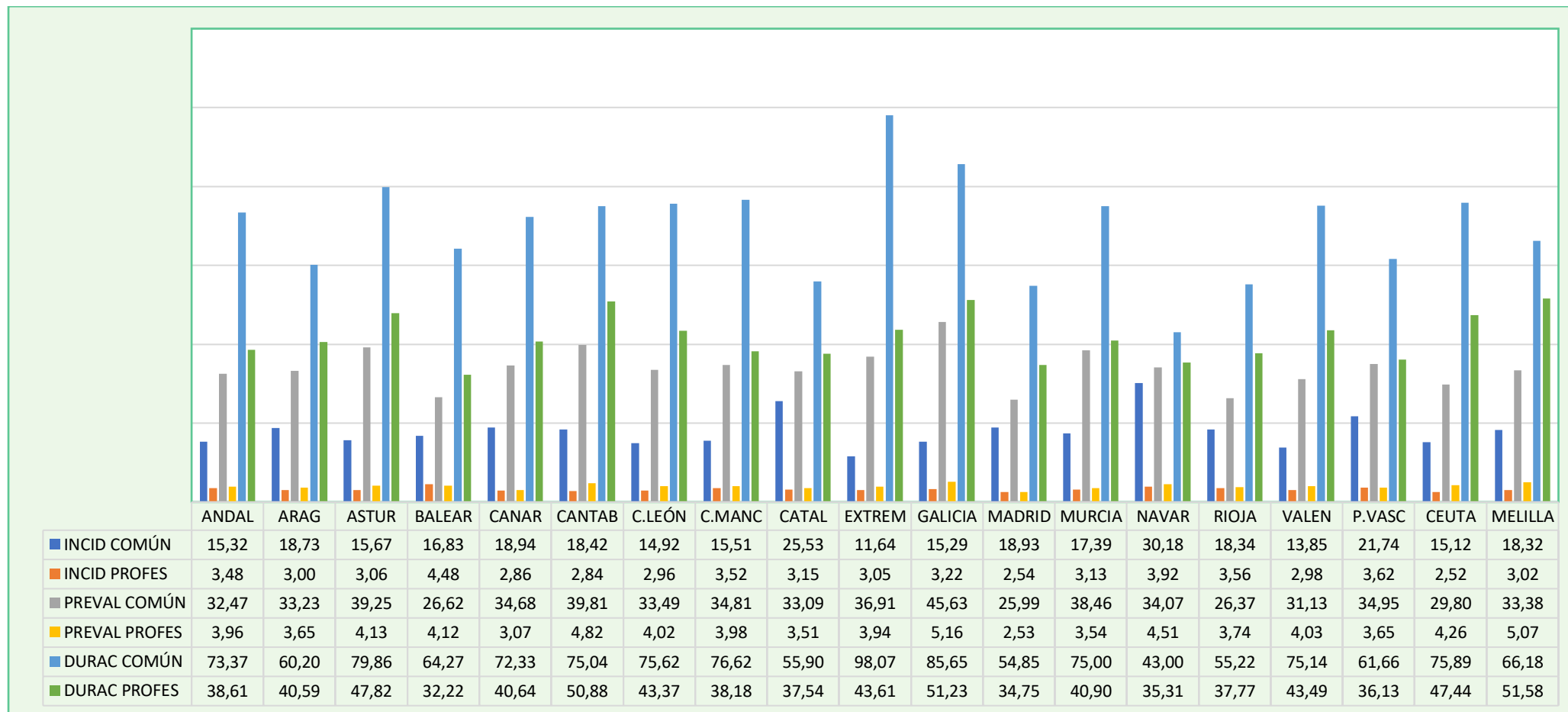
En este epígrafe se analizan los principales indicadores de incapacidad temporal según el origen de la IT sea una contingencia común (enfermedad común y accidente no laboral) o contingencia profesional (accidente de trabajo y enfermedad profesional). En todas las Comunidades encontramos una mayor incidencia, prevalencia y duración media en el caso de IT derivadas de contingencias comunes tal y como se muestra en el Gráfico 18.

La mayor diferencia en la incidencia entre las distintas contingencias la encontramos en la Comunidad Foral de Navarra, ya que la IT derivada de contingencias comunes muestra una incidencia muy elevada ($n=30,18$) y en el caso de contingencias profesionales, esta es mucho más baja ($n=3,92$).

En la prevalencia, la mayor diferencia se encuentra en Galicia, ya que por contingencias comunes su prevalencia es de 45,63 y por contingencias profesionales su valor es de 5,16 trabajadores en IT por mil afiliados.

La duración media, muestra la diferencia más acusada en Extremadura: contingencias comunes ($n= 98,07$ días) y contingencias profesionales ($n= 43,61$ días).

Gráfico 18. Incidencia (por 1000 trabajadores), prevalencia (por 1000 trabajadores) y duración media (promedio días) de la IT, derivada de contingencia común o profesional. Total del sistema. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

En la siguiente tabla se expone el número total de trabajadores en IT durante todo el año 2019, desglosado por contingencias y género. Como se puede ver en todas las CCAA el mayor número de procesos de IT corresponden a contingencias comunes. En el caso de contingencias profesionales, encontramos un mayor número en hombres, y en el caso de contingencias comunes, en mujeres, en todas las CCAA, excepto en País Vasco y Ceuta (Tabla 10).

Tabla 10. Trabajadores en IT durante 2019, por contingencia y género. CCAA

	Comunes		Profesionales	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
ANDALUCÍA	305.578	384.820	81.441	37.651
ARAGÓN	74.460	83.530	13.903	6.573
ASTURIAS	31.088	44.158	8.762	4.466
ILLES BALEARS	58.425	84.923	17.676	9.382
CANARIAS	98.056	157.004	17.904	10.075
CANTABRIA	28.133	29.112	4.927	2.358
CASTILLA Y LEÓN	83.673	105.311	22.052	9.717
CASTILLA-LA MANCHA	71.907	78.084	21.288	8.151
CATALUÑA	561.631	904.942	82.864	43.695
EXTREMADURA	21.352	34.644	9.270	3.831
GALICIA	80.797	114.997	26.269	12.301
MADRID	390.893	651.145	62.318	35.402
MURCIA	57.609	82.073	15.415	6.857
NAVARRA	62.746	73.193	9.272	3.874
LA RIOJA	16.117	18.848	3.719	1.868
COMUNITAT VALENCIANA	180.454	191.213	44.557	21.029
PAÍS VASCO	163.667	160.045	28.325	11.641
CEUTA	2.791	2.395	428	240
MELILLA	1.944	4.291	467	381
TOTAL NACIONAL	2.291.321	3.204.728	470.857	229.492

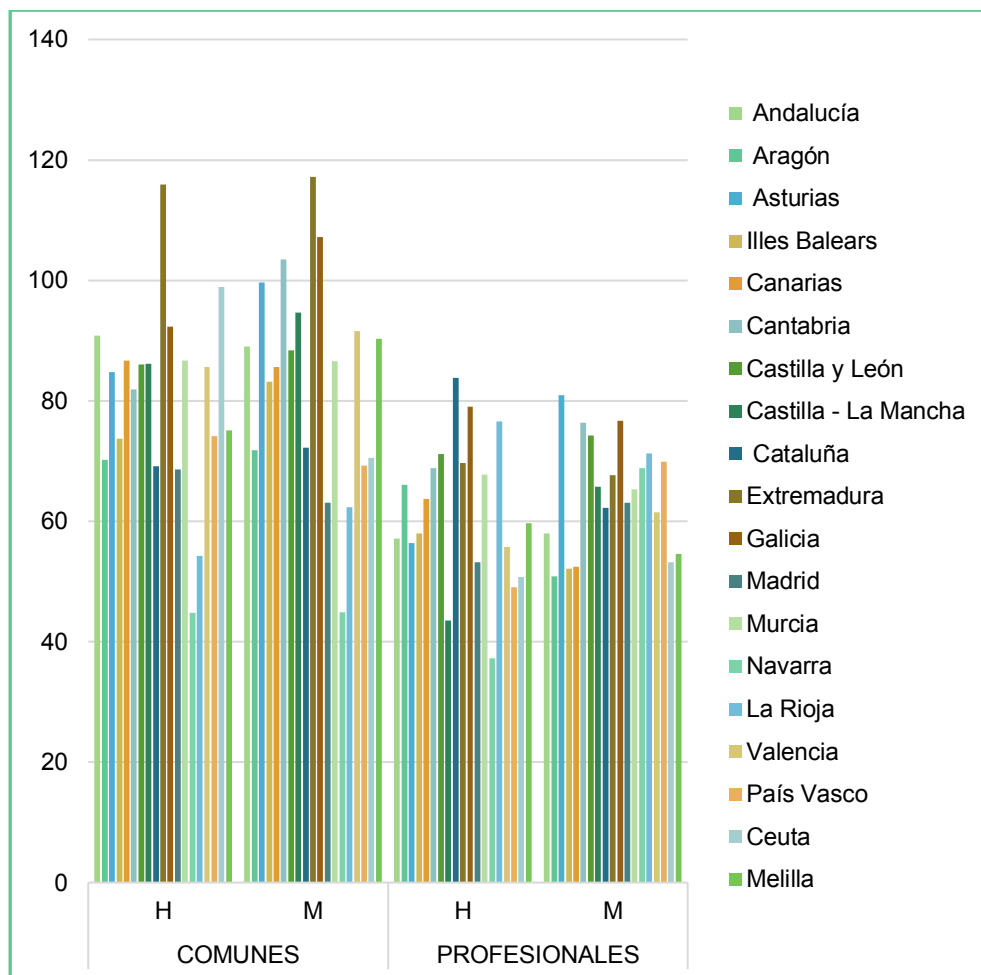
Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

Aquí se ha querido mostrar en el Gráfico 19 la diferencia de la duración media de la IT, entre hombres y mujeres, por contingencias comunes y contingencias profesionales. En el total nacional la duración en mujeres es más larga, tanto en contingencias comunes (H=42, M=47), como profesionales (H=59; M=63).

Destacan por CCAA la mayor duración en hombres en Extremadura, en caso de contingencias comunes (n=116 días) y en Cataluña en hombres, en contingencias profesionales (n=84 días). En las mujeres, la mayor duración se encuentra también en Extremadura, en

contingencias comunes (n=117 días) y en Asturias (n=81 días) en el caso de contingencias profesionales.

Gráfico 19. Duración media IT (días). Género. Contingencias comunes vs profesionales. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos del INSS

En la Tabla 11 se recogen el número absoluto de trabajadores en IT según contingencia y el porcentaje con respecto al total de IT en cada Comunidad. En todas las CCAA el mayor porcentaje corresponde a la Enfermedad Común, seguida por el Accidente de Trabajo. Es importante destacar que la CCAA con mayor porcentaje de trabajadores en IT por Accidente de Trabajo es Extremadura (n=17,21), mientras que la CCAA con menor número de AT corresponde a Cataluña (n=7,96).

Ni la Enfermedad Profesional, ni los Períodos de Observación, representan un porcentaje elevado de la IT ya que corresponden a menos del 0,5% del total de IT en cada Comunidad.

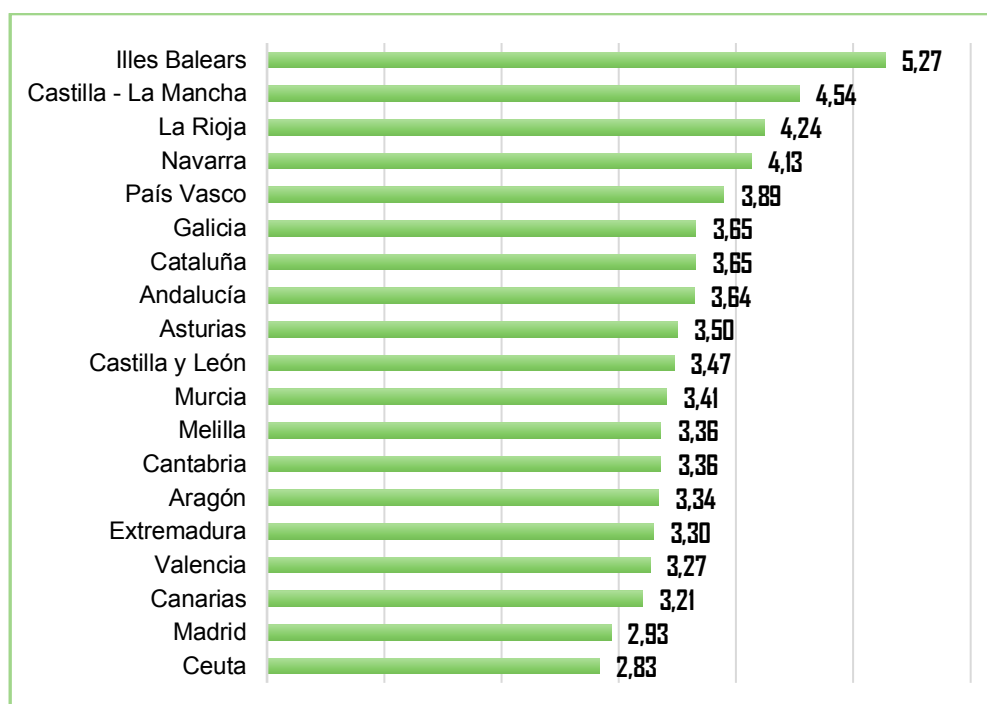
Tabla 11. Contingencias Comunes vs Contingencias Profesionales. Trabajadores en IT y porcentaje, según CCAA. 2019

CONTINGENCIA	ENFERMEDAD COMUN		ACCIDENTE NO LABORAL		ACCIDENTE LABORAL		ENFERM. PROFESIONAL		PERIODOS OBSERVACION	
	Trabajadores	%	Trabajadores	%	Trabajadores	%	Trabajadores	%	Trabajadores	%
ANDALUCIA	726781	82,13	33813	3,82	123270	13,93	923	0,10	170	0,02
ARAGON	163945	86,59	4703	2,48	20064	10,60	247	0,13	365	0,19
ASTURIAS	76699	78,11	7671	7,81	13518	13,77	264	0,27	43	0,04
ISLAS BALEARES	137688	77,13	14028	7,86	26559	14,88	157	0,09	82	0,05
CANARIAS	254055	85,09	16001	5,36	28219	9,45	218	0,07	75	0,03
CANTABRIA	58807	81,84	5199	7,24	7635	10,63	192	0,27	22	0,03
CASTILLA Y LEON	192069	79,46	16070	6,65	33017	13,66	454	0,19	114	0,05
CASTILLA - LA MANCHA	168598	80,12	7818	3,72	33656	15,99	303	0,14	56	0,03
CATALUÑA	1455270	88,03	64542	3,90	131593	7,96	1305	0,08	408	0,02
EXTREMADURA	58901	74,04	6828	8,58	13693	17,21	109	0,14	17	0,02
GALICIA	214284	80,14	13286	4,97	38888	14,54	719	0,27	204	0,08
CMIDAD. MADRID	971115	86,56	49848	4,44	99997	8,91	791	0,07	132	0,01
REGION DE MURCIA	151202	83,80	6920	3,84	21372	11,84	702	0,39	237	0,13
NAVARRA	129731	85,29	9285	6,10	12265	8,06	664	0,44	159	0,10
LA RIOJA	39578	85,82	573	1,24	5740	12,45	152	0,33	74	0,16
CMIDAD. VALENCIANA	371119	77,43	40320	8,41	66228	13,82	1496	0,31	157	0,03
PAIS VASCO	327797	87,14	7859	2,09	39102	10,39	1305	0,35	126	0,03
CEUTA	5216	83,79	306	4,92	691	11,10	11	0,18	1	0,02
MELILLA	6200	83,55	369	4,97	843	11,36	8	0,11	1	0,01

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

En el Gráfico 20 se muestra la tasa de IT por AT por cada 1000 trabajadores protegidos. Como se puede observar la CCAA con mayor índice de IT por esta contingencia se encuentra en las Islas Baleares, seguida de Castilla- La Mancha y La Rioja. En el extremo opuesto se sitúan las CCAA de Ceuta, Madrid y Canarias.

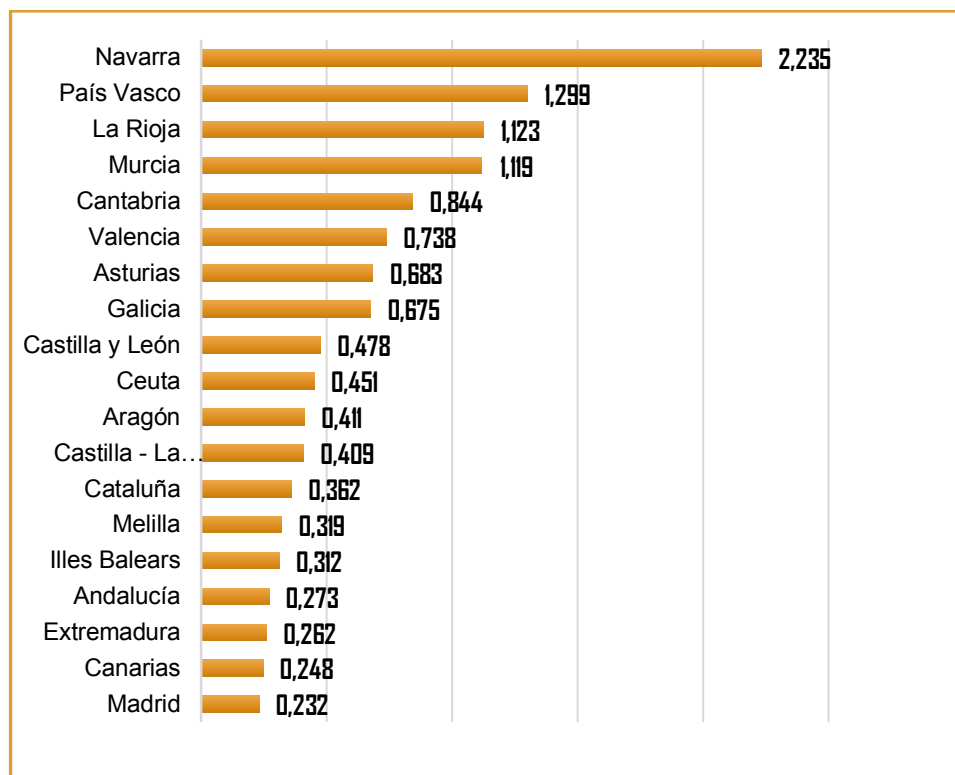
Gráfico 20. Accidentes de trabajo. Tasa de trabajadores en IT por mil. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

En relación con la Enfermedad Profesional, la tasa más elevada se encuentra en Navarra (n= 2,235). Esta tasa casi duplica a la encontrada en la siguiente CCAA (País Vasco, n= 1,299), pero es que incluso es 10 veces más elevada a la mostrada en otras muchas CCAA, tal y como se muestra en el Gráfico 21.

Gráfico 21. Enfermedad Profesional. Tasa de trabajadores en IT por mil. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

4.3.8. Datos relacionados con la Entidad Gestora

En los siguientes gráficos se presentan las diferencias en los datos según los procesos de IT por contingencias comunes hayan sido gestionados a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Social de la Marina (ISM) o las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (Mutuas o MCSS).

La **incidencia media** total mensual por cada mil trabajadores protegidos en el INSS (Gráfico 22) es de 24,57, mientras que en el ISM es de 15,53 y en las Mutuas de 28,94. La incidencia más alta se encuentra en Navarra, en el caso de IT gestionada por Mutua (n=46,66) y la más baja, se halla en Ceuta, en la IT gestionada por el ISM (n=11,7)

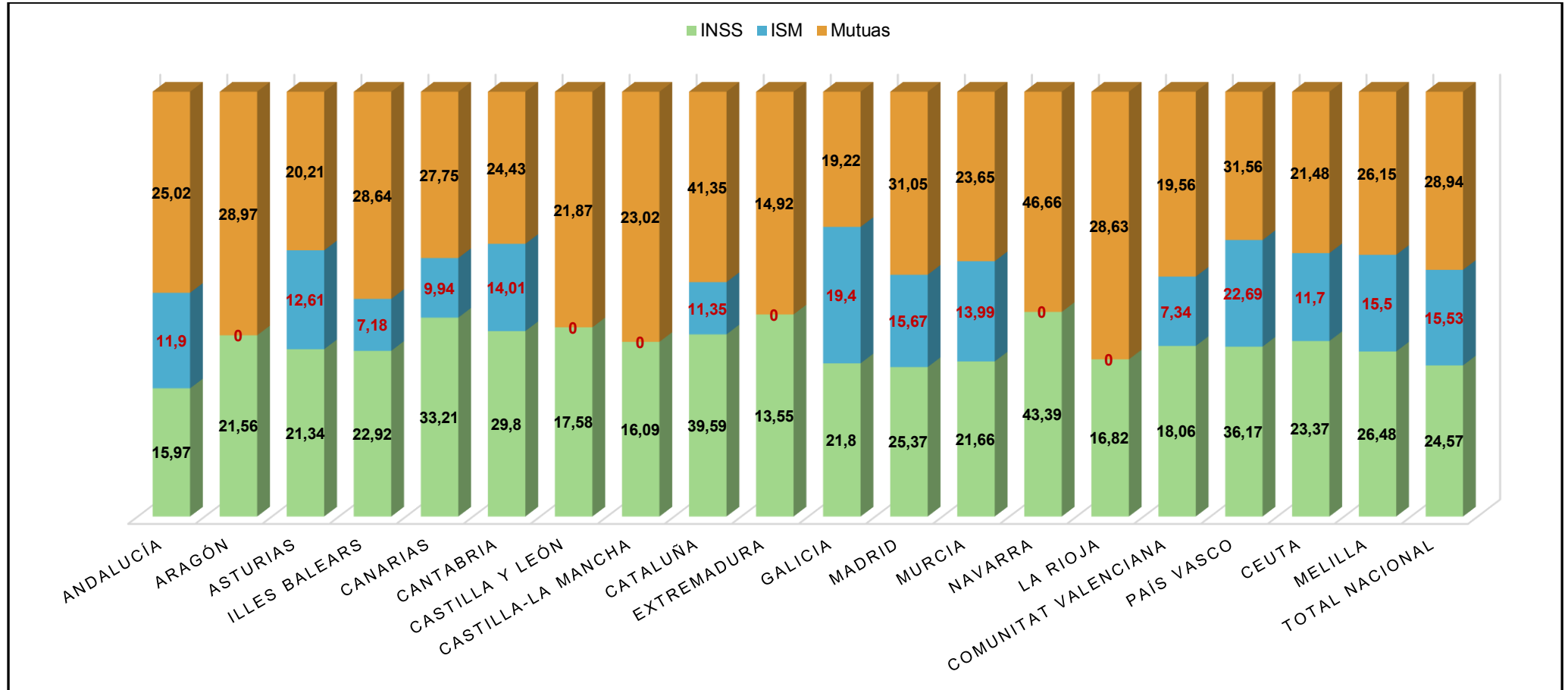
En cuanto a la **prevalencia** por cada mil trabajadores protegidos (Gráfico 23) si nos referimos a los datos del INSS se muestra una

prevalencia de 35,37, en el ISM de 61,43 y en la Mutua de 36,81. La prevalencia más alta se encuentra en Melilla, en el ISM (n=130,43) y la más baja en La Rioja, gestionada por el INSS (n=22,69).

La **duración media** (Gráfico 24) de los procesos finalizados en el periodo también varía según la Entidad Gestora. Así pues, para el INSS esta se encuentra en 43,46 días, para el ISM en 137,98 días y para las Mutuas en 36,81 días. La duración media más larga se encuentra en Melilla (n=398 días) y la duración más corta en Navarra, gestionada por las Mutuas (n=24,79 días).

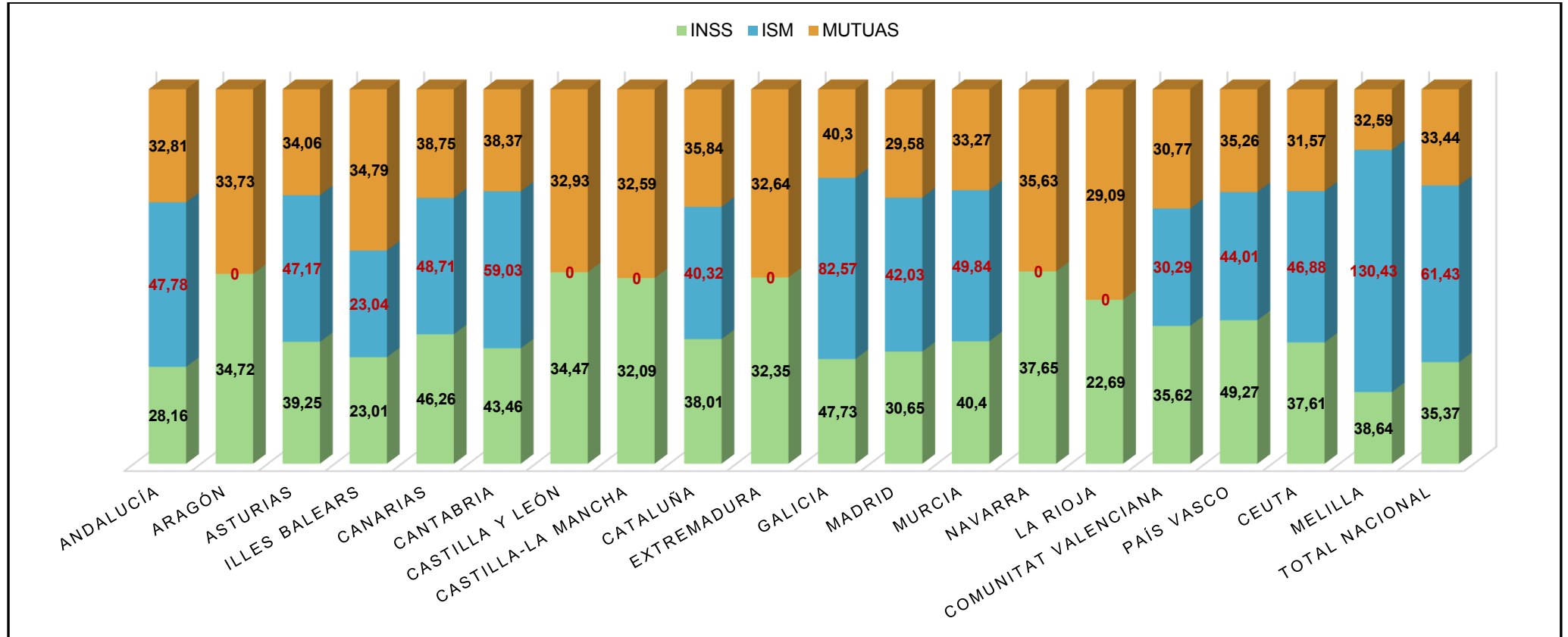
Como se puede observar tanto la incidencia, como la prevalencia, como la duración media muestra una gran variabilidad entre las distintas CCAA, tanto si son gestionadas por el INSS, ISM o una MCSS.

Gráfico 22. Comparación en la incidencia media mensual por cada mil trabajadores protegidos INSS vs ISM vs Mutua



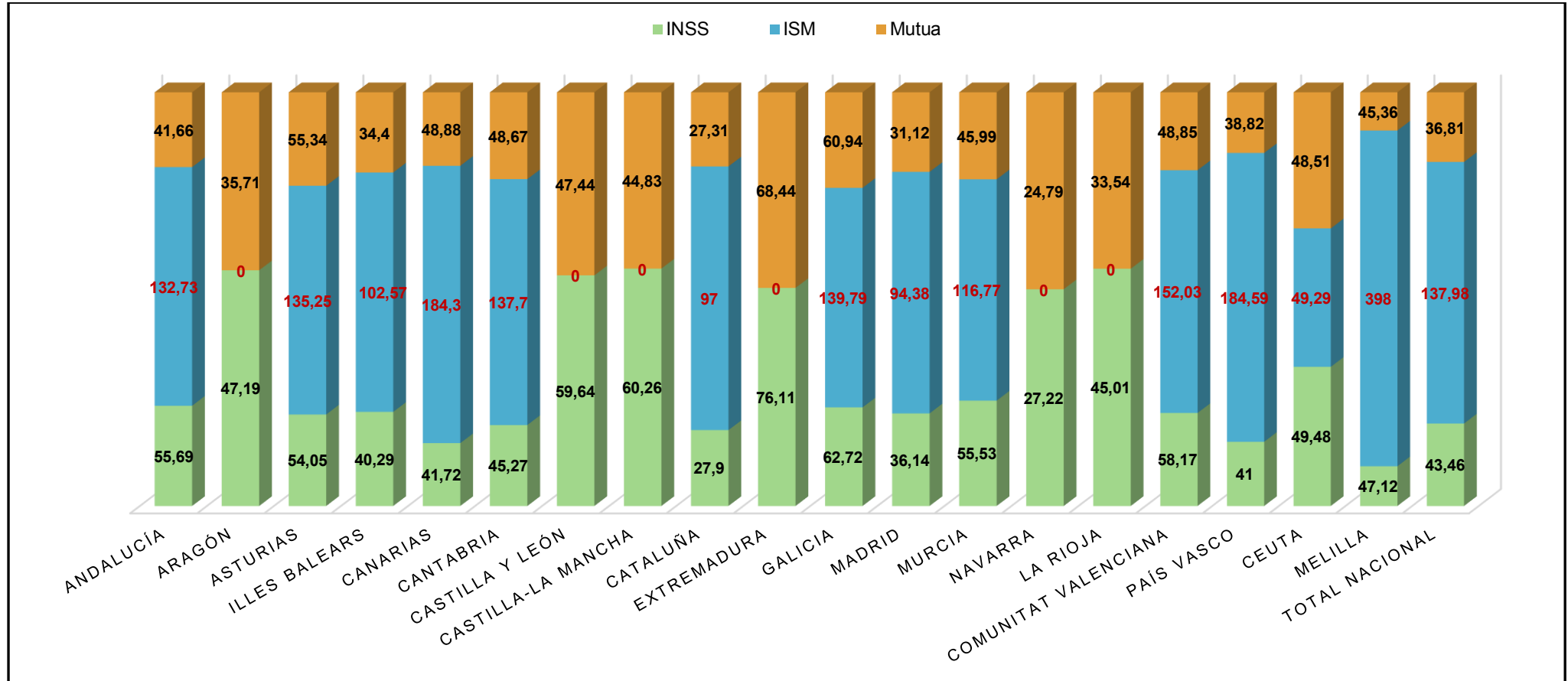
Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social

Gráfico 23. Comparación prevalencia media mensual por cada mil trabajadores protegidos según INSS vs ISM vs Mutua



Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Gráfico 24. Comparación duración media de la IT (promedio días). INSS vs ISM vs Mutuas. 2019



Elaboración propia a partir de los datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

En la siguiente tabla (Tabla 12) se muestra el análisis más pormenorizado de la duración media de la IT diferenciando entre las Entidades Gestoras del INSS o Mutua, desglosándolo según el trabajador sea asalariado o autónomo, y a su vez diferenciando las contingencias, comunes o profesionales y género del trabajador.

Como se puede observar las duraciones medias más largas se encuentran en las mujeres autónomas, cuya gestión es competencia del INSS y la IT es derivada de contingencias comunes. En cambio, la menor duración media más corta corresponde a los hombres, en la IT derivada de contingencia profesional, gestionada por una Mutua.

Por CCAA, la duración más larga se encuentra en Cantabria (n=213 días), mujer autónoma por contingencias comunes, cuya Entidad Gestora es el INSS. La menor duración se observa en Navarra (n=22 días), hombre asalariado, por contingencia común, gestionada la IT por una MCSS.

Tabla 12. Duración media según Entidad Gestora (INSS o MCSS), afiliación del trabajador (asalariado o autónomo), contingencia, género y CCAA. 2019

	Instituto Nacional de la Seguridad Social						Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social					
	Contingencias Comunes				Contingencias Profesionales		Contingencias Comunes				Contingencias Profesionales	
	Hombre		Mujer		Hombre	Mujer	Hombre		Mujer		Hombre	Mujer
	Asalariado	Autónomo	Asalariada	Autónoma			Asalariado	Autónomo	Asalariada	Autónoma		
Andalucía	60	169	53	160	78	79	41	94	43	100	37	37
Aragón	49	127	54	106	92	60	33	73	39	87	40	41
Asturias	59	135	52	186	66	117	53	93	58	103	47	45
Illes Balears	41	134	40	165	85	69	33	87	36	91	31	35
Canarias	46	159	41	156	88	63	46	95	51	95	40	42
Cantabria	42	147	49	213	88	101	47	92	51	101	50	51
Castilla y León	63	149	59	136	103	103	43	90	51	107	39	45
Castilla - La Mancha	70	139	60	151	50	92	41	95	50	117	37	40
Cataluña	27	151	28	149	131	86	25	73	29	83	37	38
Extremadura	83	200	74	196	100	98	67	114	70	129	39	38
Galicia	58	161	64	191	110	103	57	93	64	110	48	50
Madrid	36	135	36	109	73	92	29	74	32	75	33	34
Murcia	57	157	55	135	96	86	42	91	50	106	39	44
Navarra	29	71	26	62	42	98	22	58	28	63	33	40
La Rioja	41	72	47	87	117	103	32	72	35	80	36	39
Valencia	57	148	59	153	69	77	46	92	52	101	42	46
País Vasco	41	145	41	113	64	100	35	76	43	80	34	40
Ceuta	46	197	55	88	59	58	54	99	44	95	43	49
Melilla	44	134	48	176	68	70	48	74	43	95	51	39

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

4.3.9. Datos relacionados con el diagnóstico

En las siguientes tablas (Tablas 13 y 14) se muestran los Capítulos diagnósticos y el promedio de días de duración de la incapacidad temporal. Los Capítulos Diagnósticos con una duración más larga corresponden a “*Neoplasias*” (n=174 días), seguido por “*Enfermedades del aparato circulatorio*” (n= 130 días) y por “*Trastornos mentales y del comportamiento*” (n= 122 días).

En el extremo opuesto, en los de menor duración, se hallan “*Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias*” y “*Enfermedades del Aparato Respiratorio*”, ambos con un promedio de duración de 18 días. No se incluye Cataluña.

Las que mayor variabilidad presentan entre las distintas CCAA son las que corresponden al Capítulo “*Factores que influyen en el contacto con los servicios sanitarios*” (Tabla 14).

Tabla 13. Duración media de la IT (días) por Capítulo Diagnóstico I (CIE-10), 2019 (no incluye Cataluña)

Capítulo diagnóstico	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (a00-b99)	Neoplasias (c00-d49)	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico (d50-d89)	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (e00-e89)	Trastornos mentales y de comportamiento (f01-f99)	Enfermedades del sistema nervioso (g00-g99)	Enfermedades del ojo y sus anexos (h00-h59)	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas (h60-h95)	Enfermedades del aparato circulatorio (i00-i99)	Enfermedades del aparato respiratorio (j00-j99)	Enfermedades del aparato digestivo (k00-k95)
Andalucía	20	153	113	97	117	112	54	42	129	16	46
Aragón	12	170	98	82	113	89	51	35	130	15	46
Asturias	17	205	157	104	146	128	73	63	150	23	72
Islas Baleares	9	190	85	72	77	86	43	28	121	13	42
Canarias	16	197	116	109	131	130	68	70	158	20	66
Cantabria	12	168	127	88	142	109	60	44	141	16	59
Castilla y León	23	194	116	86	132	112	57	41	138	15	36
Castilla - La Mancha	17	196	120	91	126	111	56	43	139	18	49
Extremadura	25	198	158	119	155	138	65	59	148	26	65
Galicia	25	186	133	107	143	128	56	51	137	21	59
Cmdad. Madrid	11	137	90	80	122	84	37	35	105	15	42
Región de Murcia	19	157	102	96	144	124	60	55	145	22	63
Navarra	9	165	82	74	92	75	35	29	129	11	35
La Rioja	9	147	107	73	112	84	44	28	112	13	45
Cmdad. Valenciana	16	181	103	90	126	111	55	39	131	16	54
Pais Vasco	11	153	95	94	104	96	43	34	114	14	42
Ceuta	30	148	103	86	97	111	55	34	113	22	66
Melilla	43	185	62	70	127	83	47	38	104	20	68

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Tabla 14. Duración media de la IT (promedio días) por Capítulo Diagnóstico II (CIE-10), 2019 (no incluye Cataluña)

Capítulo diagnóstico	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (I00-I99)	Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (M00-M99)	Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99)	Embarazo, parto y puerperio (O00-O9A)	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalias cromosómicas (Q00-Q99)	Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (R00-R99)	Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (S00-T88)	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (Z00-Z99)	Procedimientos
Andalucía	42	85	51	84	141	108	48	74	27	87
Aragón	41	80	43	63	49	104	40	74	99	62
Asturias	64	118	69	62		138	67	125	8	39
Islas Baleares	32	72	36	62	58	93	38	60	32	97
Canarias	53	112	61	107	96	156	50	105	26	42
Cantabria	52	102	52	72		142	61	90	198	116
Castilla y León	48	95	51	66	61	121	47	86	100	82
Castilla - La Mancha	46	95	47	81	69	118	45	78	92	85
Extremadura	54	110	56	83	61	107	52	88	283	86
Galicia	55	104	56	77	106	109	48	91	45	95
Cmdad. Madrid	38	74	45	58	49	68	47	83	61	40
Región de Murcia	47	96	62	80	45	116	72	83	20	95
Navarra	34	68	30	68		121	25	61	32	74
La Rioja	44	73	40	67		97	44	71	20	102
Cmdad. Valenciana	42	92	44	82	69	92	44	74	32	79
País Vasco	45	79	47	63	96	98	40	72	56	96
Ceuta	50	85	48	68	97	81	60	81	947	167
Melilla	40	78	64	86	10	129	50	80	1	123

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas

En el Anexo 2 se presenta la duración media según género y Capítulo Diagnóstico (CIE-10).

Como se puede observar, las duraciones medias más largas las presenta el capítulo de *Neoplasias*, tanto en hombre como en mujer.

Las duraciones medias más largas en el caso de los hombres, se encuentran en Ceuta, en el Capítulo de *Enfermedades de la sangre* (n=409 días) y en Cantabria, en el Capítulo de *Afecciones originadas en el período perinatal* (n=507 días). En la mujer, la duración más prolongada se halla en Navarra, en el Capítulo de *Afecciones originadas en el período perinatal* (n=275 días) y en Castilla y León en *Neoplasias* (n=224 días).

La mayor diferencia entre hombres y mujeres se observa en el Capítulo de Enfermedades del aparato circulatorio y en el Capítulo de *Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos*, siendo además la media más alta en los hombres en casi todas las CCAA en estos dos Capítulos. La mayor homogeneidad se encuentra en los *Trastornos musculoesqueléticos* y en *Enfermedades infecciosas y parasitarias*.

Los *Trastornos mentales*, muestran también una duración media más larga en los hombres que en las mujeres en todas las CCAA, si bien, la diferencia en las duraciones medias entre ambos géneros es muy pequeña.

En la Tabla 15 se exponen las duraciones medias por género de algunos de los Capítulos diagnósticos que se consideran más representativos de la IT en España, y son a los que se ha dedicado el mayor estudio y análisis en este trabajo de investigación.

Tabla 15. Duración media de IT (días) por los principales Capítulos diagnósticos (CIE-10). Género. 2019

Capítulo diagnóstico	Neoplasias (c00-d49)		Trastornos mentales y de comportamiento (f01-f99)		Enfermedades del aparato circulatorio (i00-i99)		Enfermedades del aparato respiratorio (j00-j99)		Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (m00-m99)		Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (s00-t88)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	164	170	136	123	173	102	17	15	92	93	78	72
Aragón	187	173	118	120	161	124	15	16	84	96	72	78
Asturias	186	172	166	135	179	125	24	25	126	127	111	116
Illes Balears	213	213	81	81	150	108	14	12	74	83	62	63
Canarias	194	196	134	129	190	133	19	19	112	121	104	101
Cantabria	184	171	168	152	181	129	17	16	105	115	85	90
Castilla y León	186	224	143	136	170	121	16	16	92	107	84	88
Castilla - La Mancha	188	209	135	127	171	124	18	18	95	104	76	84
Extremadura	201	207	176	152	203	122	29	23	122	115	93	85
Galicia	192	207	163	155	183	138	23	21	113	129	90	95
Madrid	159	135	118	114	132	88	15	14	77	84	77	82
Murcia	148	155	156	145	177	126	21	21	95	104	84	85
Navarra	166	194	96	92	167	113	11	11	66	83	62	70
La Rioja	152	160	120	110	139	103	10	12	67	79	62	70
Valencia	194	197	137	134	168	119	17	16	100	105	72	74
País Vasco	152	179	122	114	153	96	14	15	82	91	71	81
Ceuta	185	161	95	93	107	24	17	68	89	59	73	
Melilla	187	195	115	129	97	20	11	69	80	50	69	

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

En el Anexo 3 se describen las duraciones medias por Capítulos Diagnósticos, desglosadas por tramos de edad. En todos los Capítulos Diagnósticos y en todas las CCAA, las duraciones medias se van incrementando con el aumento de la edad.

En las Tabla 16 y 17 se analizan la duración media por tramos de edad en los principales Capítulos diagnósticos anteriormente referidos.

Las duraciones más largas siguen correspondiendo a las *Neoplasias*, cuyas duraciones medias se sitúan por encima de los 90 días en casi todas las CCAA a partir del tramo de edad de 26-35 años. Las duraciones más cortas en este Capítulo Diagnóstico se encuentran en Ceuta y Melilla, para el tramo de edad de 16-25 años. Las más largas en Murcia en mayores de 65 años (n=264 días).

Las *Enfermedades del aparato circulatorio* también muestran unas duraciones medias muy prolongadas, superando los 90 días en casi todas las CCAA a partir del tramo de edad 36-45 años, excepto en Madrid (n=84 días), La Rioja y Ceuta (n=77 días) y Melilla (n=53 días). La mayor duración media se encuentra en Castilla-La Mancha para el grupo > 65 años (n=239 días).

Los *Trastornos mentales y del comportamiento* muestran duraciones medias muy altas, incluso en el tramo de edad de 16-25 años, que superan los 60 días en casi todas las CCAA, excepto en Navarra (n=59 días) e Islas Baleares (n=46 días). En Navarra es la CCAA donde se halla la duración media más alta de todas las CCAA, correspondiente al tramo de edad > 65 años (n=385 días).

Las *Enfermedades del aparato musculoesquelético* muestran una gran uniformidad en todos los tramos de edad desde los 16 a los 65 años, como se puede observar en la Tabla 21, siendo su duración media superior a los 30 días en casi todas las CCAA a partir del tramo de edad de 26-35 años, excepto Navarra (n=23 días) y Aragón (n=28 días) en el tramo 26-35 años y Navarra (n=26 días) e Islas Baleares (n=27 días) en el tramo de edad 36-45 años.

Tabla 16. Duración de IT (días) según tramo de edad. Principales Capítulos diagnósticos I. CCAA.2019

	Neoplasias (c00-d49)						Trastornos mentales y de comportamiento (f01-f99)						Enfermedades del aparato circulatorio (i00-i99)					
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
Andalucía	97	109	141	176	208	211	83	108	125	138	157	173	78	86	107	154	182	193
Aragón	85	101	129	189	225	243	67	90	116	132	161	226	82	73	100	153	191	221
Asturias	72	120	140	181	220	93	75	120	137	151	180	192	73	81	106	160	204	187
Illes Balears	98	138	169	217	266	217	46	68	82	90	115	142	40	74	101	138	174	242
Canarias	95	136	166	204	229	214	76	105	131	147	169	237	64	85	133	169	211	250
Cantabria	31	108	123	191	226	242	93	135	142	177	191	114	92	92	120	164	202	177
Castilla y León	58	124	160	203	238	239	75	108	134	148	180	181	67	93	116	149	193	227
Castilla - La Mancha	125	106	175	222	245	166	83	105	129	144	170	185	44	84	119	173	186	239
Extremadura	34	126	176	209	250	240	109	141	146	171	195	186	73	97	123	174	219	305
Galicia	75	114	158	216	244	191	97	131	155	170	186	162	74	96	129	168	204	222
Madrid	66	84	113	148	195	191	63	90	112	128	157	172	63	61	84	118	149	146
Murcia	62	85	134	160	201	264	109	128	141	157	183	143	70	92	131	160	198	158
Navarra	97	109	152	187	226	130	59	77	93	92	128	385	113	75	105	158	177	160
La Rioja	60	91	121	164	199	119	96	73	112	122	146	267	25	66	77	128	174	167
Valencia	99	111	157	206	241	246	81	108	132	149	176	183	69	84	110	156	192	177
País Vasco	83	97	136	170	210	194	80	95	112	121	147	163	75	68	93	133	167	175
Ceuta		77	137	205	180		82	59	97	111	106	138	166	38	77	139	167	150
Melilla	22	76	157	191	237		66	114	114	123	151	195	197	92	53	162	170	193

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

Tabla 17. Duración de IT (días) según tramo de edad. Principales Capítulos diagnósticos II. CCAA.2019

	Enfermedades del aparato respiratorio (j00-j99)						Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (m00-m99)						Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (s00-t88)					
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
Andalucía	8	10	13	19	28	33	39	39	39	47	57	76	47	58	71	87	103	137
Aragón	8	9	11	20	33	52	29	28	44	54	76		45	54	75	87	108	144
Asturias	11	11	21	27	42	62	28	44	68	80	106		63	90	110	118	148	146
Illes Balears	7	9	11	16	24	37	22	28	27	37	45	158	37	46	62	80	98	101
Canarias	10	13	15	22	37	40	30	43	54	57	72	108	58	81	98	121	141	206
Cantabria	9	11	12	19	31	36	38	39	48	67	107	199	49	66	79	100	120	153
Castilla y León	8	11	14	18	29	46	34	39	48	46	71	67	51	64	83	96	118	168
Castilla - La Mancha	8	11	14	21	39	60	30	37	42	45	79	62	46	57	73	96	120	132
Extremadura	13	17	20	27	44	27	39	56	48	66	68	67	70	68	79	102	112	204
Galicia	11	14	17	26	35	52	50	52	54	74	90	145	52	75	89	103	122	134
Madrid	8	10	12	16	25	38	27	33	38	44	57	54	44	62	77	92	115	143
Murcia	11	13	17	27	37	37	35	40	46	57	83	134	55	65	81	102	115	157
Navarra	6	7	10	13	19	47	15	23	26	40	48		41	53	63	75	91	98
La Rioja	7	8	10	11	21	24	41	46	45	33	70	252	41	52	54	74	103	96
Valencia	9	10	13	20	29	32	28	31	40	54	60	48	43	54	69	87	109	109
País Vasco	8	9	12	17	25	42	26	32	40	53	78	168	40	52	68	88	114	136
Ceuta	14	11	16	20	30	30	37	66	30	60	36	29	52	58	69	88	110	155
Melilla	30	8	11	15	20	12	35	37	46	35	23		64	59	69	101	97	202

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

A continuación, en las Tablas 18, 19 y 20, se describe el número de expedientes de IT finalizados en 2019, en relación con el Capítulo Diagnóstico y CCAA (excepto Cataluña).

Se ha querido reflejar también el porcentaje que supone cada Capítulo Diagnóstico dentro del conjunto de su CCAA. En todas las CCAA destaca el capítulo de “*Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo*” que superan el 20%, excepto en Canarias (n= 15,70%), seguido del capítulo “*Enfermedades del aparato respiratorio*” y “*Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas*”.

El capítulo “*Procedimientos*” es el que más variabilidad presenta de unas CCAA a otras, oscilando sus valores entre un 41% en Canarias y un 27% en Aragón, a 1.02% en Melilla o un 3,02% en el País Vasco.

Tabla 18. Expedientes de IT finalizados en 2019 I. Capítulo diagnóstico (CIE-10). Número absoluto y porcentaje sobre el total de la CCAA

Capítulo diagnóstico	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (a00-b99)		Neoplasias (c00-d49)		Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico (d50-d89)		Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (e00-e89)		Trastornos mentales y de comportamiento (f01-f99)		Enfermedades del sistema nervioso (g00-g99)		Enfermedades del ojo y sus anexos (h00-h59)	
Andalucía	15963	2,57	18292	2,95	1389	0,22	3018	0,49	48122	7,75	13799	2,22	14357	2,31
Aragón	6626	5,11	2803	2,16	232	0,18	676	0,52	9413	7,26	2124	1,64	2285	1,76
Asturias	2492	3,14	1944	2,45	92	0,12	300	0,38	6697	8,44	1497	1,89	1382	1,74
Islas Baleares	8226	7,22	2311	2,03	223	0,20	496	0,44	9788	8,60	2239	1,97	2009	1,76
Canarias	6304	2,93	3326	1,55	266	0,12	789	0,37	15099	7,02	3029	1,41	2824	1,31
Cantabria	2653	5,05	1498	2,85	88	0,17	330	0,63	3117	5,93	1141	2,17	1091	2,08
Castilla y León	3008	1,66	5325	2,94	345	0,19	714	0,39	14015	7,74	3792	2,10	3358	1,86
Castilla - La Mancha	4346	3,03	2884	2,01	298	0,21	599	0,42	10725	7,48	3270	2,28	2944	2,05
Extremadura	1499	2,28	1982	3,02	132	0,20	316	0,48	6234	9,49	1507	2,30	1693	2,58
Galicia	5442	2,55	5640	2,64	467	0,22	986	0,46	21926	10,28	5146	2,41	3924	1,84
Cmdad. Madrid	47500	7,01	18650	2,75	964	0,14	4357	0,64	36815	5,43	14470	2,14	18655	2,75
Región de Murcia	4326	3,38	3566	2,78	291	0,23	928	0,72	7360	5,75	2445	1,91	3263	2,55
Navarra	4592	5,39	1755	2,06	119	0,14	284	0,33	6910	8,11	1759	2,07	1377	1,62
La Rioja	1866	6,09	787	2,57	56	0,18	181	0,59	1275	4,16	563	1,84	683	2,23
Cmdad. Valenciana	11445	3,26	10346	2,95	858	0,24	2009	0,57	33488	9,55	7606	2,17	7127	2,03
Pais Vasco	14504	5,25	5202	1,88	372	0,13	1062	0,38	25825	9,35	4117	1,49	5101	1,85
Ceuta	134	2,73	157	3,20	9	0,18	46	0,94	452	9,20	90	1,83	154	3,14
Melilla	192	3,40	155	2,74	19	0,34	41	0,73	652	11,54	121	2,14	147	2,60

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

Tabla 19. Expedientes de IT finalizados en 2019 II. Capítulo diagnóstico (CIE-10). Número absoluto y porcentaje sobre el total de la CCAA

Capítulo diagnóstico	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas (h60-h95)		Enfermedades del aparato circulatorio (i00-i99)		Enfermedades del aparato respiratorio (j00-j99)		Enfermedades del aparato digestivo (k00-k95)		Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (l00-l99)		Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (m00-m99)		Enfermedades del aparato genitourinario (n00-n99)	
Andalucía	7303	1,18	18306	2,95	73851	11,89	44247	7,13	11489	1,85	173310	27,91	23054	3,71
Aragón	2474	1,91	2405	1,86	17903	13,81	6284	4,85	1575	1,21	33592	25,91	4726	3,65
Asturias	957	1,21	2011	2,53	6421	8,09	3029	3,82	822	1,04	18148	22,88	1944	2,45
Islas Baleares	2044	1,79	2400	2,11	16161	14,19	5980	5,25	2173	1,91	28661	25,17	4379	3,85
Canarias	1772	0,82	3985	1,85	15830	7,36	7497	3,48	2460	1,14	33779	15,70	5800	2,70
Cantabria	390	0,74	1312	2,50	8347	15,89	2507	4,77	704	1,34	13449	25,60	1952	3,71
Castilla y León	3038	1,68	4404	2,43	22969	12,69	14147	7,82	2815	1,56	45473	25,12	5420	2,99
Castilla - La Mancha	1921	1,34	3525	2,46	15413	10,75	7337	5,12	2168	1,51	37036	25,82	3917	2,73
Extremadura	908	1,38	2383	3,63	5403	8,23	3135	4,77	920	1,40	18037	27,47	2046	3,12
Galicia	3303	1,55	5695	2,67	23947	11,22	9321	4,37	3012	1,41	64762	30,35	5510	2,58
Cmdad. Madrid	7727	1,14	14242	2,10	78790	11,63	43823	6,47	9729	1,44	165123	24,38	25168	3,72
Región de Murcia	1193	0,93	3128	2,44	15387	12,01	6566	5,13	2305	1,80	36198	28,26	5066	3,96
Navarra	2338	2,75	1379	1,62	14893	17,49	3887	4,56	1096	1,29	21168	24,85	2412	2,83
La Rioja	539	1,76	768	2,51	4329	14,13	1773	5,79	408	1,33	7902	25,79	1233	4,02
Cmdad. Valenciana	4818	1,37	9309	2,66	42635	12,16	18718	5,34	6024	1,72	91739	26,17	12968	3,70
Pais Vasco	5226	1,89	5419	1,96	43481	15,75	15881	5,75	4100	1,49	67751	24,54	8109	2,94
Ceuta	50	1,02	183	3,73	664	13,52	348	7,09	117	2,38	1263	25,72	227	4,62
Melilla	48	0,85	202	3,58	690	12,21	280	4,96	101	1,79	1536	27,19	238	4,21

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

Tabla 20. Expedientes de IT finalizados en 2019 III. Capítulo diagnóstico (CIE-10). Número absoluto y porcentaje sobre el total de la CCAA

Capítulo diagnóstico	Embarazo, parto y puerperio (o00-o9a)		Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (q00-q99)		Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (r00-r99)		Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (s00-t88)		Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (z00-z99)		Procedimientos	
Andalucía	11147	1,79	783	0,13	35566	5,73	64712	10,42	1264	0,20	41016	6,60
Aragón	2458	1,90	214	0,17	10136	7,82	13514	10,42	11	0,01	10191	7,86
Asturias	1049	1,32	96	0,12	3640	4,59	4928	6,21	1	0,00	21882	27,58
Islas Baleares	1237	1,09	199	0,17	5591	4,91	14476	12,71	304	0,27	4983	4,38
Canarias	2747	1,28	349	0,16	8393	3,90	11544	5,36	127	0,06	89227	41,46
Cantabria	850	1,62	63	0,12	6072	11,56	5914	11,26	6	0,01	1060	2,02
Castilla y León	3781	2,09	333	0,18	11177	6,18	21510	11,88	761	0,42	14591	8,06
Castilla - La Mancha	3426	2,39	141	0,10	9301	6,49	15185	10,59	4460	3,11	13931	9,71
Extremadura	2007	3,06	197	0,30	2785	4,24	7888	12,01	5	0,01	6529	9,94
Galicia	3915	1,83	533	0,25	9025	4,23	21072	9,88	98	0,05	19615	9,19
Cmdad. Madrid	12403	1,83	1710	0,25	68077	10,05	48726	7,19	2814	0,42	57637	8,51
Región de Murcia	3002	2,34	206	0,16	12007	9,38	14052	10,97	13	0,01	6753	5,27
Navarra	2191	2,57	77	0,09	4449	5,22	8496	9,98	326	0,38	5659	6,64
La Rioja	734	2,40	41	0,13	3691	12,05	3252	10,61	23	0,08	528	1,72
Cmdad. Valenciana	7049	2,01	1557	0,44	18085	5,16	40321	11,50	749	0,21	23729	6,77
País Vasco	2315	0,84	618	0,22	29686	10,75	24668	8,94	4280	1,55	8341	3,02
Ceuta	106	2,16	43	0,88	169	3,44	641	13,05	1	0,02	57	1,16
Melilla	177	3,13	28	0,50	254	4,50	708	12,53	1	0,02	59	1,04

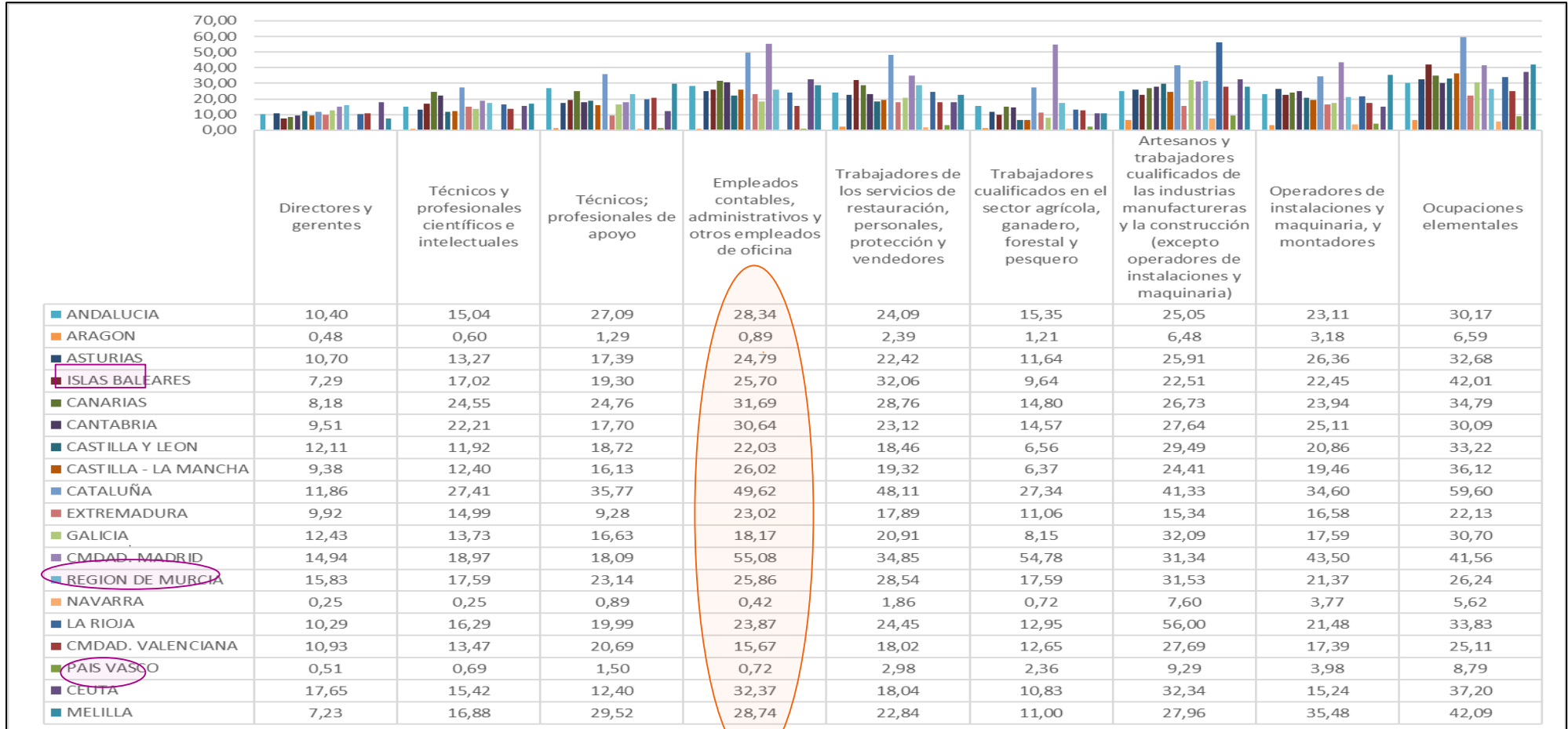
Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSD

4.3.10. Datos según ocupación (CNO-11)

En el Gráfico 25 se muestran los trabajadores en IT según su ocupación, siguiendo la Clasificación Nacional de Ocupaciones actualmente vigente en nuestro país (CNO-11). Los datos de algunas Comunidades Autónomas deben ser tomados con cautela, ya que el porcentaje de partes de IT en los que **no consta** la profesión es muy elevado, como ocurre en Aragón (90%), Extremadura (26%), Navarra (94%) y País Vasco (90%). En el resto, el porcentaje de no informados oscila entre el 3-6%, por lo cual estos datos sí tienen mayor fiabilidad.

