

Evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA

Evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal

**Ministerio de la Presidencia
Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas
y la Calidad de los Servicios**

Madrid 2009

La Evaluación sobre “Las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal” se integra en el plan de trabajo acordado por el Consejo de Ministros, en su reunión del día 8 de abril de 2009, dando así cumplimiento al artículo 23 de Estatuto de la Agencia Estatal de Evaluación de Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL).

En dicho Acuerdo se recoge que la evaluación se centrará en las contingencias referidas a enfermedad común y accidente no laboral y abordará aspectos relativos a la información, incentivos y sensibilización; las medidas adoptadas en los últimos años y la identificación de buenas prácticas en distintos ámbitos territoriales.

Primera edición: 2009

© Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas
y la Calidad de los Servicios (AEVAL)

<http://www.aeval.es>

Este informe es propiedad de la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios. Se puede reproducir libremente, en su totalidad o parcialmente, siempre que se cite la procedencia y se haga adecuadamente, sin desvirtuar sus razonamientos.

E22/2009

Evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal.

Madrid, diciembre de 2009

Edita: Ministerio de la Presidencia. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios

Dirección de la Evaluación:

Inés G. Pérez-Durántez Bayona, Director de División de Políticas Económicas
de la AEVAL

Equipo de Evaluación:

Javier Rico Callado

Con la colaboración de:

Luis Castro Pérez

José Manuel Díaz Pulido

Directora del Departamento de Evaluación:

Ana Ruiz Martínez

Catálogo de Publicaciones oficiales:

<http://www.aeval.es>

NIPO: 012-10-006-2

ÍNDICE

Glosario de siglas	8
INFORME EJECUTIVO	9
1. INTRODUCCIÓN	29
MANDATO DE EVALUACIÓN	29
OBJETO Y ALCANCE DE LA EVALUACIÓN	29
OBJETIVO, JUSTIFICACIÓN Y ESTRUCTURA DE LA EVALUACIÓN	32
2. DESCRIPCION DE LA INTERVENCIÓN Y DE LAS CARACTERISTICAS ESENCIALES DE SU CONTEXTO	35
2.1 ANTECEDENTES Y CONTEXTO INTERNACIONAL DE LA PROTECCIÓN POR IT	35
2.1.1 CONCEPTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL	35
2.1.2 LA IT EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL	36
2.2 LA INTERVENCIÓN PÚBLICA EN MATERIA DE ITCC: EL PACTO DE TOLEDO Y LOS GRANDES EJES ESTRATÉGICOS	41
2.3 REGULACIÓN NORMATIVA, ACTORES INTERVINIENTES Y PROCESO DE RECONOCIMIENTO Y GESTIÓN DE LA ITCC	50
2.3.1 LA REGULACIÓN NORMATIVA	50
2.3.2 ACTORES INTERVINIENTES Y DISTRIBUCIÓN COMPETENCIAL	50
2.3.3 PROCESO DE RECONOCIMIENTO, DERECHOS DE LA PRESTACIÓN Y GESTIÓN DE LA MISMA. DIFERENCIAS ENTRE CONTINGENCIAS COMUNES Y PROFESIONALES.	54
2.4 LA INTERVENCIÓN OBJETO DE EVALUACIÓN	58
2.4.1 LAS MEDIDAS DE CONTROL DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA: LA ATRIBUCIÓN AL INSS DE LOS PROCESOS DE ITCC DE DURACIÓN SUPERIOR A LOS DOCE MESES	58
2.4.2. LOS CONVENIOS DE COLABORACIÓN PARA EL CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL	62
2.4.3 EL PROGRAMA DE ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO DE LOS PROCESOS DE IT DERIVADOS DE CIERTAS PATOLOGÍAS.	66
3. ENFOQUE Y METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN	69
3.1 ENFOQUE	69
3.2 METODOLOGÍA	70

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN	73
4.1 EL GASTO EN IT: EVOLUCIÓN Y DISTRIBUCIÓN.....	73
4.2. LOS PRINCIPALES INDICADORES DE ITCC: INCIDENCIA Y DURACIÓN	80
4.2.1 INDICADORES DE INCIDENCIA.....	82
4.2.1 INDICADORES DE DURACIÓN	85
4.3. CARACTERIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE ITCC	88
4.3.1. INCIDENCIA DE LA ITCC	88
4.3.2 DURACIÓN DE LOS PROCESOS DE ITCC	99
4.3.3 COSTE DE LOS PROCESOS DE ITCC	106
4.3.4. ANÁLISIS CHAID Y AID	110
4.3.5. LA ITCC SEGÚN EL ENTE GESTOR DE LAS PRESTACIONES.....	118
4.3.6. LOS MODELOS ECONÓMICOS DE ITCC	120
4.4. DIAGNÓSTICO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE GESTIÓN EN LA GESTIÓN DE LA ITCC	137
4.4.1. LOS USOS INDEBIDOS DE LA ITCC Y EL FRAUDE EN LA PRESTACIÓN.....	138
4.4.2 LA ACTIVIDAD DE CONTROL DEL INSS Y LOS SPS A TRAVÉS DE LOS RECONOCIMIENTOS MÉDICOS	141
4.4.3 LOS RIESGOS PARA LOS TRABAJADORES Y LOS EMPRESARIOS.....	145
4.4.4 LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y LA DETERMINACIÓN DEL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS.....	148
4.4.5. LA IT DESDE LA PERSPECTIVA MÉDICA: PRINCIPALES DIFICULTADES EXISTENTES	153
4.4.5.1. LAS DEMORAS EN LA ATENCIÓN Y LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN SANITARIA.....	153
4.4.5.2. LA GESTIÓN BUROCRÁTICA DE LA ITCC.....	155
4.4.5.3. LA MOTIVACIÓN DE LOS FACULTATIVOS SANITARIOS Y LOS INCENTIVOS	157
4.4.5.4. LA INFORMACIÓN, LA FORMACIÓN Y EL APOYO A LA GESTIÓN EN ITCC.....	159
4.5 LA PERCEPCIÓN DE LA IT POR LA CIUDADANÍA	161
4.6 LAS MEDIDAS IMPLEMENTADAS: PERTINENCIA Y EFICACIA	165
4.6.1. LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE DURACIÓN SUPERIOR A LOS DOCE MESES	166
4.6.2 LOS CONVENIOS INSS-SPS	173
4.6.2.1 LOS CONVENIOS GENERALES	174
4.6.2.2 LOS CONVENIOS DE LOS PROGRAMAS PILOTO PARA EL ESTUDIO DE CIERTAS PATOLOGÍAS.....	181
4.6.3. OTRAS ACTUACIONES LLEVADAS A CABO EN MATERIA DE APOYO A LA GESTIÓN Y EN FORMACIÓN.....	196
4.6.4. ANÁLISIS DE PERTINENCIA DE LAS MEDIDAS ADOPTADAS	199
4.7 ANÁLISIS DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES Y CASOS DE BUENAS PRÁCTICAS	202
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	209
CONCLUSIONES	209
RECOMENDACIONES	221
BIBLIOGRAFÍA	225
ANEXOS	229

GLOSARIO DE SIGLAS

AAPP	Administraciones Públicas
AEVAL	Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y de la Calidad de los Servicios
AGE	Administración General del Estado
AT y EP	Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
CEI	Comisión de Evaluación de Incapacidades
DGOSS	Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social
EVIS	Equipos de Valoración de Incapacidades
INGESA	Instituto de Gestión Sanitaria
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social
ISM	Instituto Social de la Marina
IT	Incapacidad temporal
ITcc	Incapacidad temporal por contingencias comunes
ITcp	Incapacidad temporal por contingencias profesionales
LGS	Ley General de Sanidad
MATEPSS	Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social
MITIN	Ministerio de Trabajo e Inmigración
MSyPS	Ministerio de Sanidad y Política Social
RETA	Régimen Especial de Trabajadores Autónomos
S.S.	Seguridad Social
SESS	Secretaría de Estado de la Seguridad Social
SPS	Servicio/s Público/s de Salud
TRLGSS	Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social
CIE-9MC	Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud

**Evaluación de las
medidas de racionalización
y mejora de la gestión
de la Incapacidad Temporal**

INFORME EJECUTIVO

INFORME EJECUTIVO

Por Acuerdo del Consejo de Ministros de 8 de abril de 2009¹, se encarga a la Agencia Estatal de Evaluación de Políticas Públicas y Calidad de los Servicios (AEVAL) la realización de una evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal (IT). En dicho acuerdo se indica que "La gestión de las prestaciones por Incapacidad Temporal debe compatibilizar los derechos y las garantías referidas a la salud del trabajador con la racionalidad en el uso de los recursos públicos y la mejora de la productividad. A este fin se han destinado una serie de medidas adoptadas en los últimos años."

1.- La Incapacidad Temporal

Son situaciones de incapacidad temporal las debidas a enfermedad común y accidente no laboral (contingencias comunes, en adelante ITcc) o a accidente de trabajo y enfermedad profesional (contingencias profesionales), en las que el trabajador recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo. La incapacidad temporal tiene una duración máxima de doce meses, prorrogables excepcionalmente hasta un máximo que en ningún caso podrá superar los veinticuatro meses. La evaluación se centra en las contingencias referidas a enfermedad común y accidente no laboral, que constituyen el 85% del gasto en concepto de IT.

En el caso de contingencias comunes, la prestación económica se abona a partir del cuarto día de baja, tanto para los autónomos que hayan optado por acogerse a esta cobertura como para los trabajadores por cuenta ajena. Para estos últimos, está a cargo del empresario dicha prestación hasta el día decimoquinto inclusive, y a cargo de la Seguridad Social a partir de dicha fecha. La cuantía de la prestación es el 60% de la base reguladora entre el cuarto y el vigésimo día y el 75% a partir del vigésimo primero, aunque en numerosas ocasiones se han mejorado dichos porcentajes por convenio.

Hay tres formas de gestión de la ITcc: por las empresas en régimen de colaboración, por las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) y por las Entidades Gestoras (el Instituto Nacional de la Seguridad Social –INSS– y el Instituto Social de la Marina). Desde 1994, las empresas que tienen formalizada la cobertura de accidente de trabajo con una mutua pueden optar por la cobertura de la ITcc por la misma mutua. En cuanto a los trabajadores autónomos, quienes optan a partir

¹ BOE de 9 de mayo de 2009.

de 1998 por acogerse a la cobertura de la ITcc, deben obligatoriamente formalizar la cobertura con una mutua.

Para situar adecuadamente la IT en su contexto, deben tenerse presentes las implicaciones que esta prestación tiene, tanto sobre la salud y derechos económicos del trabajador, como sobre el desempeño económico de las empresas. Por otro lado, la separación entre el ente gestor de la prestación económica (el INSS) y el ente responsable de emitir los partes de baja, confirmación y alta (los Servicios Públicos de Salud –SPS- dependientes de las CCAA) conlleva que los objetivos y motivaciones de diferentes actores y administraciones en la gestión de los procesos de IT no son siempre coincidentes. El marco institucional se complica por la intervención adicional de un actor con ciertas peculiaridades: las mutuas de accidente de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS). Estas son entidades privadas constituidas como asociaciones de empresarios, sin ánimo de lucro, autorizadas por el Ministerio de Trabajo e Inmigración, y bajo tutela y regulación administrativa.

En comparativa internacional, España presenta un nivel de protección en IT intermedio, un bajo nivel de absentismo y un gasto que se mantiene relativamente estable en relación al PIB, con dos momentos de incremento más destacados en los años 2000 y 2004.

2.- Las medidas de racionalización de la IT

La prestación de IT forma parte de las contingencias protegidas por el sistema de Seguridad Social. El volumen de gasto (7.533 millones en 2008, equivalente al 0,7% del PIB) y el incremento del mismo, especialmente entre 2000 y 2004 (incremento del 11,5% de media anual), han motivado el desarrollo de intervenciones públicas para racionalizar la gestión e impedir posibles usos fraudulentos.

La necesidad de introducir medidas de racionalización y mejora de la IT forma parte de la estrategia establecida por el Pacto de Toledo de 1995 y su renovación en 2003.

Dos preocupaciones marcan la definición de las líneas estratégicas de la intervención en materia de IT:

- La necesidad de mejorar el control de las prestaciones, evitando las posibles prácticas abusivas y fraudulentas en esta prestación de la S.S., pero respetando, al mismo tiempo, los derechos de quienes se encontrasen en dicha situación.
- La necesidad de mejorar la cooperación de las entidades intervinientes en la gestión de los procesos de incapacidad temporal, cooperación especialmente necesaria dada la dualidad de dimensiones prestacionales de la ITcc (dimensión económica y sanitaria), y la multiplicidad de agentes intervinientes en la gestión (tanto de naturaleza pública como privada). En cierto modo este objetivo es subsidiario y coadyuva al cumplimiento del primero.

El alcance temporal de la evaluación es el periodo 2004-2008, si bien se hace referencia también medidas previas y posteriores. Desde el año 2004, cabe destacar la adopción de las siguientes medidas impulsadas por el INSS:

- Medidas de gestión en el INSS:
 - Se crea en el INSS en 2004 la Subdirección General de Gestión de la IT y otras Prestaciones a Corto Plazo, que se ocupa específicamente del control de la IT, y en 2006 la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas, con el fin de dirigir y coordinar, incorporando criterios médicos, las actividades de las Unidades Médicas² del INSS.
 - Se perfecciona el sistema de información del INSS, con el objeto de disponer de información completa, actualizada e integrada, relativa a los procesos de ITcc. Para ello se ha desarrollado e implantado el sistema ATRIUM, que se nutre de distintas aplicaciones, a las que aportan información los SPS, las empresas y las mutuas.
- Medidas de coordinación del INSS con los Servicios Públicos de Salud (SPS): Como consecuencia del traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los SPS, se han desarrollado actuaciones de colaboración y coordinación para la mejor gestión de la IT:
 - Convenios Generales: Se han impulsado y reforzado los Convenios que, para el control de la IT, venía suscribiendo desde 1998 el INSS con las distintas Comunidades Autónomas (salvo País Vasco y Navarra). Los créditos del fondo contemplado en los Convenios se distribuyen entre las CCAA de acuerdo con la población protegida y se liquidan en función del grado de cumplimiento de los objetivos fijados de información y racionalización del gasto.
 - Convenios Específicos: Desde el año 2006, se han llevado a cabo experiencias concretas con determinadas CCAA sobre el comportamiento de los procesos de IT derivados de ciertas patologías (convenios específicos). Con ellos se trata de controlar aquellos procesos de corta duración con más incidencia. En el año 2009, los convenios específicos se han revisado, pasando a incorporar planes diferenciados con cada CCAA. Se acuerda en cada caso medidas innovadoras que puedan revertir en un control más eficaz de la IT.
- Medidas normativas: Una de las medidas de mayor calado, en la línea de fortalecer los mecanismos de control sobre la incapacidad temporal, fue introducida por la S.S en 2006³, y ligeramente modificada en 2007⁴. Se trata de la atribución a la Administración de la S.S de competencias que previamente asumían los SPS. A partir de los 12 meses, pasa a corresponder al INSS la decisión de emitir el alta médica, iniciar un expediente de Incapacidad Permanente (IP) o reconocer la prórroga expresa dentro de los límites establecidos. Asimismo, se establece que si en el plazo de los seis meses posteriores a la resolución de alta médica por parte del Director

² Se trata de unidades médicas distribuidas en el territorio en las 48 Direcciones Provinciales del INSS

³ Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2006

⁴ Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social

Provincial del INSS, se reproduce la patología incapacitante u otra similar, será el INSS el único organismo competente para emitir cualquier baja médica.

- Actuaciones de información y formación: El INSS ha publicado en 2004 un Manual de Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal, que se pretende que sirva de ayuda a médicos y responsables de gestión para comparar situaciones reales con los tiempos estándar. También ha llevado a cabo actividades de formación de las unidades médicas del INSS y de médicos asistenciales.

El reto que supone la gestión de incentivos, mediante convenios entre el INSS y las CCAA, y el volumen de fondos destinados a este instrumento, hacen de los convenios, tanto generales como específicos, uno de los objetos centrales de la presente evaluación. Por otro lado, la reordenación de competencias que supone la atribución al INSS de la gestión de los procesos de ITcc de duración superior a un año, justifica la identificación de esta medida como el otro objeto principal de la evaluación.

3.- Enfoque y metodología de la evaluación

La evaluación pretende dar respuesta a dos preguntas principales:

- ¿En qué grado el conjunto de medidas que componen la intervención están orientadas a resolver los principales problemas detectados en la gestión de la ITcc y las causas últimas que la originan?
- ¿Han sido eficaces las medidas adoptadas para el logro de los objetivos que se pretendían?

Más específicamente, se persigue identificar en qué medida la intervención llevada a cabo ha sido pertinente y coherente respecto al contexto en el que se produce la ITcc, teniendo en cuenta el carácter dual de las prestaciones y el ámbito competencial fijado institucionalmente. En relación con su eficacia, se valora en qué grado ha contribuido la intervención a la mejora de los procedimientos de gestión en materia de ITcc; si se ha producido una reducción del gasto, cuáles son los motivos subyacentes a la evolución experimentada por el gasto y cómo ha operado la intervención en este aspecto; y asimismo si se han logrado cumplir con el objetivo de dotar a la Administración General del Estado (AGE) de un sistema de información adecuado. Finalmente, se identifican casos de buenas prácticas por parte de los gestores de la prestación de ITcc, tanto a nivel de la AGE como de las CCAA.

Entre las herramientas de recopilación y análisis de la información que se han utilizado en la evaluación, además de la realización de entrevistas y el análisis documental, cabe destacar la explotación de los datos, proporcionados por el INSS y la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS), de partes de baja de los individuos que componen la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL) y que han experimentado episodios de ITcc iniciados y finalizados durante el periodo 2007-2008. Asimismo, también se han explotado los datos incluidos en la propia MCVL. Por otra parte, se ha realizado una encuesta a 3000 personas representativas de la población de 16 y más años

residente en España, con el fin de conocer las actitudes de los ciudadanos frente a posibles usos ajenos de la prestación por IT.

4.- Principales conclusiones y recomendaciones

4.1. Evolución del gasto

En el periodo 2005-2007 se observa una ralentización del crecimiento del gasto en IT, tanto el gasto total en términos nominales, como el gasto por afiliado en términos reales. Este último había alcanzado en 2004 un crecimiento interanual del 9,4%. La evolución del gasto real por afiliado de los procesos gestionados por el INSS ha experimentado en el conjunto del periodo un mejor comportamiento que el gestionado por las mutuas, si bien ambos se desaceleran.

En 2008, tiene lugar un repunte del crecimiento de dicho gasto real por afiliado. No obstante, las previsiones para 2009 apuntan de nuevo a su ralentización.

El gasto en ITcc para el sistema de la Seguridad Social se concentró especialmente en los procesos de duraciones más largas, aunque en número, éstos suponen un porcentaje reducido del total de procesos, en relación con aquellos de menor duración. El 2,4% del gasto por ITcc⁵ corresponde a procesos con una duración entre 16 y 30 días, el 17,4% entre 31 y 90 días, el 20,5% entre 90 y 180 días, el 27,7% entre 181 y 360 días y el 32% a procesos de más de 360 días.

4.2. La incidencia y la duración de los procesos de ITcc

En el periodo 2007-2008⁶ un 72% de la población activa contenida en la MCVL no experimentó ningún episodio de ITcc, mientras que un 17,5% experimentó un proceso y un 10,5% experimentó más de un proceso. En cuanto a la distribución por intervalos de duración, la mayoría de los procesos (hasta un 74,2%) presentan una duración inferior a 30 días, mientras que el porcentaje de los procesos con una duración superior a los seis meses es tan sólo de un 3,2%.

En relación con la evolución de los indicadores de incidencia y duración, en los procesos gestionados por el INSS se produce una reducción de la duración media de los procesos de ITcc y un aumento de la incidencia en 2007; mientras que en 2006 y 2008 ocurre lo contrario.

De los análisis realizados de estadística descriptiva, análisis CHAID y AID y modelización econométrica, se obtienen las siguientes conclusiones en relación con los efectos de las diversas características de los individuos sobre las tasas de baja y duraciones de los procesos de ITcc:

En relación con la tasa de baja, las principales variables, según el modelo elaborado, a la hora de explicar la variabilidad de la tasa de baja, serían la prematernidad y el tipo de empleador, seguidos de la actividad económica y el grupo de cotización.

⁵ Considerando los procesos de duración superior a 15 días, dado que para aquellos de duraciones inferiores no se dispone de microdatos relativos a su coste.

⁶ Datos referidos a procesos iniciados y finalizados en el periodo 2007-2008.

Al incorporar la variable prematernidad, que presenta una alta significación, la tasa de baja diferencial de las mujeres respecto de los hombres es únicamente del 2%. Lo que implica que la mayor parte de la diferencia en la tasa de baja de las mujeres se explica por episodios asociados al embarazo.

En relación con el tipo de empleador, los empleados de la Administración General del Estado y las CCAA presentan una tasa de baja un 8,1% superior a la de las Sociedades Anónimas, y en el caso de las entidades locales, un 6,1% superior. No obstante, este resultado debe interpretarse relacionado con el comportamiento de la variable "sector de actividad" (según la clasificación de la CNAE), en el que las actividades con menor probabilidad de experimentar una baja, dejando al margen aquellos trabajadores para los que se carece de datos, son el sector de Administraciones Públicas, Defensa y Seguridad Social; y las que presentan mayor probabilidad son la industria manufacturera y energía. Debe tenerse en cuenta que en la CNAE no se incluyen dentro del epígrafe de Administración Pública, Defensa y SS actividades cuyos empleadores pueden ser el Sector Público (como Educación, Sanidad, Sector público empresarial...)

Por otra parte, la tasa de baja descende en los grupos de cotización más elevados. Al interpretar este resultado, se considera que dicha categorización ofrece una aproximación del nivel salarial y grado de responsabilidad del trabajador. Finalmente, en relación con el tamaño de la empresa, se observa que en general la tasa de baja crece con el tamaño de las empresas, a excepción de las empresas que ocupan a más de 5000 trabajadores, donde la tasa es similar a la de las empresas que carecen de empleados.

Las patologías que presentan una mayor frecuencia son fundamentalmente las de carácter respiratorio y traumatológico, junto con las infecciones intestinales y los trastornos de ansiedad.

En relación con la duración de las bajas, la mayor edad hace más largos los procesos de IT. La duración de la incapacidad temporal de las mujeres es un 11% mayor que la de los varones, y la maternidad en el mismo año en el que se produce la baja aumenta la duración de los procesos de ITcc en un 60%.

Por grupos de cotización, las mayores duraciones se observan en las categorías de jefes administrativos y de taller, ayudantes no titulados y subalternos. Por otra parte, a mayor base de cotización, mayor duración de la IT. En relación con el tipo de contrato, destaca que los trabajadores con contratos indefinidos fijos discontinuos presentan una duración un 30% superior a la de los trabajadores con contrato de duración determinada.

En cuanto al régimen de SS, destacan las duraciones de los trabajadores del régimen especial agrario por cuenta propia y del régimen de autónomos, que más que doblan la duración de la IT de los trabajadores del régimen general. En cuanto al ente gestor de la incapacidad temporal, no se detecta diferencia significativa alguna entre el INSS y las mutuas.

En relación con el tamaño de las empresas, existe una relación inversa entre la duración de las bajas y el tamaño de las empresas, a menor tamaño, mayor duración, con la excepción de los individuos empleados en empresas de más de

5.000 trabajadores, que presentan duraciones similares a las de los trabajadores de pequeñas empresas.

En lo que respecta a la actividad de la empresa empleadora, la mayor duración corresponde a las siguientes tres categorías: Administración Pública, Defensa y Seguridad Social; Hogares que emplean personal doméstico y órganos extraterritoriales; y Educación.

Por otra parte, se observa una amplia disparidad entre Comunidades Autónomas, presentándose las mayores duraciones en Canarias, la Comunidad Valenciana y Galicia. Por patologías, las mayores duraciones se encuentran en determinadas patologías musculoesqueléticas (en especial de espalda y de rodilla), determinados trastornos de ansiedad o depresivos, las hemorragias en la fase temprana del embarazo y las hernias inguinales.

Finalmente, parece observarse, para determinadas variables, una relación inversa entre la tasa de baja y la duración: en algunas existe poca tasa de baja, pero cuando los trabajadores se sitúan en baja, tienen una duración mayor. En otras, por el contrario, la tasa de baja es mayor, pero la duración es inferior.

4.3. Diagnóstico de los principales problemas en la gestión de la ITcc

4.3.1. La perspectiva laboral

Distintos estudios señalan que las condiciones de trabajo inciden sobre el número y duración de los procesos de ITcc. Algunos estudios cifran en torno al 15-20% el porcentaje de las bajas por contingencias comunes que tendrían origen laboral. Esta circunstancia repercute en distintos derechos del trabajador, que son mayores cuando el origen es laboral y tiene implicaciones en cuanto a la prevención de riesgos laborales. Asimismo, si las mutuas califican como común una contingencia que es en realidad profesional, provocarían que se desviase a los SPS y al INSS el coste económico de la prestación de servicios sanitarios y la gestión de la prestación económica, que de otro modo deberían ser asumidos por ellas. Los datos 2008-2009 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 el origen es laboral. Por otra parte, comunidades como Navarra, que han implantado un sistema específico de vigilancia en los centros de salud para detectar el posible origen laboral de las distintas patologías, presentan un nivel mucho más elevado de contingencias profesionales que el resto de las CCAA. No existe suficientes investigaciones desarrolladas en este campo, pero los indicios apuntan a que existe un infrarregistro de las contingencias profesionales y a la necesidad de investigar en mayor medida los efectos que las condiciones laborales tienen sobre los procesos de ITcc.

Las condiciones de reincorporación al trabajo no se abordan suficientemente en España. La práctica habitual en países como EEUU y las líneas en las que se está trabajando en otros como Reino Unido enfatizan aquellas labores que el trabajador puede realizar en función de sus características y su tipo de trabajo y las condiciones en las que se puede reincorporar al trabajo. El énfasis pasa de interrumpir la actividad laboral hasta la plena recuperación, debido a la incapacidad para realizar determinadas tareas, a promover la reincorporación

adecuada a cada perfil para llevar a cabo aquellas tareas para las que se encuentra capacitado.

4.3.2. La perspectiva sanitaria

La formación en materia de IT y el apoyo a los médicos de atención primaria en cuestiones de salud laboral están recibiendo atención por parte del INSS y de algunas CCAA, especialmente Extremadura en materia de formación, aunque la atención prestada a estos aspectos es todavía insuficiente. Asimismo, resulta fundamental, en la correcta gestión de la ITcc, el conocimiento científico preciso que permita una mejor capacidad predictiva de los episodios de la ITcc, en función de las patologías que los originan y el contexto sociosanitario y laboral de los pacientes.

En esta óptica de proporcionar instrumentos de apoyo a la gestión, la elaboración por el INSS en 2004, y su actualización reciente, del "Manual de tiempos estándar de IT" constituye un paso importante. En esta línea, la CCAA de Andalucía está dando un paso más, con un proyecto para elaborar una herramienta al servicio de los médicos de atención primaria e inspectores con duraciones óptimas clasificadas según diagnóstico, teniendo en cuenta las características del sistema sanitario andaluz, e incorporando factores como el sexo, la edad, actividad laboral o estacionalidad que inciden sobre las duraciones.

Por otra parte, algunos servicios de inspección, como el de la CCAA de Andalucía, promueven la disponibilidad de datos comparativos en las Áreas y Centros de Salud relativos a ITcc entre los facultativos (indicadores de incidencia, duración, tipología de la población del cupo correspondiente). Esto permite que los propios facultativos presten mayor atención a los resultados relativos de su gestión en la ITcc.

Un factor importante a considerar para reducir la duración de las bajas es la demora en la atención (realización de pruebas diagnósticas e intervenciones). Dichas demoras vienen causadas en ocasiones por problemas de coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria. En la actualidad no se dispone de información detallada que permita estimar el efecto de las demoras en la atención sobre el alargamiento de los procesos. No obstante, determinadas experiencias realizadas han contribuido a demostrar que una mayor coordinación entre niveles asistenciales produce resultados positivos en términos de calidad de la atención y reducción de la duración de los procesos de ITcc. En el convenio específico firmado en 2009 entre el INSS y la CCAA de Extremadura se recogen, en esta línea, proyectos para la elaboración de Protocolos de atención sanitaria en patología cardíaca y respiratoria, así como el estudio de la reconversión de procesos derivados de la cirugía convencional en cirugía mayor ambulatoria.

Los médicos de atención primaria desempeñan un papel fundamental en la gestión de la ITcc. La carga de trabajo asociada a la gestión de la IT incluye además de la codificación de la baja, repetidos partes de confirmación cada semana, independientemente de la duración esperada de la patología del enfermo, e informes médicos periódicos. Dicha carga de trabajo, junto con la limitación de recursos de los que disponen, provocan que dichos facultativos

perciban que la gestión de la ITcc se centra en exceso en aspectos procedimentales o burocráticos, alejados de sus principales preocupaciones. Lógicamente, este aspecto afecta negativamente a la motivación de estos actores. Según las conclusiones del Informe sobre la Incapacidad Temporal realizado por el Grupo de Trabajo del Comité Consultivo de la Inspección del SNS, la falta o insuficiente motivación de los médicos de atención primaria para una mejor gestión de la ITcc representa uno de los problemas más destacables en la gestión de la IT, junto con los usos ajenos o abusivos por parte de los trabajadores, y la concurrencia y repetición de esfuerzos de la inspección de las diferentes instituciones.

4.3.3. La labor de la inspección

Los datos proporcionados por el INSS en relación con los controles efectuados por el mismo en el periodo previo a los 12 meses muestran que, de manera continuada, un 80% de las inspecciones realizadas concluyen con la continuidad de la IT. Esto podría indicar que las inspecciones no seleccionan adecuadamente patrones en los que existe mayor probabilidad de usos abusivos.

Destaca, asimismo, la ausencia de coordinación entre las distintas instituciones que llevan a cabo inspecciones: los SPS, el INSS y las mutuas, lo que conduce a molestias innecesarias a los trabajadores y trabajo redundante. Por otro lado, también se aprecia una reiteración y repetición en la realización de pruebas diagnósticas entre los facultativos de los SPS y de las mutuas. Los primeros en cuanto responsables de la gestión sanitaria de la ITcc, los segundos en el ejercicio de control de aquellos trabajadores cubiertos por las mutuas en cuanto al pago del subsidio económico de ITcc. La colaboración y coordinación de los facultativos de ambas, bajo condiciones específicas, contribuyen a una mejor gestión de los procesos, tal y como han demostrado experiencias concretas.

En cuanto a los supuestos en los que la prestación económica de la ITcc está cubierta por las mutuas, no existe consenso jurídico sobre si éstas pueden comprobar el estado de salud de los trabajadores por cuenta de los empresarios. Así, el Tribunal de Cuentas, en sus sucesivos informes, ha limitado tal posibilidad de control a partir de día decimosexto, momento en que las MATEPSS asumen el coste económico de la prestación. Por el contrario, otros organismos de naturaleza administrativa mantienen un posicionamiento diferente, al considerar que el control puede efectuarse con anterioridad al día decimosexto (Abogacía del Estado y DGSS).

4.3.4. La colaboración entre organismos de la Administración Central y con los SPS

Por parte de los SPS se considera que no existe una relación de colaboración plena con el INSS. Si bien, desde distintos SPS de las CCAA se valora positivamente la colaboración través de los Convenios Generales y Específicos, existen algunas críticas en cuanto a que la colaboración no se extiende a otras áreas, al margen de la concesión de financiación por la realización de determinadas actuaciones. Se solicita desde los SPS una aproximación más colaborativa por parte del INSS en la aprobación de cambios normativos que afectan a los SPS o respecto a la aprobación de modificaciones normativas demasiado próximas en el tiempo que les obligan a adaptaciones sucesivas de

sus sistemas informáticos. Por otra parte, consideran que el INSS promueve relaciones bilaterales para mantener su poder de negociación, frente a dinámicas multilaterales que podrían ofrecer otras oportunidades interesantes para compartir experiencias.

El INSS, sin embargo, señala que para el seguimiento de los Convenios se reúne la Comisión Central cada trimestre y las Subcomisiones provinciales una vez al mes y en dichas reuniones el INSS mantiene informados a los SPS. Además, puntualiza que dentro de los objetivos marcados, algunos ya están establecidos normativamente. Por otro lado, en los Convenios específicos el INSS requiere de todas las CCAA sus propuestas, a fin de estudiarlas y tenerlas en cuenta. Por último, indica que las reuniones se desarrollan individualmente con cada CCAA por considerarlo más operativo y porque el grado de implicación y colaboración no es el mismo.

Por otra parte, en el análisis efectuado se ha constatado que si bien existen contactos entre los departamentos ministeriales de la administración central con competencias en el ámbito de la ITcc: MTIN (INSS) y MSyPS (que ostenta las competencias sanitarias que aún permanecen en la administración central, entre ellas la coordinación en el ámbito del SNS y particularmente la coordinación de las inspecciones de los SPS), no se explotan plenamente las posibilidades que ofrecería una colaboración más estrecha, teniendo en cuenta que la dimensión sanitaria y económico-laboral se encuentran muy interrelacionadas en la prestación por IT.

4.3.5. La percepción ciudadana

En la encuesta realizada se constata que una amplia proporción de la población considera que el uso de las bajas por parte de los trabajadores sin estar impedidos para el trabajo ocurre frecuentemente (52,2%) y que es fácil conseguir un parte de baja injustificado (50% de los encuestados). No obstante, la gran mayoría, el 90%, no demuestra estar muy conforme con que esto ocurra, ya que están de acuerdo en que se sancione estas acciones.⁷

Las principales razones por las que los ciudadanos consideran que se recurre a la IT sin estar impedido para trabajar son las siguientes, agrupando por distintas categorías de respuestas que podrían estar relacionadas:

- Un 45% de las respuestas apuntan a usos puramente fraudulentos ("el ocio" menciones del tipo "vagos, cara dura, cuento, etc" "gente que no tiene ganas de trabajar, que no les gusta trabajar" "para realizar otros trabajos", "falta de ética"...)
- El segundo motivo más mencionado son problemas de conciliación familiar, englobando aquí el 18% de menciones a "necesidades familiares/asuntos familiares" y el 5,5% de maternidad/paternidad.
- A continuación un 14.3% de los consultados considera motivo de baja laboral sin estar enfermo el "estrés, la depresión, la ansiedad", es decir

⁷ En todo caso debe tenerse presente que la encuesta y los resultados que arroja reflejan únicamente la percepción que los ciudadanos tienen sobre esta materia.

estados anímicos que en ocasiones pueden ser diagnosticados como enfermedad.

- Y finalmente también se mencionan los relacionados con la situación laboral (mal ambiente laboral (4,5%) y conflictos laborales (3,9%).

4.3.6. El recurso a la IT ante espacios de desprotección

El hecho de que entre las causas para solicitar una baja sin encontrarse incapacitado, el motivo “necesidades familiares” sea uno de los mencionados con frecuencia, confirma la percepción de que en algunos casos la IT se utiliza como espacio refugio para situaciones de necesidad que no tienen una adecuada cobertura. La ley de Dependencia así como la regulación específica del riesgo durante el embarazo y la lactancia han supuesto un avance, pero todavía quedan espacios de desprotección en situaciones en las que existe una demanda social de protección. La actuación para evitar usos abusivos de la IT no puede dejar de tener presente que la existencia de espacios de desprotección constituye una realidad diferente al puro fraude.

En relación con el análisis de la incidencia y duración de los procesos de IT por parte de aquellos trabajadores que tienen dependientes a cargo, se observa una pequeña diferencia en cuanto a la incidencia entre los que no tienen cargas familiares y los que sí las tienen. En cuanto a la duración, los trabajadores sin cargas familiares presentan una duración media de 31 días, frente a 33 días de los que conviven con menores de 3 años y mayores entre 70 y 80 años, que aumenta a 36 días en el caso de tener a cargo mayores de 80 años. No son diferencias importantes, aunque evidencian necesidades sociales que actualmente se están cubriendo con un instrumento de protección no diseñado para ello.

4.4. Valoración de las medidas de racionalización de la ITcc implementadas por el INSS

Las medidas adoptadas en el periodo 2004-08 con el objetivo de racionalizar la gestión de la IT han seguido las líneas estratégicas marcadas por el Pacto de Toledo, y su renovación, en cuanto al control de los posibles prácticas abusivas en relación con la prestación, y el refuerzo de las medidas de coordinación entre las entidades responsables del pago de la prestación y los servicios autonómicos de salud. Estos objetivos se enmarcan dentro de la prioridad de garantizar la pervivencia de los logros del modelo protector dentro de un entorno financiero saneado y estable.

Las medidas evaluadas son pertinentes para resolver algunos de los problemas que se han identificado en el diagnóstico, relacionados principalmente con el control del gasto. No obstante, deberían completarse con el abordaje de otras cuestiones que se han identificado como problemáticas, especialmente en relación con las condiciones laborales y los aspectos del ámbito sanitario.

En cuanto a su eficacia, ha mejorado en gran medida la disponibilidad de información sobre los procesos de IT y el plazo en el que se dispone de la misma. También se cuenta con mecanismos para garantizar que la IT se utiliza como prestación temporal, que sólo en limitadas ocasiones supera el año de duración. Y asimismo se han establecido dinámicas de cooperación con las CCAA. No

obstante, subsisten dificultades para lograr una mejor colaboración entre la administración central y las CCAA, y se observa un apoyo todavía insuficiente en términos de información, formación y asesoramiento a los facultativos de atención primaria.

A continuación se diferencia entre las distintas medidas objeto de estudio.

4.4.1. La gestión por el INSS de los procesos superiores a doce meses

La asignación al INSS de la competencia para determinar la prórroga, alta o inicio de procedimiento de IP en los procesos de ITcc superiores a doce meses ha supuesto la introducción de un punto de cierre en aquellos procesos que en ocasiones se mantenían abiertos injustificadamente como IT. En los controles efectuados por el INSS en el periodo 2006-08 se observa un claro predominio de la extinción de los procesos, bien por alta médica o por pase a IP, aunque este porcentaje es menor con el transcurso del tiempo: pasan de un 68% en 2006 a un 60% en 2008. El porcentaje de procesos que en realidad corresponden a IP se sitúa entre un 20 y un 30%, lo que constituye una llamada de atención sobre la posibilidad de una detección anticipada de la IP.

Al introducir, en el modelo econométrico estimado, la variable “aplicación con anterioridad a 2007 del control por el INSS a los 12 meses” (cabe recordar que se va implantando progresivamente desde 2006 hasta aplicarse a todo el territorio en 2008), se observa que, en aquellas provincias que venían aplicando el control con anterioridad al ejercicio 2008, la duración media de los procesos es un 86% inferior a la de las provincias que empiezan a implantar el control dicho año.

Ahora bien, una vez eliminada la bolsa de casos que se encontraban en esa situación, cabe esperar que los mejores resultados en términos de reducción de coste se consigan con una detección temprana del fraude, por lo que medidas inspectoras previas serían más eficaces. De hecho, el argumento del elevado porcentaje de gasto que se concentra en el número reducido de procesos de más de 12 meses no justifica la intervención a los 12 meses, sino la identificación temprana de casos que injustificadamente puedan llegar a esa duración, para proceder al alta cuando proceda. Los avances en la información sobre los procesos y el mayor conocimiento de las duraciones medias esperables por patologías permitirían avanzar hacia esa detección precoz.

Una cuestión a verificar es la eficiencia de la medida, en términos del coste que supone el incremento de efectivos y recursos del INSS, versus el ahorro de coste por las actuaciones realizadas. Por otro lado, la vocación de mayor intervención del INSS en el control ha sido interpretada, por parte de los servicios de inspección y de los facultativos de primaria de los SPS, como una intromisión en sus competencias. El refuerzo del control que se quiere promover con las actuaciones directas del INSS puede tener un punto óptimo, en el que actúa como “competencia potencial”, sin llegar a caer en costosas duplicaciones de actuaciones.

Si bien la modificación de la medida operada en 2007 introdujo un procedimiento de audiencia, para resolver las críticas recibidas por la situación de desprotección del trabajador que se generaba con la regulación aplicada en 2006, en la

actualidad siguen existiendo problemas, en relación, al menos, con dos cuestiones:

- Las disconformidades presentadas por los beneficiarios, automáticamente, prolongan la situación de baja en once días, lo que constituye un claro incentivo a impugnar la resolución. De hecho, el porcentaje de impugnaciones presentadas ha pasado de suponer el 10% en 2008 al 35% en el periodo de enero a octubre de 2009.
- La fecha de efecto de la resolución del procedimiento es la que figura en la propia resolución, esto es, seis días después de la firma del Director Provincial. Ello puede producir, en ocasiones, una situación de indefensión del trabajador si existen retrasos en la notificación, y en consecuencia, la incorporación del trabajador es posterior a la fecha del alta, pues no le corresponde el pago del salario a las empresas ni el pago de la prestación al INSS.

4.4.2. Los Convenios Generales

Los Convenios generales entre el INSS y las CCAA (excepto el País Vasco y Navarra), que contemplan un incentivo económico en aras de mejorar los controles de IT por parte de los SPS, han conseguido perfeccionar los mecanismos de puesta a disposición de la S.S. de información respecto a los procesos de ITcc. En este campo, se han producido avances muy importantes, tanto en la transmisión del total de partes de IT, como en la rapidez con la que se dispone de la información, y la incorporación de información relativa al diagnóstico clínico. Así, se observa un importante avance en el volumen de partes transmitidos, con un incremento del 91% en el número de partes transmitidos entre 2004 y 2007, especialmente por el crecimiento en el ejercicio 2005. En cuanto a la agilidad, en 2005 se tardaba más de un mes desde la fecha del hecho causante en disponer de información de un 24% de los partes. En 2007, se consigue disponer de partes sobre la totalidad de procesos antes de un mes, y un 65% de los mismos en los primeros 5 días. Asimismo, se ha incrementado en gran medida la información sobre los diagnósticos, aunque se mantienen ciertas dudas sobre la calidad de los mismos.

Desde su creación, los Convenios generales han dispuesto de unos objetivos cuantificados y de un sistema de seguimiento de resultados. El grado de cumplimiento de objetivos ha mejorado con el tiempo, si bien unos, especialmente los de modernización y mejora de la gestión, se alcanzan en mayor grado que otros. Así, los relativos a la reducción del indicador “días de coste/afiliado/mes” sólo se alcanzaron en 5 comunidades, tanto en 2006 como en 2007, lo que puede estar relacionado con ciertas características de cada CCAA en términos de actividad productiva, edad de la población, etc.

Como efecto positivo de los Convenios, cabe destacar el establecimiento de dinámicas de colaboración entre el INSS y las CCAA, así como la llamada de atención a los responsables de los SPS sobre la “cuestión IT”. Como crítica, a excepción del proceso de informatización y algunos incentivos, en general, los fondos asignados (295 millones de euros en 2008) se canalizan al conjunto del sistema de salud, pero en la mayoría de los casos, no se vincula directamente su uso con la mejora de la gestión de la IT.

4.4.3. Los Convenios Específicos

Los Convenios específicos, firmados entre 2006 y 2008 con ciertas CCAA, para el análisis y control del comportamiento de los procesos de ITcc en determinadas patologías presentan un reducido grado de ejecución presupuestaria respecto a los créditos inicialmente dotados (dotación de unos 30 millones de euros en 2007 y 2008). Este hecho es especialmente acusado en el segundo año de ejecución en cada una de las CCAA, a excepción de Extremadura, donde la ejecución presupuestaria mantiene una continua tendencia creciente.

En relación con el objetivo de reducción de las duraciones, en general, y con la excepción del año 2008⁸, las CCAA que lo aplican no han reducido las duraciones de las patologías seleccionadas con respecto a ejercicios anteriores. Por otra parte, al introducir en el modelo econométrico estimado la variable "aplicación o no del programa piloto en la CCAA", se observa que la duración media de las bajas en las CCAA que aplicaron dichos programas en el ejercicio 2008 fue un 50% superior que en el resto de CCAA. Estos hechos podrían evidenciar ciertas limitaciones del diseño o aplicación de dichos convenios.

En el ejercicio 2009 se ha iniciado una nueva dinámica en la que se abre un extenso abanico de propuestas a iniciativa de las CCAA, y se ha ampliado de forma importante el número de CCAA que participan. En su nueva concepción de 2009, los Convenios ofrecen un marco en el que se potencia una mayor iniciativa e implicación de las CCAA, y permite acumular experiencias piloto en los distintos ámbitos, con amplias posibilidades de aprendizaje si se lleva a cabo un adecuado seguimiento de las iniciativas.

4.5. Recomendaciones

4.5.1. Recopilación de información, análisis y uso de la misma

Se recomienda promover una mayor utilización de la información disponible sobre segmentos con mayor probabilidad de incidencia, reincidencia y duración, para estudiar sus posibles causas e impulsar actuaciones al respecto, bien en relación con usos abusivos, bien por posibles problemas relacionados con las condiciones de trabajo, bien debidos a la gestión sanitaria o a otro tipo de causas.

Es especialmente útil seguir avanzando en la disponibilidad de información y la calidad de la misma. Por ejemplo, en relación con los diagnósticos para procesos de corta duración, pues actualmente, en gran número de ocasiones, no se dispone de ellos. También es interesante establecer mecanismos para actualizar la información del diagnóstico, pues en procesos de duración media o larga, pueden existir importantes diferencias entre la valoración inicial y el diagnóstico final.

Del mismo modo, los flujos de información deben responder a las necesidades derivadas de la gestión de cada una de las administraciones intervinientes, con independencia de la entidad que disponga de dicha información, salvaguardando

⁸ El resultado de este año viene afectado por el cambio en las CCAA que aplican el Convenio.

en todo caso la protección de los datos de carácter sanitario contenida en la legislación aplicable.⁹ En este sentido, el desarrollo de historias clínicas electrónicas comunes para los servicios de inspección de los SPS y del INSS y la atención primaria y especializada, con módulos específicos en materia de IT, contribuye a un mejor conocimiento e intervención en este campo y a una mejor gestión. Por otra parte, la mayor transmisión de la información de manera bidireccional permitiría asimismo que los SPS dispusieran de información importante para la gestión de las competencias asumidas en los casos en que se carezca de dicha información, como puede ser el caso de bajas por contingencias profesionales.

4.5.2. La labor de la inspección

En relación con la labor inspectora, una mayor focalización de las actuaciones en aquellos colectivos donde existen indicios para sospechar usos abusivos permitiría aumentar la eficacia de las inspecciones. Los dos grandes objetivos de las inspecciones deberían orientarse, por un lado, a la detección “temprana” de procesos de IT que puedan estar prolongando injustificadamente su duración, y por otro, al control de la incidencia, especialmente mediante mecanismos ágiles de actuación sobre procesos de duración corta o muy corta. Existen ejemplos en este campo, como es el caso del sistema rápido de citación que viene utilizando la CCAA de Andalucía para el control de los procesos de IT que se producen en las instituciones sanitarias del SPS.

Deberían articularse adecuadamente las responsabilidades y colaboración entre las distintas entidades que realizan inspecciones, así como entre los inspectores y los médicos de atención primaria.

Paralelamente al avance en el mayor control de usos abusivos, debería revisarse la existencia de espacios de desprotección que están haciendo uso de la IT como espacio refugio y que demandan una cobertura específica, así como promover un mejor ajuste de los procesos de incapacidad a la prestación de S.S. que efectivamente cubre la contingencia (IT e IP, dado que ésta última representa un importante porcentaje de procesos de ITcc).

4.5.3. Atención primaria

Los médicos de atención primaria desempeñan un papel fundamental, no sólo como fuente de información esencial, sino también en la prevención de usos abusivos. Como actor en relación más directa con el paciente, es el principal interlocutor en la tarea de sensibilización sobre una correcta gestión de la IT, al margen de que, en casos problemáticos, deba poder recurrir al apoyo de la inspección en labores coercitivas que no le corresponden.

⁹ La normativa de referencia es la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 41/2002, de 14 noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Para facilitar su labor, es útil la orientación sobre duraciones habituales de los procesos de ITcc para las distintas patologías y características personales y laborales de los individuos. Debería avanzarse en proporcionar a los facultativos una herramienta informática que facilitara esa información. Por otro lado, resulta fundamental poner a su disposición el conocimiento científico preciso que permita una mejor capacidad predictiva de los episodios de la ITcc, en función de las patologías que las originan y el contexto sociosanitario y laboral de los pacientes, en forma de protocolos de actuación, guías clínicas de atención en ITcc, etc.

Asimismo, proporcionar a los médicos, de manera generalizada, datos comparables en relación con indicadores de incidencia, duración y coste (sus propios indicadores frente a la media de los indicadores del área geográfica de referencia a efectos sanitarios) favorece la concienciación sobre los efectos presupuestarios de la autorización y confirmación de las bajas.

El apoyo por especialistas en salud laboral y la formación en este campo contribuiría a una mejor valoración de la duración oportuna de las bajas, a poder discriminar los orígenes laborales o comunes de la IT y a poder ponderar las condiciones para la reincorporación.

La motivación de los médicos de atención primaria puede favorecerse con incentivos, siempre que los indicadores utilizados sean adecuados, es decir, tengan en consideración las características particulares de la población atendida, de forma que se eviten incentivos perversos. El carácter de los incentivos puede ser monetario o de otro tipo, vía formación, recursos, etc.

La extensión de la rotación de la formación MIR en el INSS y en los servicios de inspección permitiría una mayor sensibilización y un conocimiento más preciso de la prestación.

Asimismo, el refuerzo de las interconsultas entre primaria y especialistas en los centros de salud, y el impulso de otros mecanismos de coordinación y acceso a la información, en particular, en relación con la historia clínica, coadyuvarían a una mejor gestión de la IT.

Una vía de colaboración con atención primaria es avanzar en la adecuación de la frecuencia de los partes de confirmación con la duración prevista de las bajas por patologías. Existen patologías para las que la confirmación semanal de las bajas es claramente innecesaria. Para otras, habrá que tener en cuenta que la calidad de los diagnósticos codificados en los partes de baja es mejorable, y que las duraciones medias por patologías pueden requerir ajustes, en función de determinadas características personales, laborales y del sistema sanitario de cada CCAA. En cualquier caso, es posible y debería abordarse una mayor adecuación de los partes de confirmación a la duración esperada. Ello contribuiría, asimismo, a ir desarticulando la calificación de "burocrática" que se asigna a la gestión de la IT.

4.5.4. La colaboración con los SPS

Una vez que a través de los Convenios se ha generado un espacio de diálogo y colaboración entre el INSS y las CCAA, sería útil seguir avanzando en la colaboración mediante una mayor información y consulta a las CCAA en

cuestiones que les afectan, y sobre las cuales pueden aportar información útil. Se dispone de un foro en el ámbito del Ministerio de Sanidad y Política Social. Se trata del grupo de trabajo sobre IT creado en 2006 en la Comisión de Coordinación de la Inspección en el Consejo Interterritorial del SNS. Dicha Comisión tiene grandes potencialidades por ser punto de encuentro entre el conjunto de agentes institucionales del SNS.

La exigencia por parte del INSS a las CCAA de una mayor relación finalista en el uso de los fondos de los convenios generales pero también la promoción de una mayor capacidad de iniciativa de las CCAA, dentro del objetivo de racionalización de la IT, pueden contribuir a promover una colaboración mutuamente interesante. En concreto, existe espacio para una colaboración útil en lo relativo a la coordinación entre niveles asistenciales y las demoras para la realización de pruebas diagnósticas e intervenciones.

Por otra parte, podrían introducirse mecanismos de evaluación del instrumento "Convenios" por parte de las CCAA y el INSS conjuntamente al terminar sus periodos de vigencia, de cara a su renovación revisada.

La articulación de foros informales para el intercambio de experiencias sería, asimismo, una vía de colaboración que en otros ámbitos se ha mostrado especialmente útil para desbloquear situaciones y promover el aprendizaje colectivo. Podría desarrollarse el intercambio de experiencias sobre las iniciativas que forman parte de los convenios específicos desarrollados a partir del año 2009, al hilo de este nuevo formato de convenio y como mecanismo útil para poner en común las principales lecciones aprendidas.

4.5.5. La relación con las condiciones laborales

En lo que se refiere a los posibles orígenes laborales de las bajas, sería interesante promover un mayor conocimiento de la cuestión. La introducción en la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo y en la Encuesta Nacional de Salud de preguntas que permitan relacionar condiciones de trabajo con las situaciones de baja facilitaría este trabajo.

Es interesante seguir promoviendo una mejor comprensión y conocimiento científico sobre la oportunidad del reposo y su duración para las distintas patologías y condiciones laborales y personales. En este sentido, es oportuno potenciar la investigación científica y su difusión, facilitando a los médicos la disponibilidad de información al respecto.

Asimismo, el impulso a la prevención efectiva de riesgos laborales constituye un área de atención, en la medida en que no existe una línea divisoria clara entre el origen laboral o común de las enfermedades.

Finalmente, sería oportuno explorar procedimientos más efectivos para detectar las posibles desviaciones a contingencias comunes de procesos de IT provocados por contingencias profesionales. Los desarrollos iniciados por Navarra permiten contar con un precedente de interés.

1. INTRODUCCIÓN

Mandato de Evaluación

El Acuerdo del Consejo de Ministros de 8 de abril de 2009¹⁰, por el que se aprueba el Plan de Evaluaciones que llevará a cabo la Agencia Estatal de Evaluación de Políticas Públicas y Calidad de los Servicios (AEVAL en adelante) durante el año 2009, recoge la realización de una evaluación de las **medidas de racionalización y mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal**.

“La gestión de las prestaciones por Incapacidad Temporal debe compatibilizar los derechos y las garantías referidas a la salud del trabajador con la racionalidad en el uso de los recursos públicos y la mejora de la productividad. A este fin se han destinado una serie de medidas adoptadas en los últimos años.

La evaluación se centrará en las contingencias referidas a enfermedad común y accidente no laboral (en adelante ITcc) y abordará aspectos relativos a la información, incentivos y sensibilización, las medidas adoptadas en los últimos años y la identificación de buenas prácticas en distintos ámbitos territoriales.”

Objeto y alcance de la evaluación

El objeto de evaluación lo constituye el conjunto de medidas diseñadas e implementadas por la administración central en los últimos años con el objetivo de optimizar la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes, y racionalizar el empleo de recursos públicos y privados destinados a proteger frente a dicha contingencia.

La IT es una prestación de la Seguridad Social que protege a los trabajadores en activo frente a dos tipos de contingencias, que conllevan la incapacitación para el trabajo por la alteración de la salud de trabajador y que tienen una clara repercusión en las rentas percibidas como contraprestación al trabajo: por un lado las derivadas de enfermedad común y accidente no laboral (contingencias comunes) y la incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional (contingencias profesionales).

¹⁰ BOE de 9 de mayo de 2009.

La prestación de IT forma parte de las contingencias protegidas por el sistema de Seguridad Social. El volumen de gasto (7.254 millones en 2007, equivalente a un 13% del gasto total de la S.S en prestaciones económicas y al 0,69% del PIB) y el incremento del mismo, especialmente entre 2000 y 2004 (incremento del 11,5% de media anual), han motivado el desarrollo de intervenciones públicas para racionalizar la gestión e impedir posibles usos fraudulentos.

Para situar adecuadamente la IT en su contexto deben tenerse presentes las implicaciones que esta prestación tiene, por una parte, sobre la salud y derechos económicos del trabajador y por otra parte, sobre el desempeño económico de las empresas. Por otro lado, la separación entre el ente gestor de la prestación económica (el INSS) y el ente responsable de emitir los partes de baja, confirmación y alta (los Servicios Públicos de Salud dependientes de las CCAA) conlleva que los objetivos y motivaciones de diferentes actores y administraciones en la gestión de los procesos de IT no son siempre coincidentes. El marco institucional se complica por la intervención adicional de un actor con ciertas peculiaridades: las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (en adelante MATEPSS), que son entidades privadas constituidas como asociaciones de empresarios, sin ánimo de lucro, autorizadas por el MTIN y bajo tutela y regulación administrativa.

La necesidad de introducir medidas de racionalización y mejora de la IT forma parte de la estrategia establecida por el Pacto de Toledo de 1995. En dicho pacto se llegó a un acuerdo relativo a la consolidación y racionalización del sistema de Seguridad Social, y se estableció, entre las recomendaciones para mejorar la eficiencia del sistema, una referencia a la incapacidad temporal, en la que se apuntaba a *“la necesidad de adoptar medidas destinadas a mejorar la gestión de las prestaciones por incapacidad temporal, al objeto de frenar las causas de fraude dentro del sistema público en el acceso y permanencia de las prestaciones”*. La renovación del Pacto de Toledo operada en 2003 volvía a hacer referencia a la IT en similares términos. Dichas recomendaciones se plasmaron en sucesivos acuerdos sociales, fruto de los cuales se desarrollaron una serie de medidas destinadas a optimizar la gestión de la incapacidad temporal y racionalizar el empleo de recursos.

