

LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

estudios



comisiones obreras de Madrid

LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

estudios • comisiones obreras de Madrid

LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

DICIEMBRE DE 2015

EDITA: CCOO de Madrid

ELABORA Y DIRIGE: Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid
www.saludlaboralmadrid.es

EDITA: EDICIONES GPS MADRID
C/ Sebastián Herrera, 14. 28012 Madrid
TEL. + 34 91 527 02 29
www.edicionesgps.es

DEPÓSITO LEGAL: M-40370-2015

IMPRESIÓN: UNIGRÁFICAS GPS
C/ Lope de Vega 38, 1ª planta. 28014 Madrid
TEL. + 34 91 536 53 31
www.unigraficas.es

IV Plan Director en Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid (2013-2016)

Cofinanciado por el Fondo Social Europeo

El Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo colabora en esta publicación en el marco del IV Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales de la Comunidad de Madrid 2013-2016 y no se hace responsable de los contenidos de la misma ni de las valoraciones e interpretaciones de sus autores. La obra recoge exclusivamente la opinión de su autor como manifestación de su derecho de libertad de expresión.

Índice

Presentación.....	5
Introducción.....	9
1. Conceptos básicos.....	13
2. Objetivos del estudio	31
3. Fuentes de información	33
4. Análisis de la Incapacidad Temporal	35
4.1. Trabajadores y trabajadoras por cuenta ajena	35
4.1.1. Trabajadores/as protegidos	35
4.1.2. Indicadores Incapacidad Temporal	38
4.1.3. Análisis de la Incapacidad Temporal según contingencia.....	40
4.1.4. Análisis de la Incapacidad Temporal según ente gestor	44
4.2. Trabajadores y trabajadoras por cuenta propia	49
4.3. Análisis según diagnóstico y sexo	55
4.4. Horas no trabajadas por Incapacidad Temporal.	70
4.5. Análisis del gasto por incapacidad temporal.....	76
5. Resumen y conclusiones	85
6. Propuestas	95

PRESENTACIÓN

El artículo 41 de la Constitución española, al referirse a la Seguridad Social, establece que “los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad.”

Entre estas prestaciones se encuentra la prestación económica por incapacidad temporal (IT) como aquella que trata de cubrir la falta de ingresos que se produce cuando el trabajador, debido a una enfermedad o accidente, está imposibilitado temporalmente para trabajar y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Esta protección, que consideramos desde el sindicato, un derecho social fundamental, está siendo sometida a un reduccionismo en los últimos tiempos por determinados sectores empresariales y también políticos, al considerarse como pérdida de horas de trabajo, así como un aumento del gasto público. También se observa una tendencia a asimilar esta IT con comportamientos fraudulentos por parte de las trabajadoras y los trabajadores que las padecen. Cabría preguntarse si son los trabajadores y trabajadoras los que se “otorgan” la IT o es un médico.

Además se obvia el hecho de que un elevado número de las IT derivan de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y que para conseguir reducir los datos de la IT habría que implantar en las empresas todos los requerimientos preventivos que desde la Ley de Prevención de Riesgos Laborales se les exige, así como llevar a cabo un seguimiento de los mismos.

La razón de este estudio es acercarnos al fenómeno de la IT para observar si se han producido cambios en dicha prestación en los últimos años que puedan relacionarse con las peores condiciones de seguridad y salud de los trabajadores y trabajadoras, entre otras cosas y aportar soluciones para mejorar y reducirla incapacidad temporal teniendo en cuenta lo importante: la salud de las personas.

Agradecemos a todos los que han participado en la elaboración de este estudio, participando y colaborando: a las mutuas FREMAP, ASEPEYO, FRATERNIDAD-MUPRESPA y FRATERNIDAD, que nos han aportado los datos, fuente de información imprescindible para la realización de este estudio, los técnicos de la Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid que gracias, a todos, sin duda servirá para conocer mejor los aspectos relacionados con la incapacidad temporal y ayudarán a los delegados y delegadas de prevención a la solución de muchos problemas que hagan mejor y más seguro el día a día en las empresas y centros de trabajo.

Este estudio se encuadra en las actuaciones que CCOO de Madrid realiza en el marco del IV Plan Director de Prevención de Riesgos Laborales y pretende acercarnos a la realidad de la IT en la Comunidad de Autónoma de Madrid; para ello, presentamos la nueva reglamentación relativa a la IT y analizamos los datos disponibles sobre las bajas por IT (tanto profesionales como comunes).

Carmelo Plaza Baonza
Secretario de Salud Laboral CCOO de Madrid

INTRODUCCIÓN

El concepto de Incapacidad Temporal (IT) viene definido en la Ley General de la Seguridad Social como aquella situación en la que se encuentra el trabajador o trabajadora cuando recibe asistencia sanitaria y está impedido para trabajar. Esta situación conlleva una prestación económica que consiste en un subsidio equivalente a un tanto por ciento sobre la base reguladora, que se fija en la mencionada ley. Cuando el origen de la IT es una enfermedad común o un accidente no laboral se denomina incapacidad temporal por contingencias comunes (ITcc) y la asistencia corresponde al sistema público de salud, y cuando es un accidente de trabajo o enfermedad profesional la que la provoca se trata de incapacidad temporal por contingencia profesional o laboral (ITcp) y las encargadas de la asistencia son las Mutuas.

Igualmente, también se consideran situaciones de incapacidad temporal los periodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja laboral.

La prestación de IT es una prestación sustantiva de nuestro Sistema de Seguridad Social que compensa (parcialmente) la pérdida de ingresos económicos durante el proceso de IT y está incluida dentro de la acción protectora del régimen general y de los regímenes especiales que integran el Sistema de Seguridad Social en España. Son financiadas y gestionadas por el INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social) en colaboración con las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social (antes Mutuas de Accidente de Trabajo y Seguridad Social). El reconocimiento o denegación del derecho a la prestación se lleva a cabo a partir de los partes de baja expedidos por los médicos del Servicio Público de Salud en el caso de las contingencias comunes o por los médicos de las Mutuas si son contingencias profesionales.

La protección de la IT es un logro social relativamente reciente en la historia de la clase trabajadora. Sin embargo, en España desde hace algunos años nos encontramos con tres situaciones:

1. La incapacidad temporal se ha convertido en sinónimo de absentismo: desde diferentes estamentos, tanto políticos como

empresariales, y en base a estudios pretendidamente “neutrales” o “científicos”, se ha utilizado una y otra vez el argumento del absentismo laboral como un factor que merma la competitividad de las empresas, asimilando de forma mimética absentismo con incapacidad temporal, e incapacidad temporal con “fraude” (la población trabajadora dice que está enferma para no ir a trabajar). Si contrastamos este discurso con los datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, comprobamos que las declaraciones que crean la alarma no son rigurosas ni en el manejo de las cifras ni en la utilización de los conceptos. Pero lo cierto es que estos mensajes han llegado a calar en la sociedad.

La situación de España en el panorama europeo tampoco es nada alarmante. Según los resultados de una investigación publicada en la revista *Occupational and Environmental Medicine*, España se sitúa entre los seis países europeos que registran menos ausencias por enfermedad. El resultado es que en España, en 2004, solo el 11,8% de los trabajadores y trabajadoras había faltado algún día al trabajo por enfermedad, frente al 24% de Finlandia o el 18,3% de Alemania, situándose la media europea en 14,5%. Estos dos países son, por cierto, dos de las economías que superan la media europea de producto interior per cápita (en 19 y 18 puntos respectivamente y de las más competitivas). Este porcentaje crece de sur a norte de Europa, que también crece, en el mismo sentido, en prestaciones por baja laboral.

2. Continuamente se alude a la existencia de fraude en la prestación de la ITcc, aún cuando no existen prácticamente estudios que cuantifiquen y analicen este fraude. Los datos disponibles sugieren que se podría concentrar en las bajas de duración corta, que representan una proporción pequeña del gasto en IT. También se argumenta la utilización de la ITcc como recurso para solucionar problemas de índole sociosanitarios y laborales, lo que denotaría insuficiencias del modelo de bienestar y rigideces en materia de flexibilidad interna en las empresas.
3. La incapacidad temporal es analizada exclusivamente desde el punto de vista económico: siempre se habla del coste desmedido de la incapacidad temporal pero nunca se mencionan o se estudian sus causas. Así, los poderes públicos, en su obsesión por reducir el coste de las bajas laborales, han adoptado diferentes medidas, muchas de ellas con repercusiones claramente negativas para los

trabajadores y trabajadoras, que llegan incluso a criminalizarlos por el simple hecho de enfermar, pero no parecen interesados en descubrir porqué enferman los trabajadores/as o cómo mejorar su estado de salud, y no se utiliza la información como indicador de salud y de las condiciones de trabajo. Recordemos la modificación del art.52 del Estatuto de los Trabajadores, que permite el despido colectivo por faltas individuales al trabajo, como puede ser tener una IT otorgada por un médico del sistema público de salud poniendo en peligro un derecho constitucional fundamental como es la salud.

En la actualidad y como consecuencia de la crisis económica y el miedo a la pérdida del empleo, la realidad es la contraria, aparece el fenómeno del presentismo; según la V Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, realizada en 2010, el 37,8 por ciento de los trabajadores españoles fueron a trabajar a pesar de estar enfermos, y según la VII Encuesta de Condiciones de Trabajo el 40% de los trabajadores y trabajadoras amplía su jornada laboral de forma habitual, y de éstos el 16,7% no recibe ningún tipo de compensación por ello.

A estas cuestiones habría que añadir otra situación relevante, y es la incidencia que las enfermedades y accidentes de trabajo tienen sobre el número y duración de los procesos de ITcc. Los estudios de Castejon *et. al.* (2000), Quijano y Gandarillas (2008), entre otros, apuntan a que un 15-20% de las bajas de ITcc tienen un origen laboral. Este hecho tiene dos implicaciones destacables: por un lado repercute claramente sobre los derechos del trabajador/a, que son mayores cuando el origen de la contingencia es laboral y, por otro, representa un trasvase de trabajadores en baja hacia los Servicios Públicos de Salud y al INSS y, por tanto, las Mutuas no asumen el coste de la prestación de los servicios sanitarios y del subsidio económico, que debería ser asumido por las Mutuas.

El principal afectado al sufrir un problema de salud es, en primer lugar el trabajador/a, que además de enfermar ve normalmente reducirse sus ingresos, pues el subsidio es habitualmente inferior al salario que percibe cuando trabaja. Pero también supone un problema a nivel de la empresa y del sistema de la Seguridad Social, ya que supone la pérdida de recursos humanos, que se traduce en días de trabajo perdidos y en gastos importantes en asistencia sanitaria.

El gasto por esta prestación ocupa el segundo lugar en importancia después de la partida destinada al pago de pensiones contributivas. En los Presupuestos Generales para 2014, las “transferencias corrientes a las familias por IT” se elevan a 4.878,37 millones de euros, lo que representa el 0,47% del PIB¹.

Hay 2 niveles de factores que influyen sobre el proceso que conduce desde el problema de salud a una IT². Por un lado, un nivel micro que ponderan los factores ligados a las condiciones personales y de trabajo y, por otro lado, un nivel macro que analiza las condiciones del sistema sanitario y del sistema de protección social, más el mercado laboral.

Los estudios epidemiológicos han demostrado, más allá de cualquier duda razonable, que la incidencia de episodios de incapacidad temporal está asociada a múltiples factores de riesgo sociolaborales³, tales como la ocupación, el trabajo en turnos, el tipo de contrato y las condiciones de trabajo en general, lo que pone de manifiesto que el estado de salud no es el único determinante que influye en la situación de IT. Así, está descrito cómo los trabajadores/as manuales tienen más procesos de IT que los que realizan tareas no manuales, especialmente cuando realizan tareas monótonas y repetitivas que requieren esfuerzo físico. Dentro de los factores de riesgo laborales, los ligados a la organización del trabajo -factores psicosociales- tienen una relación directa con la IT; la falta de control sobre la tarea es un factor de riesgo demostrado, mientras que el apoyo es un factor protector.

El mercado de trabajo impacta directamente sobre la IT, así ésta tiende a aumentar después de las reducciones de plantilla (probablemente por el aumento de la carga de trabajo). Además, la IT tiende a ser menor en ocupaciones en las que la tasa de desempleo es más elevada, probablemente porque el riesgo de perder el empleo se percibe con mayor intensidad. Un efecto parecido tiene el tipo de contrato: los trabajadores con contrato temporal tienen menos IT, lo que podría contribuir a explicar por qué España, con la proporción más elevada de Europa en cuanto a

¹ Informe Económico_ Financiero a los Presupuestos de la Seguridad Social, 2014.

² Benavides, FG, Castejón, E. Murillo, C. *La incapacidad laboral por contingencias comunes en Cataluña*. 2003.

³ Benavides, FG, Benach, J. Moncada, S. *Working Conditions and Sickness Absence: a complex Relation*. J. Epidemiol Community Health 2001.

contratos temporales, es también uno de los estados de la Unión Europea que tienen menos IT.

Las características personales también influyen así las mujeres tienen entre 2 y 4 veces más de episodios de IT que los hombres, puesto que son las mujeres las que normalmente asumen la mayor parte de las tareas ligadas al trabajo reproductivo y familiar, por lo que su carga de trabajo se incrementa notablemente. La IT de larga duración es más frecuente cuanto más avanzada es la edad y la de corta duración presenta mayor frecuencia en los jóvenes.

Sin embargo, la mayoría de las acciones puestas en práctica para disminuir los costes de la IT van encaminadas a reducir la duración de la IT a través de un mayor control sobre el trabajador o trabajadora en situación de baja laboral, cuando existe un enorme margen en la mejora de la gestión, en la mejora de los servicios asistenciales y en evitar la aparición de nuevos episodios mejorando las condiciones de trabajo en las empresas.

1. CONCEPTOS BÁSICOS

La Ley General de la Seguridad Social establece que la gestión y administración de la Seguridad Social se efectuará por las Entidades Gestoras de la Seguridad Social:

- Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS): tiene encomendada la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social, con excepción de aquellas cuya gestión esté atribuida al Instituto de Servicios Sociales o servicios competentes de las Comunidades Autónomas.
- Instituto Social de la Marina (ISM): encargado de la gestión, administración y reconocimiento del derecho a las prestaciones y la asistencia sanitaria del Régimen Especial de la Seguridad Social de las Trabajadoras y Trabajadores del Mar.
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: Es la entidad gestora de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social. En Madrid y por el proceso de transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, ha supuesto el traspaso de estas funciones al Servicio Público de Salud.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales: entidad gestora encargada de la gestión de las pensiones no contributivas de invalidez y de jubilación, así como de los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de la Seguridad Social.

Junto a las entidades gestoras también pueden participar en la gestión de la Seguridad Social las entidades colaboradoras, que son las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y empresas que colaboran como autoaseguradoras.

Las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social se definen como “asociaciones privadas de empresarios constituidas mediante autorización del Ministerio de Empleo y Seguridad Social e inscripción en el Registro especial dependiente de éste, que tienen por finalidad colaborar en la gestión de la Seguridad Social, bajo la dirección y tutela del mismo, sin ánimo de lucro y asumiendo sus asociados responsabilidad mancomunada”.

La colaboración de las Mutuas en la gestión comprende las siguientes actividades o servicios:

1. Colaboración en la gestión de las contingencias derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional.
2. Control de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.
3. Cobertura de la incapacidad temporal del régimen especial de los trabajadores por cuenta propia y autónoma. Cese de actividad.
4. Cobertura de prestaciones durante el riesgo por embarazo y lactancia natural.
5. Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad muy grave.
6. Bonus (sistema de incentivos para las empresas que contribuyen a la reducción de la siniestralidad laboral).

Las empresas podrán colaborar en la gestión de la Seguridad Social exclusivamente en alguna, o algunas, de las siguientes formas:

- a) Asumiendo directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones por incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional y las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperación profesional, incluido el subsidio consiguiente que corresponda durante la indicada situación.
- b) Asumiendo directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones económicas por incapacidad temporal derivada de enfermedad común o accidente no laboral.
- c) Pagando a sus trabajadores, a cargo de la entidad gestora o mutua obligada, las prestaciones económicas por incapacidad temporal, así como las demás que puedan determinarse reglamentariamente.

FORMAS DE PAGO

Pago delegado: la empresa abona directamente a los trabajadores/as la prestación económica en forma de pago delegado y posteriormente se lo deduce en los seguros sociales.

Pago directo: la prestación se gestiona de forma directa por parte del INSS o la mutua colaboradora. Son responsables del pago directo, entre otras, cuando se producen las siguientes situaciones:

- El empresario o la empresaria incumple el pago delegado.
- En las empresas con menos de diez personas trabajadoras y más de seis meses consecutivos de abono del subsidio, que lo soliciten reglamentariamente.
- Se termina el contrato y se sigue en situación de IT.
- Continuación de la situación de IT tras el cese voluntario en la empresa.
- Continuación de la situación de IT, extinguido el período de percepción de desempleo.
- Alta médica por informe propuesta de perceptores de la prestación por desempleo.
- En los supuestos de agotamiento de la IT por el transcurso del plazo máximo, durante la prórroga de efectos de la prestación hasta la calificación de la Incapacidad Permanente.
- Por pasar a la prórroga de IT después de 12 meses, tras la resolución de la Entidad Gestora, salvo que el trabajador/a al iniciar la IT estuviera percibiendo prestación contributiva por desempleo, en cuyo caso, la prestación la abona el Servicio Público de Empleo en régimen de pago delegado hasta el agotamiento del desempleo.
- Por iniciar expediente de Incapacidad Permanente, tras la resolución de la Entidad Gestora.

BASE REGULADORA

La prestación que se va a recibir en función de la base reguladora se calcula y se determina de diferentes maneras:

Incapacidad temporal derivada de enfermedad común o accidente no laboral: es el resultado de dividir el importe de la base de cotización de la trabajadora o del trabajador en el mes anterior de la fecha de iniciación de la incapacidad por el número de días a que

dicha cotización se refiere. El divisor es 30, si tiene salario mensual; y 30, 31, 28 ó 29 si tiene salario diario.

Si la persona ingresa en la empresa en el mismo mes en que se inicia la incapacidad, o bien no ha permanecido en alta durante todo el mes natural anterior, entonces se divide la base de cotización de dicho mes entre los días efectivamente cotizados.

Incapacidad temporal derivada de enfermedad profesional o accidente de trabajo: se obtiene por adición de dos sumando: a) la base de cotización por contingencias profesionales del mes anterior, sin horas extraordinarias, dividida por el número de días a que corresponda dicha cotización, y b) la cotización por horas extraordinarias del año natural anterior, dividida entre 365 días.

Otros casos:

En caso de pluriempleo: se calcula teniendo en cuenta todas las bases de cotización en las diferentes empresas, siempre que no se supere el tope máximo vigente a efectos de cotización.

En caso de contrato a tiempo parcial: se toma la base reguladora diaria, que se obtiene dividiendo la suma de las bases de cotización a tiempo parcial desde tres meses inmediatamente anteriores al hecho que causa la incapacidad entre el número de días naturales comprendidos en el periodo.

BENEFICIARIOS

Son beneficiarios de la prestación de incapacidad temporal los trabajadores y trabajadoras que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Necesiten asistencia sanitaria.
2. Se encuentren en situación afiliada y de alta en la Seguridad Social; o que se encuentren en alguna situación asimilada al alta:
 - a) Prestación por desempleo.
 - b) Vacaciones anuales retribuidas.
 - c) Excedencia forzosa.

- d) Si la empresa incumple sus obligaciones, la persona trabajadora se encuentra en situación de alta a efectos de accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y desempleo; enfermedad común, maternidad y accidente no laboral.
 - e) Durante las situaciones de huelga y cierre patronal se encuentra en una situación de alta especial en la Seguridad Social (no se tendrá derecho a la prestación económica).
3. Es necesario acreditar los siguientes períodos mínimos de cotización:
- a) En caso de enfermedad común, ciento ochenta días dentro de los cinco años inmediatamente anteriores al hecho causante.
 - b) En caso de accidente, sea o no de trabajo, y de enfermedad profesional, no se exigirá ningún período previo de cotización.

NACIMIENTO Y DURACIÓN DEL DERECHO AL SUBSIDIO

1. En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, el subsidio se abonará desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja.
2. En caso de enfermedad común o de accidente no laboral, el subsidio se abonará a partir del cuarto día de baja en el trabajo, si bien desde el día cuarto al decimoquinto de baja, ambos inclusive, el subsidio estará a cargo del empresario.

EXTINCIÓN DE DERECHO

El derecho al subsidio se extinguirá:

- Por el transcurso del plazo máximo de 545 días naturales desde la baja médica.
- Por alta médica por curación o mejoría que permita realizar su trabajo habitual.
- Por ser dado de alta, con o sin declaración de incapacidad permanente.
- Por el reconocimiento de la pensión de jubilación.

- Por la incomparecencia injustificada del beneficiario a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social.
- Por fallecimiento.

Extinguido el derecho a la prestación de IT por el transcurso del plazo de 545 días naturales de duración, con o sin declaración de incapacidad permanente, sólo podrá generarse derecho a la prestación económica de IT por la misma o similar patología, si media un período superior a 180 días naturales a contar desde la resolución de la incapacidad permanente.

Este nuevo derecho se disfrutará siempre que la persona solicitante reúna, en la fecha de la nueva baja médica, los requisitos exigidos para ser beneficiario del subsidio de IT derivado de enfermedad común o profesional, o de accidente, sea o no de trabajo. A estos efectos, para acreditar el período de cotización necesario para acceder al subsidio de IT derivada de enfermedad común, se computarán exclusivamente las cotizaciones efectuadas a partir de la resolución de la incapacidad permanente.