Como se puede ver, los grupos “*Ocupaciones elementales*”, “*Artisanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción (excepto operadores de instalaciones y maquinaria)*” y “*Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina*” son los que mayores tasas de IT presentan en casi todas las CCAA. En el lado opuesto se encuentra el grupo de “*Directores y gerentes*” que presenta las tasas más bajas de IT.

Gráfico 25. Tasas de IT (por mil trabajadores), según Código Nacional de Ocupación (CNO-11). CCAA. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

En la Tabla 21 se recogen las duraciones medias (promedio de días) por género y Clasificación Nacional de Ocupaciones. La duración más larga la presentan las mujeres del grupo de “*Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero*” y los hombres del grupo “*Directores y gerentes*” en casi todas las CCAA, si bien existe gran variabilidad entre unas y otras Comunidades.

Entre las distintas CCAA, hay muchas CCAA y Grupos Ocupacionales, en los que apenas existen diferencias en la duración media de la IT entre hombres y mujeres, como ocurre en el grupo de “*Técnicos; profesionales de apoyo*” en Andalucía y Asturias, en el grupo de “*Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina*” en Andalucía, el grupo “*Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores*” en Aragón e Islas Baleares y el grupo de “*Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores*” en Madrid.

La mayor diferencia en la duración de la IT por género en casi todas las CCAA la presenta el grupo de “*Ocupaciones elementales*”, con una duración media siempre mucho mayor en la mujer, como ocurre en Galicia (H 64, M 109 días), Asturias (H 54, M 90 días) y Castilla y León (H 47, M 76 días).

Las CCAA que menores diferencias de género presentan en las duraciones medias de la IT por Grupos Ocupacionales, corresponden a Madrid Navarra y el País Vasco, que además son de las CCAA que menor duración media presentan en todos los niveles CNO-11.

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

Tabla 21. Duración media de IT (días) según nivel CNO-11 y género. CCAA. 2019

	Directores y gerentes		Técnicos y profesionales científicos e intelectuales		Técnicos; profesionales de apoyo		Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina		Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores		Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero		Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción		Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores		Ocupaciones elementales	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
	Andalucía	80	68	44	42	45	45	38	38	48	47	75	92	45	51	50	54	51
Aragón	38	36	40	48	37	45	37	46	37	37	40	34	35	33	40	38	32	37
Asturias	99	84	53	48	61	57	61	52	67	63	107	143	61	72	71	75	54	90
Illes Balears	68	60	36	35	32	31	32	31	34	35	39	65	35	42	39	47	30	51
Canarias	82	67	35	34	44	43	41	43	44	43	60	61	44	50	53	62	40	58
Cantabria	83	71	39	38	53	50	31	41	59	57	115	154	54	66	59	61	49	81
Castilla y León	87	86	54	57	52	55	40	44	62	64	93	134	47	51	50	52	47	76
Castilla - La Mancha	73	65	44	54	39	47	29	38	46	51	64	68	39	48	40	41	39	52
Cataluña	55	44	24	27	26	27	21	25	30	33	41	49	31	36	34	36	29	47
Extremadura	86	91	52	59	46	59	52	54	59	65	76	104	48	69	51	55	52	68
Galicia	105	95	54	55	63	66	57	60	67	72	119	181	63	78	74	85	64	109
Madrid	44	39	26	28	25	28	23	25	29	28	30	33	29	31	28	28	24	38
Murcia	86	92	42	43	46	52	43	44	52	54	76	102	44	69	51	63	51	74
Navarra	42	25	45	23	29	40	42	35	33	32	22	24	28	34	25	32	31	44
La Rioja	66	50	28	34	37	43	36	36	44	45	43	55	34	34	35	32	37	55
Valencia	83	81	49	51	48	50	38	45	54	54	62	80	45	54	45	53	46	71
País Vasco	34	41	39	40	37	43	32	39	31	34	32	33	29	35	31	38	31	40
Ceuta	72	49	43	43	54	51	56	44	46	47	54	18	47	62	61	62	49	55
Melilla	110	90	52	37	57	37	53	47	51	45	37	42	57	28	64	51	40	55

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

En el Anexo 3 se muestra la duración media de la IT por tramos de edad y nivel ocupacional según CNO-11. Como se puede observar las duraciones medias en todas las ocupaciones aumentan con la edad del trabajador, en todas las CCAA.

Destacan por tramos de edad, el grupo de 16-25 años, con duraciones medias más bajas de todos los tramos de edad, del grupo *“Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores”*, que contrasta con las largas duraciones medias, en ese mismo tramo de edad del grupo *“Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores”*.

También destaca en el grupo *“Directores y gerentes”* las largas duraciones medias a partir de los 56 años y la baja duración media en el grupo 65 años en *“Operarios de instalaciones y maquinaria y montadores”* y en *“Ocupaciones elementales”*.

En la Tabla 22 se recogen los datos de la duración media de la IT por rango de edad en algunos de los grupos ocupacionales más relevantes respecto a la IT en España.

Tabla 22. Duración media de la IT (días) por tramos de edad y nivel CNO-11. CCAA. 2019

	Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina						Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores						Ocupaciones elementales					
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
Andalucía	15	29	35	46	60	84	50	44	41	57	79	69	23	18	18	29	36	29
Aragón	21	30	40	55	47		47	43	58	81	100	240	30	28	37	42	51	6
Asturias	19	36	45	65	77	83	61	54	70	103	115	61	13	10	14	27	34	20
Illes Balears	12	19	29	39	56	82	54	53	56	75	124	70	14	13	18	32	55	31
Canarias	20	31	43	45	57	80	74	82	71	76	102	86	17	22	22	33	42	23
Cantabria	7	26	40	54	70	88	51	54	58	76	102	93	11	10	14	23	33	19
Castilla y León	12	31	43	54	70	51	49	40	46	70	89	51	17	13	17	32	40	22
Castilla - La Mancha	14	25	34	46	62	53	48	47	45	72	97	78	26	21	24	39	51	42
Cataluña	9	16	23	32	46	84	25	25	27	40	59	58	5	6	9	16	24	17
Extremadura	26	38	51	60	69	64	129	132	117	151	165	97	42	36	29	43	44	31
Galicia	26	44	54	66	85	111	74	64	64	78	92	66	15	13	17	32	49	33
Madrid	10	19	24	29	38	57	29	23	24	34	49	43	5	6	8	14	21	21
Murcia	19	30	41	53	71	91	67	52	49	69	87	67	34	26	32	41	49	24
Navarra	16	42	27	44	68		21	33	51	97	74	104	15	29	36	70	67	48
La Rioja	13	25	29	41	61	52	30	33	39	68	87	44	9	10	13	27	35	23
Valencia	17	29	40	52	69	95	53	40	36	45	60	43	16	12	14	22	29	11
País Vasco	21	39	31	40	45		26	37	43	68	70	80	16	21	26	39	35	22
Ceuta	40	28	36	53	64	213	73	92	111	112	103	25	15	24	31	47	44	11
Melilla	34	49	43	43	70	21	71	83	92	105	169	50	22	22	28	50	87	

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

En las siguientes tablas (Tablas 23, 24 y 25) se relaciona el número de expedientes de IT finalizados en 2019, analizando los diferentes capítulos diagnósticos (CIE-10) en relación con el nivel ocupacional, siguiendo la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-11).

Hay un alto porcentaje de expedientes en los que no se ha codificado la ocupación, lo cual puede distorsionar los datos que aquí se muestran.

De los informados el mayor número de trabajadores en IT se concentra en el capítulo de *“Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo”*, en los grupos ocupacionales de *“Trabajadores no cualificados en servicios”*, (n=17.470), *“Trabajadores de los servicios de restauración y comercio”* (n= 13.415), *“Peones de la agricultura, pesca, construcción, industrias manufactureras y transportes”*(n= 11.156) y *“Trabajadores de los servicios de salud y cuidado de personas”* (n= 10.677), seguidos del capítulo *“Trastornos mentales y de comportamiento”* que afecta principalmente a los grupos ocupacionales *“Trabajadores de los servicios de restauración y comercio”*(n= 6.457), *“Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza”* (n= 5.081) y *“Trabajadores no cualificados en servicios”* (n= 5.052).

Tabla 23. Expedientes de IT según grupo ocupacional (CNO-11) y capítulo diagnóstico (CIE-10) I. 2019

	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (a00-b99)	Neoplasias (c00-d49)	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico (d50-d89)	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (e00-e89)	Trastornos mentales y de comportamiento (f01-f99)	Enfermedades del sistema nervioso (g00-g99)	Enfermedades del ojo y sus anexos (h00-h59)
No Informado	138.672	65.427	5.395	14.943	212.245	56.704	67.997
Directores y gerentes	27	671	20	35	1.166	246	101
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	225	2.003	94	174	5.081	719	380
Otros técnicos y profesionales científicos e intelectuales	63	906	20	64	1.732	317	164
Técnicos; profesionales de apoyo	151	1.802	58	126	3.566	740	312
Empleados de oficina que no atienden al público	163	1.625	52	139	3.184	633	339
Empleados de oficina que atienden al público	211	1.137	41	103	3.608	544	291
Trabajadores de los servicios de restauración y comercio	282	2.588	102	306	6.457	1.545	412
Trabajadores de los servicios de salud y cuidado de personas	278	1.848	78	197	4.438	989	351
Trabajadores de los servicios de protección y seguridad	73	371	17	60	1.756	229	105
Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	43	537	27	53	773	386	143
Trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, exc. oper. instalaciones y máquinas	126	1.288	42	145	2.206	887	299
Operadores de instalaciones y maquinaria fijas, y montadores	79	509	22	49	1.131	362	106
Conductores y operadores de maquinaria móvil	103	888	27	153	1.915	849	324
Trabajadores no cualificados en servicios (excepto transportes)	325	2.568	112	269	5.052	1.721	464
Peones de la agricultura, pesca, construcción, industrias manufactureras y transportes	164	1.382	71	197	2.415	1.133	319

Elaboración propia a partir de datos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

Tabla 24. Expedientes de IT según grupo ocupacional (CNO-11) y capítulo diagnóstico (CIE-10) II. 2019

	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas (h60-h95)	Enfermedades del aparato circulatorio (i00-i99)	Enfermedades del aparato respiratorio (j00-j99)	Enfermedades del aparato digestivo (k00-k95)	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (l00-l99)	Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (m00-m99)	Enfermedades del aparato genitourinario (n00-n99)
No Informado	43.633	65.314	399.925	184.194	49.506	751.367	107.819
Directores y gerentes	37	465	112	227	39	1.676	117
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	212	801	651	637	109	5.153	519
Otros técnicos y profesionales científicos e intelectuales	56	382	169	246	53	1.374	188
Técnicos; profesionales de apoyo	154	1.075	432	687	162	5.704	356
Empleados de oficina que no atienden al público	135	739	409	551	107	4.451	383
Empleados de oficina que atienden al público	155	516	564	478	111	3.353	355
Trabajadores de los servicios de restauración y comercio	248	1.858	669	1.320	331	13.415	799
Trabajadores de los servicios de salud y cuidado de personas	211	923	764	856	221	10.677	680
Trabajadores de los servicios de protección y seguridad	58	476	146	273	58	2.356	140
Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	57	586	173	330	88	4.567	167
Trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, exc. oper. instalaciones y máquinas	155	1.388	457	819	231	8.683	397
Operadores de instalaciones y maquinaria fijas, y montadores	82	483	266	299	88	3.917	167
Conductores y operadores de maquinaria móvil	193	1.463	314	660	167	5.350	290
Trabajadores no cualificados en servicios (excepto transportes)	350	1.629	1.081	1.300	341	17.470	970
Peones de la agricultura, pesca, construcción, industrias manufactureras y transportes	170	1.375	545	1.055	253	11.156	571

Elaboración propia a partir de datos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

Tabla 25. Expedientes de IT según grupo ocupacional (CNO-11) y capítulo diagnóstico (CIE-10) III. 2019

	Embarazo, parto y puerperio (o00-09a)	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (q00-q99)	Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (r00-r99)	Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (s00-t88)	Causas externas de morbilidad (v00-y99)	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (z00-z99)	Procedimientos
No Informado	58.871	6.238	224.899	292.232	757	14.416	308.724
Directores y gerentes	16	10	246	563	2	17	616
Técnicos y profesionales científicos e intelectuales de la salud y la enseñanza	471	58	917	2.471	5	87	1.819
Otros técnicos y profesionales científicos e intelectuales	53	22	332	626	1	27	732
Técnicos; profesionales de apoyo	121	56	910	1.905	2	46	1.931
Empleados de oficina que no atienden al público	106	55	849	1.439	3	46	1.616
Empleados de oficina que atienden al público	81	43	934	977	4	43	1.595
Trabajadores de los servicios de restauración y comercio	278	118	1.575	3.437	8	109	4.093
Trabajadores de los servicios de salud y cuidado de personas	158	91	1.212	2.529	5	74	3.082
Trabajadores de los servicios de protección y seguridad	16	30	321	970	2	20	823
Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	18	25	274	973	5	29	999
Trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, exc. oper. instalaciones y máquinas	66	74	854	2.438	11	61	2.003
Operadores de instalaciones y maquinaria fijas, y montadores	15	37	393	887	1	14	885
Conductores y operadores de maquinaria móvil	8	43	782	1.729	4	46	1.369
Trabajadores no cualificados en servicios (excepto transportes)	191	138	1.893	3.568	4	123	4.696
Peones de la agricultura, pesca, construcción, industrias manufactureras y transportes	124	89	1.084	2.408	7	50	2.508

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

4.3.11. Datos según actividad económica (CNAE_1)

En las siguientes tablas (Tablas 26 y 27) se muestran las tasas de incapacidad temporal por cada 1000 trabajadores, en relación con la Actividad Económica de la Empresa.

Como se puede observar las tasas más altas corresponden al epígrafe "*Actividades administrativas y servicios auxiliares*" (n=39,15), seguida "*Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales*" (n=34,03) y "*Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación*" (n= 33,47).

En el extremo opuesto encontramos que las tasas más bajas pertenecen a los trabajadores de "*Actividades inmobiliarias*" (n= 10,08), "*Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio*" (n=11,11) y "*Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca*" (n=14,08).

Tabla 26. Tasa de trabajadores en IT (por mil) según Clasificación de Actividades Económicas (CNAE_1) I. CCAA.2019

	Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	Industrias extractivas	Industria manufacturera	Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	Construcción	Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	Transporte y almacenamiento	Hostelería	Información y comunicaciones
ANDALUCÍA	14,25	23,11	23,38	20,50	40,76	21,11	21,08	23,31	18,27	20,41
ARAGON	11,09	17,28	33,61	13,69	29,44	17,94	24,26	27,55	20,46	17,87
ASTURIAS	4,48	43,09	23,78	13,87	19,07	18,33	21,05	16,75	15,58	12,26
ISLAS BALEARES	18,97	26,55	22,63	22,45	46,54	21,93	27,47	28,67	25,76	17,63
CANARIAS	20,56	19,21	25,83	22,10	42,27	27,41	22,65	22,46	21,49	16,62
CANTABRIA	6,27	12,16	25,32	13,92	22,01	15,97	20,69	18,72	15,60	16,69
CASTILLA Y LEON	7,62	18,42	24,05	10,82	22,47	15,20	18,65	17,42	15,02	10,98
CASTILLA - LA MANCHA	13,01	15,01	22,54	10,86	20,75	17,42	18,97	29,82	14,58	14,73
CATALUÑA	14,51	35,82	33,61	20,96	35,99	27,52	38,06	45,54	30,62	34,94
EXTREMADURA	9,30	13,73	13,28	9,39	14,39	17,25	12,26	12,81	10,10	10,41
GALICIA	7,18	14,63	19,97	10,99	22,15	18,16	16,98	27,85	15,63	14,77
CMDAD. MADRID	21,79	9,69	27,43	9,46	31,31	18,72	31,80	40,47	32,58	19,85
REGION DE MURCIA	18,44	17,27	25,87	13,58	28,72	17,55	22,49	5,58	9,53	21,35
NAVARRA	18,42	30,09	53,84	25,12	40,02	26,85	39,79	36,15	29,84	20,97
LA RIOJA	19,46	25,54	35,10	20,07	37,24	21,41	23,45	20,81	18,39	18,78
CMDAD. VALENCIANA	17,78	17,85	18,57	13,05	26,55	14,89	17,24	19,21	15,68	10,69
PAIS VASCO	11,43	22,50	36,26	16,72	35,05	21,81	28,51	28,30	24,81	20,27
CEUTA	31,67	0,00	13,51	24,13	53,83	29,43	20,41	25,06	17,34	12,05
MELILLA	1,19	0,00	20,00	63,95	67,34	23,66	17,80	16,67	19,85	17,58

Elaboración propia a partir de datos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Tabla 27. Tasa de trabajadores en IT (por mil) según Clasificación de Actividades Económicas (CNAE_1) II. CCAA.2019

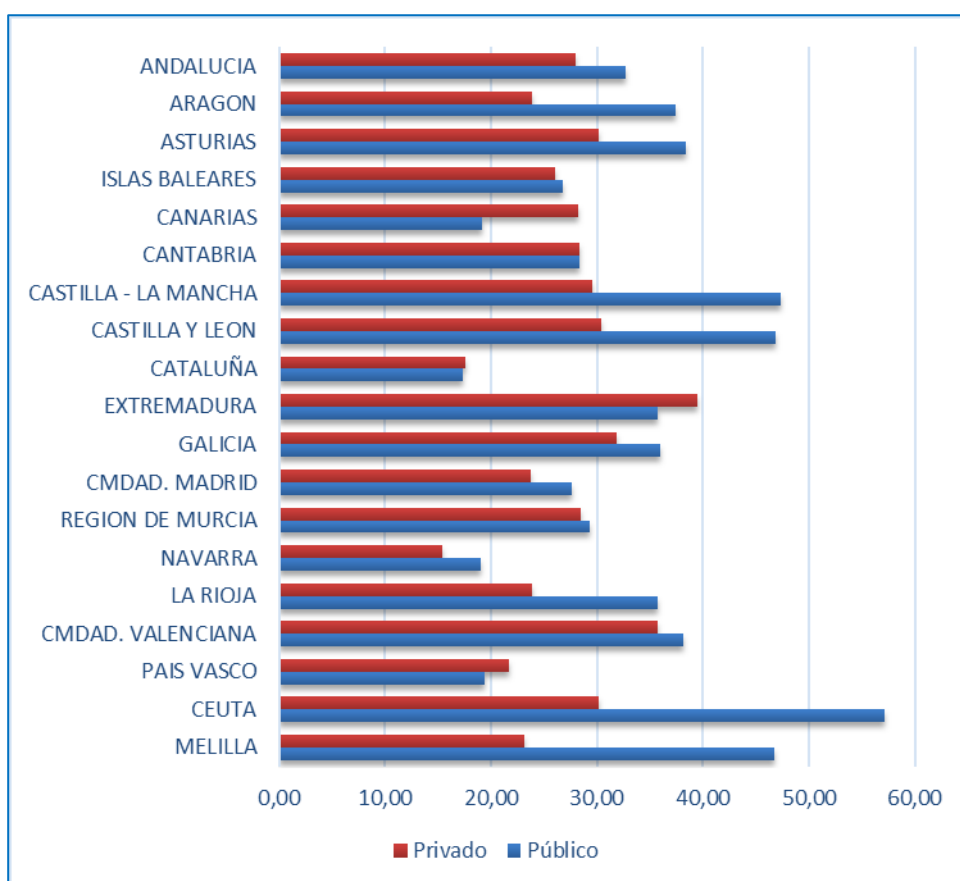
	Actividades financieras y de seguros	Actividades inmobiliarias	Actividades profesionales, científicas y técnicas	Actividades administrativas y servicios auxiliares	Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	Educación	Actividades sanitarias y de servicios sociales	Actividades artísticas, recreativas y de entrenamiento	Otros servicios	Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio	Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales
ANDALUCIA	21,21	10,39	22,71	34,64	28,63	16,54	28,85	11,71	15,96	7,90	40,89
ARAGON	15,97	11,95	28,26	58,13	22,00	14,56	27,40	14,34	22,65	9,66	82,27
ASTURIAS	17,54	13,65	16,14	26,09	21,14	11,20	25,54	11,39	12,81	7,38	48,20
ISLAS BALEARES	21,32	8,56	14,59	32,46	30,85	19,32	33,97	13,12	17,40	6,71	30,93
CANARIAS	18,80	12,22	18,45	29,16	34,92	24,06	50,26	13,17	16,73	8,47	28,66
CANTABRIA	16,74	4,23	20,20	49,73	27,81	20,53	34,13	14,21	17,48	6,82	7,50
CASTILLA Y LEON	16,39	6,82	16,33	37,98	17,93	11,89	22,45	11,08	14,03	7,96	40,09
CASTILLA - LA MANCHA	11,28	8,94	19,91	44,45	18,77	10,06	20,81	9,34	13,54	6,30	38,66
CATALUÑA	35,61	15,95	39,25	62,62	56,08	30,17	55,52	24,88	33,22	13,24	44,89
EXTREMADURA	12,67	6,02	15,57	22,05	22,90	14,08	21,61	9,87	12,00	7,08	13,49
GALICIA	15,19	9,00	15,06	27,82	21,25	13,03	27,32	9,65	14,05	8,69	36,06
CMDAD. MADRID	20,92	13,26	29,30	52,25	28,62	19,12	41,96	22,43	29,08	10,09	43,36
REGION DE MURCIA	16,69	9,74	25,96	42,31	23,37	15,18	33,94	12,38	14,37	7,98	34,27
NAVARRA	32,19	8,45	46,67	70,18	54,01	32,89	52,11	28,05	39,38	16,20	55,69
LA RIOJA	15,64	18,79	19,88	42,80	25,21	15,53	28,01	15,04	17,32	7,27	0,00
CMDAD. VALENCIANA	11,86	7,81	13,98	27,22	22,65	13,29	24,55	10,44	13,20	6,97	44,73
PAIS VASCO	18,47	9,15	26,37	45,78	46,53	32,16	46,01	23,51	27,14	11,32	58,10
CEUTA	29,17	11,67	7,38	17,78	13,43	7,67	19,24	18,43	16,15	18,72	0,00
MELILLA	18,52	5,00	12,21	20,44	18,69	11,01	27,25	16,47	16,85	42,32	0,00

Elaboración propia a partir de datos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

4.3.12. Datos según sector público o privado

En el Gráfico 26 se representan las tasas de IT según el trabajador pertenezca al sector público o privado del mercado laboral de España. Como se puede observar las tasas de IT son más elevadas en el sector público que en el privado en todas las CCAA y solo muestran una mínima diferencia en Cataluña en la que además el sector privado supera al público con respecto a la IT (privado= 17,50; público=17,30), aunque esta diferencia no es significativa. Las mayores diferencias de tasas la encontramos en Ceuta, que además es la que mayor tasa de trabajadores del sector público en IT presenta, con respecto al resto de CCAA (privado=30,19; público= 57,14).

Gráfico 26. Tasas de trabajadores en IT (por mil). Sector público vs privado. CCAA. 2019

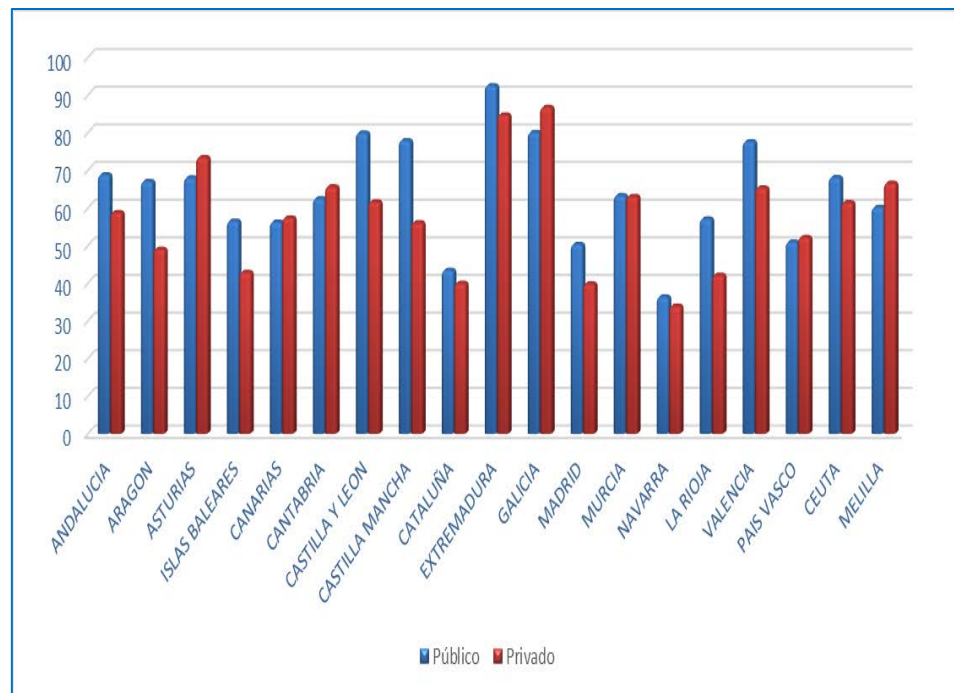


Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

En el siguiente gráfico (Gráfico 27) se representa la duración media de IT, según sector público o privado del trabajador. También en este caso la duración media es mayor para los trabajadores del sector público, excepto en Galicia (privado = 87, público= 80), Asturias (privado= 73, público= 68), Melilla (privado= 67, público= 60), Cantabria (privado= 66, público=62), Canarias (privado= 57, público= 56), País Vasco (privado= 52; público= 51) y en Murcia, que se igualan (63 días en ambos sectores).

La mayor variabilidad se encuentra en Castilla- La Mancha (diferencia entre ambos sectores de 22 días), Castilla y León y Aragón (ambos con 18 días de diferencia).

Gráfico 27. Duración media IT. Sector público vs privado. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas

4.3.13. Datos según tipo de contrato

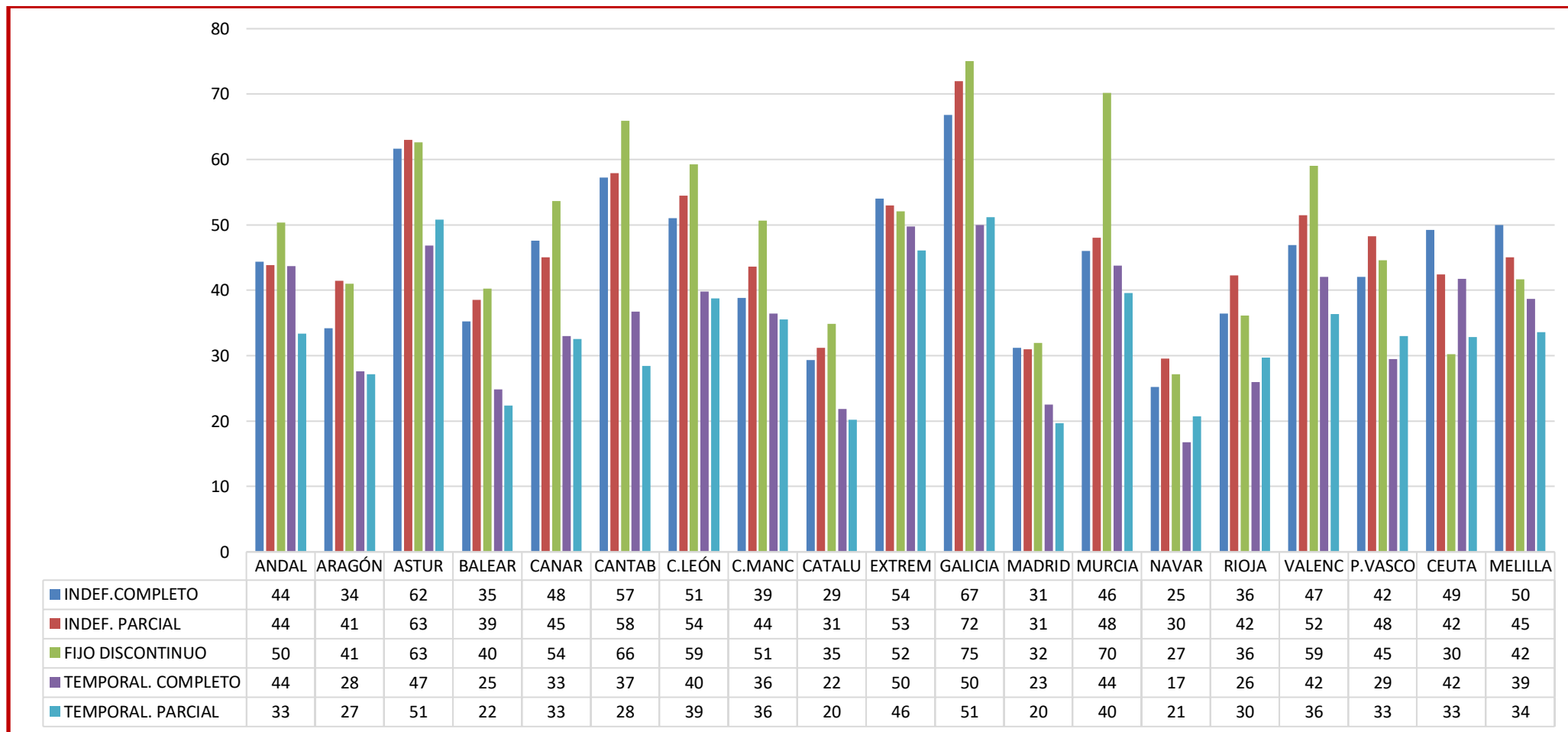
En este apartado se recoge en primer lugar la duración media de la IT según tipo de contrato (Gráfico 28).

Las duraciones medias más largas se encuentran en los trabajadores con contrato “indefinido”, tanto a tiempo completo, parcial o fijo discontinuo. En los contratos temporales la duración media de la IT es siempre mucho menor.

Por CCAA la duración media más prolongada se encuentra en Galicia, en el caso de trabajadores con contrato fijo discontinuo (n= 75 días) e indefinidos tiempo parcial (n=72 días) y en Murcia, en trabajadores fijos discontinuos (n=70 días).

Las duraciones medias más cortas se encuentran en Navarra, contrato temporal a tiempo completo (n=17 días), en Madrid (n=20), Cataluña (n=20) y Navarra (n=21) en trabajadores con contrato temporal a tiempo parcial.

Gráfico 28. Duración media de IT en relación con el tipo de contrato. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

En la siguiente tabla (Tabla 28) se muestra el número total de trabajadores en IT por cada CCAA, según el tipo de contrato. Al lado del número absoluto, se muestra el porcentaje que sobre el total de la IT de cada Comunidad representa. El mayor porcentaje en todas las Comunidades Autónomas se encuentra en los trabajadores indefinidos a tiempo completo, seguidos de los temporales a tiempo completo.

Es importante destacar el gran número de procesos de IT, en los que no se informa del tipo de contrato del trabajador en todas las CCAA (entre un 10% y un 21%).

Tabla 28. Trabajadores en IT según tipo de contrato (número absoluto y porcentaje). 2019

Tipo contrato	NO INFORMADO		INDEFINIDO TIEMPO COMPLETO		INDEFINIDO TIEMPO PARCIAL		INDEFINIDO FIJO DISCONTINUO		DUR DETERM/TEMPORAL TIEMPO COMPLETO		DUR DETERM/TEMPORAL TIEMPO PARCIAL	
	Trabajadores en IT	Porcentaje	Trabajadores en IT	Porcentaje	Trabajadores en IT	Porcentaje	Trabajadores en IT	Porcentaje	Trabajadores en IT	Porcentaje	Trabajadores en IT	Porcentaje
ANDALUCIA	129.939	15	295.999	34	87.184	10	28.736	12	237.630	27	91.754	11
ARAGON	29.340	16	81.097	43	17.238	9	3.601	9	42.041	22	15.633	8
ASTURIAS	19.181	20	40.143	41	8.273	8	942	4	22.298	23	7.257	7
ISLAS BALEARES	22.503	13	55.465	31	11.771	7	21.891	42	51.872	29	13.446	8
CANARIAS	39.895	14	113.882	39	24.222	8	5.734	7	85.682	29	23.320	8
CANTABRIA	14.267	20	27.610	39	6.564	9	1.159	8	14.926	21	7.135	10
CASTILLA Y LEON	40.198	16	101.097	41	25.935	11	2.947	6	51.947	21	21.613	9
CASTILLA - LA MANCHA	31.547	15	85.179	41	17.322	8	3.155	6	55.315	27	15.709	8
CATALUÑA	187.734	11	744.793	45	172.147	10	31.915	9	365.259	22	171.298	10
EXTREMADURA	18.411	24	22.550	30	5.794	8	1.242	6	20.559	27	6.966	9
GALICIA	54.607	21	101.398	39	21.850	8	4.467	7	60.264	23	19.582	7
MADRID	116.401	10	530.040	47	144.848	13	15.384	7	210.861	19	113.878	10
MURCIA	31.461	18	56.790	32	15.282	9	14.752	31	47.612	27	12.122	7
NAVARRA	20.968	13	67.100	43	12.074	8	3.475	9	39.470	25	12.869	8
LA RIOJA	6.849	15	21.254	46	3.593	8	1.368	13	10.522	23	2.783	6
VALENCIA	81.845	18	174.647	37	42.698	9	23.960	23	102.482	22	41.604	9
PAIS VASCO	71.134	19	159.522	42	29.755	8	5.930	7	80.494	21	32.342	9
CEUTA	1.300	21	2.348	38	792	13	89	9	1.012	16	609	10
MELILLA	1.261	17	2.409	32	906	12	139	8	1.666	22	1.064	14

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

4.3.14. Otras relaciones laborales

En este caso se ha analizado la duración media de la IT, según algunos tipos de contratos especiales, tales como contratos de formación/aprendizaje, en caso de desempleo contributivo y trabajadores realizando un programa de formación (Tabla 29).

Los trabajadores en desempleo contributivo presentan unas duraciones medias muy largas y los trabajadores con contratos de aprendizaje y formación, son los que menor duración presentan.

La duración media más larga se encuentra en Galicia, en caso de trabajadores en desempleo (n=146,06 días), seguida de Ceuta, también en caso de desempleo (n=143,10 días). Las duraciones más cortas se hallan en Navarra (n=6,21 días) y Melilla (n=7,93 días) en contratos de formación/aprendizaje y en Cantabria (n=6,41 días) en programas de formación.

Tabla 29. Duración media de la IT (promedio días) según tipo de contrato especial. CCAA. 2019

	CONTRATO FORMACIÓN/ APRENDIZAJE	DESEMPLEO	PROGRAMAS DE FORMACION
ANDALUCIA	33,07	132,01	31,90
ARAGON	23,85	129,78	30,19
ASTURIAS	35,64	106,77	32,54
ISLAS BALEARES	22,46	118,61	14,70
CANARIAS	46,43	122,82	24,46
CANTABRIA	32,59	133,65	6,41
CASTILLA Y LEON	38,39	142,26	25,65
CASTILLA - LA MANCHA	40,01	133,21	22,67
CATALUÑA	14,38	126,04	15,84
EXTREMADURA	52,94	137,87	39,06
GALICIA	57,06	146,06	28,44
MADRID	31,06	104,91	19,73
MURCIA	55,73	109,66	31,22
NAVARRA	6,21	100,27	12,98
LA RIOJA	17,06	118,45	16,95
VALENCIA	51,53	133,60	29,50
PAIS VASCO	20,55	103,05	18,62
CEUTA	30,27	143,10	11,00
MELILLA	7,93	112,22	11,36

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

4.3.15. Causas de alta

En la siguiente tabla (Tabla 30) se recogen las principales causas de alta de los procesos de incapacidad temporal que se finalizaron en 2019. El mayor número de altas se concentran en las causas “*Curación, mejoría y recuperación de la capacidad profesional*”. La CCAA que mayor diferencia muestra es Cataluña, en casi todas las causas de alta, especialmente en el epígrafe “*Recuperación de la capacidad profesional*” (n=8.176) y “*Agotamiento de plazo*” (n=8.316).

Tabla 30. Principales causas de alta de los procesos de incapacidad temporal finalizados en 2019, por CCAA.

Causa alta	CURACION	FALLECIMIENTO	INSPECCION MEDICA	PROPUESTA INVALIDEZ	AGOTAMIENTO PLAZO	MEJORA PERMITE TRABAJAR	INCOMPARECENCIA	CONTROL INSS - 365 DÍAS	RECUP.CAPACIDAD PROFESIONAL	NAC.Y CUID.DE MENOR	ALTA DESDE U.MEDICAS	ALTA LEY DE MEDIDAS	ALTA INSPECCION INSS	PROPUESTA DE IP INSS
ANDALUCIA	760.236	1.231	571	3.006	23	25.286	6.215	9.664	40	9.702	7.830	678	9.700	789
ARAGON	23.336	266	13	190	3	152.249	532	70	12	54	1.392	648	126	99
ASTURIAS	7.817	176	11	571	2	78.679	379	1.566	4	587	1.434	249	2.009	144
ISLAS BALEARES	22.342	184	69	380	1	139.322	2.660	1.817	1	1.007	397	147	535	19
CANARIAS	24.234	142	15	446		247.476	1.467	1.867	2	707	3.901	209	1.393	180
CANTABRIA	4.454	90	10	153		60.538	123	899		454	923	78	1.013	59
CASTILLA Y LEON	21.626	423	17	451	5	197.931	644	3.649	26	1.356	2.669	480	2.024	382
CASTILLA - LA MANCHA	29.791	304	2	507	2	159.257	1.394	400	3	3.962	1.651	579	320	160
CATALUÑA	105.881	1.078	228	2.742	8.316	1.448.062	7.289	429	8.176	7.349	35		3	1.648
EXTREMADURA	15.513	165	7	327	5	52.017	215	105	1	2.046	1.063	103	312	62
GALICIA	33.467	377	150	997	3	197.905	1.257	4.544	1	4.656	4.432	819	2.051	134
MADRID	69.038	683	27	1.870	14	954.202	13.232	3.230	15	19.847	3.657	1.609	1.627	89
MURCIA	152.145	119	511	485	4	7.880	932	1.245	4	2.219	1.822	693	1.022	52
NAVARRA	8.637	100	2	59		136.737	693	15	15	26	704	268	132	15
LA RIOJA	4.234	65	3	128		38.253	162	338	2	406	507	3	383	19
VALENCIA	50.937	863	41	589	10	371.728	3.576	2.841	8	8.233	5.676	187	2.244	118
PAIS VASCO	94.441	320	9	556	5	253.610	767	2.433	10	3.056	3.585	589	1.143	88
CEUTA	417	16	1	22	1	5.156	32	22		53	41	2	134	10
MELILLA	662	23		26		5.936	60	10		5	50	4	177	52

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

Se ha querido analizar más exhaustivamente las principales causas de alta, dada su importancia en el estudio de la incapacidad temporal.

Por ello, en la Tabla 31 se recogen las principales causas, pero analizando la proporción que suponen dentro del total de altas de cada Comunidad Autónoma. Como se puede observar en todas las CCAA más del 92% de las causas de alta son por curación, mejoría o recuperación de la capacidad profesional. Hay también una gran homogeneidad en las altas por “Fallecimiento”, que no alcanzan el 0,20% en la mayoría de las CCAA, excepto en Ceuta (n=0,27) y Melilla (n=0,33).

El control realizado por las Unidades Médicas del INSS supone un porcentaje pequeño de altas, en el conjunto del sistema (n=2,02 promedio), pero si se analiza con respecto al total de reconocimientos médicos que estas Unidades Médicas del INSS realizaron en 2019 (n=324.421), el porcentaje de altas emitidas (n=75.426) se eleva al 23,26% de estos reconocimientos. Como se puede observar esta causa de alta, muestra una gran variabilidad entre las diferentes Comunidades.

Tabla 31. Porcentaje de causas de alta en cada Comunidad y Ciudad Autónoma (% total CCAA). 2019

	Curación, mejoría, recuperación capacidad profesional	Inspección médica del SPS	Control INSS-365 día	Inspección INSS-EVI	Fallecimiento	Incomparecencia	Nacimiento cuidado menor
ANDALUCIA	94,08	0,43	1,16	2,28	0,15	0,74	1,16
ARAGON	98,10	0,12	0,04	1,27	0,15	0,30	0,03
ASTURIAS	92,39	0,62	1,67	4,10	0,19	0,40	0,63
ISLAS BALEARES	95,73	0,27	1,08	0,65	0,11	1,58	0,60
CANARIAS	96,34	0,16	0,66	2,01	0,05	0,52	0,25
CANTABRIA	94,47	0,24	1,31	3,01	0,13	0,18	0,66
CASTILLA Y LEON	94,78	0,20	1,57	2,40	0,18	0,28	0,59
CASTILLA - LA MANCHA	95,32	0,26	0,20	1,37	0,15	0,70	2,00
CATALUÑA	98,17	0,71	0,03	0,11	0,07	0,46	0,46
EXTREMADURA	93,87	0,47	0,15	2,14	0,23	0,30	2,84
GALICIA	92,26	0,46	1,81	2,96	0,15	0,50	1,86
MADRID	95,71	0,18	0,30	0,65	0,06	1,24	1,86
MURCIA	94,62	0,59	0,74	2,12	0,07	0,55	1,31
NAVARRA	98,63	0,04	0,01	0,76	0,07	0,47	0,02
LA RIOJA	95,47	0,29	0,76	2,05	0,15	0,36	0,91
VALENCIA	94,55	0,14	0,64	1,84	0,19	0,80	1,84
PAIS VASCO	96,52	0,16	0,67	1,50	0,09	0,21	0,09
CEUTA	94,35	0,41	0,37	3,17	0,27	0,54	0,90
MELILLA	94,19	0,37	0,14	4,04	0,33	0,86	0,07

Elaboración propia a partir de datos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

4.3.16. Recaída de procesos anteriores

En la Tabla 32 se representa el porcentaje de los procesos de IT que son recaída de un anterior proceso. Como se puede ver, el mayor porcentaje lo presentan Cataluña (n=10,81) y Melilla (n=10,94). En cambio, Andalucía es la Comunidad Autónoma en la que es más baja esta proporción (n=2,26).

Se ha querido mostrar también el número de días en IT totales en cada CCAA, tanto sin sumarle los días de recaída, como los días totales que en cada CCAA han supuesto de IT, de nuevo las recaídas.

Tabla 32. Porcentaje de recaídas de procesos de IT. Días en IT. 2019

	Porcentaje procesos IT que son recaída	Duración IT (sin días recaída)	Duración días recaída	Duración total IT
ANDALUCIA	2,26	42.126.271	470.558	42.596.829
ARAGON	7,28	6.976.829	166.510	7.143.339
ASTURIAS	6,83	6.171.693	199.339	6.371.032
ISLAS BALEARES	5,81	6.245.913	164.360	6.410.273
CANARIAS	5,41	12.772.392	263.521	13.035.913
CANTABRIA	8,82	3.809.392	131.017	3.940.409
CASTILLA Y LEON	6,74	13.234.964	351.036	13.586.000
CASTILLA - LA MANCHA	5,78	9.196.438	203.110	9.399.548
CATALUÑA	10,81	49.354.789	1.646.983	51.001.772
EXTREMADURA	5,58	4.282.825	90.043	4.372.868
GALICIA	6,67	18.296.299	542.426	18.838.725
MADRID	9,33	34.245.824	1.324.547	35.570.371
MURCIA	3,94	9.373.666	204.054	9.577.720
NAVARRA	8,43	3.924.715	187.325	4.112.040
LA RIOJA	9,65	1.763.858	72.183	1.836.041
VALENCIA	4,86	23.601.840	472.950	24.074.790
PAIS VASCO	7,86	15.902.879	577.041	16.479.920
CEUTA	4,84	293.456	6.335	299.791
MELILLA	10,94	348.952	14.667	363.619

Elaboración propia a partir de datos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

4.3.17. Datos económicos

En este apartado se analizan algunos aspectos relacionados con el gasto en IT y otros datos económicos que permitan una mejor comprensión de la dimensión y trascendencia que supone esta prestación de la Seguridad Social.

Se describen el coste por día y trabajador de la IT, porcentaje de gasto de la IT en relación con el PIB, análisis del salario medio según actividad económica (CNAE_1) y relación bases de cotización con la IT por género.

Coste por trabajador y día

En el siguiente gráfico (Gráfico 29) se muestra el análisis del coste (euros) de cada día en IT por trabajador y Comunidad Autónoma en 2019. Como se puede observar la Comunidad Autónoma que tiene un mayor gasto medio en IT por día es el País Vasco (n=29,26), seguida de Melilla (n=28,71). En cambio, Andalucía es la región con menor coste de la IT por día y trabajador (n=20,89).

Gráfico 29. Gasto medio en euros por trabajador y día en IT, 2019

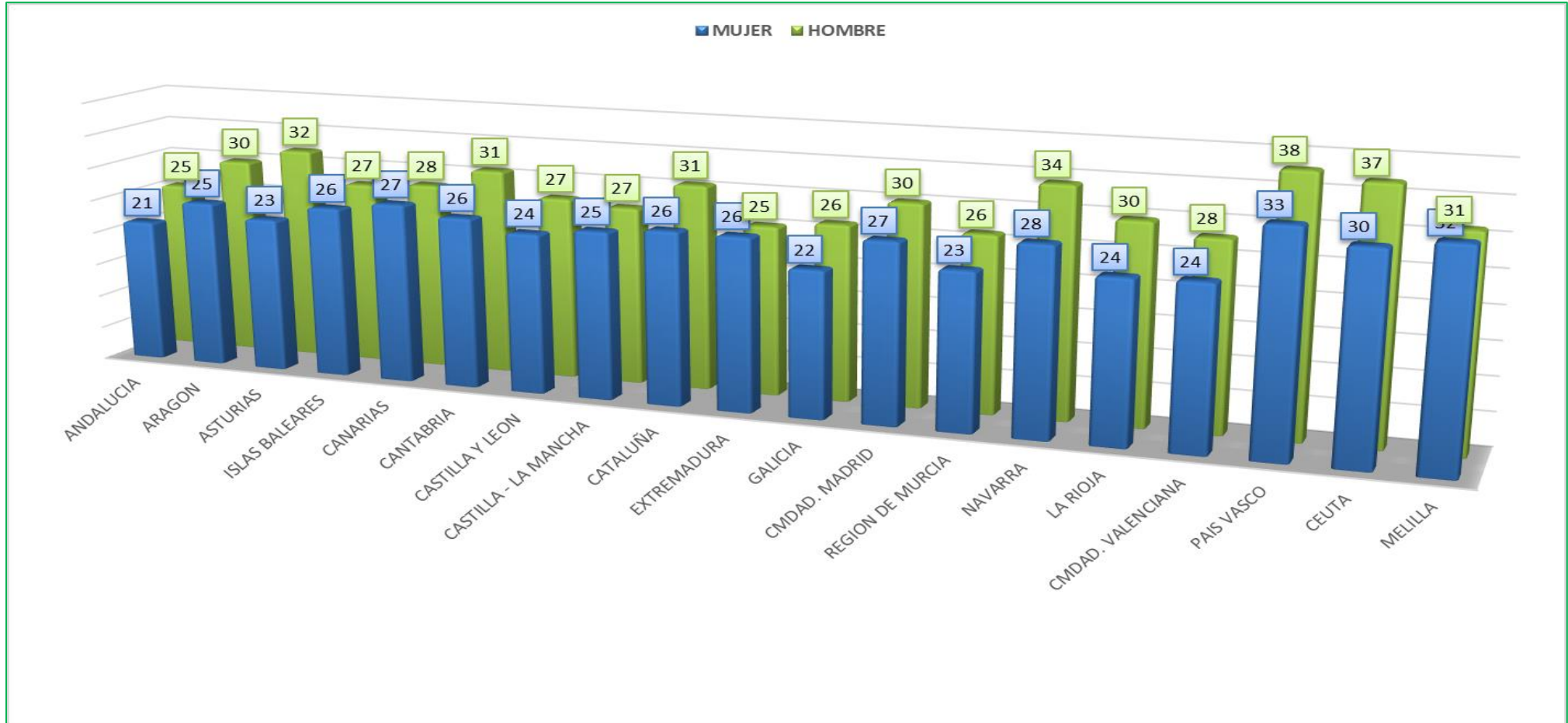


Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

En el Gráfico 30 se muestra el gasto de IT distinguiendo entre hombres y mujeres. Como se puede apreciar, el gasto medio en IT por día más elevado se encuentra en hombres, excepto en Extremadura (M = 26, H=25) y Melilla (M= 32, H=31).

La mayor diferencia entre géneros se encuentra en Ceuta (M=30; H= 37) y la Comunidad Foral de Navarra (M= 28; H=34).

Gráfico 30. Gasto medio diario en IT (euros). Género. CCAA. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

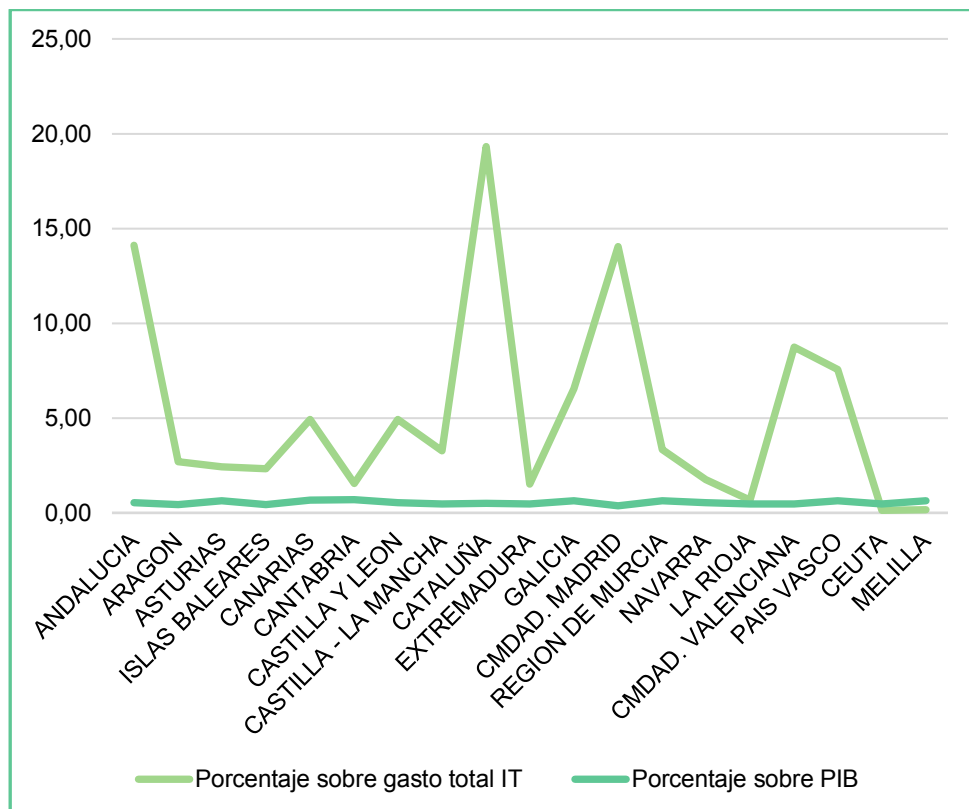
Porcentaje de gasto de IT sobre el PIB

Aquí se expone el gasto en IT de cada CCAA.