El carácter continuado a lo largo del tiempo de las intervenciones en ITcc llevadas a cabo por la administración central motiva que se proceda a acotar el ámbito temporal de la evaluación. Se tomará como referencia la renovación del Pacto de Toledo operada en 2003. El impulso en la informatización de los partes de baja por parte de los SPS, que ha tenido lugar especialmente a partir de 2004, y consiguientemente las deficiencias de los datos relativos a dichos partes con anterioridad refuerzan la oportunidad de la limitación temporal realizada.

Desde el año 2004 cabe destacar la adopción de las siguientes medidas impulsadas por el INSS:

- Medidas de gestión en el INSS:
 - Se crean en el INSS en 2004 y en 2006 respectivamente dos Subdirecciones: la Subdirección General de Gestión de la IT y otras Prestaciones a Corto Plazo, que se ocupa específicamente del control

- de la IT, y la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas, con el fin de dirigir y coordinar, incorporando criterios médicos, las actividades de las Unidades Médicas¹¹ del INSS.
- Destaca el desarrollo de un sistema de información en el ámbito del INSS con el objeto de disponer de información completa, actualizada e integrada relativa a los procesos de ITcc. En este aspecto se ha desarrollado e implantado el sistema ATRIUM (Aplicativo de Trabajo Informático de las Unidades Médicas), que se nutre de la aplicación INCA y del protocolo que envían las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales (MATEPSS), para que el INSS ejerza la competencia del artículo 128.1.a) del TRLGSS (Trámite de procesos de Incapacidad Temporal, Maternidad, Paternidad, Riesgo durante el embarazo y la lactancia natural), que a su vez se nutre de los partes remitidos por los SPS y los partes remitidos por las empresas a través del sistema RED¹². En el aplicativo ATRIUM se incluyen los historiales médicos elaborados por los médicos inspectores del INSS de los beneficiarios a los que se les realiza controles de IT.
 - Medidas de coordinación con los Servicios Públicos de Salud (SPS): Como consecuencia del traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a los SPS, se han desarrollado actuaciones de colaboración y coordinación para la mejor gestión de la IT:
 - Convenios Generales: Se han impulsado y reforzado los Convenios que para el control de la IT venía suscribiendo el INSS desde 1998 con las distintas Comunidades Autónomas (salvo País Vasco y Navarra). A partir de la aprobación de la Ley 21/2001¹³, se recoge en la misma el "Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal"¹⁴, dotado con un fondo plurianual para la mejora y control de la prestación por Incapacidad Temporal por contingencias comunes. Desde entonces, se han firmado hasta la fecha convenios con el siguiente horizonte temporal: 2002-2004, 2005, 2006-2008 y 2009-2012. Los créditos de dicho fondo se distribuyen entre las CCAA de acuerdo con la población protegida y se liquidan en función del grado de cumplimiento de una serie de objetivos de información y racionalización del gasto fijados en los sucesivos convenios plurianuales.
 - Convenios Específicos: Desde el año 2006 se han llevado a cabo experiencias concretas con determinadas CCAA sobre el comportamiento de los procesos de IT derivados de ciertas patologías (convenios específicos), con el fin de controlar aquellos procesos con

¹¹ Se trata de unidades médicas distribuidas en el territorio en las 48 Direcciones Provinciales del INSS

¹² Orden TAS/399/2004, de 12 de febrero, sobre presentación en soporte informático de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta correspondientes a procesos de incapacidad temporal.

¹³ Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.

¹⁴ Ya previsto en la Resolución de 26 de octubre de 1998, de la Dirección General de Coordinación con las Haciendas Territoriales, por la que se ordena la publicación del Acuerdo 1/1997, de 27 de noviembre, por el que se aprueba el Sistema de Financiación de los Servicios de Sanidad en el Período 1998-2001

más incidencia y de corta duración. Asimismo, en el marco de dichos convenios, se han desarrollado otros proyectos piloto, como el firmado con Andalucía para la incentivación de los facultativos de los Servicios Públicos de Salud (SPS) en la gestión sanitaria de la IT o el firmado con Extremadura para la sensibilización y la concienciación de la sociedad sobre el coste social que conlleva el uso fraudulento de la prestación por IT. En el año 2009 los convenios específicos se ven reforzados al contemplar planes específicos acordados con cada CCAA con medidas innovadoras para un control más eficaz de la IT en cada Comunidad.

- Medidas normativas: Una de las medidas de mayor calado, en la línea de fortalecer los mecanismos de control sobre la incapacidad temporal, fue introducida por la S.S en 2006¹⁵, y ligeramente modificada en 2007¹⁶. Se trata de la atribución a la Administración de la S.S de competencias que previamente asumían los SPS. A partir de los 12 meses, pasa a corresponder al INSS la decisión de emitir el alta médica, iniciar un expediente de Incapacidad Permanente (IP) o reconocer la prórroga expresa dentro de los límites establecidos. Asimismo, se establece que si en el plazo de los seis meses posteriores a la resolución de alta médica por parte del Director Provincial del INSS, se reproduce la patología incapacitante u otra similar, será el INSS el único organismo competente para emitir cualquier baja médica.
- Actuaciones de información y formación: El INSS ha publicado en 2004 un Manual de Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal, que se pretende que sirva de ayuda a médicos y responsables de gestión para comparar situaciones reales con los tiempos estándar. También ha llevado a cabo actividades de formación de las unidades médicas del INSS y de médicos asistenciales.

El reto que supone la gestión de incentivos mediante convenios entre el INSS y las CCAA, y el volumen de fondos destinados a este instrumento hacen de los convenios tanto generales como específicos uno de los objetos centrales de la presente evaluación. Por otro lado, la reordenación de competencias que supone la atribución al INSS de la gestión de los procesos de ITcc de duración superior a un año justifica la identificación de esta medida como el otro objeto principal de la evaluación. Se describirán el resto de medidas arriba mencionadas y se hará referencia a ellas, si bien principalmente para ponerlas en relación con el diagnóstico de la problemática de gestión de la IT, sin llegar a profundizar en las mismas como se pretende hacer con las primeras.

Objetivo, justificación y estructura de la evaluación

Con la presente evaluación se pretende realizar un ejercicio de rendición de cuentas, dando a conocer a la ciudadanía la gestión llevada a cabo por la administración central en materia de ITcc, presentando aquellas conclusiones que puedan aportar elementos para la mejora y poniendo de manifiesto la voluntad de transparencia de los responsables de la intervención.

¹⁵ Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2006

¹⁶ Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social

El elevado volumen de gasto público que representa el gasto en IT, tanto en términos absolutos como relativos y la reordenación de las competencias en materia de gestión introducidas en los últimos años justifican la realización de una evaluación al respecto.

La evaluación persigue identificar en qué medida la intervención llevada a cabo ha sido pertinente y coherente respecto al contexto en el que se produce la ITcc, el carácter dual de las prestaciones y el ámbito competencial fijado institucionalmente; en qué grado ha contribuido la intervención a la mejora de los procedimientos de gestión en materia de ITcc; si se ha producido una reducción del gasto, cuáles son los motivos subyacentes al mismo, cómo ha operado la intervención en este aspecto y en qué medida se le pueden atribuir los resultados observados; la identificación de casos de buenas prácticas por parte de los gestores de la prestación de ITcc, tanto a nivel de la AGE y de la S.S como de las CCAA; y finalmente si se han logrado cumplir con el objetivo de dotar a la S.S de un sistema de información necesario.

El presente informe se estructura de la siguiente manera:

En primer lugar se describe la prestación de Incapacidad Temporal, situándola en el contexto internacional, enmarcándola en relación con el Pacto de Toledo y describiendo las principales características de la prestación y su contexto. Se describen asimismo las principales medidas adoptadas que conforman el objeto de la evaluación.

A continuación se presenta el enfoque y metodología de la evaluación, que se despliega en los siguientes epígrafes de análisis e interpretación y conclusiones y recomendaciones.

El apartado de análisis comienza con una descripción de la situación y evolución de los principales indicadores de IT utilizados por el INSS. Posteriormente, a partir de los microdatos de los procesos de IT para los años 2007 y 2008 y de las características de los individuos contenidas en la Muestra Continua de Vidas Laborales 2008, se procede a caracterizar los procesos de IT en relación con las principales variables, y se realiza un análisis de la relevancia de dichas variables para explicar la incidencia, reincidencia y duración de la IT.

A continuación se presenta la evolución y distribución del gasto en IT, atendiendo a los distintos componentes que explican el gasto y a la distribución del coste según la duración de los procesos.

Posteriormente se pasa a realizar un diagnóstico de los principales problemas con los que se enfrenta la gestión de la IT, abordando cuestiones como el fraude y usos ajenos, pero también la relación con las condiciones de trabajo y los aspectos de gestión sanitaria, la percepción de la prestación por parte de la ciudadanía y el grado de colaboración entre los agentes intervinientes.

A partir de los elementos de caracterización y diagnóstico de problemas se pasa a valorar las medidas implementadas desde el punto de vista de su pertinencia, eficacia y coordinación/coherencia.

Se finaliza con un repaso a algunas experiencias y buenas prácticas nacionales e internacionales, para pasar a presentar las principales conclusiones y recomendaciones.

2. DESCRIPCION DE LA INTERVENCIÓN Y DE LAS CARACTERISTICAS ESENCIALES DE SU CONTEXTO

2.1 Antecedentes y contexto internacional de la protección por IT

2.1.1 Concepto de Incapacidad Temporal

La prestación de incapacidad temporal (en adelante IT) es una prestación que forma parte de la acción protectora de los sistemas de Seguridad Social (en adelante S.S.). Dichos sistemas constituyen un instrumento de protección de los trabajadores y de la población en general frente a la existencia de determinados riesgos o contingencias sociales.

La S.S conceptualmente se ha ido construyendo sobre la noción de riesgo social y, más tardíamente, en torno a la protección de situaciones objetivas de necesidad, independientemente del origen de la misma. Ello comporta que la S.S. conjugue dos elementos protectores: el sistema de previsión social, de origen corporativo y fraccionado, basado en el conjunto de seguros sociales que cubrían a los trabajadores frente a las contingencias profesionales ; y los sistemas de asistencia pública social y servicios sociales, basados en los principios de universalidad subjetiva o derecho de ciudadanía.

Este hecho comporta que el campo de aplicación de los S.S se haya ido ampliando paulatinamente, y, paralelamente, que la cobertura otorgada a través de la S.S se provea no sólo a través de rentas de sustitución de ingresos profesionales, sino también a través de rentas de compensación de carácter no contributivo (derecho subjetivo de protección).

Dentro del campo protector de la S.S., la prestación de IT¹⁷ tiene por objeto la cobertura de la situación en la que se encuentra un trabajador debido a una alteración del estado salud originada por un proceso patológico, acaecido como consecuencia de una enfermedad laboral o común o un accidente, sea o no de trabajo. La prestación de IT tiene un carácter temporal, pues subsiste durante el tiempo en el que el trabajador recibe atención sanitaria de la Seguridad Social y se encuentra impedido para realizar las actividades laborales o profesionales que desarrollaba con anterioridad, hecho que motiva la suspensión del contrato de trabajo.

¹⁷ Ver definición en art. 128 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social

La cobertura por IT presenta dos dimensiones prestacionales. Desde el punto de vista económico, constituye un mecanismo de sustitución de rentas de trabajo dejadas de percibir como consecuencia del episodio de baja laboral, que compensa la reducción de renta experimentada por el trabajador, consistente en un subsidio equivalente a un porcentaje del salario.

Una segunda dimensión inherente a la IT es la prestación sanitaria en especie recibida, que tiene por objeto el mantenimiento y recuperación de la salud del trabajador, mientras dure la inactividad provocada por la patología causante de la IT.

La incapacidad temporal tiene una duración máxima de 12 meses prorrogables por otros 6 más 6 como máximo.

Por otro lado, cabe diferenciar entre la prestación por contingencias comunes y la asociada a contingencias profesionales. Como veremos posteriormente, en función del origen de la incapacidad, varía el procedimiento, los requisitos y los derechos asociados.

2.1.2 La IT en el contexto internacional

Los distintos sistemas de Seguridad Social de los países desarrollados contemplan, dentro de su catálogo de prestaciones, la protección frente a situaciones de necesidad derivadas de IT. La comparación internacional, no obstante, resulta en ocasiones problemática, por cuanto no existe unidad conceptual en lo referente al contenido de IT, la extensión del mismo ni en la delimitación de los riesgos que se protegen. Hecha esta salvedad, las características de los distintos sistemas (tales como financiación, requisitos de acceso al sistema, configuración del derecho, provisión de servicios, etc.), presentan una serie de rasgos comunes:

- La financiación de la protección suele ser mixta. Las prestaciones en especie, fundamentalmente la atención sanitaria, suelen estar financiadas por contribuciones e impuestos¹⁸, aún cuando para el caso de algunos países nórdicos la financiación deriva exclusivamente de los impuestos generales recaudados. La prestación económica tiene una naturaleza claramente contributiva.
- Suele exigirse un período previo de cotización, normalmente computado en días u horas de trabajo cotizados o trabajados. En algunos supuestos, se exige el pago de un mínimo de contribuciones, vinculadas al salario mínimo interprofesional o salario equivalente. No obstante, algunos de los sistemas más benefactores obvian este requisito (Suecia y Alemania).
- En la mayoría de los sistemas de S.S, la empresa asume el pago de la prestación por IT durante las primeras semanas. Para algunos países, la empresa corre a cargo del pago de la mayoría de la prestación económica,

¹⁸ En España, si bien la financiación del servicio público de salud es exclusivamente presupuestaria, la atención sanitaria por IT, incluyendo contingencias comunes y profesionales, es mixta.

siendo muy débil la protección derivada del sistema público (Italia y Gran Bretaña).

- La cuantía de los beneficios es variable, apreciándose cierta disparidad entre países, y estando la cuantía de la prestación económica referida, en la práctica totalidad de los casos, a un porcentaje del salario real o las bases de cotización por la contingencia cubierta. Los países nórdicos suelen presentar índices de sustitución de salarios muy elevados.
- La duración suele oscilar entre los 6 y los 18-20 meses.
- Se suele exigir un período de espera para acceder al cobro de la prestación económica, de en torno a 3 días. Alemania, Dinamarca y Noruega carecen de él, y éste es muy reducido para Suecia y Bélgica.
- En los países nórdicos la prestación por IT suele incluir como contingencia cubierta, los períodos de enfermedad, más o menos grave, de los hijos a cargo, personas dependientes y discapacitados. Esta ampliación de los mecanismos benefactores no se aprecia en los países continentales, liberales o mediterráneos.
- Uno de los elementos comunes a la mayoría de sistemas de protección de las incapacidades temporales lo constituye el hecho de que los distintos sistemas suelen diferenciar la IT en función de las contingencias que originan en proceso de incapacitación temporal para el desempeño laboral: bien sean profesionales (accidente de trabajo o enfermedad profesional), bien sean comunes (enfermedad común o accidente no laboral), siendo los beneficios sociales derivados de las primeras significativamente superiores a las segundas. En el caso de la incapacidad motivada por contingencias profesionales, como ejemplo, no se exige período de carencia y la cuantía de la prestación es superior. Esta situación es herencia de las inercias institucionales derivadas de la construcción de los seguros sociales en torno a los cuales se nuclearon los sistemas de Seguridad Social y también de la importancia que tienen algunos elementos conceptuales y de responsabilidad en los hechos causantes¹⁹.

El anexo I presenta las tablas comparativas de los sistemas de Seguridad Social en materia de IT.

Las diferentes características permiten construir una taxonomía de países, en función de la amplitud de los beneficios obtenidos, tanto en cuantía y duración de la prestación, como en la exigencia de períodos de espera, cotización previa, etc., que se presenta en la siguiente tabla.

Dicha taxonomía se ajusta, a grandes rasgos, a la tipología de regímenes de bienestar construida por G. Esping-Andersen (1993 y 2000): Los países nórdicos presentan una mayor intensidad y cobertura en materia de

¹⁹ El trabajo de Cavas Martínez, F. y F.J. Fernández Orrico (2006) analiza las causas de la pervivencia en nuestro modelo de S.S de la separación de contingencias.

protección social que el resto de países²⁰. Uno de los elementos más característicos es la ampliación del derecho a IT por contingencias sufridas en el ámbito familiar. En el presente caso, no obstante, existen países con sistemas de S.S de origen continental o bismarckiano con un grado de protección muy próximo, como sucede en el caso de Alemania o Austria. Y finalmente los países liberales, con un sistema de protección relativamente débil.

Tabla 1.
Índice de protección en materia de IT

Finlandia	2,60
USA	2,70
Holanda	3,40
Canadá	3,52
Gran Bretaña	3,87
Australia	4,10
Bélgica	4,38
Polonia	4,58
Portugal	4,75
España	4,75
Eslovaquia	5,00
Suiza	5,09
R. Checa	5,15
Francia	5,24
Dinamarca	5,40
Austria	5,46
Alemania	6,11
Noruega	6,43
Suecia	6,73

Fuente: R. Osterkamp y O. Röhn (2007)

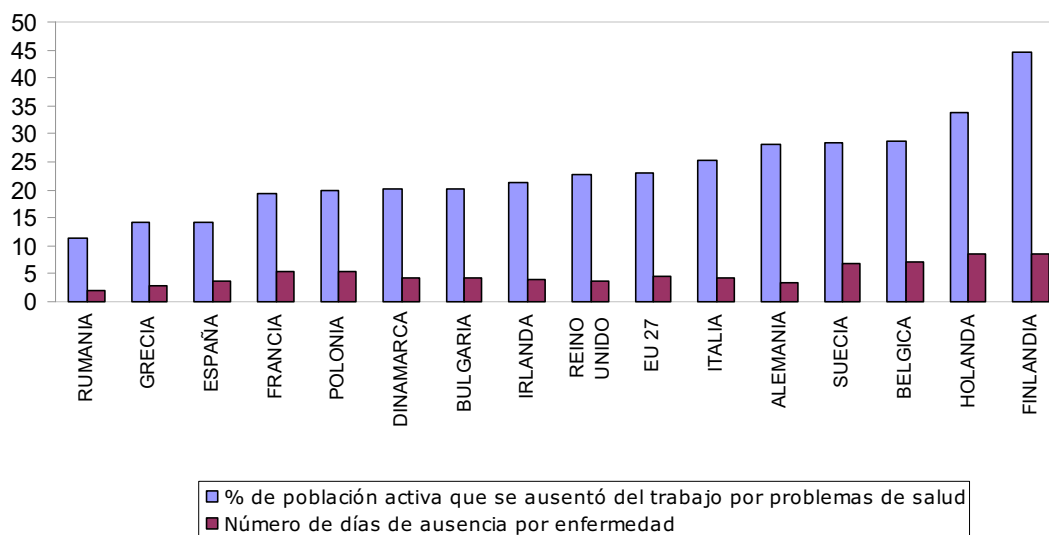
En el ámbito internacional se observan variaciones en los ratios del porcentaje de la fuerza de trabajo ausente por enfermedad y de la media de los días perdidos a lo largo del año anterior. D. Gimeno, F.G. Benavides et. Al.(2004), empleando los datos de la tercera Encuesta Europea de Condiciones Laborales señalan la existencia de una menor proporción de la fuerza laboral en IT en los países del sur de Europa que en los del centro del continente, y de éstos respecto a los países nórdicos. El gráfico uno muestra dichos datos para 2006, empleando la Cuarta Encuesta Europea de Condiciones Laborales²¹.

²⁰ Salvo en el caso de Finlandia, que sorprendentemente, presenta un muy bajo índice de protección.

²¹ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007) Fourth European Working Conditions Survey. Luxemburgo, 2007. 133 págs.

Gráfico 1.

Porcentaje de población trabajadora que se ausentó del trabajo durante 2006 por motivos de salud y número medio de días de ausencia



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la IV Encuesta Europea de Condiciones Laborales

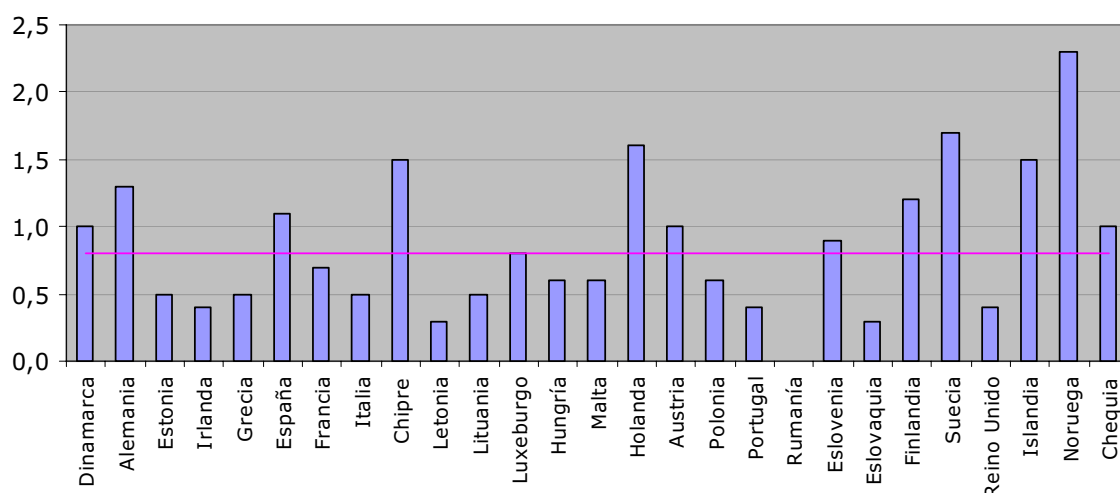
Si bien no hay unanimidad en la literatura internacional respecto al peso de los distintos factores explicativos, algunos estudios apuntan a las condiciones institucionales anteriormente señaladas como elemento determinante de las variaciones observadas. Así, R. Osterkamp y O. Röhn (2007), utilizando un modelo de regresión con datos de panel del OECD Health Data, construyen un índice de coste de oportunidad denominado medida de la generosidad de los sistemas, y encuentran un efecto fuertemente positivo y significativo de dicho índice, junto a la rigidez de protección del empleo y el PIB per capita²².

Como consecuencia de la totalidad de factores apuntados, el gasto en IT en el conjunto de los países nuestro entorno es variable, como refleja el gráfico dos. En él se observa que los países con unos regímenes de bienestar más generosos muestran un mayor porcentaje del PIB destinado al pago de subsidios por IT (tanto por contingencias comunes, como profesionales) que el resto de países, donde existe una gran oscilación. El gasto en España se aleja del conjunto de países Mediterráneos, ocupando el octavo lugar en cuanto a

²² Para una revisión de los trabajos a nivel internacional en esta materia, y los elementos determinantes de las diferencias observadas en IT, véase Osterkamp, R. y O. Röhn (2007). Entre éstos destaca la generosidad de los sistemas de protección, si bien otros trabajos no lo consideran como factor explicativo; la responsabilidad y actitud de los empleadores, el comportamiento disciplinador o no del ciclo económico (el desempleo muestra un comportamiento pro-cíclico y anti-cíclico, según diversos estudios); empleos precarios con escasa protección social, o las características socioeconómicas de los trabajadores.

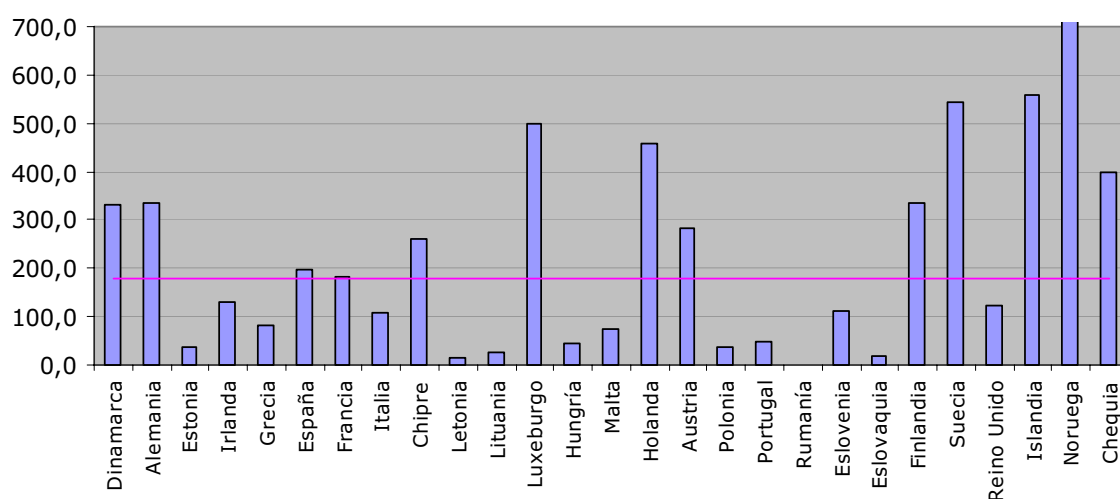
gasto total del PIB. Este dato, no obstante, se ve atemperado al introducir la variable número de habitantes, donde España ocupa el rango medio de gasto, con 200 euros, muy alejado tanto de los países nórdicos como de los del Sur. Por otro lado, el gráfico cuatro muestra la evolución del gasto en IT para el período 1995-2006, último dato disponible, observándose en el caso de España un mantenimiento en tono al 1% del PIB²³.

Gráfico 2.
Porcentaje de gasto del PIB en subsidios por IT en 2006



Fuente: elaboración propia partir de datos del SESPROSS

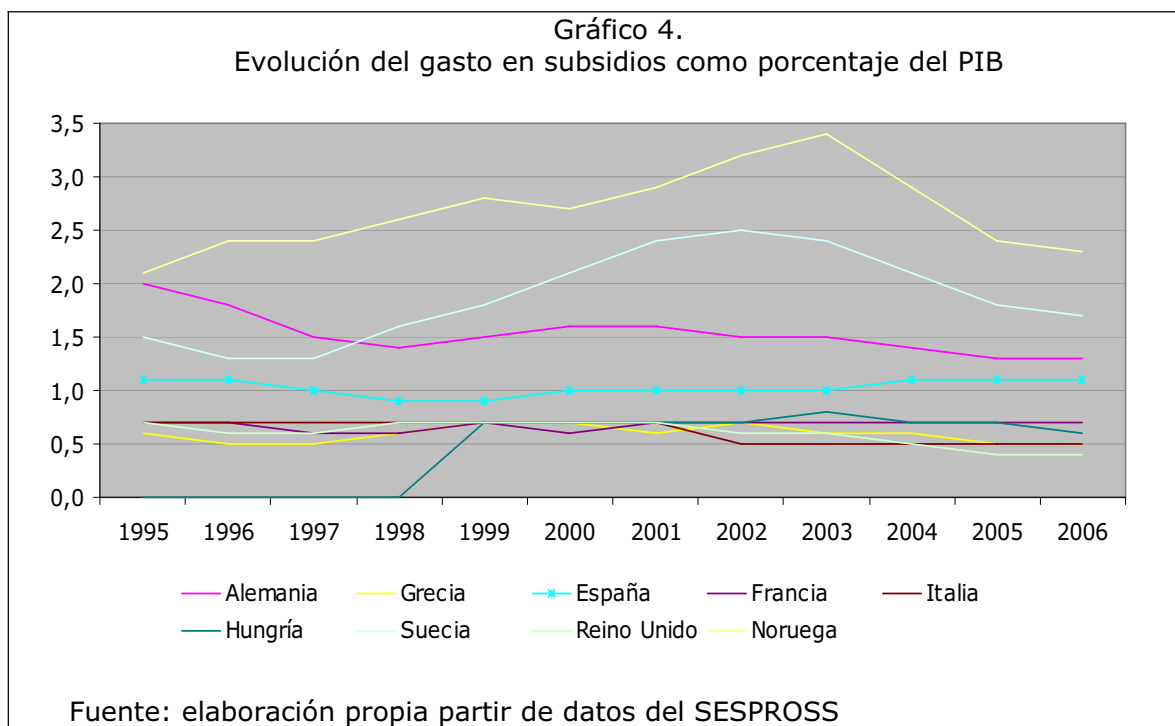
Gráfico 3.
Gasto en subsidios por habitante en 2006. En precios constantes año 2000



*El valor de Noruega alcanza 1.200 euros

Fuente: elaboración propia partir de datos del SESPROSS

²³ Según datos del SESPROSS. Según datos del INSS en 2006 estaría en el 0,7% del PIB.



En definitiva, según estos datos, España presenta un nivel de protección en IT intermedio a nivel internacional, un bajo nivel de absentismo y un gasto que se mantiene relativamente estable en relación al PIB, con dos momentos de incremento más destacados en el año 1999 y en el año 2004.

2.2 La intervención pública en materia de ITcc: el Pacto de Toledo y los grandes ejes estratégicos

Si bien la presente evaluación tiene por objeto evaluar las medidas desarrolladas en materia de ITcc durante el período 2005-2008, resulta pertinente contextualizarlas dentro de las líneas estratégicas contenidas en el Pacto de Toledo, su posterior desarrollo normativo y la evolución experimentada por el gasto de IT.

La ITcc ha sido objeto de una constante intervención por parte de los poderes públicos en los dos últimos decenios. Aún cuando se produjeron reformas de envergadura de dicha prestación con anterioridad,- como la llevada a cabo en 1992, por la que los empresarios pasaron a asumir el coste de la prestación económica desde el día cuarto al decimoquinto de ITcc, o la modificación introducida por la Ley 42/1994-²⁴, el Pacto de Toledo, aprobado por el

²⁴ La Ley 42/1994 de medidas fiscales, administrativas y del orden social unificó la incapacidad laboral transitoria y la invalidez provisional en la nueva prestación de IT. La maternidad pasó a ser considerada como una prestación específica, desligada de la ITcc. Asimismo, se reconoce a las mutuas la capacidad de asumir competencias en ITcc, espacio reservado hasta ese momento a las entidades gestoras de la Seguridad Social (INSS o ISM). Por otro lado, en aras a la necesaria cooperación y coordinación en la gestión de la IT se facultaba al INSS, MATEPSS, INSALUD y Servicios de Salud de las CCAA a establecer acuerdos, teniendo en cuenta los criterios que pudiese establecer el Consejo Interterritorial del SNS.

Congreso de los Diputados el 6 de abril de 1995, representa un hito fundamental en la ordenación del sistema de Seguridad Social en su conjunto.

El Pacto supuso el establecimiento de los grandes ejes estratégicos que debían contribuir al reforzamiento y consolidación del sistema de Seguridad Social en nuestro país. En dicho pacto subyacía la necesidad de hacer viable financieramente el sistema, buscando un equilibrio entre los incrementos del gasto del conjunto de prestaciones de la S.S., derivados de nuevas necesidades, y el crecimiento de la economía. Otro principio rector básico del acuerdo era la necesaria distribución equitativa de los beneficios sociales del sistema de S.S.

La prestación de incapacidad temporal, como prestación característica de la S.S., no es ajena a la reforma. El Pacto recogía una recomendación específica (decimotercera) referida la incapacidad temporal. En ella se manifestaba la necesidad de *“adoptar medidas destinadas a mejorar la gestión de las prestaciones por incapacidad temporal y por invalidez, al objeto de frenar las causas de fraude dentro del sistema público en el acceso y permanencia de las prestaciones”*. Se otorgaba prioridad a la fijación de un calendario y el fortalecimiento de los medios humanos necesarios para *“profundizar en la participación y corresponsabilidad social en la gestión, control y vigilancia de estas prestaciones”*²⁵.

La Renovación del Pacto del Toledo operada en 2003²⁶, recogió nuevas recomendaciones una vez analizada la situación del sistema de S.S tras las reformas introducidas por el Pacto original en el contexto social e institucional de ese momento. Se reiteraba la necesidad de seguir avanzando en la lucha contra el fraude y en la implantación de medidas de control en materia de IT. En una doble vertiente: impedir o limitar las prácticas abusivas tanto en la prestación de IT como en la de invalidez, y reforzar las medidas de coordinación entre las entidades responsables del pago de la prestación por incapacidad temporal y los SPS.

La concertación social llevada a cabo por los sucesivos gobiernos y los agentes sociales recogió las recomendaciones contenidas en el Pacto de Toledo, e incorporó de este modo a sindicatos y asociaciones empresariales en la corresponsabilidad del control del fraude en la IT. Si bien el Acuerdo sobre la consolidación y racionalización del Sistema de la Seguridad Social de 1996 no contenía ninguna mención explícita a la incapacidad temporal, el Acuerdo para la mejora y desarrollo del sistema de protección social alcanzado en 2001 por el Gobierno y CCOO, CEOE y CEPYME incardina las medidas contempladas en

²⁵ “El Pacto de Toledo: recomendaciones. Informe de la Ponencia para el análisis de los problemas estructurales del sistema de la Seguridad Social y de las principales reformas que deberán acometerse”. 1995.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?id=588>

²⁶ Dicha reforma se articuló en base al Informe de la Comisión no permanente del Congreso de los Diputados para la Valoración de los Resultados Obtenidos por la Aplicación de las Recomendaciones del Pacto de Toledo de 2 de octubre de 2003.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/comision-informe-01.pdf>

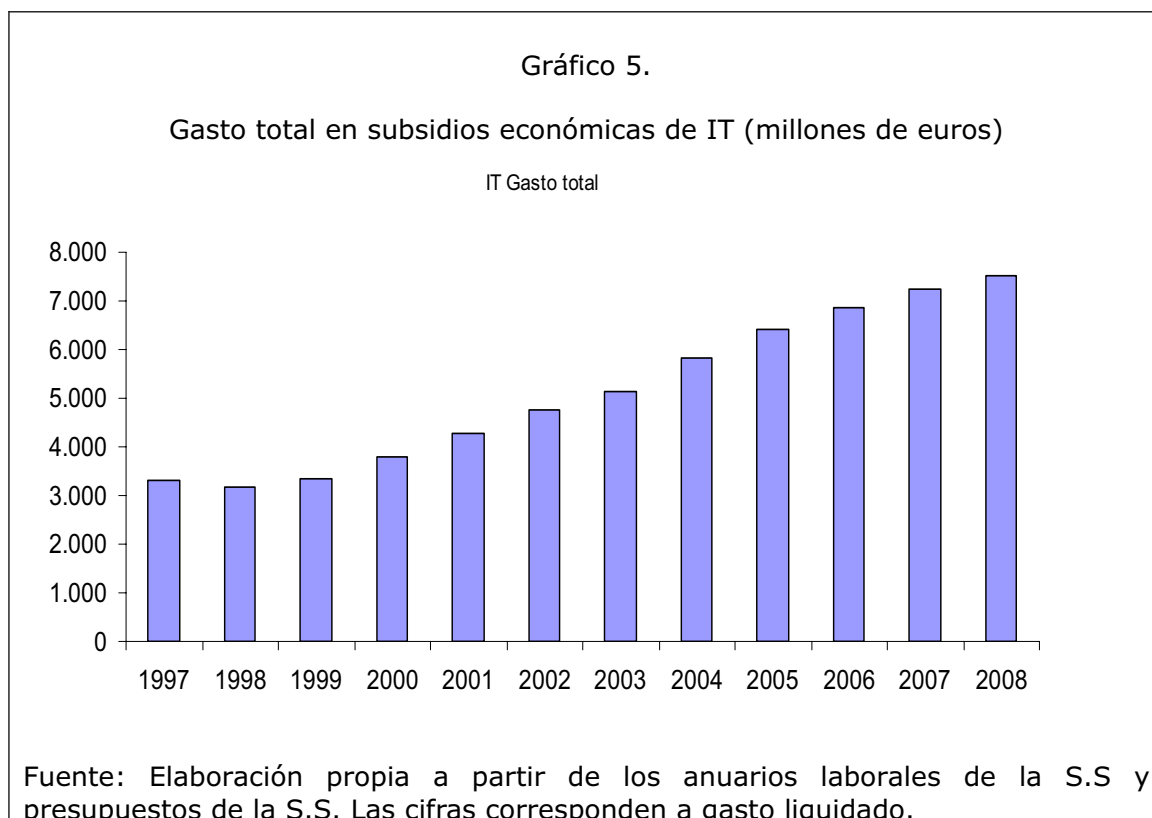
materia de ITcc en un apartado de lucha contra el fraude, incidiendo en las medidas de control que impidan un uso abusivo de la prestación²⁷.

Dos preocupaciones marcan, por tanto, la definición de las líneas estratégicas de la intervención en materia de ITcc:

- Por un lado la necesidad de mejorar el control de las prestaciones, evitando las posibles prácticas abusivas y fraudulentas en esta prestación de la S.S., pero respetando, al mismo tiempo, los derechos de quienes se encontrasen en dicha situación.
- Por otro lado, la necesidad de mejorar la cooperación de las entidades intervinientes en la gestión de los procesos de incapacidad temporal para el trabajo, cooperación especialmente necesaria dada la dualidad de dimensiones prestacionales de la ITcc (dimensión económica y sanitaria), y la multiplicidad de agentes intervinientes en la gestión (tanto de naturaleza pública como privada). En cierto modo este objetivo es subsidiario y coadyuva al cumplimiento del primero.

Ambas líneas estratégicas, en especial el correcto uso de la prestación de ITcc, ha estado en cierto modo condicionada por el constante incremento experimentado por el gasto en subsidios económicos por IT en términos absolutos e interanuales tanto durante la década de los años noventa como a lo largo de la actual. De hecho, uno de los objetivos del Pacto era garantizar la viabilidad financiera del sistema, viabilidad que podía verse afectada, en lo que atañe a la IT, por los incrementos de gasto. Tal y como se refleja en el gráfico cinco el gasto en IT se ha incrementado algo más de 3.000 millones de euros en 1997 a 7.533 millones en 2008. Para el año 2009, y como consecuencia de la crisis económica, el gasto es relativamente menor: los primeros datos, aunque de carácter provisional, apuntan a un reconocimiento de obligaciones por importe de 5.560 millones de euros (un 68,72% de lo presupuestado inicialmente).

²⁷ En concreto el Acuerdo contempla tres medidas: una mayor coordinación entre las entidades pagadoras de la prestación y los SPS, impedir la concatenación abusiva de IT y desempleo y evitar la prolongación de la situación de baja ante la incomparecencia del trabajador a los reconocimientos médicos.



La tasa de variación interanual muestra incrementos de gasto muy acusados a lo largo de toda la presente década, en especial en los primeros años dos mil, en los que situó por encima del 10%, descendiendo a partir de 2004 de forma paulatina.

Tabla 2.

Variación interanual del gasto en IT

1996	4,09%
1997	-5,61%
1998	-4,63%
1999	5,39%
2000	13,55%
2001	13,03%
2002	11,13%
2003	8,41%
2004	13,11%
2005	9,89%
2006	6,93%
2007	5,89%
2008	3,85%

Fuente: Elaboración propia a partir de los anuarios laborales de la S.S y presupuestos de la S.S. Las cifras corresponden a gasto liquidado, salvo para los ejercicios 2008 (en el caso de las MATEPSS) y 2009 (para MATEPSS e INSS), en el que se toma el gasto presupuestado.

La ITcc constituye la mayor parte del gasto en IT, un 85% en el año 2007. A continuación se detallan las principales reformas que han afectado a esta prestación en los últimos años.

- Medidas normativas encaminadas a mejorar el control y el correcto uso de la prestación de ITcc

La preocupación por evitar el uso indebido y fraudulento de la ITcc en cuanto instrumento de protección social de situaciones de necesidad ha sido una constante a lo largo del tiempo. En cierto modo esta prestación ha sido percibida como un espacio de refugio, siendo empleada, en ocasiones, como mecanismo que cumple un doble objetivo ajeno a su configuración: bien como un medio para justificar ausencias del trabajo (uso fraudulento), bien como refugio frente a otras necesidades sociales, contempladas o no por otras prestaciones o instituciones características del estado de bienestar, tales como cuidados de personas dependientes, motivos familiares, dificultades laborales (acoso laboral, mobbing, conflictos sociales), necesidades formativas, etc.²⁸

La intervención pública con el objeto de impedir el posible uso fraudulento se acentúa con posterioridad a la aprobación del Pacto del Toledo. Así, la Ley 13/1996 de medidas fiscales, administrativas y de orden social, desarrollada por el RD 575/1997²⁹ introduce una serie de cambios orientados a fortalecer los mecanismos de control y supervisión de los trabajadores en situación de ITcc por parte de los entes gestores de la prestación económica³⁰.

La Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico el Pacto de Toledo, no contiene mención alguna a la IT, si bien su exposición de motivos hace referencia a distintas recomendaciones y prestaciones, entre

²⁸ Si bien desde el punto de vista jurídico ambas cuestiones se recogen bajo el término de “usos indebidos”, en la presente evaluación se establecerá una clara diferenciación entre usos fraudulentos (injustificados) y usos ajenos (necesidades más o menos perentorias satisfechas mediante la IT y baja laboral, ante la ausencia, rigidez o imperfección de otros institutos protectores).

²⁹ La propia exposición de motivos del Real Decreto 575/1997 afirma que el RD se inscribe en el programa del Gobierno de lucha contra el uso indebido de la IT.

³⁰ Entre dichos mecanismos novedosos destacan:

- Se posibilita que el personal facultativo tanto el INSS como las MATEPSS puedan acceder a los diagnósticos médicos de los SPS.
- Tanto el INSS como las mutuas pueden efectuar propuestas de alta médica en la ITcc a los servicios sanitarios, quienes continúan manteniendo plena capacidad decisoria en el ámbito de la prestación sanitaria.
- Con el tercer parte de baja se debe emitir por el facultativo un informe médico complementario.
- A partir del tercer mes de baja la inspección sanitaria debe emitir un informe de control. Se amplían las posibilidades de que, por parte del INSS o las mutuas, se lleven a cabo controles sanitarios con el objeto de comprobar la situación del beneficiario.

ellas la decimotercera, reforma que deberá abordarse dentro de las posibilidades financieras del sistema, a la mayor brevedad posible.

En la misma línea de fortalecer el control de los entes responsables del pago de la prestación económica frente a los servicios sanitarios (tanto facultativos de atención primaria como servicios de inspección sanitaria de los SPS), la Ley 66/1997³¹ introdujo una novedad de gran trascendencia.

A partir de ese momento, el parte de alta podía ser expedido por los facultativos del INSS, a los exclusivos efectos de la prestación económica de la S.S. reforma que, por primera vez, atribuía al ente gestor de la prestación económica competencias en materia del alta médica en los episodios de IT, función asignada en exclusiva hasta la fecha a los servicios sanitarios. No obstante, para que dicha alta fuese efectiva, se requería el reconocimiento previo del trabajador y que la inspección del servicio sanitario no formulase oposición a dicha alta en el plazo de 3 días³² (alta condicional).

La ley 24/2001³³, por su parte, alteró la interacción existente entre IT y desempleo y pretendió limitar parcialmente las posibilidades de utilizar la IT como medio de obtener una prestación superior o un alargamiento del período por el que el beneficiario obtenía protección por parte del sistema de S.S. Con anterioridad a la reforma, aquellos trabajadores que, estando en situación de IT veían rescindido su contrato de trabajo, continuaban estando cubiertos por la prestación de IT hasta la extinción de la situación incapacitante, momento en el que pasaban a percibir la prestación por desempleo de naturaleza contributiva³⁴. Esto es, ambas prestaciones se sucedían en el tiempo, cada una de ellas con la duración fijada por el ordenamiento jurídico. A partir de la reforma, el tiempo que se hubiese permanecido en IT con posterioridad a la extinción de la relación laboral se descontaba del período de prestación por desempleo. De este modo se pretendía desincentivar el posible uso fraudulento de los trabajadores de “alargar” o situarse en IT cuando tenían conocimiento previo de la ruptura del vínculo laboral con la empresa.

El conjunto de medidas implementadas a lo largo de la década de los años 90 logró contener la evolución creciente del gasto total en IT entre los años 1997 y 2000, como se observaba en el gráfico cinco, tendencia que se invirtió a partir de esa fecha.

³¹ Desarrollado por Real Decreto 1117/1998.

³² Dicho plazo era tan exiguo que resultaba de difícil cumplimiento. Por lo demás, la Disposición Adicional Primera del RD 1117/1998, determinaba que, en el supuesto de haberse expedido dicho alta, durante los siguientes 6 meses posteriores a la misma correspondía al INSS los partes médicos de baja originados por el mismo proceso patológico que anteriormente habían originado el alta.

³³ Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social.

³⁴ Esta situación no se daba cuando el episodio de IT ocurría durante la percepción de la prestación por desempleo, por cuanto el tiempo transcurrido en IT se restaba del período que faltase para la finalización de la prestación de desempleo.

- La coordinación de las entidades intervinientes

El segundo de los objetivos estratégicos de la reforma de la renovación del Pacto de Toledo fue la necesidad de articular medidas que posibilitasen una adecuada coordinación entre las distintas entidades intervinientes en materia de ITcc, por un lado los entes responsables del pago de la prestación por incapacidad temporal, y por otro los responsables de la prestación de asistencia sanitaria.

La competencia en materia de gestión de la prestación económica de ITcc correspondía al Instituto Nacional de Seguridad Social, integrado en la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, o a las MATEPSS a partir de 1995, según cual hubiese sido la elección llevada a cabo por el empresario para la cobertura de esta contingencia.

La participación de las mutuas en la gestión de la ITcc es un fenómeno relativamente reciente. El ámbito de actuación tradicional de éstas ha sido la prestación de IT por contingencias profesionales y, más recientemente, la prevención de riesgos laborales, aspecto indisolublemente unido al primero.

A partir de 1994, -mediante la Ley 42/1994-, se reconoció a las mutuas la capacidad de asumir competencias en la ITcc, espacio reservado hasta ese momento a las entidades gestoras de la Seguridad Social (INSS o Instituto Social de la Marina). Este hecho ha supuesto que el porcentaje de población trabajadora cubierto por las MATEPSS por ITcc haya aumentado de forma progresiva, en detrimento de la cobertura prestada por el INSS.

La separación de competencias en materia de ITcc entre la entidad que asume el pago de la prestación económica sustitutiva de rentas (INSS o MATEPSS), y el organismo que mediante la atención sanitaria reconoce el hecho causante que genera el pago de la prestación y suspende la relación contractual laboral, unido a la intervención de las mutuas, supone dificultades en la gestión de la prestación. Esto no implica que se valore negativamente esta separación de competencias.

De este modo se sitúa fuera de la esfera decisional del ente pagador el mecanismo de activación de protección social, hecho que, junto a las dificultades objetivas de diagnóstico de la patología, dificultan el control de la situación. Se produce una escisión a efectos económico-presupuestarios y de gestión entre las dos dimensiones inherentes a la ITcc (económica y sanitaria), con claros efectos sobre el diseño de la intervención, hecho motivado por los diferentes intereses y objetivos que en último término tienen las entidades gestoras. El INSS y las MATEPSS, en cuanto a responsables de la prestación económica, manifestarán una mayor sensibilidad y preocupación por el control y contención del gasto. Los SPS centrarán su atención en consideraciones de orden sanitario, careciendo de incentivos directos respecto al control del gasto público en ITcc, al no asumir las

administraciones de las CCAA en las que se insertan el coste de las prestaciones económicas³⁵.

Consciente de los riesgos inherentes a la presencia de múltiples entes intervinientes en la gestión de la ITcc, dada la escisión de ambas esferas, el Pacto de Toledo abogaba por el establecimiento de mecanismos de coordinación entre las distintas entidades gestoras. Esta función se desarrolló en lo fundamental a través del establecimiento de mecanismos de información que permitiesen a los agentes intervinientes y en especial al INSS, disponer de información fiable respecto a los episodios de incapacitación para el trabajo.

Así, ante la necesidad de contar con información objetiva y actualizada respecto a la ITcc, y dada la existencia de diferentes entidades con competencias en IT, los organismos gestores de la S.S implantaron un conjunto de medidas destinadas a generar un sistema de información. En este sentido, en 1997, la Subdirección General de Seguimiento Presupuestario de la S.S. acordó con las mutuas el establecimiento de una serie de ratios e indicadores de carácter económico y presupuestario de gestión de ITcc. Y por otra parte, en los sucesivos convenios que se venían firmando entre el INSS y las CCAA se incluían objetivos de mejora en la transmisión de información sobre los partes de baja.

La tabla tres refleja los objetivos estratégicos, operativos y las medidas implementadas con anterioridad a la intervención objeto de la presente evaluación.

³⁵ Aunque sí el coste sanitario de la prestación por ITcc, que puede ser estimado en entre un tercio y la mitad del coste del gasto de los centros de atención primaria. Véase el apartado de análisis.

**Tabla 3. Reconstrucción de la lógica de la intervención previa:
Objetivos estratégicos, operativos y medidas implementadas
hasta el año 2004**

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	OBJETIVOS OPERATIVOS	MEDIDAS	IMPLEMENTACIÓN
Reducción del fraude en la prestación de ITcc (Pacto de Toledo 1995-2003)	Fijación de un calendario y dotación de recursos humanos		
	Corresponsabilidad social en la gestión, control y vigilancia del fraude	Suscribir acuerdos con los agentes sociales	o Acuerdo para la mejora y desarrollo del sistema de protección social (2001)
	Introducción de medidas de control de los episodios de IT	Las EG o las mutuas ejercerán el control y seguimiento de la prestación económica por IT	o Real Decreto 575/1997
		Ampliación de la posibilidad de realizar controles sanitarios	o Real Decreto 575/1997
		Puesta a disposición de los facultativos de cuadros con duraciones medias tipificados para los distintos procesos patológicos	o circular 1/1997 del INSS
		Informe médico complementario en el tercer parte de confirmación de baja	o Real Decreto 575/1997
		Informe trimestral de control por parte de la inspección sanitaria de SPS	o Real Decreto 575/1997
		Propuesta de alta de los servicios médicos de la entidad responsable de la prestación económica (INSS y mutuas) a los SPS	o Real Decreto 575/1997
		Valoración médica de la situación del beneficiario al agotarse la duración máxima de ITcc (18 meses) por los SPS.	o Real Decreto 575/1997
		Parte de alta expedido por el INSS a los exclusivos efectos de las prestaciones económicas de la SS (alta médica condicional)	o Ley 66/1997 desarrollado por Real Decreto 1117/1998
		En los 6 meses posteriores al alta expedida por el INSS, sólo la inspección sanitaria de SPS puede expedir baja por mismo proceso patológico.	o Ley 66/1997 desarrollado por Real Decreto 1117/1998
	Mejorar la eficacia y eficiencia de la gestión en ITcc	Introducción de indicadores económicos de control en los convenios generales Entrada de las mutuas en la gestión de la prestación económica de ITcc	o Convenios generales suscritos en base al Fondo "Programa Ahorro en IT" creado por la Ley 21/2001 o Ley 42/1994
Reforzamiento de la coordinación entre agentes intervinientes	Mejora de los sistemas de información e intercambio de la misma entre entidades responsables del pago y de la atención sanitaria	Acceso a los diagnósticos médicos de los SPS por parte de facultativos del INSS y MATEPSS	o Real Decreto 575/1997
Ampliación del sistema de protección social para evitar los usos indebidos	Introducción de mecanismos para la conciliación de la vida familiar y profesional	Aprobación de una Ley para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras	o Ley 39/1999, de 5 de noviembre

2.3 Regulación normativa, actores intervinientes y proceso de reconocimiento y gestión de la ITcc

2.3.1 La regulación normativa

La regulación de la IT se encuentra contenida en el Real Decreto Legislativo 1/1994 por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (en adelante TRLGSS) y la normativa de desarrollo.³⁶

En cuanto a las normas de referencia en relación con las medidas objeto de la evaluación son las siguientes:

- En relación con la gestión de los procesos por el INSS a partir de 12 meses:
 - o Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006. Disposición adicional cuadragésima octava, por la que se modifican los artículos 128.1. a) y 131 bis de la TRLGSS
 - o Ley 40/2007, de medidas en materia de Seguridad Social.
- En relación con los Convenios entre el INSS y las CCAA:
 - o Ley 21/2001, Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía.
 - o Convenios generales 2005-2009 y específicos 2006-2009.

2.3.2 Actores intervinientes y distribución competencial

La gestión de la prestación de IT es sumamente compleja, tanto por la configuración jurídica de la misma como por el conjunto de actores y organismos que intervienen en su reconocimiento, mantenimiento y extinción. Diferenciando entre la perspectiva económica y sanitaria de la prestación cabe destacar los siguientes actores que intervienen en la planificación, gestión, financiación y control de los procesos de IT:

- La gestión del subsidio económico correspondiente a la IT se lleva a cabo tanto por parte de las administraciones públicas (INSS), como por empresas en régimen de colaboración³⁷ y por entidades de constitución y gestión privada aunque sometidas a tutela administrativa (MATEPSS).

³⁶ Ver anexo III para mayor detalle.

³⁷ Las empresas colaboras son aquél conjunto de empresas que asumen la responsabilidad de prestar la atención sanitaria por contingencias comunes a través de medios propios, y, en la práctica, aunque no legalmente, a través de centros concertados.

Corresponde a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social,- encuadrada orgánicamente en el Ministerio de Trabajo e Inmigración-, las competencias estatales relativas a la dirección y coordinación de la gestión de los recursos financieros y gastos de la S.S, el impulso y dirección de la ordenación jurídica de la misma, y la dirección y control de las Entidades Gestoras y la Tesorería General de la S.S. En concreto, y en el plano económico, corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema público de Seguridad Social,-entre ellas la IT-, y el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria. Por otro lado, la Dirección General de Ordenación de la S.S tiene atribuidas, entre otras, las funciones de ordenación jurídica del sistema de la Seguridad Social, la realización del seguimiento en el orden económico y presupuestario de las Entidades Gestoras, Servicios Comunes y entidades colaboradoras de la Seguridad Social y la planificación y desarrollo de las funciones económico-financieras de la misma.

Por lo que respecta a las MATEPSS, éstas llevan a cabo la gestión económica del subsidio en aquellos casos en los que el empresario haya optado por asignar a una MATEPSS dicha gestión.

- Desde el punto de vista sanitario, si bien el reconocimiento del derecho a la atención corresponde a la S.S., en la práctica la asistencia de la Seguridad Social en los procesos de ITcc es desarrollada por los servicios públicos de salud. El diagnóstico y tratamiento clínico de los beneficiarios (y consiguientemente el reconocimiento jurídico de acceso a la prestación materializado mediante la emisión de los correspondientes partes de baja, confirmación de la baja y alta), corresponde a los facultativos de atención primaria, y, en determinadas circunstancias a la Inspección sanitaria de los SPS. Tanto los servicios de atención primaria de las CCAA y los inspectores sanitarios son identificados, por tanto, como actores destacados.

La atribución de las competencias sanitarias de la S.S a las distintas CCAA se ha producido de forma diferente. Así Las CCAA constituidas al amparo de lo previsto en el artículo 151 de la Constitución Española y las que se equipararon a ellas³⁸ ostentaban competencias en materia de sanidad a partir de 1994, correspondiendo al INSALUD, organismo dependiente de la AGE, la atención sanitaria de aquellas CCAA que habían accedido a la autonomía a través del artículo 143 de la Constitución.

Esta situación se alteró con el proceso de descentralización en materia sanitaria acontecido en el año 2002, al traspasarse las competencias de la atención sanitaria de la Seguridad Social a las diez CCAA que todavía no la habían asumido³⁹. A partir de esa fecha, corresponderá a los Servicios

³⁸ Cataluña, País Vasco, Navarra, Galicia, Comunidad Valenciana, Andalucía y Canarias.

³⁹ El Consejo de Ministros del día 27 de diciembre de 2001 aprobó los reales decretos que sancionaban los acuerdos adoptados en el seno de las Comisiones Mixtas de Transferencias constituidas al efecto, entre la AGE y las siguientes CCAA: Aragón,

Regionales de Salud y al INGESA,- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, que atiende a las ciudades autonómicas de Ceuta y Melilla-, la gestión de las competencias que hasta ese momento había tenido el INSALUD. En el caso particular de la gestión de la ITcc, esta transferencia se concretará en la atribución de la potestad de expedir los partes de baja, confirmación de baja y alta médica al resto de CCAA que carecían de competencias relativas a la prestación económica y que, consiguientemente, no soportaban el gasto económico de la misma.

En el plano sanitario, no obstante, la AGE mantiene las competencias que le asigna la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS. En particular, el Ministerio de Sanidad y Política Social (en adelante MSyPS) ostenta las funciones de coordinación general de la sanidad, en aras de un tratamiento integral de la atención sanitaria. Dicha función incluye la elaboración de planes y programas incardinados en el SNS, financiación, seguimiento y coordinación, así como alta inspección de la gestión sanitaria llevada a cabo por las CCAA.

El artículo 79 de la Ley 16/2003 concreta la función de Alta Inspección atribuida a la AGE, la coordinación y cooperación de la inspección en el SNS. Para ello, *“(...) establecerá mecanismos de coordinación y cooperación con los servicios de inspección de las CCAA, en especial en lo referente a la coordinación de las actuaciones dirigidas a impedir o perseguir todas las formas de fraude con cargo al sector público”*. Entre las actividades asignadas figura, de forma explícita, el seguimiento de la lucha contra el fraude en el SNS en materia de incapacidad temporal.