No obstante, cuando se trate de la misma o similar patología y no hubiesen transcurrido 180 días naturales desde la denegación de la incapacidad permanente, podrá iniciarse un nuevo proceso de IT, por una sola vez, cuando el INSS, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad permanente del trabajador, considere que dicha persona puede recuperar su capacidad laboral. Para ello, el INSS acordará la baja a los exclusivos efectos de la prestación económica por IT.

En el supuesto de extinción de la IT, anterior al agotamiento de los 545 días naturales de duración de la misma, 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, de producirse con posterioridad dicha declaración de inexistencia de incapacidad permanente.

DURACIÓN Y PRÓRROGA

La duración máxima de la Incapacidad Temporal es:

- En caso de accidente o enfermedad, cualquiera que sea su causa, 365 días prorrogables por otros 180 días cuando se presume que, durante ellos, el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación.
- En caso de períodos de observación por enfermedad profesional, 6 meses prorrogables por otros 6 cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.

A efectos del período máximo de duración y de su posible prórroga, se computarán los de recaída y de observación.

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 ciento ochenta días naturales siguientes a la fecha de efectos del alta médica anterior o de la resolución denegatoria de incapacidad permanente.

Agotado el plazo de duración de 365 días, el INSS será el único competente para determinar, tanto en contingencias comunes como profesionales:

- Prórroga expresa con un límite de 180 días más.
- Iniciación de un expediente de incapacidad permanente.
- Revisar la incapacidad permanente.
- Alta médica por curación o por incomparecencia a los reconocimientos médicos que haya convocado.

PRÓRROGA

La prórroga se reconocerá exclusivamente por el tiempo que el EVI (Equipo de Valoración de Incapacidades) estime en que puede producirse la curación, con un máximo de 180 días. Si el plazo estimado de curación supera los 180 días, no procederá la prórroga y sí la iniciación de expediente de Incapacidad Permanente, aun cuando las secuelas invalidantes no sean definitivas.

Durante la prórroga, la persona en incapacidad es controlada médicamente por el INSS. Como consecuencia de este control se pueden adoptar las siguientes decisiones:

- **Alta médica:** El alta médica emitida por el INSS, desde la prórroga de la IT, supone la extinción de la IT y el trabajador/a tiene que incorporarse al trabajo, salvo que presente Reclamación Previa ante el INSS.
- Continuación de la prórroga hasta un máximo de 180 días. Inicio de un expediente de Incapacidad Permanente (IP).
- Propuesta de Incapacidad Permanente. Se extingue la IT.

Cuando la extinción se produjera por alta médica con propuesta de Incapacidad Permanente, por acuerdo del Instituto Nacional de la Seguridad Social de iniciación de expediente de incapacidad permanente, o por el transcurso de los 545 días naturales, se estará en la situación de prolongación de efectos económicos de la incapacidad temporal hasta que se califique la incapacidad permanente.

Cuando, iniciado un expediente de incapacidad permanente antes de que hubieran transcurrido 545 días naturales de duración del subsidio de IT, se denegara el derecho a la prestación de incapacidad permanente, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) será el único competente para emitir, dentro de los 180 días naturales posteriores a la resolución denegatoria, una nueva baja médica por la misma o similar patología, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad permanente del trabajador. En estos casos se reanuda el proceso de IT hasta el cumplimiento de los 545 días.

DEMORA DE CALIFICACIÓN

Cuando el derecho al subsidio se extinga por el transcurso del período de 545 días naturales fijado en el apartado anterior, se examinará, necesariamente, en el plazo máximo de 3 meses, el estado de la persona incapacitada 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 la expectativa de recuperación o la mejora del estado de la trabajadora o del trabajador, con vistas a su

reincorporación laboral, o su situación clínica hiciera aconsejable demorar la citada calificación, ésta 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 previstos en este apartado, de 3 meses y de demora de la calificación, no subsistirá la obligación de cotizar.

En aquellos casos en que sea previsible la curación o mejoría profesional, si no se procede a efectuar la “demora de calificación”, procedería la declaración de incapacidad permanente -en el grado que corresponda- con revisión en un plazo breve y expresa reserva del puesto de trabajo, porque es previsible la revisión por mejoría que permita la reincorporación al puesto de trabajo.

PARTES DE BAJA Y CONFIRMACIÓN

El parte de baja es el documento que acredita y justifica que las lesiones que ha sufrido el trabajador o la trabajadora le impiden desempeñar su trabajo.

Según el RD 625/2014, los partes médicos en los procesos declarados como contingencia común seguirán siendo expedidos por el sistema público. En las contingencias profesionales, los partes seguirán siendo expedidos por las mutuas, siempre que nuestra empresa haya concertado la protección de estas contingencias con alguna mutua.

Se expedirá, inmediatamente después del reconocimiento médico del trabajador/a, por el facultativo que lo realice, extendiéndose por cuadruplicado:

1. El INSS lo recibirá por vía telemática, de forma inmediata y máximo el primer día siguiente a la expedición.
2. El trabajador/a recibirá 2 copias, una para él y otra con destino a la empresa. Si finalizase el contrato de trabajo en este período, debe llevar los partes de confirmación a la entidad gestora o la mutua.
3. La empresa deberá cumplimentar la copia entregada por el trabajador/a en los apartados a ella concernientes, y la remitirá, debidamente sellada y firmada, dentro del plazo de 5 días

a partir de su recepción, a la entidad gestora o mutua, según corresponda.

4. Entidad gestora o mutua, según corresponda. A parte de recibir la copia de la empresa (mencionada en el punto anterior), recibirá otra copia del INSS, dentro del plazo de 5 días, a partir de la fecha de expedición del parte.

La frecuencia con la que se emitirán dependerá del periodo de duración de la baja que estime el médico, usando para ello unas tablas tipificadas con los plazos orientativos según diagnóstico, ocupación y edad del trabajador. Independientemente de estos plazos, el alta se emitirá cuando el médico considere que el trabajador está en condiciones de volver a trabajar.

ACCIDENTE DE TRABAJO

El artículo 156 del 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 (LGSS), define como accidente de trabajo “toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena y autónomos”. Los supuestos considerados como accidentes de trabajo son:

1. Lesión o daño corporal: se entiende por lesión el daño o perjuicio, no sólo físico, sino también psíquico. El concepto de lesión no se restringe al traumatismo, sino que se amplía a todo daño corporal, a cualquier menoscabo físico o fisiológico que incida en el desarrollo funcional.
2. Relación de causalidad entre lesión corporal y trabajo. El accidente de trabajo precisa de una conexión entre la lesión sufrida y el trabajo que se ejecuta. Esta relación de causalidad puede ser:
 - Por consecuencia del trabajo, cuando la lesión tiene como causa directa o inmediata el trabajo.
 - Con ocasión del trabajo, como causa indirecta o mediata, cuando sin el concurso del trabajo la lesión no se hubiera producido o no hubiera tenido la gravedad que presenta.

En consonancia con lo expuesto, es accidente de trabajo una fractura producida durante la prestación de servicios, pero también pueden tener ese carácter el estrés laboral, el *burn-out* y el *mobbing* cuando se presentan como consecuencia de la actividad laboral. También se ha calificado de accidente de trabajo el acoso sexual en el trabajo que provocó un síndrome depresivo reactivo a problemas laborales. Y es que en ocasiones el daño surge inmediatamente, y en otras ocasiones el daño es diferido en el tiempo.

SUPUESTOS ASIMILADOS AL ACCIDENTE DE TRABAJO

El art. 156.2 LGSS otorga la consideración de accidentes de trabajo:

a) Los que sufra el trabajador/a al ir o al volver del lugar de trabajo (“in itinere”). La jurisprudencia exige la comunicación simultánea de las siguientes circunstancias:

- que la finalidad principal y directa del viaje esté determinada por el trabajo (elemento teológico);
- que se produzca en el trayecto habitual y normal que debe recorrerse desde el domicilio al lugar de trabajo o viceversa (elemento topográfico);
- que el accidente se produzca dentro del tiempo prudencial que habitualmente se invierte en el trayecto (elemento cronológico) y que el recorrido no se vea alterado por desviaciones o alteraciones temporales que rompan el nexo causal con la ida o vuelta del trabajo;
- que el trayecto se realice en medio normal de transporte.

Tanto el concepto de domicilio (residencia de “verano”) como el medio de transporte (el monopatín es un medio idóneo de transporte considerado por el TSJ Cataluña), e incluso las llamadas paradas o desvíos sociales -me puedo desviar de mi ruta para comprar, por ejemplo, el pan-, han de ser interpretadas en el actual contexto social.

b) Los que sufra el trabajador/a con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, así como los ocurridos al ir o al volver del lugar en que se ejerciten las funciones propias de dichos cargos.

- c) Los ocurridos con ocasión o por consecuencia de las tareas que, aun siendo distintas a las de su categoría profesional, ejecute el trabajador/a en cumplimiento de las órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa. (Accidente en misión: se trata de una modalidad específica de accidente de trabajo en la que se produce un desplazamiento del trabajador para realizar una actividad encomendada por la empresa).
- d) Los acaecidos en actos de salvamento y en otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- e) Las enfermedades, no incluidas en el artículo 157 LGSS, que contraiga el trabajador/a con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.

Este supuesto exige que se pruebe que la enfermedad tuvo como causa la ejecución del mismo. Dentro de este supuesto se comprenden todas aquellas enfermedades, no profesionales, que se produzcan como consecuencia de la realización del trabajo. Sólo existirá accidente de trabajo cuando la enfermedad tenga relación directa con el trabajo, por lo que el nexo de causalidad debe ser directo. Algunos ejemplos son enfermedades de la columna vertebral o de la espalda en trabajadores y trabajadoras cuya actividad implique trabajo manual pesado, posturas forzadas, inclinaciones o torsiones frecuentes o trastornos mentales como el *mobbing* o el *burn-out* ligados a la exposición a factores de riesgo psicosociales.

- f) Las enfermedades o defectos, padecidos con anterioridad por el trabajador/a, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente. Son dos los requisitos que deben concurrir:
- La preexistencia de una enfermedad (enfermedad latente), así como la producción de un accidente de trabajo que precipita la misma.
 - La existencia de causalidad entre el accidente y las lesiones preexistentes o sobrevenidas, actuando aquél como elemento desencadenante de unas previas condiciones patológicas que originan la lesión calificada como accidente de trabajo.

No es inusual que las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social consideren que solo las enfermedades que tienen causa exclusiva en el accidente han de tener esa consideración, obviando que las enfermedades preexistentes que se agravan como consecuencia de dicho accidente también han de ser consideradas como contingencia profesional en su calificación.

- g) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación”.

En estos supuestos se debe producir un accidente laboral que en su desarrollo se va a encontrar afectado por enfermedades que alteren, también, los efectos del propio accidente. Estas alteraciones se pueden producir con el propio accidente o dentro del proceso de curación del trabajador/a. Estas afecciones o enfermedades se producen, por tanto, como consecuencia o con posterioridad al accidente.

Si se sufre un accidente de trabajo que obliga a que se intervenga quirúrgicamente a un trabajador, y consecuencia de dicha operación sufre una infección por un virus de quirófano, las lesiones derivadas de esa situación también son consideradas como accidente de trabajo.

PRESUNCIÓN DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Establece el art 156.3 de la LGSS que se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador/a durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

La presunción alcanza no sólo a los accidentes en sentido estricto o lesiones producidas por la acción súbita o violenta de un agente externo, sino también a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que pueden surgir en el trabajo causadas por agentes patológicos o externos.

Actualmente, el Tribunal Supremo acepta que las enfermedades de aparición súbita en tiempo y lugar de trabajo, como pueden ser las enfermedades cardíacas o los accidentes vascular-cerebrales

también pueden ser consideradas accidente de trabajo. Si bien, no tienen esa consideración si aparecen durante el traslado al centro de trabajo o al domicilio.

EXCLUSIÓN COMO ACCIDENTE DE TRABAJO. RUPTURA DEL NEXO CAUSAL

Y, finalmente, el art 156.4 LGSS señala que no tendrán la consideración de accidente de trabajo:

- a) Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por ésta la que sea de tal naturaleza que ninguna relación guarde con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente. En ningún caso se considerará fuerza mayor extraña al trabajo la insolación, el rayo y otros fenómenos análogos de la naturaleza.
- b) Los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador/a accidentado.

Tras señalar la norma que la imprudencia temeraria excluye la calificación del siniestro como accidente de trabajo, el art 156.5 LGSS precisa que no impedirá la calificación de un accidente como de trabajo:

- a) «la imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual de un trabajo y se deriva de la confianza que éste inspira».

Se considera imprudencia temeraria cuando la persona accidentada ha actuado de manera contraria a las normas, instrucciones u órdenes dadas por la empresa de forma reiterada y notoria en materia de Seguridad e Higiene. Si coinciden riesgo manifiesto, innecesario y grave, la jurisprudencia viene entendiendo que existe imprudencia temeraria; si no, será una imprudencia profesional.

- b) La concurrencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

ENFERMEDAD PROFESIONAL

Según el art. 157 de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), una enfermedad profesional es “la contraída a consecuencia del

trabajo ejecutado por cuenta ajena⁴ en las actividades que se especifiquen en el cuadro de enfermedades vigentes, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional”.

Por tanto, no todas las enfermedades provocadas por el trabajo tienen la consideración legal de enfermedad profesional. Para que una enfermedad pueda ser considerada y declarada profesional se deben cumplir los siguientes requisitos:

- Que la enfermedad esté incluida en el cuadro de enfermedades profesionales.
- Que la persona trabajadora esté o haya estado expuesta a las sustancias o elementos que en el cuadro de enfermedades profesionales se indican para cada enfermedad.
- Que la misma persona desempeñe o haya desempeñado su actividad en una de las ocupaciones que recoge el cuadro.

EL CUADRO DE ENFERMEDADES PROFESIONALES

La norma que regula las enfermedades profesionales es el Real Decreto 1299/2006, (modificado por RD 1150/2015) que contempla un primer anexo (Anexo I) en el que lista las enfermedades de origen profesional legalmente establecidas, y un segundo anexo (Anexo II), en el que se integran aquellas dolencias que no figuran en el anexo I, pero cuyo origen profesional se sospecha y su inclusión en el citado cuadro puede contemplarse en el futuro.

Estas enfermedades profesionales se estructuran en grupos, en función del agente que caracteriza la enfermedad.

1. Enfermedades causadas por agentes químicos (como arsénico, fósforo, mercurio, cloro, ácidos, amoníacos, éteres, etc.)

⁴ Además de los trabajadores por cuenta ajena actualmente también se incluyen en la protección por enfermedad profesional los trabajadores por cuenta propia del régimen especial agrario, del régimen especial de los trabajadores del mar, régimen especial de los empleados del hogar, trabajadores autónomos dependientes y trabajadores autónomos que hayan optado voluntariamente por la protección ante contingencias profesionales.

2. Enfermedades causadas por agentes físicos (ruido, vibraciones, posturas forzadas y movimientos repetitivos, etc.)
3. Enfermedades provocadas por agentes biológicos (infecciones y enfermedades contraídas directamente a causa de la actividad)
4. Enfermedades causadas por inhalaciones y sustancias no comprendidas en otros apartados (polvo de sílice, amianto, carburos, caolina, aluminio, etc.)
5. Enfermedades de la piel causadas por sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados (sustancias de alto o bajo peso molecular, agentes infecciosos, etc.)
6. Enfermedades provocadas por agentes carcinógenos.

En cada uno de estos grupos se detallan enfermedades, agentes causales en el medio laboral y la actividad o actividades en los que pueden estar presentes. Pero, atención, porque aunque en teoría es un listado cerrado, la redacción del propio cuadro hace que sea más amplio de lo que parece y puede atenuar e incluso hacer desaparecer la necesidad de uno u otro requisito, ya que en muchas ocasiones incluso el propio encabezado habla de “principales actividades capaces de producir enfermedades relacionadas con el agente”. Por eso, ante una posible enfermedad profesional merece la pena dedicar un rato a estudiarla y buscar apoyo en el sindicato.

INCAPACIDAD TEMPORAL DERIVADA DE CONTINGENCIAS COMUNES

Cuando un accidente o enfermedad no se deriva del trabajo, entonces la incapacidad temporal será por contingencias comunes.

Las mutuas están autorizadas desde 1995 para realizar la gestión de la prestación económica de la incapacidad temporal, siempre que el empresario lo concierte por escrito. La petición de la empresa de contratar la gestión de la IT por contingencias comunes con la mutua debe ir acompañada de un informe del comité de empresa y/o del delegado/a de personal, informe que es preceptivo pero no vinculante para el empresario.

SEGUIMIENTO Y CONTROL POR PARTE DE LAS MUTUAS

Tanto el INSS como las mutuas pueden realizar el seguimiento y control desde el primer día en que se emite el parte de baja.

El INSS remite el parte a la mutua de un proceso de baja por contingencia común, después de que el sistema público de salud le dé aviso de dicha baja. Las mutuas deberán comunicarse vía informática con el INSS.

En el control de la IT por contingencias comunes, el personal médico de las mutuas únicamente podrá acceder a las pruebas e informes médicos relativos a esta baja (art .4.3 del RD 625/2014): *“los informes médicos complementarios, los informes de control, sus actualizaciones y las pruebas médicas realizadas en el proceso de incapacidad temporal forman parte de éste, por lo que tendrán acceso a los mismos los inspectores médicos adscritos al INSS, ISM y los facultativos de las mutuas respecto de los procesos por contingencia común correspondientes a los trabajadores protegidos por las mismas.”*

RÉGIMEN ESPECIAL DE LOS TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA Y AUTÓNOMOS

Cuando persona que trabaja lo hace en el régimen de autónomo está obligado a cubrir con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social las contingencias comunes, mientras que es opcional cubrir las contingencias profesionales, salvo que “sea considerado trabajador autónomo económicamente dependiente (TRADE), los socios de las cooperativas de trabajo asociados dedicados a la venta ambulante (también autónomos) o que realicen un trabajo considerado de alto riesgo, en cuyo caso es obligatorio”.

Se realiza al darse de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), se tiene que elegir mutua, coincidiendo el nacimiento de sus efectos con el de alta como autónomo.

En cualquier caso, es necesaria la formalización con la Mutua elegida mediante la suscripción del documento de adhesión a la misma. Tiene una vigencia temporal de un año, prorrogable por periodos anuales, salvo denuncia expresa debidamente notificada antes del 1 de octubre del ejercicio anterior al que haya de surtir efecto la adhesión.

2. OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es, conocer con el mayor detalle posible el perfil de la prestación por incapacidad temporal en la Comunidad de Madrid, así como su evolución en los últimos años a través de varios indicadores: analizar cómo se ha comportado la incidencia, prevalencia y duración de la incapacidad temporal (IT), conocer su distribución por sexo, diagnóstico y, por último, revisar la evolución del gasto que se ha producido en dicha prestación.

Existen algunas ideas equivocadas respecto a la incapacidad temporal y al fenómeno del absentismo. De hecho, se tiende a pensar que ambas cosas son lo mismo. Y, en la misma línea, también existe una gran confusión referente al gasto que genera la prestación por IT, pues se suele hablar del enorme coste que ésta supone y pareciera como si éste fuera en aumento año tras año. Ambas ideas, como decimos, son erróneas y clarificarlas es, precisamente, uno de los objetivos secundarios del presente estudio.

La mayoría de los estudios en IT realizados por otras entidades han tenido como objetivo analizar los determinantes de la incidencia y duración de la IT desde un punto de vista económico, pareciendo que su preocupación está más centrada en el control del gasto en IT que en analizar las causas que generan la incapacidad de las personas.

El mal entendido concepto de absentismo laboral y el intento de culpabilizar al trabajador/a de su imposibilidad para trabajar por motivos de salud parecen estar detrás de estos estudios. Cabe recordar que sólo debe considerarse absentismo las ausencias al trabajo que no sean previas y debidamente justificadas, cualesquiera que sean sus causas, y por tanto incluye la enfermedad común y el accidente no laboral, siempre que no den lugar a hospitalización. Sin embargo, en la actualidad se está calificando como absentismo laboral todo lo que no sea estar presente en el puesto de trabajo por el motivo que sea. Es necesario precisar el término absentismo, delimitando claramente las ausencias del trabajo con cobertura legal (ejercicio de derechos reconocidos como

las licencias, las vacaciones, la maternidad, las horas sindicales, o por fuerza mayor como accidente o enfermedad) de lo que son ausencias sin justificación.

Los métodos para analizarlo con el objetivo de reducirlo suelen estar solamente basados en la culpabilidad o responsabilidad del trabajador, obviándose otros parámetros como: las condiciones de trabajo, el modelo organizativo, el papel de las entidades colaboradoras con la Seguridad Social (antes denominadas Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional), el papel del sistema público de salud, etcétera.

Si tenemos en cuenta que existen determinantes sociales, laborales y del propio sistema asistencial que inciden directamente sobre la salud de la población, parece lógico pensar que en el periodo de crisis económica que viene soportando este país y que ocasiona efectos negativos sobre el mercado de trabajo y sobre la calidad de los servicios de salud, puede tener también efectos en la forma de enfermar de la población.

En concreto, las condiciones de trabajo empeoran y eso, necesariamente, ha de reflejarse en unas peores condiciones de seguridad y salud y, por tanto, en un peor estado físico, psíquico y social de la población trabajadora. La prestación por IT, destinada a proteger a las personas que en un momento dado se encuentran incapacitadas para el trabajo, también ha de verse influenciada por esta realidad.

3. FUENTES DE INFORMACIÓN

Para tener una visión más amplia de las características de la incapacidad temporal en la Comunidad de Madrid se han utilizado varias fuentes de información: 1) base de datos de agregados de la Seguridad Social sobre procesos de incapacidad temporal, 2) Anexo al Informe Económico- Financiero a los Presupuestos de la Seguridad Social de 2015, y 3) VII Encuesta de Condiciones de Trabajo del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Asimismo, se ha hecho uso de los datos publicados en la Encuesta de Coyuntura Laboral para conocer el número de horas no trabajadoras en nuestro país y conocer sus causas.