Se desglosa en el porcentaje de gasto en IT que cada Comunidad representa en el conjunto de gasto total de la IT en España en 2019, y por otro lado, el porcentaje que supone en cada CCAA en relación con su PIB.

Como se puede observar las partidas presupuestarias más grandes en IT corresponden a las CCAA de Cataluña, que representa más del 19% del gasto total de la IT en España, Madrid y Andalucía, con más del 14%. Sin embargo, con respecto al PIB de cada CCAA, los datos son más homogéneos, oscilando entre un 0,69% correspondiente a Cantabria y un 0.37% de la Comunidad de Madrid (Gráfico 31).

Gráfico 31. Porcentaje de gasto en IT en relación al gasto total en IT y con el PIB por CCAA. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos del INE y de la Subdirección General de Unidades Médicas del INSS

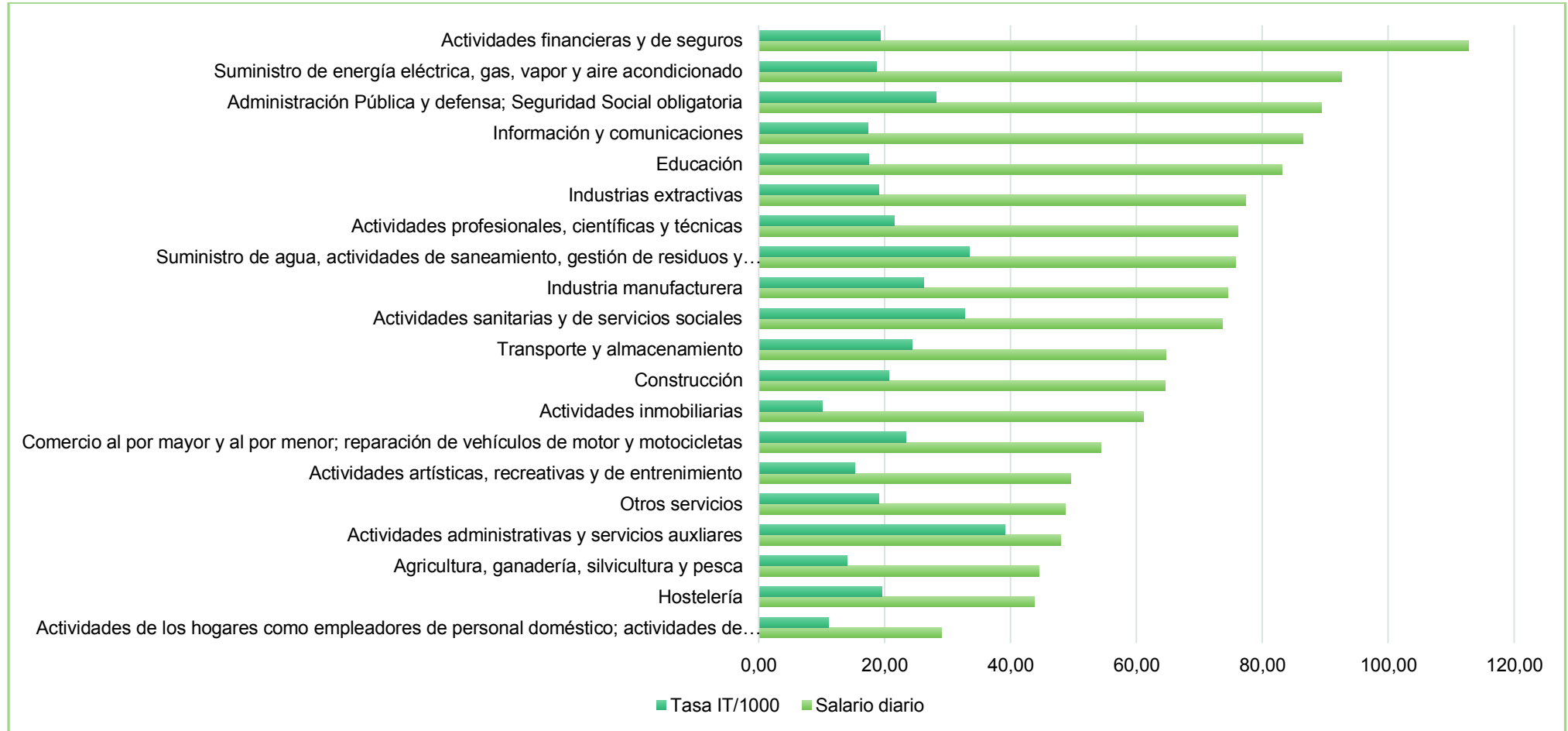
Salario medio e incapacidad temporal

A continuación, se muestra la relación entre el salario medio por día y la tasa de incapacidad temporal según la actividad económica de la empresa.

Como se puede observar en el Gráfico 32 el salario, en general, es inversamente proporcional a la tasa de IT, es decir, a mayor salario, menor IT. Sin embargo, este hecho no se produce en el grupo de “*Actividades administrativas y servicios auxiliares*”, en el grupo “*Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación*”, “*Actividades sanitarias y de servicios sociales*” y “*Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria*”, porque a pesar de un salario por encima de la media, también las tasas de IT son muy elevadas.

En el extremo opuesto se encuentran los grupos de “*Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; actividades de los hogares como productores de bienes y servicios para uso propio*”, “*Actividades artísticas, recreativas y de entrenamiento*” y “*Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca*”, que a pesar de tener un salario de los más bajos, también su tasa de IT es baja.

Gráfico 32. Relación entre el salario medio diario (euros) y la tasa de incapacidad temporal por mil. CNAE_1. Nivel nacional. 2019



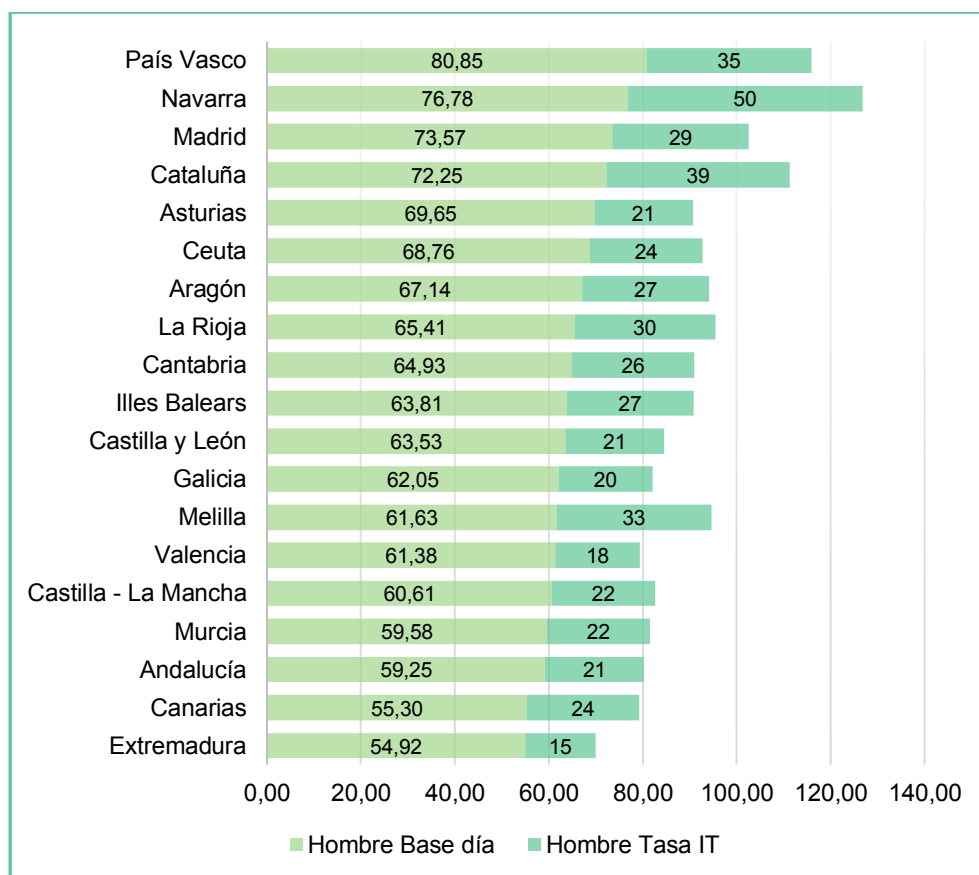
Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS y del INE

Bases de cotización e incapacidad temporal por género

En este apartado se relacionan las bases de cotización a la Seguridad Social con la tasa de IT por mil trabajadores y género.

Como se puede observar en el Gráfico 33, en los hombres del País Vasco, Navarra y Cataluña, existe una asociación entre alta cotización y alta tasa de IT. Esto no ocurre en Madrid que tiene menos tasa de trabajadores en IT, ni en Asturias. Por el contrario, en Melilla, la baja cotización se asocia con alta tasa de IT. En Canarias, Extremadura y Andalucía, las bajas cotizaciones, se asocian con bajas tasas de IT.

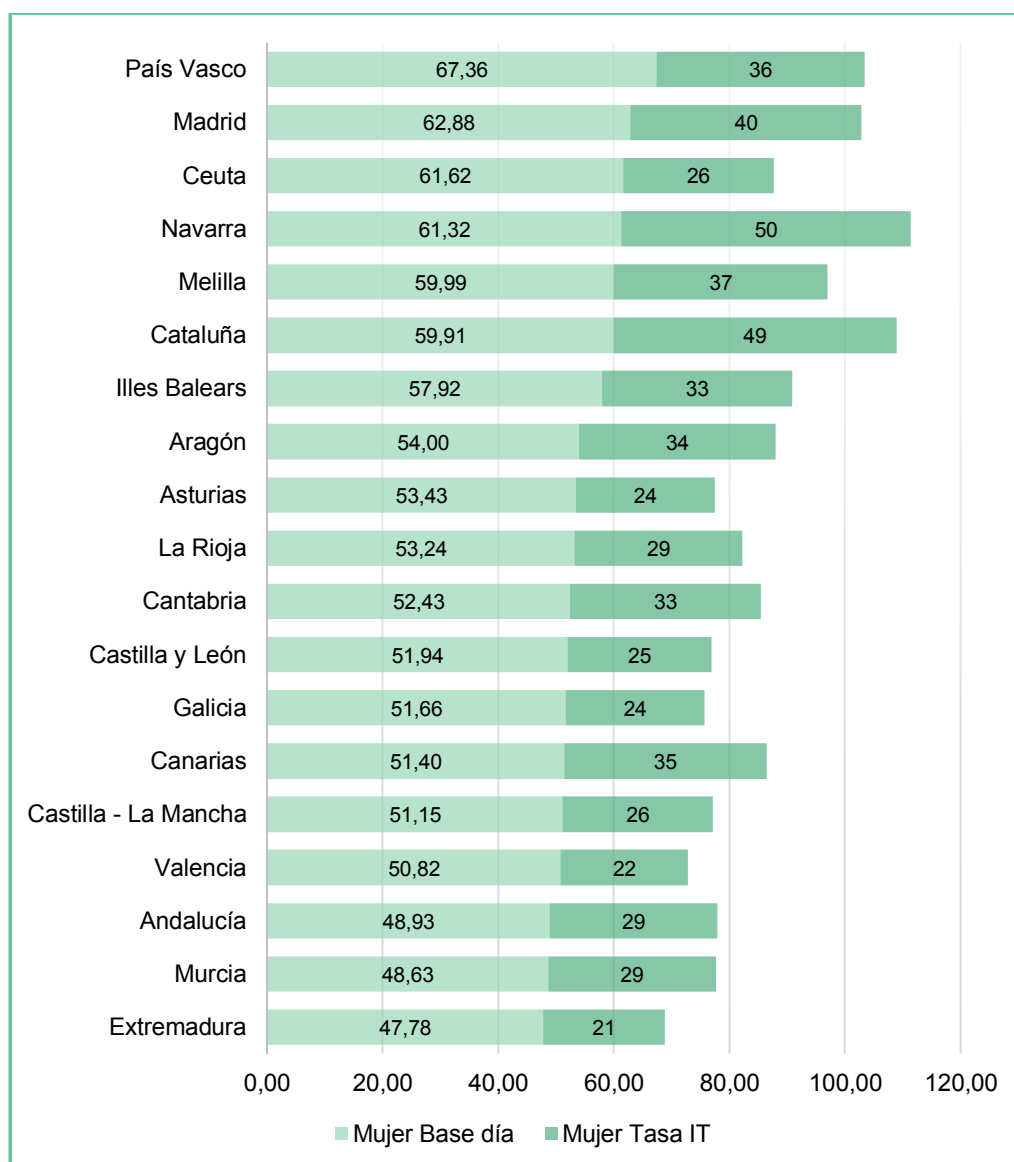
Gráfico 33. Relación entre las bases cotización diarias y la tasa de IT por mil. Hombre. 2019.



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas y del INE

En la mujer también se producen diversidad de asociaciones, sin que se pueda establecer un patrón fijo. En el País Vasco, Madrid y Navarra, las altas cotizaciones se asocian con una alta tasa de IT. En el extremo opuesto se encuentran Extremadura y Valencia. Cataluña sigue menos este patrón, al igual que Canarias y Cantabria, que tienen bases de cotización intermedias, pero altas tasas de IT, como se muestra en el Gráfico 34.

Gráfico 34. Relación entre las bases cotización diarias y la tasa de IT por mil trabajadoras. Mujer. 2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas y del INE

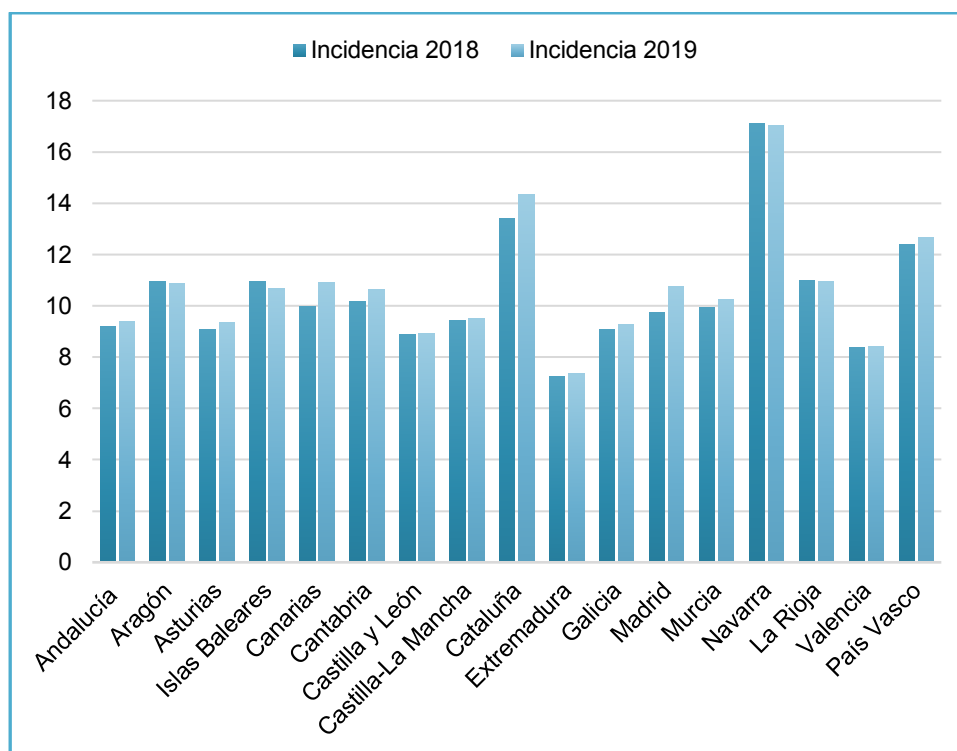
4.3.18. Evolución histórica de la incapacidad temporal

Comparativa entre los años 2018-2019

Se ha querido también realizar una comparativa de los principales ítems relacionados con la IT, entre los años 2018 y 2019, ya que los resultados del año 2018 fueron publicados por la doctoranda y sus directoras en la revista BMJ Open en 2020. No se realiza la comparación en las ciudades de Ceuta y Melilla, puesto que estas no fueron analizadas en 2018.

En primer lugar, se comparan los resultados obtenidos en la incidencia (Gráfico 35) y se puede apreciar pocas variaciones entre los dos años. En casi todas las CCAA hay un pequeño aumento, excepto en Aragón (2018=10,97; 2019=10,86), Islas Baleares (2018=10,93; 2019=10,66), Navarra (2018=17,12; 2019=17,05) y La Rioja (2018=11,00; 2019=10,95), aunque son muy poco significativas.

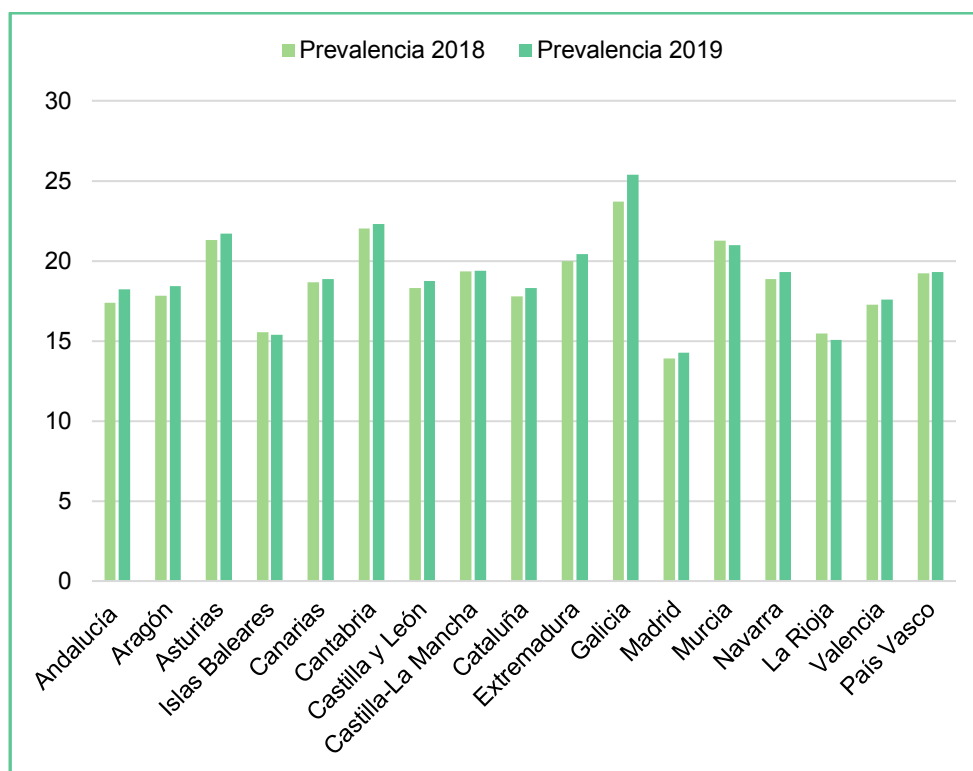
Gráfico 35. Comparativa incidencia media 2018-2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos del INSS

Respecto a la prevalencia, la tendencia es también a aumentar de forma poco significativa en todas las CCAA. Solo hay un pequeño descenso en Islas Baleares (2018=15,52; 2019=15,37), Murcia (2018=21,24; 2019=21,00) y La Rioja (2018=15,47; 2019=15,06), tal y como se muestra en el Gráfico 36.

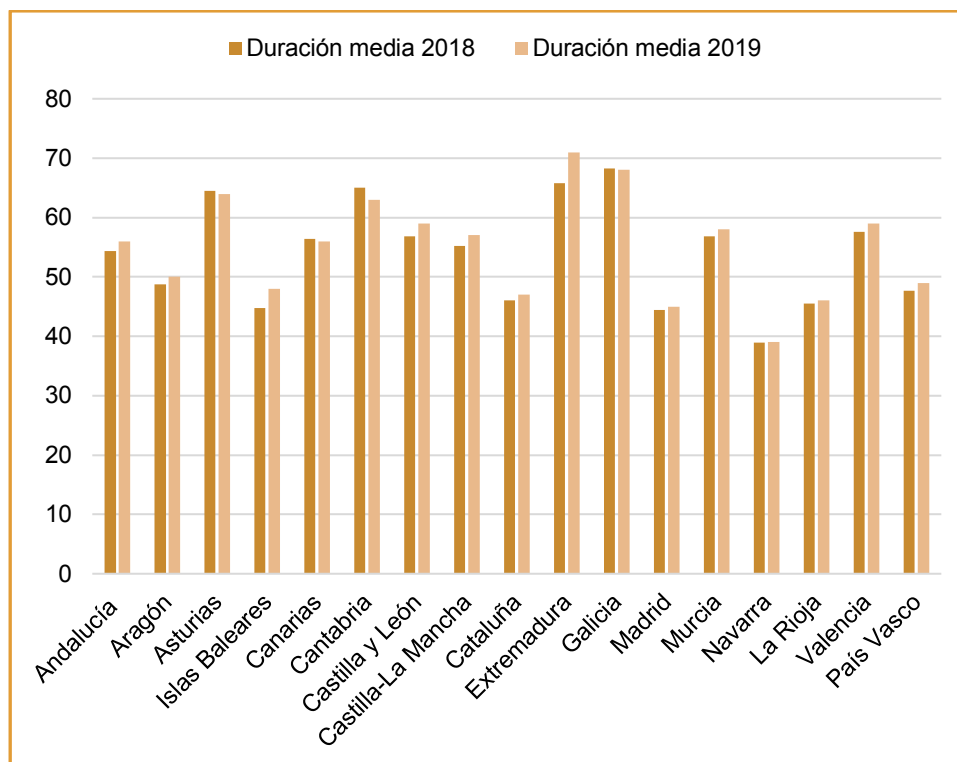
Gráfico 36. Comparativa prevalencia media 2018-2019



Elaboración propia a partir de datos extraídos del INSS

Las variaciones en la duración media se muestran en el Gráfico 37. Las variaciones son muy escasas entre los dos años, con una ligera tendencia a aumentar en casi todas las CCAA, excepto en Cantabria (2018=65 días; 2019=63 días).

Gráfico 37. Comparativa duración media 2018-2019.



Elaboración propia a partir de datos extraídos del INSS

En la Tabla 33 se representa la Tasa de IT (por mil trabajadores) por tramos de edad y género, comparando también entre los años 2018 y 2019. Como se puede apreciar hay un aumento en los tramos de edad 16-25 (2018=41; 2019=45), 36-45 (2018=25; 2019=26) y 46-55 (2018=22; 2019=24). Se mantienen las tasas en el tramo de edad de 26-35 (ambos años media de 30 trabajadores en IT por mil). Descienden las tasas en los tramos 46-55 (2018=22; 2019=20) y > 65 años (2018=7; 2019=6).

Tabla 33. Tasas de IT (por mil trabajadores) por tramos de edad y género. Comparativa 2018-2019

Tasas de IT		16-25		26-35		36-45		46-55		56-65		>65	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ANDALUCÍA	Mujer	35	40	28	30	24	25	21	26	20	24	7	7
	Hombre	28	30	22	22	20	20	18	19	18	16	6	5
ARAGÓN	Mujer	47	58	35	33	29	28	24	26	24	23	7	7
	Hombre	45	45	32	30	25	25	20	21	18	15	6	6
ASTURIAS	Mujer	29	31	23	24	21	22	20	22	22	21	6	5
	Hombre	28	26	23	24	20	20	18	17	17	16	6	6
ILLES BALEARS	Mujer	56	60	36	32	27	25	27	27	28	23	8	6
	Hombre	45	49	29	26	24	24	22	19	20	16	5	5
CANARIAS	Mujer	49	56	33	35	30	31	27	31	28	26	9	8
	Hombre	35	33	26	24	24	24	22	22	20	16	7	8
CANTABRIA	Mujer	49	56	32	34	27	26	23	24	25	24	7	4
	Hombre	42	47	27	26	24	24	21	19	20	15	7	7
CASTILLA Y LEÓN	Mujer	36	35	27	25	23	23	19	20	19	19	5	6
	Hombre	37	34	24	23	20	20	17	16	15	13	5	5
CASTILLA- LA MANCHA	Mujer	45	39	32	27	26	22	22	22	22	17	7	8
	Hombre	38	37	26	22	21	21	18	17	17	14	5	6
CATALUÑA	Mujer	68	81	53	57	40	44	32	36	30	29	8	5
	Hombre	57	71	40	43	32	32	25	28	22	20	7	7
EXTREMADURA	Mujer	24	27	19	22	15	17	16	21	16	17	6	7
	Hombre	20	21	14	14	13	13	13	14	13	11	5	5
GALICIA	Mujer	29	31	24	24	21	22	17	21	22	20	7	7
	Hombre	29	29	21	20	19	19	17	17	18	15	6	6
MADRID	Mujer	45	65	32	40	28	33	25	31	26	29	8	6
	Hombre	36	54	24	29	21	21	19	21	19	17	7	8
MURCIA	Mujer	34	35	30	31	26	26	23	26	27	27	8	8
	Hombre	33	29	24	23	20	20	19	19	20	17	6	6
NAVARRA	Mujer	69	77	52	52	46	47	40	42	36	34	8	6
	Hombre	76	97	52	49	42	42	33	36	26	25	7	7
LA RIOJA	Mujer	45	40	33	30	26	29	23	25	23	21	7	5
	Hombre	46	47	37	32	28	28	24	23	20	20	5	5
VALENCIA	Mujer	27	31	24	25	21	20	19	19	22	18	6	6
	Hombre	27	25	20	19	18	18	16	16	17	13	5	6
PAÍS VASCO	Mujer	39	43	38	39	33	36	28	33	29	26	8	8
	Hombre	45	53	35	36	31	35	26	29	23	24	8	7

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de las Unidades Médicas del INSS

En la Tabla 34 se representa la duración media de la IT de los años 2018 y 2019, por tramos de edad y género. Existe una tendencia al descenso en las duraciones de la IT en los tramos de edad 16-25 (2018=24 días; 2019=21 días), 26-35 (2018=33 días; 2019=31 días) y en > 65 (2018=101 días; 2019=97 días). Aumentó la duración media en el tramo 46-55 (2018=58 días; 2019=61 días) y se mantuvo igual en los tramos 36-45 (43 días) y 56-65 (76 días).

Tabla 34. Duración media de la IT por tramos de edad y género. Comparativa 2018-2019

Duración media		16-25		26-35		36-45		46-55		56-65		> 65	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ANDALUCÍA	Mujer	29	25	39	38	46	48	60	75	73	75	102	107
	Hombre	27	25	31	30	41	41	59	73	79	86	95	101
ARAGÓN	Mujer	18	16	30	28	39	39	56	69	72	69	105	109
	Hombre	17	16	22	21	33	31	50	58	73	65	90	89
ASTURIAS	Mujer	27	25	41	40	54	58	73	69	87	90	99	113
	Hombre	26	25	38	38	50	54	70	77	87	102	111	107
ILLES BALEARS	Mujer	16	14	26	25	36	36	50	63	62	71	78	82
	Hombre	17	15	22	21	30	31	44	59	65	73	86	92
CANARIAS	Mujer	27	24	40	35	49	45	62	60	77	66	103	95
	Hombre	23	21	32	29	43	40	57	56	79	71	106	100
CANTABRIA	Mujer	21	17	39	37	52	52	66	75	83	83	106	106
	Hombre	21	19	32	32	43	45	61	67	85	96	99	91
CASTILLA Y LEÓN	Mujer	24	23	38	40	50	55	67	79	87	93	108	123
	Hombre	22	22	30	31	41	43	58	65	79	89	97	103
CASTILLA- LA MANCHA	Mujer	42	23	40	38	49	47	64	63	83	80	137	121
	Hombre	23	21	29	27	40	37	58	56	81	72	97	85
CATALUÑA	Mujer	14	12	25	23	32	31	44	51	61	59	91	97
	Hombre	14	12	20	18	28	27	42	46	63	62	92	92
EXTREMADURA	Mujer	45	37	58	53	71	64	82	67	95	79	134	127
	Hombre	37	31	44	37	56	48	78	53	96	77	111	107
GALICIA	Mujer	38	38	50	52	62	69	80	75	100	109	121	69
	Hombre	35	32	42	45	53	58	71	62	91	105	118	67
MADRID	Mujer	15	12	28	24	37	33	48	47	61	50	80	123
	Hombre	16	14	22	19	32	28	44	46	61	54	79	98
MURCIA	Mujer	33	31	45	43	55	55	70	73	88	86	135	70
	Hombre	28	25	33	32	45	45	61	67	82	86	97	76
NAVARRA	Mujer	12	11	21	21	28	27	39	35	51	46	73	92
	Hombre	13	11	16	15	22	21	36	32	54	47	89	70
LA RIOJA	Mujer	18	17	28	27	36	38	48	63	68	72	109	76
	Hombre	18	16	21	21	29	30	44	54	63	72	88	104
VALENCIA	Mujer	28	26	44	42	52	52	69	74	85	85	112	109
	Hombre	27	25	33	31	44	43	60	69	82	80	102	95
PAÍS VASCO	Mujer	20	17	35	33	41	42	53	53	70	71	97	106
	Hombre	19	17	24	23	34	34	48	50	71	74	95	91

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de las Unidades Médicas del INSS

Serie histórica incidencia y duración media (2010-2020)

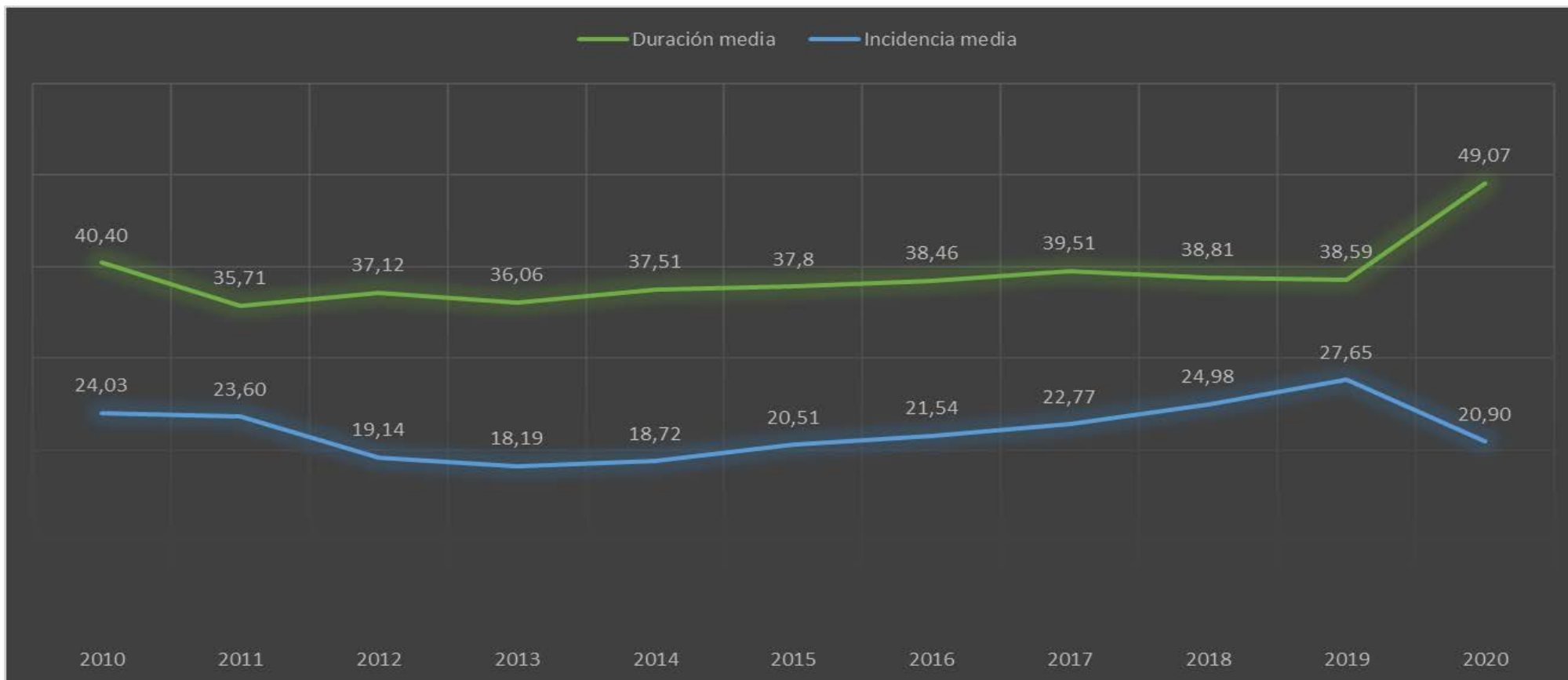
Para finalizar el análisis de resultados de la IT en España, en este apartado se muestra el histórico temporal de incidencia de la IT y la duración media, a nivel nacional, desde el año 2010 a 2020 (Gráfico 40).

Solo se representa la IT total del sistema por contingencias comunes.

En los años 2010 y 2011, se excluyen a los autónomos y a las empleadas de hogar. A partir del año 2012, solo se han excluido en esta gráfica a los autónomos, ya que las empleadas de hogar pasaron a formar parte del régimen general en ese año.

Como se puede observar en los primeros años se observa un descenso tanto de la duración media, como de la incidencia, para luego comenzar desde 2013 un ascenso mantenido de ambas curvas, hasta 2020, año en el que claramente se produce una ruptura en la tendencia aumentando la duración media y descendiendo de forma abrupta la incidencia media.

Gráfico 38. Serie histórica de la evolución de duración e incidencia media de la IT, desde 2010 a 2020. Nivel nacional. Contingencias comunes



Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS

4.3.19. Análisis estadísticos

En este apartado se exponen los distintos tratamientos estadísticos que han permitido realizar una mejor descripción y análisis de los resultados.

Análisis de la relación entre el nivel de renta per cápita y la incapacidad temporal

Para el análisis de renta o PIB per cápita, el test de Spearman encontró **correlación negativa** entre la *Renta per cápita* y la *Duración media* (coeficiente= -0,681), es decir, a mayor nivel de renta, la duración media de la IT es menor y con la *Prevalencia* (coeficiente= -0,307). En cambio, con la incidencia existe **correlación positiva** (coeficiente= 0,637), es decir, en las CCAA con mayor renta per cápita hay también una mayor incidencia de IT (Tabla 35).

Tabla 35. Relación entre la IT y el nivel de renta per cápita de cada Comunidad Autónoma

	<i>Incidencia</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>Duración media</i>	<i>Renta per cápita</i>
<i>Incidencia</i>	1			
<i>Prevalencia</i>	-0,15569	1		
<i>Duración media</i>	-0,78216	0,69265	1	
<i>Renta per cápita</i>	0,63718	-0,30740	-0,68159	1

Análisis de la relación entre la tasa de desempleo y la incapacidad temporal

Si analizamos la *Tasa de desempleo* en las distintas Comunidades y miramos su correlación con la *Duración media* vemos que el test de Spearman encuentra una **correlación positiva** en las distintas Comunidades Autónomas y la *Duración*, es decir, a mayor tasa de

desempleo, mayor duración media de la IT. También hay **correlación positiva** con la prevalencia, pero más débil. Como vemos hay **correlación negativa** entre la *Incidencia*, con la tasa de desempleo (Tabla 36).

Tabla 36. Relación entre la tasa de desempleo y la duración, incidencia y prevalencia media

	<i>Incidencia</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>Duración media</i>	<i>Desempleo</i>
<i>Incidencia</i>	1			
<i>Prevalencia</i>	-0,15569	1		
<i>Duración media</i>	-0,78216	0,69265	1	
<i>Desempleo</i>	-0,47555	0,02116	0,46241	1

Análisis de las bases de cotización y género

En la siguiente tabla (Tabla 37) se ha realizado el análisis de correlación de Spearman entre las bases de cotización y género. Como se puede observar hay correlación positiva tanto en hombres como en mujeres, es decir, cuanto mayor base de cotización mayor duración de la IT. Esta asociación es más fuerte en la mujer que en el hombre y tiene significación estadística ($p < 0,05$).

Tabla 37. Relación entre bases de cotización y género

	<i>Base día (hombre)</i>	<i>Duración IT (hombre)</i>	<i>Base día (mujer)</i>	<i>Duración IT (mujer)</i>
<i>Base día (hombre)</i>	1			
<i>Duración IT (hombre)</i>	-0,576	1		
<i>Base día (mujer)</i>	0,844	-0,614	1	
<i>Duración IT (mujer)</i>	-0,594	0,894	-0,729	1

Análisis del salario medio e incapacidad temporal por actividad económica

En la Tabla 38 se muestra la correlación de Spearman entre el salario medio y la tasa de incapacidad temporal según actividad económica y como vemos existe una débil correlación positiva.

Tabla 38. Relación entre salario medio diario y tasas de IT y CNAE_1

	Salario diario	Tasa IT CNAE_1
Salario diario	1	
Tasa IT CNAE-1	0,16640977	1

Análisis de la relación entre número de médicos colegiados y la incapacidad temporal

A continuación, se va a analizar la correlación entre el número de colegiados y la duración, como muestra el test de Spearman. Se ha encontrado una **correlación positiva** tanto entre el número de médicos colegiados en las Comunidades Autónomas y la Incidencia media (coeficiente=0,368). Se ha encontrado **correlación negativa**, con la Duración media (coeficiente= -0,313), es decir, en aquellas CCAA en las que hay mayor tasa de médicos, la duración de la IT es menor, tal y como muestra la Tabla 39.

Tabla 39. Relación entre la tasa de médicos colegiados y duración, incidencia y prevalencia media IT

	<i>Incidencia</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>Duración media</i>	<i>Colegiados</i>
Incidencia	1			
Prevalencia	-0,15570	1		
Duración media	-0,78216	0,69265	1	
Colegiados	0,36894	-0,07986	-0,31337	1

Análisis de los recursos sanitarios y la incapacidad temporal

En la Tabla 40 se muestra el análisis de la relación entre los recursos sanitarios y la IT.

Vemos que existe una **correlación positiva** entre gasto sanitario y los 3 indicadores de la IT, es decir, en aquellas CCAA con mayor gasto sanitario se encuentra también una mayor Incidencia, Prevalencia y Duración media de la IT.

En relación con los médicos de Atención Primaria, existe una **correlación negativa** muy débil con la Incidencia y correlación positiva débil con la Prevalencia y Duración media.

La mayor fuerza de asociación la encontramos en el caso de los médicos de Atención Especializada, **correlación positiva** moderada-fuerte con la Incidencia, y **correlación negativa** moderada con la Duración media

Tabla 40. Relación entre recursos sanitarios públicos e IT

	<i>Incidencia</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>Duración media</i>	<i>Gasto sanitario</i>	<i>Médicos Primaria</i>	<i>Médicos Especializada</i>
Incidencia	1					
Prevalencia	-0,15569	1				
Duración media	-0,78216	0,69265	1			
Gasto sanitario	0,13798	0,36605	0,12008	1		
Médicos Primaria	-0,11305	0,15860	0,16099	0,04114	1	
Médicos Especializada	0,62385	-0,01648	-0,47128	0,67690	-0,0429	1

Análisis de la calidad del servicio sanitario y la incapacidad temporal

Aquí se ha analizado la posible asociación entre la calidad del servicio de salud, en cada CCAA, en relación con la incidencia y duración media de la IT.

Como se puede observar en la Tabla 41, hay una **correlación negativa** entre la duración media de la IT y la calidad del servicio de

salud, es decir, a mayor calidad, menor duración de la IT, aunque la fuerza de la asociación es poco fuerte (coeficiente= -0,255).

Con la incidencia media, existe una **correlación positiva**, es decir, a mayor calidad, mayor incidencia de la IT (coeficiente=0,327).

Tabla 41. Asociación entre incidencia y duración media IT con la calidad del SPS

	<i>Incidencia</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>Duración media</i>	<i>Calidad</i>
Incidencia	1			
Prevalencia	-0,15570	1		
Duración media	-0,78216	0,69265	1	
Calidad	0,32784	0,04912	-0,25566	1

Análisis de la relación entre percepción del estado de salud, tasa de empleo e incidencia media

En la siguiente tabla (Tabla 42) se representa el coeficiente de correlación de las variables “estado de percepción de la salud” y la incidencia de la IT. También se ha querido ver la posible asociación con la tasa de empleo de la CCAA. Como se puede observar, la percepción de estado de salud “Muy malo” guarda una correlación positiva con la incidencia de la IT (correlación moderada); igual ocurre cuando la percepción es “Muy buena”, que también hay una mayor incidencia de la IT, pero esta correlación es muy débil (n=0,0735). Sí que hay una correlación positiva moderada, entre tasa de empleo y percepción “Muy buena” del estado de salud (n=0,550) y una correlación positiva entre tasa de empleo e incidencia de la IT.

Tabla 42. Relación percepción estado de salud, tasa de empleo e incidencia de la IT

	<i>Muy bueno</i>	<i>Bueno</i>	<i>Regular</i>	<i>Malo</i>	<i>Muy malo</i>	<i>Incidencia</i>	<i>Tasa empleo</i>
Muy bueno	1						
Bueno	-0,954	1					
Regular	-0,828	0,643	1				
Malo	-0,333	0,077	0,599	1			
Muy malo	0,228	-0,362	-0,112	0,305	1		
Incidencia	0,073	-0,134	-0,040	0,124	0,535	1	
Tasa empleo	0,550	-0,588	-0,375	0,014	0,285	0,577	1

Estadística descriptiva de diferentes variables

A continuación, se exponen los principales parámetros estadísticos de centralización, dispersión y posición de los datos relacionados con el análisis de los resultados de distintas variables en relación con las diferentes CCAA.

Todos estos análisis se han realizado mediante el programa Excel® y para ver si las diferencias encontradas son estadísticamente significativas se les ha realizado el análisis de las varianzas mediante la distribución F de Fisher-Snedecor.

Género

En la Tabla 43 se puede observar que en las *Tasas en IT* la media más alta, corresponde a las mujeres, con una diferencia significativa ($H=16,37$, $M=21,09$). En cambio, el rango de variabilidad de estas tasas de IT entre las distintas CCAA es mayor en hombres que en mujeres ($H=5,69$ SD; $M=5,58$ SD), aunque esta diferencia es poco significativa. Los resultados obtenidos se concentran poco alrededor de la media, existiendo muchos valores atípicos en ambas colas (curtosis < 3 tanto en hombres, como en mujeres). Hay más CCAA que tienen valores por encima de la media, tal y como muestran los coeficientes de asimetría (mayor concentración cola derecha de la curva).

Tabla 43. Tasas IT (por mil trabajadores). Género

Hombre		Mujer	
Media	16,37	Media	21,09
Error típico	1,30	Error típico	1,28
Mediana	15,35	Mediana	20,58
Desviación estándar	5,69	Desviación estándar	5,58
Varianza de la muestra	32,34	Varianza de la muestra	31,09
Curtosis	1,66	Curtosis	1,13
Coefficiente de asimetría	1,27	Coefficiente de asimetría	1,13
Rango	22,04	Rango	20,31
Mínimo	9,29	Mínimo	13,98
Máximo	31,33	Máximo	34,29
Suma	311,05	Suma	400,70
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00

Al realizar el análisis F de Fisher, vemos que NO hay diferencias entre ambos géneros (Tabla 44).

Tabla 44. Test de Fisher. Tasas IT. Género

	<i>Tasas hombre</i>	<i>Tasas mujer</i>
Media	16,3712533	21,0897115
Varianza	32,3404636	31,0921927
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	1,04014741	
P(F<=f) una cola	0,46718555	
Valor crítico para F (una cola)	2,21719713	

Como vemos en la Tabla 45 las *Duraciones medias* de IT entre hombres y mujeres presenta una media más alta también en mujeres (H= 52,61, M=56,84). El grado de variabilidad es mayor en las distintas CCAA en las mujeres, que en los hombres (H=9,31 SD; M=11,07 SD). Hay gran cantidad de valores atípicos, existiendo poca concentración alrededor de la media, y los valores hallados se encuentran más concentrados por debajo de la media, como muestran los coeficientes de asimetría.

Tabla 45. Duración media de IT. Género

Hombre		Mujer	
Media	52,61	Media	56,84
Error típico	2,14	Error típico	2,54
Mediana	53,03	Mediana	54,91
Desviación estándar	9,31	Desviación estándar	11,07
Varianza de la muestra	86,73	Varianza de la muestra	122,65
Curtosis	-0,42	Curtosis	-0,27
Coefficiente de asimetría	-0,26	Coefficiente de asimetría	-0,20
Rango	34,39	Rango	43,39
Mínimo	33,80	Mínimo	34,89
Máximo	68,19	Máximo	78,28
Suma	999,56	Suma	1079,90
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00

Cuando se realiza el análisis F de Fisher se encuentra que estas SI hay diferencias en la duración entre ambos grupos, aunque no son significativas estadísticamente (Tabla 46).

Tabla 46. Test de Fisher. Duración media IT. Género

	<i>Duración hombre</i>	<i>Duración mujer</i>
Media	70,8675658	74,0927632
Varianza	115,691279	121,546026
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	0,95183103	
P(F<=f) una cola	0,45887199	
Valor crítico para F (una cola)	0,45101989	

Edad

En el siguiente análisis descriptivo (Tabla 47) se analizan los datos relativos a la *Tasa de IT por tramos de edad*.

Se observa que las *Tasas medias* son mucho más elevadas en los trabajadores más jóvenes.

Existe gran variabilidad en todas las CCAA, excepto en > 65 años (1,02 SD). La variabilidad es mayor en los tramos más jóvenes, existiendo una mayor homogeneidad cuando aumenta la edad.

En todos los tramos de edad encontramos valores que se repiten (moda).

Los valores se sitúan en mayor proporción por encima de la media.

Tabla 47. Tasa de IT (por mil), según tramos de edad.

16-25		26-35		36-45	
Media	46,69	Media	30,88	Media	27,74
Error típico	3,69	Error típico	1,94	Error típico	1,55
Mediana	43,31	Mediana	28,89	Mediana	26,74
Moda	35,16	Moda	25,99	Moda	22,49
Desviación estándar	16,09	Desviación estándar	8,45	Desviación estándar	6,77
Varianza de la muestra	258,82	Varianza de la muestra	71,33	Varianza de la muestra	45,77
Curtosis	0,92	Curtosis	1,15	Curtosis	0,47
Coefficiente de asimetría	1,18	Coefficiente de asimetría	1,35	Coefficiente de asimetría	1,09
Rango	58,68	Rango	28,80	Rango	24,16
Mínimo	28,47	Mínimo	21,72	Mínimo	20,31
Máximo	87,15	Máximo	50,52	Máximo	44,47
Suma	887,13	Suma	586,78	Suma	526,99
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00	Cuenta	19,00
46-55		56-65		>65	
Media	25,59	Media	21,87	Media	6,30
Error típico	1,33	Error típico	1,03	Error típico	0,23
Mediana	23,60	Mediana	20,28	Mediana	6,00
Moda	22,64	Moda	19,91	Moda	5,50
Desviación estándar	5,81	Desviación estándar	4,49	Desviación estándar	1,02
Varianza de la muestra	33,71	Varianza de la muestra	20,18	Varianza de la muestra	1,05
Curtosis	-0,32	Curtosis	-0,34	Curtosis	-0,05
Coefficiente de asimetría	0,70	Coefficiente de asimetría	0,73	Coefficiente de asimetría	0,46
Rango	20,88	Rango	14,80	Rango	4,00
Mínimo	18,01	Mínimo	15,70	Mínimo	4,50
Máximo	38,89	Máximo	30,50	Máximo	8,50
Suma	486,28	Suma	415,48	Suma	119,75
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00	Cuenta	19,00

Como se puede observar en la Tabla 48, las medias de *Duración media* varían según edad, aumentando cuando se incrementa la edad.

La variabilidad entre cada tramo de edad según CCAA es mayor en el grupo > 65 años. La menor variabilidad se encuentra en el grupo más joven, si bien hay mucha dispersión en los datos (6,84SD)

En los tramos de edad 16-25, 26-35 y 36-45, la mayor parte de las CCAA presentan duraciones mayores a la media. En cambio, en los otros tramos de edad, las duraciones se concentran más por debajo de la media.

Tabla 48. Duración media por tramos de edad

16-25		26-35		36-45	
Media	21,40	Media	32,01	Media	42,47
Error típico	1,57	Error típico	1,93	Error típico	2,34
Mediana	22,13	Mediana	34,22	Mediana	42,12
Desviación estándar	6,84	Desviación estándar	8,41	Desviación estándar	10,18
Varianza de la muestra	46,85	Varianza de la muestra	70,73	Varianza de la muestra	103,63
Curtosis	-0,37	Curtosis	-0,58	Curtosis	-0,33
Coefficiente de asimetría	0,38	Coefficiente de asimetría	0,07	Coefficiente de asimetría	0,18
Rango	23,85	Rango	30,69	Rango	39,31
Mínimo	11,13	Mínimo	17,91	Mínimo	24,11
Máximo	34,98	Máximo	48,60	Máximo	63,42
Suma	406,61	Suma	608,18	Suma	806,96
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00	Cuenta	19,00
46-55		56-65		>65	
Media	60,55	Media	76,32	Media	95,58
Error típico	2,50	Error típico	3,35	Error típico	3,63
Mediana	60,28	Mediana	76,03	Mediana	98,68
Desviación estándar	10,88	Desviación estándar	14,58	Desviación estándar	15,81
Varianza de la muestra	118,33	Varianza de la muestra	212,71	Varianza de la muestra	249,84
Curtosis	0,35	Curtosis	0,45	Curtosis	1,08
Coefficiente de asimetría	-0,74	Coefficiente de asimetría	-0,08	Coefficiente de asimetría	-1,16
Rango	40,71	Rango	60,59	Rango	61,01
Mínimo	33,76	Mínimo	46,30	Mínimo	56,02
Máximo	74,47	Máximo	106,89	Máximo	117,02
Suma	1150,45	Suma	1450,09	Suma	1816,06
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00	Cuenta	19,00

Asalariados y autónomos

En la Tabla 49 se muestra el análisis estadístico descriptivo de la *Incidencia media* entre asalariados y autónomos. Hay una clara diferencia en las medias de ambos grupos.

La menor variabilidad de los resultados se encuentra en los autónomos (SD= 1, 74). Los datos son más homogéneos y se concentran más alrededor de la media en los autónomos, aunque en tanto en asalariados como en autónomos hay mayor número de CCAA que superan en incidencia a la media.

En la prevalencia media la mayor variabilidad entre las distintas CCAA se produce en los autónomos, con un rango mucho más amplio. Hay mayor número de CCAA con prevalencias menores a la media, tal y como se puede ver en los valores de curtosis obtenidos.

Y las diferencias más destacadas se encuentran en la duración media de la IT entre los dos grupos de trabajadores, tal y como se muestra en la Tabla 49. Los datos son muy variables entre las distintas CCAA, tanto en asalariados, como en autónomos. Existen mayor número de CCAA que tienen duraciones inferiores a la media en el grupo de autónomos. En cambio, en los asalariados las duraciones son con más frecuencia, superiores a la media.

Tabla 49. Asalariados vs autónomos

<i>Incidencia asalariado</i>		<i>Incidencia autónomo</i>	
Media	26,07	Media	9,78
Error típico	1,74	Error típico	0,40
Mediana	25,97	Mediana	9,81
Desviación estándar	7,58	Desviación estándar	1,75
Varianza de la muestra	57,46	Varianza de la muestra	3,05
Curtosis	1,71	Curtosis	2,79
Coefficiente de asimetría	1,21	Coefficiente de asimetría	0,83
Rango	31,33	Rango	8,37
Mínimo	14,35	Mínimo	6,30
Máximo	45,68	Máximo	14,67
Suma	495,34	Suma	185,89
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00
<i>Prevalencia asalariado</i>		<i>Prevalencia autónomo</i>	
Media	34,95	Media	32,84
Error típico	0,95	Error típico	1,64
Mediana	34,00	Mediana	31,88
Desviación estándar	4,15	Desviación estándar	7,13
Varianza de la muestra	17,23	Varianza de la muestra	50,89
Curtosis	-0,34	Curtosis	-0,47
Coefficiente de asimetría	0,51	Coefficiente de asimetría	0,35
Rango	15,40	Rango	25,80
Mínimo	28,11	Mínimo	21,94
Máximo	43,51	Máximo	47,74
Suma	664,13	Suma	624,04
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00
<i>Duración asalariado</i>		<i>Duración autónomo</i>	
Media	45,01	Media	94,34
Error típico	2,63	Error típico	3,36
Mediana	46,45	Mediana	99,30
Desviación estándar	11,45	Desviación estándar	14,66
Varianza de la muestra	131,10	Varianza de la muestra	214,90
Curtosis	0,45	Curtosis	0,62
Coefficiente de asimetría	0,34	Coefficiente de asimetría	-0,36
Rango	45,86	Rango	64,29
Mínimo	25,46	Mínimo	60,53
Máximo	71,32	Máximo	124,82
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00

El estadístico F muestra que hay diferencias en la incidencia entre ambos grupos y que son significativas estadísticamente (Tabla 50).

Tabla 50. Test de Fisher. Incidencia IT. Asalariados vs autónomos

	<i>Incidencia asalariado</i>	<i>Incidencia autónomo</i>
Media	26,0705263	9,78368421
Varianza	57,4554275	3,04808012
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	18,8497104	
P(F<=f) una cola	3,508E-08	
Valor crítico para F (una cola)	2,21719713	

El estadístico F muestra que NO hay diferencias en las prevalencias entre ambos grupos y tiene significación estadística (Tabla 51).

Tabla 51. Test de Fisher. Prevalencia IT. Asalariados vs autónomos

	<i>Prevalencia asalariado</i>	<i>Prevalencia autónomo</i>
Media	34,9542105	32,8442105
Varianza	17,225648	50,8949146
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	0,33845519	
P(F<=f) una cola	0,01337379	
Valor crítico para F (una cola)	0,45101989	

Hay diferencias en la Duraciones medias en ambos grupos, si bien estas no son significativas estadísticamente ($p=0,177$), tal y como muestra análisis de Fisher (Tabla 52).

Tabla 52. Test de Fisher. Duración media IT. Asalariados vs autónomos

	<i>Duración asalariado</i>	<i>Duración autónomo</i>
Media	45,0078947	94,3075
Varianza	131,103673	203,613083
Observaciones	19	20
Grados de libertad	18	19
F	0,64388629	
P(F<=f) una cola	0,17774227	
Valor crítico para F (una cola)	0,4538652	

Contingencias comunes o profesionales

En la Tabla 48 se muestran los resultados del estudio descriptivo según contingencia.

La *incidencia por contingencias comunes* es la que muestra valores más cercanos a la media, en todas las CCAA.

La mayor dispersión de valores se encuentra en el caso de la *Duración media* por contingencias comunes.

Las contingencias profesionales son las que presentan menor variabilidad en todas las CCAA, sobre todo en la incidencia y prevalencia ($SD < 1$).

Excepto en el caso de los valores de prevalencia por contingencias profesionales, en el resto, los resultados superan en la mayoría de las CCAA, a las respectivas medias (incidencia, prevalencia y duración).