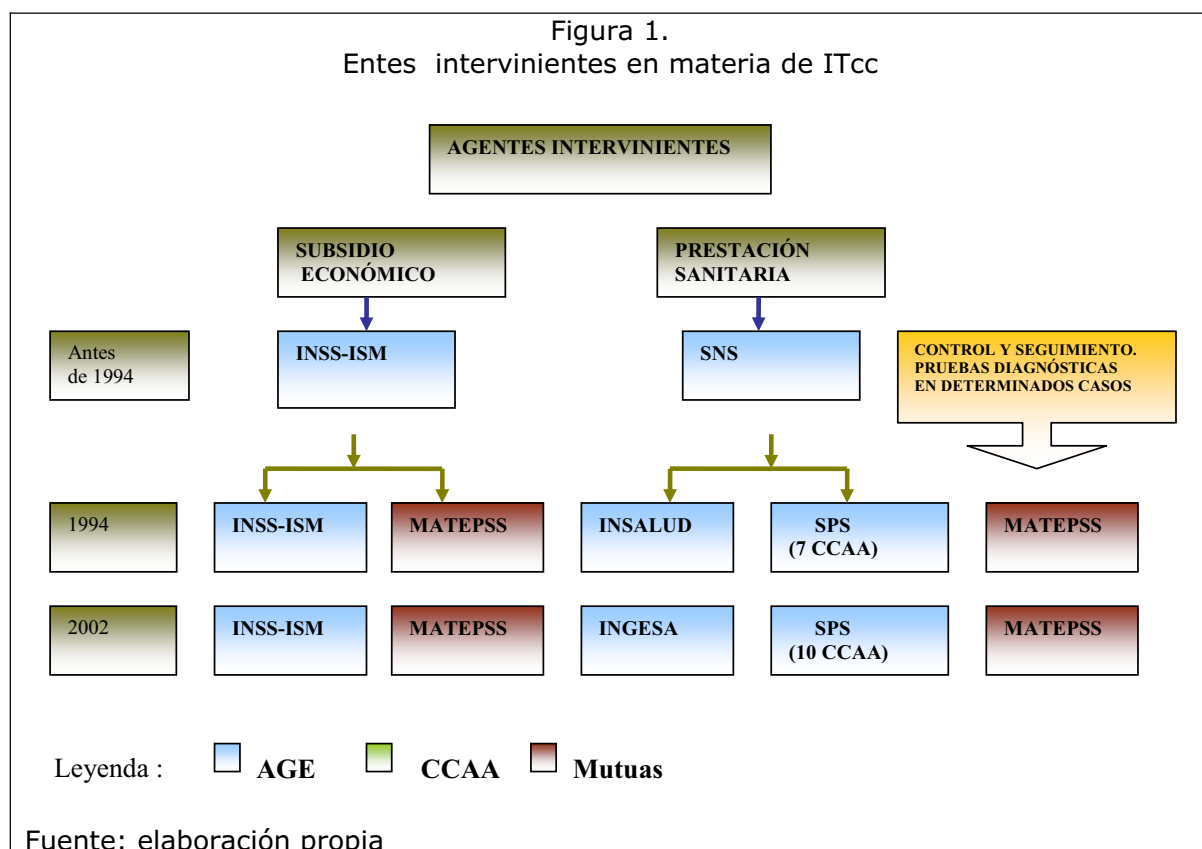
El ejercicio de esta función corresponde a la Subdirección General de Alta Inspección, dependiente de la Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección.

Por lo que respecta a las MATEPSS, desde el punto de vista clínico pueden participar en control y reconocimiento médico de los trabajadores, y en la realización de pruebas diagnósticas o médicas en los supuestos legalmente establecidos.⁴⁰

Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Illes Balears, La Rioja, Madrid y Murcia.

⁴⁰ Véase Álvarez de la Rosa, M. (2008). “Las prestaciones por incapacidad temporal e incapacidad permanente en un mundo laboral cambiante”. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Extra de Seguridad Social 2008. 14 págs.

La figura uno refleja la distribución de competencias entre los distintos entes gestores antes y después de las sucesivas reformas operadas en las dos últimas décadas.



Sobre este esquema dual económico y sanitario intervienen distintos servicios de inspección:

- Los servicios de inspección sanitaria de las CCAA, cuyas funciones dependen de lo establecido por la normativa dictada por las correspondientes CCAA. En lo esencial realizan la evaluación, gestión y control de la prestación, colaboran con los médicos de atención primaria, especialmente mediante el asesoramiento y la formación en la gestión de la IT-, y expiden altas y bajas en determinados supuestos.
- Los Inspectores Médicos de las Unidades Médicas del INSS a quienes corresponde comunicar a la Inspección Médica del SPS su intención de extender el parte de alta médica o la emisión de una propuesta de alta, a fin de que dichos órganos puedan manifestar su conformidad o disconformidad tanto a las intenciones de alta como a las propuestas, así como los Equipos de Evaluación de Incapacidades (EVI) competentes para proponer altas, prórrogas de IT e incoación de expedientes de IP.
- Las mutuas pueden desarrollar asimismo funciones de inspección y control, así como la realización de pruebas diagnósticas o médicas en determinados casos.

2.3.3 Proceso de reconocimiento, derechos de la prestación y gestión de la misma. Diferencias entre contingencias comunes y profesionales.

A la complejidad de actores y organismos que intervienen en la gestión de la IT, se suman las diferencias en el proceso en función del origen común o laboral de la contingencia.

Según la LGSS, contingencias profesionales son aquellas debidas a enfermedad profesional o accidente de trabajo y contingencias comunes las que derivan de enfermedad común o accidente no laboral.

En el caso de contingencias comunes, la prestación económica se abona a partir del cuarto día de baja, tanto para los autónomos que hayan optado por acogerse a esta cobertura como para los trabajadores por cuenta ajena, estando, para estos últimos, a cargo del empresario dicha prestación hasta el día decimoquinto inclusive, y a cargo de la Seguridad Social a partir de dicha fecha. La cuantía de la prestación es el 60% de la base reguladora entre el cuarto y el vigésimo día y el 75% a partir del vigésimo primero, aunque en numerosas ocasiones se han mejorado dichos porcentajes por convenio.

En el caso de contingencias profesionales, la prestación económica se abona a partir del día siguiente del hecho causante. El pago de la prestación, que alcanza el 75% de la base de cotización hasta la extinción de la situación de IT, corre a cargo de la entidad gestora de la prestación.

La tabla del anexo II recoge los requisitos, duración, cálculo de la prestación económica, entidad pagadora de IT, según el régimen de S.S. en el que se encuentre inscrito el trabajador en situación de IT, según determina el TRLGSS y la normativa actualmente vigente.

La diferenciación de contingencias de IT entre contingencias comunes y profesionales y la intervención de diferentes actores implica diferencias en el tipo de atención sanitaria que se puede recibir:

- El Sistema Nacional de Salud, caracterizado por el aseguramiento universal, una financiación pública, una gestión descentralizada y una provisión de servicios fundamentalmente gestionada por entidades de naturaleza pública, y basado en criterios de cohesión social, garantía de prestaciones sanitaria homogéneas, atención integral de la salud y equidad social, entre otros, cubre la atención sanitaria de la población en general y aquella derivada de las contingencias comunes y profesionales cubiertas por el INSS: la población con contrato de trabajo cuyo empleador haya optado por el INSS como gestor de la prestación, los colectivos que carecen de acceso a la protección por contingencias profesionales y cuando no existe un responsable del pago del coste asociado (por ejemplo, por cese de la relación laboral).
- La atención sanitaria prestada por entidades de naturaleza privada como son las MATEPSS⁴¹ se circunscribe a la atención sanitaria por contingencias

⁴¹ Para un análisis más detallado de las interacciones y efectos que provoca la existencia de dos sistemas de salud, véase F. Sevilla (2006) "La universalización de la

profesional de la población efectivamente empleada, aunque con colectivos laborales excluidos, tales como el Régimen Especial de Empleados del Hogar o los funcionarios cubiertos por mutualidades específicas, extendiendo éstas últimas su acción protectora tanto a contingencias comunes como profesionales.

Este hecho tiene notables repercusiones en la vía de acceso a los servicios sanitarios y respecto a la gestión de los mismos:

Así, si el accidente o enfermedad tiene un origen laboral y el empresario optó por la cobertura a través de una mutua, corresponde a ésta la atención sanitaria, el tratamiento y rehabilitación de los trabajadores, corriendo a su cargo el subsidio económico que acompaña a la imposibilidad de trabajar. Consecuentemente, son los facultativos de las MATEPSS quienes expiden el parte de baja, acto médico y a la vez jurídico, por cuanto representa y reconoce al trabajador el acceso a la prestación. Tanto los partes de confirmación de la baja como los de alta, la realización de pruebas diagnósticas y toda la intervención clínico-médica reparadora y recuperadora corresponde a los distintos niveles de atención sanitaria de las MATEPSS.

Sin embargo, el acceso a la prestación de IT derivada de contingencias comunes es diferente. En estos supuestos concierne a los SPS, y en concreto a los facultativos de atención primaria la expedición de los correspondientes partes de baja, por lo que se constituyen como la puerta de acceso al sistema.

Esto implica también que el colectivo cubierto por las mutuas por contingencias profesionales puede tener una doble vía de acceso a la sanidad según cómo se catalogue el origen de la contingencia.

También implica diferencias en cuanto a la financiación por dicha cobertura sanitaria, que en el caso de la cobertura sanitaria prestada por las mutuas deriva de las cotizaciones efectuadas por el trabajador y el empresario para protegerse frente a la contingencia.

Por otra parte, si bien la diferenciación entre ambos tipos de contingencias responde a una distinta responsabilidad en los hechos causantes y al proceso histórico de construcción de los seguros sociales, esta diferenciación no debería estar reñida con la atención sanitaria a los ciudadanos desde postulados integrales. De hecho, la normativa española recoge en varias leyes⁴² ese carácter integral de la atención. Se volverá sobre este tema en el apartado de análisis.

A pesar de este fraccionamiento en función del origen que da lugar a la situación de IT, -y obviando el debate sobre su mayor o menor justificación actual-, entre ambas existen claras interrelaciones, y en ocasiones resulta dificultoso establecer una línea divisoria entre los procesos patológicos que

atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social". Fundación Alternativas. Documento de trabajo 86/2006.

⁴² Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

causan la baja laboral⁴³, la asignación de una determinada enfermedad a una contingencia profesional o común, o las consecuencias que la naturaleza y características del puesto de trabajo juegan en el empeoramiento, recuperación y tratamiento del trabajador, como se verá en el apartado de análisis.

Proceso de gestión de la ITcc

Los SPS son los competentes para iniciar la baja, confirmarla y dar el alta.

Sin embargo, este esquema de actuación no es ni lineal ni unidireccional, puesto que, junto a los SPS, la AGE ostenta competencias en materia de IT. Del mismo modo, las MATEPSS pueden gestionar la prestación económica de la ITcc si el empresario ha optado por atribuir la cobertura de ITcc a una mutua. Igualmente, las mutuas participan en este proceso a través de la realización de actuaciones de control y seguimiento del estado de salud del trabajador, junto con la realización de pruebas diagnósticas o médicas en determinados casos de urgencia o reglamentariamente establecidos⁴⁴.

El diagrama uno muestra el proceso de gestión de la ITcc cuando la duración de los procesos es inferior a 12 meses.

⁴³ Véase Benavides Fernando G. et al. (2005) "Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting".

⁴⁴ Véase Álvarez de la Rosa, M. (2008). "Las prestaciones por incapacidad temporal e incapacidad permanente en un mundo laboral cambiante". Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Extra de Seguridad Social 2008. 14 págs.

2.4 La intervención objeto de evaluación

El inicio de la presente década vino marcado por un fuerte incremento del gasto público en materia de IT, como se ha descrito previamente. Este incremento anormal de los recursos presupuestarios destinados a la IT, generó preocupación en el ente gestor de la prestación económica de la S.S., y motivó que se articularan una serie de medidas, tanto de gestión interna como de coordinación con el resto de actores intervinientes que posibilitasen un control más eficaz de los episodios de ITcc y la contención del gasto.

Las medidas adoptadas se enmarcan dentro de las líneas estratégicas marcadas por el Pacto de Toledo y su renovación en 2003: por un lado mejorar el control de las prestaciones, evitando las posibles prácticas abusivas, y por otro, mejorar la cooperación de las entidades intervinientes en la gestión de los procesos de incapacidad temporal para el trabajo

Se describen a continuación las principales características de las medidas objeto de la presente evaluación. Como se ha señalado anteriormente, la evaluación se va a centrar en la atribución al INSS de la competencia sobre los procesos de ITcc de duración superior a 12 meses y las medidas de coordinación articuladas en los convenios generales y específicos firmados entre el INSS y las CCAA.

2.4.1 Las medidas de control de la prestación económica: la atribución al INSS de los procesos de ITcc de duración superior a los doce meses

Una de las medidas de mayor calado introducido por la Administración Central, en la línea de fortalecer los mecanismos de control sobre la incapacidad temporal ha sido la atribución al INSS de la competencia sobre los procesos de IT que alcanzan la duración máxima. La medida fue adoptada por la Ley 30/2005 de Presupuestos Generales del Estado para 2006 y modificada posteriormente por la Ley 40/2007 de Medidas en materia de Seguridad Social y establece una nueva redacción del artículo 128.1. a) del TRLGSS⁴⁵.

La nueva redacción determina que, una vez agotado el plazo de doce meses, corresponde al INSS, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente (EVIs⁴⁶ en el conjunto del territorio del Estado salvo en Cataluña, donde dicha función corresponde a los CEI -Comisiones de Evaluación de Incapacidades-) determinar:

- El reconocimiento de la prórroga expresa

⁴⁵ Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006. Disposición adicional cuadragésima octava, por la que se modifican los artículos 128.1. a) y 131 bis de la TRLGSS.

⁴⁶ Dichos equipos tienen una composición mixta, de carácter administrativo y sanitario. Forman parte de cada EVI el subdirector provincial de la IP del INSS o funcionario designado por éste, un médico inspector del INSS o en su defecto del SPS, un facultativo médico del INSS y un inspector de trabajo y S.S.

- La iniciación de un expediente de IP
- La emisión del alta médica a los exclusivos efectos de la prestación económica por IT

De este modo se alteran los términos competenciales vigentes hasta la fecha. Con anterioridad a la reforma, como se mencionaba anteriormente, correspondía en exclusiva a los facultativos del INSALUD y con posterioridad a los SPS la emisión de los partes de baja, confirmación de baja y alta, en los procesos de ITcc. Con la modificación del TRLGSS esta función se asigna, a partir del duodécimo mes de baja, al organismo de la S.S. encargado de la gestión de la prestación económica, esto es, los Directores Provinciales del INSS, quienes resuelven en base a las propuestas elevadas por los órganos médicos encargados de determinar técnicamente las secuelas del trabajador a los efectos de acceder a la incapacidad permanente.

Esta alteración de los ámbitos competenciales implica una profundización de la vía emprendida por la reforma de 1997 que introdujo el "alta condicional", con la novedad de que, si bien con anterioridad el pronunciamiento definitivo radicaba en el facultativo del SPS, o en la inspección sanitaria, con la reforma adoptada por la ley 30/2005 se obviaba dicho procedimiento y correspondía en exclusiva a la entidad gestora (INSS o ISM) determinar la continuidad o no de la prestación de IT.

Dicha reforma disoció los elementos conceptualizadores de la ITcc: atención sanitaria y prestación económica mantenedora de la capacidad de renta del individuo.

La inseguridad jurídica generada por esta medida, llevó a que el último Acuerdo firmado en 2006 sobre medidas en materia de Seguridad Social entre el Gobierno y los agentes sociales, planteara la necesidad de analizar la regulación jurídica de la prestación y las modalidades de gestión, con la finalidad de definir las funciones de los SPS y de las entidades que gestionan la prestación económica a fin de evitar que las diferencias de diagnóstico puedan originar situaciones de desprotección⁴⁷.

La salvaguarda de la protección del trabajador se complementa con otra preocupación implícita en el texto del acuerdo: la necesidad de mejorar los mecanismos de control, aspecto al que se hace referencia en la exposición de motivos, al afirmarse que las prestaciones deben resultar *"acordes con las consecuencias de las contingencias a las que van dirigidas"*, aludiendo entre dichas contingencia a la IT.

El acuerdo se desarrolló por la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, que establecía un procedimiento de audiencia del beneficiario, permitiendo mostrar su oposición en el caso de producirse un alta médica (desaparece el alta médica a los exclusivos efectos de la prestación económica) por parte del INSS. Así, el trabajador dispone de

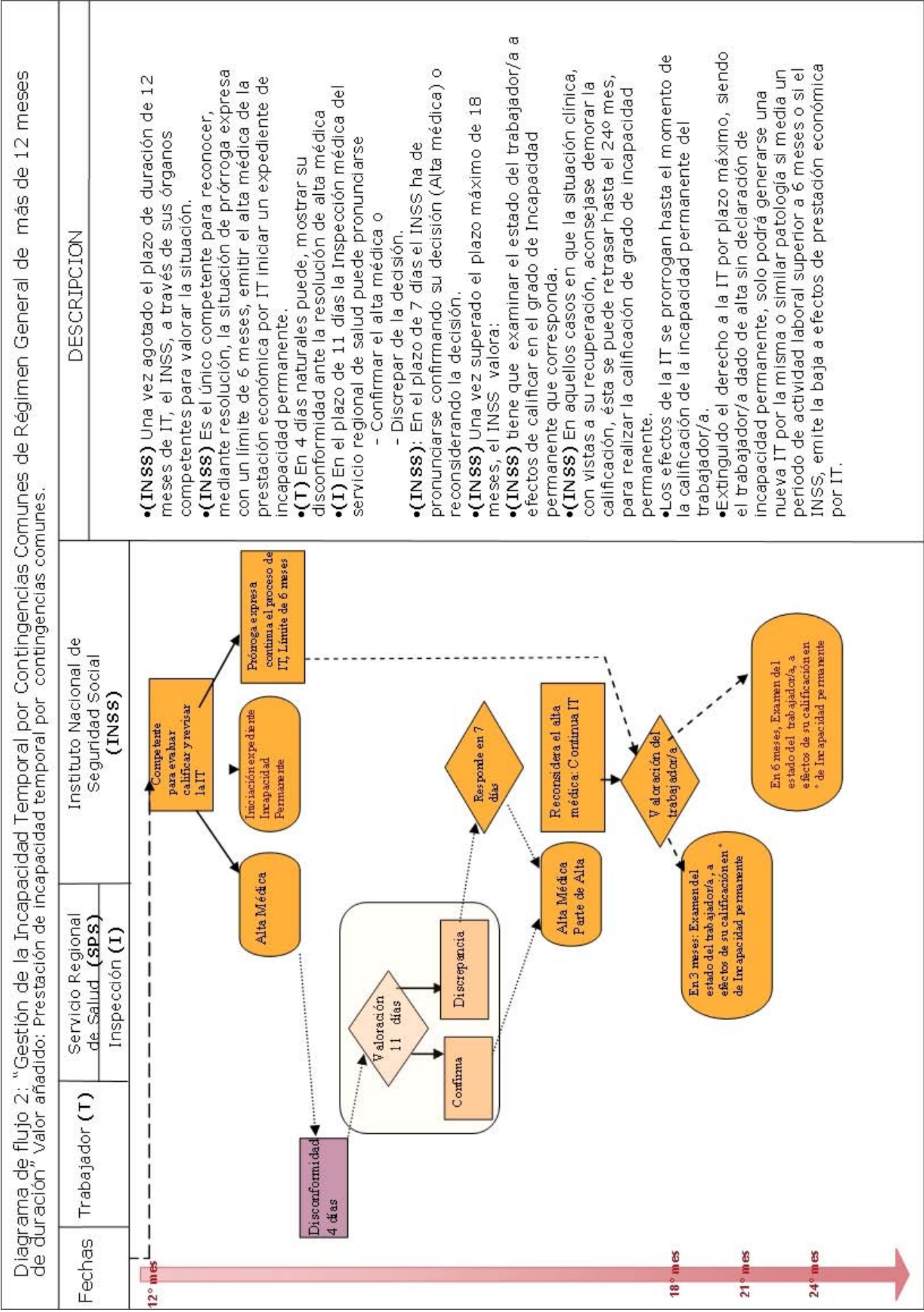
⁴⁷ En este Acuerdo se ponen de manifiesto los problemas generados como consecuencia de la atribución al INSS de la competencia en los procesos de ITcc superiores al año, y la desprotección que provocaba, como se verá más adelante.

cuatro días naturales para manifestar la disconformidad ante la inspección del SPS. La inspección puede confirmar la decisión del INSS,- de forma expresa o presunta-, o expresar su discrepancia, en el plazo de siete días naturales desde la emisión de la resolución del INSS, proponiendo la reconsideración de la decisión de la Entidad Gestora, especificando las razones y fundamento de su discrepancia. Durante todo el plazo establecido se prolonga la situación de IT. Sea como fuere, el INSS mantiene en último término la capacidad de determinar el alta a todos los efectos, clínicos y económicos.

Como mecanismo de cierre, la reforma determina igualmente que si en el plazo de los seis meses posteriores a la resolución de alta médica por parte del Director Provincial del INSS se reproduce la patología incapacitante u otra similar, será el INSS el único organismo competente para emitir cualquier baja médica, impidiéndose que los SPS pueden emitir una baja con efectos suspensivos sobre la relación laboral (según la nueva redacción dada al artículo 131bis modificado por la Ley 30/2005).

Por otro lado, la reforma adoptada por la ley 30/2005 modificaba la interacción de la IT con la IP, suprimiendo la segunda prórroga que pasaba a la prestación de IP y generando un espacio de provisionalidad dentro de la IP. No obstante, la revisión operada a finales de 2007 suprime el plazo de seis meses de IP revisables, y lo sustituye nuevamente por una segunda prórroga de seis meses de IT, dando marcha atrás a la reforma anterior.

El diagrama de flujo dos refleja el procedimiento de gestión seguido en los episodios de ITcc de más de doce meses.



La medida contenida en la Ley 30/2005 de Presupuestos Generales del Estado para 2006 se ha implementado de forma progresiva, habiéndose dictado sucesivas Resoluciones de la Secretaría de Estado de la S.S por las que las distintas Direcciones Provinciales del INSS⁴⁸ asumen la competencia en ITcc a partir del decimosegundo mes, comenzando por aquellas que, a priori, disponen de una plantilla de facultativos dimensionada para asumir las nuevas competencias.

2.4.2. Los Convenios de colaboración para el control de la Incapacidad Temporal

Junto a las reformas normativas que posibilitaron el retorno parcial de las competencias en materia de ITcc, la AGE cuenta con el denominado Fondo del "Programa de Ahorro en incapacidad temporal" recogido en la Ley 21/2001 que establece el nuevo sistema de financiación de las CCAA. La Ley 21/2001 indica que el Fondo "financia la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la incapacidad temporal y a la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social para estas contingencias". Si bien el fondo estaba operativo con anterioridad a 2006, año que se toma de referencia en esta evaluación, se introdujeron reformas en el mismo a partir de 2005 y en el periodo 2006-2008 que van a ser objeto de estudio.

La distribución del fondo entre las CCAA se efectúa en base a la población protegida, cubriendo en todo caso el importe de dicho fondo las necesidades de financiación de las operaciones referidas a la gestión de la atención sanitaria. Los incrementos anuales se efectúan en los términos fijados por los respectivos Presupuestos Generales del Estado, correspondiendo en la práctica a los sucesivos incrementos experimentados por el IPC. La tabla cuatro refleja la evolución de los recursos económicos destinados al Fondo General.

⁴⁸ La Resolución de 16 de enero de 2006 de la Secretaría de Estado de la S.S. atribuye inicialmente a los EVIS de 6 provincias y Ceuta y Melilla la competencia del artículo 128.1 a). Por Resolución de 28 de noviembre dicha competencia se extiende a 14 provincias. La Resolución de 29 de noviembre de 2006 incorpora 4 provincias más. Finalmente la Resolución de 14 de enero de 2008 añade las 25 provincias restantes.

Tabla 4.

Evolución del Fondo Programa Ahorro en materia de incapacidad temporal

Años	Presupuestado	Obligaciones reconocidas
2002	258,4	218
2003	263,6	52,6
2004	268,9	256,3
2005	274,2	252,3
2006	279,7	274
2007	289	283,2
2008	294,8	295
2009	300,6	
2010-	Prev 2009+IPC	

En millones de euros

Fuente: elaboración propia a partir de los informes estadísticos de la S.S (2002-2007), avance de ejecución presupuestaria 2008 y Presupuestos de la S.S 2009

El los sucesivos Convenios se establecían dos líneas de actuación con sus correspondientes indicadores de seguimiento:

- Objetivos de racionalización del gasto
- Cumplimiento de un programa de actividades

En los Convenios 2002-2004, el peso mayor, el 70% del crédito quedaba supeditado a la consecución del objetivo de racionalización del gasto, que se medía exclusivamente en términos de reducción del coste IT INSS por afiliado y mes, estableciendo un coeficiente para obtener un coste por afiliado neto del "efecto bases de cotización". En 2005, si bien se mantiene ese indicador de coste medio, se invierten los pesos de los objetivos, asignándose el 30% del crédito a la racionalización del gasto y el 70% al cumplimiento del programa de actividades, y especialmente se potencia la informatización y transmisión telemática al INSS de los partes de IT en plazo y con código de diagnóstico, objetivo al que se le asigna el 45% del crédito.

Asimismo, en los convenios suscritos para los años 2002-2004 se constató la necesidad de fijar un Plan anual de actuaciones, que se estableció para 2005 y para cada uno de los años del período 2006-2008.

En los Convenios 2006-2008 las cuantías económicas resultantes del Fondo se fijaron en 2006 de acuerdo con la distribución realizada en función de la población protegida por asistencia sanitaria en cada CCAA correspondiente al año 2005. Las cuantías del resto de los años del período (2007 y 2008) se fijarían en función de los últimos datos conocidos relativos a dicha población protegida, detrayendo de los mismos las cuantías que pudieran resultar del incumplimiento de los objetivos fijados en el Plan del año anterior.

Se establecen los siguientes objetivos y ponderaciones para los mismos:

- I. Programa de actividades para la modernización y mejora de la gestión y control de la Incapacidad Temporal, al que se asignaba el 70% del crédito y que se concretaba en las siguientes cuatro áreas de actuación. Dicho programa se contenía en los convenios iniciales suscritos (2006), entendiéndose que se prorrogaban tácitamente si no se modificaban en los ejercicios posteriores.
 1. Informatización y transmisión por vía telemática al INSS de los partes de IT en plazo y con código de diagnóstico. La ponderación era del 30% repartido en un 10% para cada uno de los siguientes objetivos:
 - 1.1. Informatización y transmisión telemática
 - 1.2. Que dicha transmisión se produjese dentro del plazo establecido. La periodicidad en la transmisión de ficheros debía ser diaria, y dentro del plazo de cinco días desde el momento de la expedición del parte.
 - 1.3. Cumplimentación correcta del código de diagnóstico
 2. Emisión desde el Servicio Público de Salud de los informes médicos individualizados sobre procesos de IT, correspondientes a los trimestres segundo y tercero desde el inicio del proceso de IT. Con una ponderación del 10%
 3. La práctica totalidad de CCAA (con la excepción de Cataluña) tenían como objetivo la gestión de propuestas y de intenciones de alta, al que se asignaba una ponderación del 16%, desglosado de la siguiente manera:
 - 3.1. Propuestas de alta (8%). Los SPS debían tramitar y contestar motivadamente dentro del plazo de quince días, un determinado porcentaje de las propuestas de alta formuladas por el INSS y las MATEPSS, según la fórmula: Nº de propuestas pendientes de contestar a fin de mes dividido por el promedio mensual de propuestas recibidas en los SPS todo ello multiplicado por 30,41. De este modo se pretendía que se tramitase un porcentaje determinado de propuestas al mes. En caso de discrepancia, la motivación del SPS debía contener un juicio clínico-funcional indicando las limitaciones orgánicas y funcionales que impedían el desempeño de la actividad laboral.
 - 3.2. Intenciones de alta (8%). Igualmente, las discrepancias del SPS debían estar motivadas desde el punto de vista clínico-funcional.
4. Otras actividades: formación, colaboración, etc. El conjunto de actividades se ponderaba con un 14%.
 - 4.1. Acceso a historiales clínicos: 4%. Se debía facilitar el acceso de los Médicos Inspectores del INSS a los historiales clínicos.

4.2. Formación: 5%. Con periodicidad semestral, las actividades formativas debían contar con la participación tanto del INSS como de las MATEPSS. Debían incluir al 20% de los profesionales sanitarios de atención primaria.

4.3. El SPS se comprometía a realizar las pruebas complementarias solicitadas por el INSS para la determinación de las IT, así como la remisión de resultado de las mismas y el informe correspondiente en un plazo determinado. Las Subcomisiones provinciales debían formalizar un documento determinando la tipología de pruebas a realizar y el plazo. Pruebas complementarias: 3%

4.4. Implicación de las unidades de gestión: 2%. Este objetivo se traducía en una mayor implicación de sus inspecciones con las unidades de gestión de la prestación de IT. La implicación se traducía en que los SPS debían informar mensualmente a la Dirección Provincial del INSS sobre las actuaciones de control de IT desarrolladas en el mes inmediato anterior y el resultado de las mismas.

II. Objetivo de racionalización del gasto (30% del Fondo). Se establecían dos indicadores que debían reducirse respecto al año anterior, ponderados cada uno con un 15%.

1. Indicador coste/afiliado/mes. Para neutralizar los efectos que las diferentes bases de cotización presentaban en cada CCAA se construía un coeficiente reductor de bases, con los que se calculaba un índice agregado de homogeneización del gasto mensual en ITcc, y por tanto comparable a nivel de todo el Estado. El cómputo del porcentaje de reducción que se debía obtener para cumplir el objetivo, se efectuaba tomando como referencia el indicador de la CCAA que presentase un mejor registro y estableciendo un objetivo alcanzable de reducción.

El indicador coste/afiliado/mes que constituía el punto de partida del año 2005 se obtenía de dividir el gasto medio mensual de la prestación de IT/INSS por contingencias comunes entre el número medio de afiliados durante ese mes.

2. Indicador días de IT/afiliado/mes. Se consideraba cumplido el objetivo si se obtenía una reducción del 2% de los días de baja consumidos en IT por contingencias comunes y profesionales de los trabajadores protegidos, respecto a los días consumidos en el mismo período mensual del año anterior. No obstante, en el supuesto de cumplimientos parciales se establecía una horquilla de porcentaje del fondo que se entregaba en función del resultado obtenido.

En el caso de cumplirse dichos objetivos, los convenios contemplaban la posibilidad, como elemento incentivador, de adicionar sumas resultantes de un reparto complementario fijado. El fondo complementario estaba compuesto por las cuantías detraídas a las CCAA que no cumplieren los objetivos, y se distribuía entre aquellas que en el primer semestre del año hubiesen cumplido al menos el

40% de los objetivos establecidos para dicho ejercicio, con distribución proporcional a la participación de dichas CCAA en el Fondo de cada año.

Con este diseño se pretendía sentar las bases de que las cuantías económicas provenientes de la AGE no se integraran en los presupuestos autonómicos con carácter general e indiferenciado, sino vinculadas a un objetivo determinado, y sujetas a mecanismos de comprobación de resultados en la implementación. Los convenios incluían el compromiso de las CCAA de elaborar una Memoria financiera y técnica en la que se especificasen los resultados obtenidos, y adicionalmente se establecían instrumentos de verificación y control, mediante la creación de una Comisión Central en cada CCAA y una subcomisión en cada provincia, de composición tripartita y desigual. La primera integrada por cuatro representantes del INSS, cuatro del SPS de la correspondiente CCAA y un representante de las mutuas. A nivel provincial la distribución se reproducía, con la salvedad de ser tres los representantes del INSS y de los SPS.

De este modo, se pretendió corresponsabilizar a las CCAA desde el principio con los objetivos estratégicos y las líneas directrices fijadas a nivel estatal por el Gobierno.

2.4.3 El Programa de estudio del comportamiento de los procesos de IT derivados de ciertas patologías.

A partir de 2006 se estableció una partida presupuestaria en los PGE que tenía por objeto el establecimiento de programas piloto de estudio relativos al comportamiento de los procesos de IT derivados de ciertas patologías. Los programas tenían por objeto llevar a cabo un control pormenorizado de las situaciones de IT en el conjunto de patologías establecidas en los mismos. Las CCAA en las que se han ido desarrollando han oscilado a lo largo del tiempo. Así durante 2006 se suscribieron convenios (en adelante convenios específicos) con las CCAA de Extremadura, Castilla León y Castilla la Mancha. En 2007 el programa piloto se amplió a Andalucía y La Rioja. En 2008 afectaron a Andalucía, Extremadura, la Rioja y Madrid. En 2009 se ha modificado el formato de convenio, abriendo un abanico de iniciativas que pueden llevar a cabo las CCAA, y aumenta asimismo, el número de CCAA que suscriben el convenio, que son Andalucía, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, La Rioja y la Comunidad Valenciana.

A través de los convenios desarrollados en el periodo 2006-2008, los SPS debían llevar a cabo determinadas actividades:

- Realizar un análisis del comportamiento de los procesos de IT en las distintas patologías contempladas, que se traducía en efectuar los controles pertinentes y en proceder a emitir las altas médicas oportunas. De este modo se lograría disminuir el número de días de baja por IT para dichos procesos, minorando el coste de la prestación de IT
- Informar al INSS de los resultados obtenidos

- Dotarse de una estructura que facilitase las funciones de dirección y control de la gestión de la prestación de IT
- Potenciar la formación de los profesionales implicados en los procesos de gestión y control de la IT La formación se producía en las fases de la formación académica, incluyendo períodos de estancia en unidades médicas del INSS para los futuros especialistas en medicina familiar y comunitaria. Abarcaba igualmente la formación continuada de los profesionales

El presupuesto de la S.S. ha contemplado en los últimos años una partida de gasto (concepto 459) para otras actuaciones de control de gasto en IT al margen de lo previsto en el Fondo, que se materializan en el Programa:

Tabla 5. Presupuesto de la S.S destinado a otras actuaciones de control de gasto en IT, al margen del Fondo

Años	Gasto presupuestado	Obligaciones reconocidas netas
2006	10.000	4.210
2007	30.000	17.496
2008	30.600	8.300
2009	31.212	

En miles de euros Fuente: elaboración propia a partir de los informes estadísticos de la S.S (2002-2007), avance de ejecución presupuestaria 2008 y Presupuestos de la S.S 2009

Los programas establecían un incentivo económico para lograr la reducción del número de días de baja por IT respecto al año anterior, fijando una cuantía fija por cada día de baja reducido. Los créditos transferidos se destinaban a incentivar a los agentes de los SPS intervinientes en el programa (inspectores médicos, subinspectores sanitarios, médicos de atención primaria y especializada y otro personal de apoyo) y a la modernización y mejora de los recursos informáticos y materiales empleados en la gestión de la IT.

Finalmente como medio para lograr una mayor corresponsabilidad social en un uso responsable de la prestación de ITcc y lograr de este modo una reducción del gasto público en esta materia, algunas administraciones responsables (como es el caso de Extremadura), han contemplado en los convenios la realización de campañas de sensibilización.

3. ENFOQUE Y METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

3.1 Enfoque

A partir de la delimitación de las medidas de racionalización de la gestión de la IT que constituyen el objeto de la evaluación, se aborda la misma desde un enfoque integral y multidisciplinar.

Para ello, resulta imprescindible el análisis de diversos aspectos: el marco institucional en el que se formula e implementa la intervención, el carácter multidimensional de la misma y la intrínseca complementariedad de las políticas, el diseño de la intervención, así como los intereses y motivaciones de los distintos agentes intervinientes, tanto en la elaboración como en la puesta en práctica. En este contexto se tomará en consideración los incentivos-desincentivos de dichos agentes en el marco competencial existente (en especial en el caso de los facultativos de atención primaria). La existencia de diversas AAPP con competencias en la gestión, y la distribución de funciones entre distintos departamentos ministeriales resultan de particular interés en la comprensión y evaluación de las medidas adoptadas, las cuales requieren un elevado grado de coordinación y cooperación interadministrativa.

La evaluación se realiza teniendo en cuenta la perspectiva económico-presupuestaria y de gestión, aspectos de indudable trascendencia para los poderes públicos y administraciones que actúan en este ámbito, y también la garantía de derechos y el nivel de protección del trabajador, de acuerdo con la naturaleza de prestación de Seguridad Social de la ITcc, con los efectos que debe tener en cuanto mecanismo de protección, cohesión social y de cobertura de riesgo frente a situaciones de necesidad para los trabajadores activos.

A través de la presente evaluación se pretende responder a dos preguntas principales⁴⁹:

- ¿En qué grado el conjunto de medidas que componen la intervención están orientadas a resolver los principales problemas detectados en la gestión de la ITcc y las causas últimas que la originan?
- ¿Han sido eficaces las medidas adoptadas para el logro de los objetivos que pretendían?

⁴⁹ Ver en el anexo V la matriz de preguntas de la evaluación.

Para dar respuesta a estas preguntas se partirá de un análisis de la situación y evolución de los principales indicadores que explican el gasto en la prestación de ITcc. Se tratará de identificar los distintos factores que contribuyen a dicha evolución. Una vez identificados, se analizará si son pertinentes las medidas adoptadas para afrontar los problemas identificados y si son coherentes en su articulación interna y con respecto al planteamiento del Pacto de Toledo. Se verificará si existe coordinación con otras actuaciones complementarias que puedan incidir sobre la gestión de la ITcc. Se realizará, asimismo, un análisis de los posibles efectos e impactos de las medidas. Y finalmente se repasarán posibles casos de buenas prácticas destacables desarrollados por determinadas CCAA u otros países y en su caso, qué aprendizaje se podría obtener de las mismas.

La evaluación considerará de manera sistemática distintos criterios de evaluación:

- Pertinencia de las medidas que componen la intervención evaluada respecto a la problemática existente en el contexto de la ITcc
- Coherencia de los objetivos planteados con el conjunto de medidas diseñadas e implementadas
- Eficacia de los distintos programas en la consecución de los objetivos establecidos no sólo en términos económicos, sino también sociales
- Complementariedad en un doble aspecto: la complementariedad de las intervenciones, dada la doble dimensión de la IT (sanitaria y económica); y la complementariedad e interacción de los institutos protectores

3.2 Metodología

Las herramientas de recopilación y análisis de la información que se han utilizado en la evaluación han sido las siguientes:

- Análisis de la normativa reguladora y la bibliografía referida a ITcc.
- Análisis estadísticos. Explotación de datos procedentes de diferentes fuentes estadísticas:
 - Partes de baja (P9) de los individuos que componen la Muestra Continua de Vidas Laborales (en adelante MCVL) que hayan experimentado episodios de ITcc durante el período 2007-2008⁵⁰, proporcionados por el INSS y la DGOSS para la evaluación
 - Datos procedentes de la propia MCVL.
 - Datos procedentes de la S.S, relativos a indicadores de gestión y gasto en IT.

⁵⁰ El anexo X Y XI contienen una descripción pormenorizada de las fuentes estadísticas empleadas, la naturaleza, tratamiento, y análisis estadísticos realizados con los microdatos manejados en la evaluación.

- Encuesta a 3000 personas representativas de la población de 16 y más años residente en España con el fin de conocer las actitudes de los ciudadanos frente a posibles usos ajenos de la prestación por IT.
- Estudio y análisis de informes de gestión del INSS; convenios financiados por el fondo del programa "Ahorro en incapacidad temporal" y sus informes anuales, Convenios para el Programa de estudio del comportamiento de los procesos de IT derivados de ciertas patologías y sus resultados y liquidaciones;
- Entrevistas, tanto con gestores, profesionales y agentes que intervienen en la materia objeto de estudio, como con expertos.

Equipo de evaluación

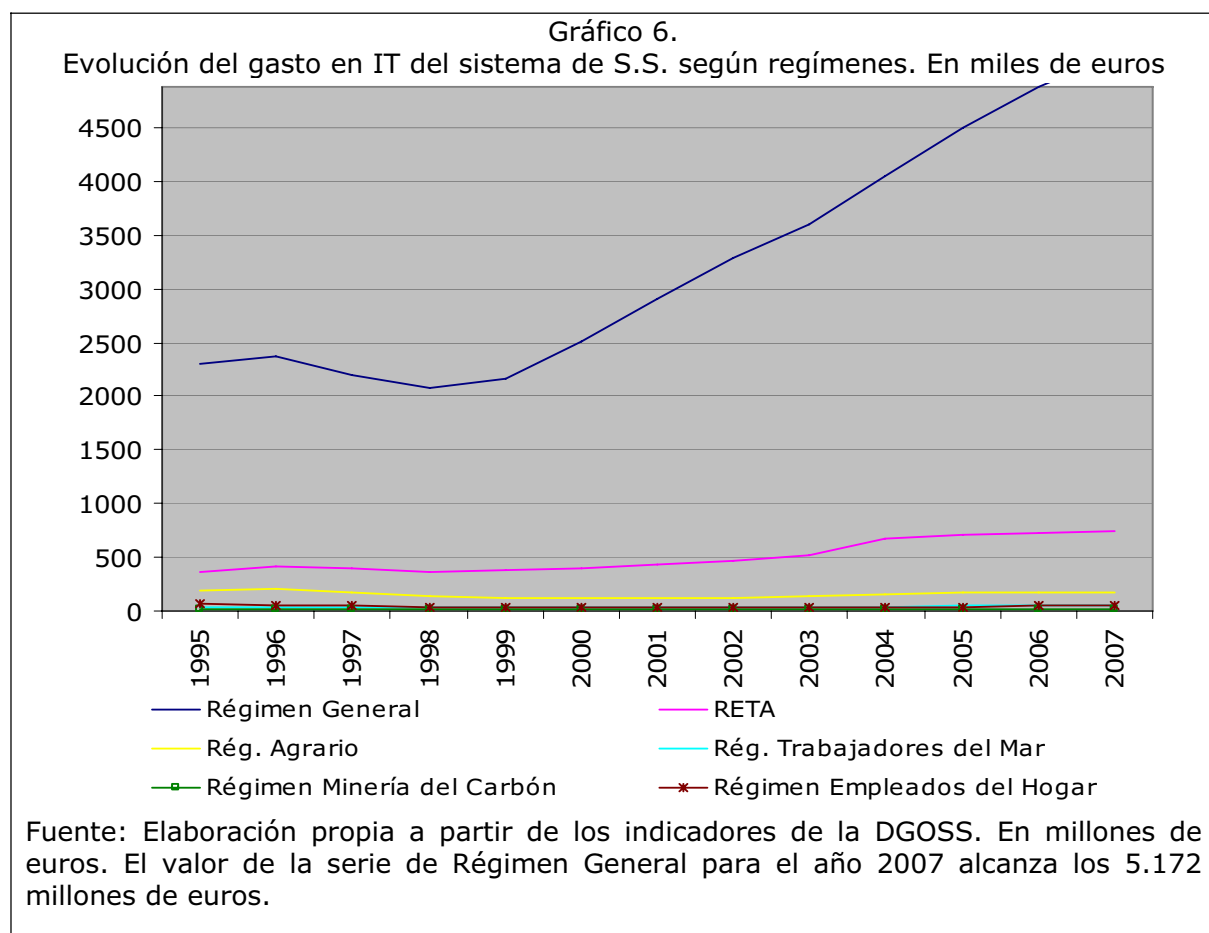
La evaluación ha sido realizada por Inés Pérez-Duránte Bayona, Directora de Evaluación, y Javier Rico Callado, evaluador especializado de AEVAL. Luis Castro Pérez, también evaluador especializado de la Agencia ha participado en el diseño de la explotación de datos y en el diseño de los modelos econométricos, colaborando en la realización de estos últimos José Manuel Díaz Pulido.

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

4.1 El gasto en IT: evolución y distribución

Como se veía anteriormente, en el gráfico cinco el incremento del gasto en materia de IT en términos absolutos ha sido especialmente acusado durante la primera mitad de los años dos mil.

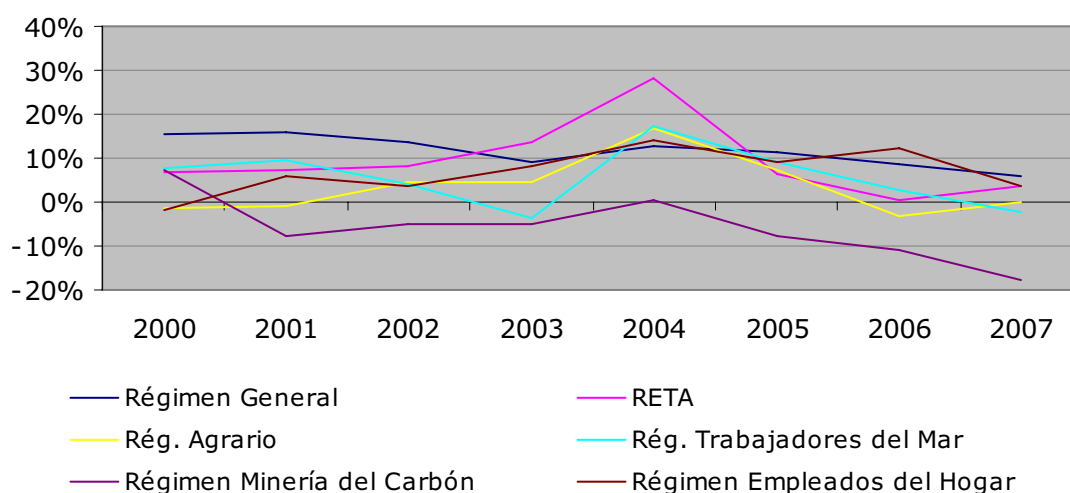
La distribución de dicho gasto por regímenes de la S.S se aprecia en el gráfico seis donde se observa que el mayor componente de gasto corresponde al régimen general, seguido por el régimen de autónomos.



El gasto según los distintos regímenes se ha comportado de forma desigual a lo largo de la presente década. Con la salvedad del Régimen de minería del carbón, con valores negativos, la variación interanual del gasto ha sido positiva, con porcentajes bastante elevados. El año 2004 presenta el mayor incremento porcentual, en especial en el RETA, el Régimen de Trabajadores del Mar y el Régimen Agrario, los cuales experimentaron la mayor variación interanual con respecto al año 2003. El incremento del gasto está relacionado con la aprobación del Real Decreto-ley 2/2003, de 25 de abril, de medidas de reforma económica que en su artículo 8 establece que para los trabajadores por cuenta propia o autónomos, cualquiera que sea el Régimen Especial de la Seguridad Social en el que se hallen encuadrados, la fecha de nacimiento de la prestación de ITcc pasa a ser el cuarto día de la baja, en lugar del decimoquinto día como ocurría hasta entonces.

Gráfico 7.

Variación interanual del gasto del sistema de S.S. según regímenes



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DGOSS

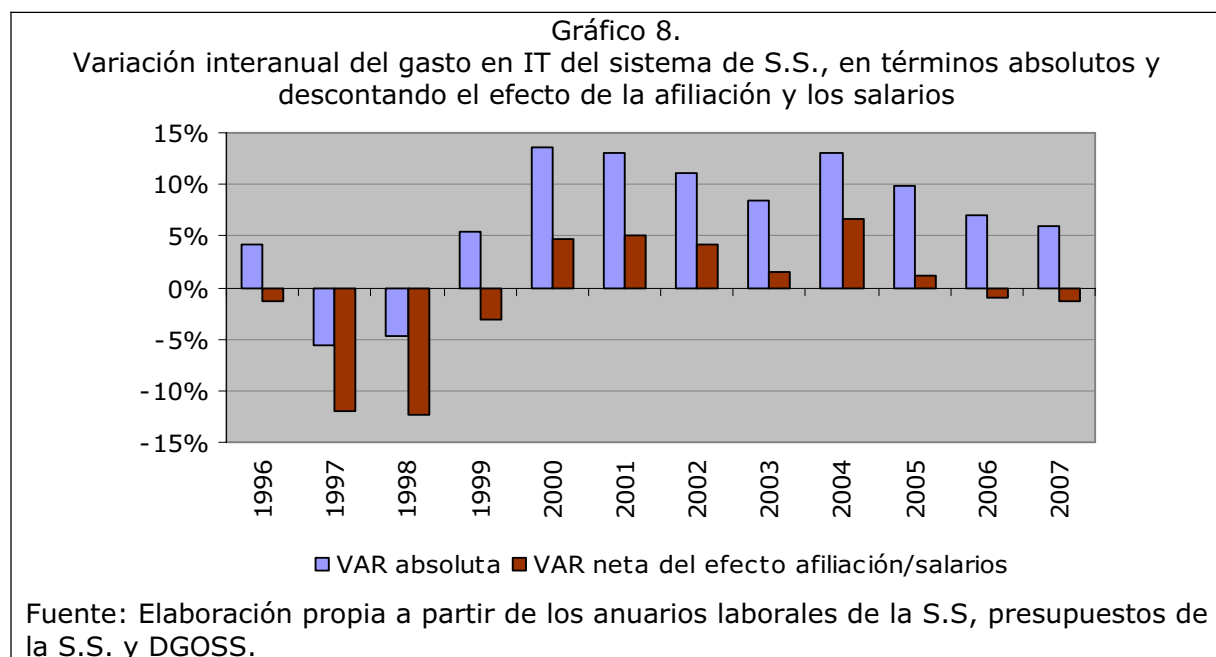
Este incremento del gasto ha generado una lógica preocupación en el INSS, y sin duda ha motivado la definición y puesta en vigor de las medidas en el período 2004-2008.

El incremento del gasto puede deberse a distintos factores causantes. En parte tiene su origen en un aumento de la población protegida (población trabajadora), y en el incremento de los salarios percibidos -y consiguientemente de la base reguladora de la contingencia y la prestación económica-. El aumento de la población protegida asimismo, obedece a distintas circunstancias, como el clima de bonanza y crecimiento económico, que comporta una tasa de actividad y de empleo mayor, o a la inclusión de determinados colectivos en la prestación de ITcc. Estos factores no son especialmente preocupantes, por cuanto se compensan con un incremento paralelo en las cotizaciones de dicha contingencia. Cuestión diferente acontece con el aumento del gasto originado en un posible incremento de la incidencia y de la duración media de los procesos de

IT⁵¹. Todos ellos son factores que pueden contribuir a explicar el incremento de gasto observado.

La DGOSS ha venido elaborando una serie de gasto total en IT, en la que figuran incrementos porcentuales de dicho gasto y mostrando la variación interanual del efecto conjunto de la afiliación media y los salarios. Si bien de dicha serie no necesariamente pueden extraerse relaciones de causalidad y se elabora a efectos meramente de orientación interna, resulta de interés contrastar ambos indicadores.⁵²

Como se observa en el gráfico ocho. el porcentaje de variación interanual, tomando en consideración ambos factores (esto es, descontando el efecto conjunto del incremento de la población trabajadora y de los salarios), es mucho más atenuado, en comparación con la variación absoluta. De hecho, en los años de decrecimiento del gasto en términos absolutos, la variación interanual descontando los efectos de afiliación y salarios prácticamente se duplica, mientras en los años de fuerte crecimiento (del orden del 8%-13%) el crecimiento del gasto no explicado por afiliación y salarios no superó el 6,6%, frente al máximo de 13,5% que muestra la variación absoluta. A partir del año 2005 el gasto no debido al incremento de la población y de los salarios, experimenta variaciones muy escasas.



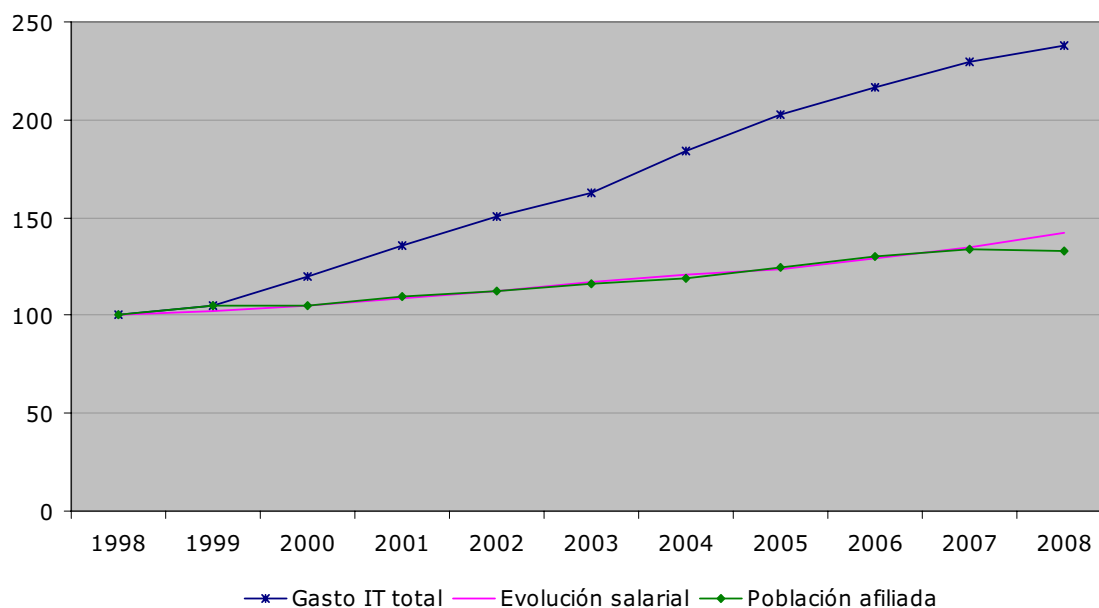
⁵¹ La incidencia mide el número de procesos de baja en un período de tiempo referenciado con relación a la población protegida media. La duración media corresponde al promedio de días de baja de la población que experimenta procesos de IT cerrados en el periodo referenciado. Más adelante se presenta una definición detallada de los indicadores de IT.

⁵² De hecho, de manera aproximada se puede descomponer la variación del gasto en IT en la suma de la variación de la afiliación más la variación de los salarios más la variación de la duración por proceso más la variación de la incidencia

Tomando como referencia los valores absolutos, las variables población protegida e incremento salarial tienen un gran poder explicativo en el incremento del gasto, tal y como refleja el gráfico nueve.

Gráfico 9.

Evolución de las principales causas explicativas del gasto en IT. Base 100
Sistema de S.S.



Fuente: Elaboración propia a partir de los anuarios laborales de la S.S (gasto en IT) , Boletín Estadístico del Banco de España (para la población afiliada), Encuesta Trimestral de Costes Laborales (para la evolución salarial). Base 100 para el primer año de los datos.

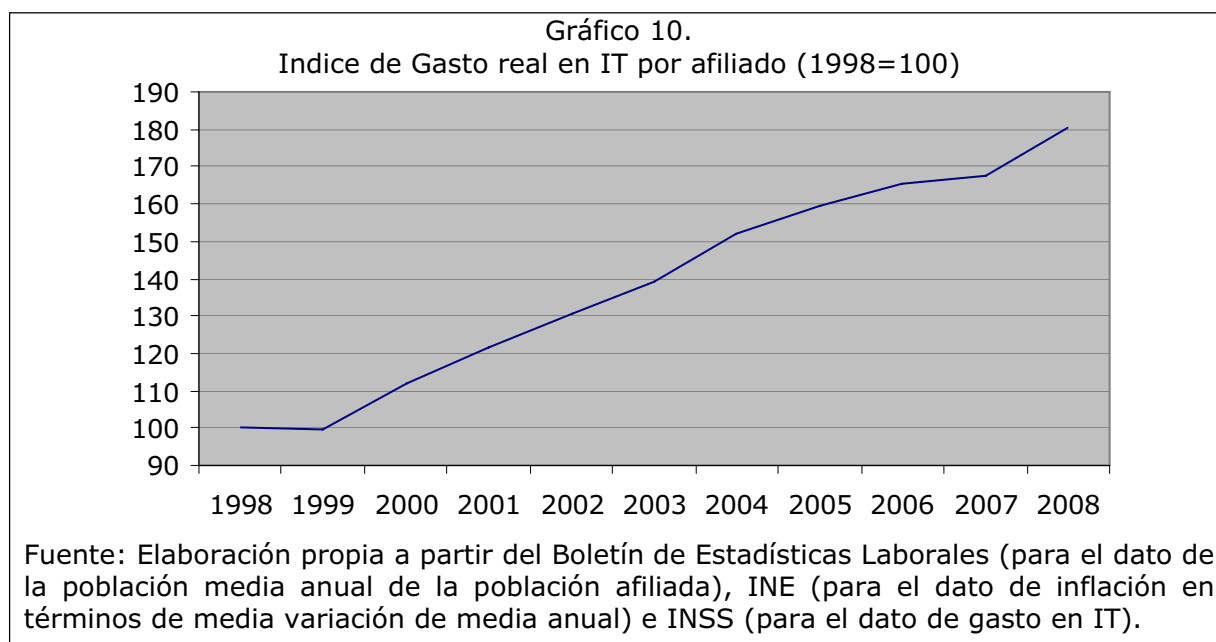
Estos datos son congruentes con algunos análisis parciales efectuados, que muestran que el coeficiente de determinación (porcentaje de una variable explicada por otra) gasto/población, es del 79%⁵³.