Por último, y ante la imposibilidad de encontrar datos referidos a la Comunidad de Madrid desagregados por sexo, edad o diagnóstico, hemos optado por recoger la información de las 4 Mutuas que tienen mayor presencia en nuestra Comunidad, referida al año 2014 y que cubren al 75,16 por ciento de los trabajadores y trabajadores afiliados protegidos por contingencias profesionales en la totalidad de las Mutuas en Madrid y un 69 por ciento del total de trabajadores protegidos por estas contingencias (INSS y Mutuas), y respecto a las contingencias comunes cubren el 77,59 por ciento del total de trabajadores/as afiliados protegidos por contingencias comunes en la totalidad de las Mutuas en Madrid y un 58,57 por ciento del total de trabajadores/as protegidos por estas contingencias (INSS y Mutuas); estas mutuas son: Fremap, Asepeyo, Fraternidad-Muprespa e Ibermutuamur. Señalar que finalmente el análisis desagregado por sexo solo se ha podido realizar con los datos de dos de las Mutuas (Fraternidad-Muprespa e Ibermutuamur), en las otras dos este dato no estaba disponible. Por otro lado, el análisis de los procesos según la ocupación de los trabajadores/as hemos tenido que desestimarlo puesto que un porcentaje muy alto (más del 83 por ciento) no tenían consignada esta variable.

4. ANÁLISIS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)

4.1. TRABAJADORES Y TRABAJADORAS POR CUENTA AJENA

4.1.1. TRABAJADORES Y TRABAJADORAS PROTEGIDOS

TRABAJADORES Y TRABAJADORAS PROTEGIDOS POR IT POR CONTINGENCIAS COMUNES (ITCC)

Se consideran trabajadores/as protegidos por ITcc a aquellos beneficiarios de la prestación por IT, es decir que cumplen con los requisitos para recibir la asistencia sanitaria derivada de dicha incapacidad y están afiliados y en alta en la fecha en la que se produjo la incapacidad o en situación “asimilada a al alta”.

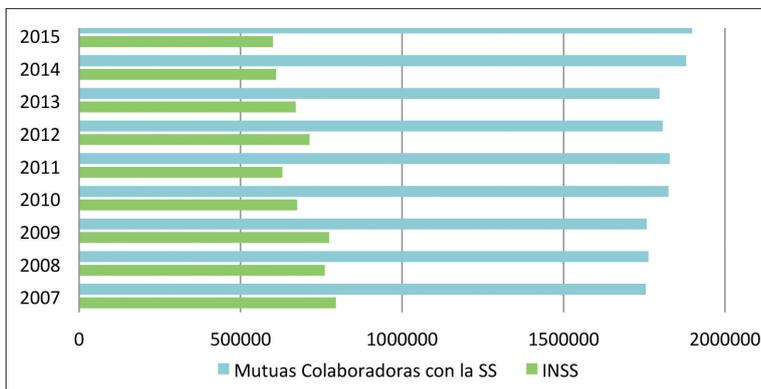
Durante el periodo 2006 a 2013 el número total de trabajadores/as protegidos por IT derivada de contingencia común no ha sufrido variaciones significativas, siendo el año 2007 cuando se alcanza el número más elevado, si bien a partir de ese año la tendencia es decreciente, con excepción de 2012, cuando se produce un pequeño aumento respecto al periodo anterior.

Lo más reseñable, sin embargo, es lo relativo al descenso del número de protegidos por el INSS, al mismo tiempo que se produce un aumento de los protegidos por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, poniendo de manifiesto la creciente tendencia en nuestro país a que el empresario contrate con las Mutuas la gestión de la prestación económica por contingencias comunes; hecho que posibilitó el R.D. 1993/95.

En el momento actual, los trabajadores/as protegidos por las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social en ITcc triplica la población protegida por el INSS.

Tabla 1: Número de Trabajadores/as Protegidos ITcc (Comunidad de Madrid)			
Años	INSS	Mutuas Colaboradoras con la SS	Total
2007	795430	1754678	2550108
2008	760716	1763025	2523741
2009	774405	1757717	2532122
2010	675072	1825185	2500257
2011	629319	1828837	2458156
2012	713277	1806977	2520254
2013	670761	1797348	2468109
2014	610229	1879401	2489630
2015	600429	1898772	2499201

**GRÁFICO 1. NÚMERO DE TRABAJADORES/AS PROTEGIDOS ITCC
(COMUNIDAD DE MADRID)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web de la Seguridad Social, 2015.

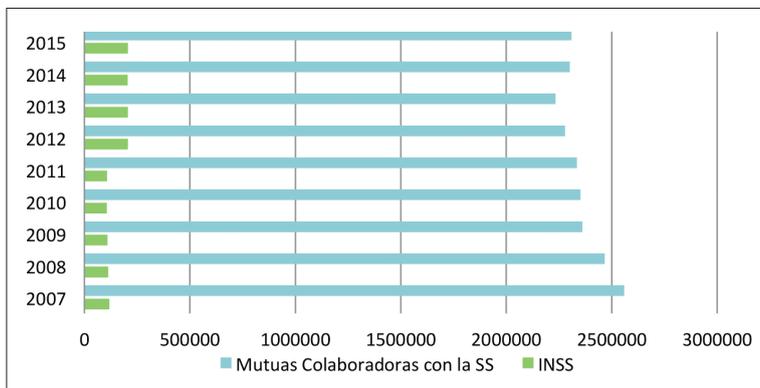
NÚMERO TOTAL DE TRABAJADORES Y TRABAJADORAS PROTEGIDOS POR IT POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES (ITCP)

El número de trabajadores/as protegidos por contingencias profesionales está mayoritariamente bajo la acción protectora de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social. Y ello es porque, aunque la gestión de estas contingencias no es potestad exclusiva de aquéllas, sino que el empresario puede encomendárselas al INSS o gestionarlas a través de una autoaseguradora, en nuestro país son las Mutuas las que suelen encargarse casi en exclusividad de la cobertura de las contingencias profesionales.

Entre 2007 y 2013 hay una caída de 238.201 trabajadores/as protegidos, claramente motivados por la crisis económica y la importante destrucción de empleo en el país y en nuestra Comunidad. En 2014 comienza a aparecer un ligero incremento en el número de trabajadores/as protegidos, pero aún, y respecto al año 2007 se han perdido 162.532 trabajadores/as protegidos por ITcp.

Años	INSS	Mutuas Colaboradoras con la SS	Total
2006	122106	2430008	2552114
2007	118786	2558844	2677630
2008	112515	2466632	2579147
2009	109758	2360387	2470145
2010	106339	2351856	2458195
2011	107145	2334623	2441768
2012	206656	2278007	2484663
2013	206004	2233425	2439429
2014	205269	2300734	2506003
2015	206450	2308648	2515098

GRÁFICO 2. NÚMERO DE TRABAJADORES/AS PROTEGIDOS ITCP (COMUNIDAD DE MADRID)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web de la Seguridad Social, 2015.

4.1.2. INDICADORES DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

En un primer análisis de la IT se han utilizado los datos de agregados de la Seguridad Social sobre procesos de IT que recogen información concisa de los indicadores de seguimiento y control de la prestación de IT contruidos a partir de la información publicada por el INSS en la página web referida a la Comunidad Autónoma de Madrid⁵.

Los indicadores de seguimiento y control que se muestran son:

a) Incidencia: 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.

La incidencia es el resultado de la influencia de los factores de riesgo (laborales y no laborales) que produce el problema de salud y que determina que el trabajador/a no puede hacer sus tareas. Las características del puesto son determinantes a la hora de explicar una IT, tanto por lo que se refiere a su influencia en el origen del problema de salud, como por lo que se refiere, una vez se ha producido el problema de salud, a la dificultad para continuar trabajando.

⁵ www.segsocial.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otras_Prestaciones_de_la_Seguridad_Social/Incapacidad_Temporal/index.htm

- b) 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 en vigor. No todos los procesos terminados se corresponden con altas, por cuanto pueden darse casos de procesos terminados de los que los agentes gestores no han recibido el correspondiente parte. Esta información además de sin distinción por género, se ofrece desagregada en y hombres y mujeres, en la medida en que dicho detalle se encuentre disponible en las bases de datos de las entidades integrantes del sistema de la Seguridad Social.
- c) Prevalencia:** hace referencia al número de procesos registrados y 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. No se incluyen aquellos procesos con una duración superior a 18 meses y, por tanto, se encuentran en situación de prórroga de efectos de la incapacidad temporal, habiendo sobrepasado el límite máximo establecido de duración de la prestación.

La prevalencia es consecuencia de la acción que los factores pronósticos (laborales y no laborales) que facilitan o dificultan la vuelta al trabajo, entre los que se deben tener en cuenta los recursos asistenciales, que alargan o acortan la resolución del episodio de IT.

El INSS clasifica la información según las entidades a las que corresponde el reconocimiento y el pago de la prestación: INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social), Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social e ISM (Instituto Social de la Marina). Los datos referidos al ISM no se han utilizado, dado que es la encargada de la gestión en un colectivo muy poco representando en la Comunidad de Madrid, que son los trabajadores del mar.

Asimismo, hay que señalar que el INSS excluye de estos datos a los trabajadores/as autónomos y a los trabajadores/as del hogar.

4.1.3. ANÁLISIS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL SEGÚN CONTINGENCIA

En lo que respecta a la causa origen de la IT, la distinción del tipo de contingencia, profesional o común, se ha revelado como un dato fundamental a la hora de analizar las características de la IT.

Años	Contingencia Común			Contingencia Profesional		
	Incidencia	Duración Media	Prevalencia	Incidencia	Duración Media	Prevalencia
2007	33,33	28,24	27,18	5,16	24,45	3,33
2008	31,17	29,25	23,07	4,51	25,8	2,64
2009	32,63	29,7	22,17	3,84	27,23	2,74
2010	28,1	30,43	21,66	3,58	28,25	2,56
2011	27,83	27,28	21,23	3,28	28,53	2,53
2012	21,55	29,35	15,95	2,64	29,73	2,05
2013	19,96	29,44	18,91	2,6	29,76	2,21
2014	20,32	31,96	22,06	2,66	30,06	2,29

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web de la Seguridad Social, 2015.

Tanto el índice de incidencia como la prevalencia presentan grandes diferencias, según se refiera a contingencia común o a contingencia profesional. De manera que en el primer período analizado, el año 2007, se registró un índice de incidencia por contingencia común de 33,33 frente a un índice por contingencia profesional de 5,16. Lo que significa que se registraron una media de 33 trabajadores/as de baja por accidente no laboral y enfermedad común por cada 1.000 trabajadores/as asegurados frente a poco más de 5 trabajadores/as de baja por accidente de trabajo y enfermedad profesional. Esta tendencia a la disparidad de cifras, según se trate de una u otra contingencia, se mantiene durante todo el período considerado, llegando a registrarse la menor incidencia en el año 2013, con de 19,96 trabajadores/as por contingencia común y 2,6 trabajadores/as por contingencia profesional.

En cuanto a la prevalencia, en ambas contingencias existe una tendencia decreciente que se rompe en 2013, año en que se inicia una ligera subida.

Esta diferencia entre una contingencia y otra, además de las diferencias importantes entre la población protegida, también tiene relación con la errónea declaración de contingencias profesionales como si de contingencias comunes se tratara. Así, es relevante la incidencia que las enfermedades y accidentes de trabajo tienen

sobre el número de los procesos de ITcc. Los estudios de Castejón *et al.* (2000), Quijano y Gandarillas (2008), entre otros, apuntan a que un 15-20 por ciento de las bajas de ITcc tienen origen laboral. Este hecho tiene dos implicaciones destacables: por un lado repercute claramente sobre los derechos del trabajador/a, que son mayores cuando el origen de la contingencia es laboral, y por otro representa un trasvase de trabajadores/as en baja hacia los SPS y al INSS y, por tanto, las mutuas no asumen el coste de la prestación de servicios sanitarios y del subsidio económico que debería ser asumido por ellas.

Los datos de los años 2008 y 2009 del INSS sobre procedimientos de determinación de contingencias, que se pueden instar cuando existen dudas sobre el origen de la contingencia, muestran que en un 45% de los procedimientos resueltos su origen es laboral.

Cabe señalar que la infradeclaración de dolencias de origen laboral tiene consecuencias muy negativas a nivel estadístico, pues enmascara los datos que dan lugar a los índices de siniestralidad, al mismo tiempo que presenta consecuencias muy graves para el trabajador/a enfermo y/o accidentado como consecuencia del trabajo que realiza. Y, por último, también tiene consecuencias nada positivas a nivel preventivo en la empresa. En definitiva, podría decirse que este hecho supone: una visión no real del problema de la siniestralidad, una pérdida de salud y económica para el trabajador/a afectado y la no implantación de medidas correctoras y/o preventivas en la empresa, para hacer frente a la situación de riesgo que le provocó el daño a su salud a ese trabajador/a y que puede ser susceptible de provocar un daño similar a otro compañero/a.

En cuanto a su evolución, la incidencia muestra una tendencia claramente decreciente, de forma que, en el caso de las contingencias comunes se pasa de 33,33 procesos de IT por cada mil trabajadores en 2007 a 20,32 en 2014. Para las contingencias profesionales también se observa una reducción, de forma que se pasa de 5 procesos en 2007 a 2,6 en 2014.

Desde 2008, año en el que comenzó la crisis económica, hasta 2014 hay una diferencia de 10,85 puntos porcentuales, lo que significa que la población que sigue ocupada está un 34,8 por ciento menos de baja en 2014.

La crisis económica tiene una gran influencia en este descenso; por un lado los trabajadores/as tienen miedo a perder el empleo y por otro lado, la Seguridad Social ha implantado y sigue poniendo en marcha, medidas de control para reducir los costes relativos al pago de la prestación de IT.

La duración media se sitúa en torno a los 30 días para ambas contingencias, siendo ligeramente superior para las contingencias comunes en este último año. En las contingencias comunes aparece una evolución muy uniforme con variaciones pequeñas entre unos años y otros, mientras que en las contingencias profesionales aparece una tendencia claramente creciente, pasando de 24,4 días de duración media en 2007 a 30 en 2014.

En las contingencias comunes aparecen dos periodos; entre los años 2007 a 2010 hay un crecimiento paulatino que se quiebra en 2011, año en el que aparece una brusca disminución y aparece un segundo periodo en el que la duración media vuelve a crecer año a año, alcanzando en 2014 su valor máximo -31,96 días.

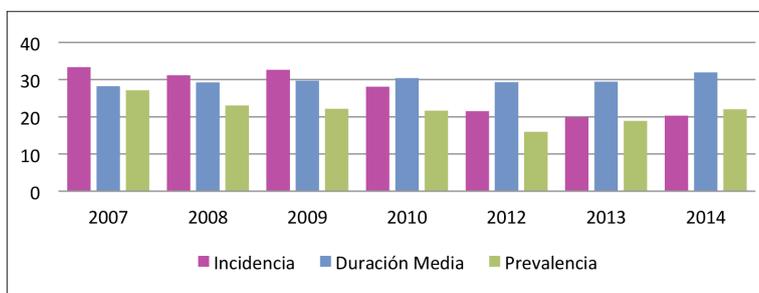
Existen dos elementos que inciden en la gestión de la ITcc que generan un alargamiento de los procesos de baja. Por un lado la existencia de demoras para la realización de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas o reparadoras, tanto en el nivel primario como en el especializado. Por otro lado, la escasa coordinación entre los dos niveles asistenciales. Determinadas experiencias realizadas han demostrado que una mayor coordinación e interacción entre ambos niveles asistenciales produce resultados no sólo en términos de calidad de la atención, sino también en la reducción de la duración de los procesos de ITcc (J. Gérvas *et al.*, 2006).

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

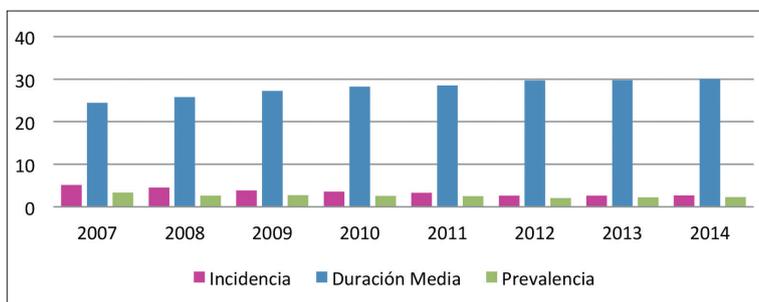
El aumento paulatino en la duración media de las contingencias profesionales posiblemente esté en relación, de nuevo, con la situación de crisis económica: el miedo instalado

entre los trabajadores y trabajadoras condiciona de forma muy importante sus expectativas y los convierte en más vulnerables, aceptando, en la práctica, condiciones de trabajo y asunción de riesgos que en otras circunstancias no serían admisibles, para acceder a un empleo o para no perder el que tienen. Estas circunstancias condicionan que, por un lado se produzcan lesiones y/o enfermedades de mayor gravedad ocasionadas por un empeoramiento importante de las condiciones de trabajo, y por otro lado que los trabajadores/as acudan al trabajo estando enfermos, lo que provoca un agravamiento de la enfermedad y, por tanto y en ambos casos una mayor duración de los procesos de baja.

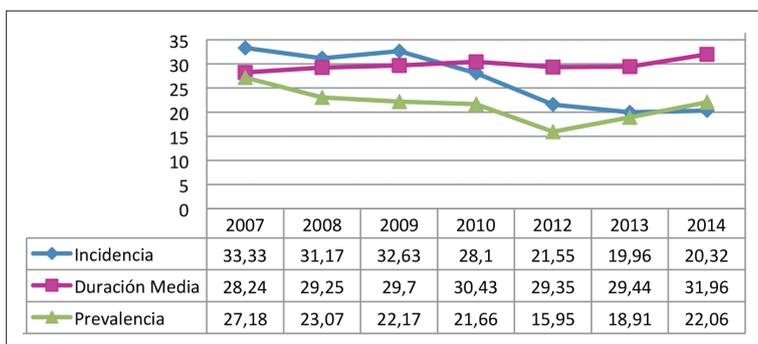
**GRÁFICO 3. IT POR CONTIGENCIA COMÚN
(COMUNIDAD DE MADRID)**



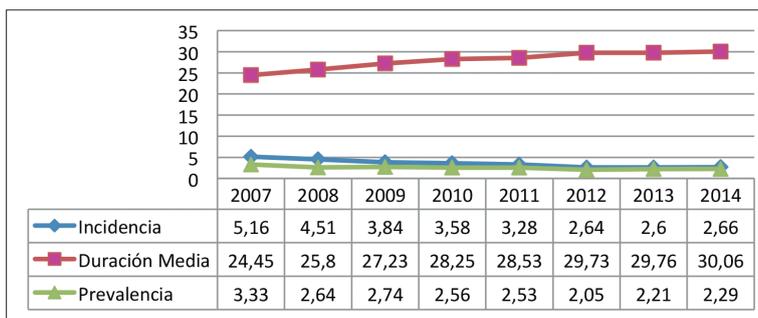
**GRÁFICO 4. IT POR CONTIGENCIA PROFESIONAL
(COMUNIDAD DE MADRID)**



**GRÁFICO 5. IT POR CONTINGENCIA COMÚN
(COMUNIDAD DE MADRID)**



**GRÁFICO 6. IT POR CONTINGENCIA PROFESIONAL
(COMUNIDAD DE MADRID)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web de la Seguridad Social, 2015.

4.1.4. ANÁLISIS DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL SEGÚN ENTE GESTOR

INCIDENCIA

La incidencia de la ITcc ha disminuido de forma importante desde el inicio de la crisis, tanto en las gestionadas por el INSS como las gestionadas por las Mutuas. En el caso de las gestionadas por el INSS, la disminución ha sido mucho más importante, reduciéndose a la mitad

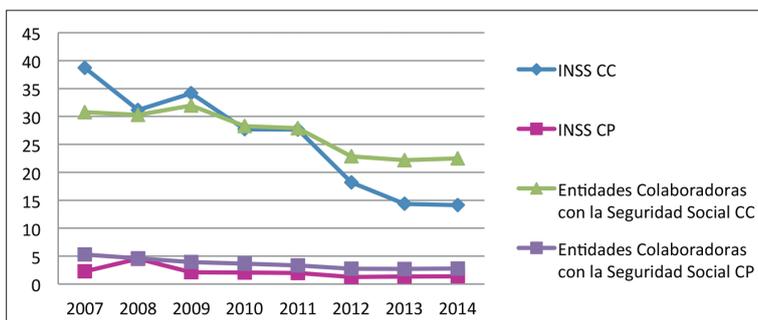
(ha pasado de 31,27 procesos iniciados por cada 1.000 trabajadores en 2008 a 14,13 en 2014). En las Mutuas, la disminución ha sido de 8 puntos (ha pasado de 30,75 a 22,5).

Es destacable cómo al inicio del periodo, la incidencia de las ITcc gestionadas por el INSS era 8 puntos superior a las gestionadas por las Mutuas, y cómo a partir de 2010 y hasta el momento actual, la situación se invierte, siendo mayor la incidencia en las ITcc gestionadas por las Mutuas, llegando casi a duplicarla.

Para las ITcp en ambas entidades (INSS y Mutuas) se ha producido durante el periodo estudiado una disminución prácticamente a la mitad, siendo mayor la incidencia en las gestionadas por las mutuas que en las gestionadas por el INSS.