Tabla 53. Contingencia: común vs profesional

<i>Incidencia común</i>		<i>Prevalencia común</i>		<i>Duración común</i>	
Media	17,93	Media	33,90	Media	69,68
Error típico	0,97	Error típico	1,13	Error típico	2,92
Mediana	17,39	Mediana	33,49	Mediana	73,37
Desviación estándar	4,25	Desviación estándar	4,91	Desviación estándar	12,74
Varianza de la muestra	18,05	Varianza de la muestra	24,10	Varianza de la muestra	162,26
Curtosis	3,14	Curtosis	0,67	Curtosis	0,50
Coefficiente de asimetría	1,54	Coefficiente de asimetría	0,36	Coefficiente de asimetría	0,00
Rango	18,54	Rango	19,64	Rango	55,08
Mínimo	11,64	Mínimo	25,99	Mínimo	43,00
Máximo	30,18	Máximo	45,63	Máximo	98,07
Suma	340,62	Suma	644,09	Suma	1323,83
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00	Cuenta	19,00
<i>Incidencia profesional</i>		<i>Prevalencia profesional</i>		<i>Duración profesional</i>	
Media	3,21	Media	3,98	Media	41,69
Error típico	0,11	Error típico	0,15	Error típico	1,35
Mediana	3,06	Mediana	3,98	Mediana	40,64
Desviación estándar	0,47	Desviación estándar	0,64	Desviación estándar	5,87
Varianza de la muestra	0,22	Varianza de la muestra	0,41	Varianza de la muestra	34,47
Curtosis	1,76	Curtosis	0,73	Curtosis	-0,88
Coefficiente de asimetría	1,09	Coefficiente de asimetría	-0,11	Coefficiente de asimetría	0,38
Rango	1,96	Rango	2,63	Rango	19,36
Mínimo	2,52	Mínimo	2,53	Mínimo	32,22
Máximo	4,48	Máximo	5,16	Máximo	51,58
Suma	60,91	Suma	75,69	Suma	792,06
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00	Cuenta	19,00

El estadístico F de **Fisher** muestra que en la incidencia entre contingencias SI hay diferencias y estas son significativas estadísticamente

Tabla 54. Test de Fisher. Incidencia. Contingencias comunes vs profesionales

	<i>Incidencia común</i>	<i>Incidencia profesional</i>
Media	17,9271053	3,20578947
Varianza	18,0525953	0,22302573
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	80,9440025	
P(F<=f) una cola	1,3359E-13	
Valor crítico para F (una cola)	2,21719713	

En relación con la prevalencia SI hay también diferencias significativas estadísticamente (Tabla 55).

Tabla 55. Test de Fisher. Prevalencia IT. Contingencias comunes vs profesionales

	<i>Prevalencia común</i>	<i>Prevalencia profesional</i>
Media	33,8992105	3,98368421
Varianza	24,1019202	0,40632456
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	59,3169167	
P(F<=f) una cola	2,04E-12	
Valor crítico para F (una cola)	2,21719713	

Y en la duración media, también hay diferencias y son estadísticamente significativas entre dichas contingencias (Tabla 56).

Tabla 56. Test de Fisher. Duración media IT. Contingencias comunes vs profesionales

	<i>Duración común</i>	<i>Duración profesional</i>
Media	69,6752632	41,1377778
Varianza	162,25761	30,4212536
Observaciones	19	18
Grados de libertad	18	17
F	5,33369242	
P(F<=f) una cola	0,00057431	
Valor crítico para F (una cola)	2,25667097	

Gestión INSS o MCSS

En la Tabla 57 se muestran los principales parámetros descriptivos en relación con la incidencia, prevalencia y duración media según la IT del trabajador esté gestionada por el INSS o por una MCSS. La mayor variabilidad de datos entre las distintas CCAA corresponde a la Duración media en el caso de la IT gestionada por el INSS (12,19 SD).

Tabla 57. Incidencia, prevalencia y duración media INSS vs MCSS

Incidencia INSS		Incidencia MCSS	
Media	24,25	Media	26,53
Error típico	1,85	Error típico	1,74
Mediana	21,80	Mediana	25,02
Desviación estándar	8,07	Desviación estándar	7,59
Varianza de la muestra	65,16	Varianza de la muestra	57,68
Curtosis	0,22	Curtosis	2,02
Coficiente de asimetría	0,91	Coficiente de asimetría	1,25
Rango	29,84	Rango	31,74
Mínimo	13,55	Mínimo	14,92
Máximo	43,39	Máximo	46,66
Suma	460,73	Suma	504,14
Prevalencia INSS		Prevalencia MCSS	
Media	24,25	Media	26,53
Error típico	1,85	Error típico	1,74
Mediana	21,80	Mediana	25,02
Desviación estándar	8,07	Desviación estándar	7,59
Varianza de la muestra	65,16	Varianza de la muestra	57,68
Curtosis	0,22	Curtosis	2,02
Coficiente de asimetría	0,91	Coficiente de asimetría	1,25
Rango	29,84	Rango	31,74
Mínimo	13,55	Mínimo	14,92
Máximo	43,39	Máximo	46,66
Suma	460,73	Suma	504,14
Duración INSS		Duración MCSS	
Media	48,97	Media	43,72
Error típico	2,80	Error típico	2,56
Mediana	47,19	Mediana	45,36
Desviación estándar	12,19	Desviación estándar	11,14
Varianza de la muestra	148,60	Varianza de la muestra	124,18
Curtosis	0,22	Curtosis	0,11
Coficiente de asimetría	0,11	Coficiente de asimetría	0,30
Rango	48,89	Rango	43,65
Mínimo	27,22	Mínimo	24,79
Máximo	76,11	Máximo	68,44
Suma	930,51	Suma	830,60
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00

La prueba F muestra que en la incidencia NO se encuentran diferencias entre ambas entidades, si bien no alcanza significación estadística (Tabla 58).

Tabla 58. Test de Fisher. Incidencia IT. INSS vs MCSS

	<i>Incidencia INSS</i>	<i>Incidencia Mutua</i>
Media	24,2489474	26,5336842
Varianza	65,1630544	57,6835023
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	1,12966536	
P(F<=f) una cola	0,39936497	
Valor crítico para F (una cola)	2,21719713	

En la prevalencia SI hay diferencias significativas estadísticamente ($p=0,000$) entre ambas Entidades (Tabla 59).

Tabla 59. Test de Fisher. Prevalencia IT. INSS vs MCSS

	<i>Prevalencia INSS</i>	<i>Prevalencia Mutua</i>
Media	36,4231579	33,9263158
Varianza	54,7871228	8,80863567
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	6,21970585	
P(F<=f) una cola	0,00015817	
Valor crítico para F (una cola)	2,21719713	

En la duración media NO hay diferencias entre ambas entidades gestoras, aunque tampoco es significativo estadísticamente (Tabla 60).

Tabla 60. Test de Fisher. Duración media IT. INSS vs MCSS

	<i>Duración INSS</i>	<i>Duración Mutua</i>
Media	48,9742105	43,7157895
Varianza	148,603215	124,179692
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	1,19667888	
P(F<=f) una cola	0,35368735	
Valor crítico para F (una cola)	2,21719713	

Capítulo diagnóstico

En la Tabla 61 se expone el análisis estadístico descriptivo de 6 Capítulos Diagnósticos, con mayor prevalencia en la IT en España. Las medias de duración son muy distintas. Existe gran variabilidad entre las distintas CCAA, como lo demuestra la gran dispersión de datos. La mayor homogeneidad se encuentra en “Aparato respiratorio” (SD=4,12). Las “Lesiones traumáticas”, son las que muestran una duración más cercana a la media en todas las CCAA (curtosis=2,70).

Tabla 61. Duración media de los principales Capítulos Diagnósticos

Neoplasias		Aparato circulatorio		Trastornos mentales	
Media	173,89	Media	130,22	Media	122,56
Error típico	4,98	Error típico	3,75	Error típico	4,89
Mediana	175,50	Mediana	130,50	Mediana	126,00
Moda	153,00	Moda	129,00	Moda	126,00
Desviación estándar	21,14	Desviación estándar	15,91	Desviación estándar	20,73
Varianza de la muestra	446,93	Varianza de la muestra	253,01	Varianza de la muestra	429,56
Curtosis	-1,36	Curtosis	-0,90	Curtosis	-0,12
Coefficiente de asimetría	-0,20	Coefficiente de asimetría	-0,16	Coefficiente de asimetría	-0,55
Rango	68,00	Rango	54,00	Rango	78,00
Mínimo	137,00	Mínimo	104,00	Mínimo	77,00
Máximo	205,00	Máximo	158,00	Máximo	155,00
Suma	3130,00	Suma	2344,00	Suma	2206,00
Cuenta	18,00	Cuenta	18,00	Cuenta	18,00
Musculoesquelético		Aparato respiratorio		Lesiones traumáticas	
Media	88,50	Media	17,56	Media	82,39
Error típico	4,06	Error típico	0,97	Error típico	3,59
Mediana	88,50	Mediana	16,00	Mediana	82,00
Moda	85,00	Moda	16,00	Moda	74,00
Desviación estándar	17,24	Desviación estándar	4,12	Desviación estándar	15,25
Varianza de la muestra	297,09	Varianza de la muestra	16,97	Varianza de la muestra	232,60
Curtosis	-0,45	Curtosis	-0,71	Curtosis	2,70
Coefficiente de asimetría	-0,13	Coefficiente de asimetría	0,41	Coefficiente de asimetría	1,21
Rango	65,00	Rango	15,00	Rango	65,00
Mínimo	53,00	Mínimo	11,00	Mínimo	60,00
Máximo	118,00	Máximo	26,00	Máximo	125,00
Suma	1593,00	Suma	316,00	Suma	1483,00
Cuenta	18,00	Cuenta	18,00	Cuenta	18,00

Código Nacional de Ocupación

En la Tabla 62 se exponen los resultados del análisis descriptivo según CNO-11.

Como se puede observar los datos están muy dispersos en todas las ocupaciones, siendo la ocupación “*Técnicos y profesionales científicos e intelectuales*” la que tiene unas medias más homogéneas en todas las CCAA.

En todas las ocupaciones, los valores se concentran por debajo de la media de duración, tal y como muestran los coeficientes de asimetría.

El grupo “*Directores y gerentes*” muestra la duración media más elevada (n=69,17) y el grupo “*Técnicos y profesionales científicos e intelectuales*” la media de duración más baja (n=41,96). Además, el grupo “*Directores y gerentes*” es el que muestra el rango más alto de variación entre las duraciones medias (n=66,69).

Tabla 62. Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-11)

Directores y gerentes		Técnicos y profesionales científicos e intelectuales		Técnicos; profesionales de apoyo	
Media	69,17	Media	41,96	Media	55,57
Error típico	4,98	Error típico	2,11	Error típico	3,28
Mediana	74,19	Mediana	43,24	Mediana	58,05
Desviación estándar	21,69	Desviación estándar	9,19	Desviación estándar	14,31
Varianza de la muestra	470,37	Varianza de la muestra	84,43	Varianza de la muestra	204,75
Curtosis	-1,13	Curtosis	-0,81	Curtosis	-1,34
Coefficiente de asimetría	-0,29	Coefficiente de asimetría	-0,18	Coefficiente de asimetría	-0,16
Rango	66,69	Rango	30,02	Rango	43,59
Mínimo	33,56	Mínimo	25,44	Mínimo	33,64
Máximo	100,26	Máximo	55,46	Máximo	77,23
Suma	1314,22	Suma	797,30	Suma	1055,76
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00	Cuenta	19,00
Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina		Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores		Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero	
Media	48,76	Media	52,17	Media	50,47
Error típico	2,58	Error típico	2,91	Error típico	2,74
Mediana	48,43	Mediana	53,24	Mediana	50,84
Desviación estándar	11,24	Desviación estándar	12,69	Desviación estándar	11,94
Varianza de la muestra	126,43	Varianza de la muestra	161,05	Varianza de la muestra	142,60
Curtosis	-1,16	Curtosis	-1,29	Curtosis	-1,24
Coefficiente de asimetría	-0,11	Coefficiente de asimetría	-0,13	Coefficiente de asimetría	-0,12
Rango	35,41	Rango	39,28	Rango	37,34
Mínimo	30,43	Mínimo	32,25	Mínimo	31,34
Máximo	65,84	Máximo	71,54	Máximo	68,69
Suma	926,53	Suma	991,14	Suma	958,84
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00	Cuenta	19,00
Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción		Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores		Ocupaciones elementales	
Media	51,32	Media	50,89	Media	51,10
Error típico	2,82	Error típico	2,78	Error típico	2,80
Mediana	52,04	Mediana	51,44	Mediana	51,73
Desviación estándar	12,31	Desviación estándar	12,12	Desviación estándar	12,21
Varianza de la muestra	151,54	Varianza de la muestra	147,00	Varianza de la muestra	149,25
Curtosis	-1,27	Curtosis	-1,26	Curtosis	-1,26
Coefficiente de asimetría	-0,12	Coefficiente de asimetría	-0,12	Coefficiente de asimetría	-0,12
Rango	38,31	Rango	37,83	Rango	38,07
Mínimo	31,80	Mínimo	31,57	Mínimo	31,68
Máximo	70,11	Máximo	69,40	Máximo	69,75
Suma	974,99	Suma	966,91	Suma	970,95
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00	Cuenta	19

Actividad Económica (CNAE_1)

En la siguiente tabla (Tabla 63) se muestran los parámetros descriptivos en relación con la Tasa de trabajadores en IT por mil, según CNAE_1.

En las 4 actividades elegidas (porque son las más representativas de la IT), las variaciones en las tasas son poco significativas, destacando como menor Tasas de IT las Administraciones Públicas y las Actividades administrativas, las que muestran una mayor tasa de IT por mil trabajadores.

Tabla 63. Tasa de IT, principales actividades económicas (CNAE_1)

Actividades administrativas		Suministros y gestión residuos	
Media	39,15	Media	33,47
Error típico	3,40	Error típico	3,03
Mediana	37,98	Mediana	31,31
Desviación estándar	14,83	Desviación estándar	13,20
Varianza de la muestra	219,97	Varianza de la muestra	174,12
Curtosis	-0,53	Curtosis	0,99
Coefficiente de asimetría	0,49	Coefficiente de asimetría	0,92
Rango	52,40	Rango	52,95
Mínimo	17,78	Mínimo	14,39
Máximo	70,18	Máximo	67,34
Suma	743,89	Suma	635,90
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00
Actividades sanitarias		Administración Pública	
Media	32,68	Media	28,15
Error típico	2,57	Error típico	2,74
Mediana	28,01	Mediana	23,37
Desviación estándar	11,22	Desviación estándar	11,93
Varianza de la muestra	125,88	Varianza de la muestra	142,38
Curtosis	-0,45	Curtosis	1,23
Coefficiente de asimetría	0,87	Coefficiente de asimetría	1,40
Rango	36,28	Rango	42,65
Mínimo	19,24	Mínimo	13,43
Máximo	55,52	Máximo	56,08
Suma	620,93	Suma	534,79
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00

Sector laboral público o privado

Como se puede observar en la Tabla 64 la tasa de IT es más elevada en el sector público, que en el privado. Además, el sector público muestra mayor variabilidad entre las distintas CCAA. Los valores en el sector público, se sitúan la mayor parte por encima de la media y en el sector privado por debajo de la media.

En relación con la Duración media existe una gran variabilidad entre las distintas CCAA, con poca concentración de los datos en torno a la media. Hay mayor variabilidad en los datos, en los trabajadores del sector privado, más que en el público, con respecto a la Duración media

Tabla 64. Sector laboral público o privado

Tasa público		Tasa privado	
Media	33,63	Media	27,14
Error típico	2,52	Error típico	1,32
Mediana	35,69	Mediana	28,21
Desviación estándar	11,00	Desviación estándar	5,76
Varianza de la muestra	120,98	Varianza de la muestra	33,23
Curtosis	-0,36	Curtosis	0,56
Coefficiente de asimetría	0,29	Coefficiente de asimetría	-0,03
Rango	39,81	Rango	24,12
Mínimo	17,33	Mínimo	15,39
Máximo	57,14	Máximo	39,51
Suma	639,03	Suma	515,74
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00
Duración público		Duración privado	
Media	64,01	Media	57,90
Error típico	3,20	Error típico	3,35
Mediana	63,28	Mediana	58,75
Desviación estándar	13,93	Desviación estándar	14,61
Varianza de la muestra	194,00	Varianza de la muestra	213,54
Curtosis	-0,07	Curtosis	-0,28
Coefficiente de asimetría	0,01	Coefficiente de asimetría	0,29
Rango	56,12	Rango	52,79
Mínimo	36,33	Mínimo	33,90
Máximo	92,45	Máximo	86,69
Suma	1216,20	Suma	1100,08
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00

El estadístico F nos permite decir que hay diferencias en las Tasa de IT entre sector público y privado y que son significativas estadísticamente ($p=0,004$) (Tabla 65).

Tabla 65. Test de Fisher. Tasas IT. Sector público vs privado

	<i>Tasa público</i>	<i>Tasa privado</i>
Media	33,6330386	27,1442459
Varianza	120,979255	33,2272185
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	3,64096846	
P(F<=f) una cola	0,00441491	
Valor crítico para F (una cola)	2,21719713	

El estadístico F muestra que hay diferencias en las Duraciones medias entre ambos grupos, aunque no son estadísticamente significativas (Tabla 66).

Tabla 66. Test de Fisher. Duración media IT. Sector público vs privado.

	<i>Duración público</i>	<i>Duración privado</i>
Media	64,0104132	57,8991725
Varianza	193,996333	213,542522
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	0,90846699	
P(F<=f) una cola	0,42042965	
Valor crítico para F (una cola)	0,45101989	

Tipo de contrato

En la Tabla 67 se pueden ver las diferencias existentes entre la IT en relación con el Tipo de contrato indefinido.

Tabla 67. Duración media IT. Contratos indefinidos

Indefinido tiempo completo		Indefinido tiempo parcial		Indefinido fijo discontinuo	
Media	44,60	Media	46,42	Media	48,77
Error típico	2,55	Error típico	2,47	Error típico	3,21
Mediana	46,02	Mediana	45,01	Mediana	50,38
Desviación estándar	11,12	Desviación estándar	10,78	Desviación estándar	14,01
Varianza de la muestra	123,76	Varianza de la muestra	116,18	Varianza de la muestra	196,35
Curtosis	-0,45	Curtosis	0,58	Curtosis	-0,91
Coefficiente de asimetría	0,15	Coefficiente de asimetría	0,54	Coefficiente de asimetría	0,24
Rango	41,59	Rango	42,43	Rango	47,91
Mínimo	25,24	Mínimo	29,53	Mínimo	27,16
Máximo	66,82	Máximo	71,97	Máximo	75,07
Suma	847,39	Suma	881,94	Suma	926,66
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00	Cuenta	19,00

En la Tabla 68 se muestran los valores obtenidos en el análisis descriptivo según Tipo de contrato temporal. Como se puede observar las duraciones medias son muy parecidas, mostrando mayor variabilidad en los contratos temporales a tiempo completo.

Tabla 68. Duración media IT. Contratos temporales

Temporal tiempo completo		Temporal tiempo parcial	
Media	35,35	Media	33,27
Error típico	2,30	Error típico	2,15
Mediana	36,71	Mediana	33,02
Desviación estándar	10,02	Desviación estándar	9,37
Varianza de la muestra	100,31	Varianza de la muestra	87,87
Curtosis	-1,07	Curtosis	-0,25
Coefficiente de asimetría	-0,25	Coefficiente de asimetría	0,40
Rango	33,21	Rango	31,48
Mínimo	16,77	Mínimo	19,67
Máximo	49,98	Máximo	51,15
Suma	671,62	Suma	632,04
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00

El análisis estadístico muestra que no hay diferencias en la Duración media ni para los contratos a tiempo completo, ni en el caso de los contratos a tiempo parcial, si bien no tiene significación estadística (Tablas 69 y 70).

Tabla 69. Test de Fisher. Duración media IT. Tipo de contrato tiempo completo

	<i>Indefinido tiempo completo</i>	<i>Temporal tiempo completo</i>
Media	44,5994334	35,3482993
Varianza	123,758413	100,305907
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	1,23380982	
P(F<=f) una cola	0,33027211	
Valor crítico para F (una cola)	2,21719713	

Tabla 70. Test de Fisher. Duración media. Tipo de contrato tiempo parcial

	<i>Indefinido tiempo parcial</i>	<i>Temporal tiempo parcial</i>
Media	46,4181166	33,2650699
Varianza	116,180139	87,8744186
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	1,32211559	
P(F<=f) una cola	0,27986395	
Valor crítico para F (una cola)	2,21719713	

Coste medio diario

En relación con el coste medio por día de la IT entre hombres y mujeres encontramos los siguientes datos descriptivos que se describen en la Tabla 71.

Presentan una distribución muy homogénea los dos grupos con poca variabilidad (H= 3,63 SD; M=3,01 SD), situándose los valores muy próximos a la media en todos los grupos.

Tabla 71. Coste en IT hombre vs mujer

Coste hombre		Coste mujer	
Media	29,68	Media	25,83
Error típico	0,83	Error típico	0,69
Mediana	29,69	Mediana	25,62
Desviación estándar	3,63	Desviación estándar	3,01
Varianza de la muestra	13,21	Varianza de la muestra	9,07
Curtosis	0,42	Curtosis	0,44
Coefficiente de asimetría	0,96	Coefficiente de asimetría	0,88
Rango	12,64	Rango	11,06
Mínimo	25,29	Mínimo	21,46
Máximo	37,93	Máximo	32,52
Suma	563,94	Suma	490,79
Cuenta	19,00	Cuenta	19,00

Como muestra el estadístico F de Fisher-Snedecor NO hay diferencias entre ambos grupos (Tabla 72).

Tabla 72. Test de Fisher. Coste medio IT. Género

	<i>Coste hombre</i>	<i>Coste mujer</i>
Media	29,6808587	25,8313009
Varianza	13,2125903	9,06706309
Observaciones	19	19
Grados de libertad	18	18
F	1,45720728	
P(F<=f) una cola	0,21609871	
Valor crítico para F (una cola)	2,21719713	

4.4. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio de investigación ponen de manifiesto algunos hallazgos relacionados con la incapacidad temporal en España que describen la situación justo antes de la pandemia por el virus SARS-CoV-2 y permiten tener una visión general de la IT, pormenorizada entre las diferentes regiones españolas (Comunidades y Ciudades Autónomas).

Estos resultados en algunos casos ratifican datos encontrados en otros estudios relacionados con la incapacidad temporal en España o en otros países, pero otros muchos resultados son hallazgos originales y hasta donde alcanza nuestro conocimiento no se han podido contrastar los mismos con otros estudios por carecer de estudios comparables, pero revelan diferencias y semejanzas entre la IT en las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas y relación entre diversos factores y la IT en España en 2019, como a continuación se expone.

Se utilizan en el texto indistintamente las palabras Comunidad Autónoma, CCAA, Ciudad Autónoma y Comunidad o región, pero hacen siempre referencia a lo mismo, a la división en 17 Comunidades Autónomas y las dos Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, y su uso indistinto responde simplemente a la finalidad de hacer más dinámica la lectura.

De la misma forma, se han ilustrado algunos apartados de la discusión con un “recorte” de la tabla o gráfico correspondiente, con objeto de hacer menos tedioso este apartado y que el lector pueda fácilmente ubicar la tabla o gráfico del que son origen, pudiendo encontrarlos de manera cómoda, ya que se referencia el número y la página en la que se encuentra. Así mismo, también se han elaborado algunos mapas que enriquecen de forma gráfica el contenido del que se habla.

4.4.1. Metodología y estudios estadísticos

Las fuentes estadísticas que se han usado para la realización de este trabajo están todas basadas en datos agregados, tanto las correspondientes a los procesos de incapacidad temporal, como las que han permitido el análisis de otras variables a nivel social y económico. Esto significa que los hallazgos no pueden individualizarse, que representan a toda una población y los resultados encontrados no se pueden extrapolar a nivel particular.

En todos los resultados no se ha realizado un examen estadístico analítico, ya que con la estadística descriptiva o simplemente con los datos expuestos en las tablas y gráficos, hay información suficiente para ver las diferencias que puedan apoyar o ratificar la hipótesis de trabajo. Además, al ser un estudio de toda la población (la muestra son todos los procesos de IT correspondientes al año 2019) no es necesario inferir los resultados a la población general, puesto que, la muestra y la población prácticamente coinciden, salvando las limitaciones que se han expuesto en el apartado de metodología. De ahí, que no encontrar a veces en los resultados significación estadística, pierda importancia en este estudio y no se considera esencial para poder extraer las conclusiones.

Los datos se refieren al año 2019 y al ser un estudio descriptivo y transversal, no se puede establecer una relación causal entre los hallazgos encontrados. Podemos ver si hay una asociación entre distintas variables, pero no si una variable determina o influye en el comportamiento de la otra.

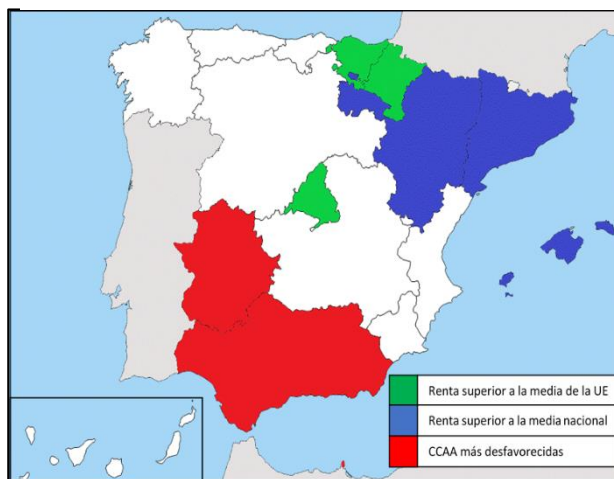
4.4.2. Resultados socioeconómicos

En primer lugar, se ha hecho una descripción de los principales datos socioeconómicos a nivel nacional, para situar el contexto de las diferencias que existen entre las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas que integran España.

En España, existe una marcada diferencia entre unas Comunidades y otras con respecto al PIB per cápita o **renta per cápita**, lo cual nos informa sobre la riqueza de cada Comunidad⁽³⁵³⁾ (Gráfico1, pág. 130).

Solo tres CCAA superan en el PIB per cápita la media de la Unión Europea (UE-27= 31.160 euros) que coincide con las tres

Ilustración 21. Mapa 4. PIB de algunas CCAA. 2019



Comunidades que presentan un mayor PIB per cápita, es decir, Madrid, País Vasco y la Comunidad Foral de Navarra⁽³⁶⁶⁾.

Siete CCAA se sitúan por encima de la media nacional (26.426 euros), en la misma línea que el año anterior, si bien el crecimiento interanual

entre ellas ha sido diferente. Igual ocurre con las más desfavorecidas, que siguen siendo las mismas que el año anterior (Melilla, Extremadura y Andalucía)⁽³⁵³⁾.

Cuanto más alto es el nivel de renta de una determinada región, más alta es la incidencia de la IT, y menor su duración media (Tabla 35, pág.235). Estos hallazgos son congruentes con los hallazgos encontrados en estudios multicéntricos realizados en Europa, en los que se observa que los países con una renta per cápita más alta, tienen en general altas tasas de incidencia de la IT y una duración menor⁽¹²¹⁾, si bien, esta conclusión hay que matizarla, ya que, en general, los países con mejores niveles de renta, también tienen un mayor nivel de prestación social, con mejores tasas de reemplazo económico en la prestación por IT y una baja tasa de desempleo^(121,150,329). Lo importante de este trabajo es que pone de manifiesto que, a igualdad de sistema legal, de prestaciones por IT, con las mismas tasas de reemplazo y las mismas penalizaciones por IT, cuanto mayor es la renta per cápita, más incidencia de IT hay en esas CCAA, como se observa en Navarra, Cataluña y País Vasco. Sin embargo, esta relación no se encuentra en la CCAA de Madrid. Sería interesante realizar estudios que profundizaran en esta relación.

Respecto a las **tasas de empleo** por CCAA nos informa sobre el porcentaje de población ocupada, entre el total de población en edad laboral y es un indicador del mercado de trabajo y de las oportunidades de empleo que tienen los trabajadores en cada CCAA⁽³⁵³⁾. Como se puede observar las tasas de empleo en España superan el 40% en todas las CCAA, pero no alcanzan el 60% en ninguna de ellas, muy lejos de la media de la UE-27 que alcanzó en 2019 el 73%, si bien la disparidad entre los distintos países es muy elevada y aún no se ha conseguido el objetivo propuesto por la Unión Europea del 75%⁽³⁶⁷⁾ para 2020 (*Gráfico 2, pág.131*). Como se puede comprobar en estas estadísticas europeas, la tasa de empleo en España es una de las más bajas de toda la UE-27, junto con Italia, Grecia y Croacia, si bien la sitúan en un 68% en España en 2019, superior a la obtenida en este estudio. Este hecho es debido a que en estas estadísticas europeas la población que han analizado es la comprendida entre los tramos de edad de 20 a 64 años, y como se puede ver en la Tabla 5, las tasas de empleo más bajas en España se encuentran entre los jóvenes de 16 a 19 años⁽³⁶⁷⁾.

En el apartado, **ocupados por edad y género**, podemos ver la brecha laboral que existe en España, que sigue los mismos patrones de conducta que el resto de la Unión Europea, es decir, la proporción de hombres ocupados es mayor en todos los países que la de mujeres, si bien la tendencia en el tiempo es a disminuir esa brecha de género^(353,367) (*Tabla 1, pág. 132*).

De igual forma se ha querido destacar las diferencias entre las distintas Comunidades con respecto a las **tasas de desempleo o paro**. Esta tasa nos informa del total de población desocupada en relación con la población activa⁽³⁶⁰⁾. También en este dato se encuentran diferencias importantes entre las distintas Comunidades en España. Estos resultados coinciden con los datos publicados a nivel nacional^(353,368) (*Gráfico 3, pág. 133*).

Es importante destacar que en todas las CCAA la mayor proporción en tasa de desempleo se encuentra entre las mujeres, más acusada aún, en aquellas Comunidades en las que la tasa de paro es mayor. El mayor desempleo en la mujer, hace que entre en un mayor riesgo de vulnerabilidad y de exclusión social, más acusado que en los

hombres, como destacan algunos informes a nivel nacional⁽³⁶⁹⁾ e internacional⁽³⁷⁰⁾.

Estos resultados coinciden con los informes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que indican que en promedio y a escala mundial, las mujeres tienen menos probabilidades de participar en el mercado de trabajo que los hombres⁽³⁷⁰⁾.

En este estudio se encuentra una correlación negativa en relación con la incidencia y el desempleo, es decir, en las regiones en las que el desempleo es más elevado, la incidencia en la IT es más baja (*Tabla 36, pág.236*). El hecho de encontrar una correlación inversa entre estas dos variables, va en línea con lo hallado en otros estudios, que indican que en épocas de crisis económica, cuando los niveles de desempleo aumentan, disminuye la IT, tanto en estudios realizados en nuestro país⁽³³⁰⁾, como en otros países de nuestro entorno^(328,329,371) atribuyendo este hecho al efecto de la disciplina, es decir, que cuando el empleo escasea, las personas se esfuerzan en conservar el suyo⁽³²⁸⁻³³⁰⁾, que incluso las puede llevar a situaciones de presentismo⁽³⁷²⁾, aunque también puede ser producida por el llamado efecto de la selección, es decir, los trabajadores que conservan su trabajo, son los que mejores condiciones de salud presentan^(330,331), entre otros motivos. Además, en algunos de estos estudios realizados en España, observando las tasas de IT en los años previos a la crisis económica de 2008, se ve que cuando aumenta el desempleo, que ocurre ya bien avanzado el año 2008, es cuando comienzan a descender las tasas de IT⁽¹²⁾, siguiendo el descenso hasta 2010, donde aún eran mayores las tasas de desempleo, reforzando nuestros hallazgos.

Se encuentra una correlación positiva con la duración media, es decir, las incapacidades temporales son más largas en aquellas CCAA en las que la tasa de desempleo es mayor. Estos hallazgos se correlacionan con otros estudios realizados en nuestro país, en los que encuentran un aumento en la duración de la IT en los años de la pasada crisis económica, pero más acusado en hombres, que en mujeres, atribuyéndolo a varias razones, entre ellas a un aumento de las enfermedades oncológicas y psíquicas, durante la época de crisis económica, siendo más acusadas en hombres⁽³²³⁾. Otras posibles explicaciones a la duración más larga de la IT en estas CCAA con

altas tasas de desempleo, se pueden encontrar en que el trabajador cuando prevé que va a ser despedido o sabe que finaliza su contrato, puede optar antes a la percepción de la prestación económica por IT que suele ser más beneficiosa que las prestaciones por desempleo, como se ha comprobado en otros estudios⁽³²⁹⁾ e intentar prolongarla lo máximo que pueda, siendo la IT un refugio ante la precaria situación de verse en el paro y con escasas posibilidades de encontrar trabajo⁽¹⁰⁵⁾. Además, el desempleo *per se* es un factor de riesgo para aumento de adicciones, suicidio, trastornos depresivos, alteraciones de la conducta, etc. que pueden agravar el riesgo de enfermar y por tanto el riesgo de IT y de alargar la duración de la IT en caso de comorbilidades asociadas^(70,72,75,76,373).

En relación con los trabajadores protegidos por el sistema de Seguridad Social, la proporción de trabajadores, por **cuenta ajena** es mucho más elevada que por **cuenta propia** o autónomos, con unas cifras que difieren poco entre las distintas CCAA. No se ha querido reflejar el porcentaje de cada régimen especial de la Seguridad Social desglosado porque en la literatura relacionada con la incapacidad laboral, la diferencia se establece fundamentalmente entre asalariados y autónomos, por lo cual no se iba a poder comparar si se realizaba un estudio desglosado por cada uno de los regímenes de Seguridad Social, actualmente vigentes en España⁽¹³⁶⁻¹³⁸⁾ (*Gráfico 4, pág. 134*).

El análisis de las **bases de cotización**, informa sobre las diferencias que existen entre los distintos trabajadores y también entre las distintas CCAA, sobre todo en los salarios que perciben, ya que la forma de cálculo de las mismas está establecida por ley y se utilizan las mismas normas en toda España^(12,30).

Las bases de cotización más elevadas se encuentran en todas las CCAA en los hombres, lo que refuerza la brecha salarial de género que existe en nuestro país⁽³⁷⁴⁻³⁷⁶⁾. En algunos estudios realizados se ha visto la relación entre las bajas cotizaciones a la Seguridad Social y la mayor incidencia y reincidencia de la IT, lo cual también influye en las diferencias encontradas en las distintas CCAA^(12,30) (*Tabla 2, pág. 135*).

Los hallazgos de este estudio permiten decir que hay una correlación negativa entre la duración de la IT y bases de cotización, es decir la

IT es más corta en las categorías laborales más altas y mejor remuneradas, en línea con otros estudios^(12,30) (Tabla 37, pág. 236).

4.4.3. Resultados sanitarios

España es el vigésimo país del mundo con mayor densidad de médicos, con 3,9 facultativos por cada 1.000 habitantes, según los resultados del Informe anual de estadísticas sanitarias 2018, publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Por delante de España se sitúan países del entorno europeo como Grecia, con una ratio de 6,3 médicos por cada 1.000 habitantes; Portugal (4,4); Alemania (4,2) o Italia (4)⁽³⁷⁷⁾. Los resultados ponen de manifiesto diferencias en el número de médicos colegiados en las distintas CCAA (Gráfico 5, pág. 137).

Cuando se estudia la relación de la **tasa de colegiación** y su posible relación con la IT encontramos que en aquellas CCAA donde hay

	Incidencia	Prevalencia	Duración media
Incidencia	1		
Prevalencia	-0,15570	1	
Duración media	-0,78216	0,69265	1
Colegiados	0,36894	-0,07986	-0,31337

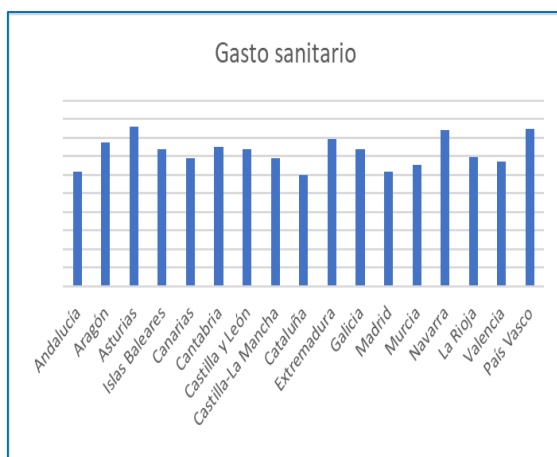
mayor densidad de médicos por habitante, la incidencia de la IT también es más elevada, con una fuerza de asociación de

moderada. En cambio, la duración media es menor en las CCAA que tienen mayor número de colegiados (Tabla 39, pág. 237).

A priori los hallazgos de este estudio llaman la atención, si bien coinciden con los resultados publicados a nivel internacional, ya que aquellos países que tienen una mayor densidad de médicos, son también los que muestran unos niveles más altos de IT, como ocurre con la IT a nivel europeo y el aumento de la misma en función del gradiente sur-norte, es decir, los países del norte de Europa (Finlandia, Noruega, Suecia y Reino Unido, por ejemplo), muestran cifras más altas de IT desde siempre y este hecho coincide con una mayor tasa de médicos, si bien, las razones que se argumentan para este mayor incremento, son fundamentalmente la generosidad de su sistema de prestación social, como se pone de manifiesto en varios estudios^(105,371). Sin embargo, otros autores cuestionan esta posible

asociación entre prestaciones más generosas de los sistemas de protección social y mayores tasas de IT a nivel europeo y han encontrado resultados contradictorios: han observado que efectivamente los países con mayores prestaciones, como Finlandia, Noruega, Suecia o los Países Bajos, tienen mayor prevalencia de IT, y viceversa, con los países con menores prestaciones. Sin embargo, cuando se excluyen del estudio comparativo entre países a los países anteriormente nombrados, se observa que no se puede atribuir las diferencias encontradas, solo a la existencia de prestaciones muy generosas, sino que debe haber otros factores que influyen y que están poco estudiados. Estos autores hablan del papel de lo que ellos denominan “porteros del sistema de acceso a la IT”, es decir, los médicos o funcionarios que prescriben la IT y cuyo papel está poco estudiado⁽³⁴¹⁾.

Según la literatura consultada, la mayor frecuentación, sobre todo en Atención Primaria, tanto esporádica, como persistente aumenta el riesgo y la duración de la IT⁽²⁴⁴⁾ y se ha comprobado que si existe una mayor accesibilidad para poder visitar un médico, la frecuentación también aumenta⁽³⁷⁸⁾. En general, lo que se analiza es la actitud del médico y otros profesionales de la salud, sobre todo los de Atención



Primaria y su influencia tanto en la incidencia, como en la duración de la IT y la importancia que adquiere estos, en la gestión de dicha prestación^(245,246).

En relación con los **recursos sanitarios** (Tabla 3, pág. 138) vemos, que en aquellas CCAA que tienen un gasto sanitario per cápita

más alto, la incidencia y la prevalencia, son más elevadas y esto puede ir en la línea de lo anteriormente comentado, de que a mayor inversión en Estado de bienestar, mayor aumento de la IT en los países europeos^(341,371,379). De todas formas, este dato hay que tomarlo con precaución y valorarlo adecuadamente en su contexto, puesto que si bien es cierto que el análisis estadístico muestra una asociación entre gasto sanitario y la IT, no se puede afirmar, por el

diseño de este estudio, que a mayor gasto sanitario, los indicadores de la IT aumentan, precisamente porque hay mayor número de trabajadores en IT, el gasto sanitario puede ser más elevado. Se puede decir que hay asociación entre estas dos variables, pero lo que no podemos afirmar cuál es la causa y cuál es la consecuencia.

Son interesantes los resultados obtenidos en relación con la tasa de médicos de Atención Primaria o de Atención Especializada (Tabla 40, pág.238).

	<i>Incidencia</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>Duración media</i>	<i>Gasto sanitario</i>
Incidencia	1			
Prevalencia	-0,156	1		
Duración media	-0,782	0,693	1	
Gasto sanitario	0,138	0,366	0,120	1
Médicos Primaria	-0,113	0,159	0,161	0,041
Médicos Especializada	0,624	-0,016	-0,471	0,677

El aumento de la incidencia está relacionado con el mayor número de médicos de Atención Especializada con una asociación moderada-fuerte. El mayor porcentaje de estos médicos, se relaciona también con una menor duración de la IT, lo cual parece lógico, ya que muchas de las causas de prolongación indebida de la IT se corresponde con los llamados “tiempos muertos”, los que se pierden en la demora para las exploraciones complementarias, consultas con especialistas médicos o antes de la realización de un determinado tratamiento (cirugía, rehabilitación,...)⁽¹⁰⁵⁾ y si hay mayor número de estos especialistas lo esperable es un acortamiento de estas esperas.

A pesar de que el médico de Atención Primaria es uno de los agentes principales en la gestión de la IT, su número no parece tener una relación clara con la incidencia, prevalencia o duración media (asociación débil) de esta. Son muchos los autores que postulan por la importancia de estos en la gestión de la IT y su influencia tanto en la disminución de la incidencia, en la prolongación de la IT y el pronóstico de la misma (predecir cuándo el paciente se va a incorporar al trabajo)^(105,342,343), si bien otros autores tienen claro, que el mejor predictor de la duración de una IT es el propio paciente⁽³⁸⁰⁾.

El ranking de la **calidad del sistema sanitario público** realizado cada año por la Federación de Asociaciones en Defensa de la Salud

Ilustración 22. Mapa 5. Ranking sobre la calidad del SPS.



Pública⁽³⁵⁷⁾, pone de manifiesto grandes diferencias entre CCAA (desde Canarias 56 a Navarra 102 puntos) (Tabla 4, pág. 139).

En este estudio se evidencia que en aquellas CCAA que presentan unos

índices más altos de calidad de su SPS, la duración media de la IT es más corta y la incidencia es más alta. Deberían hacerse estudios más exhaustivos que analizaran este tema, puesto que hay pocos trabajos de investigación en la literatura nacional o internacional que indaguen en este hecho. Destaca el estudio de Whitehall II que analizaba la IT pero como un indicador de salud deficitaria en una determinada zona⁽³¹¹⁾ y ese estudio manifiesta que la IT tiene una duración mayor, cuando existe un peor funcionamiento de su sistema sanitario (Tabla 41, pág. 239).

Otros autores consideran que la IT puede concebirse como un indicador tanto del resultado de la atención sanitaria, indicador de calidad de vida e indicador de gestión, tanto en la macrogestión (política sanitaria), como en la mesogestión (gestión de centros sanitarios) y microgestión sanitaria (gestión clínica)⁽⁵⁷⁾ y los resultados de este estudio refuerzan esta hipótesis.

La **percepción del estado de salud** muestra en este estudio una percepción más positiva en los trabajadores más jóvenes, sobre todo en los hombres (Gráfico 6 y Tabla 5, pág. 140). Los datos que se muestran coinciden con otras estadísticas realizadas y sitúan a España por encima de la media de los países europeos, en cuanto a la percepción buena o muy buena. En casi todos los países la percepción del estado de salud es más positiva en los hombres, que en las mujeres⁽³⁸¹⁾.

Si se compara esta percepción del estado de salud con la tasa de trabajadores en IT por tramos de edad, vemos que existe una clara contradicción en esto, ya que los trabajadores más jóvenes que son los que muestran una mejor percepción de su salud, presentan una

tasa mucho más alta de IT, mientras que los trabajadores mayores de 65 años muestran unas tasas de IT muy bajas y una percepción más negativa de su estado de salud. Este paradójico hecho ocurre en otros países y se han buscado varias explicaciones posibles. En primer lugar, las encuestas sobre la percepción del estado de salud se realizan a la población general⁽¹⁵⁵⁾, no solo a la población trabajadora y como vemos en este estudio la proporción de trabajadores mayores de 65 años en España es muy pequeña y posiblemente los que prolongan su vida laboral más allá de la edad de jubilación, sean los más sanos⁽³⁵⁶⁾. Por ese mismo motivo, la población joven que trabaja en España, también es un porcentaje pequeño con respecto al resto de los de su edad y posiblemente los jóvenes que trabajan puede ser que tengan que hacerlo por motivos económicos, incluso simultaneando trabajo y estudios, con contratos más precarios, con alta tasa de temporalidad y en peores condiciones laborales que repercutan negativamente en su estado de salud^(2,30,382).

Como se puede ver al relacionar la percepción del estado de salud con la tasa de empleo de la CCAA, vemos que existe una asociación positiva entre aquellas Comunidades que muestran una mayor tasa de empleo y perciben su salud como “Muy buena”, lo cual va en la línea de los efectos positivos derivados del trabajo⁽⁶⁸⁾ y en línea con los resultados de estudios que indican que el empleo protege, tanto a hombres como mujeres, de una muerte prematura y los trabajadores que están empleados continuamente tienen una mejor salud⁽⁷⁴⁾.

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Incidencia
Incidencia	0,073	-0,134	-0,040	0,124	0,535	1
Tasa empleo	0,550	-0,588	-0,375	0,014	0,285	0,577

Como muestran los resultados de este estudio existe una asociación entre percepción de estado de salud como “Muy malo” y una alta incidencia de IT en esas CCAA. Existen estudios que ponen de manifiesto que a medida que aumenta la carga de enfermedad se produce un aumento progresivo en la percepción negativa de la salud, destacando en estos estudios que un 27% de personas manifestaron tener “Buena salud” a pesar de padecer 2 o más enfermedades

crónicas mayores⁽³⁸³⁾, lo cual puede explicar parte de los hallazgos de este estudio (Tabla 42, pág. 239).

4.4.4. Ocupación y actividad laboral

Al analizar la distribución por **grupos ocupacionales** de los trabajadores en España se confirma el hecho de la existencia de un mercado laboral segregado, tanto de forma horizontal, ya que la proporción de hombres y mujeres es distinta según el grupo ocupacional (“Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras y la construcción” donde el grupo de hombres multiplican por casi 10 a las mujeres o el grupo “Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero” donde los porcentajes de mujeres son casi inexistentes) y segregación vertical, ya que la proporción de hombres es el doble en el grupo “Directores y gerentes” y hay mayor proporción de mujeres en el grupo “Ocupaciones elementales” (Tabla 6, pág. 142). Todas estas condiciones colocan a las mujeres en una posición más precaria que los hombres^(384,385). Estos datos se refuerzan al analizar las bases de cotización entre ambos géneros, que son más elevadas en el grupo de hombres y estas bases indican un mejor salario, situación jerárquica más alta y mayor nivel educacional⁽³⁰⁾.

En el estudio realizado también encontramos diferencias con respecto a las **actividades económicas** realizadas en cada CCAA. Las diferencias entre ellas son importantes y reflejan la principal actividad económica que se realiza en cada CCAA, en línea con lo recogido en informes previos⁽³⁸⁶⁾ (Anexo 1, pág. 355).

Como se puede observar los resultados muestran que las principales actividades económicas en España corresponde a los epígrafes “Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas”, “Industria manufacturera”, “Hostelería”, “Actividades sanitarias y servicios sociales” y “Administración Pública y defensa” en línea con otros trabajos de investigación^(353,368) (Tabla 7, pág. 143) (Tabla 8, pág. 145).

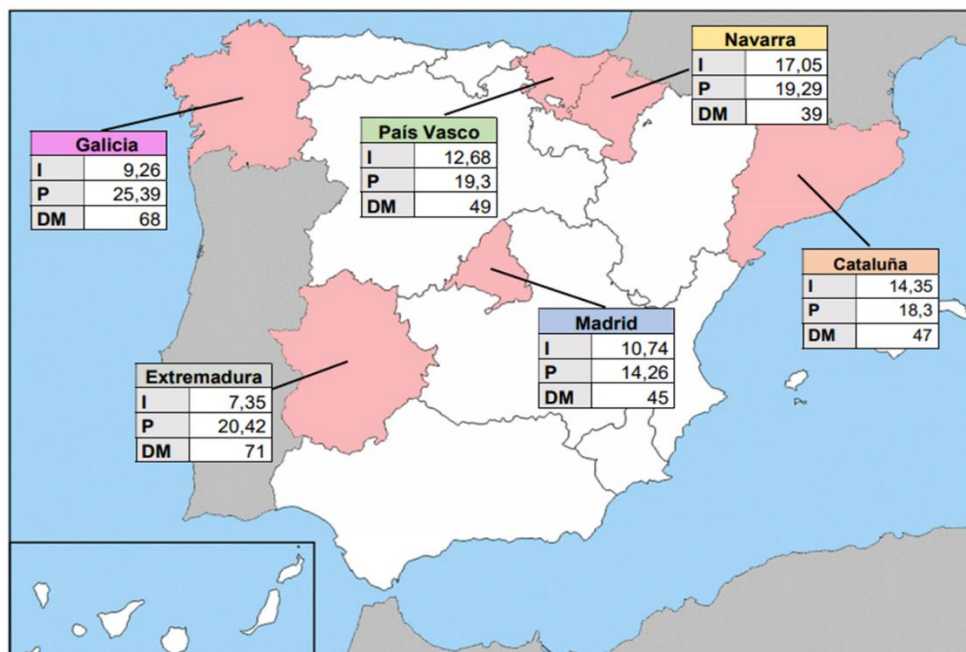
En relación con los salarios que se percibieron en España por actividad económica, destacan las grandes diferencias entre las

distintas actividades. Aventajan las actividades financieras y de seguros, que triplican el salario de las actividades de los hogares como empleadores, que no alcanzan los 900 euros. Los sueldos medios más altos se obtuvieron en el País Vasco, Navarra y Madrid, en tanto que Extremadura, Canarias y Andalucía registraron los más bajos⁽³⁸⁷⁾ que como se puede observar, guarda estrecha relación con las bases de cotización anteriormente comentadas (Gráfico 7, pág. 146).

4.4.5. Incidencia, prevalencia y duración media

La **incidencia media** de IT más alta en 2019, se halla en Navarra y en Cataluña, que coincide con otros trabajos de investigación realizados en nuestro país^(2,30) en años anteriores. No se puede saber la causa o causas de esta mayor incidencia en estas CCAA dado el diseño transversal de este estudio. En este estudio lo que se observa es que Navarra es la Comunidad Autónoma que tiene una mejor calidad en su sistema sanitario, y la correlación que existe entre mejor calidad del sistema sanitario y mayor tasa de incidencia. Sin embargo, este hecho no ocurre en Cataluña, que se encuentra entre las cuatro CCAA con peor calidad de su SPS. Tanto Navarra, como Cataluña poseen una alta tasa de médicos, sobre todo de médicos de atención especializada y su asociación con mayores índices de incidencia en esas CCAA, aunque como se viene defendiendo en esta tesis, no existe un único factor explicativo de la IT, por lo que atribuir este hecho a solo ese factor sería un error. Es posible que también intervenga la industrialización de la zona, como ya señalan otros autores que también encuentran un incidencia más alta y mayores índices de absentismo en Navarra, País Vasco y Cataluña y lo relacionan con este hecho^(12,388) (Gráfico 8, pág. 148)(Ilustración 18, pág. 149).

Ilustración 23. Mapa 6. Incidencia (I), prevalencia (P) y duración media (DM) en algunas CCAA. 2019



En este estudio también se puede observar que Navarra y Cataluña, se encuentran en los primeros puestos en renta per cápita a nivel nacional (tercero y cuarto respectivamente) y una baja tasa de paro. Estos hallazgos coinciden con los resultados de otros estudios en los que se describe una correlación positiva entre el nivel de riqueza de una determinada zona y una mayor incidencia de la IT^(121,312) y un aumento de la incidencia, cuando el nivel de desempleo es más bajo^(150,330,331,333).

En relación con la **prevalencia media** los resultados son más uniformes en todas las CCAA y destaca el hecho de que la prevalencia más elevada la encontramos en Galicia y la más baja en Madrid. En la prevalencia influyen dos aspectos fundamentales: por un lado, la incidencia y por otro la duración media de la IT. Así, Galicia tiene una duración media muy elevada de la IT, la segunda de todo el país. En Galicia destaca el hecho, de que el mayor porcentaje de trabajadores son mujeres, duplicando a los hombres en muchísimas ocupaciones, como ocurre en los trabajadores de los servicios de restauración, personales, de protección y vendedores, empleados administrativos y en las ocupaciones elementales y como más adelante se describe, las

tasas más altas de IT se encuentran en la mujer. Galicia además tiene una de las rentas per cápita más bajas de España, y este hecho hemos visto que se correlaciona de forma inversa con la prevalencia, por lo que es esperable que la prevalencia sea alta en zonas más empobrecidas, en línea con otros estudios⁽⁸⁷⁾.

En la Comunidad de Madrid, la baja prevalencia se ve influida por el hecho de ser una de las Comunidades con más baja incidencia en IT de toda España, unido a una menor duración media. Estos datos se corroboran en otros estudios previos^(2,12,30,389).

En el análisis de la **duración media** de la IT se encuentran diferencias significativas entre unas y otras Comunidades, correspondiendo las duraciones más cortas a Navarra, Madrid, La Rioja, Cataluña y País Vasco. Las razones de estos hallazgos pueden estar relacionadas con el hecho de ser CCAA con la mayor renta per cápita de todo el país, unido a bajas tasas de paro, que podrían explicar parte de estos hallazgos. Además, son Comunidades que tienen alta densidad de médicos, sobre todo de atención especializada, que como se ha descrito, se correlacionan con una menor duración media de la IT.

En cambio, las duraciones más largas se encuentran en Extremadura, Galicia, Asturias, Cantabria y Ceuta, que coinciden con ser CCAA con baja renta per cápita, pero su posible relación con altas tasas de desempleo, no puede ser demostrada en todas estas Comunidades.

Como anteriormente se ha descrito la duración media tiene una asociación inversa con la calidad del sistema de salud, es decir, a mayor calidad, menor duración de la IT, lo cual se ratifica en Navarra, País Vasco y Aragón, no así en Asturias y sería interesante profundizar más en este tema (*Tabla 41, pág. 239*).

4.4.6. Género y edad

Con respecto a los resultados obtenidos en relación con el **género**, los hallazgos refuerzan los resultados de otros trabajos en este sentido^{2,31,141,393-395}, encontrando una mayor tasa y una duración más larga de la IT en la mujer, si bien en este estudio los resultados indican que no hay diferencias significativas estadísticamente en las tasas de

	Duración hombre	Duración mujer
Observaciones	70,8675658	74,0927632
Grados de libertad	115,691279	121,546026
F	19	19
P(F<=f) una cola	0,95183103	18
Valor crítico para F (una cola)	0,45887199	0,45101989

IT entre hombres y mujeres en 2019, pero sí existen diferencias en las duraciones medias entre ambos grupos (Tabla 46, pág. 242). Lo más interesante de este estudio es

que la duración media de la IT entre los hombres y mujeres españolas en 2019 muestra un descenso del gap de género e incluso en algunas CCAA (Asturias y Melilla), la duración media de la IT del hombre es mayor que la de la mujer, y en otras la diferencia es de solo 1 día de media más de la mujer con respecto al hombre (Baleares, Madrid y Navarra) (Gráfico 9, pág.151) (Gráfico 10, pág.154)

La incidencia y duración media más alta en la mujer con respecto al hombre se atribuye a múltiples causas.

La mayoría de los autores coinciden en la doble carga que la mujer sobrelleva durante los años laborales, por su rol tradicional de género^(257–259), e incluso triple si le añadimos al trabajo remunerado, el trabajo doméstico y la mayor prevalencia de enfermedades musculoesqueléticas, digestivas y psíquicas crónicas en la mujer⁽²³⁷⁾. Otros autores también lo relacionan con las bajas ocasionadas por el embarazo⁽³⁹³⁾, la crianza de los hijos⁽³⁹⁴⁾, las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, incluida la menstruación⁽²⁶⁷⁾, la morbilidad diferencial que existe entre ambos grupos⁽²⁶¹⁾ e incluso lo relacionan con la mayor frecuentación de la mujer al médico⁽³⁹⁵⁾.

Otros autores relacionan estas diferencias en la IT por género con la segregación vertical y horizontal existente en la mayoría de los países^(262,263) o con la concepción cultural y diferente rol del hombre y la mujer en la sociedad y en el trabajo^(264–266).