En definitiva, los factores población protegida e incrementos salariales,- a falta de estudios o análisis más detallados sobre esta cuestión-, han contribuido notablemente al fuerte incremento del gasto en términos absolutos. Esta circunstancia evidencia el favorable comportamiento de la actividad económica y el empleo, compensándose los incrementos de gasto con los incrementos de ingresos destinados al pago de la prestación económica, vía cotizaciones por contingencias comunes.

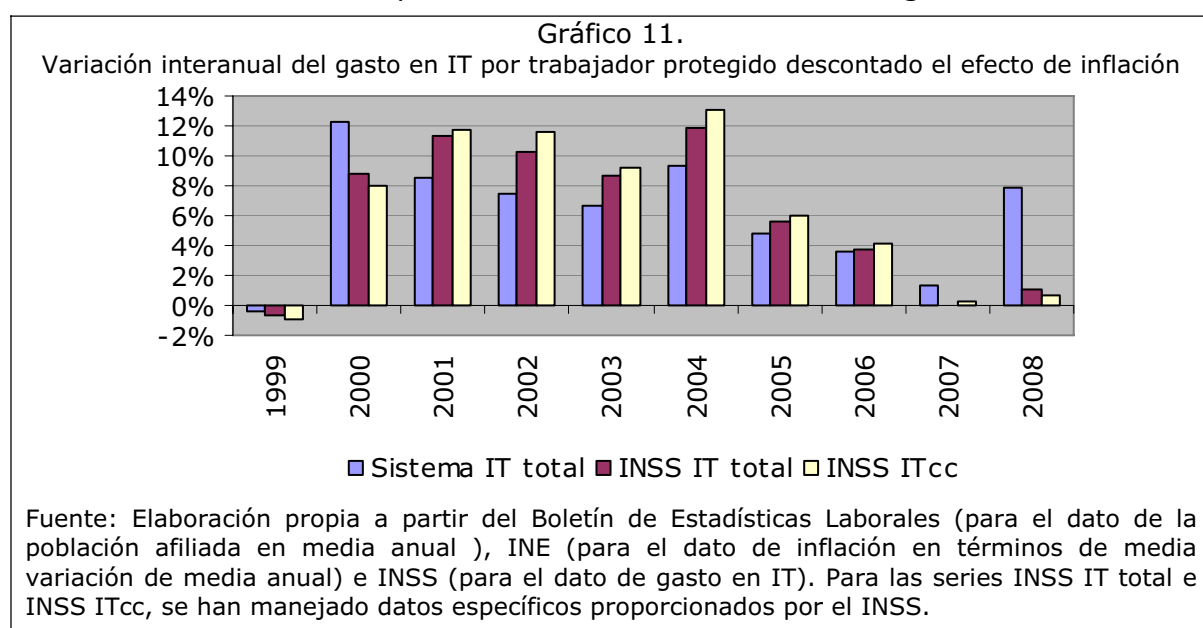
Aislar el efecto neto de afiliación y salarios es interesante para conocer la parte del gasto sobre la que actúan o deben actuar las medidas de racionalización, que no tienen por objeto incidir sobre salarios ni sobre afiliación. Un indicador que es

⁵³ M.L. Diego Domínguez, et al. (2005).

igualmente útil para determinar esta parte del gasto (aunque descuenta la inflación en lugar del incremento salarial) es la variación interanual del gasto en IT por trabajador protegido descontando el efecto de la inflación. Como se observa en el gráfico diez se produce un importante incremento en los ejercicios 2004 y 2008.



Por otra parte, en el siguiente gráfico se observa cómo el crecimiento del gasto real por trabajador se ha desacelerado especialmente en los procesos gestionados por el INSS. Si bien entre 2004 y 2007 se ralentiza el crecimiento para todo el conjunto del sistema (incluyendo también a las mutuas), los logros son mayores en el gasto gestionado por el INSS. Asimismo, la desaceleración en el intervalo 2004-07 es especialmente acusada en las contingencias comunes.



Por otra parte, el análisis de los datos de gasto en IT muestra una circunstancia de especial interés desde el punto de vista de la gestión de la IT. Se ha constatado⁵⁴ que a lo largo del período 1994-2000 las CCAA que integraban el INSALUD, y en las cuales la competencia en la gestión de la ITcc y el pago del subsidio económico correspondía a la misma administración, aún cuando no al mismo organismo o departamento ministerial, mostraron indicadores de ITcc relativamente aceptables, con incrementos del gasto en torno al 2% interanuales, mientras que las CCAA con sanidad transferidas presentaban peores resultados en cuanto a dichos indicadores.

La previsión y desarrollo del proceso de transferencias de las competencias en materia sanitaria, coincide con los fuertes incrementos del gasto en 2000 y 2001, en términos de variación interanual, bien sean absolutos, bien sean considerando el efecto del incremento de los salarios y la población protegida. Este hecho se aprecia con más claridad cuando se considera el gasto medio en IT por trabajador protegido. Así, durante en año 1998 y 1999 la variación del gasto en IT por trabajador, descontando el efecto de la inflación, mostraba unos resultados francamente positivos en cuanto al gasto público en el subsidio económico. Y ello tanto para el gasto total de todo el sistema de S.S (incluyendo toda la población afiliada), como en el ámbito de gestión correspondiente al INSS, bien sea IT total sin diferenciar el tipo de contingencia, bien sea considerando exclusivamente la ITcc.

Será a partir del año inmediatamente anterior a las transferencias en materia sanitaria y hasta el año 2004 cuando el gasto en IT por trabajador mantiene unas tasas de crecimiento elevadas en todo el sistema y de manera más acusada, en la gestión llevada a cabo por el INSS, en especial en la ITcc. El año 2005 se incrementa el gasto, pero a unos niveles notablemente inferiores a los observados para años anteriores. Y a partir de 2006, se produce una estabilización del gasto y ligeros decrecimientos, especialmente importantes en 2008.

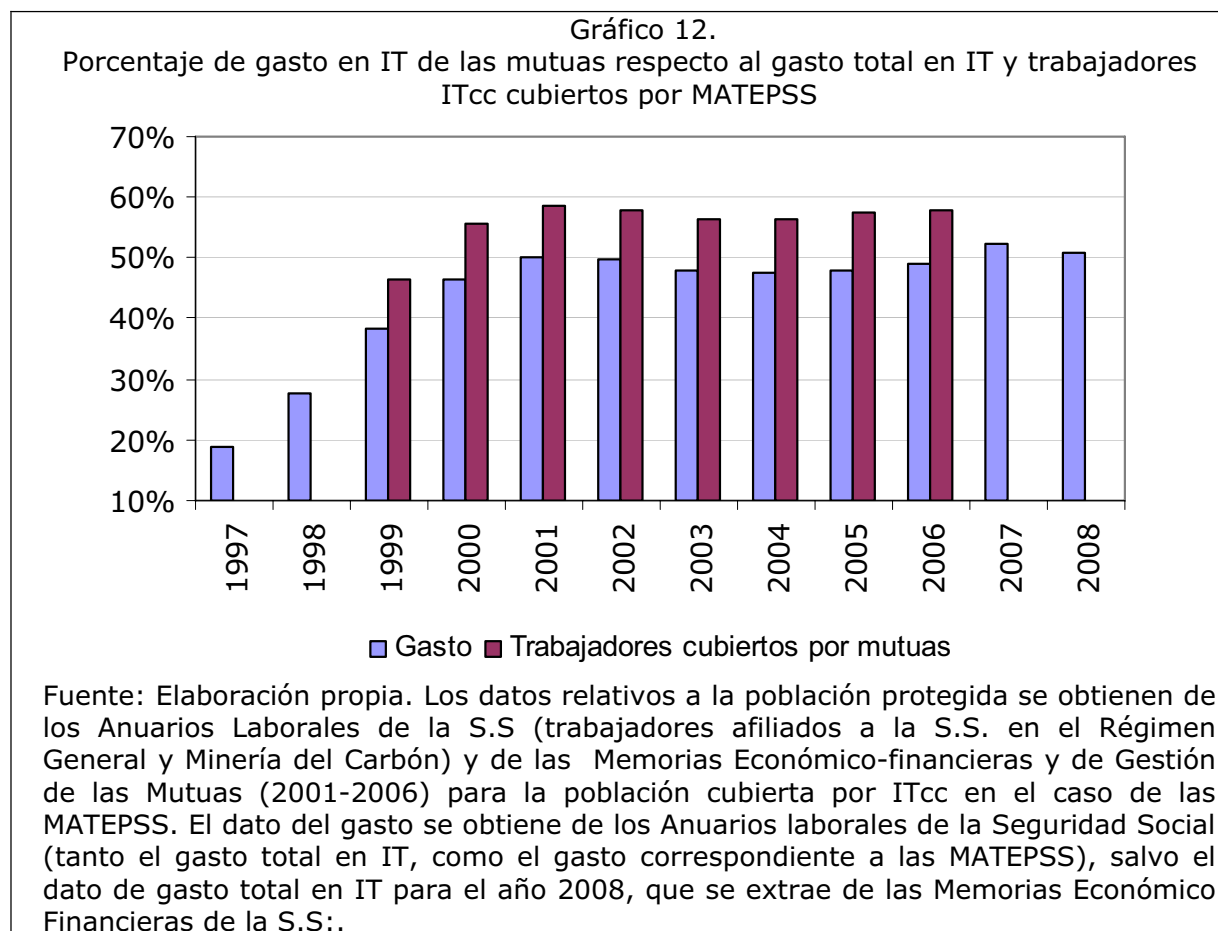
En definitiva, la escisión entre la administración pagadora y prestataria de la atención sanitaria, y la transferencia de competencias a las CCAA, coincide en el tiempo con los fuertes incrementos de gasto observados. Existe una correlación coincidente, aunque no puede atribuirse con exactitud a la existencia de una relación de causalidad.

Por otra parte, atendiendo a la entidad gestora del gasto, cabe señalar que hasta el año 2001 las mutuas van aumentando su cuota del colectivo protegido por ITcc. Este hecho estuvo motivado por la posibilidad que se dio a los empresarios de optar por la cobertura de la prestación de ITcc a través de las MATEPSS a raíz de la reforma normativa de 1994. Tras un periodo de descenso de cuota, de nuevo a partir de 2005, las mutuas vuelven a aumentar el porcentaje de población cubierta. El gasto en IT⁵⁵ correspondiente a las MATEPSS respecto al

⁵⁴ F. Quijano Terán y M. Gandarillas Gonzáles (2008).

⁵⁵ Se hace notar que, por disponibilidad de información, los datos de gasto del gráfico corresponden a IT en ambas contingencias, mientras que el porcentaje de población se refiere exclusivamente a ITcc.

gasto total ha experimentado, igualmente, un evidente incremento a finales de los años noventa, manteniendo una evolución similar a la que mantiene el porcentaje de población en ITcc cubierta.



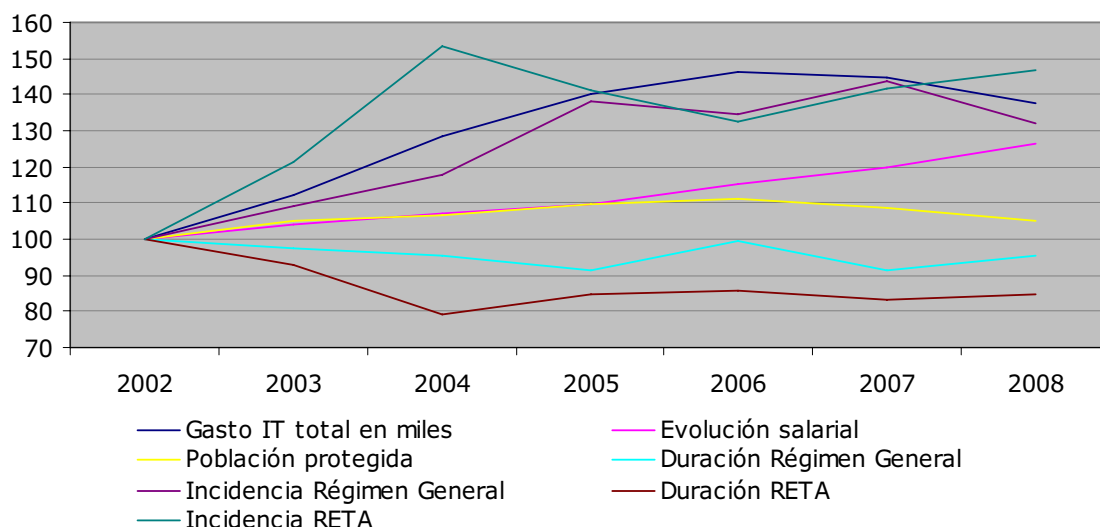
Una vez señalados como factores a tener en cuenta al explicar la evolución del gasto en IT tanto el proceso de transferencia de competencias como la participación de las mutuas en la gestión, se vuelve a retomar la explicación de la evolución de dicho gasto en función de otras variables explicativas como son la incidencia y la duración de los procesos de IT.

Centrándonos a continuación tan sólo en datos del INSS, organismo para el que se dispone de datos homogéneos tanto en la incidencia como en la duración, se observa en el gráfico trece cómo la evolución del gasto en ITcc sigue una pauta muy similar a la de la población afiliada. Asimismo, se constata que en el periodo considerado la incidencia se ha incrementado mientras que la duración ha disminuido. No obstante, debe tenerse en cuenta que el aumento en la disponibilidad de partes de baja que tienen lugar en 2005, especialmente por un mayor conocimiento de bajas de corta duración, provoca un efecto de aumento de la incidencia y reducción de la duración en ese ejercicio que no tendría un origen en cambios reales del comportamiento. Por otra parte, en el régimen de autónomos en 2004 se observa un aumento de la incidencia y reducción de la duración que cabe ligar a la aplicación del RDL 2/2003 por el que los autónomos pasan a recibir cobertura desde el cuarto día en lugar del decimoquinto.

Finalmente, en los ejercicios 2006 y 2007 se observa que la evolución de la incidencia y la duración muestra comportamientos contrapuestos, mientras que en 2006 se reduce la incidencia y aumenta la duración, en 2007 ocurre lo contrario.

Gráfico 13.

Evolución de las principales causas explicativas del gasto en ITcc. INSS. Incidencia y duración. Base 100



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la S.S (para el gasto total, la población afiliada, incidencia y la duración de los regímenes) y de la Encuesta Trimestral de Costes Laborales (para la evolución salarial). Base 100 para el primer año de los datos.

Se profundizará a continuación en el comportamiento de dichos indicadores.

4.2. Los principales indicadores de ITcc: incidencia y duración

Existe toda una batería de indicadores empleados comúnmente en el estudio y gestión de los procesos de IT. La tabla seis refleja los indicadores más habituales, algunos similares, referidos a distintos periodos y utilizados en distintos contextos. Si bien todos ellos resultan relevantes, dado el enfoque del presente trabajo, se considera conveniente centrar el análisis de la evolución de los principales indicadores en el presente apartado en la duración y la incidencia.

Tabla 6. Indicadores de IT

Indicador	Descripción	
Incidencia media anual por cada mil trabajadores protegidos	(Nº medio mensual de procesos iniciados/ población media protegida en el año) x 1000	INSS
Duración media de la baja	(Nº total de días de baja en el año de los procesos cuya alta es conocida/Nº total de procesos cuya alta es conocida) x 1000	INSS
Prevalencia	(Nº de procesos en vigor, en situación de baja al final del periodo/ población protegida en el período) x 1000	INSS
Duración media por asegurado	Nº de días de baja de las altas durante el período/ población media protegida en el año	
Indicador de tendencia de IT	Nº de procesos de baja-nº de altas	
Coste medio por afiliado	Coste total de la prestación/población protegida	
Coste mensual consolidado	Nº de días de baja del mes x salario medio	
Coste ITcc/afiliado/mes	Coste total de la prestación Itcc/población protegida/nº de meses	INSS Convenios generales
Días de baja por afiliado2008	Nº de días de baja de las altas durante el período/población protegida	INSS Convenios generales

Los períodos de referencia pueden ser años o meses. Del mismo modo pueden aplicarse a todos los regímenes de S.S o a alguno de ellos, o bien en base al ente gestor de la prestación. Finalmente pueden emplearse para todas las contingencias o alguna de ellas, o en función de determinadas patologías.

Fuente: elaboración propia

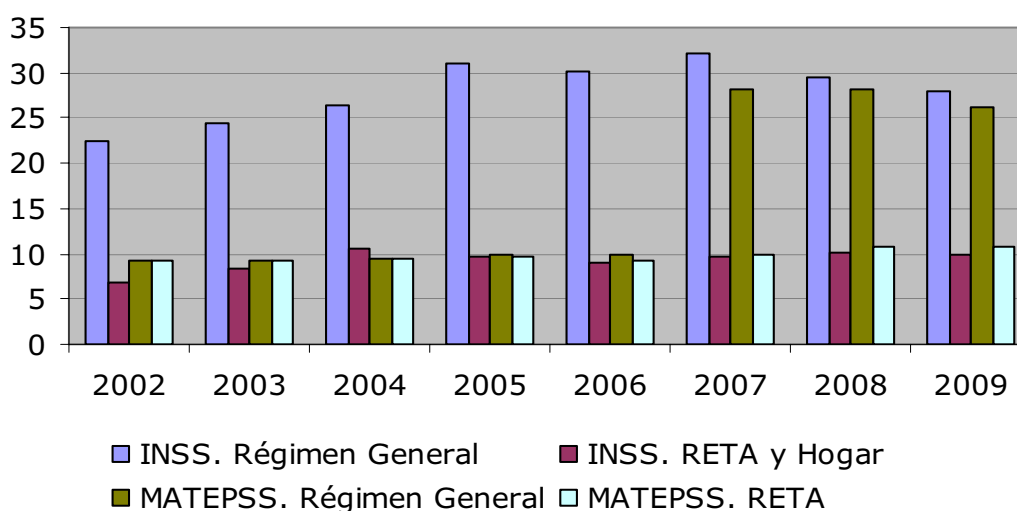
Por otro lado, los distintos agentes intervinientes en la prestación de IT elaboran los indicadores, lo que puede plantear dificultades a la hora de compararlos si no son homogéneos. Así, por ejemplo, los indicadores relativos a las MATEPSS, que presentan unos resultados más satisfactorios en términos de duración e incidencia, no computaban hasta el año 2007 los procesos de duración inferior a 16 días por cuanto no suponían para ellos un coste y consideraban que lo relevante para la gestión que llevaban a cabo era el desempeño de la IT cuando la prestación o control de la misma era asumido por ellas. A partir de 2007 se corrige este hecho, efecto que se observa en los indicadores de dicho ejercicio.

4.2.1 Indicadores de incidencia

Por lo que se refiere a la incidencia de la IT, el gráfico catorce muestra la incidencia media mensual por cada 1.000 habitantes en función del ente que cubre la prestación y diversos regímenes de S.S y el gráfico quince La variación interanual en base al mismo criterio. El dato fundamental que proporciona la serie, es la enorme diferencia en cuanto a la incidencia en función del régimen de S.S.: la incidencia del Régimen General es muy superior al RETA y Régimen Especial de Empleados del Hogar, variando entre los quince y los veintidós puntos porcentuales.

Gráfico 14.

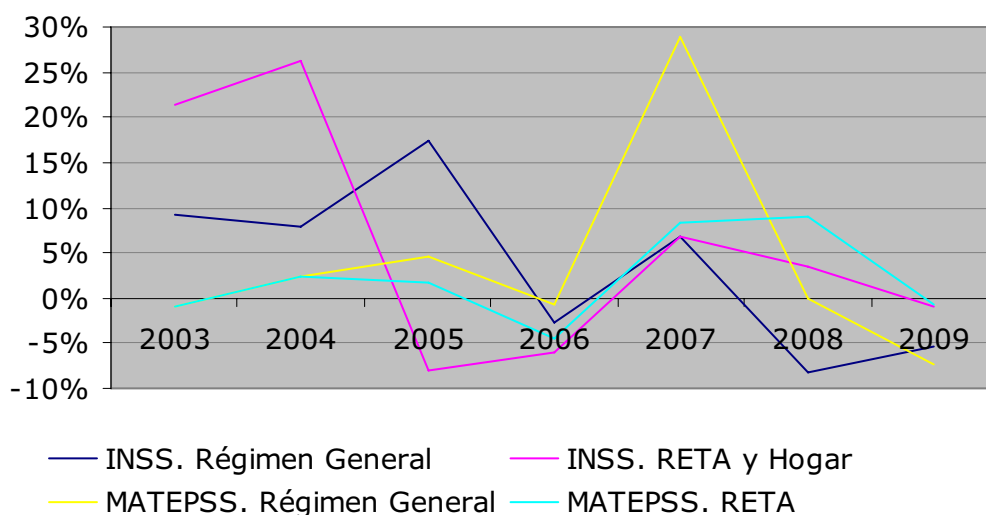
Incidencia media mensual por cada 1.000 habitantes de los procesos de IT según ente gestor y régimen de la S.S. Período 2002-2009



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas de la Seguridad Social. Incapacidad temporal. Datos acumulados a diciembre, salvo 2009 en los que están acumulados a agosto. En el caso de los Regímenes Especiales, las MATEPSS no cubren el Régimen Especial de Empleados del Hogar.

Gráfico 15.

Variación interanual de la incidencia media mensual por cada 1.000 habitantes de los procesos de IT según ente gestor y régimen de la S.S. Período 2003-2009



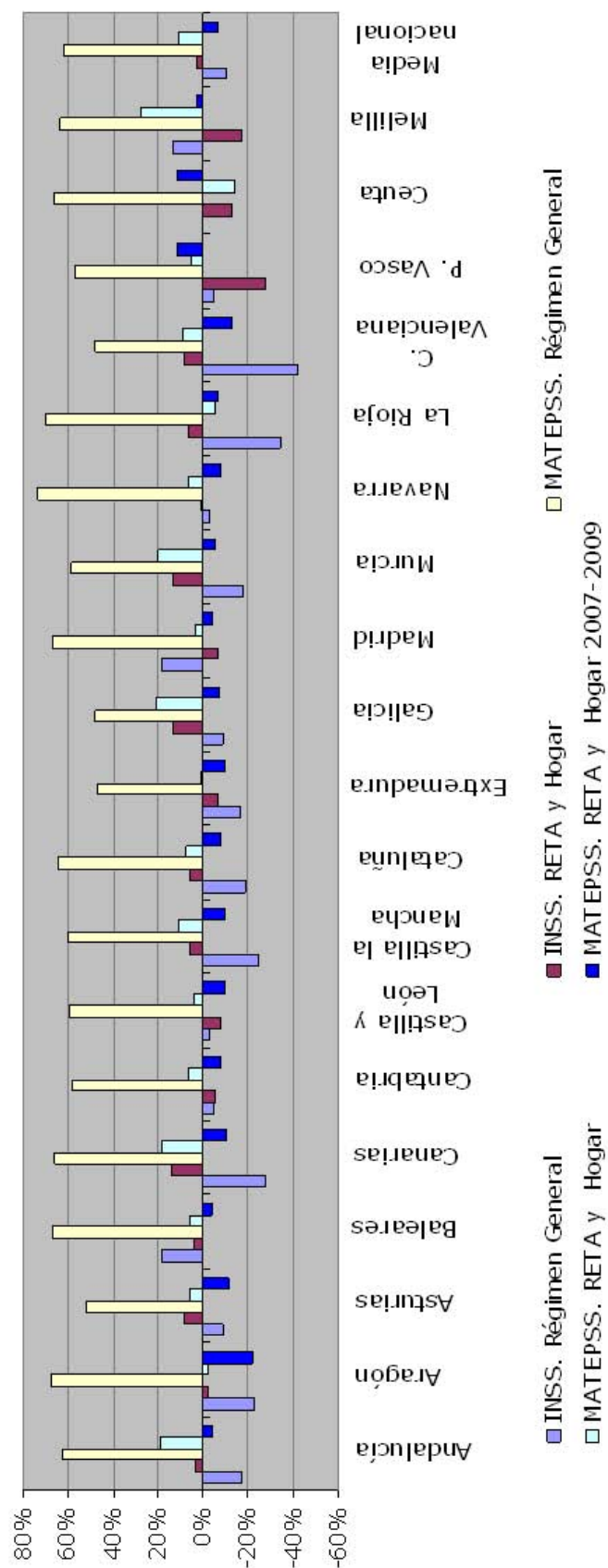
Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas de la Seguridad Social. Incapacidad temporal. Datos acumulados a diciembre, salvo 2009 en los que están acumulados a agosto. La variación de las MATEPSS en Régimen General para el año 2007 es del 186%.

Por otra parte, la incidencia de los trabajadores por cuenta ajena cuya gestión corresponde al INSS mantiene una tendencia ascendente entre el año 2002 y 2007, con la excepción del año 2006, y una posterior reducción durante los años 2008 y 2009. Para el caso de las MATEPSS, el carácter no homogéneo del indicador de incidencia, como se indicaba anteriormente, impide comparaciones por ente gestor hasta el año en que se produce la corrección de esta circunstancia (2007). En todo caso, la incidencia es ligeramente inferior, habiéndose acortado la diferencia en los últimos años, pasando de cuatro puntos porcentuales a algo más de dos. A partir del año 2008, -quizás por los posibles efectos de la crisis económica o por el efecto de las medidas introducidas, factores de difícil individualización y ponderación-, se observa una reducción en los trabajadores por cuenta ajena.

Por lo que se refiere al RETA y Régimen Especial de Empleados de Hogar, las diferencias en cuanto al ente gestor son reducidas, con una incidencia menor por parte del INSS en los primeros años del período (2002 y 2003) y a partir del año 2006.

Gráfico 16.

Variación de la incidencia mensual de las bajas por 1.000 trabajadores protegidos, según Régimen de la S.S y ente gestor durante el periodo 2005-2009



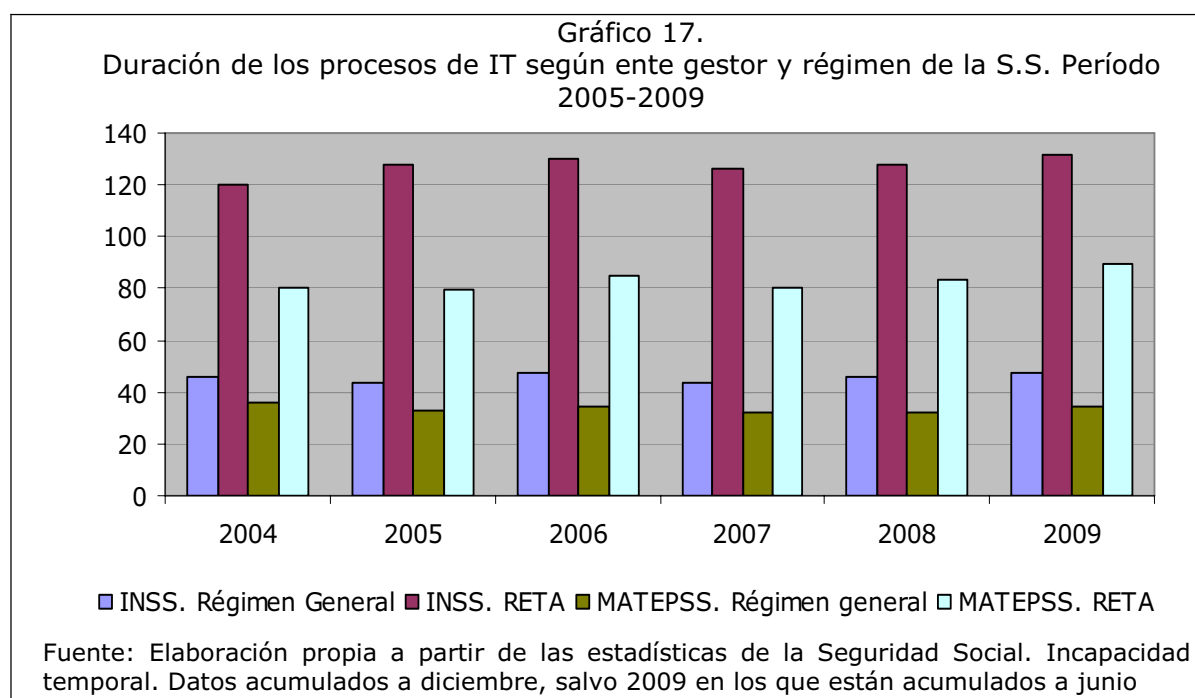
Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores del INSS.

En cuanto la variación observada en la incidencia para el período 2005-2009 según la CCAA, se observa una gran variabilidad (véase gráfico dieciséis). Con el objeto de neutralizar los efectos del cambio de indicador para las MATEPSS a partir de 2006, se adiciona una serie para este ente gestor durante el período 2007-2009, si bien sus resultados deben considerarse con cierto cuidado, por cuanto coinciden en lo fundamental con una fase de recesión económica y fuerte destrucción de empleo. Las CCAA de Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla la Mancha, Cataluña, Extremadura, Murcia y especialmente la Rioja y la C. Valenciana presentan una fuerte reducción en la incidencia de ITcc en el Régimen General gestionado por el INSS. En cuanto a la población trabajadora por cuenta ajena, las CCAA de Galicia, C. Valenciana y Extremadura presentan los mejores resultados en términos de reducción. Ésta última CCAA es la que mejores resultados presenta en cuanto al comportamiento de la incidencia, para todos los regímenes y entes gestores.

El gráfico uno del anexo VI muestra la variación interanual según la CCAA. Para todo el sistema de S.S. (con independencia del ente gestor y los regímenes que lo integran), los datos disponibles reflejan una tendencia generalizada, con excepciones, en la reducción de la incidencia. Sea cual fuere el motivo de la misma (el impacto de la crisis económica, una mejor gestión de los procesos de ITcc, y/o el efecto de las medidas en su conjunto), se observa algunas CCAA con una incidencia inferior con respecto a la media de los distintos años, aspecto en el que sobresale fundamentalmente Extremadura y la C. Valenciana.

4.2.1 Indicadores de duración

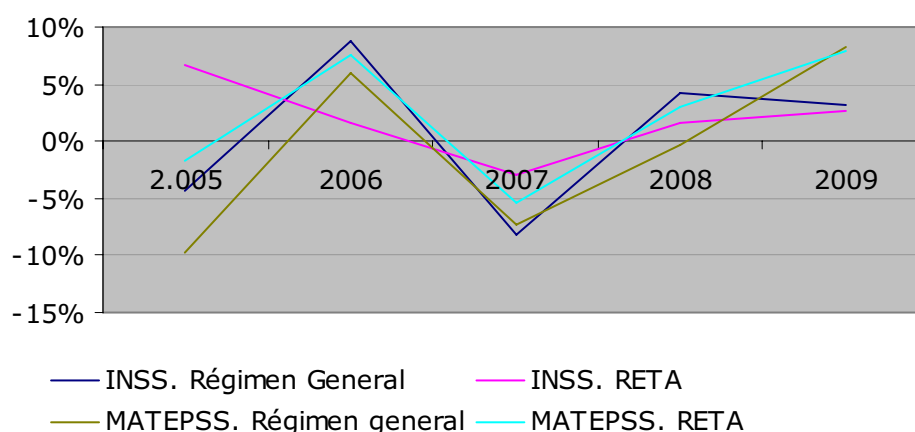
Pasando a los indicadores de duración, el gráfico diecisiete refleja la duración media de los procesos de IT según ente gestor de la prestación y régimen de la S.S, mientras que el gráfico dieciocho muestra las variaciones interanuales.



A lo largo del año 2006 se produce un acusado incremento de la duración de los procesos, para todos los regímenes y con independencia del ente gestor, aún cuando este incremento es especialmente elevado para el Régimen General gestionado por el INSS. Durante 2007 se observa un brusco descenso de la duración, si bien esta situación se invierte en 2008 y especialmente en 2009, donde se observan variaciones interanuales del orden del 3% para los episodios gestionados por el INSS y un 8% en los procesos gestionados por las MATEPSS.

Gráfico 18.

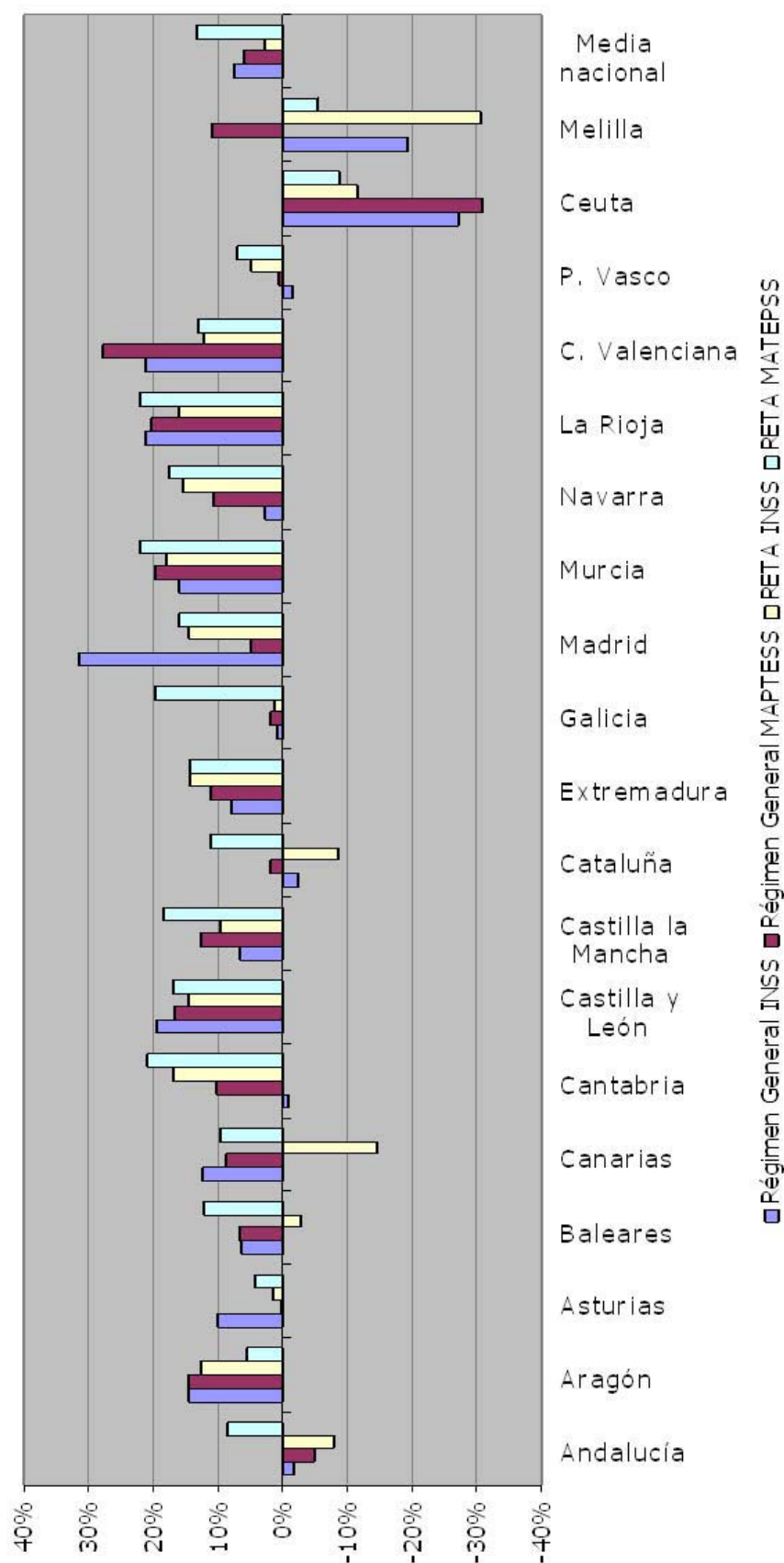
Variación interanual de la duración de los procesos de IT según ente gestor y régimen de la S.S. Período 2006-2009



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas de la Seguridad Social. Incapacidad temporal. Datos acumulados a diciembre, salvo 2009 en los que están acumulados a junio.

El gráfico diecinueve muestra la variación de la duración de las bajas durante el período 2005-2009 para todas las CCAA.. Se observa que, en Ceuta y Melilla, cuya gestión corresponde al INGESA, la reducción de la duración se ha producido para todas los regímenes de la S.S. y entes gestores, mientras que el resto de CCAA presentan un claro incremento en cuanto a la duración, con elevadas oscilaciones entre regímenes y entes gestores. Andalucía, Cataluña, País Vasco y Galicia presenta los mejores indicadores en cuanto a la duración, con reducciones en la misma, estabilización o ligeros aumentos, según ente y régimen, con la excepción del RETA gestionada por las MATEPSS. Asimismo, en el anexo VI puede consultarse la variación interanual de la duración media de los procesos de IT por contingencias comunes en el Régimen General de la S.S en cada una de las CCAA (gráfico dos).

Gráfico 19
Variación de la duración de las bajas, según Régimen de la S.S y ente gestor durante el período 2005-2009



Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores del INSS

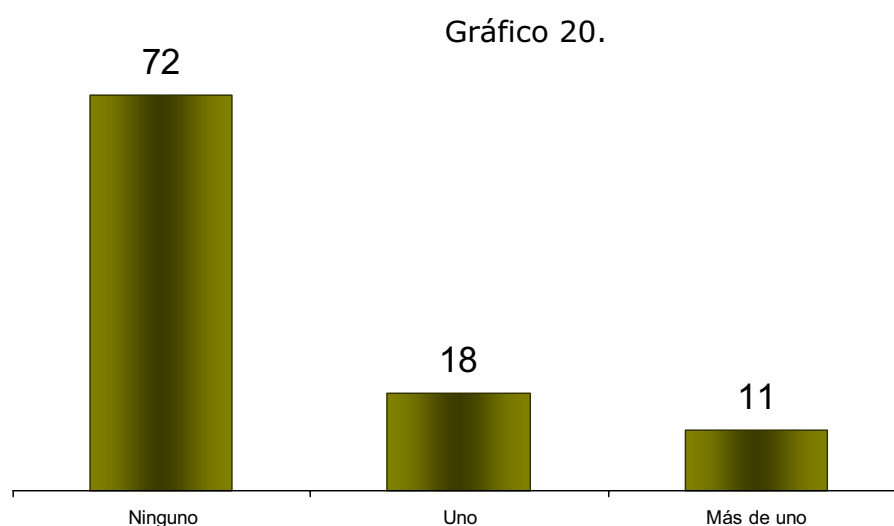
4.3. Caracterización de los procesos de ITcc

4.3.1. Incidencia de la ITcc

A efectos del análisis de segmentación de colectivos con mayor incidencia (número de procesos de baja iniciados con relación a la población protegida media) se puede descomponer la incidencia en dos elementos: proporción de individuos que experimentan al menos una baja respecto a población afiliada (que denominaremos tasa de baja) y número medio de procesos de baja por individuo que experimenta al menos una baja.

A continuación se presentan los principales resultados descriptivos del análisis estadístico realizado sobre la MCVL y los individuos de dicha muestra que han experimentado bajas. Los resultados presentados se van a centrar en la tasa de baja. Se trata de identificar aquellas segmentaciones en las que se observa que en un determinado colectivo el porcentaje de los que han tenido bajas sobre el total sea mayor que el porcentaje que les correspondería en función del peso que dicho colectivo tiene en la población. En las categorías que presenten diferencias significativas en relación con los individuos que presentan más de una baja (existe reincidencia) se hará notar.⁵⁶

A efectos de una primera descripción del colectivo, se observa que del conjunto de los individuos que componen la MCVL, un 72% no ha tenido ninguna baja laboral a lo largo del período 2007-2008, mientras que los que han tenido una baja alcanza el 18%, y quienes han tenido más de una representa el 11%.



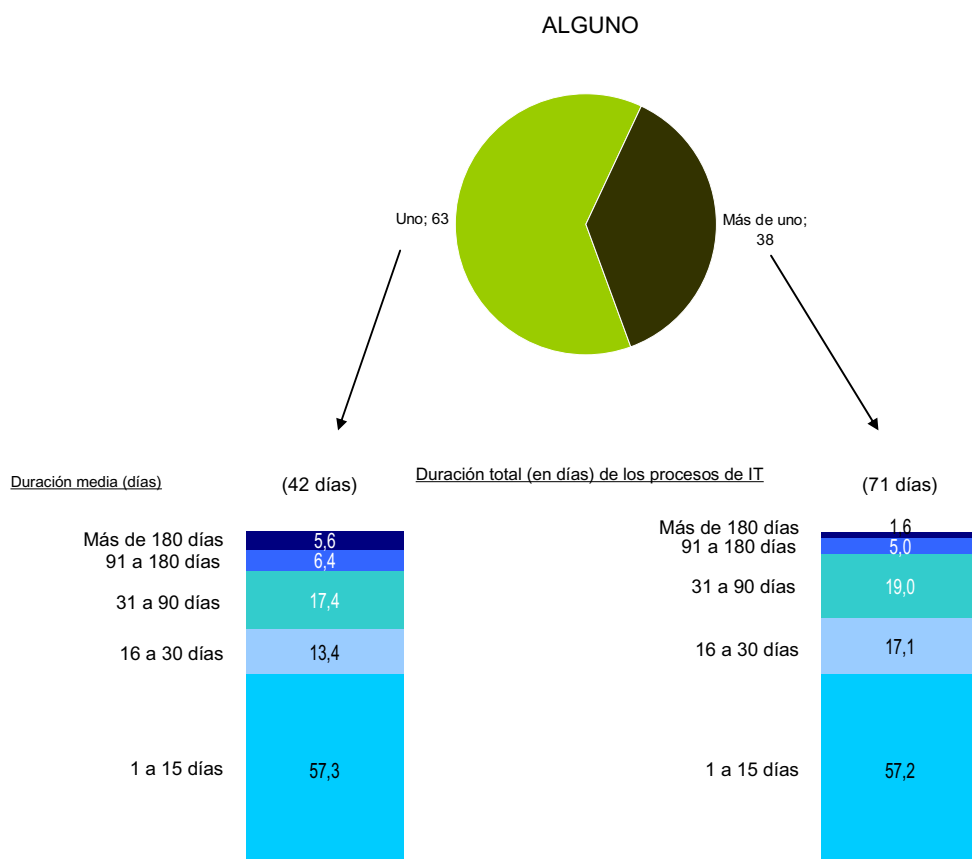
Fuente: elaboración propia, a partir de microdatos proporcionados por el INSS

⁵⁶ El hecho de que en un colectivo se observe una mayor tasa de baja que la que le correspondería por su peso en la población permite segmentar los colectivos por su tasa de baja, pero no quiere decir que la característica que se utiliza para segmentar sea la causa de esa diferente tasa, pues ésta puede deberse a la acumulación de otras características. Esos efectos cruzados se intentarán detectar posteriormente a través de modelos econométricos.

Centrándonos en los que han tenido algún episodio de baja, el 38% de quienes la han tenido presentan reincidencia, tal y como se observa en el gráfico veintiuno la duración media en baja de los individuos que tan sólo han tenido una a lo largo del período es de 42 días, mientras quienes reinciden han estado de baja 71 días de baja en términos absolutos. En el caso de los trabajadores que reinciden, la duración media de cada uno de los procesos de baja es de 28 días. La distribución de las bajas, en función de la duración media de cada proceso refleja un elevado porcentaje de individuos con una duración reducida: el 70% están en baja menos de un mes. En el caso de experimentar más de un episodio el porcentaje de duraciones medias (de 30 a 90 días) es mayor que para aquellos que tienen sólo una baja.

Gráfico 21.

Número de procesos de IT y duración total de las IT



Fuente: elaboración propia, a partir de microdatos proporcionados por el INSS

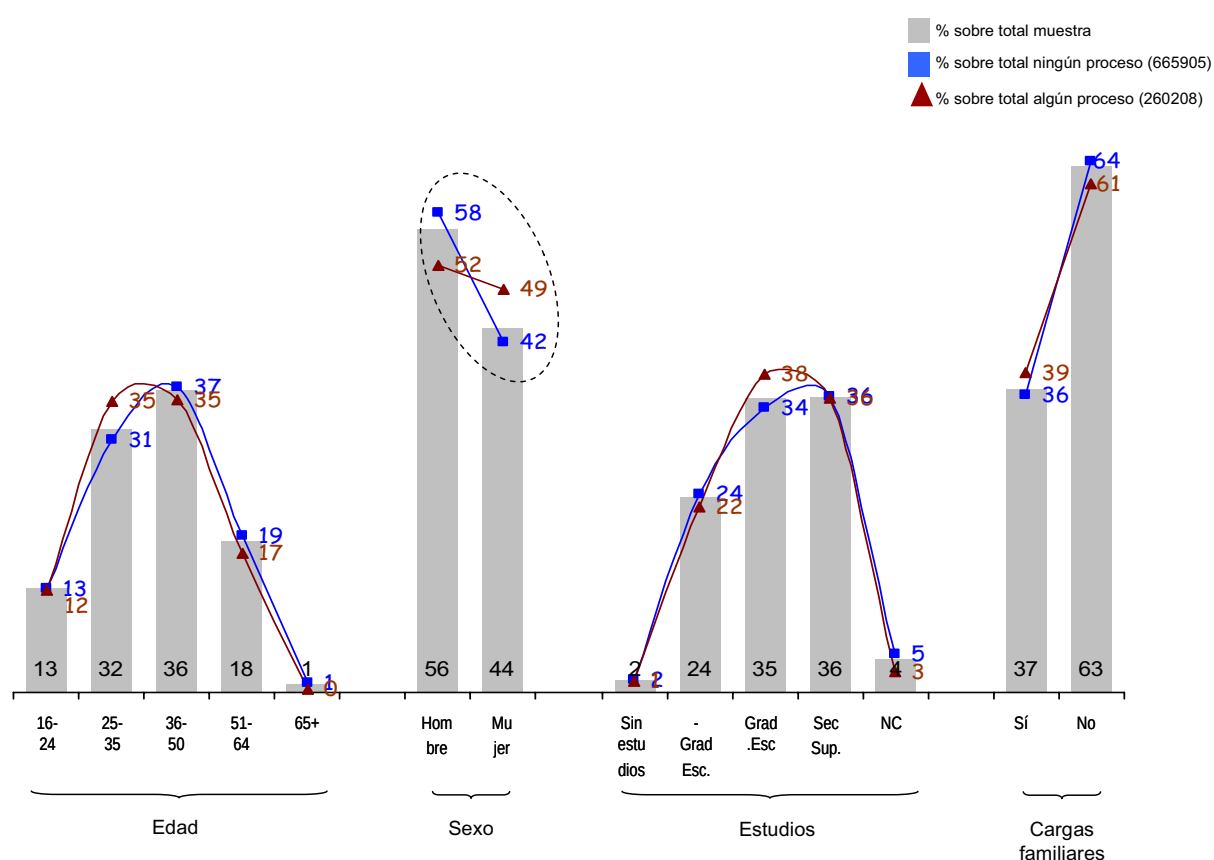
El perfil de los trabajadores influye en la ITcc. Así, el porcentaje de población que ha tenido episodios de baja varía en función de determinadas características. Los individuos con edades comprendidas entre los 25 y 35 años presentan una mayor tasa de baja en relación a su peso sobre la muestra. El resto de cohortes de edad se encuentran en la situación contraria, mostrando una incidencia inferior a la que les correspondería. El género es una variable que también incide

en la tasa de bajas, siendo mayor en las mujeres, en relación al peso que representan en el tamaño de la muestra, comparado con los hombres. Algo similar ocurre, aunque no de forma tan importante, en la distribución por sexo de los que han tenido un solo proceso y los que han tenido más (reincidencia).

En relación con el nivel de estudios, la tasa de baja es mayor entre quienes tienen un nivel de graduado escolar.

Por otro lado, los individuos con cargas familiares⁵⁷, presentan también una ligera mayor tasa de baja.

Gráfico 22.
Distribución de la muestra por edad, sexo y nivel de estudios
(B: 926113)



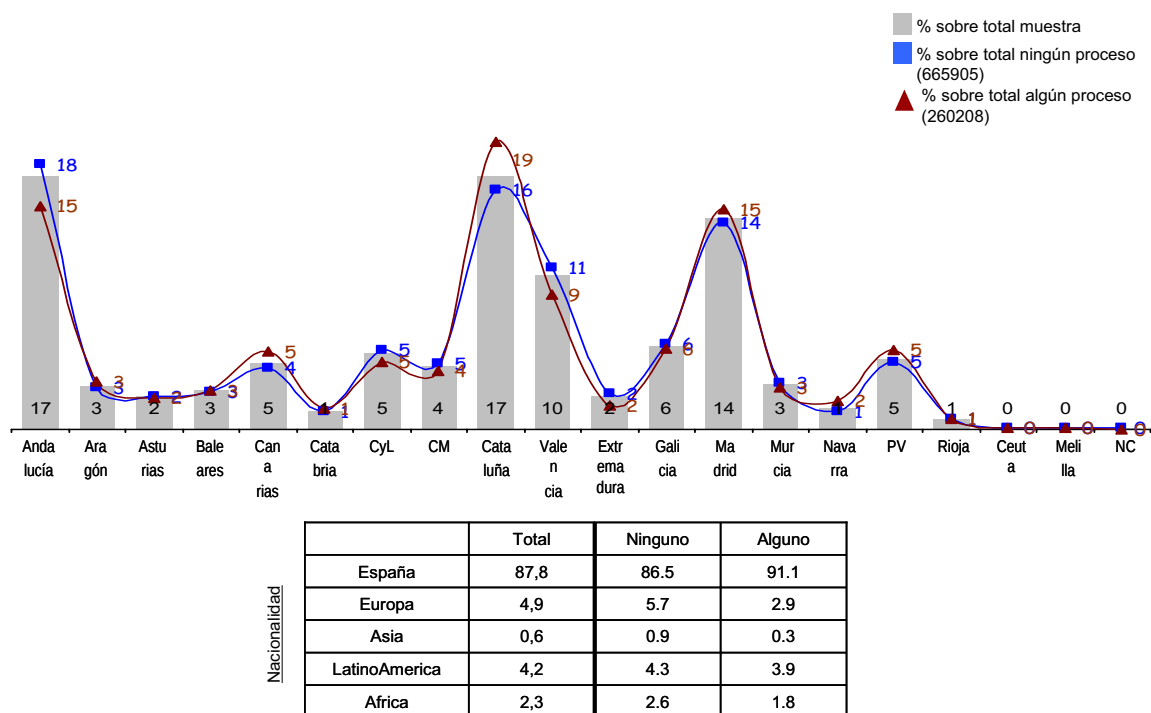
Fuente: elaboración propia, a partir de microdatos proporcionados por el INSS

⁵⁷ Entendidas como convivientes menores hasta 14 años y/o mayores de 70.

La tasa de baja según la CCAA de residencia se refleja en el gráfico veintitrés. Algunas CCAA (es el caso de Andalucía y Valencia), presentan un mayor porcentaje de población con bajas. En el caso contrario se encuentra Cataluña y Canarias y en menor medida Madrid. La tasa de baja de la población de nacionalidad española es mayor que la correspondiente a población con otra nacionalidad, agrupada por continentes. El patrón de reincidentes es similar.

Gráfico 23.

Distribución de la muestra por comunidad autónoma de residencia y nacionalidad
(B: 926113)

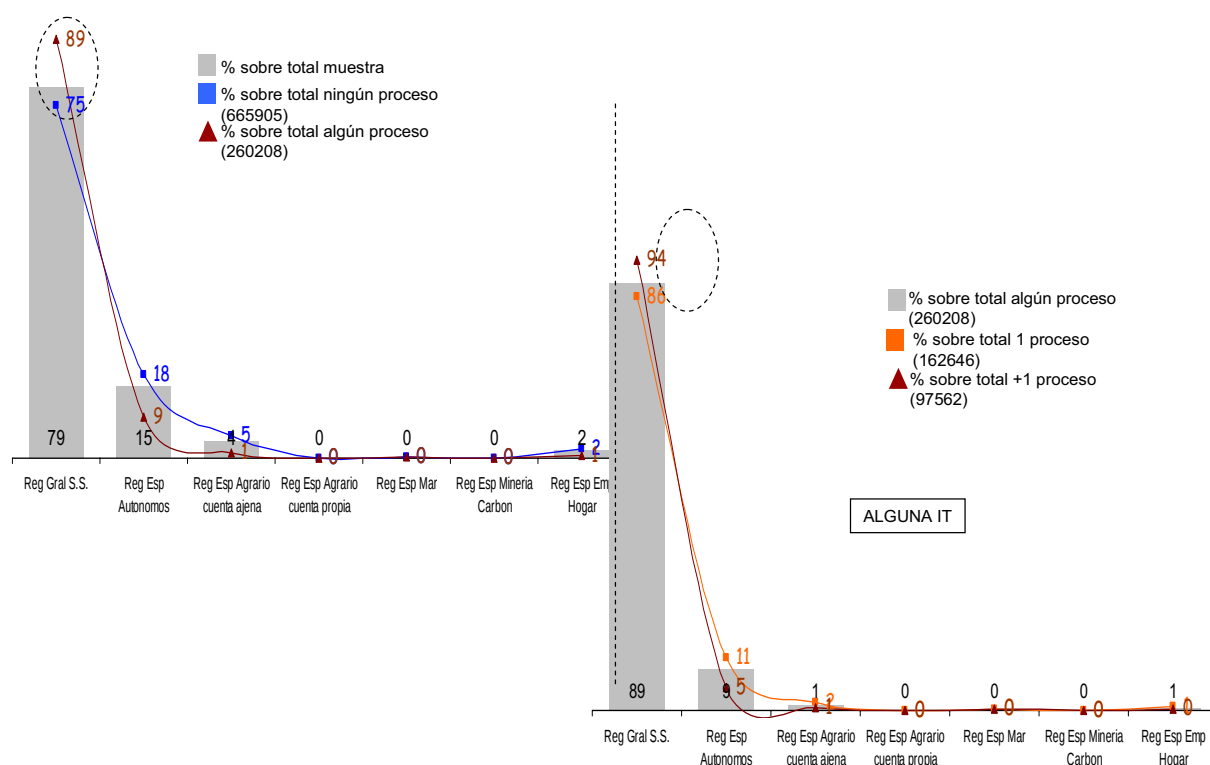


Fuente: elaboración propia, a partir de microdatos proporcionados por el INSS

La población afiliada al Régimen General de la S.S. presenta una mayor tasa de baja (y también reincidencia), al contrario de lo que sucede en el RETA o en el Régimen Especial Agrario por Cuenta Ajena.

Gráfico 24.

Distribución de la muestra según el régimen de la Seguridad Social



Fuente: elaboración propia, a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Los trabajadores con contrato indefinido a tiempo completo tienen una mayor tasa de baja (representan el 36% de la muestra, mientras que representan el 44% de la población con algún proceso de baja). Lo contrario sucede en el caso de los trabajadores del RETA y desempleados (la categoría "no consta contrato" recoge fundamentalmente a quienes cotizan en dicho Régimen y a los desempleados).

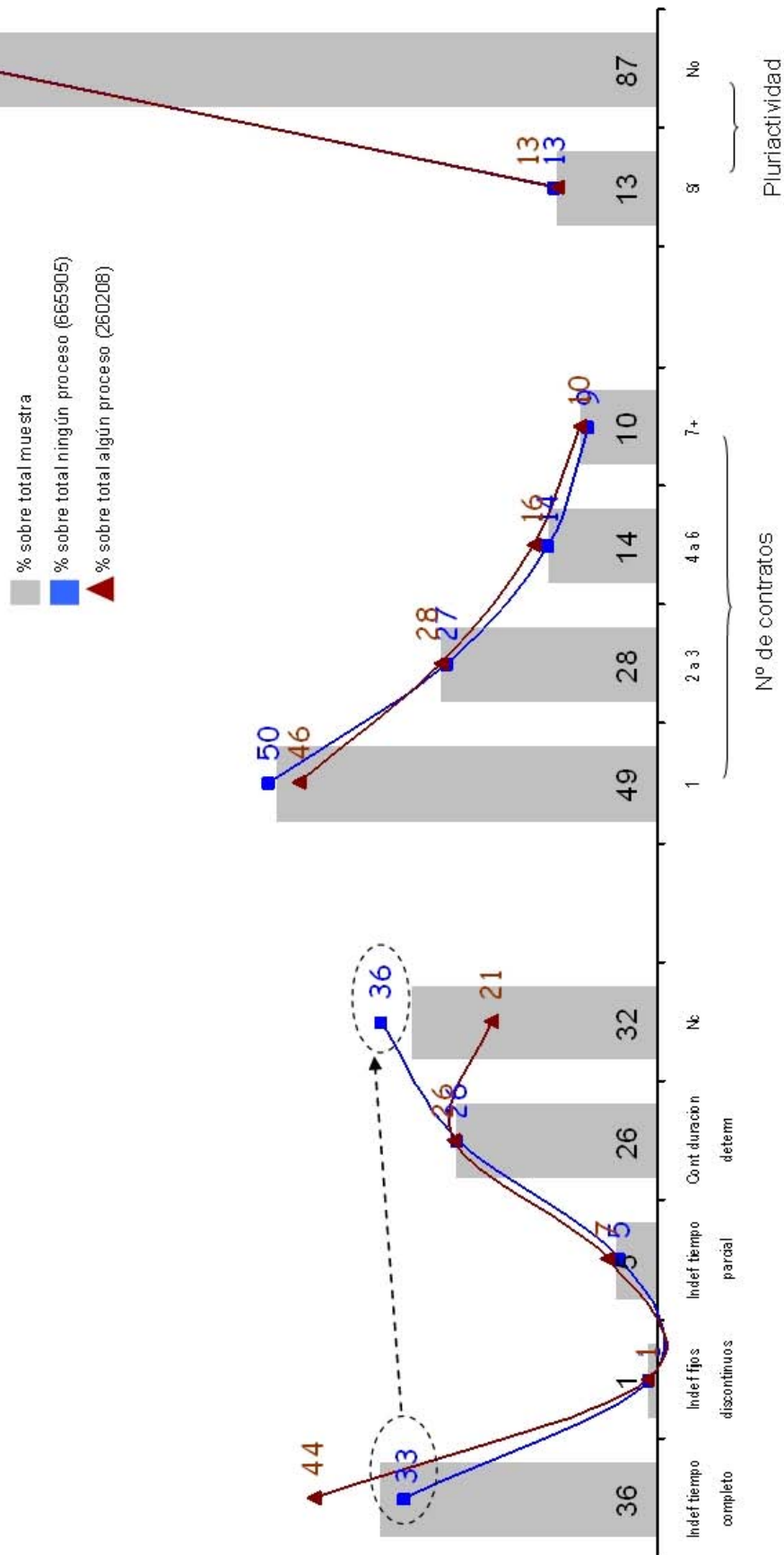
Sin embargo, si se mide la estabilidad en el empleo a través del número de contratos suscritos a lo largo del período analizado, en este caso, a mayor estabilidad (un solo contrato) menor tasa de baja. Destaca una mayor tasa de baja en el caso de que se hayan suscrito entre 4 y 6 contratos. El hecho de tener un solo trabajo o ser pluriempleado no altera la proporción de bajas laborales.