Años	INSS		Entidades Colaboradoras con la Seguridad Social	
	CC	CP	CC	CP
2007	38,72	2,26	30,75	5,3
2008	31,17	4,51	30,3	4,61
2009	34,13	2,11	31,97	3,92
2010	27,71	2,08	28,27	3,65
2011	27,68	2	27,9	3,34
2012	18,21	1,27	22,84	2,75
2013	14,33	1,34	22,18	2,72
2014	14,13	1,39	22,5	2,78

**GRÁFICO 7. INCIDENCIA
(COMUNIDAD DE MADRID)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web de la Seguridad Social, 2015.

DURACIÓN MEDIA

En cuanto a la duración media de los procesos, podemos apreciar diferencias sustanciales; en primer lugar, cabe destacar que el INSS es la entidad que registró la mayor duración media por asegurado tanto de las contingencias comunes como profesionales durante todo el período considerado.

Las contingencias comunes gestionadas por el INSS tienen una duración en torno a 36 días y las correspondientes a las Mutuas alrededor de 27. En el caso de las gestionadas por el INSS aparece una evolución en dientes de sierra y un rebrote muy importante en los años 2013 y 2014 y que pueden estar en relación con la cronificación de procesos previos que no cursaron con la baja necesaria por el miedo de los trabajadores a la pérdida del empleo. Para las ITcc gestionadas por las Mutuas la evolución es igualmente en dientes de sierra pero con variaciones mucho más suaves.

Los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales gestionados por el INSS tienen una duración media de casi 60 días mientras que en el caso de las mutuas no llegan a los 30, si bien en el INSS hay una tendencia a disminuir la duración, mientras que en las mutuas la tendencia es la contraria, está aumentando. Esta duración se está reduciendo en el INSS sustancialmente debido en parte a las medidas adoptadas por las diferentes administraciones públicas respecto a los procesos de IT de funcionarios protegidos por el INSS y porque la población protegida desempleada registra pocas bajas. En las mutuas la mayor duración puede responder a un menor número de procesos de corta duración.

Resulta muy llamativo, además, que la duración media de los procesos presenta una tendencia general creciente durante casi todo el período analizado, en oposición a lo que ocurre con la incidencia. Este dato evidencia, por una parte, que aunque con motivo de la crisis se reduzca la población trabajadora cuando ésta enferma o se accidenta lo hace por motivos de mayor gravedad y requiere de procesos de recuperación necesariamente más largos. Lo que está directamente relacionado con unas condiciones de empleo más precarias y unas condiciones de trabajo más penosas.

En este análisis hay que tener en cuenta que el colectivo atendido por ambas entidades es diferente, los trabajadores/as protegidos por

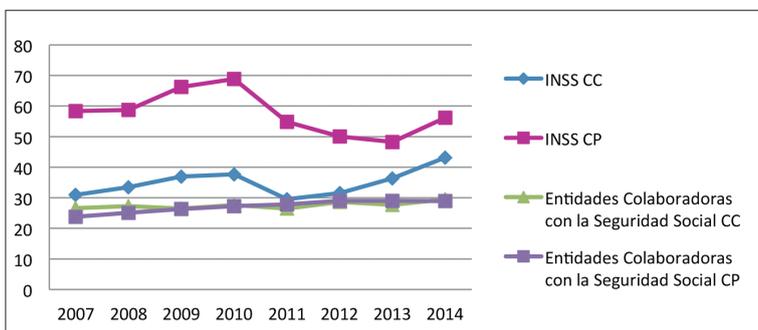
el INSS presentan una edad media mayor y una mayor presencia de mujeres, lo que en principio implicaría una mayor duración de las bajas, pero también hay otras diferencias a tener en cuenta, de hecho, las características socioeconómicas de los trabajadores cubiertos son diferentes según el ente gestor, como constataron Ruesga (2008) y el estudio sobre "Evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la incapacidad temporal. Agencia estatal de evaluación de las políticas públicas y la calidad de los servicios. Ministerio de la Presidencia 2009" que, tras elaborar un modelo econométrico para explicar la duración de los procesos de baja incorporó el ente gestor como variable explicativa. El modelo concluye que las diferencias en la duración de los procesos gestionadas por las mutuas o por el INSS no son significativas, es decir, las diferencias en la duración de los procesos gestionados por uno u otro ente se explican por otras variables.

Además, hay que recordar que las enfermedades más prevalentes son, para ambas contingencias las patologías osteomusculares y éste es un ámbito en el que las Mutuas están especializadas. Así, se ponen a disposición de los trabajadores tanto en contingencias comunes como en profesionales unidades especializadas que además están adecuadamente dotadas (tanto en recursos técnicos como en profesionales sanitarios), a lo que debemos añadir que no existen listas de espera ni diagnósticas, ni rehabilitadoras ni quirúrgicas que, como ya hemos descrito es uno de los factores que más inciden en los procesos gestionados por el INSS y cuya gestión sanitaria corresponde a los Servicios Públicos de Salud.

Tabla 5: Duración Media

Años	INSS		Entidades Colaboradoras con la Seguridad Social	
	CC	CP	CC	CP
2007	30,97	58,36	26,59	23,8
2008	33,48	58,75	27,29	25,12
2009	36,94	66,27	26,44	26,31
2010	37,69	68,86	27,65	27,28
2011	29,54	54,82	26,45	27,87
2012	31,52	50,08	28,65	29,02
2013	36,39	48,28	27,69	28,97
2014	43,18	56,22	29,49	28,91

GRÁFICO 8. DURACIÓN MEDIA (COMUNIDAD DE MADRID)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web de la Seguridad Social, 2015.

PREVALENCIA

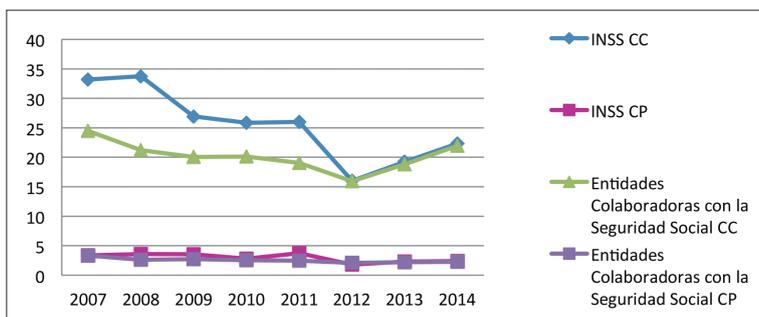
La prevalencia en las ITcp es similar tanto para las gestionadas por el INSS como para las gestionadas por las Mutuas y se sitúa en torno a 2-3 procesos por cada mil trabajadores/as protegidos, habiéndose reducido desde el inicio del periodo en ambas entidades.

Para las contingencias comunes, la diferencia entre el INSS y las Mutuas era sustancial en 2007 (33 procesos en vigor por cada mil trabajadores en el INSS frente a 24 en las Mutuas), pero se ha reducido de forma que en 2014 la diferencia no llega ni siquiera a 1. Dicha reducción se explica por la tendencia decreciente muy importante en la prevalencia de los procesos gestionados por el INSS, muy intensa en los años 2009 y sobre todo 2013.

Esta tendencia decreciente se debe, presumiblemente, a las consecuencias de una crisis económica que si bien, como hemos visto, aumentó la duración media de los procesos, está reduciendo la prevalencia debido, por una parte, a la presión de las mutuas colaboradoras con la seguridad social para la incorporación de los trabajadores y trabajadoras a su puesto de trabajo. Pero también, a la propia autoexigencia de la persona que, por miedo y/o por necesidad, acelera su propia vuelta al trabajo para no poner en peligro el mantenimiento de un trabajo cada vez más escaso. Aunque eso suponga su incorporación a la vida activa laboral sin estar totalmente recuperado/a.

Años	INSS		Entidades Colaboradoras con la Seguridad Social	
	CC	CP	CC	CP
2007	33,19	3,35	24,45	3,32
2008	33,74	3,6	21,22	2,6
2009	26,95	3,56	20,05	2,71
2010	25,87	2,8	20,12	2,54
2011	25,99	3,74	19,06	2,48
2012	16,01	1,77	15,94	2,07
2013	19,23	2,31	18,8	2,2
2014	22,33	2,4	21,97	2,28

GRÁFICO 9. PREVALENCIA (COMUNIDAD DE MADRID)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web de la Seguridad Social, 2015.

4.2. TRABAJADORES Y TRABAJADORAS POR CUENTA PROPIA

Es obligatorio para los autónomos, exceptuando los TRADE (Trabajadores Autónomos Económicamente Dependientes) cotizar por Incapacidad Temporal derivada de contingencias comunes (ITcc), aunque es opcional para aquellos autónomos en situación de pluriactividad y que coticen simultáneamente en otro régimen de la Seguridad Social, así como para trabajadores incluidos en el Sistema Especial de Trabajadores por Cuenta Propia Agrarios.

Sin embargo, la cotización por contingencias profesionales de accidente de trabajo y enfermedades profesionales es, en principio, voluntaria para los trabajadores/as autónomos. Sólo deberán cotizar por ella los TRADE y aquellos que desempeñen una actividad profesional con un elevado riesgo de siniestralidad y estén obligados a formalizar dicha protección.

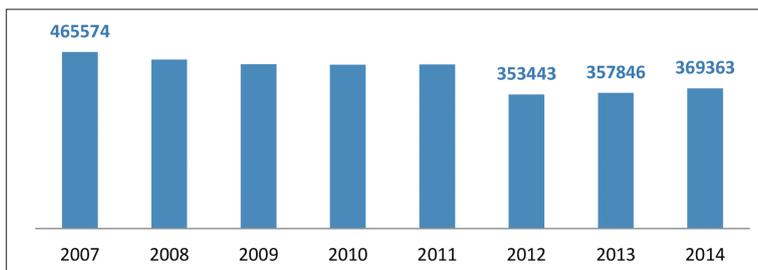
Este cambio surgió en 2002, reconociendo una de las principales reivindicaciones del colectivo de los trabajadores/as autónomos como es la consideración de las contingencias profesionales por parte del Sistema de la Seguridad Social en equiparación del colectivo de trabajadores/as por cuenta ajena. Las razones por las que se argumentaba la no cobertura de éstas eran, por un lado, el no haber una relación con un empleador sobre el que recayeran las obligaciones que se derivan de la cobertura de estas contingencias y, por otro, la carga contributiva que representaba para el trabajador/a autónomo.

La Ley 53/2002 reconoció las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional del trabajador/a autónomo. Esta norma fue posteriormente desarrollada por el Real Decreto 1273/2003, donde se especificaba el alcance concreto de estas contingencias. En concreto, estableció que las prestaciones del Régimen General de Trabajadores por Cuenta Propia y Autónomos serían las mismas que en el Régimen General, con la salvedad de que los trabajadores/as podrían mejorar la acción protectora, añadiendo la de accidente de trabajo y enfermedad profesional, si con anterioridad hubiese incluido la prestación económica por incapacidad temporal.

Sin embargo, según la tabla que se muestra a continuación, construida con datos extraídos de página web de la Seguridad Social, se puede apreciar cómo el número total de trabajadores/as autónomos protegidos en la Comunidad de Madrid disminuye a partir del año 2007 y hasta 2012, apareciendo en 2013 y 2014 un pequeño incremento. En concreto y durante el periodo estudiado se ha pasado de 465.574 trabajadores protegidos por ITcc por cuenta propia en 2007 a 369.363 en 2014.

Tabla 7: Número de Trabajadores/as Autónomos Protegidos ITcc			
Años	INSS	Entidades Colaboradoras con la Seguridad Social	Total
2007	196504	269070	465574
2008	169666	275987	445653
2009	162958	270033	432991
2010	154979	276934	431913
2011	150903	281524	432427
2012	69398	284045	353443
2013	60002	297844	357846
2014	52593	316770	369363

GRÁFICO 10. TOTAL TRABAJADORES/AS AUTÓNOMOS PROTEGIDOS ITCC (COMUNIDAD DE MADRID)

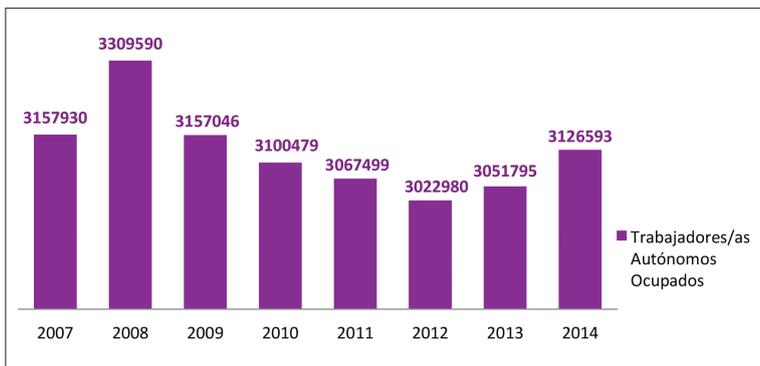


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web de la Seguridad Social, 2015.

Si observamos la evolución de los trabajadores/as autónomos ocupados a nivel nacional podemos apreciar como la tendencia en el número de trabajadores/as protegidos por cuenta propia es decreciente, situación que tiene que ver con la reducción de la población trabajadora en general como consecuencia de la crisis.

En concreto, el número de trabajadores/as autónomos desciende considerablemente a nivel nacional a partir del año 2008, apareciendo un pequeño repunte en los años 2013 y 2014.

GRÁFICO 11. EVOLUCIÓN TRABAJADORES/AS AUTÓNOMOS OCUPADOS (NIVEL NACIONAL)



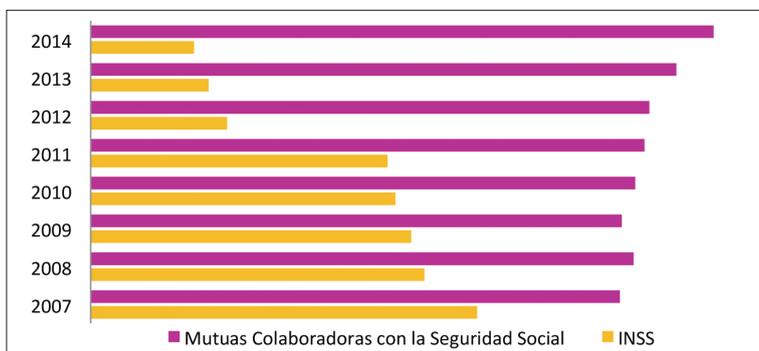
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web de la Seguridad Social, 2015.

De igual forma a lo que ocurría con los trabajadores/as por cuenta ajena, se produce lo que parece ser un “traspaso” de trabajadores/as de una entidad a otra. Es decir, año a año aumenta el número de trabajadores/as protegidos bajo la acción de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social en detrimento del número de trabajadores/as protegidos por el INSS.

Tabla 8: Número de Trabajadores/as Autónomos Protegidos ITCC

Años	INSS	Entidades Colaboradoras con la Seguridad Social	Total
2007	196504	269070	465574
2008	169666	275987	445653
2009	162958	270033	432991
2010	154979	276934	431913
2011	150903	281524	432427
2012	69398	284045	353443
2013	60002	297844	357846
2014	52593	316770	369363

GRÁFICO 12. NÚMERO DE TRABAJADORES/AS AUTÓNOMOS PROTEGIDOS ITCC (COMUNIDAD DE MADRID)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web de la Seguridad Social, 2015.

A continuación se analiza el comportamiento de la incidencia, la duración media y la prevalencia de la IT de los trabajadores/as por cuenta propia durante los últimos 8 años. Si bien, este análisis se hace únicamente, con respecto a las contingencias comunes. Y ello porque la página web de la Seguridad Social no proporciona datos sobre las contingencias profesionales de este colectivo. No obstante, al no ser obligatoria la cobertura de estas contingencias para los autónomos y sí la cobertura de las contingencias comunes, proporciona mucha más información esto último. Si, consideramos, además que estas contingencias tratadas como comunes pueden tener en su mayoría un origen profesional.

A tenor de los datos disponibles, se puede visualizar cómo los índices de incidencia, duración media y prevalencia de ITcc en trabajadores/as autónomos presentan unas características muy diferenciadas, los trabajadores por cuenta propia presentan unos índices de incidencia por contingencia común mucho menores que los trabajadores/as por cuenta ajena, pero una duración media mucho mayor. Para el año 2014 el índice de incidencia en los trabajadores/as por cuenta ajena es de 20,32 por cada 1.000 trabajadores, mientras que para los trabajadores/as autónomos se sitúa en tan solo 7,45, La duración media es de 31,96 días para trabajadores/as por cuenta ajena y de 80,82 en los autónomos.

Además, las tendencias tampoco son paralelas, en los trabajadores/as por cuenta ajena veíamos que la incidencia tendía a reducirse a partir de 2008, manteniéndose esa tendencia hasta 2014. Pues bien, en el caso de los autónomos, en el año 2008 el índice de incidencia

aumenta con respecto a los dos años inmediatamente anteriores, teniendo una evolución cambiante con periodos de disminución y periodos de aumento de incidencia. En concreto, en 2008 se registró un promedio de 7,55 bajas por cada mil trabajadores/as, y en el año 2014 la cifra es similar (7,45 por cada mil trabajadores/as).

En lo que respecta a la duración media de los procesos, existen igualmente periodos con tendencias diferentes, pero en el periodo estudiado la duración media se ha reducido sensiblemente, pasando de 95,12 días en 2007 a 80,82 en 2014.

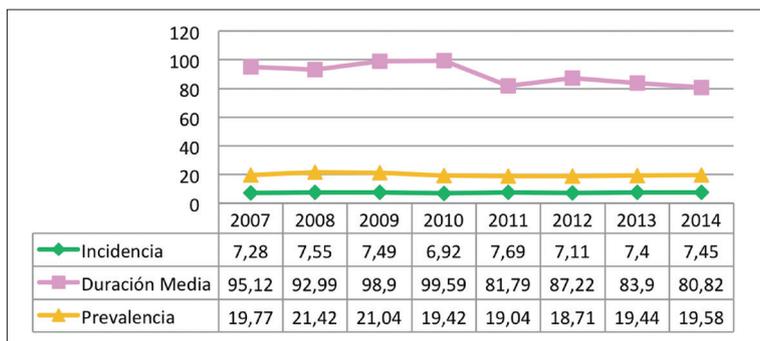
La prevalencia presenta una clara evolución descendente desde el año 2008, que se rompe en 2013 y 2014, años en los que aparece un pequeño incremento.

Podemos concluir cómo en el año 2013 y 2014 aumentan la incidencia y la prevalencia, pero disminuye la duración media.

Esta tendencia desigual en el comportamiento de estas variables por años obedece a la crisis económica que se inició en 2008 y que cambió el modelo productivo de nuestro país en general. Pues la destrucción del empleo supuso la reducción del número de trabajadores y trabajadoras por cuenta ajena, algunos de los cuales se convirtieron en trabajadores y trabajadoras por cuenta propia como medida para su incorporación a la vida laboral activa.

Tabla 9: ITcc de Trabajadores/as Autónomos			
Años	Incidencia	Duración Media	Prevalencia
2006	7,28	95,12	22,3
2007	7,28	95,12	19,77
2008	7,55	92,99	21,42
2009	7,49	98,9	21,04
2010	6,92	99,59	19,42
2011	7,69	81,79	19,04
2012	7,11	87,22	18,71
2013	7,4	83,9	19,44
2014	7,45	80,82	19,58

**GRÁFICO 13. ITCC TRABAJADORES/AS AUTÓNOMOS
(COMUNIDAD DE MADRID)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la página web de la Seguridad Social, 2015.

4.3. ANÁLISIS SEGÚN DIAGNÓSTICO Y SEXO

Como ya se ha comentado anteriormente, ante la imposibilidad de conseguir datos referidos a la Comunidad de Madrid desagregados por sexo y diagnóstico, hemos optado por analizar la información que nos han proporcionado 4 de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social con mayor implantación en nuestra comunidad, concretamente Fremap, Asepuyo, Fraternidad-Muprespa e Ibermutuamur, correspondientes al año 2014.

El número de trabajadores y trabajadoras afiliados por contingencias profesionales en las 4 mutuas señaladas se eleva a 1.729.314, que corresponde a un 75,2 por ciento del total de trabajadores afiliados protegidos por estas contingencias en la totalidad de las Mutuas en Madrid y a un 69 por ciento del total de trabajadores protegidos (INSS y Mutuas)

El número de trabajadores y trabajadoras protegidos por ITcc en estas mismas Mutuas es de 1.461.654, que corresponde a un 77,77 por ciento del total de trabajadores/as protegidos por estas contingencias en la totalidad de las Mutuas en Madrid y a un 58,7 por ciento del total de trabajadores protegidos (INSS y Mutuas).

Tabla 10: Afiliados a Mutuas. Trabajadores/as Por Cuenta Ajena		
(de enero a diciembre de 2014)		
Mutuas Colaboradoras con la SS	Contingencias Profesionales	Contingencias Comunes
FREMAP	859.049	700.269
Asepeyo	376.658	320.930
Fraternidad- MUPRESPA	286.651	248.955
IBERMUTUAMUR	206.956	188235
Total	1.729.314	1.458.389

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social que participan en este estudio.

4.3.1. DIAGNÓSTICO POR CONTINGENCIA PROFESIONAL

Las dolencias que afectan con mayor frecuencia a trabajadores y trabajadoras por ITcp, tanto en trabajadores por cuenta ajena como por cuenta propia⁶ son, por orden de importancia: enfermedades del “sistema osteomioarticular y tejido conectivo”, “esguince y torceduras”, “contusión con superficie cutánea intacta”, “heridas abiertas”, “fracturas” y “enfermedad del sistema nervioso y de los sentidos”.

Por tanto, los daños que con mayor frecuencia han sufrido ambos colectivos son los relacionados con los riesgos ergonómicos y de seguridad, y en un número más pequeño con la exposición a factores de riesgo físicos como ruido y químicos, los primeros relacionados con los accidentes de trabajo y el resto con enfermedades profesionales.