Cuando se analiza la relación de la IT con la **edad** (Gráfico 11, pág.157)(Gráfico 12, pág.159), los hallazgos de este trabajo muestran una tasa de IT mayor en la población trabajadora más joven, tanto en hombres como en mujeres, comparativamente con los tramos de edad más avanzada, lo cual no coincide con otros estudios publicados, que exponen que al avanzar la edad aumenta la incidencia, la prevalencia y la duración de la IT^(238,249,250,356), excepto en los trabajadores mayores de 65 años o que prolongan el trabajo, más allá de la edad legal de jubilación^(250,356) (Gráfico 14, pág. 161).

El hecho de la alta tasa de IT tanto en hombres, como en mujeres jóvenes en España, sí coincide con otros estudios ^(2,356). Una posible explicación a este hallazgo de las altas tasas de IT en los grupos más jóvenes, puede ser que las tasas de empleo en los jóvenes son muy bajas y casi todos los jóvenes que trabajan, ocupan actividades de carga física importante, condiciones precarias y alta temporalidad^(396,397), trabajos rotativos y trabajos a tiempo parcial involuntario⁽³⁹⁸⁾, incluso simultaneando estudios con su actividad laboral, lo cual puede incidir negativamente en su salud^(2,30,382). Muchos jóvenes que trabajan o bien tienen una alta cualificación para el nivel de empleo que ocupan o presentan una carencia formativa, en mayor proporción que los adultos⁽³⁹⁹⁾, generando altas tasas de insatisfacción laboral⁽⁴⁰⁰⁾ que puede repercutir en su mayor demanda de IT⁽⁴⁰¹⁾. Solo el 33% de los jóvenes que trabajan reconoce sentirse satisfecho con su trabajo y un 20% no se encuentra nada satisfecho con el mismo⁽³⁹⁸⁾. Un 12% de los jóvenes considera la calidad del empleo, como una de los problemas prioritarios del trabajo en su grupo de edad⁽⁴⁰²⁾. Sin embargo, la satisfacción en general de los jóvenes es más alta entre los que trabajan, que entre aquellos que no consiguen un empleo, y más alta aún entre los que compatibilizan estudios y trabajo, y consideran el trabajo como un fin en sí mismo, independientemente de su carácter instrumental para conseguir dinero⁽³⁹⁸⁾.

Los jóvenes son los que tienen una mayor proporción de accidentabilidad^(109,403), de violencia, de prevalencia en el consumo de drogas ilegales y de embarazos no deseados^(404,405).

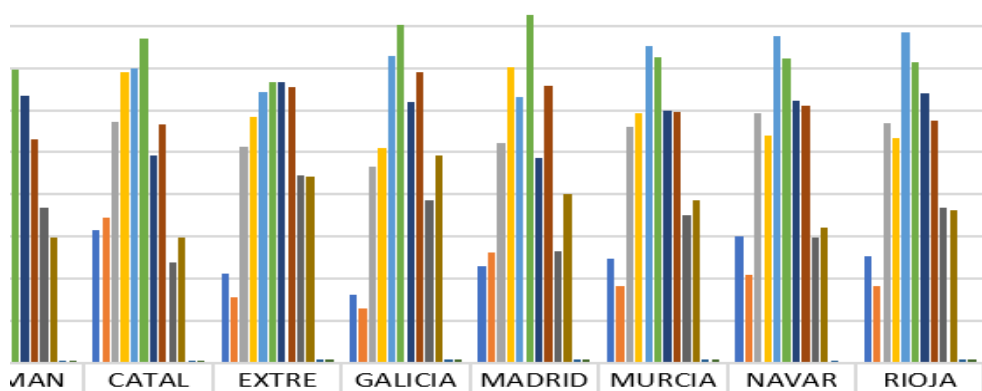
También puede influir en la alta incidencia de la IT en jóvenes, el hecho de la escasa proporción de jóvenes que pertenecen al sector de autónomos (sólo un 7,6 % del total de autónomos tienen menos de 30 años en 2019)⁽⁴⁰⁶⁾ y como demuestran los hallazgos de este estudio, los autónomos tienen una menor incidencia de la IT en todas las CCAA. Además, los jóvenes en España son los que peores salarios tienen con respecto al resto de trabajadores⁽⁴⁰⁷⁾ y como también se ha descrito anteriormente a menor salario, mayor probabilidad de IT.

Para otros autores, sin embargo, la mayor tasa e incidencia de la IT en jóvenes tiene relación con su cultura hacia el trabajo, su menor

compromiso con el mismo y su mayor permisibilidad o menor crítica hacia los compañeros que inician una IT o hacia la suya propia^(13,305).

Con respecto a los mayores de 65 años o que han superado la edad legal de jubilación y continúan trabajando, los datos de este estudio coinciden con otras publicaciones nacionales e internacionales^(2,30,150,250). La principal razón que se esgrime para este hecho es la selección natural, es decir posiblemente los trabajadores que prolongan su vida laboral son los más sanos^(2,356). Otras posibles razones son la gran proporción de autónomos mayores de 65 años, a los que económicamente no les interesa dejar su negocio, puesto que la pensión por jubilación es más baja (pasarían a ser mileurista) que las ganancias que obtienen⁽⁴⁰⁸⁾. También se ha comprobado que los trabajadores de mayor edad no suelen ocupar empleos a turnos o nocturnos, existe baja temporalidad en sus contratos de trabajo, tampoco tienen problemas de conciliación de la vida familiar y laboral y además muchos ocupan puestos de alta jerarquía en las grandes empresas y en organismos públicos⁽⁴⁰⁹⁾.

Al analizar la proporción de trabajadores en IT por cada grupo de edad, sí podemos ver, que en todas las CCAA, el mayor porcentaje de trabajadores en IT se concentra en los tramos de edad intermedios (*Gráfico 15, pág.163*). Esto se corresponde con lo que diversos autores denominan la distribución en U invertida de la IT, lo cual corresponde al mayor número de trabajadores protegidos a esas edades, tal y como demuestran estos estudios^(2,12,30) y no realmente a una mayor tasa de IT en esas edades, como demuestran los resultados de este trabajo.



Como se observa en este estudio la duración de la IT sí que aumenta en relación con la edad, tanto en hombres como en mujeres y este

hecho es así en todas las CCAA (Gráfico 12, pág. 159). Este resultado se observa en otros trabajos publicados^(2,30,145,150,410,411) y los argumentos que justifican esta mayor duración son múltiples: con la edad aumenta el número de enfermedades crónicas y la multimorbilidad, lo cual aumenta la duración de las bajas^(235,236,238–241); al aumentar la edad aumenta la proporción de contratos indefinidos y aumenta la antigüedad en la empresa, lo cual también aumenta la duración de la IT⁽¹⁵⁰⁾; en el régimen especial de autónomos la mayor proporción de afiliados, se concentra en los trabajadores de mayor edad (3 de cada 4 autónomos tienen más de 40 años, en 2019)⁽⁴¹²⁾, que tienen bajas con una duración mayor; en el caso de trabajadores asalariados que realizan su actividad en ocupaciones con mayores demandas físicas y condiciones laborales más desfavorables, al avanzar la edad hay una mayor acumulación de estas cargas que repercuten negativamente en la salud de estos trabajadores⁽⁴⁰⁹⁾; además la percepción del estado de salud es más negativa en los trabajadores de mayor edad y los problemas de salud, aunque sean leves, son más elevados en la mujer, con respecto al hombre y aumentan también con la edad⁽⁴¹³⁾ (Gráfico 16, pág. 165).

4.4.7. Resultados según afiliación del trabajador

Como se puede observar en el apartado de resultados de los datos obtenidos según el trabajador sea **asalariado o autónomo**, el dato que más impacta es la mayor incidencia de la IT en el trabajador asalariado, con respecto al autónomo (Gráfico 17, pág. 167).

CCAA	Duración media	
	Asalariados	Autónomos
País Vasco	45,84	100,9
País Vasco	38,06	82,33
País Vasco	55,03	104,68
País Vasco	35,48	93,06
País Vasco	46,45	98,2
País Vasco	47,85	102,22
País Vasco	49,54	101,7
País Vasco	47,6	105,64
País Vasco	27,46	84,34
País Vasco	71,32	124,82
País Vasco	63,11	108,18
País Vasco	32,07	77,63
País Vasco	49,22	100,78

En muchas CCAA duplica la incidencia la IT del asalariado, con respecto al autónomo, incluso en algunas la triplica (País Vasco, coincidente con la media nacional) y en Navarra y Cataluña, es 4 veces mayor (Tabla 9, pág. 168). Este resultado muestra una diferencia significativa estadísticamente (Tabla 50, pág. 248).

En las prevalencias medias, la diferencia es menor entre ambos grupos, si bien también son

significativas desde el punto de vista estadístico (Tabla 51, pág. 248).

Donde adquieren una gran relevancia las diferencias entre ambos grupos es en las duraciones medias, ya que aquí es en el grupo de trabajadores autónomos donde encontramos una duración mucho más larga, casi el doble de días del autónomo con respecto al asalariado (Tabla 47, pág. 247) (Tabla 52, pág. 248).

Estos datos concuerdan con otros estudios realizados en nuestro país^(2,30,143,324) y con otros estudios europeos^(121,150,321,325,414).

Los posibles motivos que explican la menor incidencia en autónomos son fundamentalmente económicos, ya que para los procesos banales el autónomo no inicia una IT, puesto que, la bajas de corta duración no las cobra y pierde ganancias, al no poder realizar su trabajo y además se arriesga a perder clientes si abandona con frecuencia su negocio. Esto explica también la mayor duración de las bajas, porque cuando inician un proceso de IT en muchos casos está motivada por la gravedad o severidad de la enfermedad que la origina^(30,415). Además, en muchos casos la mayor duración de la IT en el trabajador autónomo, guarda también relación con el cierre de su empresa o negocio y esto especialmente se ha visto en el caso de crisis económicas, donde hay un aumento de IT por enfermedades mentales, que como más adelante se analiza, producen IT más prolongadas⁽⁴¹⁶⁾.

4.4.8. Contingencias comunes vs profesionales

Entre contingencias comunes y contingencias profesionales, existen marcadas diferencias. Así la incidencia media, es mucho más alta en comunes que en profesionales, lo que influye también en la prevalencia, que también es mayor en las contingencias comunes y

	ANDAL	ARAG	ASTUR	BALEAR	CANAR	CANTAB	C.LEÓN
■ INCID COMÚN	15,32	18,73	15,67	16,83	18,94	18,42	14,92
■ INCID PROFES	3,48	3,00	3,06	4,48	2,86	2,84	2,96
■ PREVAL COMÚN	32,47	33,23	39,25	26,62	34,68	39,81	33,49
■ PREVAL PROFES	3,96	3,65	4,13	4,12	3,07	4,82	4,02
■ DURAC COMÚN	73,37	60,20	79,86	64,27	72,33	75,04	75,62
■ DURAC PROFES	38,61	40,59	47,82	32,22	40,64	50,88	43,37

en la duración media, que es más elevada en las contingencias comunes (en la mayoría de las CCAA casi duplica la duración a las contingencias profesionales). Estos datos coinciden con otros estudios publicados en nuestro país^(2,30,410,411) y con otros países de nuestro entorno⁽¹⁵⁰⁾ (*Gráfico 18, pág.170*).

Además, en este estudio se confirma que las diferencias entre incidencia, prevalencia y duración media entre las distintas contingencias, es significativa desde el punto de vista estadístico (*Tabla 54, pág.250 y Tablas 55 y 56, pág. 251*).

Es evidente que la incidencia y prevalencia de IT por contingencias profesionales sea mucho más baja, ya que solo abarcan aquellas enfermedades o accidentes que ocurren en el trabajo o en relación con el mismo, no la totalidad de patologías que puede tener un trabajador a lo largo de su vida laboral, como ocurre en las contingencias comunes y así se describió en el estudio descriptivo de la IT en 2018⁽²⁾.

Los motivos de la menor duración de estos procesos en las contingencias profesionales, sí requiere un análisis más detallado. Destaca en primer lugar la existencia de un tratamiento diferenciado en cuanto a la cobertura sanitaria se refiere. Es decir, en España muchos trabajadores, sobre todo los pertenecientes al sector privado, en el caso de tener un accidente laboral o una enfermedad profesional son diagnosticados, tratados y rehabilitados por una de las 19 MCSS. Esto se puede traducir en una menor lista de espera para pruebas diagnósticas y acceso a especialistas; una atención más personalizada a estos trabajadores, puesto que las Mutuas no atienden nada más que a los trabajadores cubiertos por ellas; una cirugía precoz y rehabilitación inmediata que garantiza una más precoz recuperación del paciente y en muchos casos disminuye las secuelas derivadas de estas contingencias^(2,30,63). Además, muchas de las enfermedades que producen duraciones más largas se encuentran en los capítulos diagnósticos de neoplasias, enfermedades circulatorias, trastornos mentales y síntomas y signos mal definidos, cuyo origen es casi siempre no profesional.

Otro hallazgo relevante de este trabajo es que los valores de la incidencia, prevalencia y duración media entre las distintas CCAA son menos acusadas en el caso de las contingencias profesionales, es decir, hay una mayor homogeneidad en los datos relativos a la IT por contingencias profesionales entre las distintas CCAA, como también se puede observar cuando se describen las tasas de IT por AT y EP entre las distintas Comunidades Autónomas. Este hecho puede ser debido a que la mayoría de las MCSS tienen implantación nacional, con unos criterios de actuación y protocolos en cada Mutua, muy similares entre unas y otras Comunidades. Además, comparten recursos nacionales y así garantizan una mayor equidad en el diagnóstico y tratamiento de los trabajadores protegidos por ellas, independientemente de la CCAA Autónoma en la que resida el trabajador, lo cual no ocurre en el caso de las patologías de etiología no profesional^(119,417,418).

A esto se añade que los accidentes y enfermedades muestran menos variabilidad que el resto de las otras patologías, con unos tratamientos más estandarizados y además la probabilidad de que ocurran guarda más relación con las características de cada actividad laboral y de los lugares de trabajo⁽⁴¹⁹⁾, que con otras variables individuales (por ej. carga genética, antecedentes familiares, factores y conductas de

Incidencia profesional		Prevalencia profesional		Duración profesional	
Media	3,21	Media	3,98	Media	41,69
Error típico	0,11	Error típico	0,15	Error típico	1,35
Mediana	3,06	Mediana	3,98	Mediana	40,64
Desviación estándar	0,47	Desviación estándar	0,64	Desviación estándar	5,87
Varianza de la muestra	0,22	Varianza de la muestra	0,41	Varianza de la muestra	34,47
Curtosis	1,76	Curtosis	0,73	Curtosis	-0,88
Coefficiente de asimetría	1,09	Coefficiente de asimetría	-0,11	Coefficiente de asimetría	0,38
Rango	1,96	Rango	2,63	Rango	19,36
Mínimo	2,52	Mínimo	2,53	Mínimo	32,22
Máximo	4,48	Máximo	5,16	Máximo	51,58

riesgo), incidencia y prevalencia de las enfermedades según zonas geográficas (norte-sur, clima, período estacional,...), factores socioeconómicos (pobreza, desempleo, nivel cultural, clase social) u otros factores epidemiológicos que forman parte de la etiopatogenia de las enfermedades y accidentes de origen no laboral, que

evidentemente son más diversas en cada región española y en cada paciente en particular⁽⁴²⁰⁻⁴²³⁾. (Tabla 53, pág. 250).

El mayor porcentaje de IT en cada CCAA corresponde a la Enfermedad Común, seguida del Accidente de Trabajo. La

Enfermedad Profesional representa un porcentaje muy pequeño del total de trabajadores en cada CCAA, pero lo más probable es que esté infrarrepresentada como así apuntan la mayoría de las estadísticas realizadas en nuestro país^(115,424) (Tabla 11, pág. 174).

Se observa en este estudio que la CCAA que más Accidentes de Trabajo tiene corresponde a las Islas Baleares, seguidas de Castilla-La Mancha y La Rioja (Gráfico 20, pág. 175). Estos datos coinciden con las estadísticas oficiales publicadas por el Ministerio de Trabajo en 2019, con pequeñas variaciones numéricas, posiblemente debidas a que en nuestros datos, los AT se refieren al número de casos de AT finalizados en 2019 y estas estadísticas hablan del número de AT que se inician (producen) en 2019 con baja⁽⁴²⁵⁾. De todas formas, ambos resultados coinciden en el ranking de AT por CCAA, correspondiendo a las Islas Baleares la mayor tasa de AT de todo el país, seguida de Castilla-La Mancha. Los motivos pueden ser atribuidos a que las Islas Baleares ostentan el mayor porcentaje de hombres jóvenes ocupados de todo el país, tanto en el tramo de edad de 16 a 19 años, como en el de 20 a 24 años, y los hombres jóvenes son los trabajadores que mayor probabilidad tienen de sufrir un AT^(109,425). Además en Baleares el mayor porcentaje de trabajadores, ocupan los sectores de construcción, comercio, hostelería y transporte, que son los que presentan una mayor siniestralidad laboral⁽⁴²⁵⁾. En Castilla-La Mancha, no se da la circunstancia de tener un alto porcentaje de trabajadores hombres en los tramos de edad más joven, pero sí se produce el hecho de que tienen un alto porcentaje de su fuerza laboral concentrada en los sectores agrícolas, industria manufacturera, construcción y hostelería, lo cual puede explicar parcialmente estos hallazgos. Con respecto a la mayor incidencia de bajas por AT en La Rioja puede deberse a los mismos factores que influyen en las altas incidencias de IT por cualquier contingencia en esta región española, no encontrando otra explicación a estos hallazgos. De todas formas no todos los resultados de la IT por AT se explican por la idiosincrasia de la actividad laboral particular de cada región, sino que hay que tener en cuenta otros muchos factores, sobre todo los relacionados con la existencia de medidas de seguridad en las empresas que disminuyan o aminoren los riesgos laborales⁽⁴²⁶⁾ y que en este estudio, no han podido ser analizados.

Respecto a la enfermedad profesional (*Gráfico 21, pág. 176*), los resultados indican una mayor declaración en Navarra que multiplica por 10 a la Comunidad de Madrid (menor tasa de IT por EP). Este dato hay que interpretarlo, no como una mayor incidencia de EP en esta Comunidad Autónoma, sino como que es la CCAA que más declara este tipo de enfermedad, ya que uno de los problemas de nuestro país es la infradeclaración de la EP, como así se recoge en múltiples informes^(117,424,427,428).

Los resultados de este estudio indican una duración media de la IT por contingencias comunes y profesionales más prolongada, en la mujer (*Gráfico 19, pág. 172*). El número de procesos de IT es más alto en las mujeres en el caso de contingencias comunes, pero menor en las contingencias profesionales. Estos hallazgos son concordantes con otros estudios realizados en España⁽²⁵⁴⁾. En el caso de los hombres, la mayor frecuencia de procesos de IT, por contingencias profesionales, guarda estrecha relación con el hecho de que los hombres tienen mayor número de accidentes de trabajo que la mujer como demuestran los estudios estadísticos. Así, en 2019 el número de AT en los hombres duplicó a los de las mujeres ⁽¹⁰⁹⁾, siendo además más graves los AT en el hombre, que alcanzaron una mortalidad 13,3 veces mayor que la mujer en ese año 2019^(109,403).

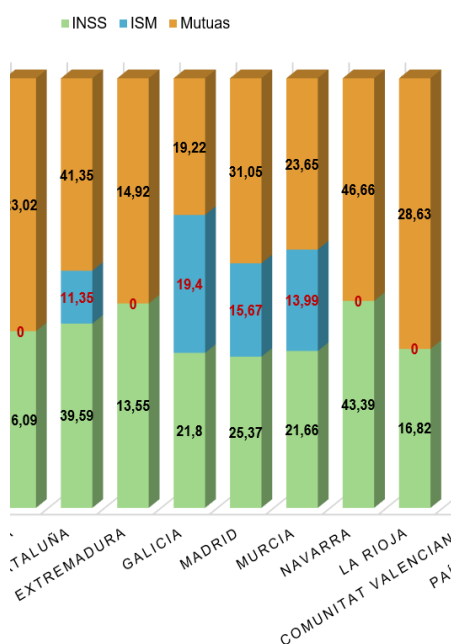
Y aunque el número de enfermedades profesionales comunicadas fue en 2019 más alto en la mujer, con respecto al hombre (14.146 por 13.197) sigue siendo más alta la incidencia y prevalencia de contingencias profesionales en el hombre⁽⁴²⁹⁾, puesto que como reflejan los resultados de este estudio la EP no alcanza ni el 0,5% del total de la incapacidad temporal en todas las CCAA (*Tabla 10, pág. 171*).

4.4.9. Resultados según Entidad Gestora

Al analizar la IT en relación con la Entidad Gestora, se puede observar que hay diferencias entre las distintas CCAA.

Los resultados ponen de manifiesto la alta incidencia en Navarra y Cataluña, tanto si la Entidad Gestora es el INSS o es una Mutua y la baja incidencia en Galicia o en Extremadura, con grandes diferencias entre las distintas CCAA, sea la gestión realizada por el INSS, ISM o

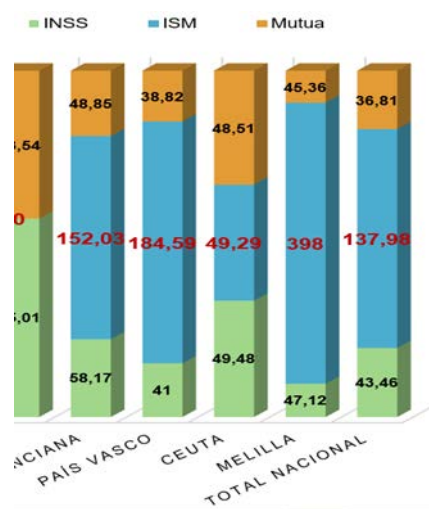
Mutua, lo cual ratifica los valores anteriores en cuanto a incidencia global en estas CCAA (Gráfico 22, pág. 178).



Esta variabilidad se comprueba al ver las desviaciones estándar. Sin embargo, NO existen diferencias en la incidencia, si la gestión la realiza el INSS o la MCSS, lo cual informa de que la incidencia de la IT no depende de la Entidad, sino lógicamente de factores externos, que son los que inician el proceso de IT (parte de baja del SPS) (Tabla 58, pág. 253).

Existe una prevalencia mucho más alta en aquellas CCAA en las que existen trabajadores protegidos por el ISM, sobre todo en Melilla y en Galicia, Canarias y Murcia (para las tres Entidades). También la variabilidad es muy alta entre las distintas CCAA. Además, en la prevalencia se produce el hecho de que hay diferencia estadística entre que la Entidad Gestora sea el INSS o una Mutua. Como en la prevalencia influye tanto la incidencia, como la duración media, este hallazgo es importante, porque pone de manifiesto la posible influencia entre la distinta gestión de la IT, entre el INSS o la Mutua^(119,417) (Gráfico 23, pág. 179).

En aquellas CCAA en las que existe el ISM el hallazgo más destacado es la larga duración media de todos los procesos de IT gestionados por esta entidad (media nacional 138 días). Destacan Melilla, el País Vasco y Valencia, como las CCAA con duraciones medias más largas, y en el extremo opuesto se encuentran Cataluña y Madrid. Se desconocen las razones de esta duración tan larga de la IT en el caso de trabajadores pertenecientes al ISM, si bien puede guardar relación con la



necesidad de obtener un certificado médico acreditativo del estado de salud del trabajador del mar, y las especiales características de este, que hacen necesaria la total recuperación del paciente para poder embarcar⁽⁴³⁰⁾. Esto se ratifica por el hecho de que en Madrid los trabajadores del ISM tienen una muy alta prevalencia, pero en cambio la duración media de la IT es mucho más baja que en otras CCAA, posiblemente porque los trabajadores adscritos al ISM de Madrid no realizan su actividad laboral en el mar, por lo que no necesitan el certificado médico, sino que sus labores pueden ser más de tipo administrativo o de gestión (*Gráfico 24, pág. 180*).

En general, en todas las CCAA la duración media es menor en el caso de que la entidad gestora sea una Mutua, lo cual coincide con otros estudios realizados en España^(30,355,417,418,431), si bien en los hallazgos de este estudio la diferencia en la duración entre INSS y Mutua, no alcanza el 10%, y en otros estudios la sitúan en el 15%⁽³⁰⁾. Además, el análisis estadístico de estos datos, según gestión INSS o Mutua, no muestra diferencias significativas, aunque la media de duración sea menor cuando el trabajador pertenece a una Mutua (*Tabla 60, pág. 253*).

Hay varias razones que intentan argumentar esta posible diferencia, como anteriormente se señalaba, relacionando este hecho con trato diferencial desde el punto de vista sanitario que se realiza al trabajador en el caso de contingencia profesional gestionada directamente por una Mutua, pero este hecho no ocurre cuando se trata de contingencias comunes, por lo que en el conjunto de la IT no se puede demostrar una diferencia en la duración del proceso de IT según la Entidad gestora, sea el INSS o MCSS.

Lo que no se ha realizado en este estudio es si estos indicadores de IT difieren entre las 19 Mutuas existente en España, y hasta donde alcanza nuestro conocimiento, tampoco se ha realizado ningún estudio de estas características, como ya ponen de manifiesto otros investigadores⁽¹¹⁴⁾.

4.4.10. Resultados según diagnóstico

El análisis de los datos según **diagnóstico** se ha realizado sobre la duración media por Capítulos diagnósticos, sobre todo en 6 de ellos, por su especial duración o prevalencia en el conjunto de la IT en España (*Anexo 2, pág. 358*) (*Anexo 3, pág. 362*).

El estudio no incluye a Cataluña, ya que los datos han sido extraídos de los expedientes que se encuentran en las bases de datos del aplicativo Atrium de las Unidades Médicas del INSS y Cataluña carece de estas Unidades Médicas (*Tablas 13 y 14, págs. 184 y 185*).

No se ha hecho un análisis de la incidencia de la IT por Capítulo diagnóstico puesto que no ha sido posible encontrar datos de la incidencia de estas patologías, desglosada por CCAA y por edad, que nos permitiera poder conocer la incidencia real de la IT de cada CCAA. Para aproximarnos a la prevalencia de la IT por diagnóstico se ha hecho un recuento de expedientes y el porcentaje que suponen en el conjunto de la IT por Capítulo diagnóstico en cada CCAA (*Tablas 18, 19 y 20, págs. 192, 193 y 194*).

Neoplasias (c00-d49)			
36-45	46-55	56-65	> 65
141	176	208	211
129	189	225	243
140	181	220	93
169	217	266	217
166	204	229	214
123	191	226	242
160	203	238	239
175	222	245	166
176	209	250	240
158	216	244	191
113	148	195	191
134	160	201	264

La duración media más larga corresponde a “**Neoplasias**”, con gran variabilidad en la duración media entre las distintas CCAA, con un rango de recorrido de 68 días (Madrid 137 días y Asturias 203 días, media nacional 174 días) (*Tabla 61, pág. 254*).

Esto puede deberse, entre otros motivos, a que según los expertos no existe uniformidad ni en el diagnóstico, ni en el tratamiento, ni en las listas de espera para pacientes oncológicos en España y reclaman la elaboración de un Nuevo Plan Nacional contra el Cáncer que garantice la equidad en todo el territorio español⁽⁴³²⁾.

Las largas duraciones de la IT por cáncer coinciden con otros estudios consultados^(2,247,422,433,434) y la causa se atribuye fundamentalmente a

la larga duración de los tratamientos oncológicos. Las enfermedades neoplásicas ocupan un porcentaje intermedio en el conjunto de diagnósticos de IT, oscilando sus valores entre un 1,55% de Canarias y un 3,20% en Ceuta, si bien la tendencia es a aumentar con los años y aún más si se prolonga la edad laboral, como ya está ocurriendo⁽¹⁹¹⁾.

Con respecto a las diferencias encontradas en la duración media de enfermedades oncológicas en relación con el género, no existe una duración más larga en la mujer, como ocurre en el conjunto de la IT, sino que, en la mayoría de las CCAA, la duración es superior en los hombres. Esto puede deberse a que el cáncer más prevalente en la mujer es el de mama y cada vez el diagnóstico ocurre en fases más precoces, con lo cual los tratamientos también son menos agresivos y de menor duración, mientras que en el hombre en edad laboral el más prevalente es el colorrectal y el de pulmón, que generalmente tienen tratamientos muy largos y con múltiples secuelas⁽⁴³⁵⁾.

El análisis por edad sigue la misma línea que el resto de las patologías, con un incremento paralelo al aumento de la edad de los pacientes (*Tabla 16, pág. 189*).

El segundo lugar, en cuanto a duración media, lo encontramos en **“Enfermedades del aparato circulatorio”**, que también muestran grandes variaciones en su duración en las distintas CCAA con una duración máxima en Canarias (n=158 días) y duración mínima en Melilla (n= 104 días), si bien las diferencias entre las duraciones medias son menores a las encontradas en otras enfermedades en las distintas regiones (*Tabla 13, pág. 184*).

La existencia de esta mayor uniformidad puede responder a que muchos eventos cardiovasculares cursan de forma urgente y aguda, por lo cual poca influencia tienen las demoras en el diagnóstico y tratamiento, como ocurre en otras patologías, adaptándose mejor a los tiempos óptimos marcados por el INSS⁽⁶¹⁾. Además está mucho más extendido en esta especialidad médica el uso de protocolos de actuación consensuados (Guías NICE)⁽⁴³⁶⁾, aunque de todas formas es necesaria la implantación de una Estrategia Integral de Actuación frente a la Salud Cardiovascular, tal y como actualmente se está promoviendo desde el Ministerio de Sanidad, para conseguir disminuir la mortalidad, incidencia, prevalencia y discapacidad ligada a estas patologías⁽⁴³⁷⁾. Los hallazgos de este estudio muestran una duración

media menor (130 días) que los que se muestran en otros trabajos realizados en España que sitúan una duración media de 177 días (estudio seguimiento de 2008-2011)⁽¹⁸¹⁾ o 202 días en el estudio realizado entre los años 2000-2011⁽¹⁸⁰⁾, lo cual puede indicar una mejora en el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades a nivel nacional.

En relación con el género en este grupo diagnóstico sí hay importantes diferencias en su duración, posiblemente explicables por el hecho de que la patología cardiovascular predominante en la mujer en edad laboral suele ser menos severa, menos mortal y grave, con menos secuelas que la que ocurre en el hombre⁽⁴³⁸⁾ (Tabla 15, pág.187).

Hombre	Mujer
173	102
161	124
179	125
150	108
190	133
181	129
170	121
171	124
203	122
183	138
132	88
177	126
167	113
139	103
168	119
153	96

En relación con la edad, el comportamiento es similar a otras patologías, con un incremento en función del aumento de la edad, excepto en Ceuta y Melilla, que muestra duraciones muy elevadas en

Trastornos mentales y de comportamiento (f01-f99)

Hombre	Mujer
136	123
118	120
166	135
81	81
134	129
168	152
143	136
135	127

los tramos de 16-25 años, con descenso en los dos tramos siguientes, para volver a aumentar la duración cuando avanza la edad (Tabla 16, pág.189).

Los “**Trastornos mentales y del comportamiento**” ocupan el tercer lugar en cuanto a duración media. Su análisis es

fundamental, ya que a su larga duración hay que añadir que constituyen un alto porcentaje de IT en todas las CCAA. Su duración media, muestra una gran variabilidad entre las distintas CCAA, con un rango muy amplio (n=78 días). Esto puede indicar la dificultad de objetivación de estas patologías en cuanto a la severidad de los síntomas y la incapacidad que producen, que impide una homogeneidad de criterios⁽⁴³⁹⁾. Extremadura es la CCAA que tiene una duración mayor y también es de las que mayor porcentaje de IT por este motivo tiene; la menor duración se encuentra en las Islas Baleares, sin que encontremos una explicación a este hecho (Tabla 13, pág. 184).

En este estudio se pone de manifiesto las duraciones más largas en hombres, que en mujeres en el caso de estas enfermedades y este hecho ocurre en casi todas las CCAA, posiblemente motivado por la mayor prevalencia de los llamados Trastornos Mentales Graves en hombres que en mujeres, lo cual puede prolongar las bajas en este tipo de pacientes⁽⁴⁴⁰⁾ (Tabla 15, pág.187).

Trastornos mentales y de comportamiento (f01-f99)					
16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
83	108	125	138	157	173
67	90	116	132	161	226
75	120	137	151	180	192
46	68	82	90	115	142
76	105	131	147	169	237

Con respecto a la edad, sigue los mismos patrones que otras patologías, es decir, aumenta la duración cuando aumenta la edad (Tabla 16, pág. 189).

Los trastornos mentales ocasionan uno de los mayores problemas en relación con la IT en nuestro país y en todos los países de nuestro entorno, tanto por su frecuencia, duración y tendencia a aumentar en el tiempo, como por la inexistencia de datos objetivos contrastables que nos permitan valorar y realizar un control adecuado^(156,441-446). Además traducen la existencia de posibles riesgos psicosociales en el trabajo^(389,447-450), así como un aumento del presentismo^(24,451,452).

Por ello en numerosas investigaciones se analizan tanto los factores que intervienen en el retorno más temprano del trabajador con un trastorno mental, tales como ser trabajador joven, hombre, educación superior, clase ocupacional alta y puesto de alta responsabilidad^(391,453,454), así como la buena relación con los compañeros de trabajo⁽⁴⁵⁵⁾, e incluso muchas de estas investigaciones proponen orientaciones y guías para los empleadores, que contemplen una mejor organización laboral y clarificación de los roles en el trabajo de estos pacientes, flexibilidad en el trabajo y adaptaciones del puesto de trabajo⁽⁴⁵⁶⁾, algo casi impensable en España, todo para intentar disminuir la duración y la recaída de la IT por estos trastornos mentales⁽⁴⁵⁷⁻⁴⁵⁹⁾.

De las enfermedades que más porcentaje ocupan en el conjunto de la IT, tanto en España como otros países se encuentran las pertenecientes al capítulo de **“Enfermedades del aparato musculoesquelético y tejido conectivo”**, que suponen del 24 al 30% de todos los procesos de IT, excepto en Canarias (n=15,70%) (Tabla 20, pág.194). Como se puede ver las diferencias entre la duración

media en este capítulo diagnóstico es significativa, con un rango de diferencia de 65 días lo que, unido a la gran prevalencia de la IT por estos diagnósticos, adquiere una gran importancia cuando hablamos de IT. Según se recogió en el artículo sobre la IT correspondiente al año 2018 en España, entre los 10 diagnósticos más frecuentes se encuentran el “Dolor en la parte inferior de la espalda” (M54.5), “Ciática” (M54.3) y “Cervicalgia” (M54.2) en todas las CCAA⁽²⁾.

En la revisión de la bibliografía se comprueba que precisamente la lumbalgia o los trastornos del aparato locomotor, en general, son también las patologías más prevalentes en la IT de todos los países ⁽⁴⁶⁰⁾, junto con los trastornos mentales, bien de forma aislada o en muchos casos coexisten en el mismo paciente trabajador^(176–179).

Los hallazgos de este estudio indican que la CCAA con la duración más larga en este capítulo diagnóstico es Asturias (n=118 días) y la más breve se encuentra en Navarra (n=68 días). Se desconocen los motivos de estas diferencias entre las distintas CCAA, destacando algunas como Andalucía y Aragón, que tienen duraciones de las más cortas en este Capítulo diagnóstico y cuya posible explicación se pueda deber a las altas tasas de desempleo que tienen estas regiones. Esto puede influir en la incorporación más precoz de estos

Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (m00-m99)

Hombre	Mujer
92	93
84	96
126	127
74	83
112	121
105	115
92	107
95	104
122	115

trabajadores a su puesto, por miedo a perder el empleo y las dificultades que conlleva encontrar otro o bien sea debida al efecto de contratación del trabajador sano, como anteriormente se ha dicho^(330–333).

En relación con el género podemos ver una mayor duración media en las mujeres, excepto en Andalucía y Asturias en las que las diferencias son muy poco significativas (Tabla 15,

pág.187).

Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (m00-m99)

16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
39	39	39	47	57	76
29	28	44	54	76	
28	44	68	80	106	
22	28	27	37	45	158
30	43	54	57	72	108
38	39	48	67	107	199
34	39	48	46	71	67
30	37	42	45	79	62
39	56	48	66	68	67

En relación con la edad, se observa un aumento de la duración en los tramos de edad más altos, si bien estas diferencias no son tan acusadas como en otras enfermedades, sobre todo

en los tramos de edad más jóvenes que marcan duraciones muy parecidas. Otro hecho que destaca es que en algunas CCAA ni siquiera aparece la IT por este motivo en los mayores de 65 años, posiblemente por la asociación de este tipo de patología con actividades con grandes requerimientos físicos y los trabajadores que ocupan estos puestos de trabajo, no prolonguen su vida laboral^(26,176,461) (Tabla 17, pág.190).

Las “**Enfermedades del aparato respiratorio**” son frecuentes como causa de IT, ocupando entre el 8 y el 16 % de la IT en todas las CCAA. Su duración media es muy corta, con un rango de 15 días de diferencia entre CCAA. Según el estudio publicado en 2020 correspondiente a la IT en 2018 en España, por CCAA, las principales enfermedades de este capítulo diagnóstico como causa de IT se corresponden con: “Gripe” (J11), “Resfriado común” (J00), “Infección respiratoria alta” (J06.9) y “Bronquitis aguda, inespecífica” (J20.9)⁽²⁾. La diferencia más alta en la duración media se encuentra entre Extremadura (n= 26 días) y Navarra (n=11 días).

La duración es superior a los hallazgos encontrados en otros estudios realizados cuando la pandemia de Gripe A en nuestro país, pero en este caso es que solo analizaban la duración por “Gripe” o por “Otras enfermedades vías respiratorias altas” y su duración oscilaba entre los 4 y 12 días⁽²¹⁸⁾. En este trabajo, también se incluyen otras enfermedades respiratorias (bronquitis, EPOC....) que si bien no son tan prevalentes como causa de IT, sí que son patologías de más larga duración, con lo cual incrementan los tiempos medios⁽²¹⁰⁾.

Además lo más importante de estas patologías respiratorias, no es tanto su duración, sino su gran incidencia y las repercusiones que tienen en las empresas, ya que suponen una gran pérdida de días de actividad en el cómputo global y disminución de la productividad de las mismas⁽²¹⁸⁾.

Respecto a las diferencias en el género, estas patologías muestran pocas diferencias, incluso la misma duración media entre hombres y mujeres, excepto en Ceuta (H=17 días, M=68 días) y Melilla (H=11 días; M= 69 días) (Tabla 15, pág. 187).

La edad sigue el mismo patrón que las anteriores patologías descritas, pero sin que este aumento haga de estas enfermedades procesos de

larga duración, excepto en los mayores de 65 años, que pueden alcanzar una media de dos meses en algunas CCAA.

El capítulo de “**Lesiones traumáticas y envenenamientos**”, que también tiene gran trascendencia, ya que en muchos casos se corresponden tanto con accidentes de trabajo (lesiones traumáticas), como con enfermedades profesionales (envenenamientos y otras causas externas). Aquí se encuentran las fracturas, luxaciones, heridas y otros traumatismos⁽⁴⁶²⁾.

Las diferencias en la duración media entre las distintas CCAA es muy acusada, con un rango de oscilación de 65 días. La duración más alta se encuentra en Asturias (n=125) y Canarias (n=105) y la mínima en Islas Baleares (n=60) y Navarra (n=61). Se halla asociación entre estas duraciones, con la duración media por contingencias profesional, ya que tanto Asturias como Canarias tienen una duración más larga por este motivo, y en cambio Islas Baleares y Navarra, una duración de las más cortas en este apartado, lo que refuerza el hecho de la gran importancia que tiene este capítulo diagnóstico en el estudio de las contingencias profesionales y sería interesante analizar los motivos de estas diferencias (*Tabla 14, pág.185*).

No se encuentra un patrón diferenciador entre hombres y mujeres, si acaso la tendencia en muchas CCAA a tener una duración algo más larga en el hombre que en la mujer, pero en muchas Comunidades la duración es igual o similar (*Tabla 15, pág. 187*). Y con respecto a las diferencias por edad, siguen los mismos patrones que el resto de patologías.

De los otros capítulos diagnósticos, destacaría las “**Enfermedades del sistema nervioso**”, que como se ha dicho en la revisión bibliográfica, son de las principales causas de AVAD en España y su duración media también es muy alta (n= 106 días) (*Tabla 13, pág. 184*). Aquí encontramos enfermedades de gran trascendencia clínica y laboral, por las incapacidades que producen y destacan sobre todo la enfermedad de Alzheimer, la migraña y la esclerosis múltiple⁽¹⁸²⁾. No hay grandes diferencias entre el porcentaje de IT que ocupan en cada CCAA (*Tabla 18, pág.192*), pero sí hay diferencias en cuanto a las duraciones medias en las distintas CCAA, destacando Extremadura (n=138 días) y la duración media menor en Navarra (n=75), que puede

tener relación con el menor o mayor número de médicos especialistas, como anteriormente se ha demostrado en este estudio.

Es importante también aquí observar la importancia que ocupa el capítulo diagnóstico de “**Síntomas y signos y resultados anormales de pruebas complementarias**” ya que sus valores oscilan entre el 3 y el 12% del conjunto de la IT de cada Comunidad, con grandes variaciones entre las distintas CCAA y un rango de variación en la duración de casi 50 días entre CCAA. Si a esto le sumamos la duración media que encontramos en el capítulo “**Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios**” con largas duraciones medias (n= 116 días) y muy grandes variaciones en la duración entre las CCAA, nos encontramos con un gran conjunto de causas de IT inespecíficas, poco claras, sin diagnóstico concreto, que suponen una suma importante de días en IT en todo el país (Anexo 2, pág. 357)(Anexo 3, pág. 361). Puede ser que nos encontremos ante lo que actualmente se denomina en la literatura científica “**Signos y síntomas médicamente inexplicables**” o “**Medically unexplained physical symptoms (MUPS)**”, que para algunos autores explican hasta el 15% de las incapacidades temporales y además contribuyen a la mayor duración de la IT cuando el paciente los atribuye más a una causa orgánica, que psíquica^(242,243). Dentro de estos síntomas ocupa un lugar prevalente el “Dolor”, sin causa explicable, que en muchos casos es el inicio de la IT y determina con gran frecuencia la duración de esta, sea de la causa que sea⁽²²⁰⁾.

Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (r00-r99)

16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
29	38	45	60	79	82
20	29	38	56	69	46
23	42	62	83	115	75
15	27	37	45	67	104
31	42	52	73	93	135
36	49	66	69	92	132
22	31	45	62	72	70
20	33	43	53	78	108
27	37	52	63	103	62

4.4.11. Resultados según ocupación (CNO-11)

El gran problema que se observa cuando analizamos las bajas por CNO es el porcentaje tan alto de partes de IT en los que no consta la misma y este hecho ocurre en varias comunidades concretas: Navarra (94%), Aragón y País Vasco (90%) y Extremadura (26%) por lo cual

los resultados en estas CCAA no son fiables y han podido alterar los resultados, como ya se ha reflejado anteriormente (Gráfico 25, pág. 196).

En todos los Grupos Ocupacionales, encontramos grandes diferencias entre las distintas CCAA, como se comprueba con el hecho de las grandes desviaciones estándar que se hallan en el análisis estadístico.

Las mayores tasas de IT se encuentran en las “Ocupaciones elementales”, “Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufacturera y la construcción” y “Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina”. Estos datos coinciden con los hallazgos de otros estudios,

Ocupaciones elementales					
16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
23	18	18	29	36	29
30	28	37	42	51	6
13	10	14	27	34	20
14	13	18	32	55	31
17	22	22	33	42	23
11	10	14	23	33	19
17	13	17	32	40	22
26	21	24	39	51	42
5	6	9	16	24	17
42	36	29	43	44	31
15	13	17	32	49	33
5	6	8	14	21	21

sobre todo en relación con las ocupaciones más elementales y de mayor carga física^(309,463). Quizás en este estudio lo que resulte más llamativo y más discordante con la literatura internacional, sea la alta tasa de IT en trabajadores con tareas administrativas o empleados de oficina⁽³⁰⁸⁾. Una posible explicación a este hecho, pueda deberse a que un alto porcentaje de los trabajadores con estas ocupaciones administrativas, trabajan en el sector público, que tienen tasas de IT más elevadas que el sector privado^(317,464) (Tabla 22, pág. 200).

En relación con la duración, las duraciones más largas la encontramos en las mujeres pertenecientes al grupo de trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero, sobre todo en Galicia, Cantabria, Castilla y León, Asturias, Murcia y Andalucía. Sin embargo estos resultados hay que tomarlos con moderación, ya que el porcentaje de trabajadoras en este capítulo es muy insignificante con respecto al resto de ocupaciones desempeñadas por mujeres⁽³⁶¹⁾. Una posible explicación a este hallazgo puede encontrarse en la gran cantidad de estas trabajadoras que pertenecen al régimen especial de autónomos, y como anteriormente se ha visto, en los autónomos, las duraciones medias, suelen ser muy altas⁽³²¹⁾ (Tabla 21, pág. 198).

Con respecto al análisis por tramos de edad, sigue los patrones de aumento de la duración en relación con el incremento de la edad del trabajador, siendo menos acusado este efecto, precisamente en las Ocupaciones elementales. Esto puede ser explicable por varias razones: primero, que exista un sesgo en la información en estas profesiones y que realmente haya pocos procesos de IT en los que se haya recogido la edad en relación con la ocupación (ya se ha comentado la desinformación existente en este epígrafe); también puede deberse al hecho de la selección natural que comporta las actividades más elementales, que por su carga física, sean pocos los trabajadores que permanecen en ellas cuando aumenta su edad y además el proceso natural es a que los trabajadores de mayor edad, asciendan jerárquicamente en la empresa, por lo que estas ocupaciones elementales estén desempeñadas por trabajadores más jóvenes⁽⁸⁷⁾. Su duración media, en todas la CCAA desglosada por tramos de edad es mucho menor, que otros grupos ocupacionales, como se puede observar y es en este grupo donde las duraciones medias, son más bajas en los mayores de 65 años, con respecto a las otras edades. La menor duración en este grupo puede deberse a que en muchas ocasiones son trabajos precarios, temporales, a tiempo parcial y suelen estar desempeñados por trabajadores con escasa formación, generalmente con escasos medios económicos y que temen ser despedidos de su trabajo, si prolongan injustificadamente la IT⁽³²⁸⁾.

Posteriormente también se muestran los resultados del número de expedientes de IT más alto en función de la ocupación y del capítulo diagnóstico, con el objeto de ver qué enfermedades son las que causan más IT según el grupo ocupacional (*Tablas 23, 24 y 25, págs.202, 203 y 204*).

De este análisis los resultados muestran en concordancia con los anteriormente expuesto, que los diagnósticos que mayor IT causan en todas las ocupaciones siguen siendo los trastornos musculoesqueléticos, seguido de los trastornos mentales.

Sin embargo, la distribución proporcional entre los grupos es lo que adquiere mayor relevancia. Así los peones agrícolas e industriales, los trabajadores no cualificados en servicios, trabajadores cualificados industriales, los trabajadores de los servicios de restauración y

comercio, y los trabajadores de los servicios de salud y cuidado de las personas, son los que muestran unas cifras mucho más elevadas en este capítulo diagnóstico, que en la mayor parte de los casos triplican a la IT por trastornos mentales. Esto está en línea con los trabajos publicados en relación con este tema, que muestran una mayor prevalencia de patologías a nivel locomotor en los trabajadores denominados de cuello azul, con trabajos precarios, condiciones físicas más desfavorables y carga física más exigente^(100,221,463,465).

La IT por trastornos mentales empieza a adquirir mayor protagonismo en las ocupaciones de niveles jerárquicos más elevados, tales como técnicos y profesionales científicos, directores y gerentes, trabajadores de los servicios de salud y cuidado de personas. En muchos estudios también se encuentran estos hallazgos indicando que son profesiones que pueden producir un gran desgaste personal, sobre todo los relacionado con la salud y cuidados de las personas^(320,466,467), no así en los gerentes, en los que se atribuye más a las altas tasas de estrés, si bien, en general son pocos los del grupo de directores y gerentes que inician una baja por este motivo^(314,391).

También destaca la alta proporción de las neoplasias y enfermedades cardiovasculares como causa de IT en los directores y gerentes, así como las neoplasias en profesionales científicos e intelectuales de la salud y la educación, lo que expresa que los trabajadores con alta cualificación, nivel de estudios más elevado y mayor grado de responsabilidad laboral, cuando inician un proceso de IT es generalmente por la gravedad de la patología que lo origina⁽³¹⁴⁾, siendo muy frecuente, en ambos grupos ocupacionales, la figura del presentismo^(19,21,24). Estos datos coinciden con otros estudios publicados a nivel nacional e internacional^(122,190,238).

4.4.12. Resultados según actividad (CNAE_1)

En este epígrafe solo se ha analizado las tasas de IT en relación con la actividad económica, ya que la duración media ha sido ampliamente analizada en el apartado anterior, que complementa a este (Tablas 26 y 27, págs. 206 y 207).

En todas las Actividades económicas, encontramos grandes diferencias en estas tasas entre las CCAA, como muestran los datos expuestos. Solo se han complementado con análisis estadístico descriptivo 6 actividades, que se consideran las más representativas del conjunto de la IT en España (Tabla 63, pág. 257).

En los resultados hallados vemos que las tasas más elevadas corresponden al grupo de “**Actividades administrativas y servicios auxiliares**”, en línea con los hallazgos en relación con el CNO, lo que indica que en todas las CCAA españolas, los trabajadores administrativos tienen una alta incidencia y prevalencia de IT.

En este grupo, la tasa media se encuentra en 39,15 trabajadores por mil. La tasa más alta se encuentra en Navarra, y la menor en Ceuta.

Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación
40,76
29,44
19,07
46,54
42,27
22,01
22,47
20,75
35,99
14,39
22,15
31,31
28,72
40,02
37,24
26,55
35,05
53,83
67,34

Los hallazgos de Navarra van en línea con el hecho de ser una Comunidad con alta renta per cápita, bajo desempleo y alta tasa de ocupación. En Ceuta los hallazgos son más inexplicables, aunque también puede corresponder a un dato erróneo, ya que el INE advierte de error de muestreo en las ciudades de Ceuta y de Melilla, lo cual puede haber distorsionado el cálculo realizado para hallar estas tasas.

El segundo lugar lo ocupa el grupo de “**Suministro de energía, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación**”. Es difícil saber las causas de este hallazgo, aunque no son sorprendentes dada la gran cantidad de trabajadores de residuos o basureros, barrenderos, etc. que suelen encontrarse habitualmente en las consultas de control de IT. Este hecho puede ser debido a que la mayoría presentan contratos peculiares, con la

Administración Pública (generalmente Ayuntamientos), siendo un colectivo especialmente reivindicativo, con múltiples huelgas en todas las grandes ciudades de todos los países y con posible uso de la IT que encubran estas conflictivas situaciones^(468,469). Además, su trabajo en muchas ocasiones es nocturno, que como se comprueba en otros estudios, tanto el trabajo nocturno, como a turnos aumenta el riesgo de enfermedades (cáncer, cardiovasculares, insomnio, trastornos del ánimo..)^(470,471).

Tal y como se muestra en el análisis por CNO, los **trabajadores sanitarios y de cuidados de las personas**, muestran una gran frecuencia de IT, lo cual se corresponde con los hallazgos encontrados cuando analizamos la tasa de IT por CNAE. En el análisis estadístico descriptivo, vemos que no existe gran variabilidad en las distintas CCAA, encontrándonos la tasa más elevada en Cataluña y la más baja en Ceuta.

Finalmente se analiza la IT en trabajadores de la “**Administración Pública, defensa y seguridad social obligatoria**”. Las altas tasas de IT en este epígrafe se pueden explicar porque son todos trabajadores públicos, en muchos casos con actividades de riesgo (Defensa y Protección Civil) y según los datos disponibles, con una plantilla envejecida en todas las Administraciones Públicas, todo lo cual incrementa el riesgo de IT^(464,472,473).

4.4.13. Sector público o privado

En todas las CCAA es más elevada la tasa de IT en el trabajador del sector público, que la del privado. En algunas CCAA casi duplican esta tasa (Ceuta, Melilla y Castilla- La Mancha); en otras son similares o las diferencias son poco significativas (Cantabria, Cataluña, País Vasco y Valencia) y solo en Canarias y Extremadura se invierte esta relación (*Gráfico 26, pág.208, Tabla 64, pág.258, Tabla 65, pág.259*).

Y las diferencias no solo se producen en el número de trabajadores que se encuentran en IT, sino también en la duración media de esta IT, siendo generalmente más alta en los trabajadores del sector público, que en los trabajadores del sector privado (*Gráfico 27, pág.209, Tabla 66, pág.259*).

Estos datos coinciden con los hallazgos de otros estudios que también analizan la IT en relación con el sector público o privado en el que se encuentre el trabajador, siendo en general más larga la IT en el sector público. Casi en todas las CCAA en las que es más alto el número de trabajadores en IT del sector público, también es más larga la duración media, excepto en Melilla, Galicia, Asturias y Cantabria, por lo cual existe una doble agravación de esta diferencia entre público y privado: hay más IT y además de mayor duración. También es cierto que en casi todas las CCAA, el número de trabajadores es mucho mayor en el sector privado que en el sector público, por lo que en la mayor parte de las CCAA el número absoluto de trabajadores en IT es mucho más alto en el sector privado. Como ya se ha comentado en el apartado de análisis de la IT por CNO, las CCAA de Aragón, Navarra, País Vasco y Extremadura, los datos no son válidos por el alto porcentaje de partes de IT en los que no consta la ocupación del trabajador.

También es importante destacar que las limitaciones de este estudio pueden distorsionar los resultados encontrados en este apartado, porque los trabajadores pertenecientes a las Mutualidades de MUFACE, MUGEJU e ISFAS, que no se incluyen en nuestro estudio, son todos pertenecientes al sector público. Además su número no es nada desdeñable ya que, por ejemplo, los funcionarios en activo pertenecientes a MUFACE en 2018, fueron 602.111 en toda España, con un número absoluto mensual medio de 10.094 trabajadores en IT⁽⁴⁷⁴⁾.

En los estudios publicados que analizan estas diferencias, también se encuentra una mayor tasa de trabajadores en IT en el sector público y unas duraciones más largas^(2,317,318), y en muchos de ellos destacan las mismas limitaciones que aquí se exponen, es decir, muchos trabajadores del sector público, no pertenecen al sistema de seguridad social de cada país, y como generalmente los estudios publicados se basan en datos obtenidos de trabajadores pertenecientes al sistema de seguridad social, el sector público puede estar infrarrepresentado en estos estudios de la IT⁽³¹⁹⁾.

Entre las posibles causas que se argumentan en relación con la mayor incidencia y duración de la IT en trabajadores de los servicios públicos se encuentran: alto porcentaje de contratos indefinidos, baja probabilidad de despido por absentismo, altas tasas de reemplazo de

su salario en el caso de IT (100% en muchos casos, independientemente de que sea contingencia común o profesional), pertenencia a sectores relacionados con la salud y actividades administrativas, que tienen altas tasas de IT como anteriormente se ha expuesto y edad media del trabajador avanzada, con el consiguiente incremento de las duraciones medias de IT^(30,317,318,337).

4.4.14. Resultados según tipo de contrato

También forma parte del análisis de la IT, la valoración según el tipo de contrato que tenga el trabajador ya que se ha demostrado que el tipo de contrato influye en la incidencia y duración de la IT^(12,30).