La reincidencia presenta un patrón similar en función de estas variables, aunque atenuado, si bien se observa un comportamiento más acusado en la reincidencia de individuos con contratos de duración determinada.

Gráfico 25.

Distribución de la muestra según tipo de contrato y número de contratos

(B: 926113)



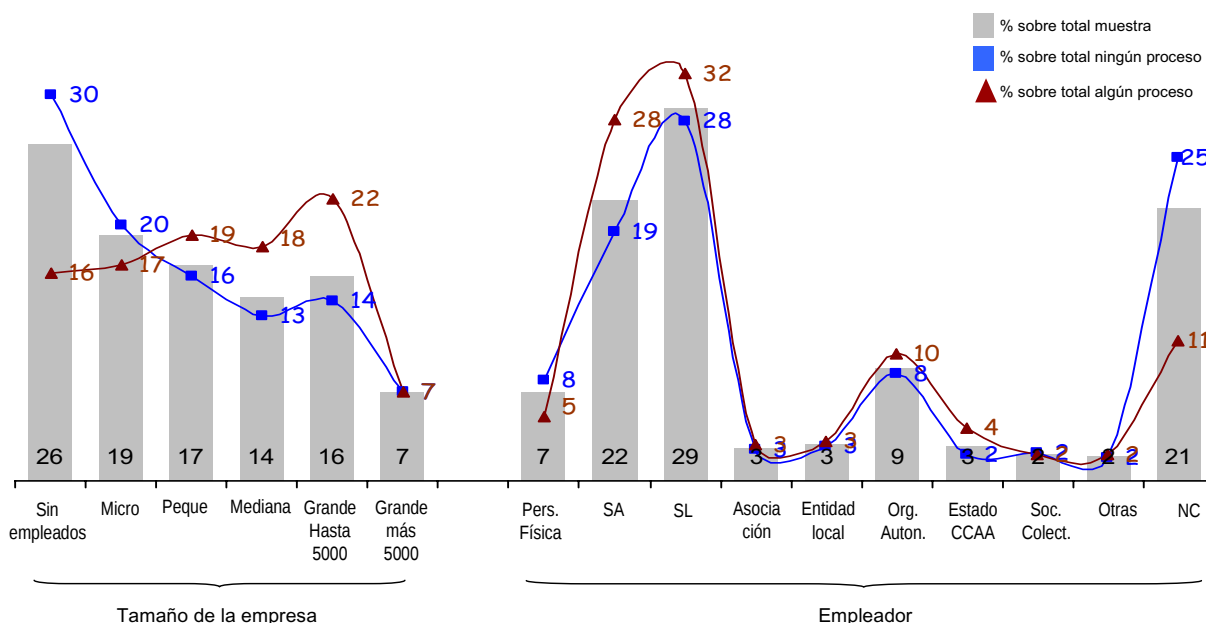
Tipo de contrato

Fuente: elaboración propia, a partir de microdatos proporcionados por el INSS

La variable que más influye en el hecho de experimentar mayor proporción de bajas laborales es el tipo de empleador. Destaca fundamentalmente el hecho de que las sociedades anónimas, y el Estado y CCAA presentan una mayor tasa de incapacidades para el trabajo y en menor grado también las sociedades limitadas y los Organismos Autónomos. Por el contrario, los trabajadores cuyos empleadores son personas físicas tienen una menor tasa de baja. Esta circunstancia se reproduce, aunque atenuada, en cuanto a la reincidencia.

Por otra parte, con respecto al tamaño de la empresa, cuanto menor es éste, menos episodios de ITcc se observan, salvo para el caso de las empresas grandes con plantillas superiores a los 5.000 empleados. Destaca fundamentalmente el caso de aquellas entidades que carecen de trabajadores (esta categoría recoge principalmente, aunque no en exclusiva a los trabajadores autónomos), dato congruente con lo apuntado más arriba en relación a su incidencia como Régimen de la S.S., con un grado de bajas laborales comunes muy reducido con respecto a la muestra. Las medianas empresas, y en especial las grandes empresas de hasta 5.000 trabajadores, presentan una tasa de baja superior a la que les correspondería. Similares resultados se observan al considerar la reincidencia, aunque en el caso de todas las grandes empresas la distribución de la reincidencia muestra mayor ocurrencia que la distribución de la tasa de baja.

Gráfico 26.
Distribución de la muestra según tamaño de la empresa y tipo de empleador
(B: 926113)



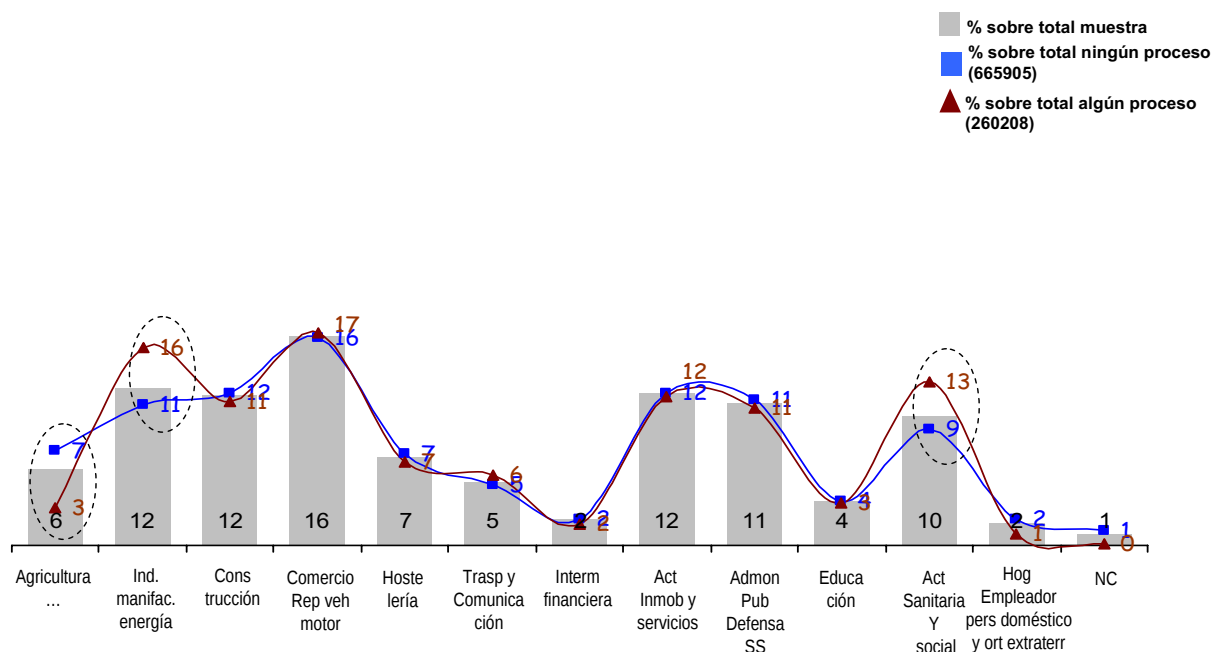
Fuente: elaboración propia, a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Las actividades económicas en las cuales se observa una mayor diferencia entre aquellos trabajadores que experimentan al menos algún proceso de ITcc son la agricultura, industria manufacturera y energía, y actividades sanitarias y sociales.

Mientras en el primer caso la proporción de población con bajas es inferior con respecto a su peso en el conjunto de la muestra, en las dos últimas es sensiblemente mayor. Esta circunstancia se reproduce aunque atenuada cuando se considera la reincidencia: nuevamente las empresas de energía, manufacturas y de atención sanitaria y social (correspondientes fundamentalmente a las AA.PP.) presentan un mayor grado de reincidencia en ITcc.

Gráfico 27

Distribución de la muestra según la actividad económica de la empresa
(B: 926113)

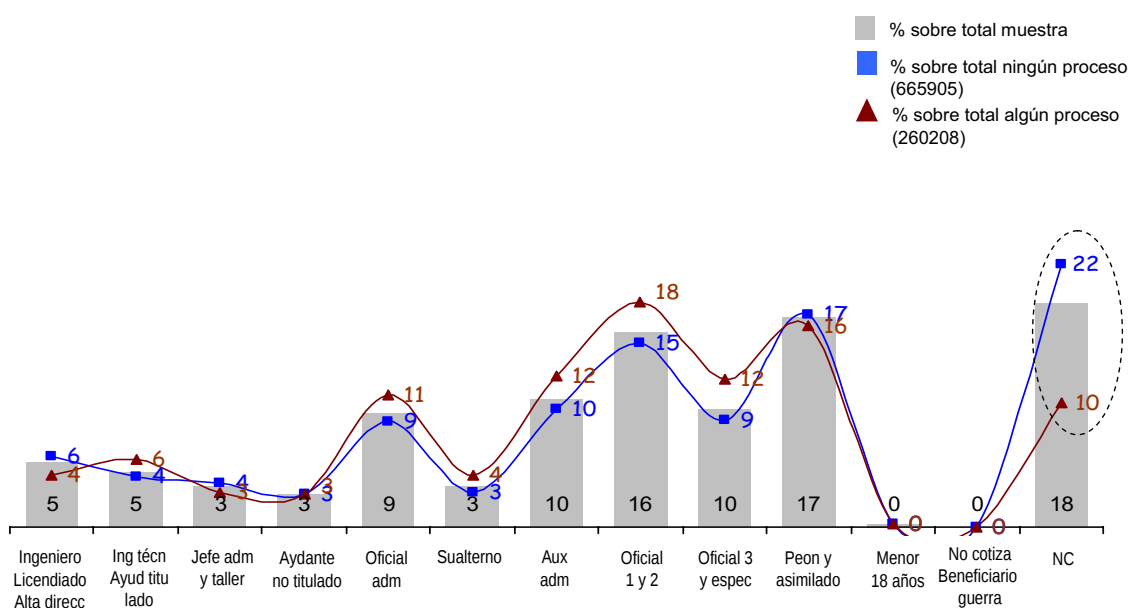


Fuente: elaboración propia, a partir de microdatos proporcionados por el INSS

En cuanto al grupo de cotización se observan diferencias apreciables en la tasa de baja en los puestos medios-bajos de carácter administrativo (subalterno, auxiliares y oficiales administrativos) y en categorías medias que tradicionalmente corresponde con trabajos manuales en la industria fundamentalmente (oficiales y especialistas). También destacan en puestos de mayor nivel, los ingenieros técnicos y ayudantes titulados. En todos ellos la proporción de bajas es superior. El patrón se reproduce en cuanto al grado de incidencia, aunque en este caso destaca que los oficiales de primera y segunda presentan menor reincidencia.

Gráfico 28.

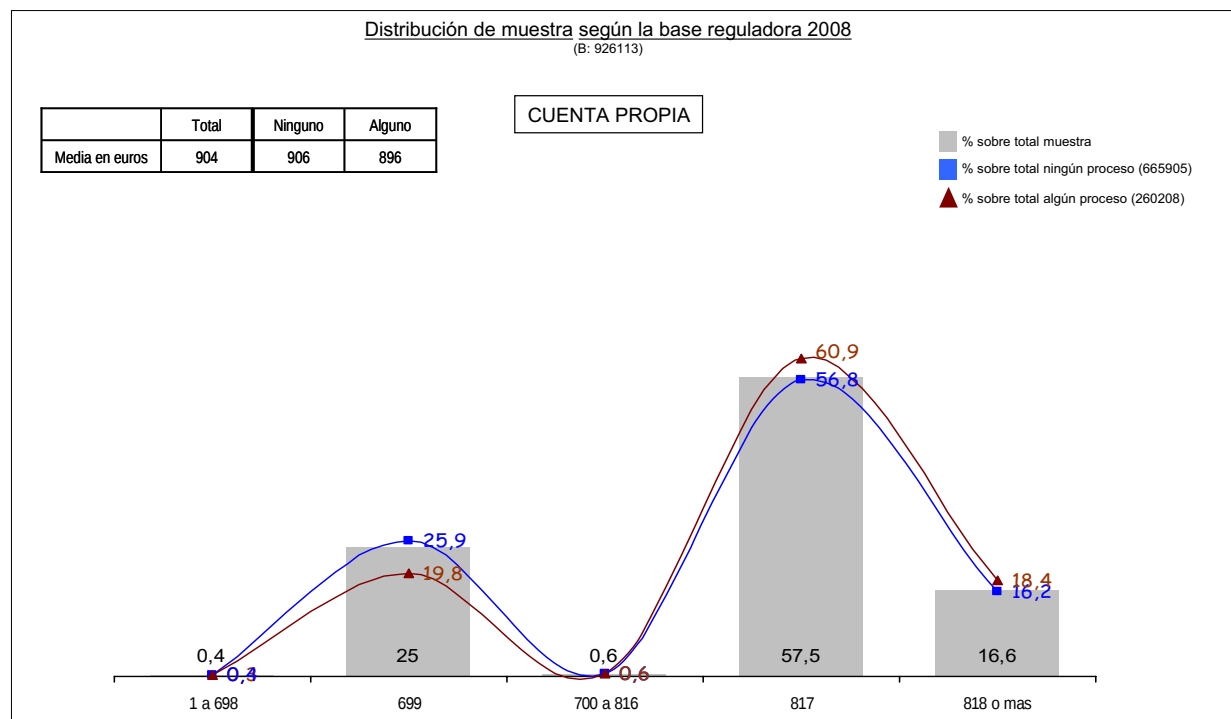
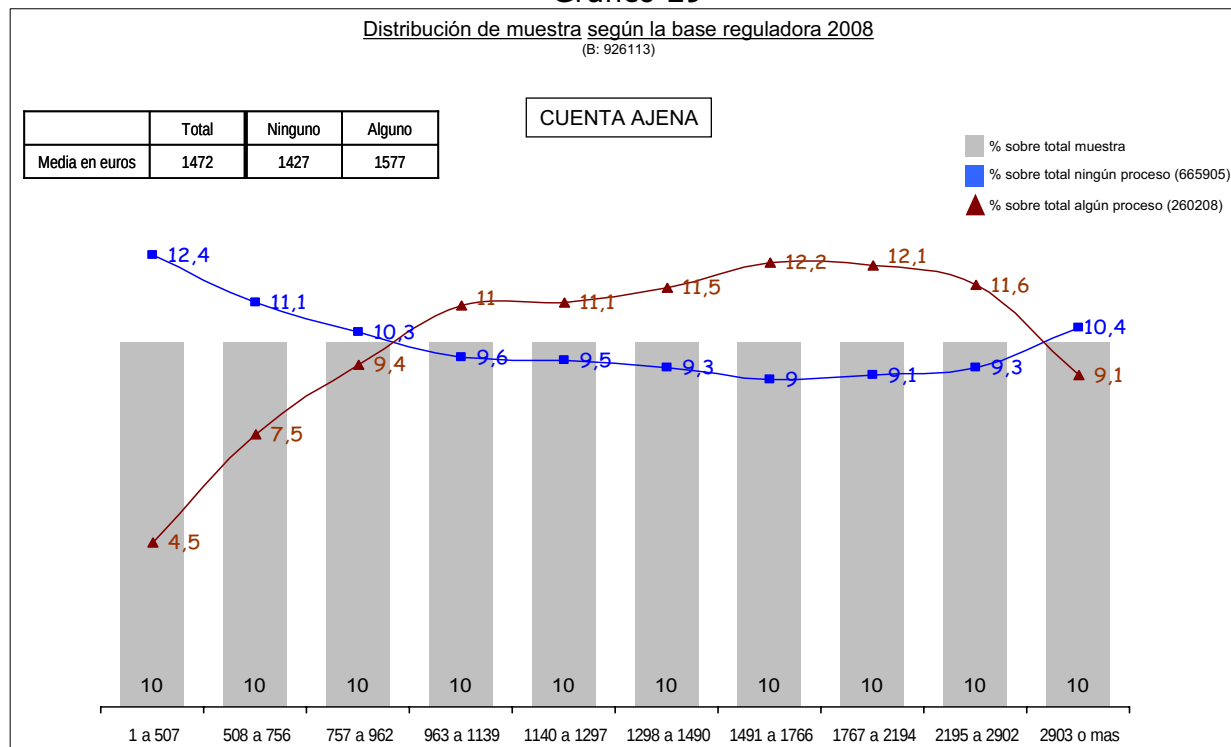
Distribución de la muestra según grupo de cotización
(B: 926113)



Fuente: elaboración propia, a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Por otro lado, la base reguladora también afecta a la tasa de baja. Así se observa que en los empleados por cuenta ajena, los grupos con menores salarios (base reguladora hasta 962) y los de mayores salarios (base reguladora superior a 2902) presentan una menor tasa de baja. En los trabajadores por cuenta propia, presentan una mayor tasa de baja las bases reguladoras superiores.

Gráfico 29



Fuente: elaboración propia, a partir de microdatos proporcionados por el INSS

En cuanto a las patologías, aquellas que muestran una mayor frecuencia para todo el conjunto de población trabajadora son fundamentalmente las de carácter respiratorio y traumatológico, junto con las infecciones intestinales y los trastornos de ansiedad. Estas últimas, junto con otras alteraciones de la espalda no especificadas y otras causas desconocidas de morbilidad, presentan un mayor grado de reincidencia. En la siguiente tabla se presentan las patologías que presentan mayor frecuencia en el conjunto de procesos de ITcc.⁵⁸

Tabla 7.
Patologías con mayor frecuencia

Patologías	Porcentaje
Otras alteraciones de la espalda no especif.	7,21
Infecciones intestinales mal definidas	4,17
Otras causas y causas desconocidas de morbilidad/mortandaz	3,28
Gripe	3,14
Trast. ansiedad, disociativos y somatomorfos	2,89
Síntomas generales	2,71
Faringitis aguda	2,65
Otras respiratorias	2,42
Amigdalitis aguda	2,18
Nasofaringitis aguda -resfriado común-	2,12
Infec. agudas vías respirat. sup. local mult.	2,03
Otras alteraciones columna cervical	1,92
Angina estreptocócica y fiebre escarlatina	1,74
Bronquitis y bronquiolitis aguda	1,46
Otras gastroenteritis y colitis no infec. y no esp.	1,44
Esguinces y torceduras de tobillo y pie	1,38
Tendinitis intersecciones periféricas y síndromes conexos	1,30
Otros trast./trastornos neom de articulación	1,02
Otras músculo esqueléticas	0,84
Síntomas que afectan al aparato urinario	0,76

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

⁵⁸ Se ha eliminado de las tablas del informe la patología de leptospirosis. En los datos manejados aparece, para el código 100 y las correspondientes subcategorías (que según la clasificación CIE-9 MC corresponde a dicha patología) un valor anormalmente alto de registros (10.600). Ello se debe a que en los registros parecen haberse mezclado la codificación actualmente empleada (CIE-9 MC) con residuos de la antigua clasificación de códigos complementarios del INSALUD, que no codificaban como 100.1, 100.2 las patologías, sino determinadas situaciones: intervenciones quirúrgicas, diagnósticos ilegibles, ingresos en hospital, accidentes de tráfico, etc... Esta circunstancia incide lógicamente en la distribución de frecuencias del resto de patologías, que no pueden considerarse completamente exactas, al carecerse para un determinado número de registros, de la patología correcta, aunque se estima que no alteran, a grandes rasgos, la clasificación manejada en el presente informe. .

Finalmente, también se ha realizado un análisis en cuanto al día en que se produce la baja.⁵⁹ Se observa un paulatino descenso del porcentaje de bajas conforme avanza la semana: si los lunes se concentra el 30% de todas las ITcc, a finales de semana (jueves y viernes) dicho porcentaje es tan sólo del 15 y el 12, respectivamente. Los fines de semana se producen muy pocas bajas, por dos circunstancias: el conjunto de población trabajadora es muy reducido (actividades de servicio públicos específicos y vinculadas al ocio de fin de semana, tales como hostelería, restauración, etc.), y desde el plano sanitario tan sólo funcionan los servicios de urgencia. Ello explica también, junto a las posibles incidencias vinculadas al fin de semana, el porqué los lunes se produce un porcentaje tan elevado. De hecho, podría considerarse que los martes y los miércoles serían los días donde el porcentaje de altas sería más atípico.

La edad no incide en este esquema, dado que todos los grupos de edad responden con nulas y muy pequeñas variaciones, al patrón general de bajas, salvo el caso de las personas mayores de 65 años, que tienen un porcentaje de bajas mayor el viernes y los jóvenes de 16 a 24 años que tienen mayor porcentaje de bajas los sábados y menor los lunes. El sexo tampoco presenta oscilaciones destacables, salvo para el caso de las hombres, que presentan más bajas el lunes (tres puntos porcentuales más que los mujeres).

Si se considera el día en que se produce la baja con respecto a la actividad económica, destacan las bajas los lunes en los sectores de construcción y educación (con un porcentaje de 5 puntos superior a la media) y en hostelería los viernes y sábados (un 4,5% superior a la media).

Finalmente, por lo que respecta al grupo de cotización, los ingenieros, licenciados y alta dirección, así como los trabajadores de menos de 18 años suelen experimentar más bajas los lunes (3,5% y 4% más respectivamente).

4.3.2 Duración de los procesos de ITcc

En el siguiente análisis se trata de identificar las segmentaciones que presentan una duración de los procesos de ITcc con diferencias destacables respecto a la media. Los datos sobre los que se trabaja son los procesos de ITcc que se han iniciado y finalizado en el periodo 2007-2008.⁶⁰

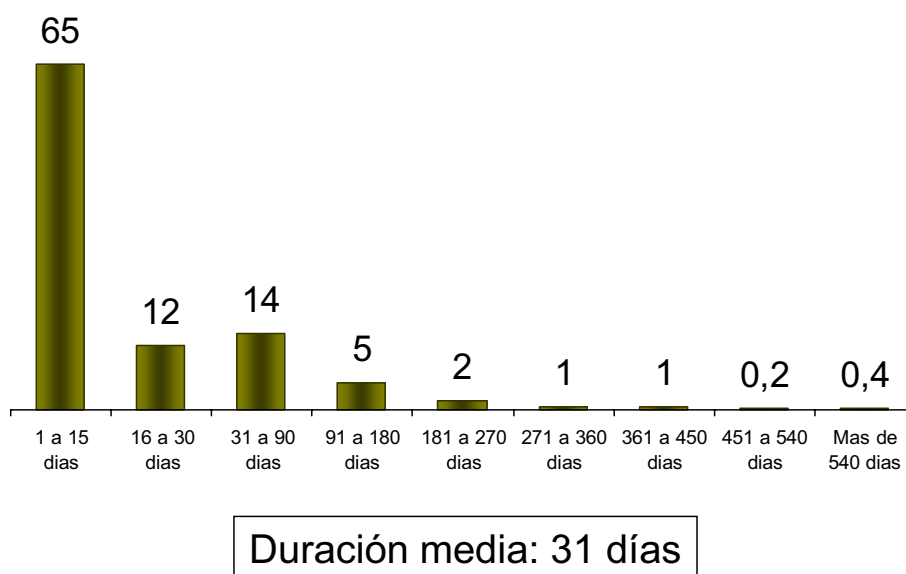
⁵⁹ Ver detalles en el anexo VI.

⁶⁰ El INSS calcula sus indicadores de duración media 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, con un máximo de 18 meses. Dado que la duración media que se presenta a continuación se obtiene sobre los procesos que se han iniciado y finalizado en el periodo 2007-2008, el cálculo que se realiza presenta una duración media menor que la que saldría según la metodología del INSS, pues los procesos de larga duración que se inician en 2008 (alternativamente los que finalizan en 2007) se encuentran subrepresentados. Este hecho no afecta a las conclusiones de los análisis comparativos que se realizan, aunque sí a la distribución de los procesos por duraciones, que se estima que serían un 3% menos los procesos de hasta quince días, que pasarían principalmente a los de más de 90 días.

La duración media de los procesos de ITcc a lo largo del período que comprende los años 2007-2008 es de treinta y un días. Un 65% de las bajas se concentra en los procesos de duración inferior a los quince días. Dicho porcentaje se eleva al 77% si se toma como referencia un mes de duración, y alcanza el 91% del total de procesos con duración inferior a los tres meses. Por el contrario, el porcentaje de procesos con una duración superior al año representan tan sólo el 1,6% de las bajas.

Gráfico 30.

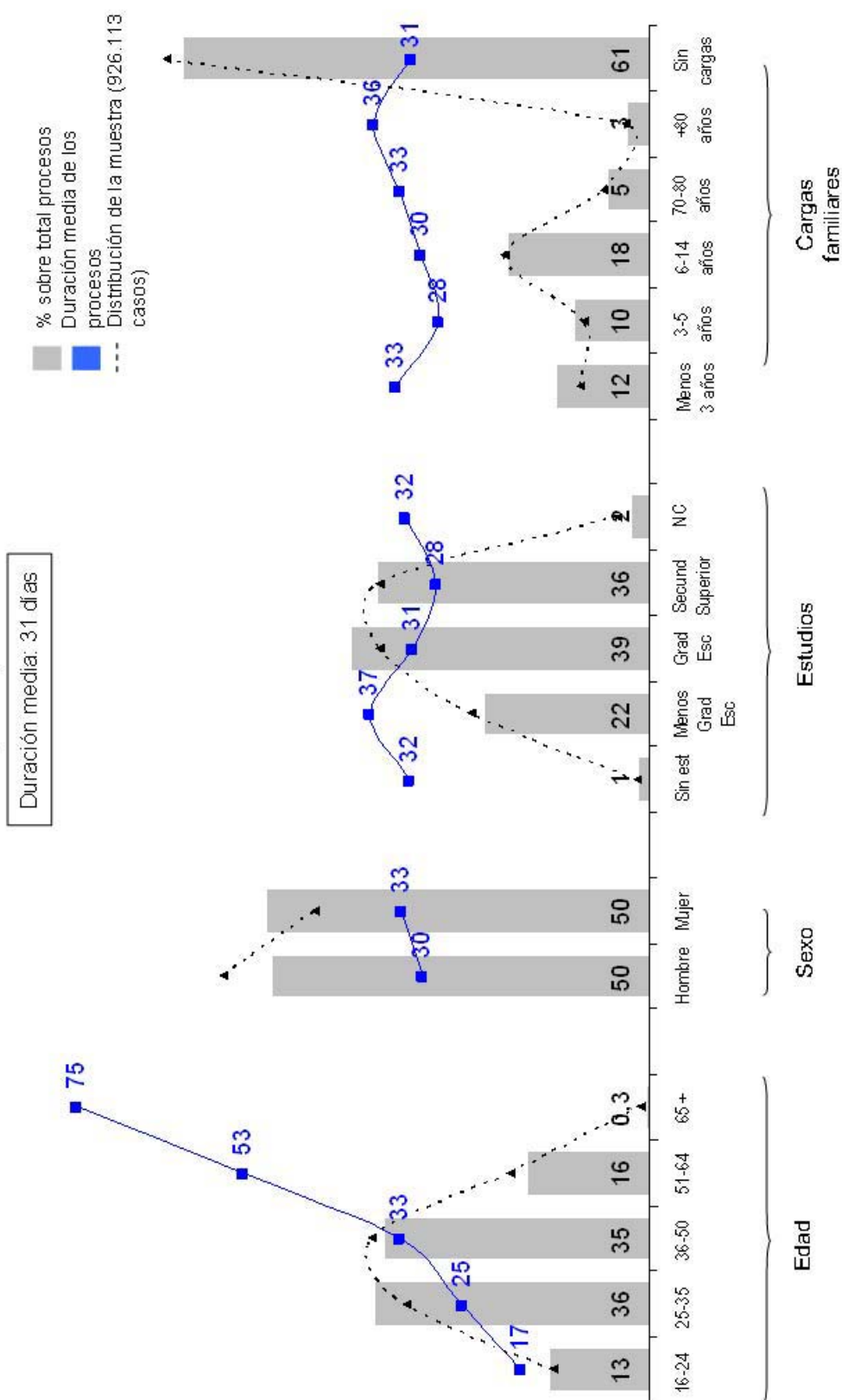
Distribución de los procesos de ITcc según su duración



Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

En relación con el conjunto de variables personales de los trabajadores, se observa que a mayor edad mayor duración media de los procesos de baja, hasta el punto de que la población comprendida entre los 51 y 65 años de edad, triplica la duración media de los más jóvenes. Por género, las mujeres presentan una duración ligeramente superior, mientras que a mayor nivel de estudios, menor duración, salvo para el caso de los empleados sin estudios. Diferenciando en función de la existencia de cargas familiares, la población con convivientes mayores de 80 años es la que presenta una diferencia más destacada respecto a las duraciones de la población sin cargas.

Gráfico 31
Duración media de los procesos de IT (en días) según la edad, sexo y nivel de estudios
 (B: 438057)



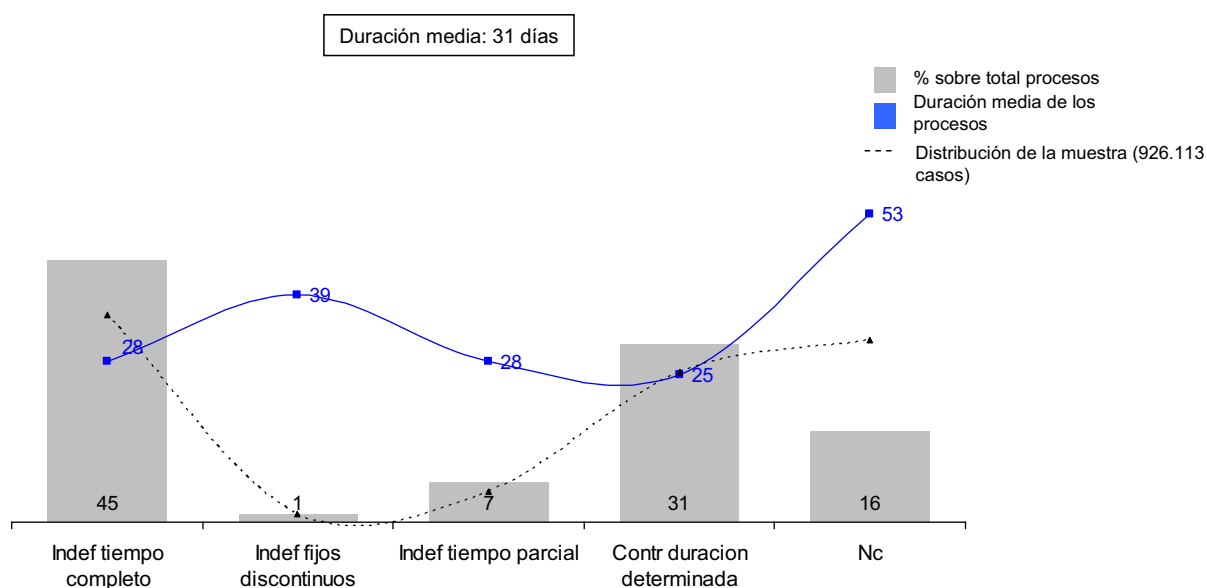
Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

La duración media de las bajas de los trabajadores contratados de forma indefinida pero discontinua es superior a la correspondiente a la totalidad de los procesos (39 días frente a 31), y también superior en 10 días a las de quienes tienen contratos indefinidos en otras modalidades (a tiempo completo o parcial). Si bien existen sectores con un fuerte predominio de esta modalidad contractual (tales como servicios de hostelería, vinculados a la temporada estival y la agricultura), en los mismos se dan diferentes modalidades de contratación, entre ellas indefinidos y de corta duración, aunque en proporciones diversas. El único factor diferencial de este tipo de contrato son los períodos de inactividad consustanciales a actividades con un elevado grado de estacionalidad.

Por otro lado, se observa que los contratos indefinidos, tanto parciales como a tiempo completo, tienen una duración media similar y ligeramente inferior a la duración media total. Al contrario sucede con los trabajadores del RETA y desempleados, con una duración de 53 días que casi duplica la media (los trabajadores por cuenta propia y los desempleados tienen un peso predominante en la categoría de “no consta”).

Gráfico 32.

Duración media de los procesos de IT (en días) según tipo de contrato



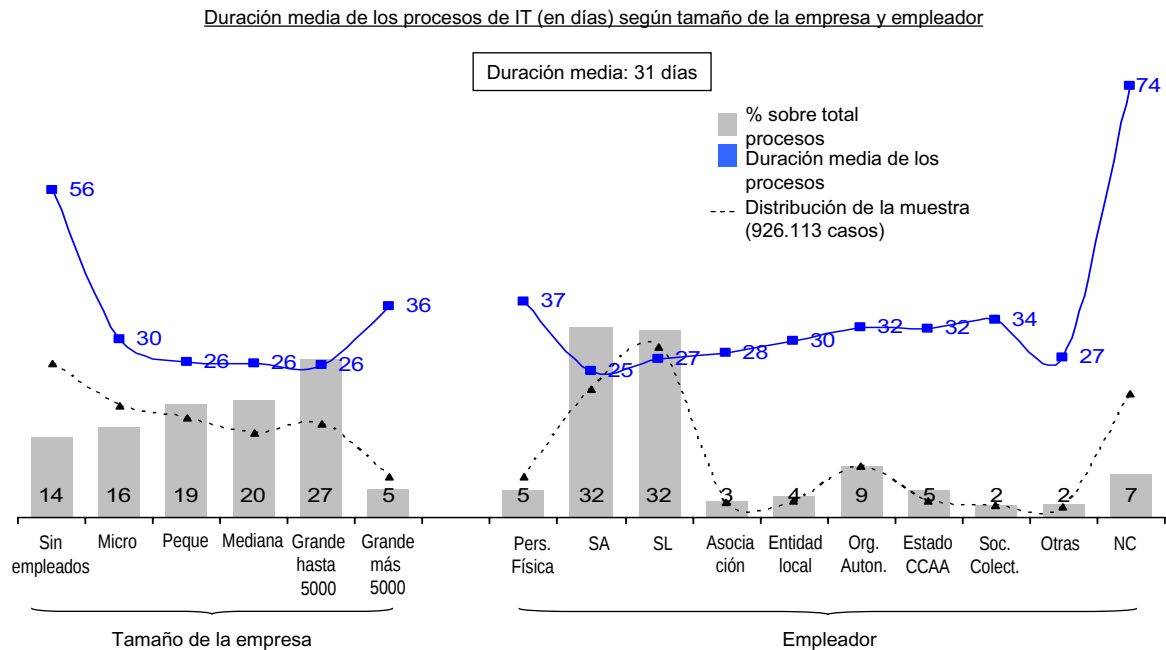
Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Antes se apuntaba a la importancia del tamaño de empresa y el tipo de empleador en las segmentaciones por incidencia de ITcc. Ambas variables también influyen en términos de duración de procesos, aunque de una forma más matizada. Si anteriormente se observaba un incremento de la tasa de baja conforme se incrementa el tamaño de la empresa (con la excepción de las empresas grandes de más de 5.000 trabajadores), respecto a las duraciones se produce en fenómeno inverso: cuando se tienen menos bajas (es el caso de los trabajadores del RETA, predominantes en la categoría de “sin empleados” o de

los trabajadores en empresas grandes de más de 5.000 trabajadores), éstas suelen tener una duración mayor: más de 50 días en el RETA, y 36 para las empresas mayores. Por en contrario, en las empresas pequeñas, medianas y grandes hasta los 5.000 trabajadores la duración es relativamente estable con respecto al tamaño: 26 días.

En cuanto al tipo de empleador -otra de las variables fundamentales al analizar la incidencia de ITcc-, los datos muestran que aquellas empresas gestionadas por una persona física presentan una duración más elevada (37 días) que aquellas otras con una estructura organizativa más compleja, hecho congruente con lo apuntado en el párrafo anterior. En todo caso, y con la salvedad de una duración media ligeramente superior para el caso de las AAPP con respecto a las sociedades privadas (salvo las colectivas), no se observan grandes diferencias en términos de duración con respecto a la media para todos los procesos, como se observa en el gráfico treinta y tres.

Gráfico 33.



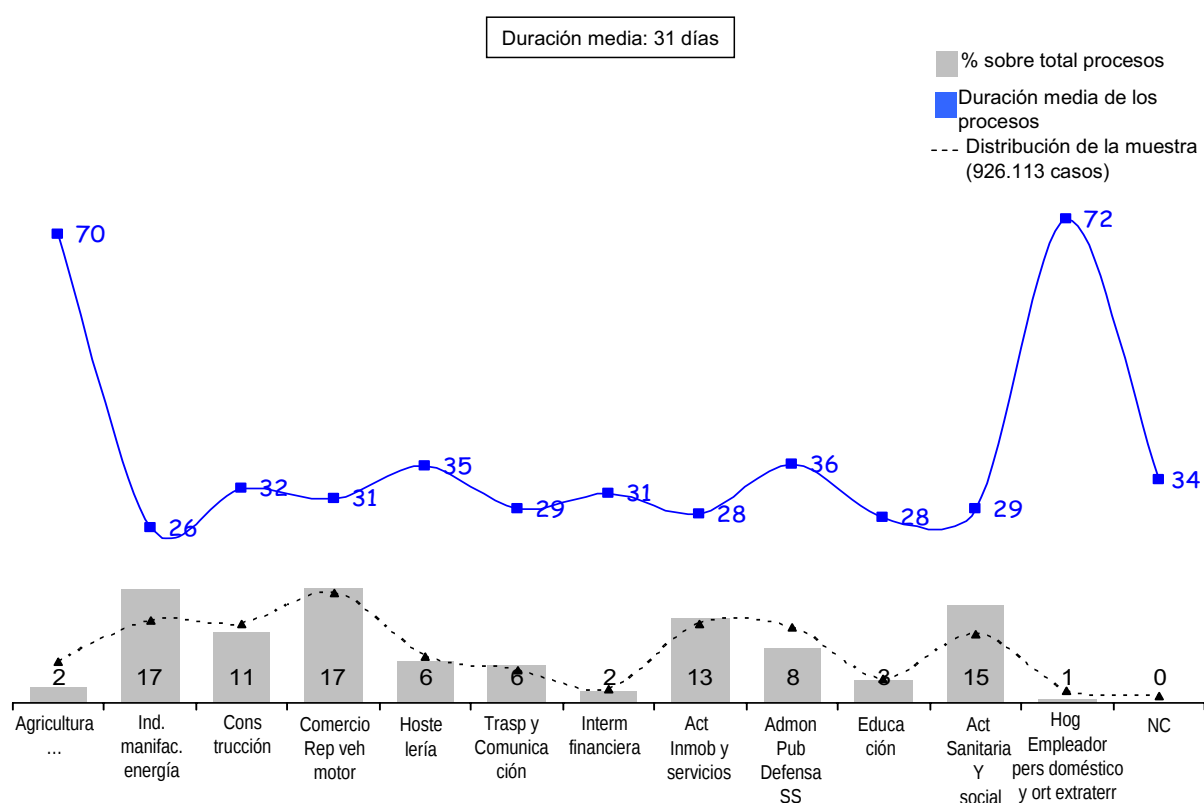
Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Determinadas actividades económicas presentan una duración superior. Este hecho es especialmente destacable en el caso del sector agrícola y en las actividades de hogares que emplean personal doméstico y órganos extraterritoriales (con una duración media de en torno a 70 días por proceso). En menor medida destaca la hostelería y la AAPP (en torno a 35 días, esto es 4 días más que la media). Las industrias manufactureras y energía, por el contrario, destacan por presentar duraciones 5 días inferiores respecto a la totalidad de los sectores. Al igual que acontecía con algunas categorías de otras variables, presentan una mayor incidencia, pero una duración menor.

El grupo de cotización no presenta variaciones en la duración especialmente significativas, aunque sí se observa que los grupos de cotización más elevados (alta dirección, ingenieros, licenciados, ingenieros técnicos y categorías asimiladas) tienen una duración media ligeramente inferior (26 días), mientras que algunas de las categorías profesionales con menor grado de responsabilidad y/o cualificación (subalterno, peón o asimilado, ayudante no titulado) se encuentran sobre la media. En todo caso, la mayor duración se produce en el grupo de cotización de jefe administrativo o de taller (32 días).

Gráfico 34.

Duración media de los procesos de IT (en días) según la actividad económica de la empresa
(B: 438057)

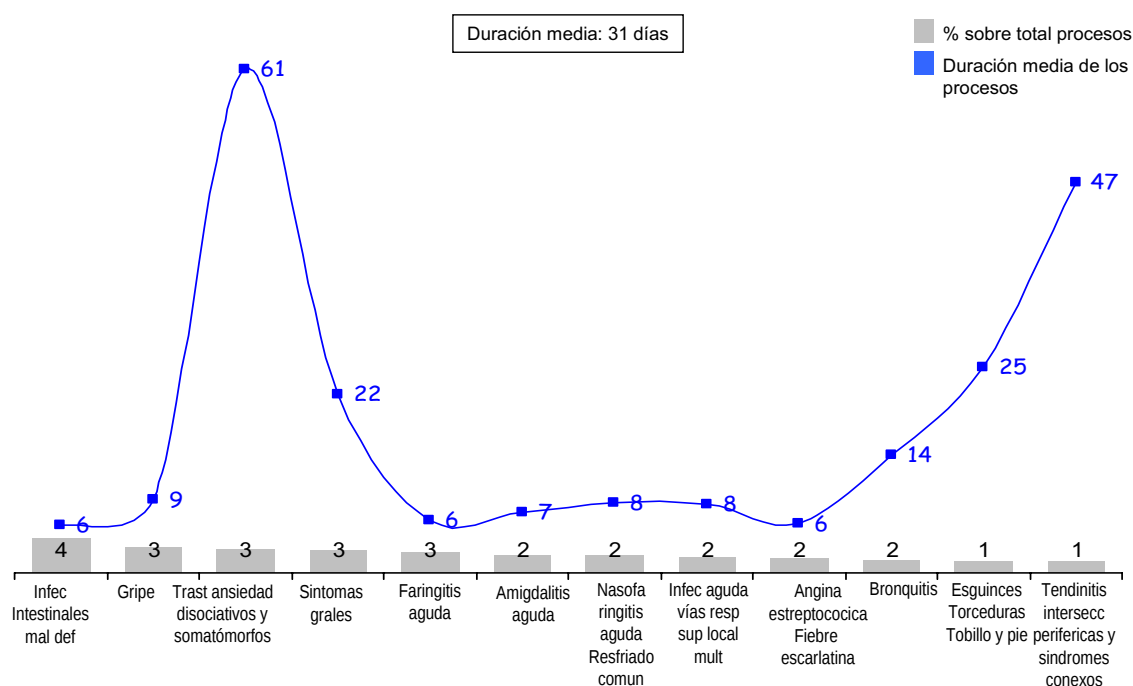


Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

La patología experimentada por el trabajador es, sin duda, una de las variables con mayor poder explicativo en cuanto a la duración de los procesos. El gráfico treinta y cinco muestra aquellas patologías individualizadas que presentan mayor frecuencia, mientras que la tabla nueve refleja las patologías, incluyendo las agrupaciones efectuadas, que tienen mayor duración. Ambos son bastante significativos en cuanto a cómo las patologías condicionan en extremo las duraciones de los procesos de incapacidad por contingencias comunes. Del conjunto de patologías seleccionadas destaca el predominio, en cuanto a la duración, de determinadas patologías músculo-esqueléticas (en especial de espalda y de rodilla), determinados trastornos de ansiedad o depresivos, las hemorragias en la fase temprana del embarazo o las hernias inguinales.

Gráfico 35.

Duración media de los procesos de IT (en días) según patología
(B: 438057)



Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Tabla 9. Patologías de mayor duración. Días de media

Patologías	Días
Osteoartrosis/Enf. afines	95,72
Trast. depresivo no clasif. bajo otros conceptos	83,41
Trast. del disco intervertebral	83,28
Trastorno interno rodilla	72,20
Luxación de rodilla	70,23
Otras músculo esqueléticas	63,07
Trast. ansiedad, disociativos y somatomorfos	60,87
Hemorragias en fase temprana de embarazo	58,27
Esguinces y torceduras de otras partes neom de espalda	54,89
Otros trast./trastornos neom de articulación	53,51
Hernia inguinal	53,44
Otras artropatías y artropatías no especif.	52,65
Otros trastornos de sinovia, tendón y bursia	50,33
Tendinitis intersecciones periféricas y síndromes conexos	47,32
Esguince y torceduras de rodilla y pierna	45,21
Otras alteraciones columna cervical	40,54
Otros trastornos de tejidos blandos	37,49
Otras alteraciones de la espalda no especif.	37,19
Otras causas y causas desconocidas de morbilidad/mortandaz	33,97
Trastorno de músculo, ligamento y fascia	30,19

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

4.3.3 Coste de los procesos de ITcc

El comportamiento del coste en relación con las distintas variables analizadas hasta el momento es bastante obvio. A mayor base reguladora y mayor duración, mayor coste de los procesos. Posteriormente, se detallará, en el análisis AID, -técnica multivariante con la que se segmenta la población objeto de estudio en base a un conjunto de variables independientes que posibilitan explicar la IT-, las distintas clasificaciones para segmentar la población en función del coste. En este epígrafe, dado que la duración de los procesos está directamente relacionada con su coste, se analizará la estructura del coste de los episodios de ITcc según la duración de los procesos y la relación del coste con las patologías más frecuentes que ocasionan las bajas.

En relación con la estructura de costes según intervalos de duración de los procesos iniciados en el año 2007⁶¹, se observa en el gráfico treinta y seis el carácter anormalmente bajo del coste de los procesos con un intervalo de duración entre 16 y 30 días. Ello es así por cuanto, a pesar de representar un 12% del total de los procesos, su coste medio (relacionado con su duración media) es notablemente inferior al de los procesos de mayor duración. Por lo que se refiere a los procesos de duración inferior a 15 días, a pesar de representar el 62% del total de procesos, se ha optado por no incluirlo en el análisis por cuestiones metodológicas⁶².

Por el contrario, a partir del intervalo de 91 a 180 días, se invierte la relación entre coste y número de procesos. Destaca que los procesos de más de 12 meses (2%) suponen un 32% del coste, y especialmente llama la atención que un 0,75% los procesos superen la duración legalmente establecida (doce meses, más una prórroga de seis meses, esto es, dieciocho meses), salvo para la determinación de la invalidez permanente, y representen el 13,21% del coste total.

⁶¹ Se utilizan datos únicamente de procesos iniciados en el año 2007 para obtener un reflejo más fiel de la estructura por intervalos, pues como se ha comentado, la muestra utilizada incluye sólo procesos iniciados y cerrados en el periodo 2007-2008, por lo que la utilización de todos los datos disponibles induciría problemas de subrepresentación de los intervalos de mayor duración. En todo caso, los procesos iniciados en 2007 que no concluyan hasta 2009 tampoco se encuentran reflejados, aunque se considera que este hecho no altera las principales conclusiones del análisis. Los datos relativos a coste se han obtenido multiplicando la media del coste de los procesos según su intervalo de duración, por el número total de procesos de cada intervalo, utilizando los datos de los procesos en los que se dispone de información sobre su base reguladora. Se ha realizado también el análisis para los procesos finalizados en 2008, independientemente de cuándo se inicien y el resultado es prácticamente el mismo.

⁶² Del análisis de coste efectuado se ha eliminado el intervalo de hasta quince días, al carecerse de datos fiables relativos a dicho coste. El sistema de S.S asume el coste de los procesos de duración inferior a los quince días en determinados regímenes: el especial agrario y el RETA. No obstante se carece de datos relativos al coste para un 99,6% de los microdatos de los procesos que forman parte de dicho intervalo.

Gráfico 36.

Distribución del coste y de los procesos según intervalos de duración, computando el coste de la prestación económica para el sistema de Seguridad Social. Año 2007

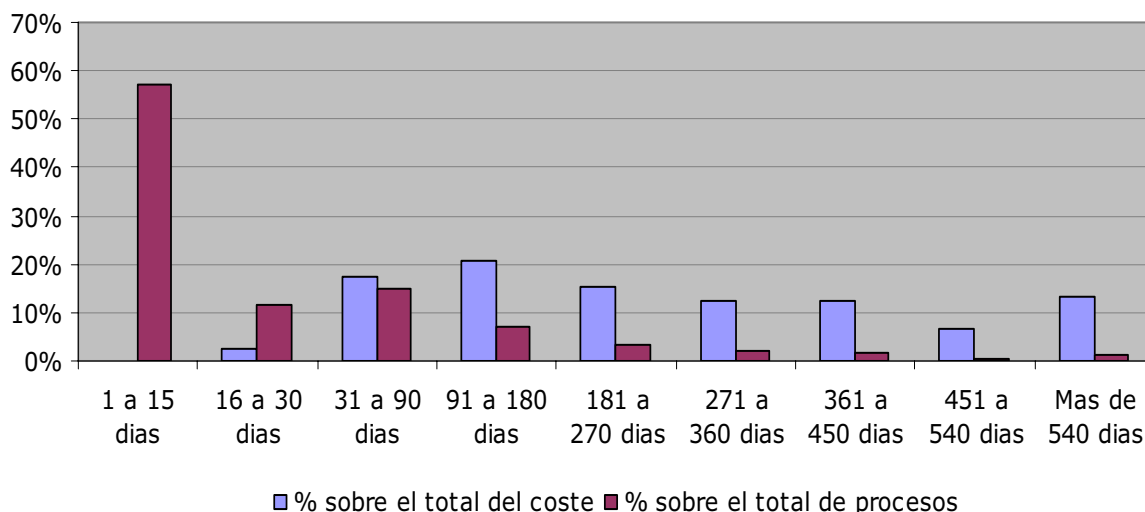


Tabla 10.

Intervalos de duración	Porcentaje Del coste	Porcentaje acumulado del coste	Porcentaje de procesos	Porcentaje acumulado de procesos
1 a 15 días	-	-	62,26%	62,26%
16 a 30 días	2,39%	2,39%	12,02%	74,28%
31 a 90 días	17,43%	19,82%	14,49%	88,77%
91 a 180 días	20,54%	40,35%	5,71%	94,47%
181 a 270 días	15,45%	55,80%	2,31%	96,78%
271 a 360 días	12,23%	68,03%	1,22%	98,01%
361 a 450 días	12,26%	80,29%	0,91%	98,92%
451 a 540 días	6,47%	86,76%	0,33%	99,25%
Mas de 540 días	13,21%	100%	0,75%	100,00%

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

La distribución de coste por intervalos de duración de ITcc es relativamente uniforme, con la excepción de los procesos cuya duración es inferior a un mes (2,43%), de entre tres y seis meses (20,54%) y entre quince y dieciocho meses (6%).

Por otra parte, se analiza a continuación cómo se distribuyen por deciles de coste medio los episodios de baja agrupados por intervalos de duración, es decir, por ejemplo, de los procesos de duración media, qué porcentaje de ellos presentan un coste de más de 3300 euros. Lógicamente, a mayor duración,

mayor número de procesos superarán dicho coste. Se trata de ver cómo se produce esa evolución por intervalos de duración.

La primera cuestión a destacar es el importante número de procesos de los que no se tiene información de la base reguladora: el 99,7% de los de 1 a 15 días, lo que puede atribuirse a que con cortas duraciones en ocasiones no se computan esos datos, pero destaca asimismo sin datos el 36% de los procesos de más de 540 días, aparte de algunos otros datos erróneos en ese intervalo, como que un 0,1% cuesten menos de 85 euros.

Asimismo, cabe llamar la atención sobre el hecho de que ya el 45% de los procesos de 3 a 6 meses presentan un coste superior a 3300 euros y en los de 6 a 9 meses casi las tres cuartas partes presentan un coste superior a 3300 euros.⁶³

Tabla 11.

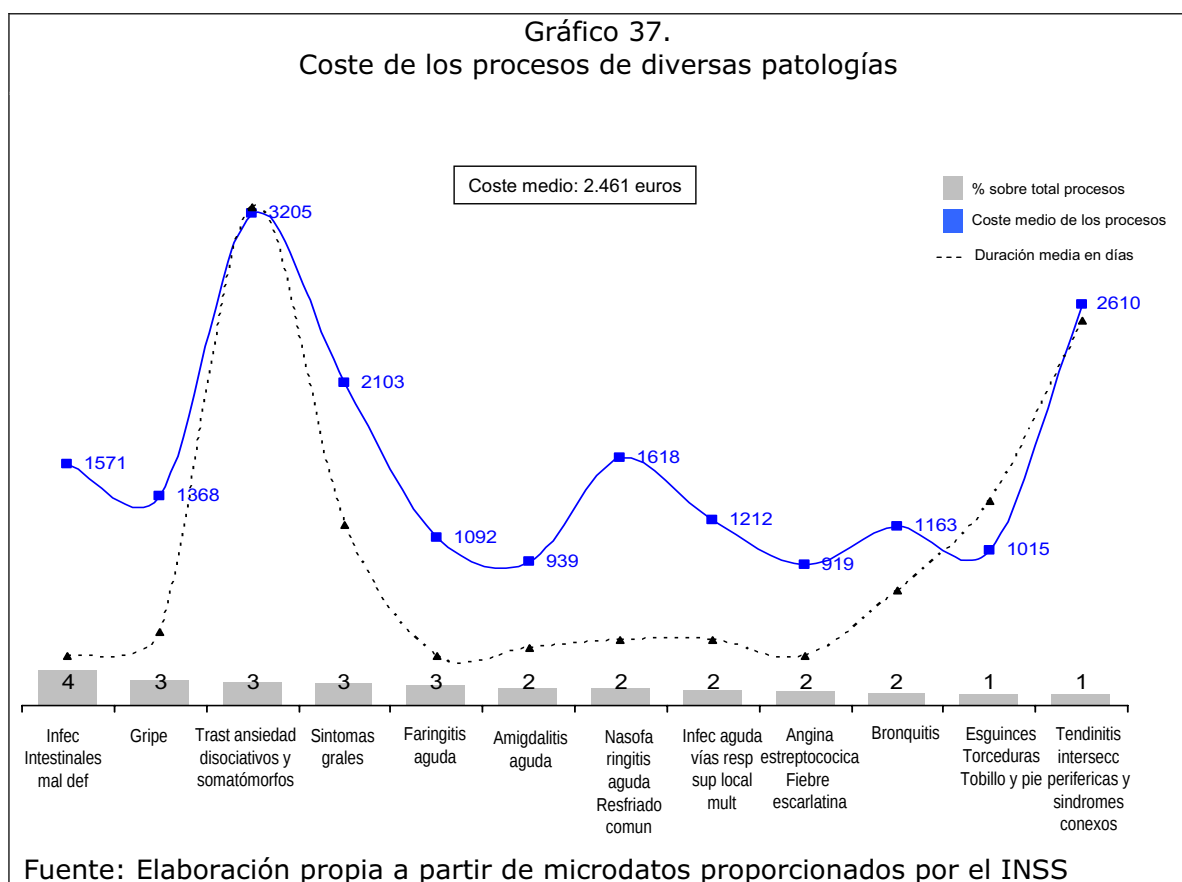
Quintiles de coste/intervalos de duración	Sin datos	1er decil (1 a 85 €)	2 decil (86 a 192 €)	3 decil (193 a 360 €)	4 decil (361 a 588 €)	5 decil (589 a 900 €)	6 decil (901 a 1347 €)	7 decil (1348 a 2049 €)	8 decil (2050 a 3299 €)	9 decil (3300 a 6180 €)	10 decil (6181 o más €)
1 a 15 días	99,7	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	-	-	-	-	-
16 a 30 días	16,8	22,0	22,0	19,7	12,5	5,5	1,3	0,2	0,0	-	-
31 a 90 días	18,5	1,0	0,6	2,8	9,2	15,2	18,3	17,0	11,8	5,3	0,3
91 a 180 días	19,5	0,2	0,6	0,4	0,3	0,5	1,9	8,6	21,9	30,6	15,8
181 a 270 días	19,5	0,0	0,2	0,3	0,3	0,1	0,2	0,5	4,7	26,7	47,3
271 a 360 días	19,6	-	0,1	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,9	13,2	65,0
361 a 450 días	18,1	-	-	0,2	0,3	0,1	0,0	0,3	0,4	5,1	75,4
451 a 540 días	14,9	-	-	-	-	0,1	-	0,1	0,1	2,4	82,3
Mas de 540 días	36,1	0,1	-	0,1	0,2	0,3	0,1	0,1	0,5	1,0	61,4

Distribución del coste para el Sistema de S.S. por deciles de coste

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS y DGOSS

⁶³ Aunque esta conclusión podría verse afectada por el hecho de no contar con la base reguladora del 20% de los procesos.