Las lesiones osteomioarticulares y del tejido conectivo suman un total de 29.062, que suponen el 39,2 por ciento del total de los procesos. Datos que son coherentes con los descritos en la VII Encuesta de Condiciones de Trabajo, donde se pone de manifiesto que las exigencias físicas más habituales en el tra-

⁶ Algunos estudios se muestran a favor de la hipótesis de que, dependiendo de la segregación de tareas, en general no se constata diferencia alguna en el caso del trabajador/a autónomo en términos de seguridad y salud en el trabajo. *Trabajadores autónomos. Perfil sociodemográfico y siniestralidad laboral*. INSHT, 2014

bajo son: repetir los mismos movimientos de manos o brazos (59%) y adoptar posturas dolorosas o fatigantes (36%).

Los esguinces y torceduras suponen un 16,26 por ciento, las contusiones con superficie cutánea intacta el 15,94 por ciento, las heridas abiertas el 9,28 por ciento y las fracturas el 8,95 por ciento. En magnitudes, ya mucho más pequeñas, aparecen las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, que suponen un 2,11 por ciento, y que probablemente se corresponden con enfermedades como la hipoacusia por la exposición a ruido, las conjuntivitis y algunos trastornos del sistema nervioso central o periférico producidos por la exposición a agentes químicos.

En la misma línea, según los últimos datos de la EPA (Encuesta de Población Activa) referentes a los accidentes laborales y problemas de salud que refirieron los trabajadores y trabajadoras en toda España en 2013 los principales tipos de enfermedad laboral (provocados o agravados por el trabajo en los 12 últimos meses) fueron los problemas óseos, articulares o musculares que afectan principalmente a la espalda (28,3 por ciento), al cuello, los hombros, los brazos o las manos (18,5 por ciento) y a las caderas, las piernas o los pies (16,2 por ciento).

Por otra parte, son 66 el número total de casos relacionados con los daños psicosociales que las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social consideradas han tratado como contingencia profesional. Siendo todos ellos casos de trabajadores/as por cuenta ajena.

Este dato es importante en la medida en que los daños a la salud que se derivan de la exposición a riesgos psicosociales suelen ser muy pocas veces considerados de origen laboral. Pese a que, según la VII Encuesta de Condiciones de Trabajo de ámbito nacional, siete de cada 10 ocupados manifiestan sufrir cansancio, agotamiento y estrés. Y, en la misma línea, la misma encuesta afirma que varios indicadores relativos a las exigencias derivadas de factores psicosociales del trabajo han empeorado respecto a cuatro años antes. Así ocurre con el nivel de atención exigido en la tarea, con la percepción de tener mucho trabajo y sentirse agobiado, tener que trabajar muy rápido o deber atender varias tareas al mismo tiempo.

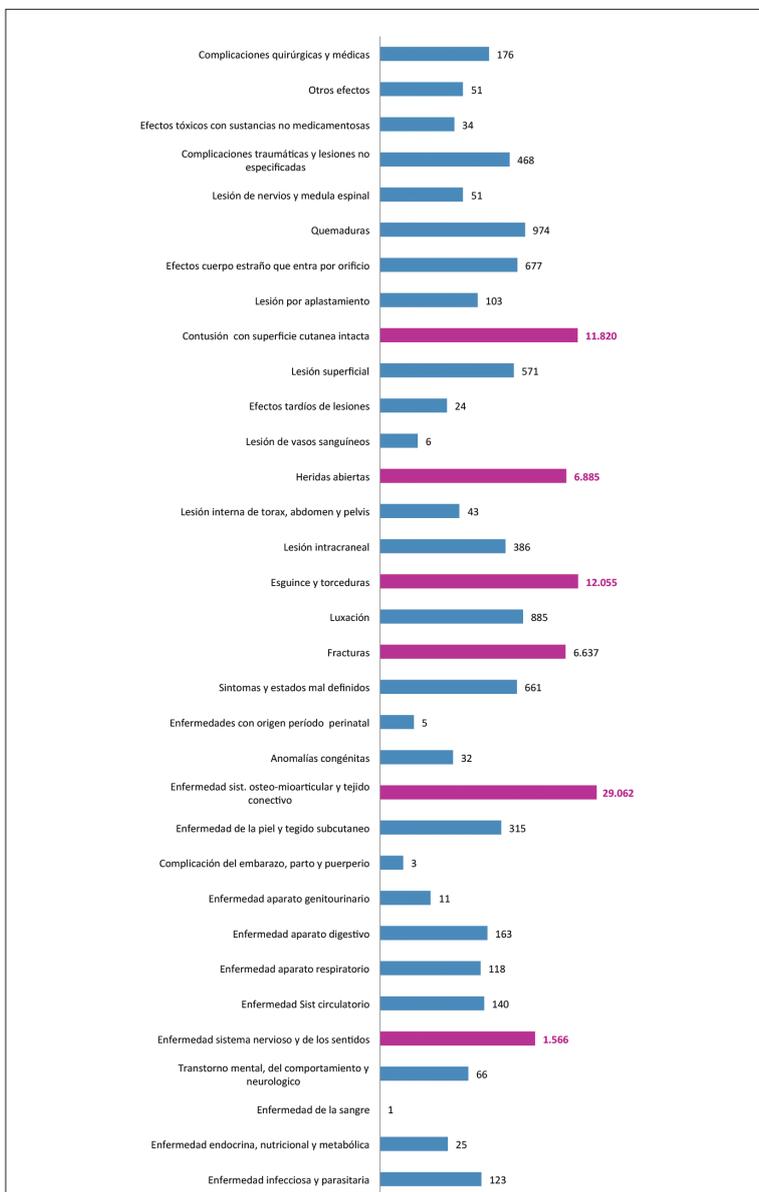
Por su parte, la EPA analiza en el informe al que antes se aludió, relativo a los accidentes laborales y problemas de salud que se registraron en el 2013, que detrás de las enfermedades laborales relacionadas con las condiciones ergonómicas del trabajo, las enfermedades ligadas al estrés, depresión o ansiedad son las más frecuentes (12,8 por ciento).

Por tanto, y aunque no tiene un reflejo en las patologías reconocidas como profesionales (tanto accidentes como enfermedades profesionales), los dos grupos de patologías con mayor impacto en la pérdida de horas de trabajo, y que generan una incapacidad temporal son las lesiones osteomusculares y las enfermedades mentales que tienen su origen en unas deficientes condiciones de trabajo. Dato fundamental que debería tenerse en cuenta a nivel preventivo para proteger la seguridad y la salud de las y los trabajadores, mejorar las condiciones de trabajo, reducir el número de incapacidades temporales e incidir en una reducción del gasto en IT.

Es destacable el hecho de que no aparezca ninguna neoplasia, y es que si la infradeclaración de las enfermedades profesionales tiene una magnitud importante, el subregistro en lo que respecta a los cánceres ocupacionales es aún mucho mayor. De hecho, se estima que el 75,07 por ciento de las enfermedades profesionales en España no se están declarando, cifras que lleguen casi al 100 por cien en enfermedades graves como los cánceres⁷. Hay que tener en cuenta que en España se diagnostican todos los años unos 200.000 casos de cáncer, de los cuales entre un 5 y un 10 por ciento, según las estimaciones científicas, tienen su origen en el trabajo.

⁷ García, AM, Gadea R, López V. *Impacto de las enfermedades laborales en España*, ISTAS 2007

GRÁFICO 14. DIAGNÓSTICO POR CP



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social que participan en este estudio.

4.3.2. DIAGNÓSTICO POR CONTINGENCIA COMÚN

En los procesos gestionados como contingencias comunes aparece una distribución de enfermedades muy diferentes de las descritas en contingencias profesionales: en primer lugar las enfermedades que tienen mayor frecuencia siguen siendo las “enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo”, que suponen un 21,81 por ciento del total de los procesos y en las que los problemas de espalda tienen una gran prevalencia; en segundo lugar las “enfermedades del aparato respiratorio”; fundamentalmente a expensas de procesos gripales y estacionales, que suponen un 13,57 por ciento; en tercer lugar “síntomas y signos mal definidos” que corresponden con dolencias en las que no se ha podido establecer un diagnóstico definitivo (10,41 por ciento) en cuarto lugar “enfermedades infecciosas y parasitarias” (10,32 por ciento) en quinto lugar las “enfermedades del aparato digestivo” (6,52 por ciento), y en sexto lugar los “trastornos mentales, del comportamiento y neurológico” que suponen un 6,44 por ciento. Estos últimos parece que están aumentando en los últimos años y están en relación con procesos de ansiedad, estrés y depresión, muchas veces ligados al trabajo.

Hay que recordar que, como ya se ha descrito, existe un número importante de patologías tratadas como contingencia común pero que tienen su origen en unas malas condiciones de trabajo; y es que como queda reflejado en los datos de la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo, el 86,4 por ciento de los asalariados que tienen problemas de salud opinan que éstos están relacionados, producidos o se han agravado por el trabajo.

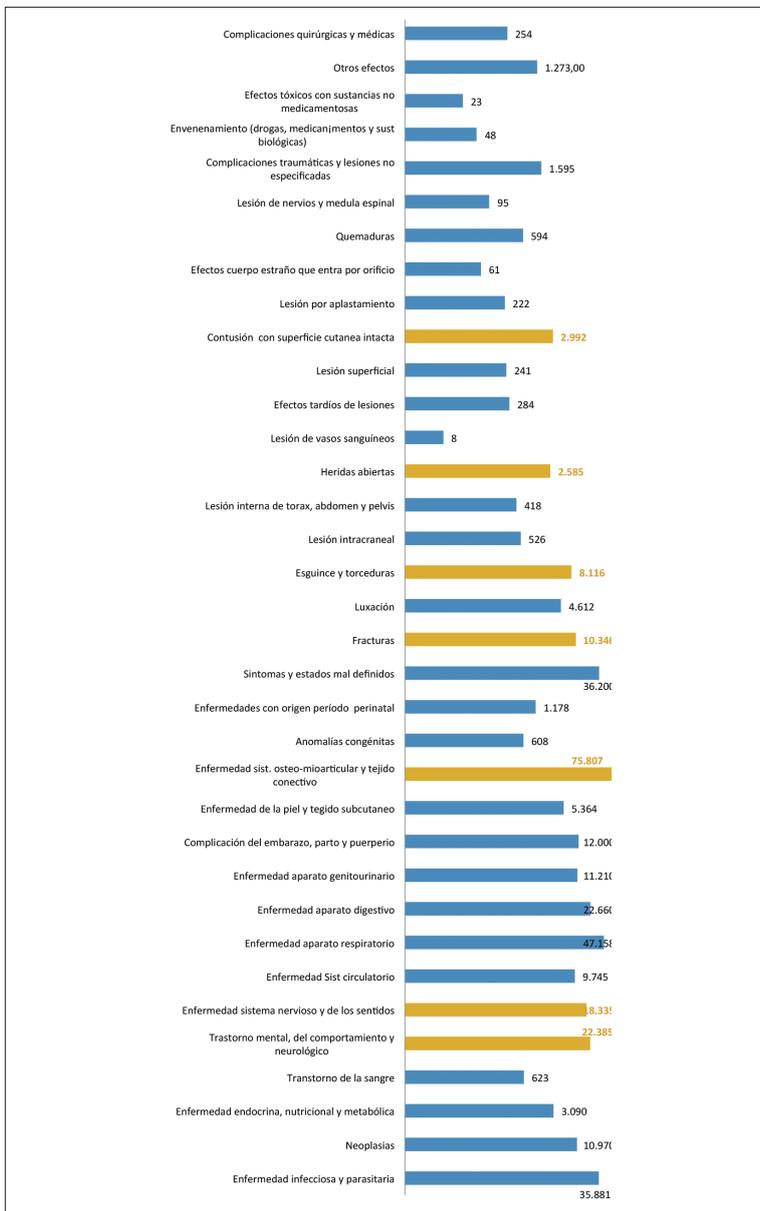
Desde un punto de vista preventivo esta no consideración de las contingencias profesionales implica una pérdida de información fundamental para identificar y corregir los riesgos del trabajo que provocan dichas dolencias. Y eso pese a que son muchas las investigaciones que muestran que una parte muy importante de las dos patologías con mayor impacto en la pérdida de horas de trabajo, las lesiones osteomusculares y las enfermedades psíquicas, tienen su origen en unas deficientes condiciones de trabajo.

El número total de cánceres calificados como contingencias comunes y gestionados por dichas entidades en 2014 asciende a casi 11.000 casos. Si aplicamos las estimaciones basadas en varios estudios internacionales, podemos decir que entre 550 y 1.100 de estos cánceres tienen un origen laboral y que evidentemente no se han calificado como tales.

La infradeclaración de los cánceres y las demás enfermedades profesionales, como ya se analizó, resulta especialmente preocupante en nuestro país, pues constituyen uno de los principales factores de deterioro de la salud de los trabajadores y trabajadoras.

Esta situación genera un coste importante que soporta el Sistema Público de Salud y que deberían soportar las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, al mismo tiempo que impide que se desencadenen actuaciones de prevención, inspección y control en las empresas responsables de la generación de ese daño.

GRÁFICO 15. DIAGNÓSTICO POR CC



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social que participan en este estudio.

4.3.3. ANÁLISIS SEGÚN DIAGNÓSTICO POR SEXO Y CONTINGENCIA

Se sabe que la salud de mujeres y hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma distinta en la salud y en los riesgos de enfermedad, que muchas veces siguen invisibles para los patrones androcéntricos de las ciencias de la salud. Y desigual porque hay otros factores, que en parte son explicados por el género, y que influyen de una manera injusta en la salud de las personas⁸.

De manera que, aunque no se dispone de los datos por sexo y diagnóstico a nivel global, sino solamente los proporcionados por dos de las Mutuas que han colaborado en nuestro estudio, puede observarse algunos fenómenos que están en relación con las condiciones de trabajo y su incidencia sobre la salud de la población trabajadora. Y es que el diagnóstico de las lesiones que sufren los trabajadores y trabajadoras es distinto según el sexo y ello debido, en parte, a la división sexual del trabajo (segregación horizontal y vertical) y también a la sobrecarga física y emocional derivada del trabajo doméstico y de cuidado de dependientes, así como de la necesidad de compatibilizarlo con el trabajo remunerado.

Los horarios del trabajo asalariado, de las ciudades y de los servicios públicos, así como el desarrollo social y público del insuficiente estado del bienestar, no se han establecido pensando en que cada día son más las mujeres que están incorporadas al mercado de trabajo. Se han estructurado basándose en que detrás de las necesidades sociales de cuidado a las personas existe una mujer que tiene las 24 horas del día para responder a las exigencias del espacio familiar. Esta realidad conduce a una situación de doble jornada que supone en la práctica un alargamiento muy importante de la jornada de trabajo, y por tanto una sobrecarga de trabajo, agotamiento y estrés, además de un conflicto de roles.

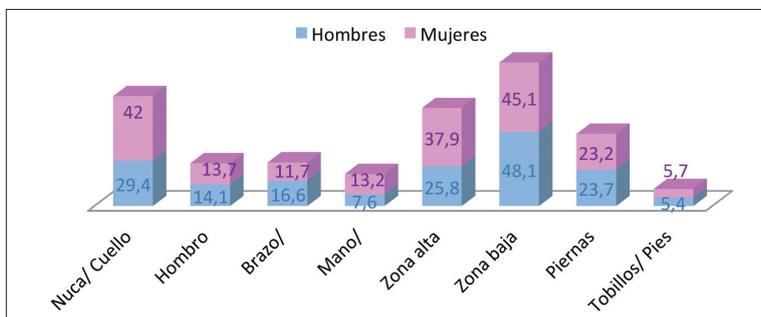
Según los datos disponibles, las **patologías de origen profesional** más frecuentes en ambos sexos son las “enfermedades

⁸ Rohlfs, Borrell y Fonseca, 2000.

del sistema osteomioarticular y del tejido conectivo” que suponen el 41,1 por ciento en las mujeres y el 38,15 por ciento en los hombres, patologías que en el caso de los hombres están en relación de forma mayoritaria con los accidentes de trabajo, donde muchas veces se incluye las lesiones de espalda por manipulación de cargas y posturas forzadas y en el caso de las mujeres están reflejando las enfermedades profesionales por movimientos repetitivos.

Estos datos son coherentes con los señalados por la VII Encuesta de condiciones de trabajo, que describe cómo las mujeres refieren algún tipo de molestia musculoesquelética con más frecuencia que los hombres. En las mujeres estas molestias se presentan en el cuello, zona dorsal, lumbar y miembros superiores, mientras que en los hombres se localizan en la zona baja de la espalda.

GRÁFICO 16. PRINCIPALES ZONAS DEL CUERPO EN QUE SE SIENTEN MOLESTIAS. VII ENCT



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la VII Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo.

En las mujeres hay que tener en cuenta que las tareas asignadas son diferentes -con mayor demanda de movimientos repetitivos de los miembros superiores a un ritmo muy rápido, agudeza visual para percibir los detalles, una postura estática, sentada o de pie sin posibilidad de movilidad-, la interacción entre la persona y su puesto de trabajo también es diferente, las mujeres tienen mayor exposición al riesgo al estar más años de servicio en el mismo puesto. Y además, a todo esto, hay que añadir la falta de reposo

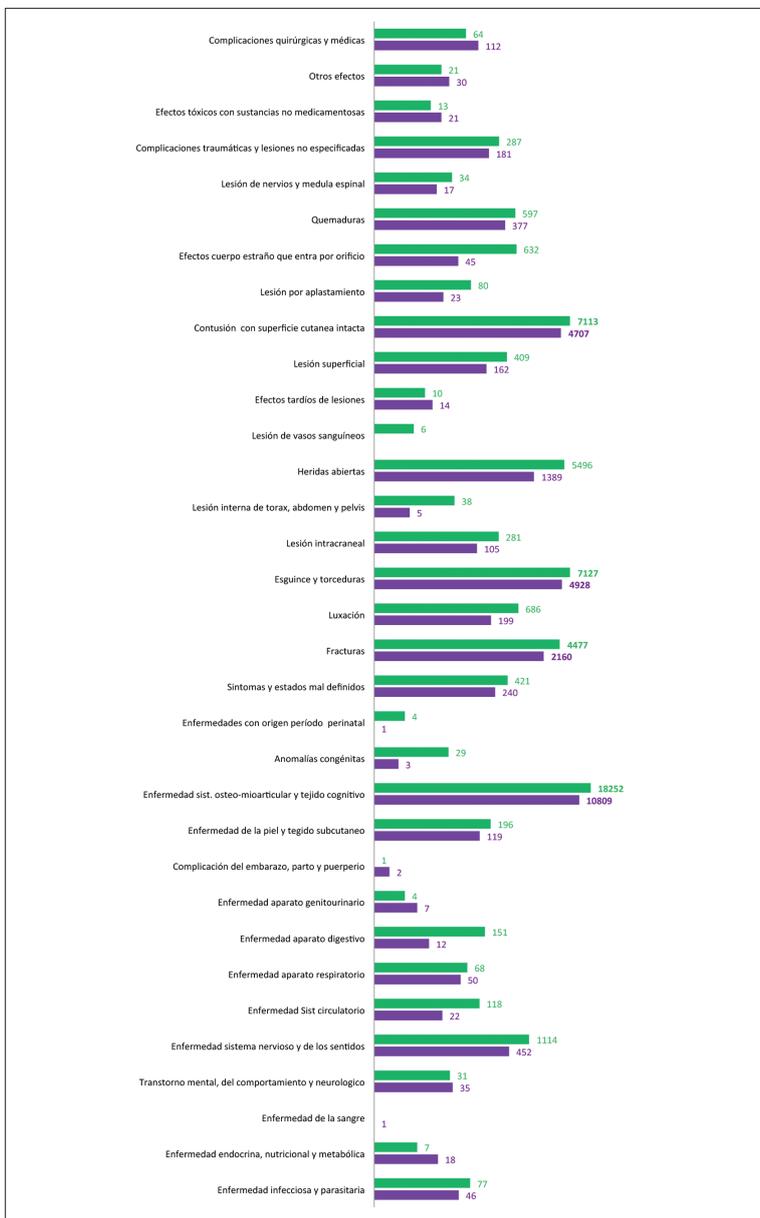
provocada por la doble presencia, las tareas domésticas y el cuidado de personas dependientes.

Tanto los esguinces y torceduras como las contusiones son porcentualmente más frecuentes en las mujeres que en los hombres, mientras que las heridas abiertas y las fracturas son más frecuentes entre los hombres.

Cabe reseñar que porcentualmente, las enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, las enfermedades del sistema circulatorio y del aparato digestivo son más frecuentes entre los hombres, mientras que las enfermedades infecciosas y parasitarias, las enfermedades de la piel, las enfermedades endocrinas y los trastornos mentales y del comportamiento son más frecuentes entre las mujeres. Procesos que están en clara relación con los diferentes sectores en que trabajan, las diferentes tareas que realizan y, por tanto, las diferentes exposiciones de hombres y mujeres.

Cabe señalar que en la Comunidad de Madrid, los hombres son los que sufren el mayor número de accidentes de trabajo y de mayor gravedad, pero son las mujeres las que tienen un mayor número de enfermedades profesionales (65,4 por ciento en mujeres y 34,6 por ciento en hombres).

GRÁFICO 17. DIAGNÓSTICO CP POR SEXO



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social que participan en este estudio.

Respecto a las **contingencias comunes** también aparecen diferencias entre ambos sexos. Una vez más, las patologías más prevalentes, tanto en hombres como en mujeres son las “enfermedades del sistema osteomioarticular y del tejido conectivo”, que suponen el 21,41 por ciento y el 22,11 por ciento respectivamente.

En los hombres, le siguen en orden de frecuencia las enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades infecciosas y parasitarias, síntomas y estados mal definidos, enfermedades del aparato digestivo y los trastornos mentales, del comportamiento y neurológicos.