Los resultados de este trabajo de investigación muestran una mayor duración de la IT en los contratos indefinidos, sobre todo a tiempo completo. La menor duración corresponde a los trabajos temporales, tanto a tiempo completo, como a tiempo parcial (*Gráfico 28, pág. 211*).

Estos resultados coinciden con otros publicados que también objetivan una mayor duración en los trabajadores que tienen un contrato indefinido e incluso el cambio en la duración, cuando el trabajador pasa de un contrato temporal a uno fijo⁽³⁰⁾ y son hallazgos contradictorios con el estado de salud percibido por los trabajadores, porque precisamente los trabajadores a tiempo parcial muestran peor resultado en su estado de salud⁽¹⁵⁴⁾.

El mayor porcentaje por CCAA lo tienen los trabajadores con contrato indefinido a tiempo completo, pero en este dato influye que más del 60% de los contratos en España son indefinidos a tiempo completo (35,28% en hombres y 25,96% mujeres)⁽⁴⁷⁵⁾ (*Tabla 28, pág.213*).

Los resultados de este trabajo informan de una menor incidencia de la IT en los contratos temporales, sobre todo si son a tiempo parcial, así como una menor duración de esta (*Tablas 67 y 68, pág. 260*). Esto se contradice con otros estudios que indican una mayor tasa de IT en los contratos a tiempo parcial y lo atribuyen al hecho del llamado efecto “no observable de selección”, es decir, es posible que algunos trabajadores elijan este tipo de contratos porque por su estado de

salud más enfermizo, se sientan incapaces de asumir un contrato a jornada completa^(150,329).

Estos hallazgos van en línea con los resultados encontrados en otros estudios en los que la temporalidad en el empleo genera menos IT, posiblemente porque el trabajador temporal, aunque esté enfermo, prefiere no iniciar un proceso de IT por miedo a perder el trabajo, aumentando el presentismo, como ocurre en los trabajadores inmigrantes, en los cuales la proporción de trabajo temporal es más alta que en los trabajadores nacionales^(301-303,476).

4.4.15. Resultados en otras relaciones laborales

En este trabajo se ha querido separar estos contratos porque tienen características diferenciales con respecto a los otros contratos anteriormente analizados, indagando sobre todo en las duraciones medias, ya que otros indicadores de IT no tienen tanta relevancia dado el escaso número de trabajadores que se encuentran en esta situación en España (*Tabla 29, pág. 214*).

En primer lugar, destaca la IT que surge cuando el trabajador se encuentra en situación de **desempleo contributivo** que sí que tienen derecho a IT, porque al tener una enfermedad o lesión, pueden verse afectados en el caso de que tengan una oportunidad de empleo y no lo puedan desempeñar por su enfermedad o accidente. En muchos casos, son trabajadores que iniciaron la IT estando en un empleo, seguramente temporal, cuando iniciaron la IT y luego pasaron a situación de desempleo, y siguieron de baja, porque todavía no habían recuperado su estado de salud o la capacidad para trabajar. Destaca en estos casos las largas duraciones medias de la IT y este hecho se puede explicar porque en el caso de desempleo la entidad encargada de la gestión de la IT es el INSS y como antes se ha comentado, las bajas gestionadas por el INSS tienen duraciones medias más largas. Además, el trabajador en muchos casos intenta perpetuar la situación de IT si no tiene derecho a la prestación económica por desempleo por haber agotado el tiempo en el que tenía derecho a dicha prestación e incluso algunos autores hablan de que a muchos trabajadores económicamente es más favorable la

prestación por la IT que por desempleo, por lo que intentan alargar el tiempo de permanencia en IT⁽³⁴¹⁾.

Independientemente de esta posible actitud rentista o fraudulenta, es cierto además que el desempleo *per se* es un factor de riesgo de enfermedad, provocando alteraciones psíquicas, adicciones, dependencias, riesgo de suicidio e incluso aumento de la mortalidad, como muchos autores han descrito^(70-72,74,76,77,477,478).

En relación con los **contratos de aprendizaje y formación** y en los **programas de formación**, la duración es menor. Entre otros motivos los trabajadores que ejercen este tipo de trabajo, en general, son jóvenes, por lo cual la duración de la IT tiende a ser menor. Además, son contratos de muy corta duración, entre 6 meses y un año, por lo que tampoco tienen tiempo de estar en IT mientras dura el contrato. Muchos de estos trabajadores quieren mantener un vínculo laboral posterior con la empresa en la que se han formado o han realizado el aprendizaje, por lo que no quieren verse penalizados si su IT es larga, por lo que intentan retomar cuanto antes su trabajo^(227,479-481).

4.4.16. Causas de alta

Con respecto a los datos sobre las **causas de alta** de la IT, como es lógico el porcentaje más elevado corresponde a las producidas por **curación, mejoría** o recuperación de la capacidad profesional, ya que la IT en su propia definición legal contempla que es una situación transitoria de incapacidad laboral, hasta que se produce la curación o mejoría del paciente que le permita la incorporación laboral⁽⁸⁾ (Tabla 30, pág. 216, Tabla 31, pág. 217).

Las diferencias más importantes, con respecto a las causas de alta las encontramos en Cataluña, comunidad en la que podemos observar que destaca la gran cantidad de altas que se dan por el concepto **“recuperación de la capacidad profesional”**. Posiblemente este hecho esté producido por la estructura de los partes de alta que emita su SPS o MCSS, ya que en el modelo oficial de parte de alta presente en la Orden ESS/1187/2015, no existe ese epígrafe como motivo de alta que es el usado en todas las CCAA, si

bien es cierto que este hallazgo simplemente pueda ser atribuido a un error en la codificación del alta.

Cataluña se diferencia del resto también porque al ser la única CCAA en la que no existen las Unidades Médicas del INSS, el porcentaje de “**altas por control INSS 365 días**” es residual, así como las altas por Inspección INSS. Sí existen los Equipos de Valoración de Incapacidades, aquí denominados CEIs, por lo que sí que estos pueden emitir altas que han superado los 365 días en IT, así como hacer propuestas de incapacidad permanente.

Con respecto a las altas emitidas por “**inspección del SPS**”, no hay grandes diferencias entre unas CCAA y otras. Destaca, lógicamente Cataluña porque carece de la posibilidad de “alta inspección INSS” y Asturias. Asturias junto con Galicia, son las dos CCAA que tienen el menor porcentaje de altas por curación/mejoría, lo cual puede apuntar a una baja tendencia de los médicos de Atención Primaria a dar de alta a los procesos de IT, corroborado por el hecho del alto porcentaje de altas emitidas por “inspección INSS”, sobre todo en Asturias y por la “inspección médica del SPS”, que también en Asturias ostenta uno de los porcentajes más elevados del país.

El porcentaje de altas emitidas por “**control INSS 365 días**” nos informa sobre el porcentaje de procesos que agotan los 365 días de duración, destacando como más elevados las CCAA de Galicia, Castilla y León y Andalucía. Este hecho puede guardar relación con la duración media de las bajas en Galicia y Andalucía, pero no explica totalmente este hecho, ya que existen otras CCAA, como Extremadura y Asturias, en las que la duración media de las bajas es también muy elevada. En algunos estudios de investigación se describe la importancia que tiene el médico y otros profesionales de la salud en conseguir el retorno del paciente a su trabajo tras una baja laboral^(304,305), así como la influencia en la IT de la frecuentación de los pacientes a su médico de Atención Primaria⁽³⁰³⁾, aunque este hecho no ha sido analizado en este trabajo de investigación, pero podría explicar parte de estos hallazgos.

Con respecto al número de “**altas por incomparecencia**” el porcentaje más alto corresponde a Baleares, Madrid y Melilla, pero las diferencias son poco significativas entre unas Comunidades y otras.

En relación con las altas emitidas por “**nacimiento y cuidado de hijo**”, el porcentaje más alto se encuentra en Extremadura, Galicia y Madrid. Esto puede guardar relación con el hecho de que Extremadura es la segunda Comunidad Autónoma que mayor número de expedientes de IT por este capítulo diagnóstico tiene, pero no ocurre este hecho en Galicia y Madrid que se encuentran en la zona intermedia Galicia y Extremadura tienen una duración media muy alta en este capítulo diagnóstico, que podría explicar parte de este hallazgo, aunque esto tampoco ocurre en Madrid. Madrid sí que tiene un alto porcentaje de mujeres ocupadas en los tramos de edad de 16 a 54 años y además una de las tasas de natalidad más elevadas de todo el país⁽⁴⁸²⁾, lo cual podría incrementar el riesgo de IT por este motivo.

4.4.17. Resultados en relación con las recaídas

En relación con las **recaídas de anteriores procesos de IT**, las CCAA que mayor porcentaje ostentan son Cataluña y Melilla. Existen importantes diferencias entre unas Comunidades y otras, así como importantes variaciones a lo largo de los años, ya apuntado por otros autores, con una tendencia al aumento del número de IT por recaída⁽²³⁴⁾ (Tabla 32, pág. 218).

Los estudios realizados por la Sociedad Española de Medicina de Familia (SEMFYC) y otros autores, consideran que la IT se comporta igual que la ley de Pareto o ley ABC, es decir, el 20% de los sucesos generan el 80% de los consumos medidos en días o en euros, por lo que si identificamos ese 20% de las IT (las de mayor duración) y las controlamos influiremos sobre el 80% del gasto, con sólo el 20% del esfuerzo⁽²³⁴⁾.

En 2009, en un estudio realizado en nuestro país⁽³⁰⁾, sobre las probabilidades de reincidencia de la IT (más de un episodio de IT) durante los años 2007-2008, estimó que la probabilidad de reincidencia de la IT era más alta en las mujeres, en los trabajadores de mayor edad y en las ocupaciones de menor nivel jerárquico. En dicho estudio no se analiza si es recaída (igual o similar patología) o

la nueva IT es por otro motivo diferente. En nuestro estudio solo hemos analizado las recaídas en un año, es decir IT por la misma o similar patología, ya que la complejidad metodológica de ver la causa de reincidencia de la IT en cada trabajador escapa a este análisis.

Se considera que el número de episodios de IT por la misma patología es uno de los factores pronósticos más importantes de recurrencia de IT, sobre todo en el caso de patología lumbar y cervical⁽²²⁸⁾. Los trastornos a nivel locomotor pueden llegar a representar hasta el 37% de los días de recurrencia de IT, y los trastornos mentales hasta un 21% del total de días de IT por recurrencia⁽⁴⁸³⁾.

Algunos autores hablan de una probabilidad de recurrencia del 35% en el año siguiente a un período de IT⁽²²⁴⁾, sensiblemente superior al hallazgo de este estudio, porque incluyen todos los períodos de recurrencia de IT sean por la misma por diferente patología. En otros estudios hablan de una probabilidad de recurrencia de un 25% al año siguiente, que puede alcanzar hasta el 30% si se analizan los dos años anteriores⁽⁸⁹⁾ e incluso hasta el 60% en el caso de más de 4 episodios de IT previos⁽²³⁰⁾.

La mayoría de los autores en lo que insisten es en la necesidad de realizar actuaciones en las empresas, que puedan disminuir el riesgo de recaída, así como evaluaciones de la salud a los trabajadores que se incorporan tras un largo período de IT⁽²³⁴⁾, con objeto de analizar posibles causas de origen profesional en estas y poner las medidas adecuadas para atenuar o disminuir su contribución en la generación de un nuevo período de IT^(193,248,458,484,485).

4.4.18. Resultados económicos



En relación con el **coste de la IT**, se observan diferencias entre unas CCAA y otras, en relación con el coste por día y trabajador en IT. El importe de la IT en cada trabajador está directamente relacionado con su base de cotización, que es la que se utiliza para el cálculo de la base

reguladora como indica la LGSS⁽⁸⁾, de ahí la alta correlación que muestra el coeficiente Rho de Spearman en el análisis estadístico (*Gráfico 29, pág. 220*).

Pero el gasto total que cada CCAA representa en el gasto por IT depende no solo de las bases de cotización, sino del número total de días en IT. Según estos cálculos el gasto total en IT en 2019 supuso la cifra de 6.335.452.446,00 €, que como se puede observar es inferior a la que figura en el informe económico financiero de la Seguridad Social correspondiente a 2019 (9.653,12 millones de €)⁽¹²⁶⁾. Ello puede ser debido a que en este estudio no se incluye la totalidad de procesos de IT de España, como se ha comentado en el apartado de limitaciones.

Para poder comparar unas CCAA con otras se ha descrito qué porcentaje de ese gasto representa cada CCAA en el gasto total por IT en la Seguridad Social y además qué porcentaje supone, con respecto al PIB total de cada Comunidad o Ciudad Autónoma y los hallazgos de este estudio son concordantes con otros estudios que también analizan el porcentaje del PIB que cada año representa el absentismo por IT⁽¹³⁾ (*Gráfico 31, pág. 222*).

Cataluña y Madrid son las 2 CCAA que más recursos consumen del total del sistema, en IT. Además el coste de la IT no solo es el dinero que se destina en prestaciones económicas, que es lo que aquí se refleja, sino que hay que sumarle el número de horas perdidas de trabajo y la reducción de la productividad, entre otros^(30,486,487).

Es también importante analizar la posible relación entre el salario y la incapacidad temporal, ya que en algunos estudios se ha visto que la IT es más frecuente, entre los trabajadores con mayor sueldo. En este estudio este hecho no se demuestra, salvo en el caso de las “Actividades de los hogares como empleadores” y “Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca”, que son las actividades con menos salario medio y también muestran una baja tasa de IT. Como también se observa en este estudio, las “Actividades administrativas y servicios auxiliares” muestran una alta tasa de IT, a pesar de tener salarios bajos, en línea con los hallazgos anteriormente comentados (*Gráfico 33, pág. 225*).

Cuando se analiza la relación entre las bases de cotización y la duración de la IT por género se puede observar existe una correlación negativa, tanto en hombres como en mujeres, con una duración más corta en aquellos trabajadores que tienen bases de cotización más altas, lo cual es especialmente destacado en Madrid, Cataluña y País Vasco, aunque en línea con este estudio pueden ser mucho los factores que influyen. Este dato de alta cotización, baja duración de IT se corrobora también en otros estudios realizados en España^(12,30) (Gráficos 33 y 34, págs. 225 y 226).

Y en relación con el salario, se ha analizado su posible relación con las tasas de IT y muestra una correlación positiva, es decir, a mayor salario, existe una mayor tasa de IT, en línea con otros trabajos realizados en España, que informan de una mayor tasa de IT en los dos extremos, es decir en los trabajadores con salarios más elevados y en los que tienen salarios muy bajos^(389,488).

En este estudio, lo que también llama la atención es la existencia de actividades económicas con altas tasas de IT, aunque tienen salarios intermedios, especialmente las “Actividades de suministro de agua, saneamiento y gestión de residuos”, “Actividades sanitarias y servicios sociales”, así como “Actividades administrativas y servicios auxiliares”, corroborando lo anteriormente expresado de la alta tasa de IT en estos trabajadores, independientemente del salario que perciban.

4.4.19. Análisis histórico

Partiendo de la base de que esta tesis se ha realizado tras analizar los datos de la IT en relación con distintas variables en 2018 y como ampliación de ese estudio, se han comparado algunos ítems entre los dos años de estudio realizados (Gráficos 35, 36 y 37, págs. 227-229).

Como se puede observar, los datos son muy similares en cuanto a la incidencia, prevalencia y duración media, si acaso con una ligera tendencia a un incremento en todas las CCAA en 2019. Este hecho, ya ha sido comprobado en otros estudios, que encuentran un aumento a lo largo de los años en la IT^(12,234).

Con respecto a la duración de la IT en relación con la edad y el género, no hay una línea uniforme de tendencia, y los resultados solo indican, también pocas variaciones en este sentido, si acaso una leve tendencia a disminuir la duración en los tramos de edad más joven, y a aumentar la duración en los trabajadores de más edad (Tabla 33, pág. 230).

	16-25		26-35		36-45		46-55		56-65		> 65	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
29	25	39	38	46	48	60	75	73	75	102	107	
27	25	31	30	41	41	59	73	79	86	95	101	
18	16	30	28	39	39	56	69	72	69	105	109	
17	16	22	21	33	31	50	58	73	65	90	89	
27	25	41	40	54	58	73	69	87	90	99	113	
26	25	38	38	50	54	70	77	87	102	111	107	
16	14	26	25	36	36	50	63	62	71	78	82	
17	15	22	21	30	31	44	59	65	73	86	92	

Y para finalizar este estudio se ha querido ver la evolución histórica en los últimos 10 años de la IT en España, que muestra la tendencia al alza tanto de la incidencia como de la duración media (Gráfico 38, pág. 234).

Como se puede observar coincidiendo con la crisis económica existe una disminución de la incidencia y de la duración, lo cual ya se ha analizado en otros apartados y corrobora la teoría de que el trabajador en épocas de crisis económicas tiene miedo a perder el empleo si inicia un proceso de IT y si lo inicia este es de corta duración^(327,335).

Posteriormente con la progresiva recuperación de la Economía se observa un incremento tanto de la incidencia como de la duración media.

En el año 2020 se produce un cambio brusco de tendencia, con un claro descenso de la incidencia de la IT y un aumento de la duración media, indudablemente marcada por la crisis sanitaria, social y económica provocada por la pandemia por coronavirus^(217,489).

4.5. LIMITACIONES

- La principal limitación de este trabajo viene derivada de su propio diseño, ya que al ser un estudio transversal no nos permite poder inferir causalidad entre los distintos factores analizados y el comportamiento de la IT.
- La pérdida de los trabajadores con IT de duración menor o igual a 3 días también produce sesgos en algunos resultados, ya que estos días de IT pueden influir en la productividad de las empresas y pueden constituir una fuente importante de absentismo laboral en algunos ámbitos laborales.
- Al estar excluidos los trabajadores pertenecientes a las distintas mutualidades de España (MUFACE; MUGEJU e ISFAS) impide tener una visión completa de la IT en los trabajadores públicos.
- El diseño del estudio y la obtención de datos anonimizados no ha permitido realizar el análisis de factores personales del trabajador y su entorno, que puedan influir en los resultados, tales como estructura familiar, estado civil, nivel educativo, lugar de domicilio (rural, urbano, gran ciudad...) y lugar de trabajo (tamaño de la empresa) fundamentalmente.
- No ha sido posible el estudio de las comorbilidades y otros factores de riesgo.
- La no existencia de las Unidades Médicas del INSS en Cataluña, produce una falta de información con respecto al comportamiento de la IT por Capítulos diagnósticos en esa CCAA.
- La fuente de datos, partes de baja de IT fundamentalmente, puede ser motivo de sesgo en su origen, si no está bien codificada la ocupación del trabajador (según nivel CNO-11) y/o el diagnóstico del proceso de IT.
- La pérdida de alguno de estos partes de IT en determinados análisis y en determinadas CCAA por “no información” también produce distorsión de alguno de los análisis realizados.

- Los datos relacionados con las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, en algunos ítems, pueden ser erróneos, debido a problemas de análisis derivado de falta de información, como se recoge en algunas estadísticas del INE.



Hacia el mercado de Calcuta (Autora: Victoria Rivas Bustos)

5. CONCLUSIONES

5.1. CONCLUSIONES

1. La incapacidad temporal es una de las prestaciones más importantes del sistema de Seguridad Social, no solo por su trascendencia económica, social o sanitaria, sino también por su magnitud en la gestión y mantenimiento del Estado de bienestar.
2. Existen diferencias significativas en los principales indicadores de la incapacidad temporal y en los factores que intervienen, entre las distintas Comunidades y Ciudades Autónomas de España.
3. La incapacidad temporal tiene un carácter multidimensional y multifactorial, donde intervienen factores de riesgo (influyen en el inicio de la incapacidad temporal) y factores pronósticos (influyen en la duración).
4. La incidencia media más alta se encuentra en Navarra; la prevalencia más alta en Galicia y la duración media más larga en Extremadura. La menor incidencia se halla en Extremadura, la menor prevalencia se encuentra en Madrid y la duración media más corta, en Navarra.
5. La incidencia de la IT en España es mayor en las CCAA con una mayor renta per cápita, con mayor tasa de ocupación, en los más jóvenes, en las mujeres, en las CCAA que tienen mejor calidad de su SPS, una mayor densidad de médicos de Atención Especializada y un mayor porcentaje de población que percibe su salud como “Muy mala”.
6. La prevalencia media es más alta en aquellas CCAA que tienen una mayor densidad de médicos de Atención Primaria y presentan las cifras más altas de gasto sanitario.
7. La duración media es menor en las CCAA con una mejor calidad de su Sistema Público de Salud
8. La incidencia y duración media es más altas en la mujer que en el hombre, si bien, estas diferencias son poco significativas.
9. Las tasas de IT son más altas en los trabajadores más jóvenes, aunque el mayor porcentaje de trabajadores en IT se encuentra en los tramos de edad intermedios en todas las CCAA.
10. La edad aumenta la duración media de la incapacidad temporal.

11. La incidencia es más alta en el trabajador asalariado que en el autónomo, pero la duración media es mucho más prolongada en el autónomo en todas las CCAA.
12. Las contingencias profesionales tienen una menor incidencia y duración media de la IT y existen menos diferencias entre las CCAA, que en el caso de contingencias comunes.
13. La duración media de la IT es mucho más larga en el caso de que la Entidad Gestora sea el Instituto Social de la Marina. No hay diferencias significativas en la incidencia, ni en la duración media entre la gestión realizada por el INSS o por las MCSS.
14. En todos los Capítulos diagnósticos, hay diferencias significativas en la duración media entre las distintas CCAA.
15. Las mayores tasas de incapacidad temporal se encuentran en los trabajadores de menor cualificación (ocupaciones elementales), en la industria manufacturera y construcción y en los empleados de oficina y otras actividades administrativas.
16. Los sectores de actividad económica que más bajas tienen son los sectores administrativos, gestión de residuos, actividades sanitarias y administración pública.
17. La incapacidad temporal es más alta y de mayor duración en los trabajadores del sector público, que en los del sector privado.
18. Existe una asociación entre salario e incapacidad temporal en nuestro país, sobre todo en la duración media en relación con una menor duración, en aquellos trabajadores con bases de cotización más altas.
19. No hay diferencias en la IT entre los años 2018 y 2019, si bien la tendencia temporal en los últimos años ha sido a un aumento tanto de la incidencia, como de la duración media. Esta tendencia se rompe bruscamente en 2020.

5.2. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA


De la realización de esta tesis doctoral se han publicado 2 artículos, elaborados por la doctoranda, directoras y tutora.

El primero, en la revista BMJ Open, en octubre de 2020, que le sirve de base y lo complementa. Es un estudio descriptivo sobre la IT, también analizado por CCAA correspondiente al año 2018.

Open access

Original research

BMJ Open Descriptive study of sickness absence in Spanish regions in 2018: database study

Matilde Leonor Alba-Jurado,¹ María José Aguado-Benedí,²
Noelia Moreno-Morales,³ Maria Teresa Labajos-Manzanares,³
Rocío Martín-Valero ³

To cite: Alba-Jurado ML, Aguado-Benedí MJ, Moreno-Morales N, *et al.* Descriptive study of sickness absence in Spanish regions in 2018: database study. *BMJ Open* 2020;**10**:e038239. doi:10.1136/bmjopen-2020-038239

► Prepublication history for this paper is available online. To view these files, please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038239>).

Received 09 March 2020
Revised 23 September 2020
Accepted 01 October 2020

ABSTRACT

Objectives To provide a wide and thorough description of sickness absence (SA) in Spain, focussing on the different regions of the country and the main characteristics of SA.

Methods A study of the SA spells in Spain, managed by the medical units of the National Institute of Social Security in 2018. The geographical scope of this observational study is the regions (Autonomous Community). Incidence, prevalence, and average duration SA in employees and self-employed are described. The study also describes the differences between non-work-related SA and work-related SA. In age and sex variables, the incidence and the average duration are described. The average duration by Diagnostic Chapters (International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)) and the highest number of SA spells by occupational activity and diagnosis are analysed.

Results A total of 540 045 SA spells are analysed by non-work-related SA and 63 441 by work-related SA. The national average prevalence in non-work-related SA spells is 32.98/1000 among employed and 30.48/1000 among

Strengths and limitations of this study

- The greatest strength of this study is the broad representativeness of its data.
- The data used are at a national level, which allows a great perspective of sickness absence (SA) in Spain.
- In this study, it has not always been possible to compare the data between employed and self-employed workers.
- It has not always been possible to distinguish in this study between non-work-related and work-related in all SA spells.
- SA spells lasting less than 4 days has not been included in this study.

(benefits for SA). In Spain, there is a distinction between non-work-related SA (common disease and non-occupational accident) and



© Author(s) (or their employer(s)) 2020. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

¹Medical Unit, National Institute of Social Security, Malaga, Medical Inspector, Spain

²Director of Coordination of Medical Units, National Institute of Social Security, Madrid, Chief Medical Inspector, Spain

³Physiotherapy, University of Malaga Faculty of Health Sciences, Malaga, Spain

Correspondence to
Dr Rocio Martin-Valero;
rovailemas@gmail.com

national average prevalence in non-work-related SA spells is 32.98/1000 among employed and 30.48/1000 among self-employed; in work-related SA spells, the prevalence is 3.99/1000. The national incidence in non-work-related SA spells is 24.8/1000 for employees and 9.51/1000 for self-employed workers; in work-related SA spells the incidence is 3.55/1000. The average duration is 58.67 days, with the longest duration being neoplasms and the shortest corresponding to infectious disease. The Community of Madrid shows the lowest prevalence, incidence and average duration in work-related SA. Influenza is the diagnosis that generates the largest number of SA spells. Activities of call centres and temporary employment agency activities are the occupations that have the highest number of SA spells.

Conclusions The biggest differences are found in the incidence and average duration, between the non-work-related SA spells and work-related SA. If those characteristics of the SA in which a region is more in deficit are known, it will be possible to do better management of the SA.

INTRODUCTION

Sickness absence (SA) is one of the benefits of Social Security, included in article 169 of the Consolidated Text of the General Law of Social Security, RDL 8/2015 of 30th October. It comprises benefits in kind (medical assistance) and monetary compensations


disease and non-occupational accident) and work-related SA (professional illness and occupational accident). The differences between one group and the other can be seen both in the economic amount of the benefits due to sick leave and in the social security contributions. To be entitled to this subsidy, there must be medical examination and SA is certified by the family practitioner from the State Health Services, in case of common disease and non-occupational accident. If it is caused by occupational accidents or professional illness, this sick leave is certified by physicians ascribed to Insurance Companies linked to the Social Security system. Maximum duration of sick leave is 365 days, which can be extended for another 180 days if recovery and return of the worker to workplace are expected at that time. If the duration of sickness benefits has expired and the person's state of health has not improved enough to return to work, the worker may receive a disability pension. The maximum duration of SA benefits is similar to other countries nearby such as Germany, Belgium or Austria. However, there are considerable differences in all European Union countries

El segundo, se ha publicado en la revista *International Journal of Environmental Research and Public Health* (octubre de 2021), donde se analiza la relación entre la ocupación del trabajador con la IT en las distintas CCAA y Ciudades Autónomas en el año 2019.



Article

Occupation and Sickness Absence in the Different Autonomous Communities of Spain

Matilde Leonor Alba-Jurado ¹, María José Aguado-Benedí ², Noelia Moreno-Morales ³,
María Teresa Labajos-Manzanares ³ and Rocío Martín-Valero ^{3,*} 

¹ Medical Unit, National Institute of Social Security, 29010 Malaga, Spain; matilde-leonor.alba@seg-social.es

² National Institute of Social Security, 28036 Madrid, Spain; mjbenedi@yahoo.es

³ Department of Physiotherapy, Faculty of Health Science, Ampliación de Campus de Teatinos, University of Malaga, C/Arquitecto Francisco Peñalosa 3, 29071 Malaga, Spain; nmm@uma.es (N.M.-M.); mtlabajos@uma.es (M.T.L.-M.)

* Correspondence: rovalemas@uma.es; Tel.: +34-951952858

Abstract: The occupation of a worker is a determining factor of sickness absence (SA) and can influence both the beginning and continuation of the latter. This study describes SA in Spain, separately in the different Autonomous Communities (AC) in relation to the occupation of workers, with the aim of determining the possible differences in its frequency and duration, relating it also to the diagnosis. A total of 6,543,307 workers, aged 16 years and older, who had at least one episode of SA in the year 2019, constituted the study sample. The obtained results indicate that SA is more frequent and shorter in more elemental occupations. The average duration increases with age and is longer in women, except in technical and administrative occupations, where there is no gender divide. Sickness absences caused by musculoskeletal and mental disorders are more frequent in the lower occupational classes, although their average duration is shorter than in other, more qualified groups.



Citation: Alba-Jurado, M.L.; Aguado-Benedí, M.J.; Moreno-Morales, N.; Labajos-Manzanares, M.T.; Martín-Valero, R. Occupation and Sickness Absence in the Different Autonomous Communities of Spain. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 11453. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111453>

Aguado-Benedí, M.J.; Moreno-Morales, N.; Labajos-Manzanares, M.T.; Martín-Valero, R. Occupation and Sickness Absence in the Different Autonomous Communities of Spain. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 11453. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111453>

Academic Editor: Subas Neupane

Received: 27 August 2021

Accepted: 28 October 2021

Published: 30 October 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

occupational classes, although their average duration is shorter than in other, more qualified groups. The ACs with shorter duration in almost all the occupational groups are Madrid, Navarre and the Basque Country. In conclusion, SA is more frequent and shorter in lower occupational classes.

Keywords: sickness absence; occupation health; occupational class; Autonomous Community

1. Introduction

In Spain, sickness absence (SA) is defined as that situation in which a worker cannot perform his/her job due to illness or injury and receives financial aid from the Social Security system [1].

The maximum duration of this financial aid is one year, which can be extended up to 6 months if it can be predicted that the worker may improve his/her health state in that period and go back to work. In order to be entitled to this benefit, in case of common disease, the worker must have contributed a minimum of 180 days in the previous 5 years at the beginning of the SA. In the case of professional illness or accident, whether occupational or not, no previous contribution period is required [1].

This situation affects both the workers who carry out their job as employees and those workers who work for themselves, i.e., self-employed workers or business owners.

The recognition of SA requires a medical certificate, generally from a doctor of the National Health System in the case of common eventualities, or a doctor of one of the Insurance Companies Linked to the Social Security System in the case of professional eventualities. These doctors are also in charge of issuing certificates for the worker if the latter continues to be sick or injured, declaring that he/she cannot go back to work, until he/she improves to the point that he/she can resume his/her working activity. In some cases, the consequences of the disease or accident are so severe that the worker can be permanently unable to perform his/her job or any job in general; this recognition is done

5.3. PROSPECTIVA

A partir de los resultados hallados en la investigación, se plantea la posibilidad de futuras líneas de intervención o prospectiva en relación con nuestro tema de estudio:

1. Realizar este tipo de investigación o similar periódicamente lo que permitirá poder ver tendencias temporales y si se modifican los indicadores o los resultados, ver las posibles causas que hayan producido estos cambios.
2. Comparar con estudios a nivel europeo o internacional de similares características, que permitan obtener conclusiones sobre la incapacidad temporal en relación con los países de nuestro entorno.
3. Hacer estudios con otros diseños, por ejemplo, estudios de cohortes de larga duración, que permitan establecer causalidad entre algunos de los factores aquí estudiados y la incapacidad temporal.
4. Profundizar más en el análisis en aquellas CCAA en las que se han encontrado mayores diferencias con respecto al resto y si es posible, modificar las causas de estas diferencias que indiquen una peor gestión y control de la prestación.
5. Promover la realización de estudios en cuyo diseño se contemplen variables relacionadas con características personales del trabajador, tales como estado civil, estructura familiar, nacionalidad, nivel de estudios, lugar de residencia y lugar de trabajo, que permita el análisis de factores que aquí no han podido ser estudiados.
6. Al igual que se han realizado en algunos países europeos documentos y procedimientos analíticos, orientadores de la duración de la IT, se deberían promover en nuestro país este tipo de estudios, como una herramienta eficaz de gestión clínica y económica de las situaciones de IT.

6.4. COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

Antes de hablar sobre las competencias adquiridas quisiera hacer mención a que durante los 30 años que llevo siendo licenciada en Medicina mi motivación ha sido siempre la constante preocupación por el aprendizaje y la actualización tanto teórica como práctica, no solo desde un punto de vista médico en el sentido estricto de la palabra, sino abarcando otros ámbitos como la gestión, buscando aquellas innovaciones que nos permitieran realizar el trabajo de forma más eficiente, justa y adecuada a las circunstancias sociales y económicas de nuestro entorno.

Esta inquietud interna que siempre me acompaña, ha hecho que me preocupara por formarme en otros ámbitos de estudio, como ha ocurrido con la obtención del título de Grado en Ciencias Políticas y de la Administración Pública en 2014, gracias a la Universidad de Educación a Distancia y la realización de dos másteres que completaran mi formación como inspector médico, uno en Salud Internacional, por la Universidad de Málaga, que me ha permitido continuar mi formación de postgrado y un máster en Valoración de la Incapacidad Laboral y la Dependencia, por la Universidad de Alcalá de Henares. Gracias a esta formación ha sido posible la realización de esta tesis doctoral.

Este gran mar de conocimientos en el que me he sumergido al realizar la tesis me ha aportado importantes habilidades en parcelas que dominaba poco, tales como el análisis estadístico, la manipulación de grandes bases de datos con el programa Excel®, la familiarización con artículos científicos en otros idiomas, el manejo del gestor bibliográfico Mendeley ® y un mejor conocimiento del procesador de textos Word®.

Fundamentalmente me ha aportado un conocimiento más profundo y validado científicamente sobre la incapacidad temporal que aunque forma parte de mi trabajo diario, al realizar esta investigación he

comprobado que los problemas locales de esta prestación, son problemas generales del conjunto de la IT en España y en Europa; que los factores que intuía como importantes en ella, en muchos casos han corroborado mi intuición y en otros casos ha sido refutada; que es una prestación realmente compleja, con multitud de variables que influyen en ella, muchas de las cuales pueden ser modificables en aras a conseguir una mejor calidad y una mejora en la gestión, que pueda garantizar su continuidad como parte muy importante de nuestro Estado de bienestar.

Y finalmente, y no por ello menos importante, me ha aportado humildad profesional, ya que soy consciente de lo poco que sabemos sobre este tema y de la visión tan parcelada que tenemos cada uno de los actores que intervienen en la gestión y control de la IT y que unir fuerzas, conocimientos y recursos, debería ser prioritario en nuestro día a día.



Rompiendo piedras en la cordillera Himalaya (Autora: Victoria Rivas Bustos)

7. BIBLIOGRAFÍA

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

1. Kuhn TS. The Structure of Scientific Revolutions. University of Chicago Press; 1962. 1–351 p.
2. Alba-Jurado ML, Aguado-Benedí MJ, Moreno-Morales N, Labajos-Manzanares MT, Martín-Valero R. Descriptive study of sickness absence in Spanish regions in 2018: Database study. *BMJ Open*. 2020;10(10):1–17.
3. Vicente-Herrero M, Terradillos-García M, Aguado-Benedí M, Capdevila-García L, Ramírez-Iñiguez de la Torre M, Aguilar-Jiménez E. Incapacidad y discapacidad: Diferencias conceptuales y legislativas. 2016;15.
4. Vicente-Herrero MT, Sánchez-Juan C, Terradillos-García MJ, Aguilar-Jiménez E, Capdevila-García L, Ramírez-Iñiguez De La Torre M V., et al. Minusvalía e incapacidad en la diabetes y sus complicaciones. Una revisión desde la legislación española. *Av en Diabetol*. 2010;26(6):451–6.
5. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García LM, Ramírez Iñiguez de la Torre M V., Aguilar Jiménez E, López-González AA. Minusvalía, discapacidad e incapacidad. Una revisión desde la legislación española. *Semergen*. 2010;36(8):456–61.
6. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Of del Estado*. 2013;1–44.
7. Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía. *Boletín Of del Estado*. 2000;22:3317–410.
8. Real Decreto 8/2015 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Of del Estado* [Internet]. 2015;1–157. Available from: <http://www.boe.es/boe/dias/1994/06/29/pdfs/A20658-20708.pdf>
9. Terradillos García MJ, Aguado Benedí MJ, García Puerto M, Sainz González J, Cabello Heranz MJ. Guía de valoración de incapacidad laboral temporal para médicos de atención primaria (2ª edición). Instituto de Salud Carlos III. 2015. p. 1–543.
10. Fernández Escalada E. Análisis de la Incapacidad Temporal desde la Atención Primaria. *Med Segur Trab (Madr)*. 2014;60(suppl 1):74–8.
11. Malo MA, Cueto B, García C, Pérez JI. La Medición del Absentismo: Estimaciones desde la perspectiva de las empresas y de las vidas laborales. *Secr Estado la Segur Soc*. 2012;
12. Villaplana García MD. Absentismo e Incapacidad Laboral. Promover Organizaciones Saludables como garantía de excelencia y efectividad organizativa [Internet]. Asturias CE y S del P de, editor. Oviedo; 2015. p. 1–203. Available from: <https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/5385>
13. The Adecco Group Institute. VIII Informe Adecco sobre absentismo. Madrid; 2019.
14. Blasco de Luna FJ, Barceló Larran D, Blázquez Agudo EM, Checa Martín JL, Alonso Ríos F. VIII informe Adecco sobre absentismo. Adecco Gr Institute Madrid. 2019;
15. Gervas J, Ruiz-Téllez Á, Pérez-Fernández M. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. *Secr Estado la Segur Soc*. 2006;71.
16. Porret M. El absentismo laboral en la empresa privada española. *Rev Tec Labor*. 2012;34:5–81.
17. RRHHDigital. Más de 100 millones de horas al mes se pierden por ausencias al puesto de trabajo [Internet]. [cited 2020 Nov 13]. Available from: http://www.rrhhdigital.com/secciones/mercado-laboral/137110/Mas-de-100-millones-de-horas-al-mes-se-pierden-por-ausencias-al-puesto-de-trabajo?target=_self
18. Cooper CL, Lu L. Presenteeism as a global phenomenon: Unraveling the psychosocial mechanisms from the perspective of social cognitive theory. *Cross Cult Strateg Manag*. 2016;23(2):216–31.
19. Lazo Páez A, Roldán Abellán B. Implicaciones del presentismo en la productividad laboral del área de la salud. *Med Leg Costa Rica*. 2015;32(1).
20. Magnusson Hanson LL, Leineweber C, Persson V, Hyde M, Theorell T, Westerlund H. Cohort profile: The Swedish longitudinal occupational survey of health (SLOSH). *Int J Epidemiol*. 2018;47(3):691-692I.

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

21. Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G, Josephson M. Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *J Occup Environ Med.* 2009;51(6):629–38.
22. Eurofound. Sixth European Working Conditions Survey-Overview report. Publ Off Eur Union, Luxemb. 2016;1–164.
23. Rhodes SM, Collins SK. The Organizational Impact of Presenteeism. *Radiol Manage.* 2015;37(5):27–34.
24. Johansen V, Aronsson G, Marklund S. Positive and negative reasons for sickness presenteeism in Norway and Sweden: A cross-sectional survey. *BMJ Open.* 2014;4(2):1–6.
25. Sanderson K. Presenteeism. Implications and health risks. *Med Pr.* 2013;64(3):439–47.
26. Gustafsson K, Marklund S. Associations between health and combinations of sickness presence and absence. *Occup Med (Chic Ill).* 2014;64(1):49–55.
27. Leineweber C, Westerlund H, Hagberg J, Svedberg P, Alexanderson K. Sickness presenteeism is more than an alternative to sickness absence: Results from the population-based SLOSH study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2012;85(8):905–14.
28. Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. *Boletín Of del Estado.* 2014;176:57579–95.
29. Real Decreto 1300 / 1995 , de 21 de julio , por el que se desarrolla , en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social , la Ley 42 / 1994 , de 30 de diciembre , de medidas fiscales , administrativas y de orden social. *Boletín Of del Estado.* 1995;198:1–7.
30. Alba Ramírez A. La incapacidad temporal para el trabajo : análisis económico de su incidencia y su duración. Universidad Carlos III de Madrid, editor. Univ Carlos III Madrid. 2009;150.
31. Unión General de Trabajadores (UGT). *Guía Incapacidad Temporal.* 2015. p. 52.
32. Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de Derechos Humanos.* 1946;
33. Llergo Muñoz A. Estudio de la Incapacidad Temporal en la Provincia de Córdoba. Factores determinantes y evolución temporal. Universidad de Córdoba; 2003.
34. Ley de 14 de diciembre de 1942 por la que se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad. *Boletín Of del Estado.* 1942;361:10592–7.
35. Decreto 907/1966, de 21 de abril, aprobado el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. *Boletín Of del Estado.* 1966;96:4778–869.
36. Rodríguez Escanciano S. El control de la incapacidad temporal: su incidencia sobre la contención del gasto público y el aumento de la productividad empresarial. *Temas laborales Rev andaluza Trab y bienestar Soc.* 2013;(118):113–54.
37. Torollo González FJ. El control de la incapacidad temporal y la impugnación del alta médica. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración - Libros y Revistas - VLEX 297389.* 2005.
38. Ley 24/1972, de 21 de junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social. *Boletín Of del Estado [Internet].* 1972;11174–7. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1972-907>
39. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. *Rel Decreto 53/1980, de 11 enero, por el que se modifica el artículo segundo del Reglamento General que determina la cuantía de las prestaciones económicas del Régimen General de la Seguridad Social, respecto a la prestación de incapacidad laboral transit.* 1980;
40. Real Decreto-Ley 5/1992, de 21 junio, de Medidas Presupuestarias Urgentes. 1992;25506–8.
41. Ley 28/1992, de 24 noviembre, de Medidas Presupuestarias Urgentes. *Boletín Of del Estado.* 1992;39984–7.

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

42. Ley 22/1993, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, de reforma del régimen jurídico de la función pública y de la protección por desempleo. Boletín Of del Estado. 1993;
43. Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y de orden social. Boletín Of del Estado. 1994;
44. Ley 66/1997 de medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. Boletín Of del Estado. 1997;489.
45. Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social [Internet]. Vol. 313, de 31, Boletín Oficial del Estado. 2001. p. 50493–619. Available from: http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=2001/24965
46. Real Decreto 1251/2001, de 16 de noviembre, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo. Boletín Of del Estado. 2001;42109–21.
47. Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. Boletín Of del Estado. 2002;
48. Real Decreto-ley 2/2003, de 25 de abril, de medidas de reforma económica. Boletín Of del Estado. 2003;16223–38.
49. Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006. Boletín Of del Estado. 2006;
50. Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social. Boletín Of del Estado [Internet]. 2007;(291, de 5 de diciembre):1–25. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2007-20910>
51. Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010. Boletín Of del Estado. 2009;
52. Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. Boletín Of del Estado. 2010;79278–326.
53. Real Decreto-ley 28/2018, de 28 de diciembre, para la revalorización de las pensiones públicas y otras medidas urgentes en materia social, laboral y de empleo. Boletín Of del Estado [Internet]. 2018;BOE-A-2018. Available from: <https://www.boe.es>
54. Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. «BOE» núm. 62, de 11 de marzo de 2020, páginas 24169 a 24177. 2020;24169–77.
55. Real Decreto-ley 13/2020, de 7 de abril, por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en materia de empleo agrario. Boletín Of del Estado [Internet]. 2020;98. Available from: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-4332
56. Gobierno De España. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Minist Inclusion, Segur Soc y Migr. 2020;1–33.
57. Vicente Pardo JM. La Incapacidad laboral como indicador de gestión sanitaria. Med Segur Trab (Madr). 2015;61(239):207–19.
58. González Hierro M. La gestión de la incapacidad temporal, veinte años de reformas normativas. Universidad de Salamanca; 2016.
59. Ruesga Benito SM, Carbajo Vasco D, Gómez V, Resa Nestares C, Da Silva Bichara J, Monsueto S. Mutuas de Accidentes de Trabajo y la Gestión de la Incapacidad Temporal. 2007;
60. Vicente Pardo JM. La gestión de la incapacidad laboral algo más que una cuestión económica. Med Segur Trab (Madr). 2018;64(251):131–60.
61. Ministerio de Empleo y Seguridad Social I. Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad temporal. 2017;758. Available from: <http://publicacionesoficiales.boe.es/detail.php?id=002827113-0001>
62. Microstrategy: definición y ventajas de este software de gestión [Internet]. [cited 2020 Nov 25].

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

Available from: <https://www.cice.es/noticia/microstrategy/>

63. Alba Jurado ML, Prieto García M. Acceso telemático a la historia clínica electrónica de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social por los médicos inspectores del INSS. Premios a la Calidad e Innovación en la Gestión Pública [Internet]. 2018; Available from: <https://sede.administracionespublicas.gob.es/valida>
64. Gobierno de España. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Minist Sanid. 2021;1–33.
65. Benlloch López MC, Ureña Ureña Y. El trabajo y la salud: los riesgos profesionales. In: Manual básico de seguridad y salud en el trabajo Instituto Valenciano de Seguridad y Salud en el Trabajo. 2018.
66. Raluy Alonso Á. Las palabras trabajar y trabajo en español peninsular e inglés americano: dos visiones cultural, etimológica y semánticamente.
67. Patricia M, Caraballo R, Ph D. Significado del trabajo desde la psicología del trabajo. Una revisión histórica, psicológica y social. *Psicol desde el Caribe*. 2017;34(2):120–38.
68. Ferrari REJ. La importancia del trabajo para la vida humana y el flagelo de la desocupación . In: VII Jornadas de Sociología de la UNLP Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata [Internet]. 2012. Available from: <https://www.aacademica.org/000-097/366>
69. Urbanos Garrido RM, González López-Valcárcel B. Unemployment and Health: An Analysis of the Impact of the Economic Crisis on the Health of the Spanish Population. *Estud Econ Apl*. 2013;31(2):2–24.
70. Renahy E, Mitchell C, Molnar A, Muntaner C, Ng E, Ali F, et al. Connections between unemployment insurance, poverty and health: A systematic review. *Eur J Public Health*. 2018;28(2):269–75.
71. Pohlan L. Unemployment and social exclusion. *J Econ Behav Organ* [Internet]. 2019;164:273–99. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2019.06.006>
72. Caicedo M, van Gameren E. Desempleo y salud mental en la población de origen hispano en estados unidos: Un análisis epidemiológico. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(3):955–66.
73. Arévalo-Pachón G. Tendencias en la investigación psicológica sobre desempleo y salud. *Rev Iberoam Psicol Cienc y Technol*. 2012;5(2):17–30.
74. Gomez MAL, Serra L, Deldos GL, Benavides FG. Employment history indicators and mortality in a nested case-control study from the Spanish WORKing life social security (WORKs) cohort. *PLoS One*. 2017;12(6):1–15.
75. Herbig B, Dragano N, Angerer P. Health in the Long-Term Unemployed. *Dtsch Arztebl Int*. 2013;110(23–24):413–9.
76. Córdoba-Doña JA, San Sebastián M, Escolar-Pujolar A, Martínez-Faure JE, Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: The role of unemployment, sex and age in Andalusia, Southern Spain. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):1–10.
77. Wang MC, Lin FL, Su HH, Kuo PL. Revisiting the Relationship Between Suicide and Unemployment in Mexico: Evidence From Linear and Non-linear Co-integration. *Front Public Heal*. 2020;8(March):1–8.
78. Benavides FG, Ruiz-Forès N, Delclós J, Domingo-Salvany A. Consumo de alcohol y otras drogas en el medio laboral en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2013;27(3):248–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.006>
79. Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente. Perfil de las adicciones en 2019. 2019;24.
80. Furåker B. On the social consequences of unemployment. *Eur Parliam Spec Comm Financ Econ Soc Cris*. 2009;
81. Clark AE, Lucas RE, Cnrs AEC, Jourdan D. Lags and Leads in Life Satisfaction : A Test of the Baseline Hypothesis Lags and Leads in Life Satisfaction : A Test of the Baseline Hypothesis *. 2006;(2526).

82. Bryngelson A. Long-term sickness absence and social exclusion. *Scand J Public Health*. 2009;37(8):839–45.
83. Vicente Pardo JM, López-Guillén García A. Cáncer en población trabajadora. Incapacidad y riesgo de exclusión laboral y social. *Med Segur Trab (Madr)*. 2018;64(253):354–78.
84. Wiberg M, Friberg E, Palmer E. Sickness absence and subsequent disposable income: A population-based cohort study. *Scand J Public Health*. 2015;43(4):432–40.
85. Markussen S. The individual cost of sick leave. *J Popul Econ*. 2012;25(4):1287–306.
86. Hultin H, Lindholm C, Möller J. Is there an association between long-term sick leave and disability pension and unemployment beyond the effect of health status?--a cohort study. *PLoS One*. 2012;7(4):1–7.
87. Oke A, Braithwaite P, Antai D. Sickness absence and precarious employment: A comparative cross-national study of Denmark, Finland, Sweden, and Norway. *Int J Occup Environ Med*. 2016;7(3):125–47.
88. Chadi A, Goerke L. Missing at work: Sickness-related absence and subsequent job mobility. Vol. 4, IAAEU Discussion Paper Series in Economics. 2015.
89. Roelen CAM, Koopmans PC, Schreuder JAH, Anema JR, van der Beek AJ. The history of registered sickness absence predicts future sickness absence. *Occup Med (Chic Ill)*. 2011;61(2):96–101.
90. Helgesson M, Johansson B, Nordqvist T, Lundberg I, Vingard E. Sickness absence at a young age and later sickness absence, disability pension, death, unemployment and income in native Swedes and immigrants. *Eur J Public Health*. 2015;25(4):688–92.
91. Taloyan M, Aronsson G, Leineweber C, Magnusson Hanson L, Alexanderson K, Westerlund H. Sickness Presenteeism Predicts Suboptimal Self-Rated Health and Sickness Absence: A Nationally Representative Study of the Swedish Working Population. *PLoS One*. 2012;7(9).
92. Gustafsson K, Marklund S. Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: A Swedish prospective cohort study. *Int J Occup Med Environ Health*. 2011;24(2):153–65.
93. Gustafsson K, Lundh G, Svedberg P, Linder J, Alexanderson K, Marklund S. Disability, sickness, and unemployment benefits among long-term sickness absentees five years before, during, and after a multidisciplinary medical assessment. *J Multidiscip Healthc*. 2011;25.
94. Salonen L, Blomgren J, Laaksonen M. From long-term sickness absence to disability retirement: Diagnostic and occupational class differences within the working-age Finnish population. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1–11.
95. Salonen L, Blomgren J, Laaksonen M, Niemelä M. Sickness absence as a predictor of disability retirement in different occupational classes: A register-based study of a working-age cohort in Finland in 2007-2014. *BMJ Open*. 2018;8(5):1–8.
96. Kivimäki M, Ferrie JE, Hagberg J, Head J, Westerlund H, Vahtera J, et al. Diagnosis-specific sick leave as a risk marker for disability pension in a Swedish population. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(10):915–20.
97. Wallman T, Wedel H, Palmer E, Rosengren A, Johansson S, Eriksson H, et al. Sick-leave track record and other potential predictors of a disability pension. A population based study of 8,218 men and women followed for 16 years. *BMC Public Health*. 2009;9:1–12.
98. Friberg E, Gustafsson K, Alexanderson K. Hearing difficulties, ear-related diagnoses and sickness absence or disability pension--a systematic literature review. *BMC Public Health [Internet]*. 2012;12(1):772. Available from: BMC Public Health
99. Laaksonen M, Blomgren J, Gould R. Sickness allowance trajectories preceding disability retirement: A register-based retrospective study. *Eur J Public Health*. 2016;26(6):1050–5.

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

100. Helgadóttir B, Narusyte J, Ropponen A, Bergström G, Mather L, Blom V, et al. The role of occupational class on the association between sickness absence and disability pension: A Swedish register-based twin study. *Scand J Work Environ Heal*. 2019;45(6):622–30.
101. Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Shipley MJ, Vahtera J, Marmot MG. Sickness absence as a global measure of health: Evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *Br Med J*. 2003;327(7411):364–8.
102. Ferrie JE, Vahtera J, Kivimäki M, Westerlund H, Melchior M, Alexanderson K, et al. Diagnosis-specific sickness absence and all-cause mortality in the GAZEL study. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(1):50–5.
103. Vahtera J, Pentti J, Kivimäki M. Sickness absence as a predictor of mortality among male and female employees. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(4):321–6.
104. Gjesdal S, Ringdal PR, Haug K, Maeland JG, Vollset SE, Alexanderson K. Mortality after long-term sickness absence: Prospective cohort study. *Eur J Public Health*. 2008;18(5):517–21.
105. Gervas J, Ruiz Téllez Á, Fernández MP. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión [Internet]. 2006. Report No.: 85/2006. Available from: <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/c9b87993-a334-4a6d-ba8d-5c873b789990/42.+La+incapacidad+laboral+en+su+contexto+medico.+Problemas+clinicos+y+de+gestion.%28Castellano%29.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
106. Ginès i Fabrella A. Las prestaciones de la Seguridad Social derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional. *Libr y Rev - VLEX 393451226*. 2018;43–79.
107. Real Decreto-ley 28/2018, de 28 de diciembre, para la revalorización de las pensiones públicas y otras medidas urgentes en materia social, laboral y de empleo. *Boletín Of del Estado*. 2019;(11):2260–8.
108. Definición de accidente de Trabajo | ISTAS [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 27]. Available from: <https://istas.net/salud-laboral/danos-la-salud/accidentes-y-enfermedades-definiciones/definicion-de-accidente-de>
109. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Informe anual de accidentes de trabajo en España 2019 [Internet]. Madrid: Servicio de Ediciones y Publicaciones del INSST; 2020. p. 1–57. Available from: <http://www.insst.es/catalogo-de-publicaciones>
110. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Informe de los accidentes laborales de tráfico 2019. *Minist Trab y Econ Soc*. 2020;
111. Asepeyo. Todo lo que debes saber sobre la enfermedad profesional [Internet]. [cited 2021 Jan 17]. Available from: <https://www.asepeyo.es/blog/empresa-saludable/lo-debes-saber-la-enfermedad-profesional/>
112. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. *Boletín Of del Estado [Internet]*. 2006;1–40. Available from: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-22169-consolidado.pdf>
113. Montserrat G-G. Occupational diseases of musicians: the price of perfection. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2018;21(1).
114. Lobato Cañón JR. Valoración médica de la contingencia profesional. *Med Segur Trab (Madr)*. 2014;60:164–73.
115. García Gómez M, Castañeda López R, Herrador Ortiz Z, Montoya Martínez LM, Élvarez Maeztu E, Simón Soria F, et al. Estudio epidemiológico de las enfermedades profesionales en España (1990-2014). Madrid. Ministerio de Sanidad SS e I, editor. 2014.
116. Seguridad Social SE. Seguridad Social: Estadísticas [Internet]. 2019 [cited 2021 Jan 17]. Available from: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST231/2052>
117. Renedo Juárez MJ. La Recomendación Europea y las principales modificaciones que incorpora la

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

nueva regulación de enfermedades profesionales. El Laboralista. 2018;1–30.