Por otra parte, en relación con el coste de las patologías de mayor frecuencia, como se observa en el gráfico treinta y siete, existen grandes diferencias en el coste medio de los procesos en función de la patología y su duración media. Lógicamente las de mayor duración media suponen un mayor coste. En este caso, el factor determinante del coste es la duración del proceso. No obstante, otras con una duración baja, como las infecciones intestinales mal definidas, presentan también un alto coste medio. En el otro extremo estarían los esguinces y torceduras, que con una duración más o menos elevada, suponen un coste menor.



4.3.4. Análisis CHAID y AID

Una de las técnicas multivariantes de mayor utilidad son las segmentaciones. Con estas técnicas, es posible segmentar el conjunto de microdatos manejados, en función de una serie de variables independientes que permiten explicar el comportamiento de otra variable que pretende ser explicada, en el presente caso la posibilidad de experimentar ITcc y su duración.

En la evaluación se ha empleado el análisis CHAID y AID. Con esta técnica, el conjunto de individuos que compone el fichero de la MCVL-2008 se segmenta en función de cuál es la variable que permite discriminar o predecir mejor el comportamiento con respecto a la ITcc. Con posterioridad, y dentro de cada grupo segmentado, la técnica vuelve a indicar cuál es la variable que mejor predice el comportamiento con respecto a la ITcc dentro de cada grupo en concreto, y así sucesivamente. De este modo se obtiene la figura de un árbol donde se desagregan las variables discriminantes o predictoras⁶⁴. La bondad de las técnicas CHAID y AID radica, aparte de otras cuestiones, en que realiza dicho análisis de forma automática y jerárquica.

Análisis CHAID sobre la incidencia

Al igual que en el análisis anterior se va a diferenciar entre aquellos factores que inciden sobre el tener o no baja (tasa de baja) y los que inciden en que se tenga más de una baja (reincidencia).

Tasa de baja

El CHAID muestra que el mayor efecto discriminante o predictivo en relación a experimentar ITcc o no, lo proporciona la variable tipo de empleador del trabajador en situación de baja. En las empresas gestionadas directamente por el empresario en tanto en cuanto persona física, la tasa de baja de ITcc es menor. Por el contrario, en aquellas empresas o sectores con una personalidad jurídica de sociedad anónima y cuando el empleador es la AGE y las CCAA, la incidencia es mucho mayor, como se observa en el diagrama tres⁶⁵

En estos grupos, aquellos trabajadores con menor nivel de cualificación y empleo estable, y especialmente en actividades de manufactura y energía, administración pública, defensa y Seguridad social y actividades sanitarias y sociales, presentan una tasa de baja superior.

En las restantes categorías de empleador, a excepción de las ya comentadas y del empleador persona física, la segunda variable con mayor capacidad discriminante es la base reguladora. En general, bases reguladoras superiores presentan mayor tasa de baja. Cabe destacar, por su mayor tasa, los empleados en organismos autónomos y entidades locales con una base reguladora superior a 2.708 euros. Y en los empleados en SL, SC y asociaciones destacan dos

⁶⁴. Para una explicación más detenida de las técnicas empleadas y un análisis detenido de los resultados en forma de árbol, véase el anexo XII.

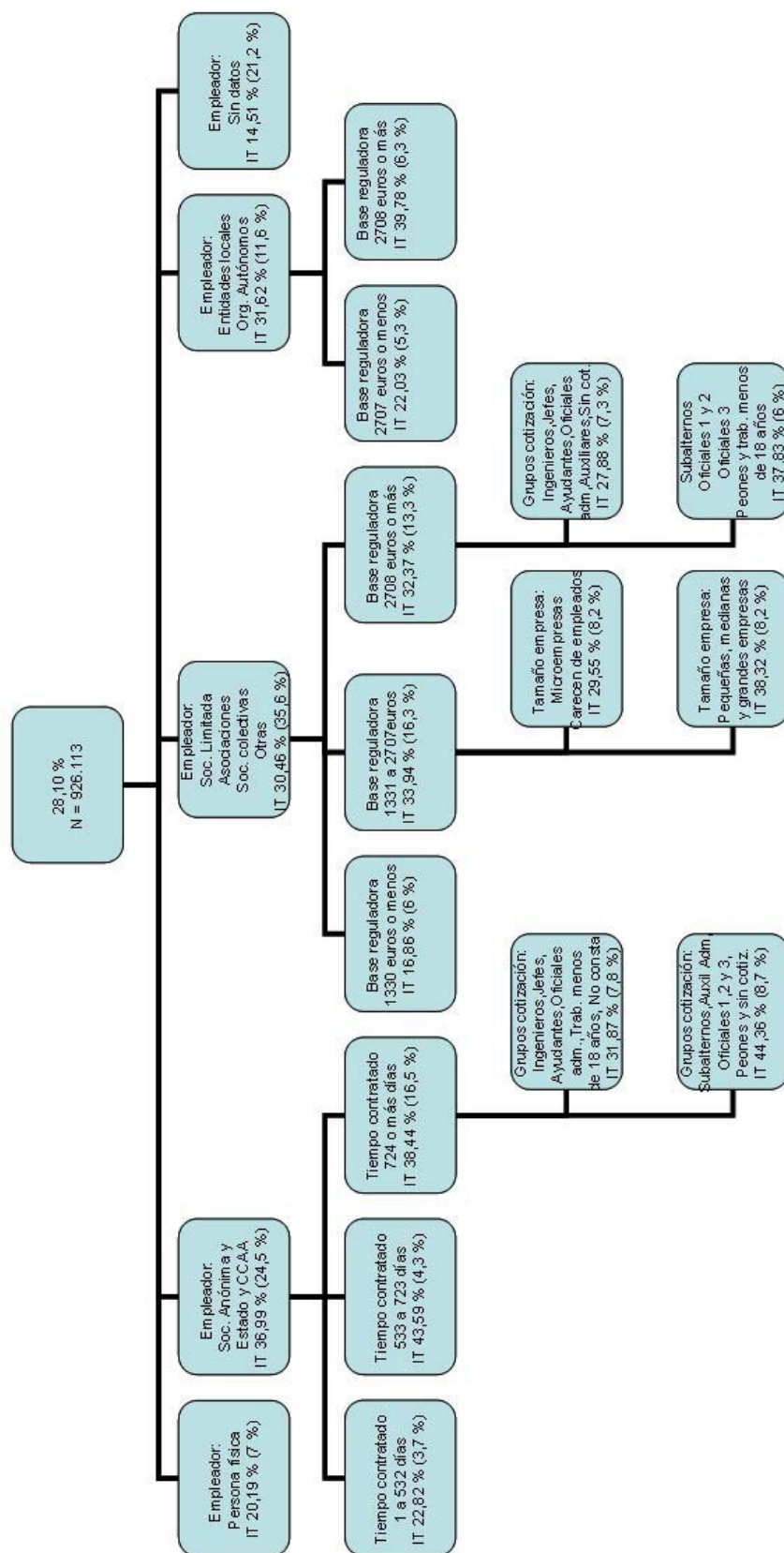
⁶⁵ Para siguientes niveles de segmentación ver el anexo XII.

segmentos por su mayor tasa de baja: los de mayores salarios y cualificación baja o intermedia por un lado, y las mujeres con salarios intermedios (base reguladora entre 1.331 y 2.707 euros) que trabajan en empresas de más de 10 empleados.

Reincidencia

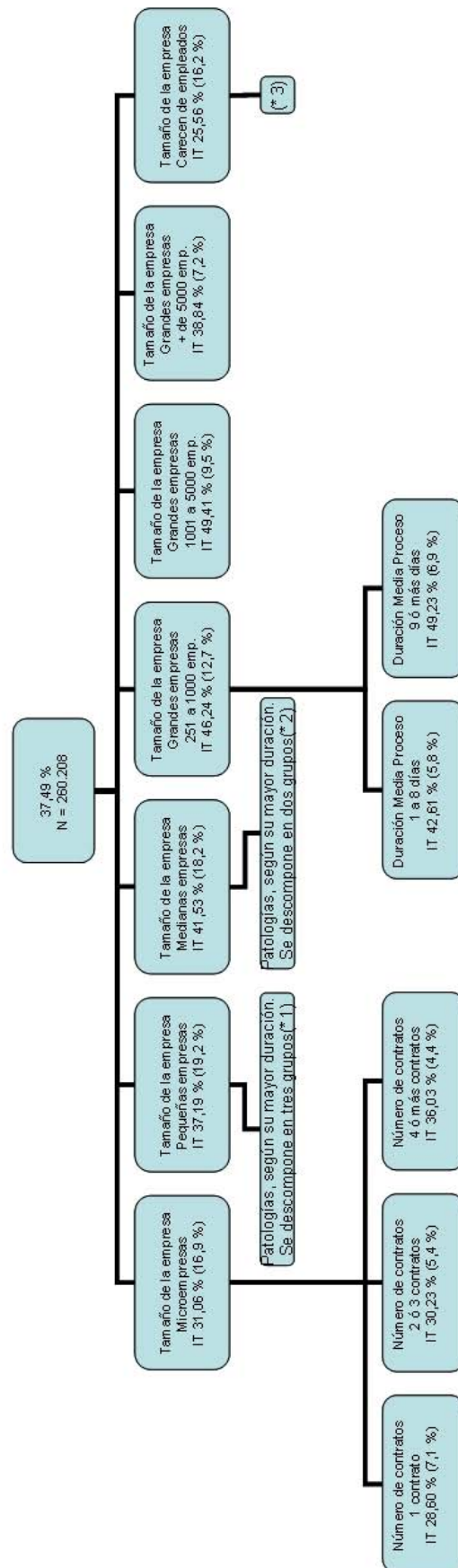
Por lo que se refiere al hecho de experimentar más de un episodio de ITcc, la categoría más determinante es el tamaño de empresa, y de forma prácticamente lineal: a mayor tamaño, mayor probabilidad de experimentar reincidencia, salvo en las empresas de más de 5.000 trabajadores. En segundo lugar, para las microempresas (menos de diez trabajadores) el análisis CHAID refleja la segmentación por el número de contratos (que puede considerarse como grado de precariedad o temporalidad en el trabajo), incrementándose la ITcc conforme aumenta dicho número. Para las pequeñas y medianas empresas (entre 11 y 250 trabajadores) determinadas patologías, con mayor reincidencia en ciertas patologías musculoesqueléticas y mentales. En el caso de las empresas de entre 250 y 1.000 empleados, la duración media de los procesos. Si duran más de 9 días hay mayor reincidencia. Y finalmente, para aquellas empresas que carecen de empleados la categoría con mayor poder discriminante es el Régimen de S.S. de pertenencia.

Diagrama 3. Análisis Chaid. Tasa de baja



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Diagrama 4. Reincidencia



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Análisis AID sobre la duración

Respecto a la variable duración media de los procesos, el análisis AID muestra que las variables de primer nivel que segmentan los microdatos en función de dicha duración es el Régimen de la Seguridad Social al que pertenecen los trabajadores: mientras los trabajadores del Régimen General y Régimen de la Minería del Carbón, presentan una duración media inferior al del conjunto de la población (31 días frente a 36⁶⁶), el resto de regímenes presenta una media de 77 días.

En el segundo nivel, y dentro de los dos primeros regímenes indicados, las variables con mayor poder de segmentación son las patologías padecidas (hecho bastante lógico, por cuanto la duración está directamente relacionada con ellas). Tras ellas, y ya en un tercer nivel, se encuentran la edad, para aquellas patologías con mayor duración (los trabajadores de más de 50 años presentan mayor duración).

No obstante, para los regímenes con una media superior (autónomos y otros), la siguiente variable que explican la segmentación es la actividad económica: así las actividades primarias (agricultura, ganadería, etc.) la hostelería, el comercio y actividades en el hogar presentan una media superior (87 días).

En definitiva, los grupos con mayor duración de los episodios de ITcc se concentran en los regímenes que no son el General o Minería del Carbón, y en las actividades comerciales, hostelería y primarias.

Análisis AID sobre el coste

Por lo que se refiere al coste medio de los procesos de la ITcc, la variable que más incide en la explicación es la edad. Las cohortes de edad superior a los 50 años duplican el coste, mientras que los trabajadores con edades inferiores a los 50 años están ligeramente por debajo de la media (956 euros frente a 1200).

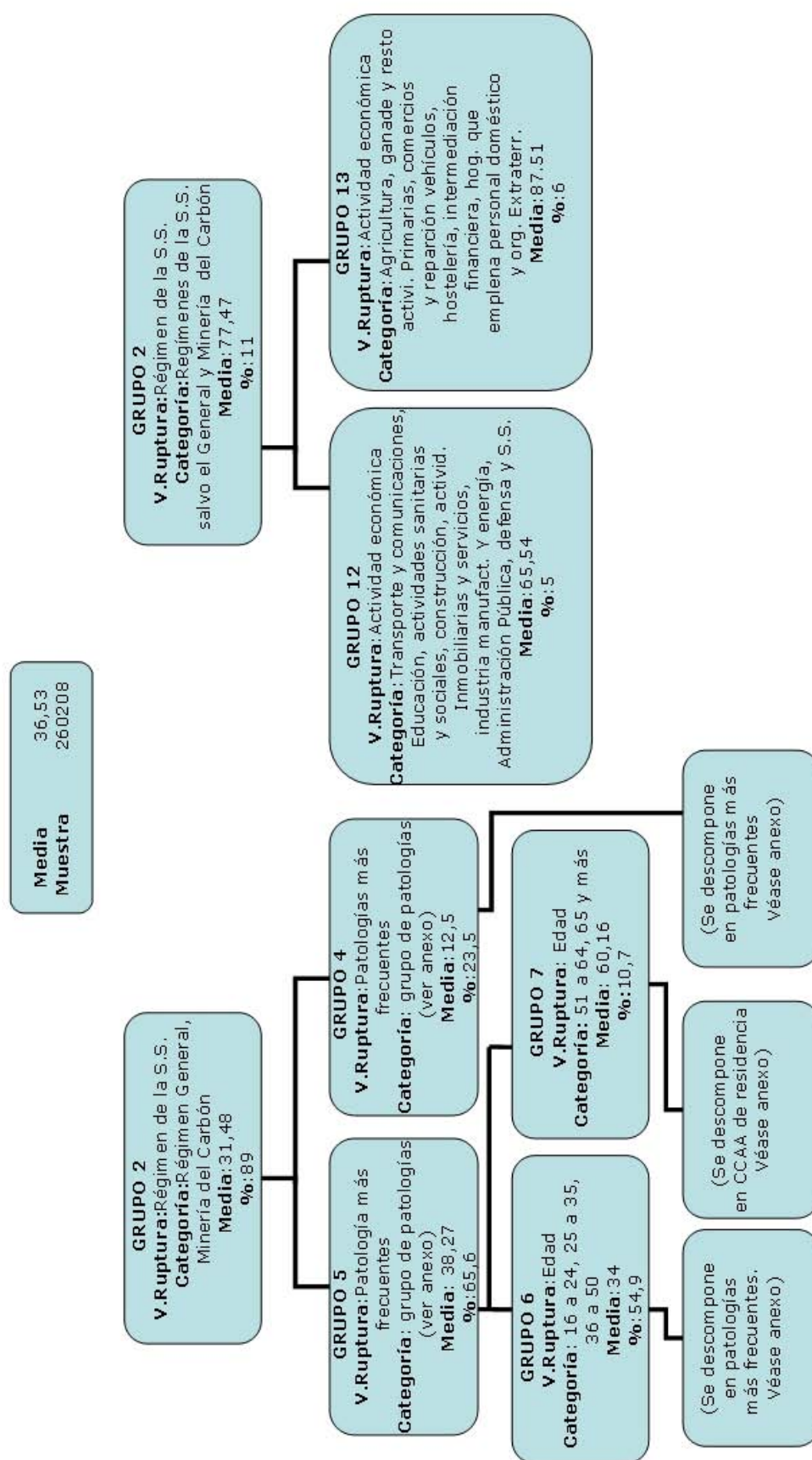
La variable que a continuación divide a la población, tanto mayor de 50 años como menor, es la duración de la patología, hecho congruente, por cuanto a mayor duración mayor coste. Así, para los mayores de 50 años, las patologías de amigdalitis aguda, angina estreptocócica y fiebre escarlatina, faringitis aguda, infecciones intestinales mal definidas, nasofaringitis aguda -resfriado común- o gripe, entre otras, tienen un coste menor. Por el contrario, los trastornos de ansiedad, disociativos, las alteraciones de columna cervical, otros trastornos neomatológicos de articulación, otras patologías músculo-esqueléticas, los trastornos depresivos no clasificados, los trastornos del disco intervertebral, otros trastornos de tejidos blandos o los trastornos internos de rodilla, por ejemplo, tienen un coste mayor.

⁶⁶ La duración media de 36,5 días sale asignar a cada individuo la media de las duraciones de sus procesos (metodología utilizada al explotar los datos cuando el fichero base es la MCVL), mientras que la media de 31 días salía de la media de los procesos (metodología utilizada al explotar como fichero base el de procesos de IT).

En un tercer nivel, para todas las segmentaciones anteriores, opera como variable la base reguladora: a mayor base, mayor coste, toda vez que el subsidio económico es tomado como base para el cálculo.

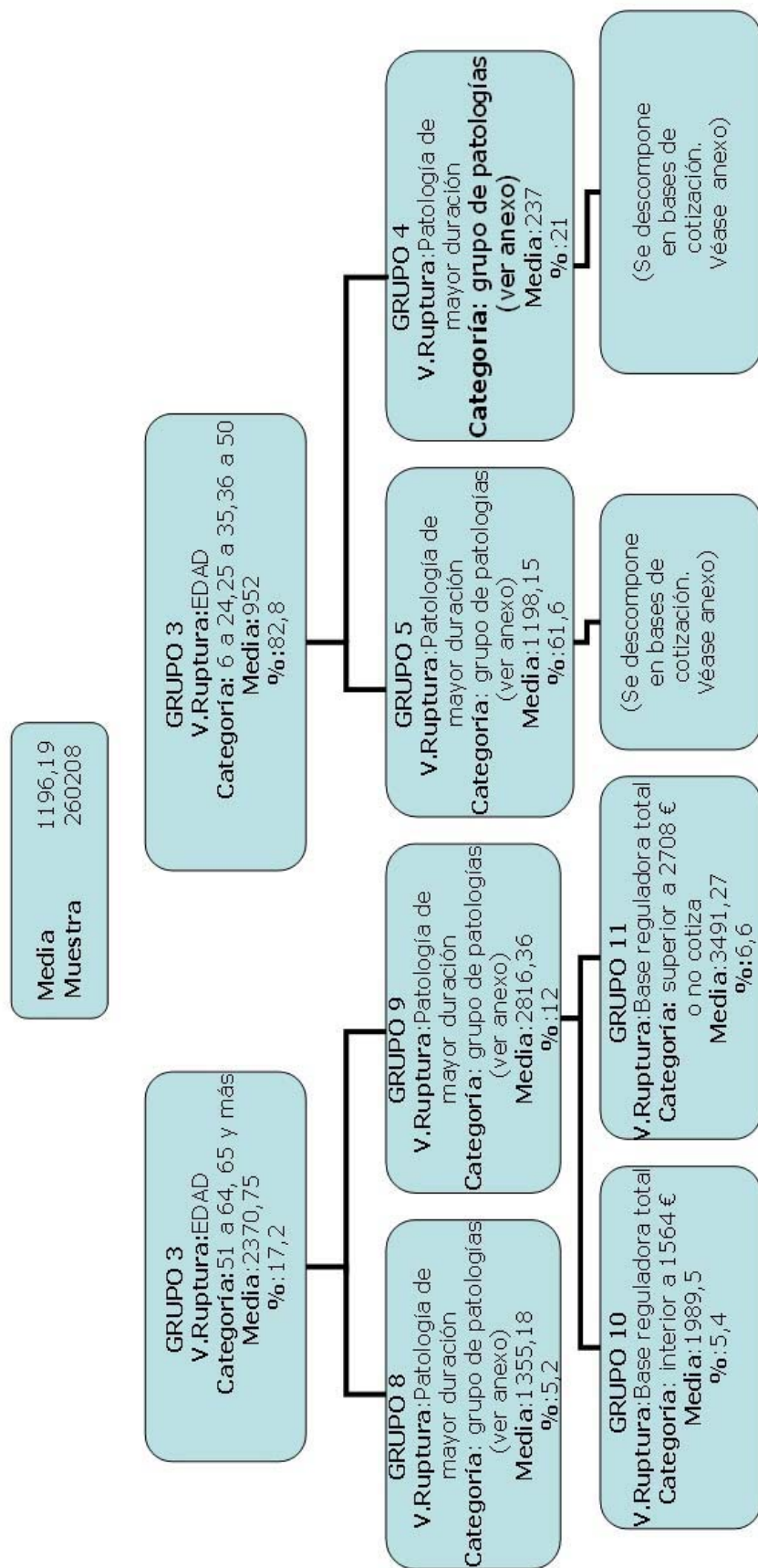
En definitiva, los grupos identificados como de mayor coste son las personas mayores de 50 años, con patologías de larga duración mencionadas más arriba, que figuran en la categoría para la que no se conocen datos relativos a la cotización o con una base reguladora superior a 2.700 euros.

Diagrama 5. Duración media de los procesos de ITcc



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

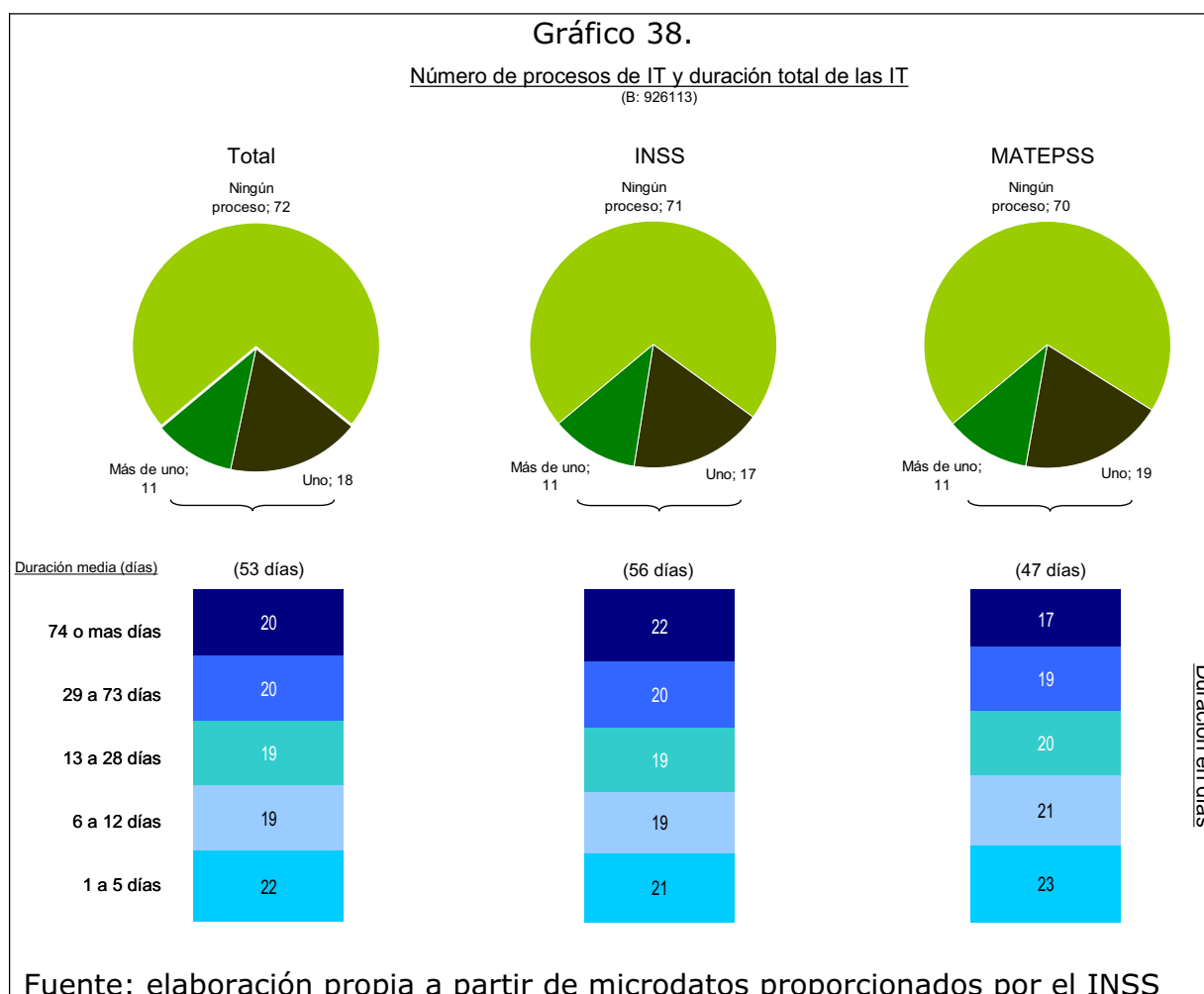
Diagrama 6. Coste total de los procesos de ITcc



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

4.3.5. La ITcc según el ente gestor de las prestaciones

Las diferencias observadas en cuanto a la incidencia y duración de los episodios de baja en función del ente que asume la cobertura del riesgo ha sido objeto de distintos análisis e interpretaciones. En ocasiones, el debate se ha centrado en torno a la cuestión de la eficacia y eficiencia de la gestión llevada a cabo por el INSS o por las MATEPSS. La percepción de que las MATEPSS llevaban a cabo una gestión más eficaz de la prestación de IT, motivó, a juicio de algunos autores⁶⁷, que en el año 1994 se extendiese las competencias de las MATEPSS a las contingencias comunes. A partir del análisis de los microdatos de los procesos de baja, se observa que si bien la población cubierta por ambas presenta una incidencia de las bajas similar (tanto en tasa de baja como en reincidencia), sin embargo, los procesos gestionados por las mutuas presentan una duración bastante menor.



Sin entrar a valorar detenidamente la mayor o menor eficacia/eficiencia según el ente gestor de la prestación, sí conviene apuntar que dicho análisis requiere,

⁶⁷ S.M. Ruesga Benito (Director) (2008).

como paso previo, considerar que existen circunstancias comunes en dos elementos fundamentales a la hora de considerar la gestión de la ITcc:

- Que ambas entidades cuenten con elementos comparables en materia de organización, funcionamiento, capacidades económicas y flexibilidad en la gestión. Esto es que las posibilidades en cuanto a la gestión de la ITcc inherentes a las entidades gestoras sean en alto grado equitativas.
- La mayor o menor identidad e igualdad de los colectivos atendidos por el INSS y las MATEPSS, esto es, que ambos no sean en extremo diferentes, especialmente en cuanto a la tendencia a tener más o menos incidencia y duración de la ITcc.

Respecto a la primera cuestión, las posibilidades de gestión vienen condicionadas por la diferente normativa reguladora entre ambas entidades. Las posibilidades de actuación del INSS están fuertemente constreñidas por su plena sujeción al derecho administrativo en la gestión económico-financiera, presupuestaria, de contratación y personal.

Las MATEPSS están obligadas a ajustar su actuación a determinadas normas de derecho público y se encuentran sometidas a tutela administrativa. Sin embargo, algunos elementos le dotan de una mayor flexibilidad en su actuación. En materia de personal, la contratación se sujeta a lo dispuesto por el derecho privado y laboral. En el plano financiero, a las MATEPSS no se les imputan recursos destinados al sostenimiento de los servicios comunes de la S.S. en la cuota fracción percibida para la financiación de las funciones públicas que desarrollan. Igualmente disponen de una mayor flexibilidad en las posibilidades en materia de liquidez derivado de los rendimientos del excedente (que debe ingresarse en la TGSS con destino al Fondo de Reserva, tal y como establece el artículo 1 de la Ley 28/2003, reguladora del Fondo de Reserva de la Seguridad Social).⁶⁸ También contaban con mayor flexibilidad en cuanto a la contratación, hasta la entrada en vigor de la Ley de Contratos del Sector Público.⁶⁹

⁶⁸ En 2006 el Tribunal de Cuentas llamó la atención sobre la reducción de dicho excedente motivada por la elevada discrecionalidad contable y la ausencia de criterios uniformes de las MATEPSS en los asientos contables. Como consecuencia de ello la Comisión Mixta de relaciones con el Tribunal de Cuentas recomendó al Gobierno la unificación de criterios para la contabilización, se dictasen instrucciones para que no se produjesen diferencias en las obligaciones y derechos reconocidos por mutuas o INSS, y que se garantizase la separación y correctos flujos contables entre contingencias. Véase en este sentido el Informe de Fiscalización especial sobre la constitución y materialización de la provisión para contingencias en tramitación, de las reservas obligatorias del exceso de excedentes de las MATEPSS. BOE del 11 de mayo de 2007, y Resolución de la Comisión Mixta de la misma fecha.

⁶⁹ El Tribunal de Cuentas en su Informe de fiscalización 829. Informe de Fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social señala que las MATEPSS no han “ajustado, en general, su gestión contractual a los principios de objetividad y transparencia” que debían aplicar, ni han promovido “concurrentia ni publicidad alguna en su contratación”. No obstante, también señala que la aprobación de la Ley 30/2007,

Igualmente se ha procedido a externalizar en ocasiones el control y seguimiento de la ITcc,(entre otras, mediante la localización de trabajadores en situación de baja, en la realización de visitas médicas...)

Por lo que se refiere a la población protegida, aunque las mutuas no pueden rechazar a las empresas que soliciten su gestión de la ITcc, han podido realizar algún tipo de selección sobre el colectivo al que atienden.⁷⁰ Sea de una forma o de otra, lo que se confirma es que las características de los trabajadores son diferentes⁷¹. Así, el colectivo atendido por el INSS presenta una edad media mayor y una mayor presencia de mujeres, lo que en principio implicaría una mayor duración media de sus bajas. En relación con otras características, los efectos no son tan directos: así las mutuas cubren una mayor cuota del régimen especial de trabajadores autónomos, mientras que el INSS cubre en mayor medida los regímenes especiales agrarios y de empleados de hogar. Por otra parte, el INSS cubre en mayor medida las grandes empresas, mientras que las mutuas se concentran en las que no tienen empleados, micro, pequeña y mediana empresa. Asimismo, el INSS tiene mayor presencia en las SA y SL, mientras que el INSS atiende en mayor medida a la administración pública. Estas y otras diferencias en relación al colectivo atendido por los distintos entes pueden observarse en los gráficos elaborados al respecto e incluidos en el anexo VII.

Este análisis descriptivo confirma las distintas características de los colectivos atendidos, aunque de él no se puede concluir si dichas características explican o no la mayor duración de los procesos en el INSS. No obstante, como se verá a continuación, se ha elaborado un modelo econométrico para explicar la duración de los procesos de baja y se ha incorporado 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, que las diferencias en la duración de los procesos gestionados por uno u otro ente se explican por otras variables.

4.3.6. Los modelos econométricos de ITcc

Para proceder a caracterizar con la mayor precisión posible los episodios de ITcc en base a un conjunto de variables sociodemográficas y laborales, así como para conocer el posible impacto que han tenido las medidas que son objeto de evaluación en el presente informe, se ha procedido a realizar distintos modelos econométricos relativos a la incidencia y duración de la ITcc.

de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, ha de suponer un importante avance en la transparencia de las actividades contractuales de las mutuas.

⁷⁰ El Informe de Fiscalización del Tribunal de Cuentas nº 829 ha puesto de manifiesto que en ocasiones, las MATEPSS proceden a la concesión de beneficios a los empresarios asociados, lo que debe interpretarse como el intento de captar determinadas empresas frente a otras MATEPSS o el INSS, que no podría actuar en pie de igualdad. Dicho informe detalla asimismo la prestación de servicios gratuitos a empresarios, con cargo a fondos de la S.S. de servicios ajenos a la acción protectora de la misma.

⁷¹ El trabajo dirigido por S.M. Ruesga Benito (2008), realizado sobre microdatos de procesos de baja, llega a las mismas conclusiones en relación con las distintas características de las poblaciones atendidas por mutuas e INSS.

Modelo de duración

A continuación se presenta el modelo de duración desarrollado, explicativo de la duración de los procesos de IT. Los procesos de IT incluidos en el análisis son los finalizados en 2008 con el fin de considerar, a partir de los datos disponibles, una muestra lo más representativa posible de los distintos intervalos de duración y para intentar captar, en la medida de lo posible, el efecto de la introducción generalizada de la medida de control del INSS de los procesos de IT superiores a los 12 meses y los efectos de la aplicación de los convenios de específicos.

Siguiendo a A. Alba Ramirez et al.⁷², se ha estimado el siguiente modelo:

$$\ln Di = X_i' \beta + e_i$$

En donde la variable dependiente, $\ln Di$, es el logaritmo neperiano de la duración de la IT para el proceso i en días,

X_i es un vector de variables explicativas que se describe a continuación y e_i es el error de estimación.

A diferencia del trabajo citado, no se ha aplicado la corrección de Heckman por entender que pueden existir los sesgos de selección solapados: formar parte de la población activa y experimentar un proceso de I.T., y no disponer de datos para controlar el primero de ellos.

Descripción de las variables incluidas:

Las variables incluidas abarcan desde las características básicas del trabajador y de la empresa empleadora hasta las medidas de racionalización de la I.T, objeto de la presente evaluación, pasando por el tipo de contrato, ente gestor de la I.T., la Comunidad Autónoma, las tasas de variación de la ocupación y el desempleo y el trimestre en que se inició la baja.

Interpretación de los coeficientes estimados:

Como se ha indicado anteriormente, la variable dependiente en el modelo estimado es el logaritmo neperiano de la duración de los procesos de I.T., por lo que los coeficientes estimados representan el tanto por uno de variación de la duración de la I.T. atribuible a la característica asociada en comparación con la categoría omitida de la variable correspondiente⁷³. En el caso de las variables explicativas continuas, tasas de variación interanual de la ocupación y el desempleo, el significado de los coeficientes es el tanto por uno de variación de los procesos de I.T. cuando estas variables se incrementan en un punto porcentual; no se trata, por tanto, de una elasticidad en el sentido habitual.

⁷² Alba (2009). La Incapacidad Temporal para el trabajo: análisis económico de su incidencia y su duración. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Marzo de 2009.

⁷³ En realidad, es una aproximación tanto más precisa cuanto menor es el valor absoluto del coeficiente estimado.

Resultados:

Tabla 12.

ANALISIS REGRESION. VD: NUMERO DE DIAS DE PROCESO IT				
BASE. PROCESOS IT FINALIZADOS EN 2008 (N=230621)				
	B	Std. Error	Sig.	t
(Constant)	-2,96	0,326		-9,089
EDAD				
Edad:16 a 24				
Edad: 25 a 35	0,26	0,009	0	28,433
Edad: 36 a 50	0,49	0,01	0	50,776
Edad: 51 a 64	0,83	0,011	0	76,133
Edad: 65 y mas	0,97	0,056	0	17,344
GÉNERO				
Hombre				
Mujer	0,11	0,006	0	16,975
REGIMEN DE LA SEG. SOCIAL				
Régimen General de la S.S.	0,09	0,091	0,314	1,006
Régimen Especial de Trabajadores Autónomos	1,20	0,09	0	13,376
Régimen Especial Agrario, por cuenta ajena	0,76	0,099	0	7,728
Régimen Especial Agrario, por cuenta propia	1,36	0,111	0	12,333
Régimen Especial del Mar	0,34	0,15	0,024	2,264
Régimen Especial de Minería del Carbón	0,54	0,156	0	3,487
Régimen Especial de Empleados de Hogar				
Sin datos	1,43	0,075	0	18,952
ENTE GESTOR				
INSS	0,00	0,006	0,599	0,526
MATEPSS				
ISM	0,38	0,134	0,005	2,815
TAMAÑO DE LA EMPRESA				
Microempresas	0,29	0,013	0	22,584
Pequeñas empresas	0,15	0,012	0	12,694
Medianas empresas	0,07	0,011	0	6,868
Grandes empresas 251 a 1000	0,02	0,011	0,061	1,871
Grandes empresas 1001 a 5000				
Grandes empresas Mas de 5000	0,17	0,015	0	11,073
Carecen de empleados	0,33	0,016	0	19,937
NIVEL DE ESTUDIOS				
No sabe leer ni escribir	0,05	0,024	0,04	2,052

Tit. inferior a Grad. escolar	0,11	0,009	0	12,596
Grad. escolar o equivalente	0,07	0,007	0	10,422
Estudios secundarios post-obligatorios o superiores				
Desconocido	0,10	0,018	0	5,248
ACTIVIDAD ECONOMICA				
Agricultura, ganadería, caza, silv. e ind. extractivas	0,41	0,16	0,011	2,546
Industria manufacturera y energía	0,26	0,159	0,105	1,622
Construcción	0,42	0,159	0,008	2,649
Comercio y reparación vehículos a motor	0,37	0,159	0,02	2,335
Hostelería	0,43	0,159	0,007	2,69
Transporte y comunicaciones	0,32	0,159	0,047	1,986
Intermediación financiera	0,43	0,16	0,008	2,666
Actividades inmobiliarias y servicios	0,40	0,159	0,012	2,52
Admón. publica, defensa y SS	0,69	0,159	0	4,353
Educación	0,45	0,159	0,005	2,827
Actividades sanitarias y sociales	0,33	0,159	0,039	2,069
Hogares que emplean personal doméstico y órg. extraterritoriales	0,50	0,171	0,003	2,937
Sin datos				
GRUPOS DE COTIZACION				
Ingenieros, Licenciados, Alta dirección	0,17	0,055	0,002	3,048
Ingenieros técnicos, Ayudantes titulados	0,18	0,055	0,001	3,205
Jefes administrativos y de taller	0,31	0,056	0	5,505
Ayudantes no titulados	0,29	0,056	0	5,132
Oficiales administrativos	0,25	0,054	0	4,566
Subalternos	0,29	0,055	0	5,223
Auxiliares administrativos	0,18	0,054	0,001	3,384
Oficiales 1 y 2	0,25	0,054	0	4,654
Oficiales 3 y especialistas	0,22	0,054	0	4,015
Peones y asimilados	0,25	0,053	0	4,587
Trabajadores menos de 18 años				
Sin cotización/Beneficiarios guerra	1,23	0,326	0	3,782
No consta/No relevante	0,13	0,072	0,073	1,794
TIPO DE EMPLEADOR				
Persona física	0,32	0,025	0	12,674
Sociedad anónima	0,20	0,021	0	9,311
Sociedad limitada	0,20	0,022	0	9,185
Asociaciones	0,23	0,025	0	9,456
Entidades locales				
Organismos Autónomos	0,22	0,02	0	11,106
Estado y CCAA	0,13	0,02	0	6,329

Sociedades colectivas, comunitarias o cooper.	0,28	0,028	0	9,703
Otras	0,20	0,027	0	7,559
Sin datos	0,33	0,045	0	7,301
CARGAS FAMILIARES				
Sin cargas familiares				
Cargas familiares Menos de 3 años	0,04	0,01	0	4,135
Cargas familiares 3 a 5 años	-0,05	0,009	0	-5,812
cargas familiares 6 a 14 años	-0,01	0,007	0,112	-1,589
Cargas familiares 70 a 80 años	0,01	0,012	0,229	1,204
Cargas familiares mas de 80 años	0,02	0,016	0,143	1,464
TIPO DE CONTRATO				
Indefinidos a tiempo completo	0,13	0,007	0	18,625
Indefinidos fijos discontinuos	0,30	0,023	0	12,934
Indefinidos a tiempo parcial	0,12	0,012	0	9,961
Contratos de duración determinada				
No consta	0,04	0,014	0,002	3,089
BASE REGULADORA DIARIA DE CONTINGENCIAS COMUNES				
0				
1 a 32.72	0,37	0,01	0	37,694
32.73 a 41.84	0,37	0,01	0	36,77
41.85 a 53.04	0,36	0,01	0	36,926
53.05 a 74.83	0,41	0,01	0	41,129
74.84 o mas	0,53	0,011	0	48,48
MEDIDA INSS: En vigor desde 2007	-1,98	0,014	0	-140,576
PROGRAMA PILOTO: Se aplicó en 2008	0,49	0,012	0	42,331
Maternidad/paternidad durante año de IT	0,60	0,015	0	40,293
TASA DE OCUPACION RELATIVA	5,17	0,26	0	19,897
TASA DE VARIACION INTERANUAL DE DESEMPLEO	-0,01	0	0	-43,308
COMUNIDAD AUTONOMA				
Andalucía	0,32	0,019	0	17,039
Aragón	0,04	0,023	0,095	1,668
Asturias	0,10	0,027	0	3,684
Islas Baleares	0,53	0,024	0	22,071
Canarias	1,02	0,023	0	44,59
Cantabria	0,08	0,028	0,004	2,858
Castilla y León	0,29	0,021	0	13,483
Castilla La Mancha	0,53	0,022	0	23,942
Cataluña	0,38	0,018	0	21,501
Comunidad Valenciana	0,85	0,019	0	43,82

Extremadura	0,19	0,029	0	6,671
Galicia	0,61	0,021	0	28,887
Madrid	0,04	0,018	0,024	2,257
Murcia	1,01	0,024	0	42,372
Navarra				
País Vasco	0,13	0,021	0	6,446
La Rioja	-0,11	0,035	0,001	-3,188
Ceuta y Melilla	-0,49	0,081	0	-5,961
Variable dependiente: DURACION DE LOS PROCESOS DE IT				

Resumen del modelo					
Model	R	R2	R2 ajustado	Error Estándar	
1	,560(a)	0,314	0,314	1,28154	
		Sumas de cuadrados	Grados de libertad	Cuadrado de la media	F
1	Regresión	173135,279	93	1861,67	1133,551
	Residuos	378543,122	230491	1,642	
	Total	551678,401	230584		

Como cabría esperar, la mayor edad hace más largos los procesos de incapacidad temporal; del orden del 26% más largos entre los trabajadores de 25 a 35 años que en los menores de 25 años, el 49% en los trabajadores de 36 a 50 años y el 83% más para los de edad comprendida entre 51 y 64 años.

La duración de la incapacidad temporal de las mujeres es un 11% mayor que la de los varones. En el modelo se han incluido otras variables como la coincidencia o proximidad de maternidad o presencia de personas dependientes en el hogar. Así, la maternidad en el mismo año en que produce la baja aumenta la duración de los procesos de ITcc en un 60%. La presencia de dependientes parece desempeñar un papel muy pequeño, aumentando ligeramente la duración la presencia en el hogar de mayores de 80 años y de menores con edad inferior a los 3 años, y disminuyéndola la presencia de niños de 3 a 14 años.

En cuanto al nivel de estudios, la duración de las bajas de los trabajadores con estudios inferiores a graduado escolar es un 11% superior a las de la categoría de referencia: los trabajadores con estudios secundarios post-obligatorios o superiores, y las bajas de los trabajadores con graduado escolar o equivalente son un 7,2% más largas que las de la categoría de referencia.

Por grupos de cotización, las mayores duraciones, en relación con la categoría de referencia, se observan, por el siguiente orden, para los jefes administrativos y de taller, los ayudantes no titulados y los subalternos.

La duración de los procesos de ITcc de los trabajadores con contratos indefinidos fijos discontinuos es un 30% más larga que en el caso de trabajadores con contrato de duración determinada. Los trabajadores con otros tipos de contrato tienen procesos de ITcc un 12% más largos que los de la categoría de trabajadores para los que se carece de información relativa al tipo de contrato.

Se observa una relación creciente entre la base de cotización de contingencias comunes y la duración de los procesos de ITcc, es decir a mayor base, mayor duración.

Por lo que se refiere al régimen de la S.S., destacan las mayores duraciones en el régimen especial de trabajadores agrarios por cuenta propia, seguido del régimen especial de trabajadores autónomos. El primero presenta duraciones un 127% superiores respecto a los trabajadores del régimen general y el segundo un 111% superiores.⁷⁴

En cuanto al ente gestor de la incapacidad temporal, no se detecta diferencia significativa alguna entre el INSS y las mutuas. Sí se observa que la duración de las incapacidades temporales de los trabajadores acogidos al Instituto Social de la Marina es un 38% mayor que los de las mutuas.

Por lo que respecta al tamaño de las empresas y tomando como referencia las grandes empresas entre 1001 y 5000 trabajadores, podemos observar en la tabla siguiente la relación inversa entre duración de las bajas y tamaño de la empresa con la sola excepción de las empresas de más de 5.000 trabajadores.

Tabla 13.

Tamaño de empresa	%
Carecen de empleados	32,8%
Microempresas	29%
Pequeñas empresas	15%
Medianas empresas	7,45%
Grandes empresas de 251 a 1000	2% (No sig.)
Grandes empresas Mas de 5000	16,8%

⁷⁴ Para estos coeficientes tan elevados, la aproximación que se realiza de la B es menos exacta. De hecho, corrigiendo el valor, los porcentajes serían todavía superiores, de un 256% para el régimen especial agrario por cuenta propia, un 203% para los trabajadores autónomos y un 95% para el régimen especial agrario por cuenta ajena.

La actividad de la empresa empleadora tiene también relación con la duración de los procesos de incapacidad temporal. En el siguiente cuadro se reproducen los porcentajes de mayor duración respecto a la categoría de referencia que, en este caso, ha sido el colectivo de trabajadores para los que no se dispone de datos sobre la actividad de las respectivas empresas. Destaca especialmente la mayor duración en las administraciones públicas, hogares que emplean personal doméstico y órganos extraterritoriales y educación.

Tabla 14.

Sector de actividad	%
Agricultura, ganadería, caza, silv. e ind. extractivas	41%
Industria manufacturera y energía	25,8% (No sig.)
Construcción	42,1%
Comercio y reparación vehículos a motor	37,1%
Hostelería	42,8%
Transporte y comunicaciones	31,6% (No sig.)
Intermediación financiera	42,7%
Actividades inmobiliarias y servicios	40%
Admón. pública, defensa y SS	69,40%
Educación	45%
Actividades sanitarias y sociales	32,90% (No sig.)
Hog. que emplean personal doméstico y org. extraterr.	50,40%

En relación con el tipo de empleador, las duraciones superiores se observan cuando el empleador es una persona física: los procesos de IT son un 32% más largos que en la categoría de referencia (Entidades locales). En segundo lugar, destacan las sociedades colectivas, comunitarias o cooperativas, con procesos un 27,5% más prolongados. Para el resto de categorías la duración de las bajas se sitúa en una banda entre el 12 y el 20% superior a la categoría de referencia.

Tomando a la Comunidad Foral de Navarra como referencia, observamos una amplia disparidad entre comunidades que va desde una duración media un 49% inferior en el caso de Ceuta y Melilla, o un 11% inferior en el caso de La Rioja hasta el 102% de duración superior en Canarias, 101% en Murcia y 85% en la Comunidad Valenciana.

Tabla 15.

CCAA	%
Andalucía	31,9
Aragón	3,75
Asturias	10
Islas Baleares	53,2
Canarias	101,9
Cantabria	8,02
Castilla y León	28,8
Castilla La Mancha	52,5
Cataluña	38,4
Comunidad Valenciana	85,3
Extremadura	19,3
Galicia	60,9
Madrid	4,15
Murcia	100,6
País Vasco	13
La Rioja	-11,3
Ceuta y Melilla	-49

Finalmente, en las comunidades en las que existían provincias que estaban aplicando el control del INSS a partir de los 12 meses ya en 2007, la duración media de los procesos de I.T. en 2008 fue un 86,2% menor que en el resto⁷⁵. Por el contrario donde se aplicaron los programas piloto en 2008 la duración media de las bajas fue un 50% mayor que en las comunidades en donde dichos convenios no estaban en vigor.

Finalmente, en relación con las variables relacionadas con la ocupación y el desempleo, el modelo muestra que el incremento de un punto de la tasa de ocupación implica un aumento de un 5% en la duración de los episodios, mientras que en lo que respecta a la tasa de variación interanual del desempleo, a mayor incremento, menor duración de las bajas, aunque con un coeficiente muy pequeño, del 1%.

Modelo de tasa de baja

Partiendo del modelo usual de oferta de trabajo, puede obtenerse analíticamente que la probabilidad de ausentarse del trabajo depende de los ingresos salariales y no salariales del trabajador y de del tiempo contratado. En los trabajos empíricos se acepta, además, que la relación anterior está afectada, por una

⁷⁵ El coeficiente de la B es 1,98, pero realizando el cálculo exacto, el efecto sería un 86,2% inferior al del resto de provincias.

parte, por las características del propio trabajo y del empleador, y por las características de trabajador por otra.

Así, la probabilidad de que un trabajador experimente al menos un proceso de IT en un periodo determinado, se modeliza habitualmente en la literatura académica con modelos de elección discreta, generalmente logit o probit, con la variable dependiente dicotómica, esto es que toma el valor 1 si el trabajador padece al menos un episodio de IT y el valor 0 en otro caso.

En el caso de los modelos probit

$$P_i = \frac{1}{1 + \exp(-C_i)}$$

Siendo $C_i = \mathbf{x}_i' \boldsymbol{\beta}$

Donde $\mathbf{x}_i$ es el vector de características asociadas (salario, jornada contratada, lugar de residencia, tipo de trabajo, sector de actividad, tipo de empleador, afectado o no por una norma legal, sexo, edad, nivel de estudios, etc.) al individuo i-ésimo y $\boldsymbol{\beta}$ es el vector de parámetros a estimar.

Para facilitar la interpretación de los resultados, es conveniente calcular los efectos marginales⁷⁶ de cada variable y de cada nivel de las variables categóricas, que se pueden considerar como la diferencia de tasa de baja de una categoría cualquiera respecto a la categoría de referencia.

En el modelo de tasa de baja elaborado se han empleado las variables descritas en el modelo de duración, salvo para la variable maternidad, que ha sido sustituida por dos variables de nueva creación:

- Se ha creado una variable dummy, "Prematernidad", que tiene valor unitario en los dos trimestres naturales inmediatamente anteriores a que el trabajador tenga un episodio de maternidad o paternidad (si la maternidad/paternidad tiene lugar en el trimestre t, la variable prematernidad tiene valor 1 en los trimestres t-1 y t-2). En el resto de los casos, esta variable tiene el valor cero. Con esta variable se pretende captar el efecto del embarazo en la probabilidad de sufrir un episodio de IT.
- Se ha creado otra variable dummy, "Postmaternidad", que tiene valor unitario en los dos trimestres naturales posteriores (si la maternidad/paternidad tiene lugar en el trimestre t, la variable postmaternidad tiene valor 1 en los trimestres t+2 y t+3, esto es, cuando razonablemente ha finalizado el permiso de maternidad / paternidad), a que el trabajador/a tenga un episodio de maternidad o paternidad. En el resto de los casos, esta variable tiene el valor cero.

⁷⁶ Para más detalles, ver el anexo ZZZ y D. Peña y E. Teijeiro, "Las discapacidades de la población española" INE, 1989, pags. 19-30.

Para la especificación del modelo final⁷⁷, se ha procedido a extraer una submuestra aleatoria del 5% de la muestra total, a fin de que la estimación por pasos⁷⁸ tenga una carga de cálculo asumible. De esta etapa resultaron las siguientes variables incluidas en el modelo:

- Sexo
- Tamaño de la empresa
- Actividad económica
- Grupos de cotización
- Tipo de empleador
- Prematernidad
- Trimestre

El algoritmo utilizado para la selección de las variables explicativas garantiza la mayor capacidad predictiva del modelo⁷⁹.

No obstante hemos realizado el ejercicio de incluir, adicionalmente, cuatro variables que suelen aparecer en la literatura académica sobre la tasa de bajas: edad, CCAA de residencia, ente gestor de IT y tipo de contrato.

Ninguna de ellas aporta diferencias importantes, superiores al 1%, a la contribución a la tasa de bajas de la mayor parte de las variables seleccionadas con el procedimiento paso a paso. En consecuencia, se considera que las estimaciones realizadas son robustas, la selección de variables se ha obtenido de forma neutra (puramente estadística) y el modelo tiene la virtud añadida de la parsimonia.

⁷⁷ El modelo ha sido testado y replicado con un conjunto de variables más elevado, optándose finalmente por las variables apuntadas más arriba. De hecho, los coeficientes resultan bastante robustos a los cambios en la especificación del modelo.

⁷⁸ Se ha utilizado el programa SPSS, con el método adelante (Wald). Este método introduce en el modelo las variables una a una, según su capacidad explicativa. Es decir, el modelo introduce una variable siempre que se produce una mejora significativa en el logaritmo de la función de verosimilitud. El procedimiento deja de introducir variables cuando éstas ya no mejoran significativamente la verosimilitud.

⁷⁹ Con muestras muy grandes, el estadístico t habitual (que comprobar la hipótesis de que una variable explicativa produce efectos en la variable dependiente) suele producir el resultado de que el efecto de todas las variables es significativamente distinto de cero. De modo que el diseño de modelos de estimación por pasos (adelante y atrás) produce una mejor elección de variables explicativas.

Así pues, el modelo finalmente obtenido con la muestra completa fue el siguiente:

Tabla 16.