En las mujeres es algo distinto, tras las patologías osteomusculares aparecen en orden de frecuencia las enfermedades del aparato respiratorio, síntomas y estado mal definidos, enfermedades infecciosas y parasitarias, trastornos mentales, del comportamiento y neurológicos y complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Cabe señalar que, porcentualmente son más frecuentes las enfermedades del aparato digestivo en los hombres y los trastornos mentales, del comportamiento y neurológico en las mujeres. El 8,47 por ciento de hombres sufre alguna enfermedad relacionada con el aparato digestivo, frente al 5,09 por ciento de las mujeres, mientras que el 7,30 por ciento de las mujeres presentan trastornos mentales frente al 5,27 por ciento de los hombres.

Esta diferencia en los trastornos mentales se explica por las desigualdades de género: el cuidado de otras personas, la doble jornada laboral, la dedicación al trabajo doméstico, la dependencia económica y social, el aislamiento, la falta de proyecto propio, la falta de control sobre sus vidas, la violencia de género. Son los procesos psicosociales determinantes de género los que motivan esta desigualdad.

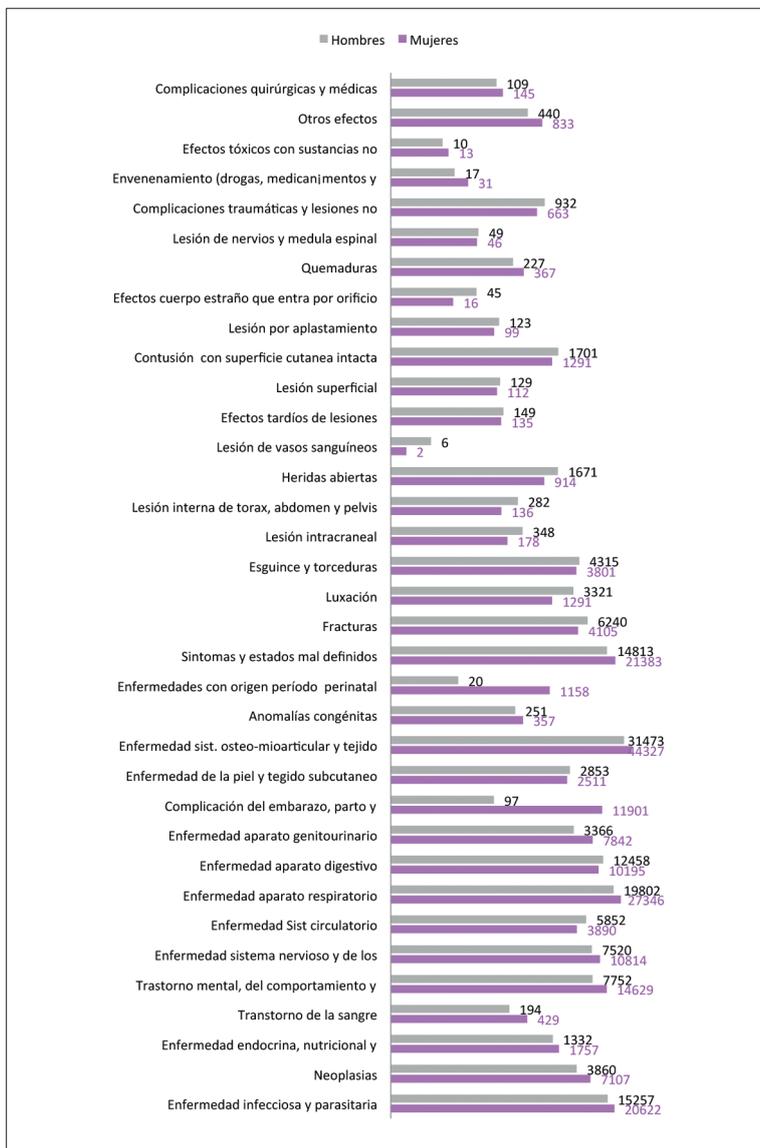
Pero, además, también está ampliamente descrito un sesgo de género en la atención, se realiza menos esfuerzo diagnóstico y terapéutico en mujeres y se les prescribe más psicofármacos, medicalizándolas más con la sospecha de que se está haciendo un uso inadecuado de psicofármacos.

La relación entre salud mental y género ha constituido una preocupación en el SNS al menos desde el año 2006 en que se publica la “estrategia en salud mental del SNS”, aprobada por el consejo interterritorial en diciembre de 2006 y sobre todo en la “evaluación (y actualización) de la estrategia en salud mental del SNS de 2008”.

No se ha podido estudiar la incidencia y duración de los procesos según el sexo, pero existen estudios en los que se demuestra claramente que tras un análisis estratificado por sexo aparecen diferencias; así, las tasas de incidencia muestran una clara diferencia por sexo en el riesgo de enfermar, no tanto en el orden de las principales enfermedades, sino en la magnitud del riesgo de alguna de ellas, especialmente en las mentales o de la esfera emocional (reacciones de adaptación, estrés, ansiedad y depresión) que con toda seguridad están manifestando además de las diferentes condiciones de trabajo entre mujeres y varones, las diferencias en las tareas domésticas y familiares, incluyendo el cuidado de las personas dependientes⁹.

⁹ *Incapacidad temporal por enfermedad común Asturias 1996-2006 (perfil epidemiológico)*. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias, 2007.

GRÁFICO 18. DIAGNÓSTICO CC POR SEXO



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos facilitados por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social que participan en este estudio.

4.4. HORAS NO TRABAJADAS POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Otra forma de acercarse a la incapacidad temporal y estudiar sus características y su evolución es analizar las horas que por incapacidad temporal no se han trabajado en las empresas, siendo este un indicador indirecto de la IT. Esta información podemos obtenerla de dos fuentes estadísticas:

- Encuesta de Coyuntura Laboral (ECL), elaborada por la Secretaría General Técnica del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Es una investigación por muestreo de periodicidad trimestral dirigida a empresas. El objetivo es proporcionar información sobre los efectivos laborales y su composición según diversas características, entre ellas las horas no trabajadas.
- Encuesta trimestral de Coste Laboral; su objetivo es conocer la evolución del coste laboral medio por trabajador/a y por hora efectiva de trabajo, permite obtener, entre otras, un mejor conocimiento del tiempo trabajado y no trabajado.

La ECL define las horas no trabajadas como tiempo no trabajado, durante la jornada laboral, por cualquier motivo. Se consideran separadamente las siguientes causas: vacaciones anuales, fiestas laborales, puentes no recuperables, incapacidad temporal, maternidad, expediente de regulación de empleo, conflictividad laboral, permisos remunerados, actividades de representación sindical, absentismo no justificado, formación y otras causas.

Si de todas las horas no trabajadas que contempla la ECL, analizamos las debidas a incapacidad temporal vemos que durante los años 2007-2012 no ha sufrido variaciones muy importantes, pero sí aparece una tendencia claramente decreciente, suponiendo en el año 2007 un 18,4 por ciento que cae hasta un 14,29 por ciento en 2012, último año del que disponemos de datos.

GRÁFICO 19. HORAS NO TRABAJADAS



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la Encuesta de Coyuntura Laboral.

Centrándonos solamente en las causas ocasionales (excluyendo vacaciones, fiestas y puentes), podemos ver como la causa más influyente en el número de horas no trabajadas por causas ocasionales es la IT, representando el 44,5 por ciento en el año 2007. A partir de este año y durante todo el periodo marcado por la crisis económica, este indicador ha ido disminuyendo de forma progresiva hasta el año 2012 que, como hemos comentado, es el último año del que se dispone de datos, representando en este año el 34,5 por ciento del total de horas no trabajadas por causas ocasionales, es decir, se ha producido una reducción de 10 puntos porcentuales en este periodo.

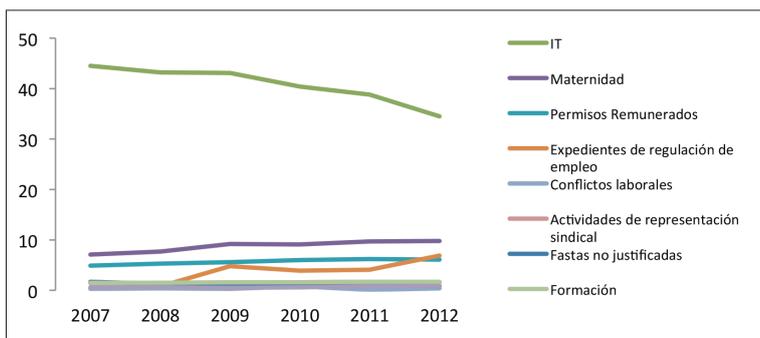
Tabla 11: Horas no trabajadas (causas ocasionales)

IT	Maternidad	Permisos Remunerados	Expedientes de regulación de empleo	Conflictos laborales	Actividades de representación sindical	Fastas no justificadas	Fo	Otros motivos	TOTAL
44,5	7,1	4,9	0,4	0,3	1,4	1,7	1,5	0,6	62,4
43,2	7,7	5,3	0,8	0,4	1,5	1,3	1,5	0,6	62,3
43,1	9,2	5,6	4,8	0,3	1,5	1,3	1,6	0,5	67,9
40,4	9,1	6	3,9	0,8	1,6	1,1	1,6	0,6	65,1
38,8	9,7	6,2	4,1	0,1	1,7	1	1,7	0,8	64,1
34,5	9,8	6,1	6,9	0,4	1,6	0,9	1,7	0,9	62,8

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la Encuesta de Coyuntura Laboral.

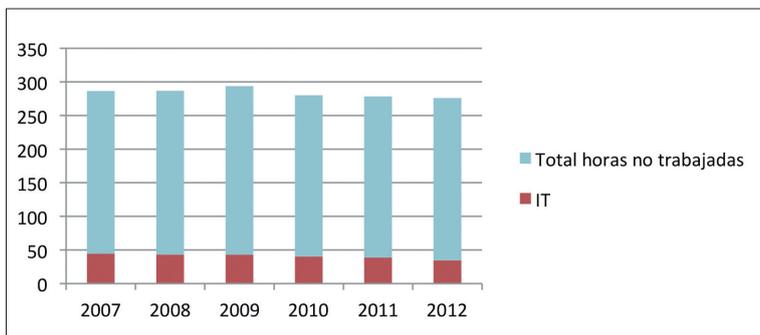
Como vemos, la información disponible en la ECL contempla múltiples causas relacionadas con las horas no trabajadas, pero para este estudio nos interesan las relacionadas con la incapacidad temporal. Se presentan sumadas las horas no trabajadas por incapacidad temporal por contingencias comunes y por contingencias profesionales.

GRÁFICO 20. NÚMERO DE HORAS NO TRABAJADAS. CAUSAS OCASIONALES



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la Encuesta de Coyuntura Laboral.

GRÁFICO 21. HORAS NO TRABAJADAS IT. TOTAL

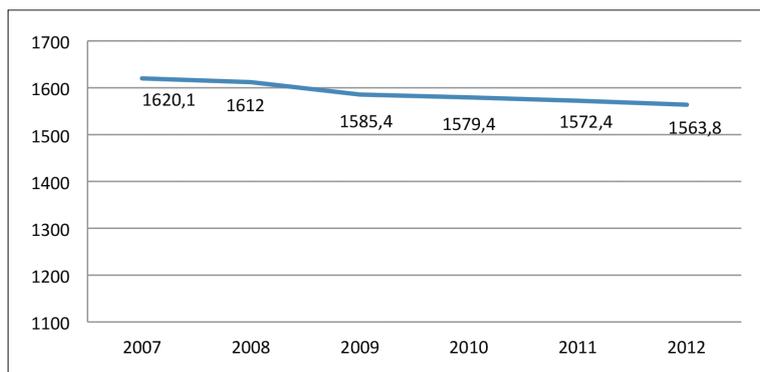


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la Encuesta de Coyuntura Laboral.

Otro factor a analizar, junto a las horas no trabajadas por IT, sería la jornada efectiva de trabajo, que mide el número medio de horas efectivamente realizadas al trimestre por trabajador/a. Se realiza en torno a tres componentes: horas anuales pactadas, horas extraordinarias y horas no trabajadas.

Con la bonanza económica, la jornada media en España llegó a su máximo en 2006, momento en el que alcanzó las 1.628,9 horas anuales, desde entonces se observa una reducción gradual de esta jornada, que según la ECL fue de 1.563,8 horas por trabajador/a en 2012.

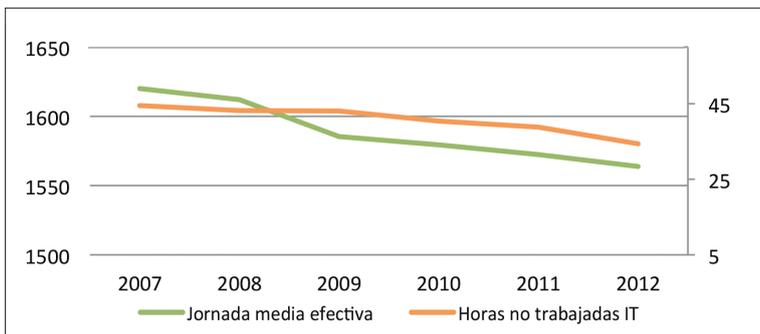
GRÁFICO 22. JORNADA MEDIA EFECTIVA



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la Encuesta de Coyuntura Laboral.

Como se puede observar en el gráfico anterior, la jornada media efectiva con relación a las horas no trabajadas por IT, tiene su máximo separación a partir de 2009, donde se aprecia que la jornada media efectiva se reduce considerablemente y las horas no trabajadas por IT no bajan en la misma proporción. Ello puede ser debido a que con la crisis se ha reducido la jornada, debido a otros aspectos, como por ejemplo los expedientes de regulación de empleo.

GRÁFICO 23. JORNADA MEDIA EFECTIVA Y HORAS NO TRABAJADAS IT



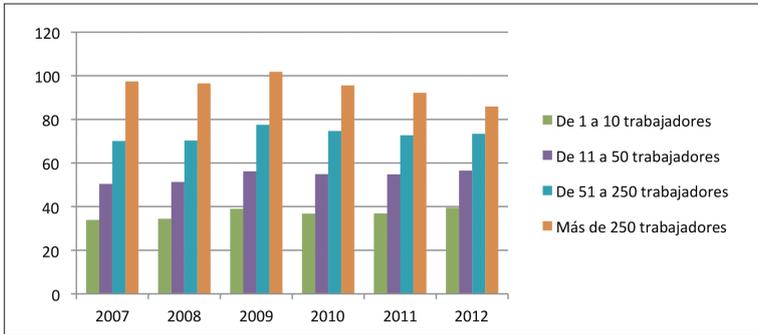
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la Encuesta de Coyuntura Laboral.

Sin embargo, la información publicada por la ECL impide obtener datos detallados de las horas no trabajadas según causas (incapacidad temporal) y con un nivel de desagregación adecuado de algunas características del centro de trabajo (tamaño), o características de la jornada, etc., a la vez que no aporta datos sobre otros atributos importantes (tipo de convenio colectivo, variables relacionadas con la plantilla, etc.).

Por ello, en el análisis siguiente se utilizan los datos de horas no trabajadas por causas ocasionales con relación a la Comunidad autónoma y con el tamaño del centro. Mientras que para la jornada se usan los datos procedentes de la ECTL.

Como se puede observar, a medida que aumenta el tamaño de empresa aumenta también el número de horas no trabajadas por causas convencionales, siendo el número de horas no trabajadas en las empresas de más de 250 trabajadores el doble que en las de menos de 10 trabajadores.

GRÁFICO 24. HORAS NO TRABAJADAS IT POR TAMAÑO EMPRESA

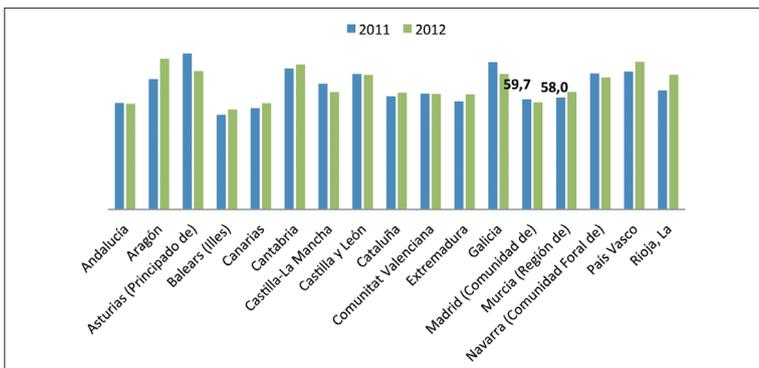


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la Encuesta de Coyuntura Laboral.

El número de horas no trabajadas en la Comunidad de Madrid durante 2012 asciende a 59,7 horas al año por trabajador/a, 1,7 horas más que en 2011. Esta cifra se sitúa por debajo de la media nacional (66,6).

En relación al resto de Comunidades Autónomas, la Comunidad de Madrid se sitúa entre las regiones con un menor número de horas no trabajadas, tan sólo por encima de Extremadura, Andalucía, Canarias y Baleares. El mayor número de horas no trabajadas corresponde a Asturias, Galicia, Cantabria y País Vasco.

GRÁFICO 25. HORAS NO TRABAJADAS POR CAUSAS OCASIONALES. COMUNIDAD AUTÓNOMA



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la Encuesta de Coyuntura Laboral.

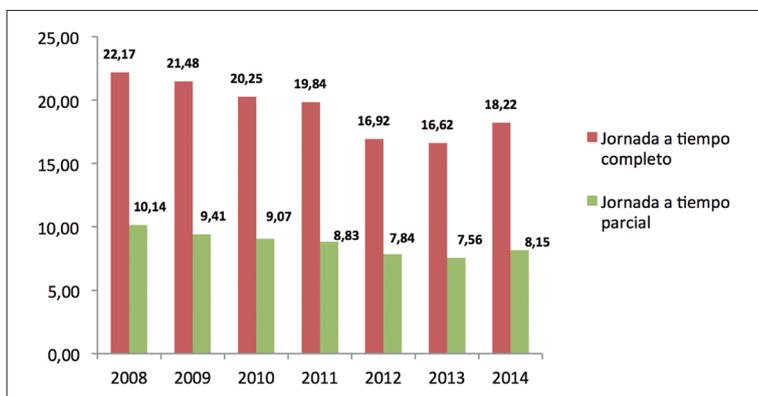
Para poder valorar los años 2012 a 2014 analizaremos la ECTL. Esta encuesta tiene una limitación tal que sólo incluye empresas de más diez trabajadores, lo que supone una exclusión de un porcentaje elevado de la población asalariada.

La encuesta de ECL y la de ECTL están fuertemente asociadas en cuanto a resultados, pero no coinciden en su totalidad, la ECTL da valores más elevados, aunque sí coinciden en la progresión.

Si tenemos en cuenta el tipo de jornada laboral, podemos ver que los trabajadores/as a tiempo completo presentan mayor número de horas no trabajadas por incapacidad temporal que los trabajadores/as con jornada a tiempo parcial.

El índice de ausencias por IT a tiempo completo ha tenido un descenso constante hasta el año 2012 donde comienza a repuntar, en jornada parcial la evolución es la misma.

**GRÁFICO 26. HORAS NO TRABAJADAS IT.
JORNADA COMPLETA O PARCIAL**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la Encuesta de Coyuntura Laboral.

4.5. ANÁLISIS DEL GASTO POR INCAPACIDAD TEMPORAL

El coste asociado a la incapacidad temporal y su evolución durante los últimos años ha sido objeto de análisis en numerosos estudios.

Los indicadores que se toman en consideración para ver la evolución de la incapacidad temporal son el gasto por prestaciones debidas a bajas por incapacidad temporal, el número de procesos que genera esta situación y su duración media. Sin embargo, se omiten otros datos que pudieran relacionar los daños que provocaron la incapacidad temporal, su posible relación con el trabajo y, en su caso, los riesgos no evaluados o no suficientemente controlados que provocaron tal lesión y la consiguiente incapacidad temporal.

Es cierto que el coste de los accidentes y enfermedades del trabajo es muy elevado, cifrándose, según diferentes estudios, entre el 1 y el 4,7 por ciento del PIB, con una mediana del 3 por ciento¹⁰. Pero el verdadero problema, sobre si el gasto en incapacidad temporal es verdaderamente excesivo, radica en el hecho de que el sistema público está aceptando como bajas de enfermedad común otras que realmente deberían estar reconocidas como accidentes de trabajo o enfermedad profesional (tal y como se señaló en el apartado anterior, y financiadas por las cotizaciones de los trabajadores y de los empresarios).

Existen también estudios en varias Comunidades Autónomas que cifran como millonarios los abusos que muchas empresas y Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social están realizando sobre el presupuesto de la Seguridad Social. Por ejemplo, se ha calculado que aproximadamente el 3,3 por ciento del total del gasto sanitario del Servicio Público de Salud del País Vasco corresponde en realidad a bajas que deberían estar reconocidas como profesionales¹¹. Y, en el mismo sentido, un estudio de Cataluña señala que en esta comunidad entre el 15- 20 por ciento de las bajas por contingencias comunes deberían haber tenido la consideración de contingencia profesional¹².

En la misma línea, más del 70 por ciento de las enfermedades profesionales en España no se están declarando. Cuando esas enfermedades son cánceres¹³ de origen laboral son el 100 por cien los casos no declarados. El estudio que publica estos datos estima, además, que en la Comunidad de Madrid se producen 1.771 muertes por enfermedades profesionales, pero oficialmente ninguna se reconoce.

¹⁰ Leigh, Markowitz *et al.*, 1997. Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, 1998; García *et al.*, 2007. Organización Internacional del Trabajo y Organización Mundial de la Salud, varios años.

¹¹ OSALAN (Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales)

¹² Universidad Pompeu Fabra.

¹³ *Impacto de las enfermedades laborales en España*. ISTAS 2007.