118. Gómez T, Matarín E, Montes J. Historia del seguro de enfermedad en España. Catarata L libros de la editor. Madrid; 2020. 125 p.
119. Ruesca Benito SM, Carbajo Vasco D, Peragón Lorenzo L, Da Silva Bichara J, Pérez Trujillo M. Hacia un nuevo modelo de financiación de la seguridad social en España. Sostenibilidad del Sist pensiones [Internet]. 2012;150–308. Available from: http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/Tema1/index.htm
120. ¿Qué es el tipo de cotización? - Diccionario de Anfix [Internet]. [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://www.anfix.com/blog/diccionario/tipo-de-cotizacion>
121. Lusinyan L, Bonato L. Work absence in Europe. IMF Staff Pap. 2007;54(3):475–538.
122. Peña Longobardo LM, Aranda Reneo I, Oliva-Moreno J, Vall Castello J. Evaluación de las pérdidas laborales provocadas enfermedades y lesiones en España en el año 2009. Rev Evaluación Programas y Políticas Públicas [Internet]. 2016;1(6):66–85. Available from: <http://revistas.uned.es/index.php/REPPP/article/view/13841>
123. Collins JJ, Baase CM, Sharda CE, Ozminkowski RJ, Nicholson S, Billotti GM, et al. The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers. J Occup Environ Med. 2005;47(6):547–57.
124. Secretaria de Estado de la Seguridad Social. Convenio entre el ministerio de empleo y Seguridad Social (INSS) y la Comunidad Autónoma de Aragón para el control de la incapacidad temporal durante el período 2017 a 2020. 2017. p. 114–25.
125. Nagata T, Mori K, Ohtani M, Nagata M, Kajiki S, Fujino Y, et al. Total Health-Related Costs Due to Absenteeism, Presenteeism, and Medical and Pharmaceutical Expenses in Japanese Employers. J Occup Environ Med. 2018;60(5):e273–80.
126. Secretaría de Estado de la Seguridad. Informe Económico-Financiero del Proyecto de Presupuestos de Seguridad Social, ejercicio 2019. 2019;Tomo III:524. Available from: <http://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/3aa925cb-ece2-4477-acbf-7e3f853d8977/TOMO+III.-+INFORME+ECONOMICO-FINANCIERO-P.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>
127. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. 2010.
128. Social protection - Public spending on incapacity - OECD Data [Internet]. 2019. [cited 2021 Jan 21]. Available from: <https://data.oecd.org/socialexp/public-spending-on-incapacity.htm>
129. Arnold D. Benefit Morale and Cross-Country Diversity in Sick Pay Entitlements. Trier; 2012. (IAAEU Discussion Paper Series in Economics). Report No.: No.11/2012.
130. OECD. Sickness , Disability and Work : Breaking the Barriers Sickness , Disability and Work Sweden: Will the Recent Reforms Make it? 2009;51.
131. Organización Internacional del Trabajo. Normas internacionales del trabajo sobre la seguridad social. 2015.
132. Organización Internacional del Trabajo. ILO-UN Social Protection Floor Initiative: The role of social security in crisis response and recovery, and beyond. 2019.
133. Asamblea General de las Naciones Unidas. ACNUDH | Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Resolución [Internet]. 1966;(2200A (XXI)):1–10. Available from: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
134. Unión Europea. Carta De Los Derechos Fundamentales De La Unión Europea. D Of las Comunidades Eur. 2000;1–22.
135. Unión Europea. Versión Consolidada Del Tratado De Funcionamiento De La Unión Europea. D Of la

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

Unión Eur. 2012;

136. Spasova S, Bouget D, Vanhercke B. Sick pay and sickness benefit schemes in the European Union. *Eur Comm Dir Employment, Soc Aff Incl.* 2016;(October):42.
137. Department for Work & Pensions. Health in the workplace – patterns of sickness absence , employer support and employment retention. 2019;(July):1–30. Available from: [https://www.gov.uk/government/statistics/health-in-the-workplace-patterns-of-sickness-absence-employer-support-and-employment-retention?utm_source=The King%27s Fund newsletters %28main account%29&utm_medium=email&utm_campaign=10721199_NEWSL_HWB_2019-07-22](https://www.gov.uk/government/statistics/health-in-the-workplace-patterns-of-sickness-absence-employer-support-and-employment-retention?utm_source=The+King%27s+Fund+newsletters+%28main+account%29&utm_medium=email&utm_campaign=10721199_NEWSL_HWB_2019-07-22)
138. Subdirección General de Relaciones Internacionales Sociolaborales. Estudio comparado de los sistemas de protección por Incapacidad Temporal. *Rev Actual Int Sociolab.* 2019;238:1–224.
139. Organización Internacional del Trabajo. Informe Mundial Sobre La Proteccion Social 2017-2019. 2017. 125 p.
140. Unión Europea. MISSOC. Mutual Information System on Social Protection. 2020.
141. CEE. Recomendación de la Comisión, de 19 de septiembre de 2003, relativa a la lista europea de enfermedades profesionales. D Of N°238 [Internet]. 2003;(96):28–34. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32003H0670:ES:HTML>
142. Grau-López L, Daigre C, Granell A, Grau-López L, Fadeuilhe C, Calcedo-Barba A, et al. Factores asociados a la incapacidad laboral temporal en peritajes psiquiátricos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2016;44(4):119–24.
143. Pérez Morote ML. Análisis del resultado en el proceso de incapacidad temporal en el área sanitaria de Albacete. Influencia del estado de salud, factores sociodemográficos, satisfacción laboral y locus de control. Universidad de Castilla La Mancha; 2014.
144. Allebeck P, Mastekaasa A. Risk factors for sick leave - general studies. Vol. 32, *Scandinavian Journal of Public Health, Supplement.* 2004. 49–108 p.
145. Lidwall U, Bergendorff S, Voss M, Marklund S. Long-term sickness absence: Changes in risk factors and the population at risk. *Int J Occup Med Environ Health.* 2009;22(2):157–68.
146. Lidwall U. Long-term sickness absence: Aspects of Society , Work , and Family. 2010. 56 p.
147. Vaquero Abellán M. Factores que influyen en la incapacidad temporal de larga duración. Propuesta de screening y de intervención. *Minist Trab e Inmigr Secr Estado Segur Soc.* 2011;1–21.
148. Kristensen TR, Jensen SM, Kreiner S, Mikkelsen S. Socioeconomic status and duration and pattern of sickness absence. A 1-year follow-up study of 2331 hospital employees. *BMC Public Health* [Internet]. 2010;10(1):643. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/643>
149. Stapelfeldt CM, Nielsen CV, Andersen NT, Krane L, Borg V, Fleten N, et al. Sick leave patterns as predictors of disability pension or long-term sick leave: A 6.75-year follow-up study in municipal eldercare workers. *BMJ Open.* 2014;4(2):1–9.
150. Livanos L, Zangelidis A. Sickness Absence: A Pan-European Study [Internet]. Munich Personal RePEc Archive. 2010. Report No.: 22627. Available from: <http://mpira.ub.uni-muenchen.de/22627/>
151. Chaker L, Falla A, van der Lee SJ, Muka T, Imo D, Jaspers L, et al. The global impact of non-communicable diseases on macro-economic productivity: a systematic review. *Eur J Epidemiol* [Internet]. 2015;30(5):357–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10654-015-0026-5>
152. González T. Entendiendo el uso y resultados del indicador años de vida ajustados por discapacidad. 2016;195–210.
153. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Data Resources | GHDx [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 22]. Available from: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-2019>
154. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

de Salud de España 2017 [Internet]. 2017 [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

155. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud España 2017. Informe monográfico de Salud Mental. Ens 2017-2018. 2017;pp 21-25.
156. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultado de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. 2010;22(3):389–95.
157. Cocker F, Nicholson JM, Graves N, Oldenburg B, Palmer AJ, Martin A, et al. Depression in working adults: Comparing the costs and health outcomes of working when ill. *PLoS One*. 2014;9(9).
158. Oliveira Santana BR, Barros AO, Rebello De Matos RMP, Pimentel D. Depressive disorders as cause of absenteeism among public sector health care workers in Sergipe, Brazil, from 2009 to 2017. *Rev Bras Med do Trab*. 2019;17(3):346–54.
159. Catalina-Romero C, Pastrana-Jiménez JI, Tenas-López MJ, Martínez-Munñoz P, Ruiz-Moraga M, Fernández-Labandera C, et al. Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occup Med (Chic Ill)*. 2012;62(5):375–8.
160. Catalina-Romero C, Martínez-Munñoz P, Quevedo-Aguado L, Ruiz-Moraga M, Fernández-Labandera C, Calvo-Bonacho E. Predictores de la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en los trastornos de ansiedad. *Gac Sanit*. 2013 Jan;27(1):40–6.
161. Paredes Rizo ML, Vázquez Ubago M. Estudio descriptivo sobre las condiciones de trabajo y los trastornos musculoesqueléticos en el personal de enfermería (enfermeras y AAEE) de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. *Med Segur Trab (Madr)*. 2018;64(251):161–99.
162. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT). VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo [Internet]. 2011. p. 1–160. Available from: <http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.1f1a3bc79ab34c578c2e8884060961ca/?vgnnextoid=100b47975dcd8310VgnVCM1000008130110aRCRD&vgnnextchannel=ac18b12ff8d81110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD>
163. Trastornos musculoesqueléticos [Internet]. [cited 2021 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
164. Tornero Molina J, Fernández Prada M, Gómez-Castresana Bachiller F, Hermonsa Hernán JC, Kazemi Banyhashemi A, Miguéns Vázquez X, et al. Dolor lumbar. Vol. 33, Fundación para la Formación de la OMC. 2018. 120–137 p.
165. Vicente-Herrero MT, López-González A, Ramírez Iñiguez de la Torre M V., Capdevila García LM, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E. Dolor y trabajo. Influencia de variables sociodemográficas en la respuesta terapéutica y la productividad laboral. *Semergen*. 2016;42(6):370–9.
166. Lázaro P, Parody E, García-Vicuña R, Gabriele G, Jover JÁ, Sevilla J. Coste de la incapacidad temporal debida a enfermedades músculo-esqueléticas en España. Madrid: Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS); 2010. p. 24.
167. Lázaro P, Parody E, García-Vicuña R, Gabriele G, Jover JÁ, Sevilla J. Coste de la incapacidad temporal debida a enfermedades musculoesqueléticas en España. *Reumatol Clin [Internet]*. 2014 Mar 1;10(2):109–12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X13001472?via%3Dihub>
168. Burdorf A, Naaktgeboren B, Post W. Prognostic factors for musculoskeletal sickness absence and return to work among welders and metal workers. *Occup Environ Med*. 1998;55(7):490–5.
169. Wertli MM, Rasmussen-Barr E, Weiser S, Bachmann LM, Brunner F. The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: A systematic review. *Spine J [Internet]*. 2014;14(5):816-836.e4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.spinee.2013.09.036>

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

170. Wynne-Jones G, Cowen J, Jordan JL, Uthman O, Main CJ, Glozier N, et al. Absence from work and return to work in people with back pain: A systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2014;71(6):448–58.
171. Kausto J, Pentti J, Oksanen T, Virta LJ, Virtanen M, Kivimäki M, et al. Length of sickness absence and sustained return-to-work in mental disorders and musculoskeletal diseases: A cohort study of public sector employees. *Scand J Work Environ Heal.* 2017;43(4):358–66.
172. Ropponen A, Gémes K, Frumento P, Almondo G, Bottai M, Friberg E, et al. Predicting the duration of sickness absence spells due to back pain: A population-based study from Sweden. *Occup Environ Med.* 2020;77(2):115–21.
173. Richter JM, Blatter BM, Heinrich J, De Vroome EMM, Anema JR. Prognostic factors for disability claim duration due to musculoskeletal symptoms among self-employed persons. *BMC Public Health.* 2011;11.
174. Airaksinen J, Jokela M, Virtanen M, Oksanen T, Pentti J, Vahtera J, et al. Development and validation of a risk prediction model for work disability: Multicohort study. *Sci Rep.* 2017;7(1):1–12.
175. Hallegraeff JM, Krijnen WP, van der Schans CP, de Greef MHG. Expectations about recovery from acute non-specific low back pain predict absence from usual work due to chronic low back pain: A systematic review. *J Physiother.* 2012;58(3):165–72.
176. Demou E, Smith S, Bhaskar A, Mackay DF, Brown J, Hunt K, et al. Evaluating sickness absence duration by musculoskeletal and mental health issues: A retrospective cohort study of Scottish healthcare workers. *BMJ Open.* 2018;8(1):1–11.
177. Reme SE, Tangen T, Moe T, Eriksen HR. Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *Eur J Pain.* 2011;15(10):1075–80.
178. Ubalde-Lopez M, Delclos GL, Benavides FG, Calvo-Bonacho E, Gimeno D. The effect of multimorbidity on sickness absence by specific diagnoses. *Occup Med (Chic Ill).* 2017;67(2):93–100.
179. Yoshimoto T, Oka H, Katsuhira J, Fujii T, Masuda K, Tanaka S, et al. Prognostic psychosocial factors for disabling low back pain in Japanese hospital workers. *PLoS One.* 2017;12(5):1–12.
180. García García Á, Ramos Ramos C, Toledo Hervás B, Inchausti Sánchez V, González Ramirez C, Fernández Bardisa H, et al. Evolución del impacto de la cardiopatía isquémica en la reincorporación laboral de trabajadores españoles. *Med Segur Trab (Madr).* 2015;61(240):325–41.
181. Català Tella N, Serna Arnaiz C, Real Gatiús J, Yuguero Torres O, Galván Santiago L. Assessment of the length of sick leave in patients with ischemic heart disease. *BMC Cardiovasc Disord* [Internet]. 2017;17(1):7–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12872-016-0460-7>
182. Neurohouse. ¿Cómo afectan las enfermedades neurológicas en el entorno laboral? [Internet]. [cited 2021 Feb 13]. Available from: <http://neurohouse.es/espacio-reimagine/como-afectan-las-enfermedades-neurológicas-en-el-entorno-laboral>
183. Pozo Rosich P. Los casos de migraña crónica aumentan cada año un 3 % debido a la automedicación y a la falta de diagnóstico y tratamiento , según datos de la SEN. Nota prensa la Soc Española Neurol. 2015;12–3.
184. Garrido Cumbre M, Gálvez Ruiz D, Braçe O, Nieblas Rosado M. I, Delgado Domínguez CJ, Colomina I, et al. Impacto y situación de la Migraña en España: Atlas 2018. *Asoc Española Migraña y Cefalea.* 2018;
185. Sociedad Española de Neurología (SEN). Los hábitos de vida saludables podrían reducir hasta un 40% los casos de Alzheimer. *Soc Española Neurol* [Internet]. 2017;90–2. Available from: <http://www.sen.es/saladeprensa/pdf/Link220.pdf>
186. Pérez-Carmona N, Fernández-Jover E, Sempere ÁP. Epidemiology of multiple sclerosis in Spain. *Rev Neurol.* 2019 Jul;69(1):32–8.
187. Vo P, Fang J, Bilitou A, Laflamme AK, Gupta S. Patients' perspective on the burden of migraine in Europe: a cross-sectional analysis of survey data in France, Germany, Italy, Spain, and the United Kingdom. *J Headache Pain* [Internet]. 2018;19(1):82. Available from:

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

<https://thejournalofheadacheandpain.biomedcentral.com/articles/10.1186/s10194-018-0907-6>

188. The Economist Intelligence Unit Limited. The workplace response to neurological conditions. A focus on migraine, multiple sclerosis and Alzheimer's disease. 2019;
189. Laguna JJ. Las personas con esclerosis múltiple y el empleo. *Fund Escler Múltiple Inf Trab*. 2018;1–20.
190. Jakovljevic M, Malmose-Stapelfeldt C, Milovanovic O, Rancic N, Bokonjic D. Disability, Work Absenteeism, Sickness Benefits, and Cancer in Selected European OECD Countries—Forecasts to 2020. *Front Public Heal* [Internet]. 2017;5(February 2017):1–8. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2017.00023/full>
191. Sociedad Española de Oncología Médica. Cifras del cáncer en España | SEOM - Día Mundial del Cáncer 2020 [Internet]. *Red Española de Registros de Cáncer*. 2019 [cited 2021 Feb 14]. Available from: <https://seom.org/dmccancer/cifras-del-cancer/>
192. Malvezzi M, Carioli G, Bertuccio P, Boffetta P, Levi F, La Vecchia C, et al. European cancer mortality predictions for the year 2019 with focus on breast cancer. *Ann Oncol* [Internet]. 2019;30(5):781–7. Available from: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz051>
193. Lamore K, Dubois T, Rothe U, Leonardi M, Girard I, Manuwald U, et al. Return to work interventions for cancer survivors: A systematic review and a methodological critique. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(8).
194. Rojo-Martínez G, Valdés S, Soriguer F, Vendrell J, Urrutia I, Pérez V, et al. Incidence of diabetes mellitus in Spain as results of the nation-wide cohort di@bet.es study. *Sci Rep*. 2020;10(1):1–9.
195. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas, 9th edn*. Brussels, Belgium [Internet]. 2019. 1–169 p. Available from: http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf
196. Regal Ramos RJ. Incapacidad laboral por diabetes mellitus: características epidemiológicas y complicaciones macro y microangiopáticas más frecuentes. *Med Segur Trab (Madr)*. 2014;60(234):99–107.
197. Dray-Spira R, Herquelot E, Bonenfant S, Guéguen A, Melchior M. Impact of diabetes mellitus onset on sickness absence from work - a 15-year follow-up of the GAZEL Occupational Cohort Study. *Diabet Med*. 2013 May;30(5):549–56.
198. Charry JD, Cáceres JF, Salazar AC, López LP, Solano JP. Trauma craneoencefálico . Revisión de la literatura. 2017;(c):177–82.
199. Cullen, N., Meyer, M. J., Aubut, J., Bayley, M., Serrato, J., Teasell R. Efficacy and Models of Care Following an Acquired Brain Injury. *Evid based Rev Moderate to Sev Acquir Brain Inj*. 2018;(September):1–70.
200. Estudio sobre daño cerebral e Inserción laboral: Resumen de resultados | Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad [Internet]. Fundación ONCE. 2014 [cited 2021 Feb 23]. Available from: <https://www.fundaciononce.es/es/publicacion/estudio-sobre-dano-cerebral-e-insercion-laboral-resumen-de-resultados>
201. Sociedad Española de Neurología (SEN). *El Atlas Del Ictus* [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 23]. Available from: <https://www.sen.es/actividades/91-articulos/2617-el-atlas-del-ictus>
202. González-Gómez FJ, Pérez-Torre P, DeFelipe A, Vera R, Matute C, Cruz-Culebras A, et al. Ictus en adultos jóvenes: incidencia, factores de riesgo, tratamiento y pronóstico. *Rev Clínica Española* [Internet]. 2016 Oct 1 [cited 2021 Jan 4];216(7):345–51. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014256516300819>
203. Álvarez-Sabín J, Molina C, Montaner J, Arenillas J, Pujadas F, Huertas R, et al. Beneficios clínicos de la implantación de un sistema de atención especializada y urgente del ictus. *Med Clin (Barc)*. 2004 Jan;122(14):528–31.
204. Murie-Fernández M, Ortega-Cubero S, Carmona-Abellán M, Meyer M, Teasell R. «Tiempo es cerebro», ¿solo en la fase aguda del ictus? *Neurología* [Internet]. 2012;27(4):197–201. Available

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2011.06.007>

205. Consejo Interterritorial del SNS. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Minist Sanid y Política Soc. 2009;1–163.
206. Hackett ML, Glozier N, Jan S, Lindley R. Returning to paid employment after stroke: The psychosocial outcomes in stroke (POISE) cohort study. *PLoS One*. 2012;7(7):1–8.
207. Coole C, Radford K, Grant M, Terry J. Returning to work after stroke: Perspectives of employer stakeholders, a qualitative study. *J Occup Rehabil*. 2013;23(3):406–18.
208. Endo M, Haruyama Y, Takahashi M, Nishiura C, Kojimahara N, Yamaguchi N. Returning to work after sick leave due to cancer: a 365-day cohort study of Japanese cancer survivors. *J Cancer Surviv*. 2016;10(2):320–9.
209. Francisco Maneiro Higuera FGL. Nuevos métodos de valoración de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, su adecuación a la evaluación del menoscabo y la incapacidad. *Med Segur Trab (Madr)*. 2015;61(240):367–77.
210. Soriano JB, Alfageme I, Miravittles M, de Lucas P, Soler-Cataluña JJ, García-Río F, et al. Prevalence and Determinants of COPD in Spain: EPISCAN II. *Arch Bronconeumol*. 2021;57(1):61–9.
211. Boot CRL, Vercoulen JHMM, van der Gulden JWJ, Orbon KH, van den Hoogen H, Folgering HTM. Sick leave in patients with obstructive lung disease is related to psychosocial and work variables rather than to FEV1. *Respir Med*. 2005;99(8):1022–31.
212. Alexopoulos EC, Burdorf A. Prognostic factors for respiratory sickness absence and return to work among blue collar workers and office personnel. *Occup Environ Med*. 2001;58(4):246–52.
213. Martínez González C, González Barcala FJ, Belda Ramírez J, González Ros I, Alfageme Michavila I, Orejas Martínez C, et al. Recomendaciones para la evaluación médica de la capacidad laboral en el enfermo respiratorio crónico. *Arch Bronconeumol*. 2013;49(11):480–90.
214. Andréa-López M, Durán X, Alonso J, Martínez JM, Espallargues M, Benavides FG. Estimación de la carga de enfermedad por incapacidad laboral permanente en España durante el período 2009-2012. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88(3):349–58.
215. Real Decreto-ley 3 / 2021 , de 2 de febrero , por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico . *Boletín Of del Estado*. 2021;1–29.
216. Pérez Romero I, Fuente Madero JL, López Guillén A, Aguado Benedí MJ. Coronavirus. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas (documento interno).2021; 1–130.
217. Calvo-Bonacho E, Catalina-Romero C, Fernández-Labandera C, Fernández-Meseguer A, González-Quintela A, Martínez-Muñoz P, et al. COVID-19 and Sick Leave: An Analysis of the Ibermutua Cohort of Over 1,651,305 Spanish Workers in the First Trimester of 2020. *Front Public Heal*. 2020;8(October):1–6.
218. Albertí C, Orriols R, Manzanera R, Jardí J. Flu and other Acute Respiratory Infections in the Working Population. The Impact of Influenza A (H1N1) Epidemic. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(12):634–9.
219. Gianino MM, Politano G, Scarmozzino A, Stillo M, Amprino V, Di Carlo S, et al. Cost of sickness absenteeism during seasonal influenza outbreaks of medium intensity among health care workers. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(5):1–11.
220. Vicente-Herrero MT. Documento Dolor y trabajo. *Asoc Española Espec en Med del Trab*. 2018;51.
221. Stitik TP, Chang MY, Levy J, Nadler SF. Occupational Low Back Pain. *Clin Occup Environ Med*. 2006;5(3):545–69.
222. Shahidi B, Curran-Everett D, Maluf KS. Psychosocial, Physical, and Neurophysiological Risk Factors for Chronic Neck Pain: A Prospective Inception Cohort Study. *J Pain [Internet]*. 2015;16(12):1288–99. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2015.09.002>

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

223. Sihawong R, Sitthipornvorakul E, Paksaichol A, Janwantanakul P. Predictors for chronic neck and low back pain in office workers: A 1-year prospective cohort study. *J Occup Health*. 2016;58(1):16–24.
224. Von Celsing AS, Svärdsudd K, Eriksson HG, Björkegren K, Eriksson M, Wallman T. Determinants for return to work among sickness certified patients in general practice. *BMC Public Health*. 2012;12(1):16–24.
225. Hultin H, Lindholm C, Malfert M, Möller J. Short-term sick leave and future risk of sickness absence and unemployment - The impact of health status. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1–8.
226. Kivimäki M, Forma P, Wikström J, Halmeenmäki T, Pentti J, Elovainio M, et al. Sickness absence as a risk marker of future disability pension: The 10-town study. *J Epidemiol Community Health*. 2004;58(8):710–1.
227. Leijon O, Josephson M, Österlund N. Sick-listing adherence: A register study of 1.4 million episodes of sickness benefit 2010-2013 in Sweden Service organization, utilization, and delivery of care. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1–14.
228. Holmberg SAC, Thelin AG. Predictors of sick leave owing to neck or low back pain: A 12-year longitudinal cohort study in a rural male population. *Ann Agric Environ Med*. 2010;17(2):251–7.
229. Roelen CAM, Koopmans PC, Anema JR, Van Der Beek AJ. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: A sickness absence register study. *J Occup Rehabil*. 2010;20(1):113–21.
230. Koopmans PC, Roelen CAM, Groothoff JW. Risk of future sickness absence in frequent and long-term absentees. *Occup Med (Chic Ill)*. 2008;58(4):268–74.
231. Elfving B, Sell M, Ropponen A, Alexanderson K. What factors predict full or partial return to work among sickness absentees with spinal pain participating in rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 2009;31(16):1318–27.
232. Alonso J. Versión española de SF-36v2™ Health Survey. *Heal Surv*. 2003;1–8.
233. Aurrekoetxea Agirre JJ, Sanzo Ollakarizketa JM, Zubero Oleagoitia E, Alamillo Gascón E. Repetición de procesos de incapacidad temporal según diagnóstico. *Aten Primaria*. 2009;41(8):439–45.
234. Sánchez Galán L, Baidés Gonzalvo P, Regal Ramos R. Recaídas en incapacidad temporal: impacto de su regulación y control. *Med Segur Trab (Madr)*. 2019;65(256):217–32.
235. Vooijs M, Leensen MCJ, Hoving JL, Daams JG, Wind H, Frings-Dresen MHW. Disease-generic factors of work participation of workers with a chronic disease: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2015;88(8):1015–29.
236. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona P-J, Fernández E, et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Med Clin (Barc)*. 2018;151(5):171–90.
237. Ármannsdóttir B, Mårdby AC, Haukenes I, Hensing G. Cumulative incidence of sickness absence and disease burden among the newly sick-listed, a cross-sectional population-based study. *BMC Public Health*. 2013;13(1).
238. Nexø MA, Carlsen K, Pedersen J, Hetland ML, Watt T, Hansen SM, et al. Long-term sickness absence of 32 chronic conditions: A Danish register-based longitudinal study with up to 17 years of follow-up. *BMJ Open*. 2018;8(6):1–10.
239. Zhang W, McLeod C, Koehoorn M. The relationship between chronic conditions and absenteeism and associated costs in Canada. *Scand J Work Environ Heal*. 2016;42(5):413–22.
240. Mutambudzi M, Henkens K. Chronic health conditions and work-related stress in older adults participating in the Dutch workforce. *Eur J Ageing [Internet]*. 2020;17(4):499–508. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10433-020-00554-x>
241. Ubalde-Lopez M, Arends I, Almansa J, Delclos GL, Gimeno D, Bültmann U. Beyond Return to Work: The Effect of Multimorbidity on Work Functioning Trajectories After Sick Leave due to Common Mental Disorders. *J Occup Rehabil*. 2017;27(2).

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

242. Hoedeman R, Blankenstein AH, Krol B, Koopmans PC, Groothoff JW. The contribution of high levels of somatic symptom severity to sickness absence duration, disability and discharge. *J Occup Rehabil*. 2010;20(2):264–73.
243. Hoedeman R, Krol B, Blankenstein N, Koopmans PC, Groothoff JW. Severe MUPS in a sick-listed population: A cross-sectional study on prevalence, recognition, psychiatric co-morbidity and impairment. *BMC Public Health*. 2009;9:1–13.
244. Reho TTM, Atkins SA, Talola N, Sumanen MPT, Viljamaa M, Uitti J. Occasional and persistent frequent attenders and sickness absences in occupational health primary care: A longitudinal study in Finland. *BMJ Open*. 2019;9(2):1–10.
245. Jurisic M, Bean M, Harbaugh J, Cloeren M, Hardy S, Liu H, et al. The Personal Physician's Role in Helping Patients With Medical Conditions Stay at Work or Return to Work. *J Occup Environ Med*. 2017;59(6):e125–31.
246. Denne J, Kettner G, Ben-Shalom Y. The Role of the Physician in the Return-to-Work Process Following Disability Onset. 2015;(March):21. Available from: https://www.dol.gov/odep/topics/pdf/RTW_Role of Physician_2015-03.pdf
247. Declós J et al. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010;13(4):180–7.
248. Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S, et al. Reincorporación al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la Comunidad Autónoma. *Rev Española Salud Pública Salud Pública*. 2007;81(2):183–90.
249. Airaksinen J, Jokela M, Virtanen M, Oksanen T, Koskenvuo M, Pentti J, et al. Prediction of long-term absence due to sickness in employees: Development and validation of a multifactorial risk score in two cohort studies. *Scand J Work Environ Heal*. 2018;44(3):274–82.
250. Donders NCGM, Bos JT, Van Der Velden K, Van Der Gulden JWI. Age differences in the associations between sick leave and aspects of health, psychosocial workload and family life: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2012;2(4):1–11.
251. Ariansen AMS. Age, occupational class and sickness absence during pregnancy: A retrospective analysis study of the norwegian population registry. *BMJ Open*. 2014;4(5):1–9.
252. García Ninet JI, Barceló Fernández J. Estado de salud y factores de riesgo laboral en los trabajadores de mayor edad. 2015.
253. González Gómez F. Salud laboral y género. Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de prevención de riesgos laborales. *Med Segur Trab (Madr)*. 2011;89–114.
254. Alba Ramírez A, López Mourelo E. Sickness absence from work in Spain: Are there gender differences? *Work Pap Econ Univ Carlos III Madrid*. 2017;15–17.
255. Mastekaasa A, Melsom AM. Occupational segregation and gender differences in sickness absence : Evidence from 17 European countries. Oslo; 2012.
256. Antai, D. Oke, A. Brainthwaite PAD. A 'Balanced' Life: Work- Life Balance and Sickness Absence in Four Nordic Countries. *Int J Occup Environmental Med*. 2015;6:205–22.
257. Nilsen W, Skipstein A, Østby KA, Mykletun A. Examination of the double burden hypothesis-a systematic review of work-family conflict and sickness absence. *Eur J Public Health*. 2017;27(3):465–71.
258. Bratberg E, Dahl SÅ, Risa AE. 'The Double Burden' Do Combinations of Career and Family Obligations Increase Sickness Absence among Women? *Eur Sociol Rev*. 2002;18(2):233-249+i.
259. Voss M, Vaez M, Alexanderson K, Vingård E, Josephson M, Stark S, et al. The influence of household work and of having children on sickness absence among publicly employed women in Sweden. *Scand J Public Health*. 2008;36(6):564–72.

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

260. Alexanderson K, Hensing G, Sydsjö A, Sydsjö G, Carstensen J. Impact of pregnancy on gender differences in sickness absence. *Scand J Public Health*. 1996;24(3):169–76.
261. Lobet CV, Banqué M, Fuentes M, Ojuel J. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anu Psicol*. 2008;39(1):9–22.
262. Laaksonen M, Mastekaasa A, Martikainen P, Rahkonen O, Piha K, Lahelma E. Gender differences in sickness absence - The contribution of occupation and workplace. *Scand J Work Environ Heal*. 2010;36(5):394–403.
263. Hensing G, Alexanderson K. The association between sex segregation, working conditions, and sickness absence among employed women. *Occup Environ Med*. 2004;61(2):1–6.
264. Patton E, Johns G. Women's absenteeism in the popular press: Evidence for a gender-specific absence culture. *Hum Relations*. 2007;60(11):1579–612.
265. Løset GK, Dale-Olsen H, Hellevik T, Mastekaasa A, Von Soest T, Østbakken KM. Gender equality in sickness absence tolerance: Attitudes and norms of sickness absence are not different for men and women. *PLoS One*. 2018;13(8):1–18.
266. Arnell MG. The role of masculinity, masculine capital, and spousal social control on men's health behaviors. ProQuest Diss Theses [Internet]. 2014;219. Available from: https://manchester.idm.oclc.org/login?url=https://search.proquest.com/docview/1658771953?accountid=12253%0Ahttp://manfe.hosted.exlibrisgroup.com/openurl/44MAN/44MAN_services_page?genre=dissertations+%26+theses&atitle=&author=Arnell%2C+Melinda+Gean&volume
267. Ichino A, Moretti E. Biological gender differences, absenteeism, and the earnings gap. *Am Econ J Appl Econ*. 2009;1(1):183–218.
268. Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med*. 1992;34(8):907–17.
269. Soria Trujano R, Cielo Torres LN, Vega Valero CZ. Divorcio y salud en hombres. *Análisis de género. Revista Psicología Científica.com*. 2010.
270. Bracke PF, Colman E, Symoens SAA, Van Praag L. Divorce, divorce rates, and professional care seeking for mental health problems in Europe: A cross-sectional population-based study. *BMC Public Health*. 2010;10(May 2014).
271. Van Hedel K, Van Lenthe FJ, Mackenbach JP, Avendano M, Bopp M, Esnaola S, et al. Marital status, labour force activity and mortality: A study in the USA and six European countries. *Scand J Public Health*. 2015 Jul;43(5):469–80.
272. Nielsen NM, Davidsen RB, Hviid A, Wohlfahrt J. Divorce and risk of hospital-diagnosed infectious diseases. *Scand J Public Health*. 2014 Nov;42(7):705–11.
273. Waite LJ, Luo Y, Lewin AC. Marital happiness and marital stability: Consequences for psychological well-being. *Soc Sci Res*. 2009;38(1):201–12.
274. Kposowa AJ. Marital status and suicide in the National Longitudinal Mortality Study. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(4):254–61.
275. Karraker A, Latham K. In Sickness and in Health? Physical Illness as a Risk Factor for Marital Dissolution in Later Life. *J Heal Soc Behavior*. 2015;56(3):420–35.
276. Greenhaus JH, Beutell NJ. Sources of Conflict between Work and Family Roles. *Acad Manag Rev*. 1985;10(1):76.
277. Koura U, Sekine M, Yamada M, Tatsuse T. The health effects of work-family conflict in men and women Japanese civil servants: A longitudinal study. *Ind Health*. 2020;58(5):423–32.
278. Jansen NWH, Kant IJ, Van Amelsvoort LGPM, Kristensen TS, Swaen GMH, Nijhuis FJN. Work-family conflict as a risk factor for sickness absence. *Occup Environ Med*. 2006;63(7):488–94.
279. Karlsson N, Skargren E, Kristenson M. Emotional support predicts more sickness absence and poorer self assessed work ability: A two-year prospective cohort study. *BMC Public Health [Internet]*.

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

2010;10(1):648. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/648>

280. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. Intimate Partner Violence as a Factor Associated to Health Problems. *Atención Primaria*. 2004;34(3):117–27.
281. Instituto de la Mujer. *Mujer, discapacidad y violencia. El rostro oculto de la desigualdad*. 2013. 199 p.
282. Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Lillrank B, Kevin M V. Death or illness of a family member, violence, interpersonal conflict, and financial difficulties as predictors of sickness absence: Longitudinal cohort study on psychological and behavioral links. *Psychosom Med*. 2002;64(5):817–25.
283. Weinman J, Petrie KJ. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *J Psychosom Res*. 1997;42(2):113–6.
284. Quiceno, Japcy Margarita, Vinaccia S. Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illnes Perception Questionnaire. *Psicol Desde El Caribe*. 2010;25(1):56–83.
285. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Heal*. 2003;18(2):141–84.
286. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20(2):163–7.
287. Boot CRL, Koppes LLJ, Van Den Bossche SNJ, Anema JR, Van Der Beek AJ. Relation between perceived health and sick leave in employees with a chronic illness. *J Occup Rehabil*. 2011;21(2):211–9.
288. Giri P, Poole J, Nightingale P, Robertson A. Perceptions of illness and their impact on sickness absence. *Occup Med (Chic Ill)*. 2009;59(8):550–5.
289. Galli U, Ettlin DA, Palla S, Ehlert U, Gaab J. Do illness perceptions predict pain-related disability and mood in chronic orofacial pain patients? A 6-month follow-up study. *Eur J Pain*. 2010;14(5):550–8.
290. Pélissier C, Fontana L, Chauvin F. Factors influencing return to work after illness in France. *Occup Med (Chic Ill)*. 2014;64(1):56–63.
291. Cancelliere C, Donovan J, Stockkendahl MJ, Biscardi M, Ammendolia C, Myburgh C, et al. Factors affecting return to work after injury or illness: Best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropr Man Ther [Internet]*. 2016;24(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z>
292. Petrie KJ, Weinman J. Patients' perceptions of their illness: The dynamo of volition in health care. *Curr Dir Psychol Sci*. 2012;21(1):60–5.
293. Álvarez M, Álvarez E, Romero M. Atención Primaria Influencia de las condiciones de trabajo sobre la incapacidad temporal por contingencias comunes. *Atención Primaria [Internet]*. 2017;50(4):9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717300628>
294. Castejón J. *El papel de las condiciones laborales en la Incapacidad Temporal por Enfermedad*. Tesis Dr Univ Autònoma Barcelona. 2002;
295. Savolainen TM. *Sickness Absence and Psychosocial Work Environment: A Study Based on an Employee Survey*. 2013;(May). Available from: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/36772>
296. Schell E, Theorell T, Nilsson B, Saraste H. Work health determinants in employees without sickness absence. *Occup Med (Chic Ill)*. 2013;63(1):17–22.
297. Head J, Kivimäki M, Martikainen P, Vahtera J, Ferrie JE, Marmot MG. Influence of change in psychosocial work characteristics on sickness absence: The Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):55–61.
298. Fischer JE, Genser B, Nauroth P, Litaker D, Mauss D. Estimating the potential reduction in future

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

sickness absence from optimizing group-level psychosocial work characteristics: a prospective, multicenter cohort study in German industrial settings. *J Occup Med Toxicol*. 2020;15(1):1–12.

299. Ishizaki M, Kawakami N, Honda R, Yamada Y, Nakagawa H, Morikawa Y. A prospective study of psychosocial work characteristics and long sick leave of Japanese male employees in multiple workplaces. *Ind Health*. 2013;51(4):398–405.
300. Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Ferrie J. Employment security and health. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56(8):569–74.
301. Agudelo-Suárez AA, Benavides FG, Felt E, Ronda-Pérez E, Vives-Cases C, García AM. Sickness presenteeism in Spanish-born and immigrant workers in Spain. *BMC Public Health* [Internet]. 2010;10(1):791. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/791>
302. Werlen L, Helgesson M, Mittendorfer-Rutz E. Differences in predictors of permanent work disability between immigrants and natives: A cohort study of adults with sick leave due to common mental disorders. *BMJ Open*. 2017;
303. Virtanen M, Kivimäki M, Joensuu M, Virtanen P, Elovainio M, Vahtera J. Temporary employment and health: A review. *Int J Epidemiol*. 2005;34(3):610–22.
304. Nordström K, Hemmingsson T, Ekberg K, Johansson G. Sickness absence in workplaces: Does it reflect a healthy hire effect? *Int J Occup Med Environ Health*. 2016;29(2):315–30.
305. Markussen S, Røed K, Røgeberg OJ, Gaure S. The anatomy of absenteeism. *J Health Econ*. 2011;30(2):277–92.
306. Lakiša S, Matisāne L, Gobiņa I, Vanadzīņš I, Akūlova L, Eglīte M, et al. Impact of workplace conflicts on self-reported medically certified sickness absence in Latvia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(3):1–15.
307. Platts LG, Seddigh A, Berntson E, Westerlund H. Sickness absence and sickness presence in relation to office type: An observational study of employer-recorded and self-reported data from Sweden. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(4):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231934>
308. Pekkala J, Blomgren J, Pietiläinen O, Lahelma E, Rahkonen O. Occupational class differences in long sickness absence: A register-based study of 2.1 million Finnish women and men in 1996–2013. *BMJ Open*. 2017;7(7):1–8.
309. Blomgren J, Jäppinen S. Incidence and length of sickness absence among hierarchical occupational classes and non-wage-earners: A register study of 1.6 million finns. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):1–16.
310. Bricetux M. Los estudios de Whitehall: cómo la jerarquía laboral puede resultar letal. *Europubhealth*. 2017.
311. 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(2):124–30.
312. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: The Whitehall II study. *Br Med J*. 1993;306(6874):361–6.
313. Löve J, Holmgren K, Torén K, Hensing G. Can work ability explain the social gradient in sickness absence: A study of a general population in Sweden. *BMC Public Health* [Internet]. 2012;12(1):163. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/163>
314. Piha K, Laaksonen M, Martikainen P, Rahkonen O, Lahelma E. Interrelationships between education, occupational class, income and sickness absence. *Eur J Public Health*. 2010;20(3):276–80.
315. Schou LA, Storvoll EE, Moan IS. Alcohol-related sickness absence among young employees: Gender differences and the prevention paradox. *Eur J Public Health*. 2014;24(3):480–5.
316. Robroek SJW, Van Lenthe FJ, Burdorf A. The role of lifestyle, health, and work in educational inequalities in sick leave and productivity loss at work. *Int Arch Occup Environ Health*. 2013;86(6):619–27.

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

317. Alexopoulos EC, Merakoulis G, Tanagra D, Konstantinou EC, Mikelatou E, Jelastopulu E. Sickness absence in the private sector of Greece: Comparing shipyard industry and national insurance data. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(4):1171–81.
318. Yaacob SS, Shaarial SZM, Noor NM, Ismail KI, Selvaraju R, Gani HA. Prevalence of Sickness Absence and Its Sociodemographic and Occupational Factors in a Public Service Organization. *KnE Life Sci*. 2018 Jun;4(5):687.
319. Rocha FP, Saito CA, Nathan Outeiro Pinto TC. Sickness absenteeism among health care workers in a public hospital in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Med do Trab*. 2019;17(3):355–62.
320. Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M, Vahtera J, Räsänen K, Töyry S, et al. Sickness absence in hospital physicians: 2 Year follow up study on determinants. *Occup Environ Med*. 2001;58(6):361–6.
321. Rosta J, Tellnes G, Aasland OG. Differences in sickness absence between self-employed and employed doctors: A cross-sectional study on national sample of Norwegian doctors in 2010. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):1–8.
322. Schreuder JAH, Roelen CAM, Koopmans PC, Moen BE, Groothoff JW. Effort-reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(5):569–76.
323. Murcia López G, Delclós Clanchet J, Ubalde López M, Calvo Bonacho E, Benavides FG. Has the Spanish economic crisis affected the duration of sickness absence episodes? *Soc Sci Med*. 2016;160:29–34.
324. Rocamora IT, Martínez Martínez JM, Clanchet JD, Lliberia JJ, Casas CA, Pujadas CS, et al. Duración de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común según regiones sanitarias en catalunya. *Rev Esp Salud Publica*. 2010;84(1):61–9.
325. Lechmann DSJ, Schnabel C. Absence from work of the self-employed: A comparison with paid employees. *Kyklos*. 2014;67(3):368–90.
326. Wijnvoord LE, Van Der Klink JJ, De Boer MR, Brouwer S. Predictors of sickness absence in college and university educated self-employed: A historic register study. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1–10.
327. Murcia López G. The impact of the Spanish economic crisis on the duration of sickness absence. 2013;1–32. Available from: <http://repositori.upf.edu/handle/10230/21300>
328. Arai M, Thoursie PS. Incentives and Selection in Cyclical Absenteeism. *FIEF Work Pap*. 2001;(167).
329. Livanos I, Zangelidis A. Unemployment, labor market flexibility, and absenteeism: A pan-european study. *Ind Relat (Berkeley)*. 2013 Apr;52(2):492–515.
330. López López J, López López M, Sampere Valero M, Sacristán Nieto R, Alguacil García S, Ruiz Julian A, et al. Relación entre las tasas de desempleo y los indicadores de absentismo por incapacidad temporal durante periodos de crisis económica. *Arch Prev Riesgos Labor [Internet]*. 2018;21(2):80–4. Available from: http://www.archivosdeprevencion.com/view_document.php?tpd=2&i=8627
331. Schön M. Unemployment, Sick Leave and Health. *Beiträge zur Jahrestagung des Vereins für Soc 2015 Ökonomische Entwicklung - Theor und Polit - Sess Heal Econ 2, No B19-V3*. 2015;
332. Askildsen JE, Bratberg E, Nilsen ØA. Unemployment, Labour Force Composition and Sickness Absence: A Panel Data Study. *IZA Discuss Pap No 466, Inst Labor Econ*. 2002;
333. Fahr R, Frick B. On the Inverse Relationship between Unemployment and Absenteeism: Evidence from Natural Experiments and Worker Heterogeneity. *IZA Discuss Pap*. 2007;(3171).
334. Real E, Jover L, Verdaguer R, Griera A, Segalàs C, Alonso P, et al. Factors associated with long-term sickness absence due to mental disorders: A cohort study of 7.112 patients during the Spanish economic crisis. *PLoS One*. 2016;11(1):1–16.
335. Bote V, Cabezas A. Conciliación y contrato a tiempo parcial en España. *Pecvnia*. 2012;14:207–18.

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

336. Viikari-Juntura E, Virta LJ, Kausto J, Autti-Rämö I, Martimo KP, Laaksonen M, et al. Legislative change enabling use of early part-time sick leave enhanced return to work and work participation in Finland. *Scand J Work Environ Heal*. 2017;43(5):447–56.
337. De Paola M, Scoppa V, Pupo V. Absenteeism in the Italian public sector: The effects of changes in sick leave policy. *J Labor Econ*. 2014;32(2):337–60.
338. Rubio-Garlito M. A, Guerrero-Barona EJ, Moreno-Gómez AJ. Análisis del absentismo por incapacidad temporal en personal universitario. *Med Segur Trab (Madr)*. 2015;61(241):436–47.
339. Halonen JI, Solovieva S, Virta LJ, Laaksonen M, Martimo KP, Hiljanen I, et al. Sustained return to work and work participation after a new legislation obligating employers to notify prolonged sickness absence. *Scand J Public Health*. 2018;46(19_suppl):65–73.
340. Goerke L, Pannenberg M. Trade union membership and sickness absence: Evidence from a sick pay reform. *Labour Econ*. 2015;33:13–25.
341. Sjöberg O. Positive welfare state dynamics? Sickness benefits and sickness absence in Europe 1997–2011. *Soc Sci Med [Internet]*. 2017;177(January 2017):158–68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.042>
342. Welsh VK, Mallen CD, Wynne-Jones G, Jinks C. Exploration of GPs' views and use of the fit note: A qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract*. 2012;62(598):363–70.
343. Welsh VK, Sanders T, Richardson JC, Wynne-Jones G, Jinks C, Mallen CD. Extending the authority for sickness certification beyond the medical profession: The importance of 'boundary work'. *BMC Fam Pract*. 2014;15(1):1–11.
344. López-Jacob MJ, Ahonen E, García AM, Gil Á, Benavides FG. Comparación de las lesiones por accidente de trabajo en trabajadores extranjeros y españoles por actividad económica y Comunidad Autónoma (España, 2005). *Rev Esp Salud Publica*. 2008;82(2):179–87.
345. Elrud R, Friberg E, Alexanderson K, Stigson H. Sickness absence, disability pension and permanent medical impairment among 64 000 injured car occupants of working ages: A two-year prospective cohort study. *Accid Anal Prev [Internet]*. 2019;127(June):35–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2019.02.019>
346. Regal Ramos RJ. Síndrome de latigazo cervical. Características epidemiológicas de los pacientes evaluados en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Madrid. *Med Segur Trab (Madr)*. 2011;57(225):348–60.
347. Tournier C, Hours M, Charnay P, Chossegros L, Tardy H. Five years after the accident, whiplash casualties still have poorer quality of life in the physical domain than other mildly injured casualties: analysis of the ESPARR cohort. *BMC Public Health [Internet]*. 2016;16(1):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2647-8>
348. Rasmussen C, Rechter L, Schmidt I, Hansen VK, Therkelsen K. The association of the involvement of financial compensation with the outcome of cervicobrachial pain that is treated conservatively. *Rheumatology*. 2001;40(5):552–4.
349. Sterner Y, Gerdle B. Acute and chronic whiplash disorders - A review. *J Rehabil Med*. 2004;36(5):193–210.
350. Cassidy JD, Carroll LJ, Côté P, Lemstra M, Berglund A, Nygren Å. Effect of Eliminating Compensation for Pain and Suffering on the Outcome of Insurance Claims for Whiplash Injury. *N Engl J Med*. 2000;342(16):1179–86.
351. Gómez-Trenor JA. Estudio del esguince cervical por accidente de tráfico laboral in itinere. Asepeyo, editor. 2009.
352. Benavides FG, Torá I, Miguel Martínez J, Jardí J, Manzanera R, Alberti C, et al. Evaluación de la gestión de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días en Cataluña. *Gac Sanit*. 2010;24(3):215–9.
353. Instituto Nacional de Estadística. España en cifras 2019 [Internet]. Instituto Nacional de Estadística (INE); 2020. Available from: http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

354. Villaplana García M, Sáez Navarro C, Meseguer De Pedro M, García-Izquierdo M. Grado de efecto de las variables sociodemográficas, laborales, organizativas y del entorno en la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en España. *Aten Primaria* [Internet]. 2015;47(2):90–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.010>
355. Torá-Rocamora I, Martínez JM, Gimeno D, Alberti C, Jardí J, Manzanera R, et al. Assessment of the magnitude of geographical variations in the duration of non-work-related sickness absence by individual and contextual factors. *Gac Sanit*. 2015;29(3):164–71.
356. Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S, et al. Return to work after a non-work related sick spell: The role of age, sex, economic activity and autonomous community. *Rev Esp Salud Publica*. 2007;81(2):183–90.
357. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Los servicios sanitarios de las CCAA. Informe 2019 (XVI Informe) [Internet]. 2019. Available from: <https://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/2020-informe-2019-los-servicios-sanitarios-de-las-ccaa-xvi-informe>
358. PIB per cápita - Qué es, definición y concepto | 2021 | Economipedia [Internet]. 2021 [cited 2021 May 15]. Available from: <https://economipedia.com/definiciones/renta-pib-per-capita.html>
359. Tasa de ocupación o empleo - Qué es, definición y concepto | 2021 | Economipedia [Internet]. [cited 2021 Apr 6]. Available from: <https://economipedia.com/definiciones/tasa-ocupacion-empleo.html>
360. Tasa de desempleo - Qué es, definición y concepto | 2021 | Economipedia [Internet]. 2021 [cited 2021 May 15]. Available from: <https://economipedia.com/definiciones/tasa-de-desempleo-paro.html>
361. Instituto Nacional de Estadística (INE). Introducción a la CNO-11 [Internet]. 2012. p. 1–30. Available from: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft40%2Fcno11%2F&file=inebase&L=0>
362. Seguridad Social: ¿Quiénes somos? [Internet]. [cited 2021 Jan 17]. Available from: <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Conocenos/QuienesSomos/29413>
363. ¿Qué son las mutuas? [Internet]. [cited 2021 May 14]. Available from: <https://revista.seg-social.es/2018/08/17/que-son-las-mutuas/>
364. Sector público - Qué es, definición y concepto | 2021 | Economipedia [Internet]. [cited 2021 Feb 23]. Available from: <https://economipedia.com/definiciones/sector-publico.html>
365. Sector privado: definición, características y especificaciones del término [Internet]. [cited 2021 Feb 23]. Available from: <https://www.queeseconomia.site/sector-privado/>
366. PIB per cápita de España de las Comunidades Autónomas (Gráfico) | Blog Bankinter [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 8]. Available from: <https://www.bankinter.com/blog/finanzas-personales/pib-per-capita-espana-comunidades-autonomas-grafico>
367. Eurofound. Empleo — estadísticas anuales - Statistics Explained [Internet]. [cited 2021 Apr 18]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Employment_-_annual_statistics/es
368. Informes anuales del mercado de trabajo estatal. Datos 2019 | Servicio Público de Empleo Estatal [Internet]. 2020. p. 1–270. Available from: <https://www.sepe.es/HomeSepe/que-es-el-sepe/observatorio/informes-mercado-trabajo/informes-anuales-mercado-trabajo-estatal/ver-resultados.html?documentType=informes&tipo=1&periodo=anual&ambito=Nacional>
369. Fundación Adecco. Empleo para todas, la mujer en riesgo de exclusión. 2019; Available from: <http://aqualiaigualdad.com/images/informe-empleoparatodas-19.pdf>
370. Organización Internacional del Trabajo. Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo: Avance global sobre las tendencias del empleo femenino 2018. 2018;15. Available from: https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/trends-for-women2018/WCMS_619603/lang--es/index.htm

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

371. Lusinyan L, Bonato L. Work absence in Europe. IMF Staff Papers. Uppsala; 2004. Report No.: WP/04/193.
372. García MDA. Problemática multifactorial del absentismo laboral, el presentismo y la procrastinación en las estructuras en que se desenvuelve el trabajador. *Med Segur Trab (Madr)*. 2011;57(223):111–20.
373. Urbanos-Garrido RM, López-Valcárcel BG. Unemployment and health: An analysis of the impact of the economic crisis on the health of the Spanish population. *Estud Econ Apl*. 2013;31(2):303–26.
374. Pinilla García FJ, Hervás Rivero P, Galiana Blanco L, Zimmermann Verdejo M. Condiciones de trabajo según género en España-2015. [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.; 2018. Available from: <http://www.insst.es/catalogopublicaciones/>
375. Murillo Huertas I, Ramos R, Simón H. Regional differences in the gender wage gap in Spain. In: International Conference on Regional Science: Innovation and Geographical spillovers: new approaches and evidence. Facultat de Economia y Empresa de la Universitat Rovira i Virgili; 2015.
376. Peña-Langobardo M, Fernández-Bolaños A, Pérez-Camarero S, Hidalgo-Vega A. Gender Differences in the Spanish Labor Market : a Review Before and After the Economic Crisis [Internet]. Universidad de Castilla-La Mancha; 2016. Report No.: DT 2016/3. Available from: <http://www.uclm.es/dep/daef/>
377. World Health Organization. World health statistics 2018. Vol. 151. 2018. 10–17 p.
378. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Natl Cent Heal Serv Res Dev*. 2005;83(4):1–28.
379. Beemsterboer W, Stewart R, Groothoff J, Nijhuis F. A literature review on sick leave determinants (1984-2004). *Int J Occup Med Environ Health*. 2009;22(2):169–79.
380. Fleten N, Johnsen R, Førde OH. Length of sick leave - Why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals. *BMC Public Health*. 2004;4(May 2014):1–11.
381. Percepción de la salud [Internet]. [cited 2021 Apr 10]. Available from: <https://www.ine.es/prodyser/myhue19/bloc-1c.html?lang=es>
382. Artazcoz L, Cortès I, Puig-Barrachina V, Benavides FG, Escribà-Agüir V, Borrell C. Combining employment and family in Europe: The role of family policies in health. *Eur J Public Health*. 2014;24(4):649–55.
383. Carreras M, Puig G, Sánchez-pérez I, María J. Morbilidad y estado de salud autopercebido , dos aproximaciones diferentes al estado de salud. *Gac Sanit [Internet]*. 2020;34(6):601–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.005>
384. Bilal U, Alazraqui M, Caiaffa WT, Lopez-Olmedo N, Martinez-Folgar K, Miranda JJ, et al. Inequalities in life expectancy in six large Latin American cities from the SALURBAL study: an ecological analysis. *Lancet Planet Heal [Internet]*. 2019;3(12):e503–10. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196\(19\)30235-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2542-5196(19)30235-9)
385. Crombie I, Irvine L, Elliott L, Wallace H. Closing the health inequalities gap: an international perspective. *World Heal Organ [Internet]*. 2005;1–80. Available from: <http://researchrepository.napier.ac.uk/1572/>
386. Ministerio de sanidad Consumo y Bienestar. España en cifras 2019 [Internet]. Catálogo de publicaciones oficiales de la Administración General del Estado. 2019. Available from: https://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2019/51/
387. INEbase / Mercado laboral / Salarios y costes laborales / Encuesta anual de coste laboral / Últimos datos [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 26]. Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736060920&menu=ultiDatos&idp=1254735976596