	B	S.E.	Wald	Sig.	Exp(B)	Efecto marginal
GÉNERO						
Hombre						
Mujer	0,326	0,003	9473,163	0	1,385	0,0211
TAMAÑO DE LA EMPRESA			13000,982	0		
Microempresas						
Pequeñas empresas	0,231	0,005	1883,482	0	1,26	0,0130
Medianas empresas	0,429	0,006	5803,514	0	1,536	0,0265
Grandes 251 a 1000	0,586	0,006	8803,831	0	1,797	0,0388
Grandes 1001 a 5000	0,586	0,007	6831,546	0	1,796	0,0388
Grandes Mas de 5000	0,161	0,009	324,417	0	1,175	0,0088
Carecen de empleados	0,165	0,007	585,347	0	1,18	0,0090
ACTIVIDAD ECONOMICA			17440,96	0		
Agricultura, ganadería, caza, silv. e ind. extractivas	-0,363	0,01	1408,274	0	0,695	-0,0245
Industria manufacturera y energía						
Construcción	-0,094	0,006	236	0	0,91	-0,0071
Comercio y reparación vehículos a motor	-0,072	0,005	175,502	0	0,93	-0,0055
Hostelería	-0,183	0,007	654,919	0	0,833	-0,0133
Transporte y comunicaciones	-0,016	0,007	4,848	0,028	0,984	-0,0012
Intermediación financiera	-0,466	0,013	1349,749	0	0,627	-0,0302
Actividades inmobiliarias y servicios	-0,23	0,006	1509,322	0	0,794	-0,0164
Admón. pública, defensa y SS	-0,917	0,009	9616,371	0	0,4	-0,0496
Educación	-0,451	0,01	1892,314	0	0,637	-0,0294
Actividades sanitarias y sociales	-0,06	0,007	78,71	0	0,942	-0,0046
Hogares que emplean personal doméstico y órg. extraterrit.	-0,387	0,018	478,584	0	0,679	-0,0259
Sin datos	-1,963	0,05	1519,411	0	0,14	-0,0727

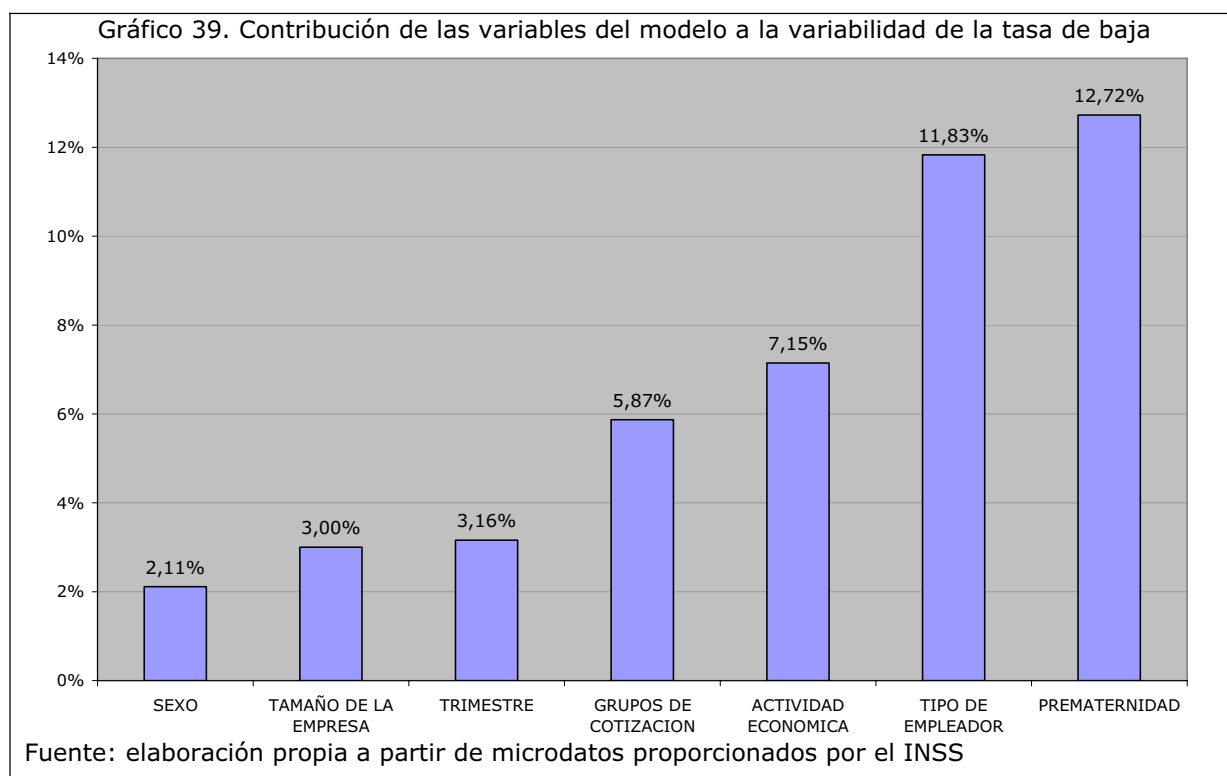
GRUPOS DE COTIZACION			16139,245	0		
Ingenieros, Licenciados, Alta dirección	-0,815	0,009	8847,139	0	0,442	-0,0408
Ingenieros técnicos, Ayudantes titulados	-0,331	0,008	1717,777	0	0,718	-0,0202
Jefes administrativos y de taller	-0,508	0,01	2694,615	0	0,602	-0,0288
Ayudantes no titulados	-0,353	0,01	1268,087	0	0,703	-0,0213
Oficiales administrativos	-0,185	0,006	924,534	0	0,831	-0,0120
Subalternos	0,047	0,008	33,671	0	1,048	0,0034
Auxiliares administrativos	-0,116	0,006	374,844	0	0,891	-0,0077
Oficiales 1 y 2						
Oficiales 3 y especialistas	0,115	0,006	422,597	0	1,121	0,0085
Peones y asimilados	0,002	0,005	0,081	0,776	1,002	0,0001
Trabajadores menos de 18 años	0,232	0,03	61,697	0	1,261	0,0179
Sin cotización/Beneficiarios guerra	-0,364	0,211	2,969	0,085	0,695	-0,0219
No consta/no relevante	-0,068	0,012	29,747	0	0,935	-0,0046
TIPO DE EMPLEADOR			15840,756	0		
Persona física	-0,35	0,008	1991,685	0	0,704	-0,0200
Sociedad anónima	0,097	0,004	504,296	0	1,102	0,0067
Sociedad limitada						
Asociaciones	0,078	0,01	56,264	0	1,081	0,0053
Entidades locales	0,743	0,011	4374,984	0	2,102	0,0676
Organismos Autónomos	0,276	0,008	1105,704	0	1,318	0,0206
Estado y CCAA	0,906	0,01	7510,665	0	2,473	0,0883
Sociedades colectivas, comunitarias o cooper.	-0,122	0,011	122,684	0	0,885	-0,0077
Otras	0,105	0,011	90,956	0	1,11	0,0073
Sin datos	-0,579	0,012	2297,97	0	0,56	-0,0300
PREMATERNIDAD						
Prematernidad	1,21	0,009	18329,026	0	3,354	0,1273
TRIMESTRE			7951,4	0		
1 de 2007	0,23	0,006	1409,706	0	1,259	0,0137
2 de 2007	0,207	0,006	1142,699	0	1,23	0,0122
3 de 2007	0,084	0,006	180,557	0	1,087	0,0047

4 de 2007	0,316	0,006	2801,08	0	1,371	0,0195
1 de 2008	0,458	0,006	6197,285	0	1,581	0,0302
2 de 2008	0,253	0,006	1775,424	0	1,288	0,0152
3 de 2008						
4 de 2008	-0,027	0,006	17,644	0	0,973	-0,0014
Constante	-2,795	0,007	138932,816	0	0,061	
Número observaciones	6692071					
Chi-2	146137,359					
Sig.	,000					
Nagelkerke R2	0,052					

En el gráfico siguiente se representa la importancia de las variables incluidas en el modelo, esto es, de su contribución a la variabilidad de la tasa de baja medida como el rango de los efectos marginales de cada una de ellas.

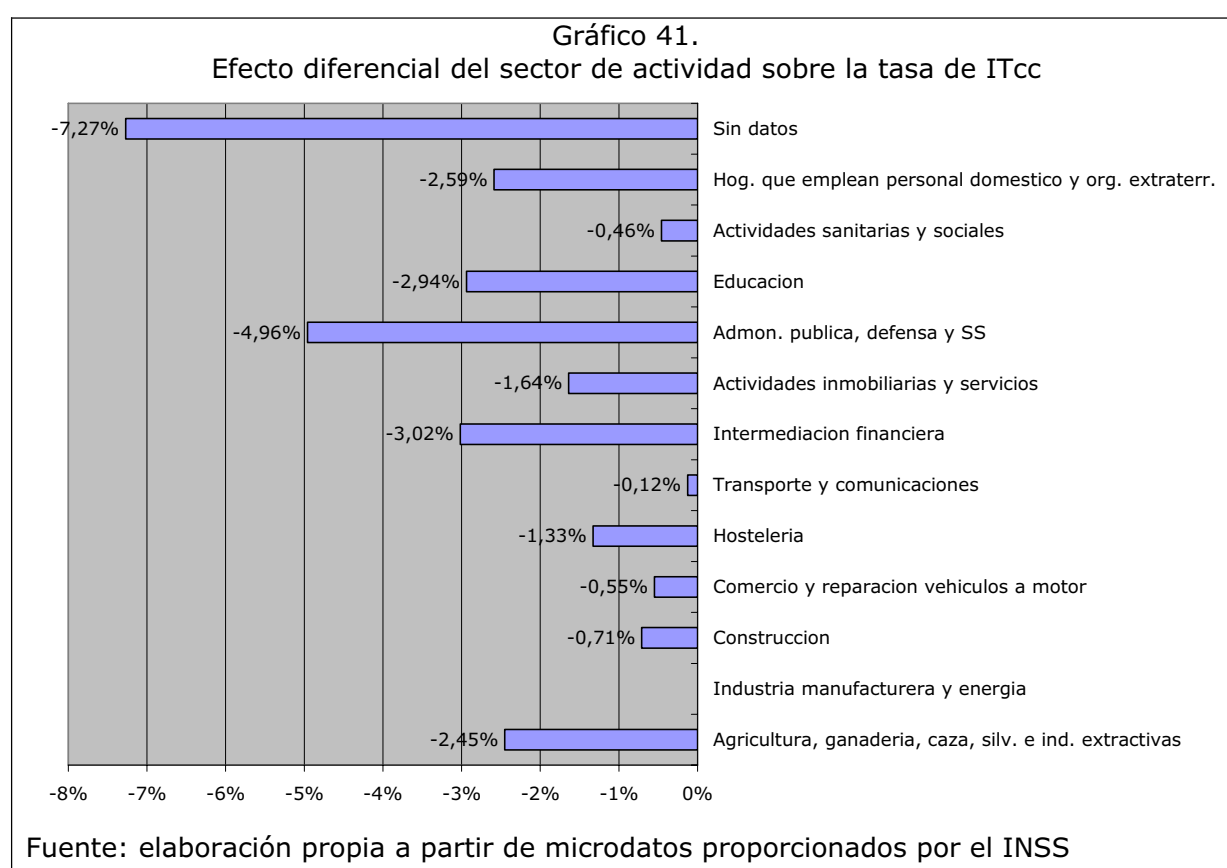
Cuando incorporamos la variable prematernidad, que tiene una alta significación estadística y un efecto marginal del 12.7%, la tasa de baja diferencial de las mujeres es únicamente del 2%. Esto implica, que la mayor parte de la diferencia en la tasa de baja de las mujeres se explica por episodios asociados al embarazo.

La segunda variable en orden de importancia a la hora de explicar la variabilidad de la tasa de baja es el tipo de empleador, con un 11,8%, seguida a cierta distancia de la actividad económica y de los grupos de cotización.



En cuanto al sector de actividad, son las Administraciones Públicas las que se diferencian de forma destacada del resto. Empleada la categoría de industria manufacturera como elemento de referencia, y dejando al margen aquellos trabajadores para los que se carece de datos, se observa en el gráfico cuarenta que la tasa de baja en el sector de manufacturas y energía es mayor hasta en casi cinco puntos porcentuales respecto a la del sector AAPP.

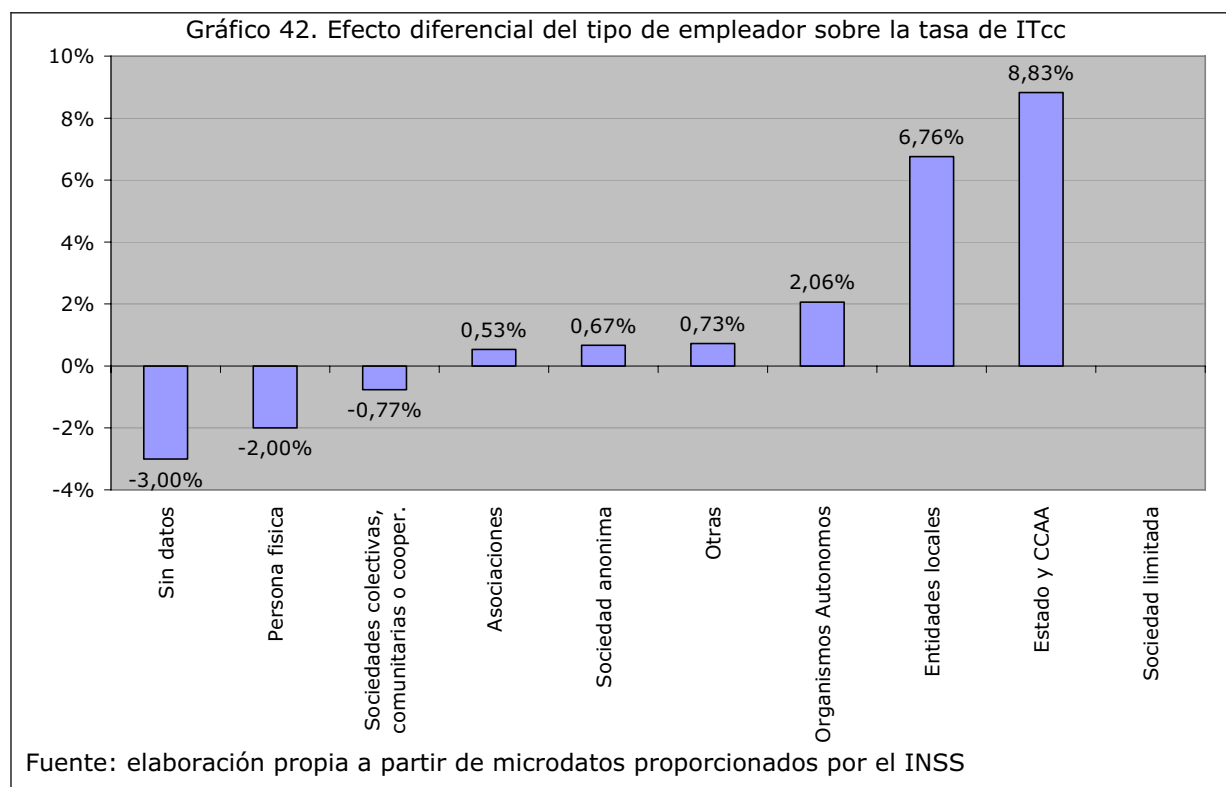
Las actividades en las que existe una menor probabilidad de experimentar una baja tras las AAPP, defensa y S.S. son la intermediación financiera y la educación (ambas con un efecto marginal negativo en torno a tres puntos porcentuales) seguidas a corta distancia por los hogares que emplean personal doméstico y las actividades primarias.



En cuanto al tipo de empleador, se ha elegido como categoría de referencia a las sociedades limitadas. En este caso, se observa cómo los trabajadores cuyos empleados son personas físicas tienen una tasa de baja alrededor de dos puntos porcentuales más pequeña que aquéllas. Las diferencias con Sociedades Anónimas, asociaciones y Sociedades Colectivas son muy pequeñas. En cambio, los empleados de la AGE, las CCAA y las Entidades Locales presentan una tasa de baja bastante mayor, especialmente las dos primeras.

Este resultado a primera vista parece que contradice el anterior. No obstante, es importante tener en cuenta que en el sector económico se utiliza la clasificación

de la CNAE⁸⁰, para el cual muchas profesiones cuyos empleadores mayoritarios son el sector público (como sanidad, educación...) no se incluyen dentro del epígrafe de AAPP, defensa y servicios sociales. En cambio, la variable tipo de empleador, extraída de los códigos de cuenta de cotización, sí está recogiendo a los empleados públicos de todas las actividades.

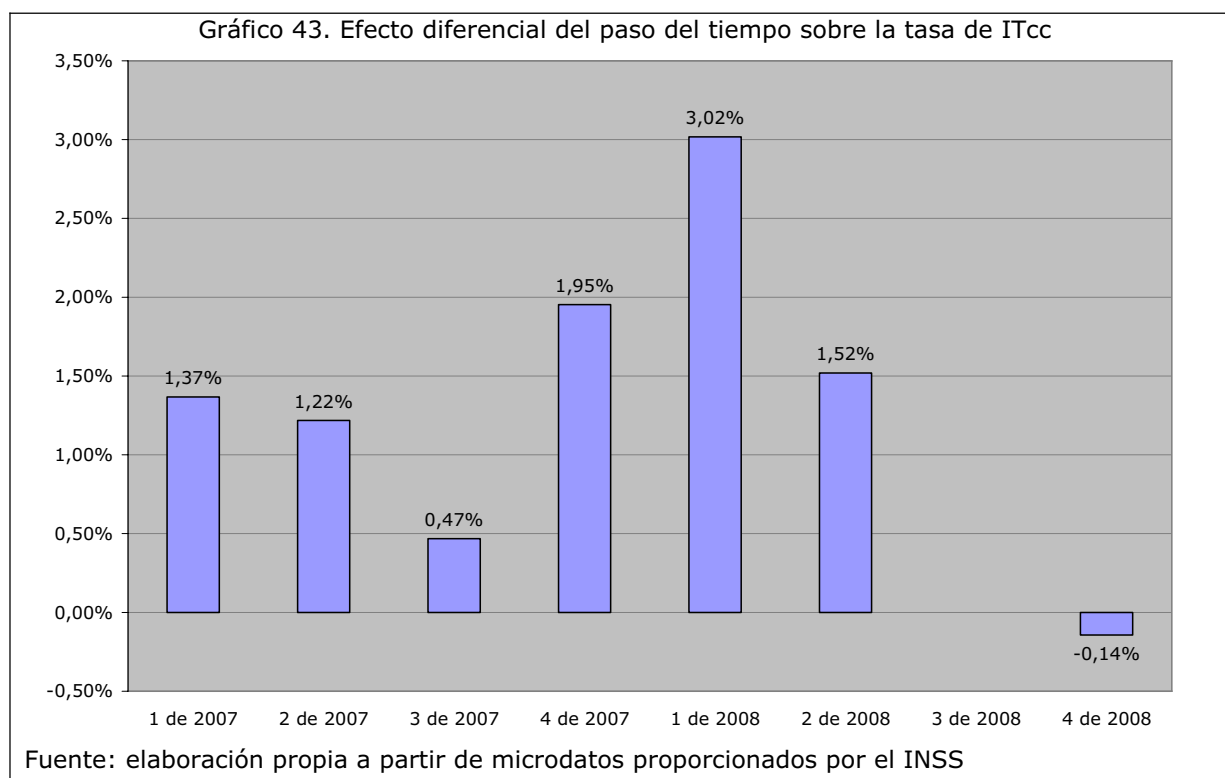


La tasa de baja descende en los grupos de cotización más elevados, que son un proxy, del nivel salarial y del grado de responsabilidad del trabajador.

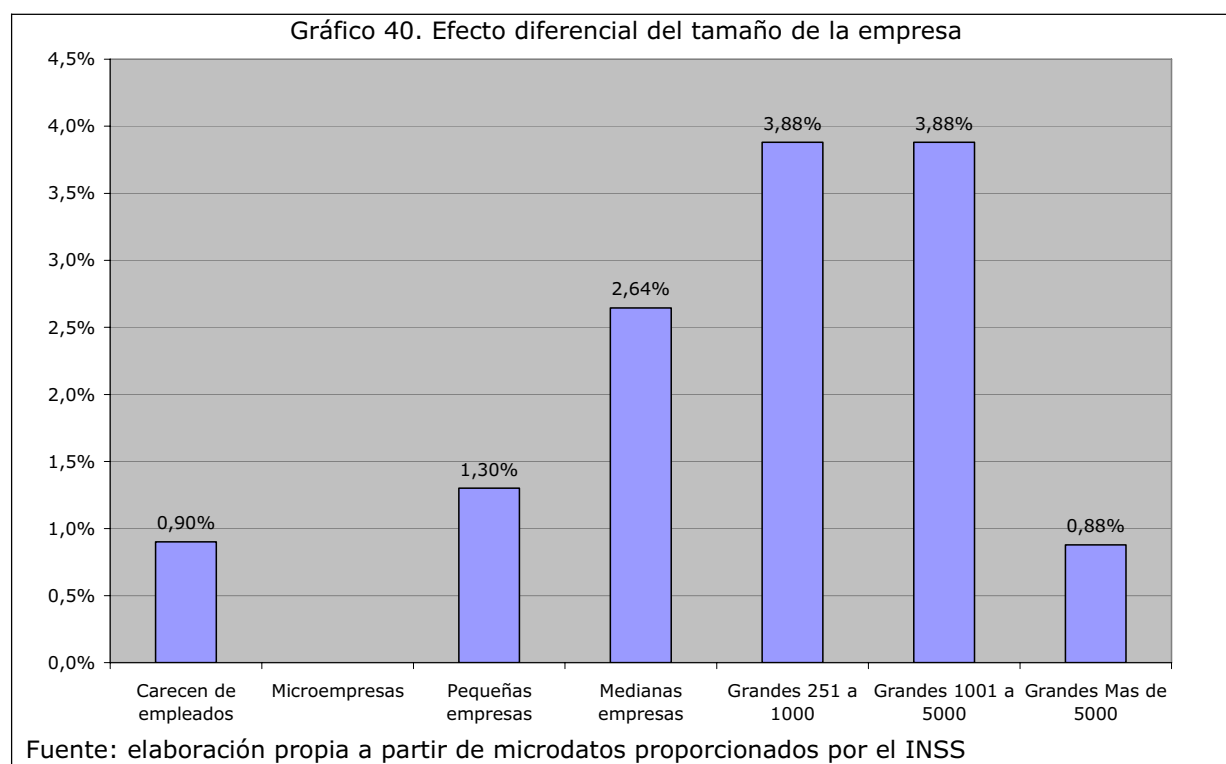
El transcurso del tiempo, variable capturada por las dummies para cada trimestre (desde el primer trimestre de 2007 hasta el cuarto del 2008) no presenta un patrón homogéneo en el período de dos años, presentado valores superiores o inferiores según el trimestre considerado. Sí parece observarse un patrón común en términos anuales: el valor del primer trimestre es superior al segundo y éste al tercero. Esta circunstancia puede obedecer a que en el primer trimestre existen mayores afecciones y patologías vinculadas a vías respiratorias (gripes, catarros, etc.), mientras que el tercer trimestre corresponde a períodos vacacionales.

No se observa, en todo caso, un patrón vinculado a la crisis económica, salvo en que la incidencia del año 2008 (año en que la situación económica era peor a la del año anterior) es superior a la del año 2007 para todos los trimestres, aunque este efecto puede deberse a otros factores que no sean la situación económica y merece una mayor investigación.

⁸⁰ Clasificación Nacional de Actividades Económicas.



Finalmente, en relación con el tamaño de las empresas, la tasa de baja crece con dicho tamaño de forma regular -si se obvia la categoría de quienes carecen de empleados-, salvo para las muy grandes empresas. En este sentido, se aprecia cómo la probabilidad de sufrir una baja para el individuo medio es casi 4 puntos porcentuales mayor para los trabajadores de empresas entre 1001 y 5000 empleados que para los trabajadores de las microempresas.



4.4. Diagnóstico de los principales problemas en la gestión de la ITcc

En los epígrafes precedentes se ha descrito el fenómeno de la IT a partir de un análisis cuantitativo de las distintas variables que permiten diferenciar resultados en los indicadores de incidencia, duración y coste. El objetivo del presente apartado es realizar un diagnóstico del contexto en el que se toman las medidas de racionalización, a efectos de poder valorar posteriormente si los problemas que se detectan en la gestión han sido oportunamente abordados por las medidas adoptadas.

La participación de distintas administraciones y entidades en la gestión de la ITcc, con diferentes competencias, intereses y motivaciones ha podido provocar que la consideración de cuáles han sido los principales problemas atinentes a la gestión no tenga necesariamente que coincidir, como tampoco la priorización de las dificultades percibidas ni los mecanismos diseñados y desarrollados para solucionarlos.

La gestión de la IT se caracteriza por la separación de competencias entre el ente responsable del pago de la prestación –el INSS- y el ente que gestiona el acceso a la misma, la atención sanitaria, y la finalización de la prestación, -que principalmente se realiza por los servicios de salud de las CCAA, o las mutuas, y las inspecciones sanitarias-. Las distintas perspectivas, sanitaria y económica, desde las que se aborda el problema, y la escasez de incentivos para promover el uso eficiente de fondos que no son propios hacen necesaria la búsqueda de mecanismos que permitan compatibilizar los objetivos de los diferentes actores.

Desde el punto de vista estratégico, el incremento del gasto experimentado en los últimos años ha tenido un peso determinante en el diseño e implementación de medidas por parte de la Seguridad Social, a cargo de cuyos presupuestos se pagan las prestaciones económicas de la ITcc. El correcto uso de la ITcc por parte del conjunto de actores (trabajadores y empresarios), y la mejora de los procedimientos de gestión que coadyuven al cumplimiento de dicho objetivo, en especial evitando situaciones de fraude o uso indebido, ha sido una de las preocupaciones básicas en torno a la que ha girado la intervención pública en la prestación de ITcc.

Por otro lado, las dificultades de coordinación de los agentes intervinientes en la gestión, y la necesidad de contar con información detallada de la ITcc ha sido el otro gran eje director de la intervención.

Desde el punto de vista de la gestión sanitaria, en los servicios de atención primaria, el foco de preocupación es esencialmente sanitario. Así, frente al control del gasto público de la IT, el eje director en torno al que gira la intervención sanitaria es la recuperación de la salud de los trabajadores, las dificultades existentes en la gestión ordinaria de casos de IT, y la consideración de la IT desde un prisma sanitario integral.

La IT se percibe en numerosas ocasiones por los médicos como una carga burocrática, sobre la que se pueden desconocer algunos aspectos legales o laborales, y que además puede generarles conflictos con los pacientes en cuanto estos estimen que no se les está concediendo una baja o ampliación de la misma a la que consideran que tienen derecho.

Por su parte, los inspectores sanitarios se encuentran con recursos limitados y un amplio espectro de actividad inspectora donde sólo algunas CCAA cuentan con unidades especializadas en la IT.

Otro de los aspectos que se van a abordar es la dificultad para trazar adecuadamente la línea divisoria entre contingencias comunes y profesionales, lo que repercute en la salud del trabajador y en sus derechos económicos así como en el mecanismo de financiación de la prestación económica y sanitaria.

Finalmente se abordarán algunas motivaciones, preocupaciones o intereses de los trabajadores y de los empresarios, que inciden en espacios determinados de la configuración legal del derecho o de la gestión de los episodios de ITcc.

4.4.1. Los usos indebidos de la ITcc y el fraude en la prestación

Uno de los principales ejes directores de la intervención pública ha consistido en procurar impedir los usos indebidos por parte de los beneficiarios de la prestación o, en otros términos, garantizar que su empleo se ajusta a las finalidades protectoras inherentes a la prestación de ITcc.

Si bien tradicionalmente la prestación de ITcc ha sido considerada como espacio refugio, donde se protegían no ya sólo episodios de baja por enfermedad, sino también las dificultades que para la actividad laboral representaban las cargas familiares y en ocasiones personales derivadas de la inexistencia o debilidad de otros institutos protectores del Estado de Bienestar, la intervención para prevenir usos indebidos no ha contemplado ningún tratamiento diferenciado en cuanto al origen de la IT. Sin embargo paralelamente, se han arbitrado otras políticas o prestaciones que, fortaleciendo el ámbito de protección social, han podido incidir indirectamente en la IT. Tal es el caso del desarrollo de la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y protección de las personas en situación de dependencia, y la Ley 3/2007 para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, que introduce el permiso por paternidad o amplía los supuestos del permiso de maternidad.

Las evidencias indican que en la utilización de la IT se producen usos indebidos. Lo que no es tan obvio es cuantificarlos y diferenciar entre las distintas causas.

En cuanto a la cuantificación del fraude, existen dos circunstancias que comúnmente se asocian a la existencia del mismo: las altas previas a la realización de los reconocimientos, una vez recibida por el trabajador la notificación, y las incomparecencias a los reconocimientos. En lo relativo a las altas previas, (que en las citaciones realizadas por el INSS suponen en torno al 20% de las citaciones) su equivalencia con respecto a situaciones de fraude (el

beneficiario solicita el alta a su médico de primaria porque el reconocimiento médico desvelaría el fingimiento de una baja), debe ser matizada. Si bien dichas altas denotan la posible existencia de bolsas de fraude, también en ocasiones el trabajador puede estar de alta antes de recibir la notificación o podría haber alguna inducción al presentismo, esto es, a la incorporación al empleo aún cuando existan o subsistan criterios objetivos para permanecer de baja.

Con respecto a la segunda circunstancia, un porcentaje de las altas, aunque relativamente muy reducido (un 0,13 % en el caso del INSS durante el período 2000-2007) tienden a efectuarse por incomparecencias a las actividades de control, debido a dos razones: problemas de notificación y localización de los beneficiarios⁸¹, y al hecho de que, en ocasiones, el control se pretende efectuar sobre procesos ya extinguidos, por lo que el beneficiario no acude al encontrarse trabajando.

Por otro lado, dado que, en teoría, los controles se efectúan no de modo aleatorio respecto al total de beneficiarios de IT, sino que se concentra en aquellos casos donde mayor es la proporción de posible fraude existente, no es posible considerar que ese mismo porcentaje de fraude afecta a la totalidad de la prestación, al haberse seleccionado una muestra donde potencialmente el fraude es mayor.

Desde el ámbito académico, si bien la preocupación por el posible fraude ha sido una constante, son escasos los trabajos que cuantifican dicho fraude o uso indebido de la prestación. En qué términos se produce o determinar cuál es el porcentaje de gasto que representa un uso fraudulento de la ITcc. En este sentido diversos estudios consideran que en torno a un 20% de procesos tienen un exceso de duración, generándose un 30% del incremento global de los días de baja⁸² o que en torno a un tercio de las bajas no requerirían reposo o bien se prolongan innecesariamente⁸³. Esta circunstancia debe ser, sin embargo, matizada, por cuanto los alargamientos en cuanto a la duración de los episodios de IT vienen motivados no sólo por el comportamiento del paciente, sino también por las demoras en la atención en el seno de los SPS (tiempos de espera, realización de pruebas diagnósticas, interconsultas, etc.)

Atendiendo a la percepción de los distintos actores sobre en qué medida existen usos indebidos y cuál sería su causa, se presentan a continuación tres conclusiones provenientes de diferentes análisis:

- En el año 2005 se realizó una encuesta entre los Servicios de Salud de las CCAA y el INGESA en relación con las principales dificultades que se

⁸¹ En el caso concreto de alguna provincia, se ha identificado que las dificultades en la notificación de las citaciones representan en torno a un 15-30% de las mismas. No obstante, los expertos entrevistados apuntan a que se trata principalmente de individuos que viven en la marginalidad, lo que dificulta su localización.

⁸² Así lo hace el análisis del grupo de IT de SEMFyC realizado en 1999. Y basado en una encuesta a los médicos de atención primaria.

⁸³ J. Gervas et al. (2006), citando dos trabajos de Quijano (1999) y Ruiz Téllez (1999a).

planteaban en el control y gestión de la IT⁸⁴. Al valorar la importancia de los distintos factores o aspectos, sitúan en un primer término el recurso a la ITcc para solucionar problemas personales, sociales o laborales, predominando los problemas de índole socio-sanitarios (cuidado de enfermos, ancianos, etc.) y laborales (acoso laboral, desempleo, etc.). El recurso, por tanto, al uso ajeno de la prestación por deficiencias de otros institutos de bienestar o el clima laboral en la empresa y la situación económica parecen tener un peso determinante. La segunda valoración en orden de importancia realizada es que “no hay una percepción del fraude en la utilización excesiva de la IT”, hecho que apunta a problemas de sensibilización de la población.

- Por otra parte, de las entrevistas realizadas en el marco de la presente evaluación a médicos, distintos gestores vinculados a la IT y expertos se repite la percepción de que el fraude se concentra más bien en el alargamiento de los períodos, por un lado, y en el uso abusivo de las bajas de muy corta duración, por otro, al no requerirse en términos generales parte de baja hasta el día cuarto del proceso de IT. Resulta difícil controlar, por parte de los SPS o del INSS los usos indebidos en dichas bajas de corta duración, por cuanto la informatización de los partes y su puesta a disposición de las entidades gestoras o de los servicios de inspección sanitarios, y las consiguientes actividades de control del uso de la prestación se produce respecto a procesos ya extinguidos. De hecho, en ocasiones no se produce la mecanización o grabación inmediata de los partes de baja en atención primaria, y sí en las unidades de inspección de los servicios sanitarios, una vez transcurrido un tiempo desde el hecho causante de la baja, por lo que el beneficiario, en el caso de una baja corta, o media, si existe mucho retraso en la mecanización, puede haberse incorporado al trabajo. En este tipo de bajas, su posible control incidiría no tanto en la duración como en el número de bajas⁸⁵.
- Finalmente, en cuanto a la percepción general de la población, en la encuesta realizada para la presente evaluación sobre los posibles usos indebidos de la IT, que se analiza en más detalle posteriormente, se observa que más de la mitad de los encuestados consideran que es bastante o muy frecuente el recurso a la IT sin estar impedido para trabajar. En cuanto a las causas para ello, destacan en primer lugar usos fraudulentos (ocio, “vaguería”, falta de ética). No obstante, también se mencionan como causas

⁸⁴ La Incapacidad Temporal. Valoración de problemas y establecimiento de prioridades por los SPS. Grupo de Trabajo de la Comisión de Coordinación de la Inspección en el SNS. Junio de 2006. Dicho trabajo puede, sin embargo, adolecer de problemas metodológicos. La valoración no se realizó con una encuesta sobre una muestra representativa de facultativos de primaria, sino que se materializó mediante la elaboración de un cuestionario de respuestas abiertas que se remitió a los SPS. No se condicionaba la manera en que cada experto podría formar las opiniones que se vertían, ni en qué términos y con qué participación podrían elaborarse las opiniones. Por ello, las referencias a dicho estudio efectuadas en este Informe, deben tomarse con precaución.

⁸⁵ . F Quijano Terán y M. Gandarillas González (2008) mencionan un estudio de M.J. Abellán realizado en Cádiz, donde la colaboración de la inspección médica contribuía a reducir el número de bajas sin modificar su duración.

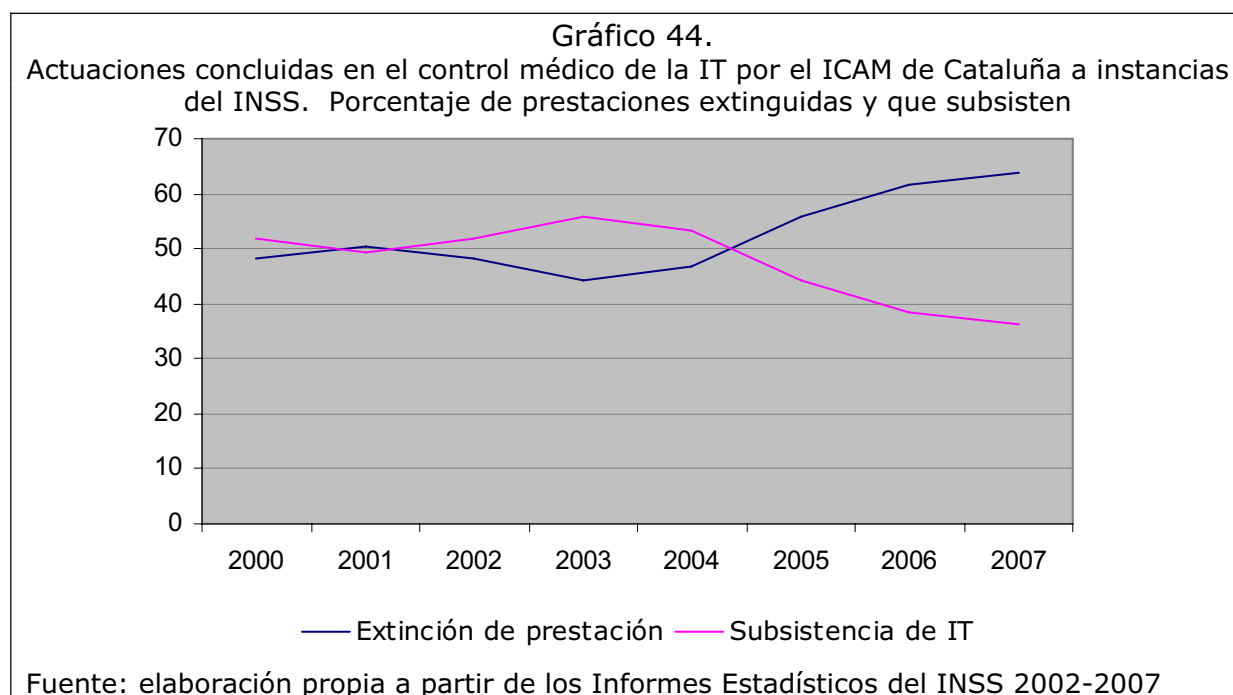
de peso los motivos de conciliación familiar, el estrés, ansiedad, depresión, y problemas ligados a la situación laboral.

Independientemente de este análisis del posible uso fraudulento por parte del trabajador, en distintos ámbitos se llama la atención sobre otro tipo de prácticas que también requieren mayor control, y en este sentido se apunta a la necesidad de una mayor regulación y transparencia de las actuaciones desarrolladas por algunas mutuas.⁸⁶

4.4.2 La actividad de control del INSS y los SPS a través de los reconocimientos médicos

Como se ha visto anteriormente, sobre los procesos de baja se desarrollan todo un conjunto de inspecciones y controles: de las mutuas, la inspección del SPS de las CCAA y los EVIs. Cabría cuestionarse sobre los resultados de dichos controles. En un primer análisis se presentan los datos de los informes del INSS de los que se dispone, centrados en dos tipos de inspecciones, la llevada a cabo por el ICAM en Cataluña a solicitud del INSS y la desarrollada por las unidades médicas del INSS.. En segundo lugar, a partir de los microdatos de los procesos de IT, se analizan los resultados de los controles del INSS en función de las patologías que causan la baja.

Inspección del ICAM a instancias del INSS



La tabla... muestra los resultados de los controles de la prestación desarrollados por los facultativos del SPS en la CCAA de Cataluña a instancias del INSS. Se

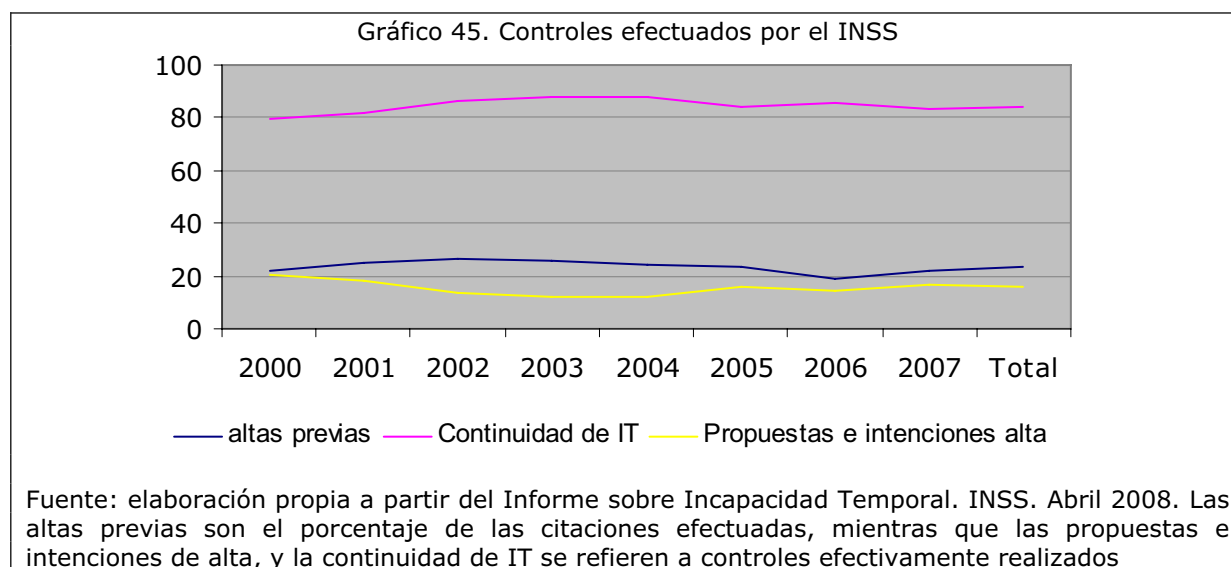
⁸⁶ Véase en relación con aspectos contractuales el informe nº 829 del Tribunal de Cuenta: Informe de Fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social

aprecia que el porcentaje de controles que concluyen con la extinción de la prestación prestaciones extinguidas se reduce entre 2001-2003 y crece de forma importante a partir de 2004 hasta 2007. Hasta el año 2004, las extinciones representaron en torno al 50% de todos los controles efectuados, mientras que llegan a alcanzar más del 60% en 2006 y 2007. Sería interesante investigar las causas del cambio operado en 2003 y potenciado en 2004 y si cabe atribuirlo a actuaciones concretas desarrolladas en la inspección.

Controles efectuados por el INSS⁸⁷

En los controles médicos desarrollados por el INSS, cabe destacar que entre los años 2001 y 2005 no se fijaron objetivos por parte de dicha entidad en la realización de controles y la asignación de la productividad semestral en base a éstos. Sin embargo, a partir del año 2005 se fijaron objetivos tanto en el número de citaciones a realizar, como en el porcentaje de resultados, medidos éstos últimos como el número de procesos que se extinguían sobre los reconocimientos médicos efectuados. La selección de los beneficiarios que serán objeto de reconocimientos médicos se efectúan utilizando diferentes criterios, siendo prioritario el tiempo estándar.

Como se observa en el gráfico cuarenta y cinco en torno a un 20% de las citaciones se resuelven con altas previas al reconocimiento. Por otra parte, de los reconocimientos realizados, se observa que un elevado porcentaje continúan en situación de IT. Esto es, el porcentaje de trabajadores que continúa de baja no desciende en ningún caso del 80%, si bien muestra una tendencia descendente. Este dato podría estar poniendo de manifiesto una inadecuada selección de los beneficiarios citados a inspección.



⁸⁷ En los años 2006 y 2007 se refieren exclusivamente a los procesos de menos de 12 meses, pues los de más de 12 meses son objeto de una intervención específica a partir de 2006.

Otro aspecto de interés es el pronunciamiento de los SPS respecto de las propuestas e intenciones de alta presentadas por el INSS, en las bajas en las que mantiene las competencias (inferiores a doce meses o superiores, si no se producen procedimientos de recaída por idénticas o similares patologías en los seis meses inmediatamente posteriores). Durante el período 2000-2007, el porcentaje de respuestas tramitadas por los SPS ha sido relativamente elevado (89,92%), confirmándose la resolución del INSS en un 84%, por lo que, en términos generales, ha existido una elevada coincidencia con las propuestas e intenciones de alta del INSS⁸⁸.

Por otra parte, cabe destacar que no existe, en general, coordinación en materia de inspección entre el INSS, las MATEPSS y los servicios de inspección de las CCAA, por lo que un beneficiario puede ser requerido a una actuación de control por todas ellas en un plazo relativamente corto de tiempo, provocando que los controles sean redundantes.

Análisis de los resultados de los controles del INSS a partir de los microdatos de procesos de ITcc

El porcentaje de altas motivadas por la actuación inspectora del INSS varía en función de la patología. La tabla diecisiete refleja de forma ordenada algunas patologías de entre aquellas seleccionadas para efectuar el presente estudio que presentan menor y mayor porcentaje de altas, aún cuando la frecuencia de casos en algunas de las enfermedades obligan a mostrar cierta cautela en cuanto a los resultados. Entre las que mayor porcentaje presentan, destacan algunas enfermedades respiratorias (faringitis aguda, resfriado común e infección aguda de vías respiratorias), musculoesqueléticas (algunos esguinces y torceduras tanto de rodilla como de espalda y trastorno interno de rodilla), y las hemorragias en la fase temprana de embarazo, siendo todas ellas superadas por la hernia inguinal. Por el contrario, el menor porcentaje se concentra en la osteoartritis, síntomas de abdomen y pelvis, algunas enfermedades musculoesqueléticas (trastorno del disco intervertebral, y otros trastornos no especificados con otras nominaciones, esguinces y torceduras de rodilla y pierna), los casos de bronquitis aguda, el síndrome de vértigo y el trastorno depresivo no clasificado bajo conceptos específicos.

Por el contrario, las enfermedades con mayor grado de prórroga en IT son los esguinces y torceduras de rodilla y pierna, específicamente las relativas a otras partes de espalda y la luxación de rodilla, síntomas que afectan a la cabeza y el cuello, causas desconocidas de morbilidad, otros trastornos de tejidos blandos y trastornos del disco intervertebral.

⁸⁸ Datos agregados procedentes del Informe sobre IT (2000-2007)

Tabla 17.
Resoluciones de los controles del INSS. Patologías más destacadas y porcentaje en
relación al tipo de actuación llevada a cabo por el INSS

	Frecuen.	Porcentaje		
		Competencia residenciada en los SPS	Ejercicio de la competencia del INSS en procesos de más de 12 meses	IP
Osteoartrosis/Enf. afines	57	8,8	47,4	31,6
Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis	18	11,1	44,4	27,8
Trast. del disco intervertebral	56	14,3	53,6	25,0
Otros trast./trastornos neom de articulación	91	15,4	50,5	25,3
Bronquitis y bronquiolitis aguda	13	15,4	38,5	15,4
Otras artropatías y artropatías no especif.	30	16,7	50,0	30,0
Síndrome de vértigo y otras alter. aparato vestib.	18	16,7	38,9	27,8
Trast. depresivo no clasif. bajo otros conceptos	103	17,5	52,4	19,4
Esguince y torceduras de rodilla y pierna	11	18,2	63,6	18,2
Otras causas y causas desconocidas de morbilidad/mortandaz	125	21,6	56,8	16,8
Gripe	13	23,1	38,5	23,1
síntomas que afectan a la cabeza y el cuello	12	25,0	58,3	16,7
Infección viral en otras enfermedades neom	8	25,0	50,0	12,5
Otras alteraciones de la espalda no especif.	340	25,6	45,6	22,4
síntomas que afectan al aparato urinario	19	26,3	42,1	21,1
Otros trastornos de tejidos blandos	33	27,3	54,5	9,1
Luxación de rodilla	11	27,3	54,5	9,1
Tendinitis intersecciones periféricas y síndromes conexos	80	30,0	47,5	17,5
Otros trastornos de sinovia, tendón y bursia	26	30,8	42,3	19,2
Contusión de miembro inferior, de otros sitios	19	31,6	26,3	31,6
Trastorno de músculo, ligamento y fascia	18	33,3	38,9	11,1
Infecciones intestinales mal definidas	18	33,3	5,6	22,2
Otras alteraciones columna cervical	95	33,7	43,2	18,9
síntomas generales	68	33,8	30,9	29,4
Trastorno interno rodilla	36	36,1	30,6	27,8
Esguinces y torceduras de tobillo y pie	16	43,8	18,8	18,8
Esguinces y torceduras de otras partes neom de espalda	9	44,4	55,6	-
Nasofaringitis aguda -resfriado común-	2	50,0	50,0	-
Infec. agudas vías respirat. sup. local mult.	6	50,0	33,3	-
Hemorragias en fase temprana de embarazo	4	50,0	50,0	-
Faringitis aguda	9	55,6	11,1	-
Hernia inguinal	21	61,9	23,8	14,3

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

El 15% de los beneficiarios respecto de los que ha existido actuación de control por parte del INSS, vuelven a sufrir una baja posterior sometida nuevamente a actuación médica, situándose la mediana de la siguiente baja experimentada entre los 44 y los 81 días desde la finalización de la primera baja. Este dato no debe confundirse con el porcentaje de trabajadores que vuelve a estar de baja tras un episodio de IT, haya o no existido actuación por parte del INSS.

Cuando la baja anterior finalizó con un alta médica, el 20% vuelve a encontrarse de baja en un período de entre uno y doce días, porcentaje que se eleva hasta el 35% en el período de entre el día siguiente y el mes y medio. Hasta el 50% de los individuos considerados, estaban de baja en el período de tres meses posterior al alta con la que finalizó el procedimiento anterior, un porcentaje elevado. No obstante, no es posible desentrañar si la siguiente baja responde a una situación de fraude, o por el contrario existen elementos que inducen a pensar en el presentismo, habiéndose producido una incorporación al trabajo prematura. Dicho porcentaje se eleva al 60% en el caso de que la actuación de control se englobe en el ejercicio de las competencias de prórroga del INSS.

En todo caso, el análisis que arroja el indicador del número de inspecciones efectuadas, los resultados de éstas y en términos más generales, la eficacia y efectividad de los controles efectuados presenta limitaciones. La realización de un mayor número de inspecciones no necesariamente tiene que traducirse en resultados. Por otro lado, los posibles resultados que arrojan las inspecciones, - sin negar su valor en cuanto a instrumento de control y desincentivación de posibles situaciones de fraude y su contribución a una mejor gestión-, no agota las posibles actuaciones de control. De hecho,-y así es concebido en algunas CCAA-, el concepto de inspección es un concepto amplio e integral que no debe agotarse exclusivamente en el control presencial y directo de los pacientes, ni circunscribirse a la cantidad de controles, sino a la calidad de las actuaciones diversas llevadas a cabo. Así, para el caso de la CCAA de Extremadura, se efectúan revisiones generales con determinada periodicidad entre la inspección sanitaria y el médico de familia, con respecto al cupo de trabajadores en baja de este último, así como el control o revisión de algunos trabajadores sin necesidad de ser citados.

4.4.3 Los riesgos para los trabajadores y los empresarios

Dos de los actores esenciales en la prestación son los trabajadores y los empresarios. A partir de las entrevistas mantenidas con los sindicatos y la patronal se plantean algunas de las reivindicaciones que hacen llegar sus representantes;

La configuración legal del marco jurídico regulador de la ITcc, el control del gasto del sistema de S.S en la prestación de ITcc, y la focalización de parte de los objetivos estratégicos en el uso adecuado y responsable de la contingencia protegida y consecuentemente, la persecución de las actuaciones fraudulentas por parte de los trabajadores, dependiendo de cómo se instrumenten las medidas, puede comportar la generación de espacios de desprotección. La preocupación de los trabajadores se centra en tener suficientemente garantizados sus derechos en relación con la protección de su salud y el

mantenimiento de sus ingresos económicos. Desde los sindicatos se destaca la importancia de contar con suficientes garantías en el proceso para los trabajadores y evitar presiones que puedan conducirles a una reincorporación prematura al trabajo y consecuentemente puedan incidir sobre su salud. Por otro lado, se señala que la prestación de ITcc cubre el 60% de las bases de cotización desde el cuarto día al vigésimo, y el 75% en adelante. Esta configuración del derecho ya contiene, por tanto, un mecanismo desincentivador para el acceso a la prestación ante un uso fraudulento de la misma.

- Por diversas motivaciones, como la posible pérdida de empleo, la existencia de determinadas circunstancias o clima laboral, algunos trabajadores no cogen la baja o reducen su período de ITcc. El presentismo, o incorporación al empleo sin que el trabajador haya recuperado completamente su estado de salud, puede conducir a posibles agravamientos de la enfermedad o patología experimentada, y la reincidencia en baja laboral. Desde los sindicatos se considera que algunas actuaciones de control de las mutuas pueden estar induciendo reincorporaciones prematuras.
- La desprotección frente a la contingencia, como consecuencia de cambios normativos o por deficiencias del procedimiento. Debe recordarse en este sentido que la reforma introducida por la Ley de PGE para 2006 (Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006) representó un evidente riesgo de desprotección de los trabajadores. Como se veía anteriormente, el ejercicio por parte del INSS y de los SPS de las competencias de las que disponían en materia de IT podía traducirse en que un trabajador continuase estando de baja laboral (según el criterio mantenido por el facultativo de primaria), pero se veía desposeído del subsidio económico de IT al haber adoptado el INSS la decisión de instar el alta a efectos económicos⁸⁹. Dicha circunstancia se solventó posteriormente mediante la Ley 40/2007, mediante la implantación de un procedimiento de audiencia. No obstante, subsisten algunos problemas. Por ejemplo, la fecha de efecto de la resolución del procedimiento, -la cual figura expresamente en el texto de la resolución y que es seis días hábiles después de la firma del Director Provincial. Ello puede producir, en ocasiones, una situación de indefensión del trabajador si existen retrasos en la notificación, y en consecuencia, la incorporación del trabajador es posterior a la fecha del alta, pues en este caso el trabajador no percibiría ni salario, por parte de la empresa, ni prestación por parte del INSS.

Desde el punto de vista de las preocupaciones de los empresarios cabe destacar fundamentalmente dos elementos: los costes económicos de todo orden (tanto directos, con el pago de la prestación de IT durante los quince primeros días⁹⁰ de ITcc, como los indirectos derivados de la pérdida de productividad) y el control de los episodios.

⁸⁹ La redacción que la Ley de PGE para 2006 dio al artículo 128.1.a) establecía que alta médica emitida por el INSS era "a los exclusivos efectos de la prestación económica".

⁹⁰ Desde el día cuarto al decimoquinto por disposición legal, y del primero a tercer día de forma voluntaria, mediante pacto individual o colectivo, fórmula que suele ser habitual

- Las bajas laborales representan un coste evidente para las empresas. A las prestaciones económicas pagadas por el empresario se añade el coste de sustitución de los trabajadores, las pérdidas de productividad asociadas a una reducción del trabajo como consecuencia de la baja del trabajador e indirectamente en numerosas ocasiones al nuevo trabajador contratado o, aún siendo un trabajador de plantilla, reasignado. Y finalmente los trastornos organizativos que representan en el esquema de producción, en especial en un tejido productivo caracterizado por el predominio de las pequeñas y medianas empresas. La productividad laboral perdida como consecuencia de las ausencias de los trabajadores por ITcc (no se incluyen las motivadas por morbilidad laboral vinculada a accidentes y enfermedades profesionales) ha sido estimada para 2005 en entre 10.200 y 11.108 millones de euros (Juan Oliva, 2009).
- En cuanto al pago de la prestación, desde el punto de vista empresarial, es interpretado como un contrasentido. El sistema de aseguramiento de la S.S. actualmente vigente mediante el pago de cotizaciones pretende hacer frente al riesgo de experimentar la contingencia. No obstante, una vez producido el hecho causante, corresponde al empresario el pago de un período de tiempo determinado. El coste estimado de los episodios con duración inferior a los quince días, y cuyo coste es asumido por tanto íntegramente por los empresarios al no derivarse responsabilidad de pago por parte del sistema de S.S., representan el 8,24%. Esta circunstancia no es privativa del caso español, sino que son diversos los países donde corresponde al empresario el pago de la prestación durante un período de tiempo determinado. De hecho, es una práctica bastante generalizada, si bien en algunos casos con peculiaridades: así, en el caso de Holanda, los empresarios asumen el pago de los veinte primeros días, pero pueden deducirse dicho pago de las cuotas. A dicho coste debe añadirse el pago de las cotizaciones sociales mientras el trabajador permanece en baja hasta los dieciocho meses.
- El control de los procesos. Si bien en base al Estatuto de los Trabajadores el empresario cuenta con la posibilidad de “verificar el estado de enfermedad o accidente del trabajador que sea alegado por éste para justificar sus faltas de asistencia al trabajo, mediante reconocimiento a cargo de personal médico” dicho procedimiento no se encuentra actualmente desarrollado completamente. El trabajador no está obligado a someterse a reconocimientos, salvo en el caso de querer percibir los complementos salariales pactados en el caso de ITcc. En cuanto a los supuestos en que la prestación económica de ITcc esté cubierta por MATEPSS, no existe consenso jurídico sobre la posibilidad por parte de éstas a comprobar el estado de salud de los trabajadores por cuenta de los empresarios. Así, el Tribunal de Cuentas, en sus sucesivos informes, ha limitado tal posibilidad a partir de día decimosexto, momento en que las MATEPSS asumen el coste económico de la prestación. Por el contrario, otros organismos de naturaleza administrativa mantienen un posicionamiento diferente, al considerar que el control puede efectuarse con anterioridad al día decimosexto (Abogacía del Estado y DGOSS).

4.4.4 Las condiciones de trabajo y la determinación del origen de las contingencias

La diferenciación entre el origen común o profesional de una contingencia en ocasiones plantea dificultades, y sin embargo, la clasificación de un proceso en una u otra categoría tiene importantes implicaciones en cuanto a los derechos que tiene el trabajador en uno u otro caso, quién se ocupa de la cobertura sanitaria (en el caso de que la gestión de las contingencias profesionales esté asignada a una mutua), cómo se financia la prestación y otras implicaciones ligadas al grado de responsabilidad de la empresa en el desarrollo de la patología y en la gestión de riesgos laborales.

En lo que compete a la problemática de gestión de la ITcc aparece, en ocasiones, la difícil identificación del origen de las patologías, dados los permeables contornos entre ambas, junto a la posible derivación de hechos causantes de origen laboral a los SPS, mediante su calificación como IT por contingencias comunes.

En este aspecto, diversos análisis han puesto de relieve que las cifras oficiales de muertes y accidentes derivados de contingencias profesionales podrían estar infraregistradas, en especial en el caso de enfermedades profesionales. Así, el Observatorio de Salud Laboral de la Universidad Pompeu Fabra ha estimado que 16.000 personas fallecen por enfermedad laboral. En el caso de ITcp derivada de enfermedad profesional, el mismo Observatorio ha estimado que se produce un subregistro de enfermedades que ronda el torno al 64% (F.G.Benavides Coord. 2007) o un 75% según A.M. García, F. Gadea, V. López (2007). Frente a los 17.000 casos registrados de enfermedad laboral en 2007, el mismo Observatorio estima que el 9% de los trabajadores y el 13% de trabajadoras padecen algún tipo de enfermedad o dolencia relacionada con el trabajo desarrollado, mientras que según otras fuentes afectan a un total de dos millones de trabajadores (nuevamente A.M. García, F. Gadea, V. López (2007)). Otro hecho que llama la atención es la escasez de enfermedades tumorales en los registros, a pesar de considerarse que las actividades laborales ocupan el cuarto lugar en cuanto a la etiología de los tumores, o la escasa presencia de enfermedades con origen psicosocial, tales como el estrés, mobbing, etc.

Precisamente la desprotección ante la que queda el trabajador a causa de la deficiencia en las notificaciones de enfermedades profesionales fue uno de los motivos aducidos por el R.D. 1299/2006 que aprueba el cuadro de enfermedades profesionales para llevar a cabo la reforma⁹¹. No obstante, causó extrañeza generalizada el hecho de que desde la entrada en vigor del R.D., el volumen de enfermedades profesionales disminuyera, lo que algunos autores apuntan que puede deberse a otros cambios normativos producidos en paralelo y otros asocian a la ausencia de un acompañamiento de políticas activas para la detección de las enfermedades relacionadas con el trabajo. En cualquier caso, si bien se reconoce el avance que ha representado, el nuevo sistema no está

⁹¹ R. D. 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

exento de críticas. Un análisis interesante al respecto es el realizado por C. Ruiz-Frutos, et al.: Sistema de declaración de enfermedades profesionales en España: conclusiones de un taller (2009), donde se tratan de identificar las causas del actual nivel de declaración de enfermedades profesionales en España y consensuar propuestas de mejora.