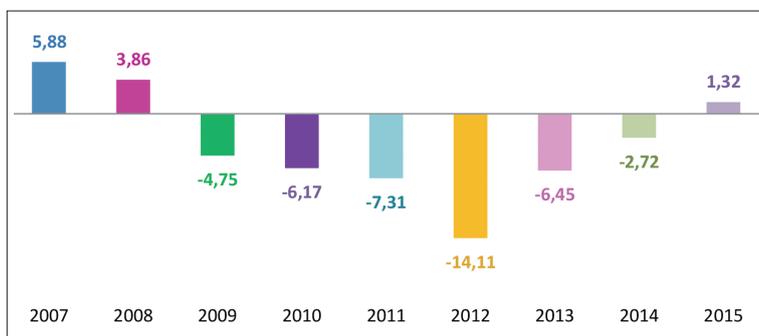
Es evidente que el gran coste que generan estos procesos se trasladan al Sistema Público de Salud, las empresas responsables de las exposiciones que causan la enfermedad o el accidente no pagan, las Mutuas tampoco y, además, no tienen que gastar en hacer prevención. En tiempos en los que la sostenibilidad de los sistemas de protección social está muy cuestionada, enfocar adecuadamente el problema es muy importante.

En la evolución total del gasto por IT se observa una primera tendencia creciente que alcanza su máximo valor en el año 2008, comenzando a partir de este año un descenso mantenido que es especialmente intenso en 2012, pasando de 7.533,87 millones de euros en el año 2008 a 4.878,37 en 2014, lo que supone una reducción del 35,25 por ciento. Si bien, en el año 2015 se produce un ligero aumento del gasto.

La crisis económica, la fuerte destrucción de empleo, la reducción del número de afiliados a la Seguridad Social y las medidas para mejorar la gestión tomadas por el Estado como los convenios establecidos desde 2006 entre Seguridad Social y las Comunidades Autónomas, pueden ser la causa de este descenso generalizado del gasto en prestación por IT. Pero no conviene olvidar que la crisis también ha provocado que muchos trabajadores y trabajadoras que en otra coyuntura económica causarían baja en su empresa se han resistido a hacerlo por miedo a perder su puesto de trabajo.

Años	Total	Incremento interanual
2006	6850,49	6,93
2007	7253,6	5,88
2008	7533,87	3,86
2009	7176,03	-4,75
2010	6732,98	-6,17
2011	6241,07	-7,31
2012	5360,16	-14,11
2013	5014,65	-6,45
2014	4878,37	-2,72
2015	4942,72	1,32

GRÁFICO 27. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN IT (NIVEL NACIONAL)

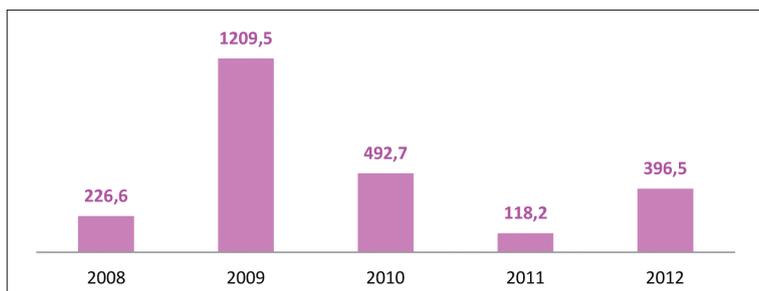


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del Anexo al Informe Económico-Financiero a los Presupuestos de la Seguridad Social de 2015.

En estos datos están incluidos los correspondientes a los regímenes de autónomos, agrario, mar, carbón, hogar y A.T. y E.P.

La explicación a este hecho puede estar en el carácter procíclico de esta prestación, es decir, que el gasto crece en épocas de expansión económica, en la medida en que hay más población trabajando y hay más actividad económica, y se reduce en épocas de recesión. Por lo tanto, la tendencia de los últimos años de reducción del gasto viene motivada, en parte, por este impacto de la recesión económica de la pérdida del empleo. De hecho, según la Encuesta de Coyuntura Laboral, las tasas de variación interanual de efectivos laborales a nivel nacional en los años de 2008 a 2012 son las siguientes:

GRÁFICO 28. VARIACIÓN EN EL EMPLEO (NIVEL NACIONAL)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la Encuesta de Coyuntura Laboral del Ministerio de Empleo y Seguridad Social de 2012.

Es decir, la reducción porcentual de efectivos que se aprecia en el gráfico por años significa que en 2008 se destruyeron 226, 6 mil puestos de trabajo; en 2009, 1.209,5 mil, 492,7 mil puestos de trabajo menos en 2010, 118,2 mil en 2011 y 396,5 mil en 2012.

No obstante, junto a este motivo, pueden intuirse otros relacionados con la propia necesidad del trabajador/a de mantener su empleo a toda costa, pues en épocas de crisis, en las que el trabajo es considerado socialmente más como un privilegio que como un derecho, el trabajador/a está dispuesto a trabajar aunque sea a cambio de perder su salud. Es decir, acude menos al sistema sanitario para protegerse, aunque su estado de salud lo requiera.

Por otra parte, el aumento en la participación de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social en la gestión de las contingencias comunes reduce el gasto en esta gestión, pues como se vio en el apartado relativo al análisis del comportamiento de la IT por contingencia común, cuando ésta es gestionada por las Mutuas Colaboradoras la incidencia, la duración y la prevalencia son menores. Es decir, cuando las empresas contratan con estas entidades la cobertura de las contingencias no laborales, los trabajadores causan menos bajas médicas y cuando lo hacen son de menor duración y su incorporación al trabajo es más rápida. Este hecho, que incide en la reducción del gasto, incide al mismo tiempo en la pérdida de salud de los trabajadores y trabajadoras, que acuden a trabajar en peores condiciones.

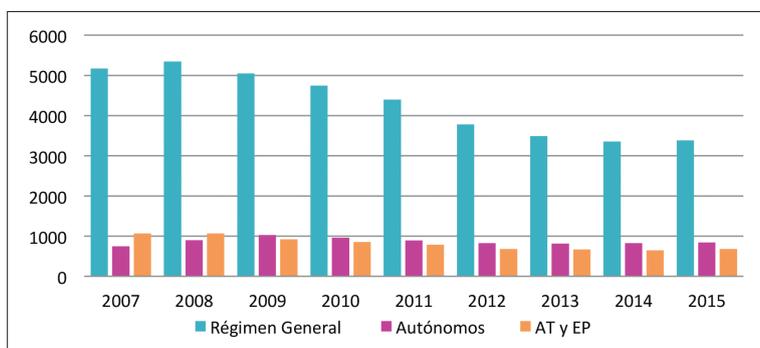
En el análisis según régimen de cotización se observa igualmente una tendencia decreciente de disminución del gasto desde 2008, con independencia de si se refiere al gasto asumido por el régimen general, de trabajadores/as autónomos o el accidente de trabajo y la enfermedad profesional, con un pequeño repunte en el año 2015.

La caída del gasto es especialmente intensa en el Régimen General que integra desde 2008 los trabajadores/as por cuenta ajena Agrarios y desde 2012 los trabajadores del Régimen Especial de Empleadas del Hogar. El gasto en procesos de contingencia profesional es más estable aunque se reduce a partir de 2008. El gasto del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos aumenta, debido a que a partir de 2008 es obligatoria la cobertura de IT por contingencia común, además integra a los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario, ahora identificados dentro del Régimen General en el Sistema Especial de Trabajadores Agrarios (SETA).

Tabla 13: Evolución del Gasto según Regímenes (Millones de euros)

Años	Régimen General	Autónomos	AT y EP	Total
2007	5172,9	745,44	1065,72	6984,06
2008	5345,67	896,78	1066,36	7308,81
2009	5047,74	1024,15	918,48	6990,37
2010	4745,45	957,97	854,5	6557,92
2011	4395,2	894,73	784,81	6074,74
2012	3781,42	824,38	681,62	5287,42
2013	3487,69	811,06	668,77	4967,52
2014	3356,72	825,92	648,02	4830,66
2015	3380,52	840,45	678,06	4899,03

GRÁFICO 29. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN IT SEGÚN REGÍMENES (NIVEL NACIONAL)



En estos datos están incluidos los correspondientes al régimen de trabajadores autónomos, si bien se excluye a los trabajadores correspondientes al régimen agrario, mar, carbón y hogar.

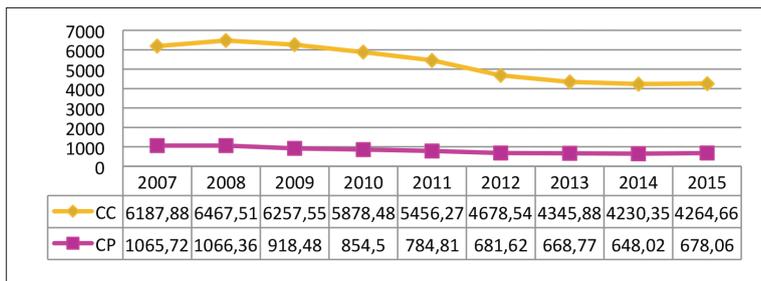
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del Anexo al Informe Económico- Financiero a los Presupuestos de la Seguridad Social de 2015.

En el gasto por contingencias comunes se observa que en el año 2008 se detiene el incremento del gasto, que se venía repitiendo año tras año, para iniciar en 2009 un descenso que se va incrementando cada año hasta llegar al nivel más bajo en el ejercicio 2014, produciéndose, como ya se ha visto en el gasto total, un repunte en el año 2015.

En contingencias profesionales también se observa un descenso del gasto, pero bastante menos pronunciado.

Por otra parte, se puede observar, también, cómo el gasto que asume el sistema de seguridad social en contingencias profesionales es mucho menor que en contingencias comunes.

**GRÁFICO 30. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN IT
SEGÚN CONTINGENCIA
(NIVEL NACIONAL)**



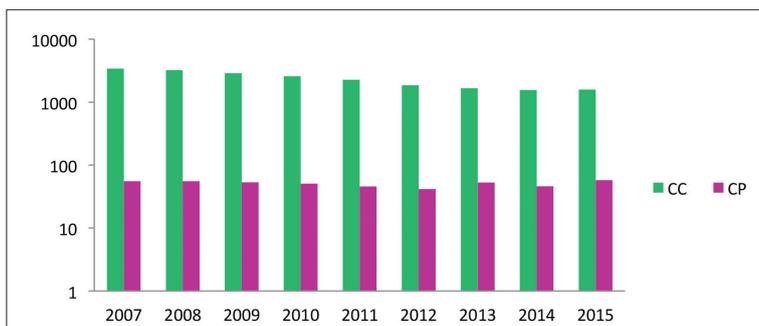
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del Anexo al Informe Económico- Financiero a los Presupuestos de la Seguridad Social de 2015.

Desagregando por entidad gestora y tipo de contingencia la reducción es generalizada desde 2008 y especialmente intensa en el gasto del INSS en contingencia común, que prácticamente se reduce a la mitad (49 por ciento), pasando de 3.226,73 millones de euros en 2008 a 1.581,86 en 2015. El gasto en contingencia común en el agregado de las Mutuas se reduce aunque en menor grado, aproximadamente un 13 por ciento.

Un factor que claramente afecta a esta evolución del gasto es la evolución de la población protegida. La población protegida por las Mutuas en contingencia común ha permanecido estable a lo largo de la crisis, se ha registrado una reducción de la población protegida por contingencia profesional, probablemente por trabajadores y trabajadoras que solo tenían cubierta esta contingencia.

Tabla 14: Evolución Gasto IT, según Entidad Gestora y Contingencia (Nivel Nacional)

Años	INSS			Entidades Colaboradoras con la Seguridad Social		
	CC	CP	Total	CC	CP	Total
2007	3396,05	55,28	3451,33	2791,83	1010,44	3802,27
2008	3226,73	55,57	3282,3	3240,78	1010,79	4251,57
2009	2871,11	53,38	2924,49	3286,44	865,1	4251,54
2010	2568,51	50,88	2619,39	3309,97	803,62	4113,59
2011	2261,93	45,78	2307,71	3194,34	739,02	3933,36
2012	1853,36	41,65	1895,01	2825,18	639,97	3465,15
2013	1662,9	52,95	1715,85	2682,98	615,82	3298,8
2014	1562,14	46,13	1608,27	2668,21	601,89	3270,1
2015	1581,86	57,51	1639,37	2682,8	620,55	3303,35

**GRÁFICO 31. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN IT DEL INSS
(NIVEL NACIONAL)**

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del Anexo al Informe Económico-Financiero a los Presupuestos de la Seguridad Social de 2015.

En los datos relativos a la evolución del gasto que en IT asumen las Mutuas aparecen algunas peculiaridades; así, el gasto de las mismas tiende a aumentar en contingencias comunes y a disminuir en cantidades no muy elevadas en contingencia profesional. La razón puede estar en la creciente tendencia en nuestro país a que el empresario contrate con las Mutuas la prestación económica de las contingencias comunes. Hecho que posibilitó el RD 1993/95.

Por otra parte, el gasto en contingencia profesional disminuye desde el 2008 debido, como se comentó anteriormente, a un descenso del número de trabajadores/as ocupados con motivo de la crisis eco-

nómica y, casi con seguridad, a un mayor recelo del trabajador/a a acudir a la mutua para ser tratado si con ello siente que pone en peligro su empleo. También puede suceder que muchos trabajadores y trabajadoras desconozcan sus derechos en materia preventiva y no puedan relacionar su lesión como causada por el trabajo y que, por lo tanto, no exijan su reconocimiento como accidente de trabajo, enfermedad profesional o enfermedad relacionada con el trabajo.

GRÁFICO 32. EVOLUCIÓN DEL GASTO EN IT DE LAS MUTUAS COLABORADORAS CON LA SS (NIVEL NACIONAL)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos del Anexo al Informe Económico-Financiero a los Presupuestos de la Seguridad Social de 2015.

5. RESUMEN Y CONCLUSIONES

La incapacidad temporal es una prestación de la Seguridad Social orientada, en esencia, a cubrir la necesidad económica que supone para un trabajador/a enfermo tener que abandonar su puesto de trabajo hasta recuperar la salud. Desde este punto de vista, la IT es uno de los mayores logros sociales en la historia de las relaciones laborales, prácticamente al mismo nivel que el derecho a la huelga, a la afiliación sindical, a la prestación por jubilación, por invalidez, por viudedad, a la asistencia sanitaria gratuita o a las vacaciones anuales. Se trata de un proceso complejo, con una vertiente sanitaria y otra económica, en el que gran parte de su gestión está encomendada al sistema sanitario asistencial, pero en el que también participan otros actores directa o indirectamente, como inspecciones médicas, Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social o servicios médicos en las empresas.

Este logro social que supone el derecho a la protección por IT está sufriendo importantes cambios desde hace algunos años en nuestro país. En concreto, nos encontramos con dos situaciones: la errónea consideración del absentismo como sinónimo de incapacidad temporal y el análisis de ésta desde un punto de vista exclusivamente económico. La primera nos lleva a pensar que las personas no acuden al trabajo de forma voluntaria y sin justificar y la segunda a la merma de los recursos económicos del sistema público de salud debido a un uso indebido y abusivo de la prestación de incapacidad temporal, ideas ambas falsas e injustas. Por una parte, los motivos de salud (incapacidad temporal común o profesional, la maternidad), los permisos retribuidos, las horas sindicales... no deberían contemplarse como absentismo, puesto que ello supone criminalizar a la persona trabajadora por ejercer sus derechos. Y, por otra, con el objetivo centrado en la reducción del gasto en IT asimilando la no asistencia al trabajo por motivos de salud al absentismo, se han desarrollado políticas desde la Administración para reducir el coste de las bajas laborales, tales como mayor personal de control, nueva Ley de Mutuas, RD regulación de IT, etc., sin prestar atención a las causas por las que los trabajadores y trabajadoras enferman o se accidentan.

Además, se han producido otros cambios relacionados con la IT y con las entidades intervinientes en su gestión. Algunas de estas medidas han ido encaminadas a incrementar la participación de las Mutuas como entidades colaboradoras con la Seguridad Social. Así, a partir del 95, con la promulgación del RD 1993/95, se permite que éstas gestionen, además de las contingencias profesionales, las contingencias comunes de aquellas empresas que voluntariamente decidan contratar con éstas la gestión de las mismas.

Es por eso que si bien a partir de 2008 con motivo de la crisis y la destrucción de empleo que ésta genera, se produce una reducción importante en el número total de trabajadores y trabajadoras protegidos por IT, lo más reseñable es el descenso del número de protegidos por el INSS, al mismo tiempo que se produce un aumento de los protegidos por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social, poniendo de manifiesto la creciente tendencia en nuestro país a que el empresario contrate con las Mutuas la gestión de la prestación económica por contingencias comunes. Hasta el punto de que los trabajadores/as protegidos por las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social en ITcc triplica a la población protegida por el INSS.

Y, de igual forma a lo que ocurría con los trabajadores/as por cuenta ajena, se produce la emigración de trabajadores/as del INSS a las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.

En lo que respecta a la causa origen de la IT, la distinción del tipo de contingencia, profesional o común, se ha revelado como un dato fundamental a la hora de analizar las características de la IT. Tanto el índice de incidencia como la prevalencia presentan grandes diferencias, según se refiera a contingencia común o a contingencia profesional; así en el año 2013 se registró un índice de incidencia por contingencia común de 19,96, frente a un índice por contingencia profesional de 2,6. Esta diferencia entre una contingencia y otra, además de las diferencias importantes entre la población protegida, también tiene relación con la consideración como comunes de un número muy importante de contingencias profesionales. Así, es relevante la incidencia que las enfermedades y accidentes de trabajo tienen sobre el número de los procesos de ITcc.

Este hecho tiene consecuencias muy negativas para todos los intervinientes en la prestación: para el trabajador/a afectado, que verá

disminuidos sus derechos; para el sistema público, que verá incrementado el gasto en IT; para los estudios de siniestralidad, que no reflejaron la realidad de lo acontecido para las empresas, que no implantarán las medidas correctoras y preventivas necesarias para evitar futuros daños a la salud.

Por otra parte, en cuanto al comportamiento de las principales variables que definen la IT (incidencia, duración media y prevalencia) cabe señalar que la tendencia de la incidencia es claramente decreciente, tanto en contingencia común como en profesional, pero considerablemente mayor en contingencia común durante todo el período comprendido entre 2007 y 2012. Para las contingencias comunes se pasa de 33,33 procesos de IT por cada mil trabajadores en 2007 a 20,32 en 2014, y para las contingencias profesionales se pasa de 5 procesos en 2007 a 2,6 en 2014.

Desde 2008, año en el que comenzó la crisis económica hasta el 2014 hay una diferencia de 10,85 puntos porcentuales, lo que significa que la población que sigue ocupada está un 34,8 por ciento menos de baja en 2014.

La razón de esta tendencia tanto en ITcc y ITcp no está únicamente en la reducción de la población trabajadora y en las medidas adoptadas por la Seguridad Social para reducir los costes relativos al pago de la prestación de IT, sino también en el miedo de los trabajadores y las trabajadoras a la pérdida de su empleo.

La duración media se sitúa en torno a los 30 días para ambas contingencias, siendo ligeramente superior para las contingencias comunes en este último año. En las contingencias comunes aparece una evolución muy uniforme con variaciones pequeñas entre unos años y otros, mientras que en las contingencias profesionales aparece una tendencia claramente creciente, pasando de 24,4 días de duración media en 2007 a 30 en 2014. Existen dos elementos que inciden en la gestión de la ITcc que generan un alargamiento de los procesos de baja. Por un lado, la existencia de demoras para la realización de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas o reparadoras, tanto en el nivel primario como en el especializado. Por otro lado, la escasa coordinación entre los dos niveles asistenciales.

El aumento paulatino en la duración media de las contingencias profesionales posiblemente esté en relación, de nuevo, con la situación de crisis económica que, por un lado, obliga a los traba-

jadores a aceptar condiciones de trabajo inseguras, aumentando las posibilidades de sufrir un accidente o una enfermedad e incrementa la gravedad de las mismas. Y, al mismo, tiempo implica que los trabajadores y las trabajadoras acudan al trabajo estando enfermos, lo que provoca un agravamiento de la enfermedad y, por tanto, en ambos casos una mayor duración de los procesos de baja.

La incidencia de la ITcc ha disminuido de forma importante desde el inicio de la crisis, tanto en las gestionadas por el INSS como las gestionadas por las Mutuas. En el caso de las gestionadas por el INSS la disminución ha sido mucho más importante, reduciéndose a la mitad (ha pasado de 31,27 procesos iniciados por cada 1.000 trabajadores en 2008 a 14,13 por 1.000 en 2014). En las Mutuas la disminución ha sido de 8 puntos (ha pasado de 30,75 a 22,5).

En el análisis de la IT según el ente gestor, es destacable la disminución de la incidencia tanto en las gestionadas por el INSS como las gestionadas por las Mutuas, en el caso de las gestionadas por el INSS la reducción ha sido mucho más importante, reduciéndose a la mitad (ha pasado de 31,27 procesos iniciados por cada 1000 trabajadores en 2008 a 14,13 en 2014). En las Mutuas la disminución ha sido de 8 puntos (ha pasado de 30,75 a 22,5).

Es destacable cómo al inicio del periodo, la incidencia de las ITcc gestionadas por el INSS era 8 puntos superior a las gestionadas por las Mutuas, y cómo a partir de 2010 y hasta el momento actual, la situación se invierte, siendo mayor la incidencia en las ITcc gestionadas por las Mutuas, llegando casi a duplicarla.

Para las ITcp en ambas entidades (INSS y Mutuas) se ha producido, durante el periodo estudiado, una disminución prácticamente a la mitad, siendo mayor la incidencia en las gestionadas por las mutuas que en las gestionadas por el INSS.