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

388. Rodríguez Rodríguez J, Arroyo Varela SR, Díaz Muñoz R. Tiempo de trabajo no realizado: Ausencia y absentismo laboral. La gestión la Divers XIII Congr Nac IX Congr Hisp Logroño (La Rioja), 16, 17 y 18 junio, 1999 [Internet]. 1999;123–6. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=565187>
389. Villaplana García M. Análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de la Incapacidad Temporal y la reincorporación al trabajo. *Med Secur Trab (Madr)*. 2014;60(suppl 1):65–73.
390. Alba-Ramírez A, López-Mourelo E. Sickness absence from work in Spain: Are there gender differences? Madrid; 2017. (Economics 17-15).
391. Laaksonen M, Piha K, Rahkonen O, Martikainen P, Lahelma E. Explaining occupational class differences in sickness absence: Results from middle-aged municipal employees. *J Epidemiol Community Health*. 2010 Sep;64(9):802–7.
392. Mastekaasa A. The gender gap in sickness absence: Long-term trends in eight European countries. *Eur J Public Health*. 2014;24(4):656–62.
393. Alexanderson K, Hensing G, Carstensen J, Bjurulf P. Pregnancy-related sickness absence among employed women in a Swedish county. *Scand J Work Environ Heal*. 1995;21(3):191–8.
394. Wang M, László KD, Svedberg P, Nylén L, Alexanderson K. Childbirth, morbidity, sickness absence and disability pension: A population-based longitudinal cohort study in Sweden. *BMJ Open*. 2020;10(11):1–11.
395. Wang Y, Hunt K, Nazareth I, Freemantle N, Petersen I. Do men consult less than women? An analysis of routinely collected UK general practice data. *BMJ Open*. 2013;3(8):1–7.
396. Fundación Novia Salcedo. Situación actual del empleo juvenil en España. Bilbao; 2013.
397. Rivera-Aguilera G. La construcción discursiva del joven trabajador : Un análisis crítico a los informes Tendencias Mundiales de Empleo. *Univ Psychol [Internet]*. 2018;(1):1–14. Available from: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.cdj>
398. Consejo Económico y Social. Jóvenes y mercado de trabajo en España. 2020.
399. Organización Internacional del Trabajo. Programa de la OIT sobre empleo juvenil. 2015.
400. Mateos-Romero L. El fenómeno de la sobreeducación entre los jóvenes españoles. *Cuad Investig en Juv*. 2018;
401. McShane SL. Job Satisfaction and Absenteeism: A Meta-Analytic Re-examination. *Can J Adm Sci / Rev Can des Sci l'Administration*. 1984;1(1):61–77.
402. Huete, A. Quezada, M.Y., Caballero D. Jóvenes con discapacidad en España 2016. *Injuve - Cermi*. 2016;
403. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Informe de accidentes laborales de tráfico. Madrid; 2019. p. 1–66.
404. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Estadísticas 2019. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995 - 2017. 2019;98. Available from: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2019OED A-INFORME.pdf>
405. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente y el joven adulto [Internet]. 2021. [cited 2021 Apr 27]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
406. Ministerio de Trabajo M y SS. Jóvenes y mercado de trabajo diciembre-2019 [Internet]. 2019. Available from: http://www.mitramiss.gob.es/es/sec_trabajo/analisis-mercado-%0Atrabajo/jovenes/numeros/index.htm NIPO:
407. OECD. Informe de diagnóstico de la estrategia de competencias de la OCDE: España. 2015;276. Available from: https://skills.oecd.org/developskills/documents/Spain_Diagnostic_Report_Espagnol.pdf

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

408. JUBILACIÓN ACTIVA - España bate en 2019 el récord de mayores de 65 años que trabajan: más de 218.000 [Internet]. [cited 2021 Apr 27]. Available from: <https://www.lainformacion.com/economia-negocios-y-finanzas/jubilados-trabajadores-mayores-65anos-record-2019-epa/6538888/>
409. Ministerio de Trabajo M y SS. Trabajadores y trabajadoras mayores y salud laboral [Internet]. 2019. Available from: <https://istas.net/sites/default/files/2019-04/Trabajadores y trabajadoras mayores y SL.pdf>
410. Delclós J, Gimeno D, Torá I, Martínez JM, Manzanera R, Jardí J, et al. Distribución de la duración de la incapacidad temporal por contingencia común por diagnóstico médico (Cataluña, 2006-2008). *Gac Sanit* [Internet]. 2013 Jan 1 [cited 2019 Jan 13];27(1):81–3. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112001434?via%3Dihub>
411. Delclós J, García S, López JC, Sampere M, Serra C, Plana M, et al. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2010;13(4):180–7.
412. Datos oficiales confirman el elevado envejecimiento del autónomo en España | Autónomos | Cinco Días [Internet]. [cited 2021 Apr 27]. Available from: https://cincodias.elpais.com/cincodias/2020/02/15/autonomos/1581757952_736650.html
413. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Esperanzas De Vida en Salud. 2013;1–75. Available from: <http://www.ine.es/daco/daco42/discapa/espe.pdf>
414. Black DC, Frost CBE D. Health at work – an independent review of sickness absence. 2011. 1–106 p.
415. de Vries H, Fishta A, Weikert B, Rodriguez Sanchez A, Wegewitz U. Determinants of Sickness Absence and Return to Work Among Employees with Common Mental Disorders: A Scoping Review. *J Occup Rehabil* [Internet]. 2018;28(3):393–417. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10926-017-9730-1>
416. Calvo-Bonacho E. Duración de la Incapacidad Asociada a Diferentes Patologías en Trabajadores Españoles. Resumen ejecutivo. Premios FIPROS. 2009;2(parte 2).
417. Mena Babiano F. Las Mutuas y el Sistema Público de Salud en la gestión de la I.T.C.C. 2004.
418. Monreal Bringsvaerd E. Control público de la incapacidad temporal y absentismo laboral: puntos de fricción. *Rev Gen Derecho del Trab y la Segur Soc*. 2012;28.
419. Krane L, Larsen EL, Nielsen CV, Stapelfeldt CM, Johnsen R, Risør MB. Attitudes towards sickness absence and sickness presenteeism in health and care sectors in Norway and Denmark: A qualitative study. *BMC Public Health*. 2014;14(1):1–13.
420. GBD 2019 Viewpoint Collaborators CJL, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasi-Kangevari M, Abd-Allah F, et al. Five insights from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet (London, England)* [Internet]. 2020 Oct 17 [cited 2020 Dec 8];396(10258):1135–59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33069324>
421. Čikeš V, Ribarić HM, Črnjar K. The determinants and outcomes of absence behavior: A systematic literature review. *Soc Sci*. 2018;7(8).
422. Reinoso-Barbero L, Díaz-Garrido R, González-Gómez M-F, Jaureguizar-Cervera E, Piñaga-Solé M, Reyes-García R. Non work-related sickness absence in 2013 in a Spanish banking sector company. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2015;18(3):130–5.
423. Torá-Rocamora I, Martínez JM, Gimeno D, Alberti C, Jardí J, Manzanera R, et al. Assessment of the magnitude of geographical variations in the duration of non-work-related sickness absence by individual and contextual factors. *Gac Sanit* [Internet]. 2015;29(3):164–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.12.004>
424. Ministerio de Trabajo M y SS. El reconocimiento de la Enfermedad Profesional [Internet]. 2019. p. 1–66. Available from: https://istas.net/sites/default/files/2019-05/Largo_periplo_reconocimiento_EEPP_0.pdf

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

425. Ministerio del Trabajo y Economía Social. Estadística de Accidente de Trabajo. Año 2019 [Internet]. 2020. Available from: <http://www.mites.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm>
<http://www.mites.gob.es>
426. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. Boletín Of del Estado. 1995;9.
427. Ministerio de Sanidad; Ministerio de Servicios Sociales e Igualdad. Estudio Epidemiológico De Las Enfermedades Profesionales En España (1990 - 2014). 2014;
428. García García L, Ángel MR. Incapacidad Temporal: análisis cualitativo y cuantitativo de las contingencias comunes y profesionales en España y otros países de la UE. 2015;
429. En 2019 aumentó un 13,5% la comunicación de casos de enfermedad profesional [Internet]. 2020 [cited 2021 Apr 25]. Available from: <https://nuevatribuna.publico.es/articulo/actualidad/comunicacion-casos-enfermedadprofesional/20200114172141170092.html>
430. Ruano Albertos S. El Convenio sobre el trabajo marítimo. Requisitos para trabajar a bordo de buques: edad mínima, certificado médico, formación y calificaciones. Rev del Minist Trab e Inmigr [Internet]. 2009;82. Available from: <https://vlex.es/vid/convenio-timo-bordo-eacute-dico-oacute-211452221>
431. Calvo- Bonacho E. Duración de la Incapacidad Temporal asociadas a diferentes patologías en trabajadores españoles. Capítulo 1 (parte 1). Minist Trab e Inmigr [Internet]. 2009;2(parte 1):137. Available from: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/146665.pdf>
432. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas. Manual de actuación para médicos inspectores del INSS. 3ª edición. Social IN de la S, editor. 2014.
433. Lidwall U. Sick leave diagnoses and return to work: A Swedish register study. Disabil Rehabil. 2015;37(5).
434. Álvarez Theurer E, Llergo Muñoz A, Vaquero Abellán M. Análisis de la duración de los períodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados. Aten Primaria. 2009;41(7):387–93.
435. Soriano JB, Rojas-Rueda D, Alonso J, Antó JM, Cardona P-J, Fernández E, et al. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. Med Clin (Barc). 2018;151(5):171–90.
436. Ali F, Gabbay M, Baillie N. NICE public health guidance update. J Public Health (Bangkok). 2020;1–3.
437. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Ciudadanos - Estrategia en Salud Cardiovascular del SNS. [Internet]. [cited 2021 Apr 27]. Available from: https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/Suplementos/ParadaCardiaca/EstrategiaSaludCardiovascular.htm
438. Sans Menéndez S. Las enfermedades cardiovasculares. Rev Panam Salud P [Internet]. 2018;7(1):49–50. Available from: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf
439. Calvo-Bonacho E. Duración de la incapacidad temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. Vol. 2. 2009.
440. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Rehabilitación e Integración social de las personas con trastornos mental grave. 1992;1–82.
441. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Hees H. Incidence rates of sickness absence related to mental disorders: A systematic literature review. BMC Public Health. 2014;14(1).
442. Wooden M, Bubonya M, Cobb-Clark D. Sickness absence and mental health: evidence from a nationally representative longitudinal survey. Scand J Work Environ Health. 2016;42(3):201–8.
443. Alba-Jurado ML, Cabuchola-Moreno S. Programa formativo interdisciplinar entre los inspectores médicos del INSS y los equipos de salud mental en Málaga. 2014;243–50. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v60s1/comunicacion5.pdf>

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

444. Bergström G, Lohela-Karlsson M, Kwak L, Bodin L, Jensen I, Torgén M, et al. Preventing sickness absenteeism among employees with common mental disorders or stress-related symptoms at work: Design of a cluster randomized controlled trial of a problem-solving based intervention versus care-as-usual conducted at the Occupational Health. *BMC Public Health*. 2017;17(1):1–10.
445. Nieuwenhuijsen K, Verbeek JHAM, de Boer AGEM, Blonk RWB, van Dijk FJH. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Heal*. 2006;32(1):67–74.
446. Calvo Bonacho E. Duración de la incapacidad temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles. Gob España Minist Trab e Inmigr Secr Estado la Segur Soc [Internet]. 2009;2(parte 2). Available from: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/146662.pdf>
447. Organización Mundial de la Salud. El efecto sobre la salud de los riesgos psicosociales en el trabajo [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.; 2010. p. 1–153. Available from: <http://www.insst.es/catalogopublicaciones/>
448. Morillejo EA, Pozo Muñoz C. Artículo Análisis de los factores psicosociales de riesgo en los profesionales dedicados al cuidado de la salud Analysis of psychosocial risk factors in health professionals. *Rev Psicol del Trab y las Organ* [Internet]. 2001;17:273–94. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2313/231318273002.pdf>
449. Mur de Viu C, Maqueda Blasco J. Salud laboral y salud mental: estado de la cuestión. *Med Segur Trab (Madr)*. 2011;57:1–3.
450. Memish K, Martin A, Bartlett L, Dawkins S, Sanderson K. Workplace mental health: An international review of guidelines. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2017 Aug;101:213–22. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091743517301159>
451. Al Nuhait M, Al Harbi K, Al Jarboa A, Bustami R, Alharbi S, Masud N, et al. Sickness presenteeism among health care providers in an academic tertiary care center in Riyadh. *J Infect Public Health* [Internet]. 2017;10(6):711–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.09.019>
452. Karanika-Murray M, Pontes HM, Griffiths MD, Biron C. Sickness presenteeism determines job satisfaction via affective-motivational states. *Soc Sci Med*. 2015;139:100–6.
453. Laaksonen M, Mastekaasa A, Martikainen P, Rahkonen O, Piha K, Lahelma E. Gender differences in sickness absence - The contribution of occupation and workplace. *Scand J Work Environ Heal*. 2010;36(5):394–403.
454. Nigatu YT, Liu Y, Uppal M, McKinney S, Gillis K, Rao S, et al. Prognostic factors for return to work of employees with common mental disorders: a meta-analysis of cohort studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017;52(10):1205–15.
455. Netterstrøm B, Eller NH, Borritz M. Prognostic Factors of Returning to Work after Sick Leave due to Work-Related Common Mental Disorders: A One-And Three-Year Follow-Up Study. *Biomed Res Int*. 2015;2015.
456. Dewa CS, Trojanowski L, Joosen MCW, Bonato S. Employer best practice guidelines for the return to work of workers on mental disorder-related disability leave: A systematic review. *Can J Psychiatry*. 2016;61(3).
457. Arends I, Van Der Klink JJ, Bültmann U. Prevention of recurrent sickness absence among employees with common mental disorders: Design of a cluster-randomised controlled trial with cost-benefit and effectiveness evaluation. *BMC Public Health*. 2010;10.
458. Norder G, Bültmann U, Hoedeman R, Bruin J De, Van Der Klink JJJ, Roelen CAM. Recovery and recurrence of mental sickness absence among production and office workers in the industrial sector. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):419–23.
459. Sado M, Shirahase J, Yoshimura K, Miura Y, Yamamoto K, Tabuchi H, et al. Predictors of repeated sick leave in the workplace because of mental disorders. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014;
460. Los trastornos musculoesqueléticos. *Mutua Universal*. 2019.

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

461. Humbría Mendiola A, Carmona L, Ortiza A, Peña Sagredo J. Impacto poblacional del dolor lumbar en España: resultados del estudio EPISER. *Rev Española Reumatol.* 2002;29(10):471–8.
462. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión. VOL. 1 Diagnósticos. 2016. 1452 p.
463. Pekkala J, Blomgren J, Pietiläinen O, Lahelma E, Rahkonen O. Occupational class differences in diagnostic-specific sickness absence: A register-based study in the Finnish population, 2005-2014. *BMC Public Health.* 2017;17(1):1–13.
464. G. Benavides F, Zaballa E, Duran X, Sanchez-Niubo A, Gimeno Ruiz de Porras D. Incidence of non-work-related sickness absence in Spain by economic activity of the company. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2017;20(1):14–25.
465. Melchior M, Krieger N, Kawachi I, Berkman LF, Niedhammer I, Goldberg M. Work factors and occupational class disparities in sickness absence: Findings from the GAZEL cohort study. *Am J Public Health.* 2005;95(7):1206–12.
466. Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health.* 2017;17(1).
467. Santamaría P, Ramírez PC, Ordi HG. Health professionals' perceptions of prevalence of malingering in temporary disability in Spain. *Clínica y Salud.* 2013;24(3):139–51.
468. Huelga de basuras | Temas de actualidad [Internet]. [cited 2021 Apr 28]. Available from: https://www.lasexta.com/temas/huelga_de_basuras-1
469. Arranca la huelga de basuras en el Raiguer a la espera de un posible acuerdo para este viernes [Internet]. 2021 [cited 2021 Apr 28]. Available from: <https://www.ultimahora.es/noticias/part-forana/2021/02/12/1237981/arranca-huelga-basuras-raiguer-espera-posible-acuerdo-para-este-viernes.html>
470. Santana-Herrera J, Alfano T, Escobal-Machado A. Turnos de trabajo, ¿un factor de riesgo cardiovascular? *Med Segur Trab (Madr).* 2014;60(234):179–97.
471. Fresneda Moreno FJ, Gómez Santana JC, Bascopé Quintanilla H. Riesgo de cáncer de mama en trabajadoras de turno nocturno [Internet] 2013 [9 de Abril del 2019] 59 (230): 146-158. *Med Segur Trab (Madr)* [Internet]. 2013;59(230):146–58. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2013000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
472. Zaballa E, Martínez JM, Duran X, Albertí C, Gimeno Ruiz de Porras D, Benavides FG. Incidence of sickness absence by type of employment contract: One year follow-up study in Spanish salaried workers. *Arch Public Heal.* 2016;74(1).
473. Areses Vidal X, Valdés Sánchez JE. La Administración General del Estado a 10 años vista. *Rev Vasca Gestión Pers y Organ Públicas* [Internet]. 2019;(16):54–79. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6945316>
474. Ministerio de Política Territorial y Función Pública. MUFACE. Memoria 2018. 2019. p. 245.
475. Instituto Nacional de Estadística (INE). Ocupados por tipo de contrato o relación laboral de los asalariados, sexo y tipo de jornada [Internet]. [cited 2021 May 5]. Available from: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=3961#!tabs-grafico>
476. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Ferrie JE. From insecure to secure employment: Changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occup Environ Med.* 2003;60(12):948–53.
477. Herbig B, Dragano N, Angerer P. Gesundheitliche Situation von langzeitarbeitslosen Menschen. *Dtsch Arztebl Int.* 2013;110(23–24):413–9.

Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados

478. Furåker B. On the social consequences of unemployment [Internet]. European parliament's special committee on the financial, economic and social crisis. Brussels: Policy Department Economic and Scientific Policies European Parliament B-1047; 2010. Available from: <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=EN>
479. Rijken M, Spreeuwenberg P, Schippers J, Groenewegen PP. The importance of illness duration, age at diagnosis and the year of diagnosis for labour participation chances of people with chronic illness: Results of a nationwide panel-study in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2013;13(1):1–13.
480. Stapelfeldt CM, Nielsen CV, Andersen NT, Krane L, Fleten N, Borg V, et al. Are environmental characteristics in the municipal eldercare, more closely associated with frequent short sick leave spells among employees than with total sick leave: A cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2013;13(1):1. Available from: *BMC Public Health*
481. Benavides FG, Benach J, Diez-Roux A V., Roman C. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(7):494–501.
482. Tasa bruta de natalidad por región España 2019 | Statista [Internet]. [cited 2021 Apr 23]. Available from: <https://es.statista.com/estadisticas/474297/tasa-de-natalidad-en-espana-por-comunidad-autonoma/>
483. Roelen C, Koopmans P, Anema J, van der Beek A. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. *J Occup Rehabil* [Internet]. 2010;20(1):113–21. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L360278517>
484. Scharf J, Angerer P, Müting G, Loerbroks A. Return to work after common mental disorders: A qualitative study exploring the expectations of the involved stakeholders. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):1–17.
485. Lagerveld SE, Blonk RWB, Brenninkmeijer V, Schaufeli WB. Return to work among employees with mental health problems: Development and validation of a self-efficacy questionnaire. *Work Stress*. 2010;24(4):359–75.
486. Jo C. Cost-of-illness studies: concepts, scopes, and methods. *Clin Mol Hepatol*. 2014;20(4):327–37.
487. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García LM, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, López-González ÁA. Costes por incapacidad temporal en España derivados de la diabetes mellitus y sus complicaciones. *Endocrinol y Nutr* [Internet]. 2013 Oct 1 [cited 2019 Jan 13];60(8):447–55. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.02.004>
488. Villalbí JR, Suelve JM, Martínez C, Valverde A, Cabezas C, Fernández E. El control del tabaquismo en España: situación actual y prioridades. *Rev Esp Salud Publica*. 2019;93:1–16.
489. Unión General de Trabajadores (UGT). La incapacidad temporal durante la pandemia del COVID-19 y los complementos en el convenio colectivo. 2020. p. 0–16.



Puesto de verdura en Myanmar (Autora: Victoria Rivas Bustos)

8. ANEXOS

ANEXO 1: Trabajadores por Comunidad Autónoma y Clasificación Nacional de Actividades Económicas

Anexo 1.1. Trabajadores por Comunidad Autónoma y Clasificación Nacional de Actividades Económicas (miles) I. 2019

	Andalucía	Aragón	Asturias	Illes Balears	Canarias	Cantabria	Castilla León	Castilla Mancha	Cataluña
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	255,40	34,40	13,98	5,85	25,30	7,15	63,33	52,03	51,73
Industrias extractivas	4,90	0,94	2,26	0,37	0,21	0,44	2,52	1,46	3,60
Industria manufacturera	253,78	106,55	46,58	30,50	31,45	34,58	161,98	122,75	573,55
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	4,74	1,39	1,39	0,98	1,18	0,80	3,23	3,40	6,30
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	30,44	6,22	2,82	5,20	8,02	2,59	7,89	8,44	37,83
Construcción	206,63	37,95	25,35	63,75	48,70	18,15	64,63	68,75	194,73
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	493,03	79,84	58,56	79,94	170,75	35,20	129,88	110,58	545,68
Transporte y almacenamiento	137,16	29,02	15,52	28,07	56,14	11,41	39,89	45,45	159,91
Hostelería	353,71	41,79	35,09	129,37	206,77	24,47	80,00	63,42	282,77
Información y comunicaciones	58,68	12,58	13,28	11,48	14,55	3,93	18,03	14,88	104,50
Actividades financieras y de seguros	49,03	10,63	6,70	6,00	11,95	4,38	17,33	18,63	62,95
Actividades inmobiliarias	21,80	2,65	1,05	6,88	6,13	2,05	3,80	3,23	37,78
Actividades profesionales, científicas y técnicas	88,32	10,98	12,39	18,23	23,12	5,37	24,25	15,53	144,50
Actividades administrativas y servicios auxiliares	209,18	31,24	25,43	46,25	66,05	14,26	60,83	43,44	275,15
Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	255,45	49,70	26,93	28,33	60,88	18,06	71,39	88,19	232,23
Educación	173,26	26,29	21,72	27,87	45,87	15,33	58,79	28,60	168,81
Actividades sanitarias y de servicios sociales	299,44	65,39	48,79	45,05	83,50	25,86	122,30	82,24	307,45
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	67,51	10,77	7,40	18,74	27,98	4,70	16,03	13,95	82,81
Otros servicios	74,83	12,36	8,59	14,68	25,08	6,20	18,48	18,08	75,49
Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; productores bienes y servicios	81,94	16,84	13,06	21,15	19,22	8,92	26,18	21,87	92,27
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	0,54	0,03	0,03	0,11	0,15	0,01	0,06	0,12	0,69
Total	3119,75	587,55	386,92	588,78	932,99	243,83	990,80	825,02	3440,72

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Anexo 1.2. Trabajadores por Comunidad Autónoma y Clasificación Nacional de Actividades Económicas (miles trabajadores) II. 2019

	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	La Rioja	Valencia	País Vasco	Ceuta	Melilla
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	48,53	66,73	6,10	74,88	10,23	6,80	64,63	10,23	0,10	0,07
Industrias extractivas	1,23	2,48	2,68	0,89	0,47	0,12	1,62	0,71	0,00	0,00
Industria manufacturera	33,60	164,83	230,63	76,38	70,15	33,70	342,38	180,85	0,48	0,33
Suministro de energía eléctrica, gas, vapor y aire acondicionado	2,12	2,68	12,67	0,72	1,00	0,18	2,65	1,78	0,07	0,04
Suministro de agua, actividades de saneamiento, gestión de residuos y descontaminación	5,45	9,41	30,58	6,79	3,28	0,87	20,10	7,44	0,35	0,23
Construcción	24,38	70,10	196,80	43,03	16,15	8,45	135,20	52,90	0,88	1,28
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos de motor y motocicletas	55,23	161,28	423,96	99,37	32,94	18,54	373,01	121,55	3,67	3,79
Transporte y almacenamiento	13,82	3,00	158,88	86,66	11,30	4,91	102,63	41,41	1,57	1,18
Hostelería	34,71	86,13	223,72	93,45	20,52	11,52	211,24	70,21	2,08	2,38
Información y comunicaciones	5,05	28,00	226,05	7,58	6,10	1,78	48,60	27,05	0,37	0,28
Actividades financieras y de seguros	5,53	18,63	141,28	8,30	3,50	2,20	41,60	20,25	0,10	0,23
Actividades inmobiliarias	0,90	3,85	34,18	2,28	1,73	0,28	20,43	5,13	0,05	0,10
Actividades profesionales, científicas y técnicas	9,53	34,97	172,78	10,47	7,38	2,68	57,49	35,46	0,56	0,55
Actividades administrativas y servicios auxiliares	17,02	66,95	269,52	36,86	15,90	7,52	127,21	59,76	2,76	3,03
Administración Pública y defensa; Seguridad Social obligatoria	49,65	78,58	166,24	34,16	14,89	8,92	118,06	52,59	7,79	6,72
Educación	18,31	56,35	221,91	34,33	19,70	8,09	116,46	73,89	1,38	1,44
Actividades sanitarias y de servicios sociales	45,27	109,63	302,39	57,54	32,64	14,47	159,78	102,28	4,51	5,17
Actividades artísticas, recreativas y de entretenimiento	5,63	19,82	58,48	12,04	6,45	2,63	47,27	16,55	0,50	0,41
Otros servicios	8,00	23,90	61,58	12,31	4,68	2,56	42,13	18,86	0,64	0,33
Actividades de los hogares como empleadores de personal doméstico; productores bienes y servicios	6,78	38,02	156,58	18,90	9,82	4,36	54,50	37,23	0,51	0,28
Actividades de organizaciones y organismos extraterritoriales	0,02	0,11	2,01	0,05	0,02	0,01	0,25	0,09	0,00	0,00
Total	390,73	1045,44	3099,00	716,95	288,83	140,57	2087,23	936,20	28,37	27,82

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

ANEXO 2: Duración media de la incapacidad temporal por Capítulo Diagnóstico y género

Anexo 2.1. Duración de la IT por Capítulos Diagnósticos y género. I

Capítulo diagnóstico	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (a00-b99)		Neoplasias (c00-d49)		Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico (d50-d89)		Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (e00-e89)		Trastornos mentales y de comportamiento (f01-f99)		Enfermedades del sistema nervioso (g00-g99)		Enfermedades del ojo y sus anexos (h00-h59)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	18	19	164	170	175	102	111	92	136	123	130	123	64	50
Aragón	14	12	187	173	148	68	93	81	118	120	101	106	60	54
Asturias	18	16	186	172	222	159	124	99	166	135	167	130	81	62
Illes Balears	9	9	213	213	109	90	91	71	81	81	102	100	48	39
Canarias	18	18	194	196	184	112	135	117	134	129	151	131	74	67
Cantabria	12	12	184	171	140	79	104	100	168	152	117	111	60	51
Castilla y León	24	23	186	224	136	106	112	89	143	136	130	119	64	60
Castilla - La Mancha	17	16	188	209	187	94	88	94	135	127	126	126	66	55
Extremadura	23	25	201	207	217	132	135	95	176	152	171	137	71	58
Galicia	24	28	192	207	154	126	117	117	163	155	155	145	64	56
Madrid	11	11	159	135	125	85	80	84	118	114	102	90	42	37
Murcia	17	18	148	155	115	110	100	105	156	145	131	132	60	60
Navarra	9	9	166	194	77	54	53	77	96	92	97	74	39	38
La Rioja	10	10	152	160	191	66	72	56	120	110	114	81	48	43
Valencia	16	17	194	197	129	87	97	94	137	134	134	129	58	55
País Vasco	11	12	152	179	146	90	103	85	122	114	115	99	50	43
Ceuta	38	42	185	161	409	72	98	99	95	93	129	53	52	29
Melilla	22	32	187	195	187	45	65	137	115	129	115	98	56	55

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Anexo 2.2. Duración de la IT por Capítulos Diagnósticos y género. II

Capítulo diagnóstico	Enfermedades del ojo y sus anexos (h00-h59)		Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas (h60-h95)		Enfermedades del aparato circulatorio (i00-i99)		Enfermedades del aparato respiratorio (j00-j99)		Enfermedades del aparato digestivo (k00-k95)		Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (l00-l99)		Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (m00-m99)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	64	50	49	43	173	102	17	15	52	40	44	42	92	93
Aragón	60	54	35	39	161	124	15	16	47	45	44	47	84	96
Asturias	81	62	70	50	179	125	24	25	79	68	63	78	126	127
Illes Balears	48	39	26	25	150	108	14	12	45	42	30	31	74	83
Canarias	74	67	66	55	190	133	19	19	75	64	51	54	112	121
Cantabria	60	51	43	45	181	129	17	16	68	56	62	56	105	115
Castilla y León	64	60	40	38	170	121	16	16	41	32	49	48	92	107
Castilla - La Mancha	66	55	37	39	171	124	18	18	56	43	43	50	95	104
Extremadura	71	58	67	47	203	122	29	23	71	61	57	56	122	115
Galicia	64	56	64	56	183	138	23	21	68	63	57	74	113	129
Madrid	42	37	34	32	132	88	15	14	46	39	39	39	77	84
Murcia	60	60	50	57	177	126	21	21	66	62	48	56	95	104
Navarra	39	38	30	28	167	113	11	11	37	31	30	34	66	83
La Rioja	48	43	24	31	139	103	10	12	46	40	52	38	67	79
Valencia	58	55	43	38	168	119	17	16	60	55	40	47	100	105
País Vasco	50	43	39	35	153	96	14	15	48	41	47	49	82	91
Ceuta	52	29	77	149	107	24	17	68	56	53	36	92	89	59
Melilla	56	55	28	181	97	20	11	69	60	38	32	94	80	50

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Anexo 2.3. Duración de la IT por Capítulos Diagnósticos y género. III

Capítulo diagnóstico	Enfermedades del aparato genitourinario (n00-n99)		Embarazo, parto y puerperio (o00-o9a)	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (p00-p96)		Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (q00-q99)		Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (r00-r99)		Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (s00-t88)		Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (z00-z99)		Procedimientos	
	Hombre	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Andalucía	48	51	85	105	61	134	110	55	49	78	72	36	19	96	110
Aragón	44	48	63		42	96	112	41	45	72	78	44	72	64	107
Asturias	72	69	65			108	98	79	71	111	116	56	62	55	95
Illes Balears	45	36	61	231	165	105	86	39	37	62	63	23	23	113	53
Canarias	62	63	107	13	84	133	146	64	57	104	101	17	34	48	169
Cantabria	38	59	73	507		141	135	67	65	85	90		41	174	160
Castilla y León	46	54	70	344	69	121	103	50	49	84	88	18	71	93	96
Castilla - La Mancha	44	54	79	11	70	124	116	46	46	76	84	93	98	86	90
Extremadura	51	60	83	103	65	136	130	59	58	93	85	65	26	85	69
Galicia	55	60	78	169	103	126	114	55	56	90	95	176	173	107	93
Madrid	44	47	57	29	48	59	83	59	62	77	82	53	83	51	45
Murcia	55	67	82	13	77	114	95	77	80	84	85	38	44	81	82
Navarra	24	33	66		275	95	60	22	25	62	70	11	25	83	88
La Rioja	36	40	61			44	115	41	48	62	70	179	118	173	103
Valencia	48	46	83	116	60	102	98	43	46	72	74	84	23	91	58
País Vasco	41	50	67	195	75	106	88	43	45	71	81	51	63	134	91
Ceuta	42	45	27	104	27	100	66	50	89	73	82	121	167	130	180
Melilla	46	43	12	10	142	97	64	40	88	69	93	28	71	146	154

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

ANEXO 3: Duración de la incapacidad temporal por Capítulos Diagnósticos y tramos de edad

Anexo 3.1. Duración de la IT por Capítulo Diagnóstico y tramos de edad. I

	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (a00-b99)						Neoplasias (c00-d49)						Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos y ciertos trastornos que afectan al mecanismo inmunológico (d50-d89)					
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65
Andalucía	12	12	17	22	30	50	97	109	141	176	208	211	90	83	97	130	201	132
Aragón	9	8	13	18	30	26	85	101	129	189	225	243	19	51	91	103	116	66
Asturias	9	12	13	22	36	5	72	120	140	181	220	93	111	97	163	208	192	301
Illes Balears	6	7	8	12	17	9	98	138	169	217	266	217	30	78	102	92	147	
Canarias	9	13	16	24	32	84	95	136	166	204	229	214	71	81	132	125	225	319
Cantabria	7	10	10	16	19	68	31	108	123	191	226	242		53	114	95	105	
Castilla y León	15	15	19	31	39	198	58	124	160	203	238	239	19	78	93	125	143	184
Castilla-Mancha	8	9	17	26	30	152	125	106	175	222	245	166	46	73	117	138	206	308
Extremadura	16	14	22	33	37	104	34	126	176	209	250	240	10	159	122	152	270	130
Galicia	11	16	23	36	48	66	75	114	158	216	244	191	103	92	112	139	215	209
Madrid	6	8	11	15	22	27	66	84	113	148	195	191	59	68	81	105	157	62
Murcia	10	13	17	24	27	92	62	85	134	160	201	264	37	67	109	107	188	112
Navarra	5	6	7	13	20	8	97	109	152	187	226	130	23	215	46	38	39	
La Rioja	6	6	9	13	29	3	60	91	121	164	199	119	192	21	115	71	58	227
Valencia	11	12	14	21	32	54	99	111	157	206	241	246	67	80	80	115	168	30
País Vasco	9	8	10	13	21	88	83	97	136	170	210	194	110	68	67	133	147	48
Ceuta	7	21	24	54	60	3		77	137	205	180			58	141	300	409	438
Melilla	17	24	34	33	24	160	22	76	157	191	237			27	45	137	274	

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Anexo 3.2. Duración de la IT por Capítulo Diagnóstico y tramos de edad. II

	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (e00-e89)						Trastornos mentales y de comportamiento (f01-f99)						Enfermedades del sistema nervioso (g00-g99)					
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	>65
Andalucía	71	85	84	105	130	165	83	108	125	138	157	173	60	96	123	136	157	173
Aragón	38	78	67	82	136	46	67	90	116	132	161	226	26	81	99	112	146	125
Asturias	49	84	100	116	117		75	120	137	151	180	192	84	124	128	148	175	79
Illes Balears	12	36	72	99	108	11	46	68	82	90	115	142	49	60	108	111	147	161
Canarias	57	97	110	126	181		76	105	131	147	169	237	71	90	128	152	188	210
Cantabria	12	87	95	110	121	74	93	135	142	177	191	114	36	74	115	115	154	78
Castilla y León	50	98	91	82	131	74	75	108	134	148	180	181	42	90	120	131	156	143
Castilla-Mancha	41	74	82	97	122	192	83	105	129	144	170	185	50	95	115	147	176	261
Extremadura	68	55	117	101	186	329	109	141	146	171	195	186	61	97	144	175	197	111
Galicia	123	112	97	123	143	40	97	131	155	170	186	162	80	112	133	169	183	226
Madrid	57	74	75	90	98	62	63	90	112	128	157	172	30	60	87	108	131	185
Murcia	78	77	95	121	119	43	109	128	141	157	183	143	85	109	128	140	156	297
Navarra	35	64	70	65	77		59	77	93	92	128	385	24	60	77	97	133	124
La Rioja	56	57	45	63	102		96	73	112	122	146	267	27	69	83	100	132	261
Valencia	68	79	77	97	134	226	81	108	132	149	176	183	64	103	118	138	175	166
País Vasco	76	62	87	101	102	29	80	95	112	121	147	163	41	73	91	110	153	106
Ceuta		49	135	74	191		82	59	97	111	106	138	130	96	130	107	125	
Melilla	5	84	95	65	25	452	66	114	114	123	151	195	38	71	100	133	229	11

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Anexo 3.3. Duración de la IT por Capítulo Diagnóstico y tramos de edad. III

	Enfermedades del ojo y sus anexos (h00-h59)						Enfermedades del oído y apófisis mastoides (h60-h95)						Enfermedades del aparato circulatorio (i00-i99)					
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
Andalucía	26	31	48	62	76	69	24	27	43	47	68	80	78	86	107	154	182	193
Aragón	24	28	43	73	71	58	16	20	31	45	54	9	82	73	100	153	191	221
Asturias	18	31	59	74	88	86	17	33	46	60	86	150	73	81	106	160	204	187
Illes Balears	19	23	40	45	62	49	10	22	24	28	36	11	40	74	101	138	174	242
Canarias	26	43	60	72	92	92	32	34	55	66	89	40	64	85	133	169	211	250
Cantabria	29	24	35	64	77	82	12	42	52	50	37		92	92	120	164	202	177
Castilla y León	26	32	53	63	84	61	12	23	35	41	56	123	67	93	116	149	193	227
Castilla-Mancha	20	26	41	65	101	82	18	27	31	41	65	16	44	84	119	173	186	239
Extremadura	53	30	45	73	82	83	35	38	45	62	75	36	73	97	123	174	219	305
Galicia	25	30	48	65	79	108	24	33	44	66	95	34	74	96	129	168	204	222
Madrid	13	21	31	44	55	51	12	18	29	40	50	42	63	61	84	118	149	146
Murcia	27	37	55	58	80	64	23	44	42	59	80	7	70	92	131	160	198	158
Navarra	20	23	26	48	52	41	17	20	26	32	40	8	113	75	105	158	177	160
La Rioja	14	21	49	38	65	33	19	15	30	26	45		25	66	77	128	174	167
Valencia	26	25	43	68	74	77	15	24	31	45	66	111	69	84	110	156	192	177
País Vasco	15	20	37	52	65	69	13	21	32	40	52	89	75	68	93	133	167	175
Ceuta	32	16	35	28	90	16		24	53	38	95	37	166	38	77	139	167	150
Melilla	53	29	46	70	101	358	20	11	18	33	123		197	92	53	162	170	193

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Anexo 3.4. Duración de la IT por Capítulo Diagnóstico y tramos de edad. IV

	Enfermedades del aparato respiratorio (j00-j99)						Enfermedades de aparato digestivo (k00-k95)						Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (l00-l99)					
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
Andalucía	8	10	13	19	28	33	8	10	13	19	28	33	21	29	43	59	72	94
Aragón	8	9	11	20	33	52	8	9	11	20	33	52	22	29	43	53	65	106
Asturias	11	11	21	27	42	62	11	11	21	27	42	62	33	49	73	83	85	196
Illes Balears	7	9	11	16	24	37	7	9	11	16	24	37	19	30	39	53	72	67
Canarias	10	13	15	22	37	40	10	13	15	22	37	40	34	47	65	79	101	123
Cantabria	9	11	12	19	31	36	9	11	12	19	31	36	21	38	65	72	76	47
Castilla y León	8	11	14	18	29	46	8	11	14	18	29	46	13	19	31	49	67	119
Castilla-Mancha	8	11	14	21	39	60	8	11	14	21	39	60	19	33	46	62	84	62
Extremadura	13	17	20	27	44	27	13	17	20	27	44	27	32	48	63	77	88	143
Galicia	11	14	17	26	35	52	11	14	17	26	35	52	28	44	59	79	86	80
Madrid	8	10	12	16	25	38	8	10	12	16	25	38	18	29	42	48	57	62
Murcia	11	13	17	27	37	37	11	13	17	27	37	37	38	46	62	73	81	139
Navarra	6	7	10	13	19	47	6	7	10	13	19	47	21	20	32	41	50	34
La Rioja	7	8	10	11	21	24	7	8	10	11	21	24	24	29	40	47	58	51
Valencia	9	10	13	20	29	32	9	10	13	20	29	32	23	38	55	65	80	91
Pais Vasco	8	9	12	17	25	42	8	9	12	17	25	42	16	24	39	53	68	83
Ceuta	14	11	16	20	30	30	14	11	16	20	30	30	28	42	65	60	75	168
Melilla	30	8	11	15	20	12	30	8	11	15	20	12	10	54	75	76	55	135

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Anexo 3.5. Duración de la IT por Capítulo Diagnóstico y tramos de edad. V

	Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (m00-m99)						Enfermedades del aparato genitourinario (n00-n99)						Embarazo, parto y puerperio (o00-o99)				
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65
Andalucía	39	39	39	47	57	76	31	40	48	55	72	116	99	84	82	94	95
Aragón	29	28	44	54	76		22	31	39	51	77	95	54	65	60	59	84
Asturias	28	44	68	80	106		20	39	61	78	108	42	78	59	68	141	
Illes Balears	22	28	27	37	45	158	23	26	40	42	72	81	58	58	66	48	
Canarias	30	43	54	57	72	108	31	47	59	68	102	105	106	106	110	127	286
Cantabria	38	39	48	67	107	199	26	31	51	51	77	97	34	78	71	16	
Castilla y León	34	39	48	46	71	67	24	36	46	53	77	76	80	68	70	98	1
Castilla-Mancha	30	37	42	45	79	62	32	34	44	56	79	88	84	80	76	79	47
Extremadura	39	56	48	66	68	67	31	45	54	63	79	159	88	80	85	163	107
Galicia	50	52	54	74	90	145	37	39	53	61	88	103	86	77	78	69	140
Madrid	27	33	38	44	57	54	18	30	44	52	68	91	46	56	58	69	220
Murcia	35	40	46	57	83	134	35	43	61	67	92	110	92	83	79	38	97
Navarra	15	23	26	40	48		18	24	30	31	35	59	66	65	67	66	2
La Rioja	41	46	45	33	70	252	13	25	38	37	62	117	67	60	61	278	
Valencia	28	31	40	54	60	48	25	34	43	51	73	97	93	82	83	112	44
Pais Vasco	26	32	40	53	78	168	20	32	45	50	65	65	74	69	63	54	139
Ceuta	37	66	30	60	36	29	12	19	39	54	89	115	100	78	55	133	38
Melilla	35	37	46	35	23		34	32	46	43	74	217	71	83	81		

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Anexo 3.6. Duración de la IT por Capítulo Diagnóstico y tramos de edad. VI

	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (p00-p96)					Malformaciones congénitas, deformidades (q00-q99)					Síntomas, signos y resultados anormales de pruebas complementarias, no clasificados bajo otro concepto (r00-r99)					
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
Andalucía	47	57	67	96	158	108	94	105	147	161	29	38	45	60	79	82
Aragón	17	47				59	101	78	136	131	20	29	38	56	69	46
Asturias						61	79	100	131	135	23	42	62	83	115	75
Illes Balears	203	115	123	286	351	30	66	97	96	147	15	27	37	45	67	104
Canarias	208	57	107	21	92	153	76	129	165	194	31	42	52	73	93	135
Cantabria			507			60	180	206	69	92	36	49	66	69	92	132
Castilla y León		85	42	310		49	80	88	110	206	22	31	45	62	72	70
Castilla-Mancha	79	75	61		11	40	81	148	90	268	20	33	43	53	78	108
Extremadura	15	67	57	49	260	40	89	146	164	122	27	37	52	63	103	62
Galicia	34	64	116	153	233	76	86	105	159	130	26	37	48	67	85	123
Madrid	19	46	46	148	32	29	53	68	90	92	29	48	63	68	83	72
Murcia		45				19	96	67	142	137	54	68	76	84	99	143
Navarra				275		15	37	63	76	184	9	17	22	27	43	73
La Rioja						23	17	38	224	126	20	33	45	48	70	84
Valencia	49	60	63	85	149	64	73	82	127	121	21	31	38	52	78	76
País Vasco	1	125	47	93	287	21	72	92	102	128	15	27	35	52	84	169
Ceuta	242	93	60	33	18	21	37	47	90	39	13	20	57	61	94	29
Melilla		10	10			8	6	197	98	88	22	41	47	42	82	17

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Anexo 3.7. Duración de la IT por Capítulo Diagnóstico y tramos de edad. VII

	Lesiones traumáticas, envenenamientos y otras consecuencias de causas externas (s00-t88)						Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios (z00-z99)						Procedimientos					
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
	Andalucía	47	58	71	87	103	137	22	19	22	283	367		58	68	81	108	129
Aragón	45	54	75	87	108	144		25	90	618	549		32	48	57	75	99	109
Asturias	63	90	110	118	148	146			62	562			26	34	46	64	77	107
Illes Balears	37	46	62	80	98	101	22	25	23	128	17		64	65	80	123	158	158
Canarias	58	81	98	121	141	206	26	33	32	178	167		26	33	43	52	69	87
Cantabria	49	66	79	100	120	153		10	132				54	102	174	189	208	222
Castilla y León	51	64	83	96	118	168	17	30	56	155	189	187	55	64	85	98	113	129
Castilla-Mancha	46	57	73	96	120	132	65	68	76	105	140	170	57	66	80	98	120	145
Extremadura	70	68	79	102	112	204	7		238				60	64	82	91	106	161
Galicia	52	75	89	103	122	134	23	159	120	216	229	433	55	76	91	119	138	161
Madrid	44	62	77	92	115	143	65	66	51	113	166	263	24	37	51	72	94	109
Murcia	55	65	81	102	115	157	6	108	24		189		61	69	81	97	117	135
Navarra	41	53	63	75	91	98	23	23	29	3			49	54	75	91	112	106
La Rioja	41	52	54	74	103	96	11	95	127	185	351		89	95	161	179	212	238
Valencia	43	54	69	87	109	109	17	19	22	135	115		62	63	79	98	127	130
Pais Vasco	40	52	68	88	114	136	23	41	44	70	83	250	53	84	111	135	154	146
Ceuta	52	58	69	88	110	155							81	98	180	149	143	4
Melilla	64	59	69	101	97	202			28				46	79	151	222	22	461

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

ANEXO 4: Duración de la incapacidad temporal por tramos de edad, según nivel de CNO-1

Anexo 4.1. Duración de la IT por tramos de edad y nivel de CNO-11. I

	Directores y gerentes						Técnicos y profesionales científicos e intelectuales						Técnicos; profesionales de apoyo					
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
Andalucía	36	48	57	82	109	144	18	30	38	50	61	88	21	30	40	54	76	102
Aragón		45	24	24	83		41	35	41	52	59	1	35	35	38	44	48	30
Asturias	43	54	69	96	118	114	21	32	43	60	66	80	28	35	53	71	94	111
Illes Balears	27	36	46	65	107	153	16	25	32	43	57	57	11	19	30	43	65	63
Canarias	38	47	62	75	109	150	15	25	34	38	46	64	22	34	41	53	62	102
Cantabria	70	38	53	91	109	87	11	26	35	46	55	72	23	34	46	60	87	150
Castilla y León	53	53	65	88	117	137	20	41	52	63	75	79	24	35	48	63	85	101
Castilla - La Mancha	52	45	55	76	100	123	18	41	49	61	67	83	22	30	40	53	66	110
Cataluña	14	26	38	56	81	138	11	19	25	33	45	56	11	18	25	35	53	86
Extremadura	53	77	73	86	111	142	35	47	58	61	63	59	37	42	49	59	65	18
Galicia	43	65	81	106	133	162	25	40	53	63	68	66	31	44	59	77	92	127
Madrid	16	28	36	45	59	86	11	22	28	32	37	50	13	20	26	33	43	63
Murcia	45	58	71	90	119	184	19	33	39	48	58	44	23	31	45	59	82	106
Navarra	8	6	22	41	76		14	22	32	36	58		31	28	30	24	57	230
La Rioja	18	34	35	56	103	144	19	24	32	37	42	67	21	26	39	48	62	115
Valencia	40	56	67	89	108	136	21	38	48	56	70	74	25	34	44	57	77	126
País Vasco	30	21	33	35	55	38	40	33	40	43	45	59	47	37	30	43	47	26
Ceuta	69	33	26	66	85	93	37	34	37	47	56	22	16	45	50	60	56	144
Melilla	9	31	72	103	207	203	15	34	35	44	51	158	56	34	44	58	57	9

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Anexo 4.2. Duración de la IT por tramos de edad y nivel de CNO-11.II

	Empleados contables, administrativos y otros empleados de oficina						Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores						Trabajadores cualificados en el sector agrícola, ganadero, forestal y pesquero					
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
Andalucía	15	29	35	46	60	84	50	44	41	57	79	69	37	48	65	96	118	142
Aragón	21	30	40	55	47		47	43	58	81	100	240	16	35	43	40	42	103
Asturias	19	36	45	65	77	83	61	54	70	103	115	61	26	74	99	133	156	94
Illes Balears	12	19	29	39	56	82	54	53	56	75	124	70	17	27	31	56	82	282
Canarias	20	31	43	45	57	80	74	82	71	76	102	86	17	36	48	68	101	77
Cantabria	7	26	40	54	70	88	51	54	58	76	102	93	39	59	102	145	161	108
Castilla y León	12	31	43	54	70	51	49	40	46	70	89	51	36	62	74	106	133	137
Castilla - La Mancha	14	25	34	46	62	53	48	47	45	72	97	78	41	42	56	76	85	59
Cataluña	9	16	23	32	46	84	25	25	27	40	59	58	16	28	36	50	78	113
Extremadura	26	38	51	60	69	64	129	132	117	151	165	97	43	58	72	94	106	114
Galicia	26	44	54	66	85	111	74	64	64	78	92	66	91	87	122	158	190	228
Madrid	10	19	24	29	38	57	29	23	24	34	49	43	12	19	27	35	50	87
Murcia	19	30	41	53	71	91	67	52	49	69	87	67	51	62	72	100	131	143
Navarra	16	42	27	44	68		21	33	51	97	74	104	15	18	20	24	37	17
La Rioja	13	25	29	41	61	52	30	33	39	68	87	44	15	22	41	54	74	131
Valencia	17	29	40	52	69	95	53	40	36	45	60	43	31	41	55	74	98	172
País Vasco	21	39	31	40	45		26	37	43	68	70	80	16	44	30	32	33	
Ceuta	40	28	36	53	64	213	73	92	111	112	103	25	3	315	25	25	53	30
Melilla	34	49	43	43	70	21	71	83	92	105	169	50	14	12	28	46	67	

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

Anexo 4.3. Duración de la IT por tramos de edad y nivel de CNO-1.III

	Artesanos y trabajadores cualificados de la industria manufacturera y la construcción (excepto operadores de instalaciones y maquinaria)						Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores						Ocupaciones elementales					
	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	> 65
Andalucía	15	16	19	26	35	19	8	8	11	16	21	12	23	18	18	29	36	29
Aragón	54	62	96	99	96	50	16	22	41	53	47	51	30	28	37	42	51	6
Asturias	17	29	37	48	49	26	9	16	24	32	27	5	13	10	14	27	34	20
Illes Balears	13	14	24	34	58	32	3	5	8	15	26	12	14	13	18	32	55	31
Canarias	9	13	17	24	31	19	4	7	12	19	25	19	17	22	22	33	42	23
Cantabria	14	24	34	42	61	25	9	10	17	24	28	16	11	10	14	23	33	19
Castilla y León	29	28	36	45	59	23	10	13	19	25	26	10	17	13	17	32	40	22
Castilla - La Mancha	30	30	36	52	65	49	10	13	16	27	29	11	26	21	24	39	51	42
Cataluña	6	8	14	20	31	23	3	5	9	14	20	12	5	6	9	16	24	17
Extremadura	29	31	33	40	45	13	14	13	17	21	20	13	42	36	29	43	44	31
Galicia	44	44	53	63	84	30	10	13	18	27	28	15	15	13	17	32	49	33
Madrid	5	6	10	14	18	12	4	5	7	10	13	10	5	6	8	14	21	21
Murcia	30	27	32	42	49	19	11	11	15	25	25	16	34	26	32	41	49	24
Navarra	45	80	145	188	166	0	15	31	49	86	69	0	15	29	36	70	67	48
La Rioja	31	37	48	81	95	18	5	9	15	26	27	7	9	10	13	27	35	23
Valencia	18	18	23	29	35	16	10	9	13	19	22	12	16	12	14	22	29	11
País Vasco	36	52	81	91	90	29	10	18	30	41	37	1	16	21	26	39	35	22
Ceuta	15	11	23	28	27	8	7	12	17	22	28	0	15	24	31	47	44	11
Melilla	16	15	20	28	50	143	6	10	10	19	34	0	22	22	28	50	87	

Elaboración propia a partir de datos extraídos de la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas

ANEXO 5: Permisos y autorizaciones



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga

Dra. Dña. Gloria Laque Fernández, Secretaria del CEI Provincial de Málaga

CERTIFICA:

Que en la sesión de CEI de fecha: 26/03/2020 ha evaluado la propuesta de Dña. Matilde Leonor Alba Jurado, referido al Proyecto de Investigación: "Uso de la analítica predictiva en la gestión y control de la incapacidad temporal por las Unidades de Inspección Médica del INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL".

Este Comité lo considera ético y metodológicamente correcto.

La composición del CEI en esta sesión es la siguiente:

Dra. Encarnación Blanco Reina (Farmacología Clínica)	Dr. José M. Trigo Pérez (UGC Oncología)
Dr. José C. Fernández García (UGC Endocrinología y Nutrición)	Dr. Victor Navas López (UGC Pediatría)
Dr. José L. Guerrero Orriech (UGC Anestesia y Reanimación)	
D. José Manuel García Osbello	
Dr. Manuel Herrera Gutiérrez (UGC UCI)	
Dr. José Leiva Fernández (Médico Familia)	
Dr. Antonio López Téllez (Médico de Familia)	
Dra. Gloria Laque Fernández (Investigación)	
Dra. Cristobalina Mayorga Mayorga (Laboratorio)	
Dra. M ^a Angeles Rosado Sorvino (UGC Farmacia)	
D. Ramon Porras Sánchez (RRHH-Abogado)	
Dra. M ^a Victoria de la Torre Prados (UGC UMI)	
Dra. M ^a Carmen Vila Méndez (Farmacéutica Distrito)	
Dra. Ana Alonso Torres (UGC Neurociencias)	
Dra. Marta Camacho Caro (UGC Ginecología)	
Dra. Paloma Campo Mozo (UGC Algia)	
Dr. Rafael Carva Pensille (Anatomía Patológica)	
Dña. Carmen López Gálvez del Postigo (Miembro Logo)	

Lo que firmo en Málaga, a 7 de abril de 2020



MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



DON JUAN ANTONIO MARTÍNEZ HERRERA, SUBDIRECTOR GENERAL DE COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

AUTORIZA:

A Matilde Leonor Alba Jurado, inspectora médica de la Unidad Médica de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social de Málaga responsable del estudio que tiene por objetivo "Predecir el comportamiento de los procesos de incapacidad temporal mediante el estudio de variables que se consideren influyentes en España" cuya finalidad es la elaboración de su Tesis Doctoral en la Universidad de Málaga, a la utilización de los datos y variables utilizadas en los modelos 1 y 2 del aplicativo ATRIUM-SAS en el pilotaje del mismo por las unidades médicas de 12 direcciones provinciales del INSS desde marzo a noviembre de 2018 con comparación de los mismos datos de 2017.

Para ello mantendrá los siguientes requisitos:

- Exclusivamente se manejarán datos agregados, en todo caso obtenidos a partir de datos anonimizados.
- Salvaguarda y confidencialidad de los datos personales contenidos en los expedientes objeto de estudio.
- El estudio habrá de circunscribirse únicamente al objetivo propuesto.
- Envío a esta Subdirección General de una copia del estudio una vez finalizado el mismo.
- En caso de que el estudio fuese presentado en otros ámbitos distintos al solicitado deberá renovarse la autorización del mismo.

En Madrid, a veintinueve de marzo de dos mil diecinueve



Vendedora ambulante de mandarinas en Vietnam (Autora: Victoria Rivas Bustos)