En cuanto a la duración media de los procesos podemos apreciar diferencias sustanciales, en primer lugar cabe destacar que el INSS es la entidad que registró la mayor duración media por asegurado tanto de las contingencias comunes como profesionales durante todo el período considerado.

Resulta muy llamativo, además, que la duración media de los procesos presenta una tendencia general creciente durante casi todo el período analizado, en oposición a lo que ocurre con la incidencia.

Este dato evidencia, por una parte que, aunque con motivo de la crisis se reduzca la población trabajadora, cuando ésta enferma o se accidenta lo hace por motivos de mayor gravedad y requiere procesos de recuperación necesariamente más largos. Lo cual está directamente relacionado con unas condiciones de empleo más precarias y unas condiciones de trabajo más penosas.

La prevalencia en las ITcp es similar, tanto para las gestionadas por el INSS como para las gestionadas por las Mutuas y se sitúa en torno a 2-3 procesos por cada mil trabajadores protegidos, habiéndose reducido desde el inicio del periodo en ambas entidades.

Esta tendencia decreciente se debe, presumiblemente, a las consecuencias de una crisis económica que si bien, como hemos visto, aumentó la duración media de los procesos, está reduciendo la prevalencia debido, por una parte, a la presión de las mutuas colaboradoras con la seguridad social para la incorporación de los trabajadores y trabajadoras a su puesto de trabajo. Pero también, a la propia autoexigencia de la persona que, por miedo y/o por necesidad, acelera su propia vuelta al trabajo para no poner en peligro el mantenimiento de un trabajo cada vez más escaso.

El comportamiento de la incidencia, la duración y la prevalencia en IT de trabajadores autónomos es más irregular que en el caso de los trabajadores por cuenta ajena. Aunque lo más destacable es que en el año 2008 se registró una duración media de los procesos de casi 93 días (cifra ligeramente inferior a la del año anterior) y una prevalencia de 21,42 días (ligeramente superior al período anterior). Y ello pese a que el número total de trabajadores/as autónomos protegidos por contingencia común se reduce considerablemente en el año 2008. Pero pese a ser menos los que trabajan, éstos se accidentan y se enferman con mayor frecuencia, tienen periodos de baja de menor duración, pero mayores prevalencias.

En los años siguientes, en 2009 y 2010, el número de trabajadores/as autónomos disminuye progresivamente y con esta reducción también desciende la incidencia, si bien la duración y la prevalencia siguen en aumento. Lo que debe tener su origen necesariamente en un empeoramiento de las condiciones de trabajo de este colectivo.

Esta tendencia desigual en el comportamiento de estas variables por años obedece a la crisis económica que se inició en 2008 y que cambió el modelo productivo de nuestro país, pues la destrucción

del empleo supuso la reducción del número de trabajadores y trabajadoras por cuenta ajena, algunos de los cuales se convirtieron en trabajadores y trabajadoras por cuenta propia como alternativa para poder incorporarse al mercado de trabajo.

Las dolencias que afectan con mayor frecuencia a trabajadores y trabajadoras por ITcp son, por orden de importancia: enfermedades del “sistema osteomioarticular y tejido conectivo”, “esguince y torceduras”, “contusión con superficie cutánea intacta”, “heridas abiertas”, “fracturas” y “enfermedad del sistema nervioso y de los sentidos”.

Por tanto, los daños que con mayor frecuencia han sufrido ambos colectivos son los relacionados con los riesgos ergonómicos y de seguridad, y en un número más pequeño con la exposición a factores de riesgo físicos como el ruido y químicos, los primeros relacionados con los accidentes de trabajo y el resto con enfermedades profesionales.

Las lesiones osteomioarticulares y del tejido conectivo suman un total de 29.062, lo cual supone el 39,2 por ciento del total de los procesos.

En los procesos gestionados como contingencias comunes aparece una distribución de enfermedades muy diferente de las descritas en contingencias profesionales: en primer lugar, las enfermedades que tienen mayor frecuencia siguen siendo las “enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo”, que suponen un 21,81 por ciento del total de los procesos y en los que los problemas de espalda tienen una gran prevalencia; en segundo lugar las “enfermedades del aparato respiratorio”, fundamentalmente a expensas de procesos gripales y estacionales, que suponen un 13,57 por ciento; en tercer lugar “síntomas y signos mal definidos”, que corresponden con dolencias en las que no se ha podido establecer un diagnóstico definitivo (10,41 por ciento); en cuarto lugar “enfermedades infecciosas y parasitarias” (10,32 por ciento); en quinto lugar las “enfermedades del aparato digestivo” (6,52 por ciento), y en sexto lugar los “trastornos mentales, del comportamiento y neurológico” que suponen un 6,44 por ciento. Estos últimos parece que están aumentando en los últimos años y están en relación con procesos de ansiedad, estrés y depresión, muchas veces ligados al trabajo.

Hay que recordar que, como ya se ha descrito, existe un número importante de patologías tratadas como contingencia común pero que tienen su origen en unas malas condiciones de trabajo.

Según los datos disponibles, las patologías de origen profesional más frecuentes en ambos sexos son las “enfermedades del sistema osteomioarticular y del tejido conectivo” que suponen el 41,1 por ciento en las mujeres y el 38,15 por ciento en los hombres, patologías que en el caso de los hombres están en relación de forma mayoritaria con los accidentes de trabajo, en los que muchas veces se incluyen las lesiones de espalda por manipulación de cargas y posturas forzadas y en el caso de las mujeres están reflejando las enfermedades profesionales por movimientos repetitivos.

Respecto a las contingencias comunes también aparecen diferencias entre ambos sexos. Una vez más, las patologías más prevalentes, tanto en hombres como en mujeres son las “enfermedades del sistema osteomioarticular y del tejido conectivo”, que suponen el 21,41 por ciento y el 22,11 por ciento respectivamente.

En los hombres, le siguen en orden de frecuencia las enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades infecciosas y parasitarias, síntomas y estados mal definidos, enfermedades del aparato digestivo y los trastornos mentales, del comportamiento y neurológicos. En las mujeres es algo distinto, tras las patologías osteomusculares aparecen en orden de frecuencia las enfermedades del aparato respiratorio, síntomas y estado mal definidos, enfermedades infecciosas y parasitarias, trastornos mentales, del comportamiento y neurológicos y complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Cabe señalar que porcentualmente son más frecuentes las enfermedades del aparato digestivo en los hombres y los trastornos mentales, del comportamiento y neurológico en las mujeres. El 8,47 por ciento de hombres sufre alguna enfermedad relacionada con el aparato digestivo, frente al 5,09 por ciento de las mujeres, mientras que el 7,30 por ciento de las mujeres presentan trastornos mentales frente al 5,27 por ciento de los hombres.

La tendencia decreciente en el número de bajas con IT se ve también claramente cuando analizamos las horas no trabajadas por esta cuestión, mostrándose este hecho de forma continua desde 2007 a 2012.

Analizando datos procedentes de la Encuesta de Coyuntura Laboral observamos, en términos globales, una reducción de la duración de la jornada efectiva, reducción que no se corresponde con la reducción de horas no trabajadas por IT. Por lo que suponemos que dicho efecto parece ser consecuencia de los cambios legislativos introducidos en esta materia a raíz de la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. La aplicación de esta Ley supone una progresiva reducción del número de horas en la jornada laboral española, de forma que la jornada efectiva media anual pasó de 1.672 horas en 1999 a 1.611 en 2008, lo que muestra en media una reducción aproximada de 10 horas anuales por trabajador.

Otros causas que también han podido influir en esta reducción de la duración de la jornada son motivados por la crisis: a) las horas extras por trabajador se han reducido o eliminado totalmente, y b) los expedientes de regulación de empleo han pasado de no existir a ser notorios. La destrucción de empleo a lo largo de la crisis se ha manifestado en un descenso del número de asalariados que efectúa horas extras y en una reducción de las horas extraordinarias que realizan.

De forma paralela, se observa un cambio donde los contratos a tiempo parcial avanzan en el mercado de trabajo. Pese a que se han creado 127.000 empleos a tiempo completo, el número de horas trabajadas ha descendido un 0,4% en el segundo trimestre del año 2014, respecto del mismo periodo de 2013, según datos del INE. Es decir, un mismo puesto de trabajo ordinario (40 horas semanales) lo ocupan varios empleados a tiempo parcial. Así, el número de horas trabajadas ha descendido en 28,5 millones respecto de 2013 pese a que hay más ocupados. En concreto, hay 17,40 millones de ocupados, pero el número de puestos de trabajo de jornada completa ha caído hasta los 15,96 millones. En 2008 había 19,58 millones de ocupados a tiempo completo, lo que supone una pérdida de 3,62 millones de trabajadores.

Si sólo valoramos las horas no trabajadas por IT, se ve que es mayor en trabajadores con jornada completa que en parcial, prácticamente se duplican.

Según la ECL trabajar en una empresa con una plantilla inferior a 10 personas o hacerlo en una compañía de más de 250 puede

suponer una diferencia de casi 100 horas naturales de trabajo. Recordemos que la ECL mide la jornada media efectiva a partir de tres aspectos: horas anuales pactadas, horas extraordinarias y horas no trabajadas; lo que nos puede dar una explicación de la diferencia de 100 horas laborales antes mencionada: en la empresa pequeña la jornada es más amplia, se disfrutan de menos días libres, se cogen menos bajas por IT y se trabaja una mayor cantidad de horas extraordinarias.

En relación al resto de Comunidades Autónomas, la Comunidad de Madrid se sitúa entre las regiones con un menor número de horas no trabajadas, tan sólo por encima de Extremadura, Andalucía, Canarias y Baleares.

En cuanto al gasto que genera la prestación por IT es importante señalar dos cuestiones: una, que el coste de la IT ha sido objeto de numerosos estudios pero éstos no tienen en cuenta aspectos relativos a la salud y a las condiciones de trabajo. Son estudios econométricos centrados en el análisis de la evolución del gasto por prestaciones debidas a bajas por incapacidad temporal, el número de procesos que genera esta situación y su duración media. Sin embargo, se omiten otros datos que pudieran relacionar los daños que provocan la incapacidad temporal, con las condiciones de trabajo y la exposición al riesgo. Dos, que el coste que genera la IT es muy alto pero está mal gestionado: se grava al sistema público de salud y no se acomete el problema real que genera la IT cuando es de origen laboral, pues se está aceptando como bajas de enfermedad común otras que realmente deberían estar reconocidas como accidentes de trabajo o enfermedad profesional. Es evidente que el gran coste que generan estos procesos se trasladan al Servicio Público de Salud, las empresas responsables de las exposiciones que causan la enfermedad no pagan, las mutuas tampoco y además no tienen que hacer prevención. En tiempos en los que la sostenibilidad de los sistemas de protección social está muy cuestionada, enfocar adecuadamente el problema es muy importante.

Con respecto a su evolución, en el estudio se pone de manifiesto cómo el gasto en IT se reduce, a partir del año 2008, pasando de 7.533,87 millones de euros en el año 2008 a 4.878,37 en 2014, lo que supone una reducción del 35, 25 por ciento, si bien en el año 2015 se produce un ligero aumento del gasto. La crisis

económica, la fuerte destrucción de empleo, la reducción del número de afiliados a la Seguridad Social y las medidas para mejorar la gestión de la IT adoptadas por el Estado deben estar detrás de este descenso. Pero no sólo esto, la crisis también provoca que muchos trabajadores y trabajadoras, que en otras circunstancias acudirían al médico por padecer una merma de su salud, en esos momentos se resistan a hacerlo por miedo a perder su trabajo. Y, por último, el aumento en la participación de las Mutuas Colaboradoras con el INSS en la gestión de las contingencias comunes reduce el gasto en esta gestión, pues cuando las empresas contratan con estas entidades la cobertura de estas contingencias los trabajadores/as causan menos bajas médicas y cuándo lo hacen son de menor duración y su incorporación al trabajo es más rápida. Este hecho, que incide en la reducción del gasto, incide al mismo tiempo en la pérdida de salud de los trabajadores y trabajadoras que acuden a trabajar en peores condiciones de salud.

6. PROPUESTAS

Las actuaciones de futuro propuestas por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, y por los países más vanguardistas en la búsqueda de respuestas para la problemática de la incapacidad temporal, van encaminadas a la prevención y a la toma de medidas de intervención que tengan en cuenta no sólo el gasto económico, sino también el cuidado del trabajador¹⁴. En palabras de la presidenta de la AISS en el Seminario Técnico sobre los Beneficios de la Prevención en la Seguridad Social, de junio de 2010: “al abordar los factores de riesgo mediante la prevención, la intervención temprana u otras medidas proactivas, la seguridad social puede aportar una contribución al individuo y la sociedad que va más allá del alcance tradicional del pago de prestaciones. La compensación es una parte integral de la seguridad social, pero la prevención y la rehabilitación también son elementos esenciales”.

Debemos pues trabajar en todas las variables que impactan en la incapacidad temporal, pues considerar que las incapacidades son un tema exclusivamente médico va a dificultar encontrar las soluciones. Por tanto, es necesario implementar medidas en diferentes ámbitos, especialmente en el sistema sanitario, en el sistema de protección social, y en las empresas, orientadas a mejorar la gestión de la IT y a reducir sus causas, tanto laborales como no laborales.

EN EL SISTEMA SANITARIO

Existen dos elementos que inciden en la gestión de la ITcc desde el sistema público de salud y que generan un alargamiento de los procesos de baja. Por un lado, la existencia de demoras para la realización de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas o reparadoras, tanto en el nivel primario como en el especializado. Estas dilaciones representaron en 1999 un 30% del coste de las

¹⁴Sickness, *Disability and Work: Addressing Policy Challenges in OECD Countries. Issues for discussion. High-level Forum Stockholm*, May 2009 OECD Government Offices of Sweden 2009.

bajas (SEMFYC, 1999). Por otro lado, la escasa coordinación entre los dos niveles asistenciales. Determinadas experiencias realizadas han demostrado que una mayor coordinación e interacción entre ambos niveles asistenciales produce resultados positivos no sólo en términos de calidad de la atención, sino también en la reducción de la duración de los procesos de ITcc (J. Gervas *et. al.*, 2006)

La disponibilidad de información que permita una mejor capacidad predictiva de los episodios de la ITcc, junto con la elaboración y utilización de guías de buenas prácticas clínicas, podría contribuir a una gestión sanitaria más racional en cuanto al uso de las bajas (J. Gervas *et. al.*, 2009). En ocasiones, la práctica clínica se ejerce sin el necesario conocimiento científico, como es el caso de los tiempos de reposo en los infartos de miocardio, la depresión, los dolores de espalda o las lumbalgias. También existe una inadecuada formación en salud laboral y una ausencia de apoyo especializado en valoración clínico-laboral de IT. La naturaleza exclusivamente clínica de los protocolos de atención sanitaria, sin conexión con la actividad laboral, contribuye en algún grado a ello.

En conclusión, desde los servicios asistenciales se debe trabajar en:

- Reducción de los tiempos de espera diagnósticos y quirúrgicos.
- Mejorar la coordinación entre la atención primaria y la especializada.
- Elaboración y utilización de guías clínicas que tengan en cuenta las variables que pueden incidir en la situación de baja de la población (ocupación, sexo, edad, patologías intercurrentes...).
- Mejorar la formación de los médicos, tanto en primaria como en especializada, en salud laboral.
- Establecer y mejorar los mecanismos para la notificación de sospecha de enfermedad profesional desde el sistema público de salud (también desde los profesionales sanitarios de los servicios de prevención), para aumentar la declaración de las enfermedades profesionales y disminuir el número de éstas que son tratadas por el Sistema Público de Salud como contingencias comunes.
- Favorecer la formación de los médicos en la gestión de la IT.
- Favorecer la comunicación con los médicos de los Servicios de Prevención con el fin de complementar la información sobre las

tareas y requerimientos del puesto de trabajo y los riesgos a los que está expuesto el trabajador/a.

- Mejorar la comunicación efectiva entre médicos de familia, inspectores, médicos de las mutuas y de empresa para un mejor tratamiento del trabajador/a.
- Establecer sistemas en la práctica clínica que agilicen y reduzcan los trámites burocráticos innecesarios.
- Programa de actividades de modernización y mejora de la gestión y control de la IT, donde se prime el tratamiento y la rehabilitación del trabajador/a.
- Tratamientos rehabilitadores precoces en patologías muy prevalentes como las osteomusculares, así como un tratamiento precoz de los trastornos mentales.

EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

- Mejorar el sistema de información que permita conocer en cada momento la situación, tanto desde el punto de vista global como individual. Sólo con datos fiables es posible tomar decisiones suficientemente razonadas. La eficaz coordinación entre los protagonistas en el tratamiento y gestión de la IT, junto con una correcta comunicación, con intercambio de información, apoyo y resolución de dudas, son básicas para el buen funcionamiento de la prestación.
- Planes de actuación conjunta, para evitar la duplicidad de actuaciones, tratando de que los esfuerzos sean más efectivos y eficaces.
- Profundizar en los convenios con las Comunidades Autónomas para la mejora de la gestión de la IT.
- Agilizar los procesos administrativos de reconocimiento de las contingencias.

EN LAS EMPRESAS

- Como ya se ha repetido en varias ocasiones a lo largo de este estudio, para ser eficaz la reducción de la IT no tiene que ser

cosa sólo de las Administraciones, las empresas deben ser protagonistas activas porque la IT tiene una relación muy estrecha con las condiciones de trabajo, de tal manera que la actuación sobre estas condiciones de trabajo tienen una influencia reconocida en la generación o en la disminución de situaciones de IT.

- Hacer una adecuada gestión de la prevención en las empresas, evaluando los riesgos y estableciendo las medidas preventivas necesarias para eliminarlos y/o reducirlos.
- Mejorar especialmente las condiciones de trabajo que impactan directamente sobre la incapacidad temporal y que son los riesgos derivados de la carga física, posturas forzadas, manipulación manual de cargas y movimientos repetitivos, así como los riesgos ligados a la organización del trabajo.
- Facilitar y favorecer la conciliación de la vida laboral, familiar y personal.
- Adecuar la vigilancia de la salud a los riesgos específicos presentes en los puestos de trabajo, favoreciendo así el reconocimiento de las enfermedades profesionales y las enfermedades relacionadas con el trabajo.
- Estudiar el comportamiento de los procesos de IT para actuar sobre las condiciones de trabajo que los provocan y llevar a cabo una protección eficaz de los trabajadores y trabajadoras.
- Implementar programas de promoción de la salud en el trabajo que contribuyan a la mejora del estado de salud general.
- Establecer y negociar con la representación de los trabajadores/as un programa de reducción del absentismo que tenga como premisa conocer y analizar las causas para posteriormente establecer las medidas más eficaces.

Una de las medidas que han demostrado mayor impacto son las que favorecen una mejor evaluación de la capacidad para trabajar y facilitan una vuelta al trabajo en condiciones de salud, cambiando el paradigma a la hora de abordar la planificación de la vuelta al trabajo, poniendo el énfasis en el papel activo que ha de tener la empresa a la hora de facilitar unas adecuadas condiciones de trabajo a las personas y de la necesaria supervisión de este proceso por parte de médicos del trabajo. Así, se deberían incorporar en las

empresas programas de adaptación progresiva al puesto de trabajo tras una baja laboral en función de la patología que motivó la baja y un tratamiento del riesgo – fundamentalmente físico y psicosocial o ergonómico- para evitar recaídas y agravamiento de enfermedades y/o lesiones.

En este sentido hay que recordar que a efectos de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales estos trabajadores deben ser considerados como trabajadores/as especialmente sensibles y por tanto, son objeto de especial protección.

Por último, las políticas de empleo también han demostrado ser válidas para evitar o paliar las bajas laborales. Dichas medidas deben ir encaminadas a favorecer los factores de calidad en el empleo, aunque el factor más influyente es el de la estabilidad en el empleo (cabe recordar que hay menos bajas laborales de larga duración entre los trabajadores fijos).

También podrían ser importantes medidas a nivel público que favorezcan un mercado laboral inclusivo, donde se apliquen medidas en las que puedan trabajar personas con problemas de salud, mediante ayudas a las empresas que favorezcan este tipo de contratación.

El concepto de Incapacidad Temporal (IT) viene definido en la Ley General de la Seguridad Social como aquella situación en la que se encuentra el trabajador cuando recibe asistencia sanitaria y está impedido para trabajar. Esta situación conlleva una prestación económica que consiste en un subsidio equivalente a un tanto por ciento sobre la base reguladora, que se fija en la mencionada ley. Cuando el origen de la IT es una enfermedad común o un accidente no laboral se denomina incapacidad temporal por contingencias comunes y la asistencia corresponde al sistema público de salud, y cuando es un accidente de trabajo o enfermedad profesional la que la provoca se llama incapacidad temporal por contingencia profesional o laboral y las encargadas de la asistencia son las Mutuas. La protección de la IT es un logro social relativamente reciente en la historia de la clase trabajadora.

El objetivo de este estudio es, conocer con el mayor detalle posible el perfil de la prestación por incapacidad temporal en la Comunidad de Madrid, así como su evolución en los últimos años a través de varios indicadores: analizar cómo se ha comportado la incidencia, prevalencia y duración de la incapacidad temporal (IT), conocer su distribución por sexo, diagnóstico y, por último, revisar la evolución del gasto que se ha producido en dicha prestación. Existen algunas ideas equivocadas con respecto a la incapacidad temporal y al fenómeno del absentismo. De hecho, se tiende a pensar que ambas cosas son lo mismo. Y, en la misma línea, también existe una gran confusión respecto al gasto que genera la prestación por IT, pues se suele hablar del enorme coste que ésta supone y pareciera como si éste fuera en aumento año tras año. Ambas ideas, como decimos, son erróneas. Y clarificarlas es, precisamente, uno de los objetivos secundarios de esta publicación.