Por otro lado, J. Castejón et al. (2000), en un estudio piloto interesante, aunque realizado con una muestra muy pequeña, analizan el papel que las condiciones de trabajo juegan en la incidencia de la ITcc, y señalan que un 19,6% de las bajas tenían origen laboral.)⁹². Igualmente, J. Gervas et. al. (2006) hacen referencia a que un 16% de las bajas por contingencias comunes tiene una causalidad laboral. F. Quijano y M. Gandarillas (2008) señala que entre un 15-20% de los motivos de consulta en atención primaria tienen origen laboral (6-8 /día/médico de familia). Por su parte, J. Molins-Atance (2006) se refiere a las posibles motivaciones de estas actuaciones de las MATEPSS.

Desde el punto de vista de la gestión, la identificación del origen de las contingencias se lleva a cabo por la entidad gestora de la prestación. Las dudas son resueltas mediante los procedimientos de determinación de contingencias, tal y como establece el Real Decreto 428/2004⁹³, en su redacción dada por el Real Decreto 1041/2005. Dicho procedimiento debe ser instado por los médicos de atención primaria o la inspección médica del SPS, en el supuesto de que existan dudas clínicas respecto al motivo que las origina, o por reclamación del propio trabajador. La actuación de los facultativos no es potestativa, sino que, tal y como establece el artículo 5 del R.D. 1299/2006, es obligatoria, en cuanto tengan conocimiento de la existencia de una enfermedad profesional. En el caso de Navarra se ha avanzado un paso más, y se ha establecido un sistema de vigilancia epidemiológica específico para la detección de enfermedades relacionadas con el trabajo⁹⁴. Como consecuencia de ello ha aflorado un porcentaje muy superior de notificaciones de bajas que tienen su origen en contingencias profesionales.

No obstante, una dificultad añadida es la obligación de probar que el origen es laboral por parte de quien niega la consideración de contingencia común del episodio de baja, tal y como ha establecido la jurisprudencia. En este último caso, si los expedientes de IT se encuentran en tramitación, la reclamación es resuelta por los EVIs,-el ICAM en la CCAA de Cataluña-. Si ya han sido resueltos, la reclamación adopta la forma de reclamación previa ante el INSS instando la

⁹² Dicho estudio se realizó sobre 50 casos en el Centro de Atención Primaria de una localidad. Posteriormente en otro estudio realizado por Castejón en 2003 se concluye que un 16% de las bajas tendrían origen laboral.

⁹³ Real Decreto 428/2004, de 12 de marzo, por el que se modifica el Reglamento general sobre colaboración en la gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.

⁹⁴ Se cuenta con un programa informático que permite cruzar la patología con el historial clínico y en su caso se deriva el expediente al Instituto Navarro de Salud Laboral. En la CCAA de Cataluña también han iniciado actuaciones en este sentido, aunque más incipientes.

declaración de la contingencia que proceda, como paso previo al recurso a la Jurisdicción Social.

El gráfico 46 muestra los expedientes de determinación de contingencias tramitados durante el año 2008 y 2009. (12.114 expedientes resueltos en 2008 y 11.356 en 2009) La mayoría de procedimientos (74%) se inician a instancia de parte. En cuanto a las resoluciones, destaca el elevado porcentaje de procedimientos que se resuelven determinando que la IT tiene su origen en accidentes de trabajo (un 40% en 2008 y un 37% en 2009). Este dato puede resultar llamativo a primera vista. No obstante, se explica al tener en cuenta que enfermedades profesionales son estrictamente las listadas en el cuadro de enfermedades profesionales. Sin embargo las patologías agudizadas o derivadas del empleo del trabajador constituyen "enfermedades del trabajo", y se consideran como accidente laboral. Por otra parte, entre el 45 y 50% de las resoluciones determinan que el origen se encuentra en una enfermedad común.

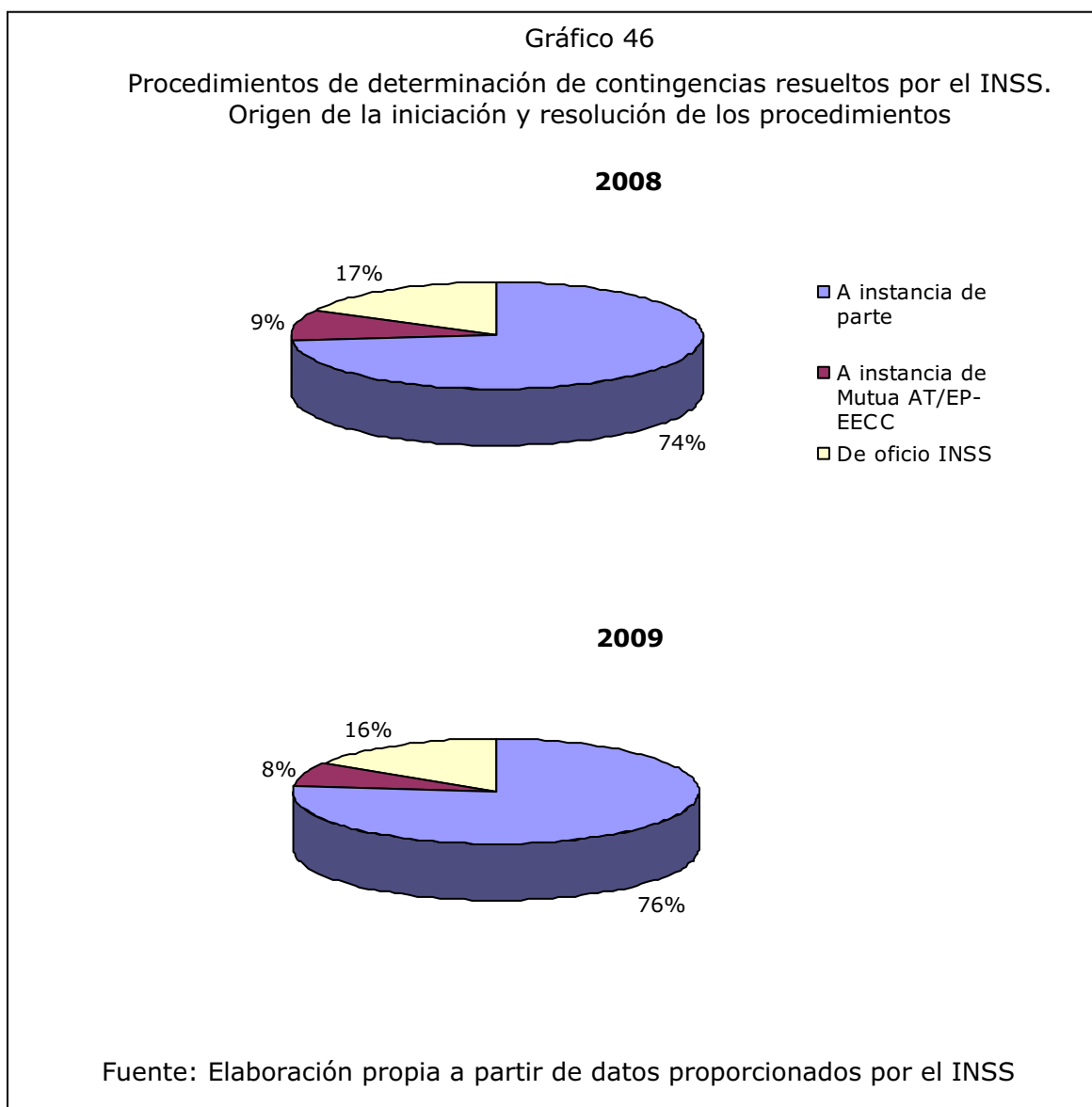
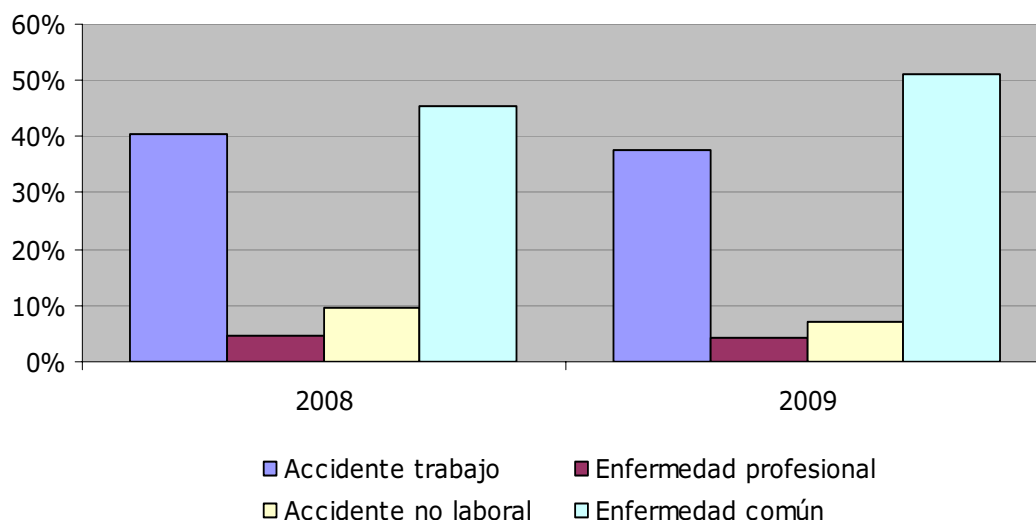


Gráfico 47.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos proporcionados por el INSS

Frente a los problemas de determinación de contingencias se han adoptado distintas medidas, algunas ligadas a la formación y al apoyo de especialistas en salud laboral, otras a través de modificaciones normativas.

En este sentido, como medio de garantizar que las MATEPSS catalogan correctamente el origen profesional o común de las bajas, la Secretaría de Estado de la S.S dictó en el año 2007 una Resolución mediante la cual se debían remitir al INSS todos aquellos expediente tramitados por las mutuas en materia de prestaciones por IT y muerte y supervivencia que se resolviesen sin considerar como enfermedad profesional a la contingencia causante, en aquellos casos en los que se contase con indicios suficientes. Los indicios que se consideran relevantes son la existencia en el expediente de partes emitidos por la mutua en los que se hubiera consignado la existencia de patología laborales, informes de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, de los servicios prevención, médicos de empresa o del SPS.⁹⁵

Asimismo, se ha aprobado recientemente el Real Decreto 1430/2009, que ha regulado con mayor detalle el procedimiento administrativo iniciado a solicitud del interesado frente a un alta laboral de la MATEPSS. El plazo de iniciación del procedimiento son los cuatro días naturales siguientes al de la notificación del alta, acompañado del historial médico previo relacionado con el proceso de incapacidad temporal. La iniciación del procedimiento especial de revisión

⁹⁵ Resolución de 19 de septiembre de 2007, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre determinación de la contingencia causante en el ámbito de las prestaciones por incapacidad temporal y por muerte y supervivencia del sistema de la Seguridad Social. Se desconoce en qué grado el INSS ha corregido las procedimientos resueltos por las MATEPSS en cuanto al origen de la contingencia.

suspende los efectos del alta médica emitida, debiendo entenderse prorrogada la situación de ITcp.

Con este procedimiento se pretende evitar lo que ha venido sucediendo con anterioridad, esto es, que en lugar de impugnar el alta médica otorgada por la mutua el beneficiario acuda en los días siguientes al servicio público de salud para conseguir una nueva baja por contingencias comunes. A este hecho, y dependiendo del médico de primaria, se sucedía un expediente de determinación de contingencia que abocaba a una indefinición de la situación a efectos del trabajador que se encuentra de baja.

Resulta problemático determinar qué efecto tendrá el nuevo procedimiento, aunque existen elementos que permiten apuntar a su posible escaso impacto. Si, tal y como determina el R.D., en el supuesto de que el INSS confirme el alta emitida por la MATEPSS las prestaciones económicas se considerarán indebidamente percibidas, y por tanto, deberán ser devueltas, el trabajador puede considerar que se genera un cierto espacio de desprotección, por lo que resultará de mayor interés acudir al SPS a los efectos de solicitar una prestación de ITcc,-que en ocasiones puede resultar más accesible-, en lugar de promover la impugnación del alta médica de la MATEPSS.

En definitiva, al margen de la cuestión de una posible mejor catalogación de las enfermedades profesionales, la cuestión de en qué medida las condiciones laborales son el origen o afectan al desarrollo de determinadas patologías requiere un análisis en profundidad que hasta el momento no se ha desarrollado suficientemente. Existen problemas para estudiar el posible vínculo a través de encuestas como la Encuesta Nacional de Salud o la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo, al no poder relacionar las condiciones de trabajo con las situaciones de baja. La formación en salud laboral de los médicos de atención primaria o el apoyo por especialistas parece por el momento insuficiente⁹⁶ y desde la óptica de prevención de riesgos laborales existe margen de mejora. De hecho, la existencia de órganos creados ad-hoc con funciones de identificar el posible origen laboral de las bajas (tal es el caso de Instituto Navarro de Salud Laboral) contribuye a aflorar el subregistro de enfermedades profesionales y demuestra que existe un margen de mejora en la determinación de las contingencias causantes de ITcc.

La visión integral de la salud laboral, que se postula en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud ⁹⁷, se estructura sobre un sistema fragmentado entre distintos agentes prestatarios de atención sanitaria y de entidades gestoras de los subsidios de naturaleza económica, que no potencia o coadyuva a operativizar los principios derivados del mismo. En este sentido, la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2007-2012), en relación con la Ley 31/1995 y la actuación de los poderes públicos, ha detallado toda una serie de insuficiencias en materia de salud laboral que requieren mejoras, a saber: inexistencia de una visión global del conjunto de políticas públicas relacionadas con la prevención de riesgos laborales, debilidad y

⁹⁶ Se analiza posteriormente.

⁹⁷ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

dispersión de las políticas activas desarrolladas por los poderes públicos, insuficiencia de la coordinación de las actuaciones desarrolladas por la diversidad de sujetos públicos y privados implicados en la seguridad y la salud, predominio de las actuaciones de seguridad sobre las de salud, y finalmente se ha puesto más énfasis en la aprobación de normas jurídicas sobre seguridad y salud que en el diseño y ejecución de políticas públicas en materia de prevención de riesgos laborales.

4.4.5. La IT desde la perspectiva médica: principales dificultades existentes

Desde el punto de vista clínico y sanitario, la gestión ordinaria de los casos corresponde a los facultativos de atención primaria de los SPS. La aproximación y la forma de afrontar los episodios de ITcc desde la óptica sanitaria parte de un planteamiento de salud integral, donde son múltiples los factores que intervienen. En este sentido, la principal preocupación de los médicos del primer nivel asistencial reside en la prevención, recuperación y rehabilitación de los pacientes, ocupando todas aquellas cuestiones relativas a la gestión administrativa en general, y en particular en materia de ITcc un segundo lugar.

La atención primaria por otro lado, adolece de problemáticas específicas que representan restricciones en las actuaciones en materia de ITcc. Uno de ellos es el estancamiento de la financiación en el nivel asistencial primario, que se ha reducido en el período 1995-2004, pasando de representar del 16,3% del gasto total sanitario, al 15,5%, y con diferentes porcentajes de gasto per cápita según las distintas CCAA⁹⁸.

Esta tendencia al estancamiento ha sido la contraria a lo que ha sucedido en la UE, y ha coincidido con un período en el que se ha producido un progresivo incremento de la población atendida, con la consiguiente carga de trabajo para el nivel asistencial primario en la sanidad pública que puede traducirse en escasos tiempos de consulta por paciente.

4.4.5.1. Las demoras en la atención y la coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria

Dos elementos inciden de forma determinante en la gestión de la IT y consiguientemente en los resultados de la misma: la existencia de demoras en la atención sanitaria, tanto en el nivel primario como en el especializado, para la realización de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas, y la realización de interconsultas entre los facultativos de atención primaria y los especialistas en determinados campos. Esto es, algunos de los problemas de la gestión de la

⁹⁸ Vicenç Navarro y A. Martín-Zurro (2009) Coord. La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Concepció Violán Fors. 260 págs. Tomando como referencia el porcentaje de gasto en atención primaria sobre el PIB, éste ha pasado de representar el 0,91 por ciento del PIB en 1992 al 0,85 por ciento en 2005. Este descenso ha sido igualmente constatado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) para el período 1987 y 2001.

IT derivan de deficiencias en la organización de la prestación de la atención sanitaria.

La necesidad de llevar a cabo pruebas diagnósticas y los tiempos muertos o las esperas que se generan, desde el punto de vista de la gestión de la ITcc, repercuten en un alargamiento de la situación de baja laboral, con el evidente coste económico que ello supone, junto con la correspondiente repercusión que pueden tener sobre el agravamiento de la patología del paciente, hecho que, a su vez, puede conllevar una mayor duración la baja.

La entrada de las MATEPSS en la gestión de la ITcc a raíz de la reforma de 1998 abrió la vía de la colaboración en la prestación sanitaria, al posibilitar que los servicios médicos de las MATEPSS puedan llevar a cabo las pruebas diagnósticas y tratamientos, siempre que se den determinados requisitos establecidos por el R.D. 1993/1995⁹⁹: que hayan transcurrido más de quince días a partir de la baja en el trabajo, que exista un previo consentimiento informado del trabajador, y exista conformidad de la autoridad sanitaria del SPS. La posibilidad de que las MATEPSS puedan realizar los reconocimientos complementarios, pruebas médicas, informes, tratamientos e intervenciones quirúrgicas ha supuesto una evidente mejora en acelerar el diagnóstico y tratamiento de los beneficiarios de la prestación de IT, reduciendo los tiempos muertos o de espera y trasladando parte del trabajo asistencial a las MATEPSS. Desde el punto de vista organizativo, su correcta utilización requiere necesariamente una adecuada coordinación y colaboración entre dichas mutuas y los SPS. Sin embargo, en numerosas ocasiones el médico de familia que atiende a los pacientes tiene poco que decir en la realización de pruebas diagnósticas, o no recibe la información clínica por escrito, por lo que se reiteran las pruebas efectuadas. Por otro lado, desde el punto de vista operativo, los reconocimientos, pruebas médicas, y tratamientos llevados a cabo por las MATEPSS se limitan, tal y como determina la normativa vigente a "aquellos que les interese", y los acuerdos y convenios.

Las dilaciones sanitarias repercuten claramente en la duración y coste de la ITcc. No obstante, subsisten cuestiones fundamentalmente vinculadas con la definición del modelo de atención sanitaria en nuestro Estado que condicionan o pueden limitar severamente la mejora en la sanidad pública, en cuanto a la reducción de tiempos de atención e intervención para los individuos en situación de baja.

En el actual modelo de atención pública equitativo, la atención y la gestión de las listas de espera se deben prestar exclusivamente en función de criterios clínicos y de gestión, y no en función de factores de tipo personal tales como el estar empleado. De otro modo se asistiría a una segregación de la población atendida entre aquellos que tienen empleo efectivo y la población activa desempleada e inactiva, Por ello, la vía de mejora pasa por el establecimiento de

⁹⁹ Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

protocolos que, siendo aplicables a toda la población, permitan reducir los cuellos de botella y tiempos muertos.

Por otro lado, se ha señalado en ocasiones que uno de los problemas sanitarios existentes en nuestro país es la relativa impermeabilización de los niveles asistenciales, su escasa coordinación mutua, y la relativa inaccesibilidad o restricción en el acceso a las pruebas diagnósticas, circunstancia que es bastante común al conjunto de los países desarrollados. Esta circunstancia, que entra de lleno en la definición estratégica del modelo de atención sanitaria a la población del Estado por parte de las respectivas autoridades sanitarias, tiene una efectiva repercusión en la ITcc. Determinadas experiencias realizadas, han contribuido a demostrar que una mayor simbiosis, coordinación, interacción entre ambos niveles asistenciales produce resultados positivos en términos de calidad de la atención y en reducción de la duración de los procesos de IT, como se verá en el apartado de buenas prácticas.¹⁰⁰

Otro aspecto reseñable es que el peso principal y fundamental de la gestión de la ITcc recae sobre la atención primaria. Las normas desarrolladas a lo largo de los años noventa pretendían lograr una mayor implicación de los médicos especialistas, pudiéndose expedir las bajas y ser controlados los episodios de IT en los servicios especializados e incluso en los centros hospitalarios, aunque su aplicación práctica ha sido muy escasa.

4.4.5.2. La gestión burocrática de la ITcc

La gestión burocrática asociada a la ITcc es, en ocasiones, considerada y percibida por los facultativos como redundante, compleja e innecesaria. En particular, los requerimientos establecidos por la normativa vigente en materia de emisión de partes, que ha seguido la lógica de implantación de barreras y controles regulares, es percibida como una clara tendencia burocratizadora, que no se ajusta a criterios clínicos y donde predomina la tramitación de procedimientos frente a los aspectos puramente sanitarios.

Actualmente la regulación (R.D. 575/1997) determina la siguiente tipología de partes y de informes médicos que deben emitirse: El parte inicial de baja debe ir precedido de un reconocimiento médico del trabajador que permita la determinación objetiva de la incapacidad temporal para el trabajo habitual. Por lo que respecta a los partes de confirmación de la baja, éstos deben extenderse el cuarto día del inicio de la situación de incapacidad, y sucesivamente, cada siete días contados a partir del primer parte de confirmación, requiriéndose nuevamente un reconocimiento médico al trabajador previo a la emisión.

¹⁰⁰ J. Gérvas et al. Apuntan a dos programas exitosos : en Elche (Alicante) se implantó un programa de mejora de la atención al paciente con hernia inguinal, entre atención primaria y cirugía general, que logró reducir los tiempos de espera de más de dos años a menos de un mes. Otra experiencia exitosa se produjo en la CCAA de Madrid, entre atención primaria y una consulta hospitalaria de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria, que redujo los tiempos de espera de cinco a dos meses y el número de visitas al hospital de seis a dos.

El tercer parte de confirmación de la baja irá acompañado de un informe médico complementario, donde se deben recoger las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento médico prescrito, la evolución de las dolencias, su incidencia sobre la capacidad funcional del interesado y la duración probable del proceso. Dicho informe médico debe reiterarse con carácter mensual. A partir del tercer mes de baja, la inspección sanitaria debe emitir un informe de control.

Del mismo modo, las propuestas de alta e intenciones de alta comunicadas por el INSS requieren un pronunciamiento y la correspondiente emisión de informes por parte de los SPS.

Toda esta carga procedimental no se ajusta en numerosas ocasiones a la naturaleza clínica de las patologías y las condiciones socioeconómicas de los pacientes, lo que provoca que los partes de confirmación de baja tengan escasa operatividad desde el punto de vista de la gestión sanitaria, cuando la duración estimada de la baja es superior a la emisión de los sucesivos partes de confirmación e informes médicos.

En la práctica, la existencia de partes de confirmación de baja queda reducido a un mero trámite exclusivamente burocrático, sin que el paciente acuda a la consulta del médico que le atiende, sino que los partes se generan automáticamente desde los aplicativos informáticos, y el trabajador de baja acude al centro de salud simplemente a recogerlo, con lo que se sortea, por la vía de los hechos, este trámite.

La normativa reguladora de la IT de otros países no contempla la frecuente reiteración de la tramitación de partes de confirmación. En Francia, por ejemplo, se establece la duración estimada de la baja. Existe un importante margen de mejora en este aspecto, que sin duda reduciría el carácter burocrático de la gestión de la IT. En ocasiones, la emisión de la baja podría venir acompañada de la correspondiente alta, o su periodicidad podría ser variable, y no a fecha concreta, cuando se estima con certeza cuál puede ser la duración del episodio de IT y la fecha de recuperación del paciente, o cuando desde el punto de vista clínico se determina el momento en el que debe realizarse un reconocimiento médico del trabajador, hecho que simplifica notablemente los trámites burocráticos asociados a la gestión de la prestación. Además, la revisión de la periodicidad de los partes es una reivindicación mantenida desde los colectivos de médicos que, de ser atendida, contribuiría positivamente a su motivación.¹⁰¹

Por otro lado, la cumplimentación de los distintos partes de baja se hace utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades en su novena versión (CIE-9 MC), o CIE-10 en algunos casos. El diagnóstico inicial realizado por los médicos de atención primaria se basa más bien en una sintomatología, que en algunos casos puede diferir sustancialmente del diagnóstico final. Asimismo, existen errores en la codificación, habiéndose estimado, para el caso concreto de

¹⁰¹ Véase el documento del SEMFYC (2009) Medidas fundamentales para mejorar la gestión de los procesos de Incapacidad Temporal.

alguna CCAA entorno al 23% de las patologías codificadas¹⁰². Por otro lado en numerosos casos la patología real que origina la baja es desconocida para el INSS, al no transmitirse las modificaciones de diagnóstico. Hasta que no se realizan las pruebas diagnósticas necesarias y se profundiza en el conocimiento del estado clínico del paciente, se desconoce la enfermedad que la origina, o bien la primera exploración médica que causa el parte de baja inicial no se identificó correctamente la patología.

La mejor calidad de los diagnósticos y su actualización permitiría un mejor conocimiento y control de los procesos y podría facilitar la puesta a disposición de los médicos de primaria de información útil al respecto o incluso un mayor margen para decidir debidamente informado sobre la duración estimada del proceso.

4.4.5.3. La motivación de los facultativos sanitarios y los incentivos

La falta o insuficiente motivación de los médicos de atención primaria para una mejor gestión de la ITcc representa uno de los problemas más destacables, ocupando el quinto lugar en la escala de problemas relativos a la gestión de la IT, tal y como destaca el Informe del Grupo de Trabajo del Comité Consultivo de la Inspección del SNS. La posibilidad de que las MATEPSS lleven a cabo la gestión de la ITcc, ha conllevado la sensación de pérdida a nivel colectivo de las competencias exclusivas de los médicos en la concesión de bajas laborales, fenómeno vivido en algunos casos "con ignorancia y después con una gran sensación de conflicto de competencia, injerencia y descoordinación"¹⁰³. Ello unido al incremento progresivo de actuaciones y asunción de competencias del INSS, en particular al detraer de la gestión sanitaria los procesos de baja de duración superior a los doce meses, desde distintos ámbitos se ha percibido como un predominio de ópticas ajenas a planteamientos puramente sanitarios y como una merma de confianza en la gestión que llevan a cabo los médicos de atención primaria¹⁰⁴.

Como se veía anteriormente, la separación en el ámbito de la gestión entre quien paga el subsidio económico y asume parte de la gestión ordinaria de los procesos, y quien lleva a cabo la gestión sanitaria puede traducirse en una falta de incentivos para un mayor control por parte de las administraciones competentes en materia sanitaria y de los facultativos de los SPS, circunstancia acentuada tras la transferencia de la competencia en materia sanitaria a las

¹⁰² J. F. Orueta Mendia (2008). Un estudio relativo a la codificación de los diagnósticos y las anotaciones en las historias clínicas efectuado en el Servicio Vasco de Salud, arroja como resultados más relevantes que tan sólo un 31% de los médicos codificaron adecuadamente los diagnósticos de los pacientes. Un 25% hizo una escasa utilización de la historia clínica, un 22% registró de forma insuficiente los diagnósticos y se detectaron un excesivo número de errores de codificación de la CIE 9-MC.

¹⁰³ VVAA (2007). Libro de ponencias. IX jornadas de la Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo de Aragón y la Rioja.

¹⁰⁴ Con anterioridad a la implantación de esta medida, el INSS podía realizar reconocimientos sobre todos aquellos procesos que considerase conveniente, cualquiera que fuese la duración, aunque no tenía la decisión final sobre la continuidad o no del proceso de baja

CCAA y la multiplicidad y complejidad de entidades que intervienen en la gestión.

La separación entre financiación y gestión ordinaria, la escisión entre entidades que gestionan, desde el punto de vista sanitario, las contingencias, bien comunes o bien laborales (SPS-MATEPSS) pueden contribuir a desvincular a los facultativos de las consecuencias económicas de las bajas y a rechazar el control efectuado por las MATEPSS (J. Gervas et. Al, 2006). Del mismo modo, los médicos pueden considerar que debe anteponerse a consideraciones de tipo económico, y que la eficiencia no necesariamente va unida a convertirse en instrumentos de control social de la prestación.

En este aspecto resulta significativa la inexistencia de objetivos en materia de ITcc en los SPS hasta fecha muy reciente y casos muy concretos, o la inexistencia en la mayoría de los casos de coordinadores o responsables de IT en atención primaria, a pesar de representar la ITcc un peso considerable en los capítulos de gasto de las CCAA. Aunque no existen cifras claras respecto al gasto que la ITcc representa sobre el gasto total sanitario de los SPS, existen algunos estudios que lo cuantifican entre un 35 y un 50% del gasto en un centro de salud ¹⁰⁵.

El contraste con el gasto en farmacia (que ocupa el primer lugar en el gasto sanitario de las Áreas de Salud, y cuya gestión directa y pago corresponde a una misma administración) es evidente, por cuanto dicho gasto sí cuenta con objetivos definidos y cuantificables en los distintos contratos-programas sanitarios. De hecho, en determinados ámbitos territoriales, el gasto en farmacia experimentó una drástica reducción cuando se incluyeron criterios de expedición de medicamentos genéricos en el componente de la productividad de los médicos del SPS.

La motivación e incentivación de los médicos están intrínsecamente unidas. La introducción de incentivos a la obtención de resultados en cuanto a la gestión de ITcc plantea elementos positivos y algunas incertidumbres. Puede resultar un mecanismo de implicación de los profesionales sanitarios en la mejora de la gestión de la ITcc. Las dificultades devienen de en qué términos y a qué niveles se implantaría los incentivos. En algunas CCAA, como se verá más adelante, el sistema de incentivos, vía productividad, se ha implantado a nivel de directores de áreas o distritos sanitarios, con el objeto de lograr una mayor implicación de los órganos directivos y gerenciales en una correcta gestión de la ITcc. A nivel de

¹⁰⁵ C. Navarro Arribas y S. Chicano Díaz (2003) apuntan a que dicho coste ha sido calculado aproximadamente en torno al 50% del gasto anual de un Equipo de Atención Primaria de unos 18.000 habitantes. Para el caso de un Área de Salud de unos doscientos mil usuarios representaría unos seis millones de euros anuales. Un estudio de SEMFyC publicado en 1999 y Ruiz Téllez (2004) apuntan a que representa un 35% del gasto total en los centros de atención primaria, el segundo componente de gasto más importante tras la farmacia. Con una diferencia fundamental con respecto al gasto en farmacia: con él se cubre el 80% de la población atendida, mientras que con el gasto en IT tan sólo se cubre al 35% de la población atendida de la correspondiente demarcación sanitaria. J. García Rodríguez y R. Enseñat Sánchez (2008), por su parte, señalan que el gasto en IT generado en un centro de salud ronda en torno al 53%.

inspecciones médicas y de las Unidades Médicas de Valoración de Incapacidades (UMVIs), la vinculación de la productividad a los objetivos en IT para el personal que presta servicios en dichas unidades o áreas es también habitual.

En todo caso, la definición e implantación de un sistema de incentivos a los facultativos de atención primaria puede resultar positivo, por cuanto representa una motivación a quienes llevan a cabo una correcta gestión de los procesos de baja. No obstante se debería valorar con atención el sistema y la estructura de dicho incentivos, por cuanto la implantación de incentivos económicos, en función de sus cuantías o su peso respecto a las retribuciones básicas u otros incentivos por el cumplimiento de objetivos sanitarios, y la toma en consideración de objetivos exclusivamente numéricos, tales como número de bajas dadas, duración de las mismas, o su vinculación al hecho de dar altas médicas, puede representar una presión o incentivo a reducir el acceso o permanencia en ITcc. Es decir, se debe evitar caer en una política de incentivos que se centre exclusivamente en "criterios economicistas que incentivan exclusivamente el ahorro" (J. Castejón, 2002) y que resulten inaceptables desde planteamientos éticos. En todo caso, la motivación debería ir acompañada de acciones de información y formación.

4.4.5.4. La información, la formación y el apoyo a la gestión en ITcc

La información de los médicos, su formación, y la existencia de estructuras de apoyo constituye otro conjunto de cuestiones de indudable importancia para una gestión óptima de la prestación de ITcc.

La información recibida tanto para los médicos del nivel primario como especializado es de particular importancia. La disponibilidad de información clínica más extensa y de mayor calidad sobre el binomio IT y las patologías asociadas; o desde el punto de vista de la gestión la existencia de indicadores homogéneos en ITcc a nivel de áreas y centros de salud, e incluso individualizados para los facultativos, -que además podrían ser empleados para la medición de objetivos y la distribución de incentivos-, repercutiría en una gestión más racional, eficiente y en una progresiva concienciación del sistema sanitario y sus integrantes respecto a la ITcc.

La disponibilidad de información que permita una mejor capacidad predictiva y pronóstica de los episodios de la ITcc, en función de las patologías que las originan y el contexto sociosanitario y laboral de los pacientes y otras características personales, así como la duración clínica estimada de los procesos, contribuye a una mejor valoración clínica de las enfermedades, su tratamiento y la consiguiente recuperación. Toda vez que la ausencia del trabajo y el reposo asociado es un instrumento terapéutico, su incidencia y especialmente, su duración, están muy condicionados no sólo por factores de carácter biológico, sino también por factores sociales y laborales. Así, por ejemplo, la existencia de cargas familiares puede repercutir no ya sólo en el acceso y permanencia en la prestación de ITcc, como se veía anteriormente, sino que puede incidir en un alargamiento de la baja por motivos estrictamente clínicos (carga de trabajo que comporta un insuficiente reposo).

A este respecto, la mejora en la comprensión, conocimiento científico y realización de ensayos clínicos en determinadas patologías, 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 relación con algunas de las patologías que mayor número de bajas provocan, han puesto de manifiesto cómo la evolución de la práctica clínica y los usos de la IT se han sucedido en ocasiones sin el necesario conocimiento científico: así, aún desconociendo cuál es el mejor tiempo de reposo para los infartos de miocardio, -aunque sí se conoce que el reposo en cama es perjudicial-, se ha pasado de extender bajas de tres meses a bajas de dos semanas. En el caso de las bajas provocadas por la depresión, la inclusión de determinados medicamentos ha llevado aparejada una reducción de los tiempos de reposo sin fundamentos científicos excesivamente sólidos. En otros casos, como acontece con los dolores de espalda, los estudios y ensayos realizados han corroborado que su curación se acelera cuando hay pocos días de reposo, mientras que en ocasiones se hace un uso habitual de las bajas en esta patología.

La información y formación puede contribuir no sólo a un mejor pronóstico y tratamiento de la ITcc, sino también a una gestión más racional. Uno de los problemas destacados por los facultativos de los SPS en la encuesta a la que nos hemos referido anteriormente realizada por el Grupo de Trabajo de IT del Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del SNS, es la inadecuada formación de los médicos de atención primaria y especializada en gestión de IT y en salud laboral, como también se apunta a la 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 el caso de algunas CCAA, en concreto Extremadura, se han puesto a disposición de los facultativos de atención primaria protocolos que introducen elementos que permiten tener una valoración de la capacidad laboral de los pacientes, impregnándose de este modo a unos profesionales fundamentalmente médico-clínicos de una cultura de valoración de la capacidad laboral. Así, por ejemplo, junto con la realización de exploraciones físicas o pruebas diagnósticas, los protocolos contemplan la realización de valoraciones sobre capacidad para el trabajo en determinados momentos (para el caso de las lumbalgias, quince días).

En relación con la existencia de indicadores de ITcc, si bien se ha podido constatar que dicha información se proporciona en determinados casos y territorios, su existencia y utilización no está generalizada.

La disponibilidad de dichos indicadores depende de la existencia y diseño de los aplicativos informáticos en los SPS y la inclusión de módulos relativos a IT. Una de las cuestiones claramente vinculadas con la gestión correcta es el diseño de un sistema de información adecuado. No existe un programa informático que gestione íntegramente la ITcc en los SPS. De hecho, en el seno de los SPS existen diferentes aplicaciones informáticas (aplicativo para la atención primaria, aplicativos para gestión especializada y/o hospitalaria y programas específicos para la inspección sanitaria), existiendo dificultades derivadas de incompatibilidades, restricciones de acceso, dificultades de interconexión,

volcado de datos y diseño de entornos normalizados que complejizan más aún la gestión ordinaria de los casos.

En los últimos años se ha producido una evidente tendencia positiva en la dotación de instrumentos de gestión de la información en el ámbito de la ITcc en la atención sanitaria, superándose parcialmente las dificultades en cuanto a la escasez de recursos informáticos de principios de los ochenta y a lo largo de los años noventa, en el mismo horizonte temporal en que se dio entrada a nuevos agentes en la gestión de la ITcc (MATEPSS-INSS). Del mismo modo se ha observado recientemente la ampliación de esfuerzos en materia de informatización, interconexión y mejora de los flujos de información dentro de los SPS, tales como la digitalización de los historiales médicos, así como un paulatino incremento de la mecanización de los partes de baja, que posibilita el acceso y el intercambio de información entre los distintos niveles y la inspección sanitaria.

En cuanto a la coordinación e intercambio de información entre las distintas entidades y administraciones intervinientes, la disparidad de aplicativos, cada uno respondiendo a los requerimientos específicos de las competencias que se detentan, y consecuentemente la inexistencia de sistemas de información comunes o cuanto menos con un elevado grado de integración, no contribuye a una mejor gestión de flujos de información. En particular, destaca la existencia de carencias en cuanto a la disponibilidad, por parte de los facultativos de los SPS, de la información de IT por contingencia profesionales que tienen las MATEPSS, información de indudable importancia para un correcto diagnóstico y atención de los pacientes. En este aspecto, se ha constatado que en las localidades de menor tamaño existe una mejor coordinación con los médicos de empresa y los facultativos de primaria, hecho que contribuye a mejorar el cruce de información entre ambos.

Por lo que respecta a la formación, la opinión expresada por los SPS en la mencionada encuesta es que se produce una inadecuación de la formación de los médicos de atención primaria y especializada en gestión de ITcc y en salud laboral, el carácter parcial o insuficiente de los programas de formación y la ausencia de actividades regladas de reciclaje del personal de la Inspección Médica en materia de normativa de IT y práctica clínica.

4.5 La percepción de la IT por la ciudadanía

Existe la percepción generalizada entre los profesionales implicados en esta materia de la inexistencia de una cultura de uso responsable de la prestación de ITcc. Así, desde los SPS se ha apuntado a que existe un desconocimiento sobre el concepto, alcance, trascendencia, e impacto económico de la prestación, no ya sólo entre el conjunto de los ciudadanos, sino también entre los profesionales sanitarios. La consideración de la ITcc como un espacio de protección difuso, donde se recogían toda una serie de situaciones de carácter social y personal necesitadas de protección, venía acompañada por una cierta laxitud en su reconocimiento.

Para corroborar estas afirmaciones y conocer la percepción ciudadana respecto al empleo de la ITcc, se ha llevado a cabo un estudio mediante técnicas de análisis cuantitativas, consistentes en la realización de una encuesta a 3000 personas representativas de la población de 16 y más años residente en España. No obstante, debe tenerse en cuenta que este tipo de instrumentos pueden presentar un cierto riesgo de sesgo en las respuestas, en el sentido de que en ocasiones los encuestados no manifiestan sus opiniones personales, sino aquellas socialmente consideradas como más correctas o deseables.

Los gráficos cuarenta y ocho, cuarenta y nueve y cincuenta reflejan los principales resultados de las respuestas a diversas preguntas efectuadas.

Del total de personas entrevistadas, un 22.1% no ha sabido o no ha querido responder a la pregunta de cuál es el principal motivo por el que los trabajadores en España cogen una baja laboral sin estar enfermos. El resto, el 78% ha dado uno o varios motivos.

Agrupando por distintas categorías de respuestas que podrían estar relacionadas se observa que un 45% de las respuestas apuntarían a usos puramente fraudulentos ("el ocio" (10.9%), menciones del tipo "vagos, cara dura, cuento, etc" (11.4%) y "gente que no tiene ganas de trabajar, que no les gusta trabajar" (10.7%), así como las repuestas "para realizar otros trabajos", "falta de ética", "mienten", "juergas"...).

El segundo motivo más mencionado son problemas de conciliación familiar, englobando aquí el 18% de menciones a "necesidades familiares/asuntos familiares" y el 5,5% de maternidad/paternidad.

A continuación un 14.3% de los consultados considera motivo de baja laboral sin estar enfermo el "estrés, la depresión, la ansiedad", es decir estados anímicos que sí pueden ser diagnosticados como enfermedad.

Y finalmente también se mencionan los relacionados con la situación laboral: mal ambiente laboral (4,5%) y conflictos laborales (3,9%).

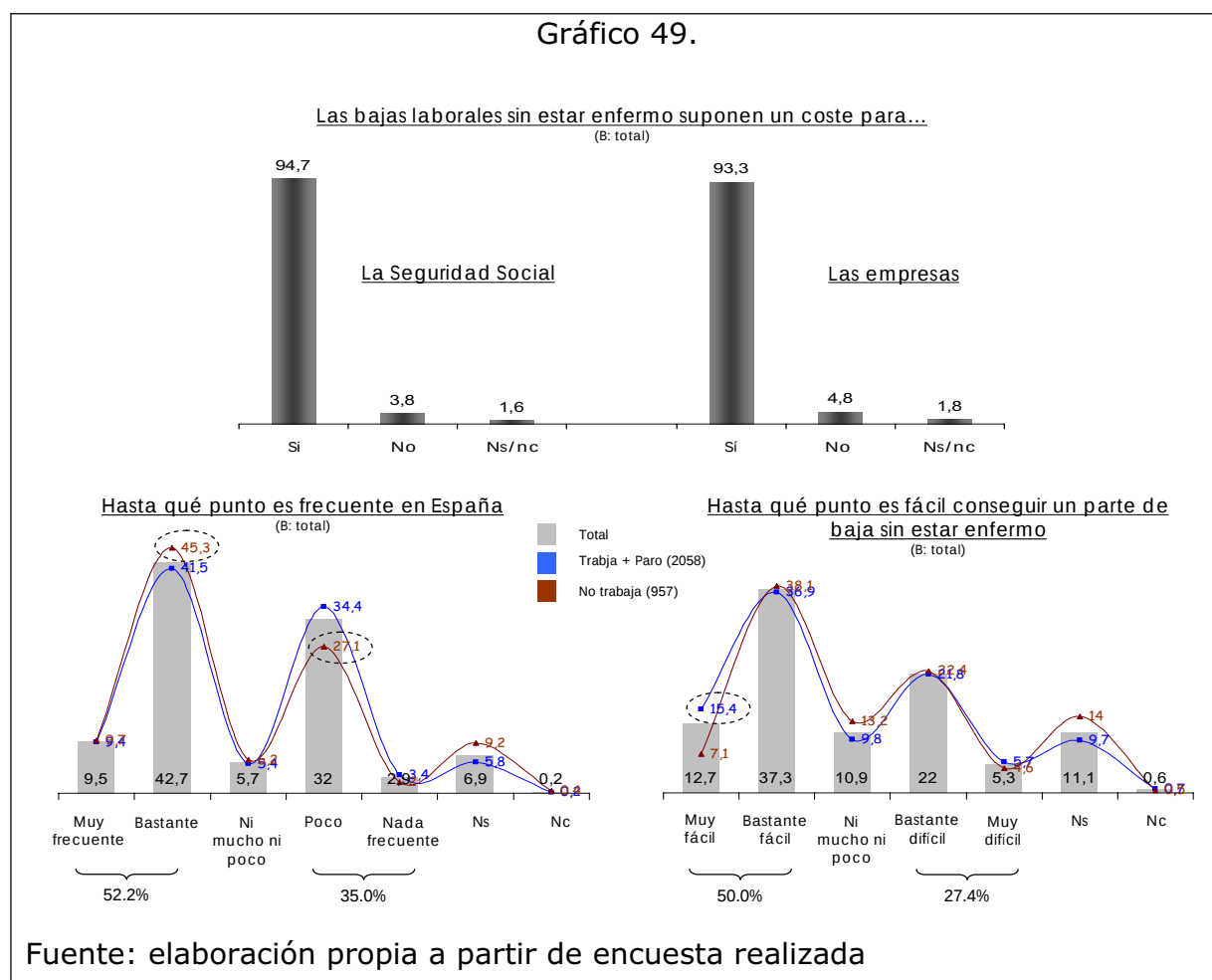
En general no se aprecian grandes diferencias en los motivos manifestados entre los distintos grupos consultados; hombres, mujeres; con trabajo, sin trabajo; etc. Si bien, en función del status social, se mencionan en mayor medida los motivos de necesidades familiares/asuntos personales con más asiduidad en los status altos que en los medios, y éstos con respecto a los bajos. Por el contrario, cuando se desciende en la escala social, se presume un mayor uso de las bajas por el motivo de que no gusta el trabajo desarrollado. Por otra parte, uno de los resultados más esclarecedores que arrojan las respuestas, es la importancia del tamaño del hábitat en la utilización de la baja por necesidades familiares/personales: así cuanto mayor es el núcleo, mayor es el porcentaje de respuestas que aducen este tipo de necesidades, pasando de un 15% (inferior a la media) en los núcleos de menos de 10.000 habitantes, a un 24% en las poblaciones con más de 400.000, hecho que denota la importancia de los apoyos familiares y las redes de solidaridad social en los núcleos de población pequeños, frente a las grandes poblaciones.



Casi la totalidad de la muestra es consciente de que estas faltas al trabajo sin estar enfermo tienen un coste tanto para la empresa como para la Seguridad Social. Además, la mitad de las personas consultadas considera que es algo que ocurre muy o bastante frecuentemente en España. Pero no sólo eso, la misma proporción creen que obtener un parte de baja sin estar enfermo es muy o bastante fácil. Ahora bien, un 32% consideran que es poco frecuente y un 22% que es bastante difícil. No obstante, pese a que el 50% de los consultados

afirman que es algo que ocurre frecuentemente, desciende al 37% los que reconocen tener a alguien en su entorno que haya tenido alguna baja laboral sin estar enfermo. En cualquier caso, un porcentaje relevante que alcanza a cuatro de cada diez personas de 16 y más años.

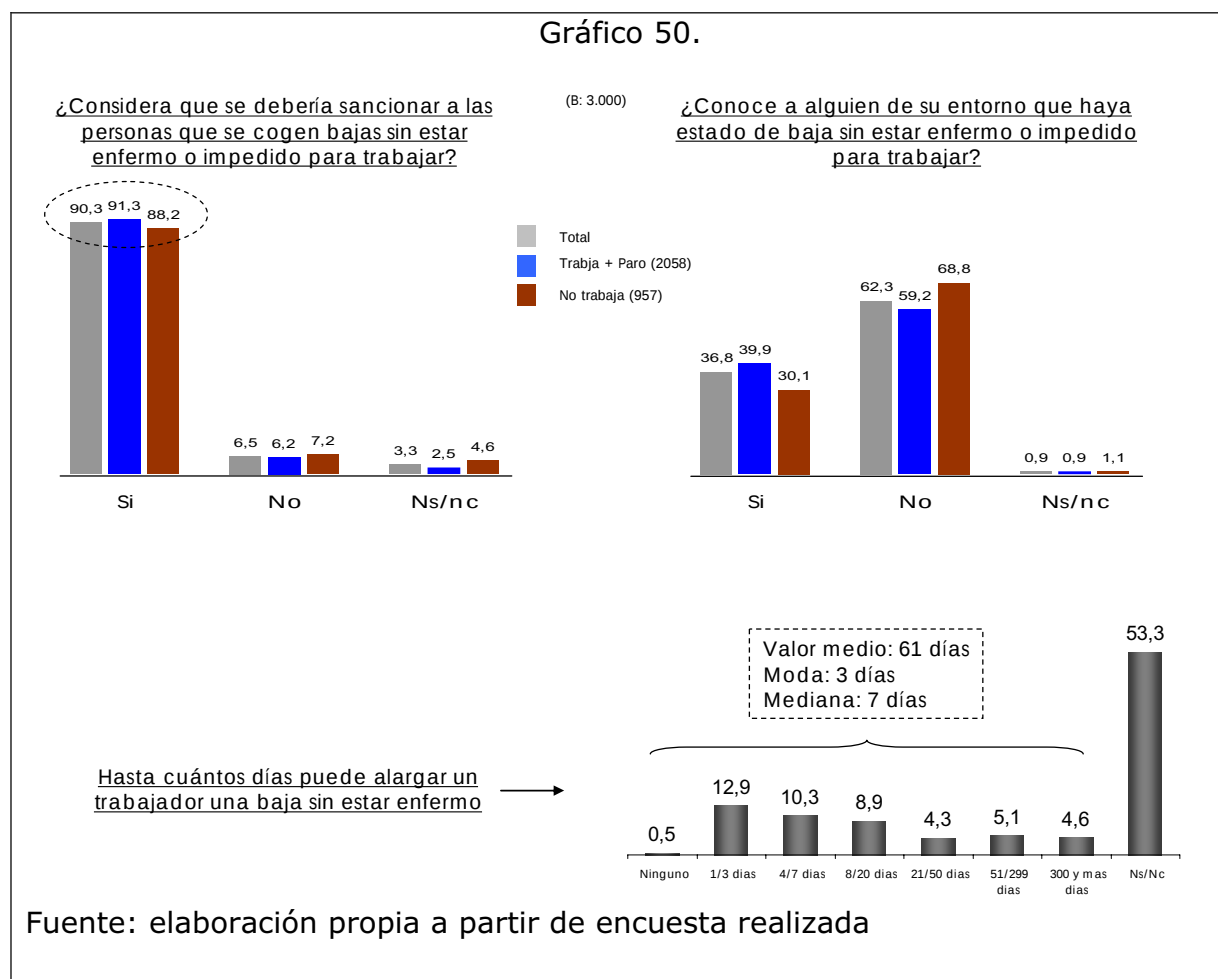
Tomando en consideración la variable género, los hombres consideran con más frecuencia que las mujeres que conseguir una ITcc no presenta excesivas dificultades (hasta un 54% sumando las categoría muy fácil y bastante fácil, frente a un 46% en el caso de las mujeres). Asimismo, a menor edad se considera más fácil y también a mayor estatus social.



Pese a la amplia proporción de la población que considera que ocurre frecuentemente y que es fácil conseguirlo, la gran mayoría, el 90%, no demuestra estar muy conforme con que esto ocurra, ya que están de acuerdo en que se sancione estas acciones.

Respecto al tiempo que se puede alargar una baja sin estar enfermo, no hay una opinión claramente establecida. Más de la mitad de los consultados reconoce no saberlo y el resto se reparte entre los que creen que no se puede estar más de un día hasta los que piensan que se puede estar de baja sin estar enfermo varios años.

Gráfico 50.



Fuente: elaboración propia a partir de encuesta realizada

4.6 Las medidas implementadas: pertinencia y eficacia

La identificación de los efectos que el conjunto de medidas ha podido provocar en la evolución de la prestación de ITcc resulta, en ocasiones, difícil de establecer. El conjunto de variables de todo orden (el ciclo económico, el estado y situación de la prestación de servicios sanitarios y las posibles mejoras introducidas en este aspecto, la naturaleza más o menos conflictiva en el mercado de trabajo y/o el comportamiento estratégico de los diferentes actores) que inciden sobre la evolución de las principales magnitudes e indicadores representa una cortapisa o un impedimento en cuanto a la desagregación de los efectos directamente atribuibles a las medidas. Del mismo modo, el cambio de ciclo económico y la situación de crisis experimentada a partir de finales del año 2007, con una gran repercusión en la actividad productiva y consecuentemente

en el mercado de trabajo y en las cifras de empleo, indudablemente han debido tener un impacto significativo en la evolución de los principales indicadores (indicadores “guías”) de la prestación de ITcc. Nos encontramos, por tanto, ante evidentes dificultades en cuanto a establecer inferencias.

El análisis desarrollado a continuación se va a centrar principalmente en contrastar la eficacia de cada una de las medidas objeto de evaluación en relación con el contexto y diagnóstico que se ha presentado previamente, así como la posible generación de efectos no previstos. Para ello, se tratará de reconstruir la lógica de la intervención y a partir de ahí juzgar si se han alcanzado los objetivos de la medida. Una vez realizado el análisis de eficacia individual de cada medida, se pondrán en relación entre sí y con otras medidas adoptadas que no se han incluido como objeto principal de la evaluación para evaluar la pertinencia de la intervención, es decir, si los objetivos propuestos han sido adecuados para dar respuesta a los problemas detectados.

4.6.1. La gestión de los procesos de duración superior a los doce meses

Una de las medidas de mayor calado llevadas a cabo es la atribución al INSS de la competencia en determinar la prórroga, alta o inicio del procedimiento de IP en aquellos episodios que alcanzan la duración máxima (doce meses).

Dado que en la disposición en la que se aprueba la medida no se exponen los motivos que llevan a su adopción, ni se explicitan los objetivos concretos de la misma, se trata de reconstruir la lógica de la intervención a partir del contexto y distintos documentos que desgranar algunos de los factores considerados. La adopción de esta medida parece basarse en las siguientes premisas:

- En este cambio en la gestión de la ITcc parece subyacer la percepción de que se produce un alargamiento innecesario de los procesos de larga duración.
- La concentración de una parte importante del coste de la ITcc en dichos procesos, tal y como se desprende del Informe sobre Incapacidad Temporal.
- La insuficiencia del mecanismo previamente existente para permitir al INSS controlar suficientemente el problema, es decir, aunque disponía de la capacidad para llevar a cabo reconocimientos, el alta o pase a IP la emitían los SPS, circunstancia que se modifica con la adopción de esta medida, pasando a ser el INSS el competente. Así, el INSS pasa a controlar la totalidad de las bajas laborales cuando debe haber un pronunciamiento expreso respecto a la prórroga de la situación de IT al alcanzarse la duración máxima de doce meses. De otro modo no se comprendería por qué se atribuyen al INSS el control y gestión exclusiva de dichos episodios y no de otros con una duración diferente.

Puede considerarse que el objetivo de la medida podría ser reducir el número de casos que sobrepasan la duración máxima sin un pronunciamiento expreso al respecto, y consecuentemente reducir la duración media de la ITcc y su coste.

También puede tener como objeto enviar una señal en relación con un refuerzo del control de posibles usos abusivos.

La medida contenida en la Ley 30/2005 de Presupuestos Generales del Estado para 2006 se ha implementado de forma progresiva, habiéndose dictado sucesivas Resoluciones de la Secretaría de Estado de la S.S por las que las distintas Direcciones Provinciales del INSS¹⁰⁶ asumen la competencia en ITcc a partir del decimosegundo mes, comenzando por aquellas que, a priori, disponen de una plantilla de facultativos dimensionada para asumir las nuevas competencias.

En el ejercicio de la nueva competencia asumida, las unidades médicas del INSS efectúan un "Informe Médico de Evaluación de la IT" en el mes undécimo o duodécimo, y en el que se contiene un juicio clínicolaboral. En el caso de trabajadores cubiertos por las mutuas, éstas deben remitir al INSS los expedientes médicos de los trabajadores que sobrepasen el mes undécimo, para que las unidades médicas del INSS citen al paciente y elaboren el Informe Médico si lo consideran necesario. La propuesta del EVI a la Dirección Provincial tiene carácter preceptivo y no vinculante, debiendo contener un pronunciamiento respecto a la conveniencia de proceder a la prórroga de IT, el inicio de un expediente de IP o un alta médica por curación.

La gestión de los episodios de IT de mayor duración en las Direcciones Provinciales ha requerido, lógicamente, la adecuación de los procedimientos, y de la estructura administrativa y de recursos humanos.

La dotación de recursos humanos llevada a cabo para atender la nueva competencia ha supuesto un incremento del personal que presta servicios en el INSS, observándose un fuerte aumento durante 2007, año en que la medida entra en vigor en la mayoría de las direcciones provinciales, como se observa en la tabla 18. Del mismo modo, el número de médicos pertenecientes a la Escala de Médicos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social, directamente implicados en la realización de reconocimientos médicos y en la conformación de los EVIs, se ha incrementado durante el período 2006-2008, pasando de representar 396 a 596.

¹⁰⁶ La Resolución de 16 de enero de 2006 de la Secretaría de Estado de la S.S. atribuye inicialmente a los EVIS de 6 provincias y Ceuta y Melilla la competencia del artículo 128.1 a). Por Resolución de 28 de noviembre dicha competencia se extiende a 14 provincias. La Resolución de 29 de noviembre de 2006 incorpora 4 provincias más. Finalmente la Resolución de 14 de enero de 2008 añade las 25 provincias restantes.

Tabla 18.
Recursos Humanos del INSS. Valores absolutos y variación interanual de las plantillas efectivas del INSS.

Año	Servicios Centrales	Servicios Periféricos	Total	Var. Interanual total incremento total	Var. Interanual S. Periféricos
2000	882	12.086	12.968		
2001	872	11.929	12.801	-1,29%	-1,30%
2002	865	11.715	12.580	-1,73%	-1,79%
2003	853	11.609	12.462	-0,94%	-0,90%
2004	833	11.521	12.354	-0,87%	-0,76%
2005	825	11.428	12.253	-0,82%	-0,81%
2006	826	11.571	12.397	1,18%	1,25%
2007	967	12.068	13.035	5,15%	4,30%
2008	958	12.147	13.105	0,54%	0,65%

Fuente: elaboración propia a partir de los informes estadísticos del INSS 2000-2008

Gráfico 51.
Inspectores médicos del INSS



Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el INSS.

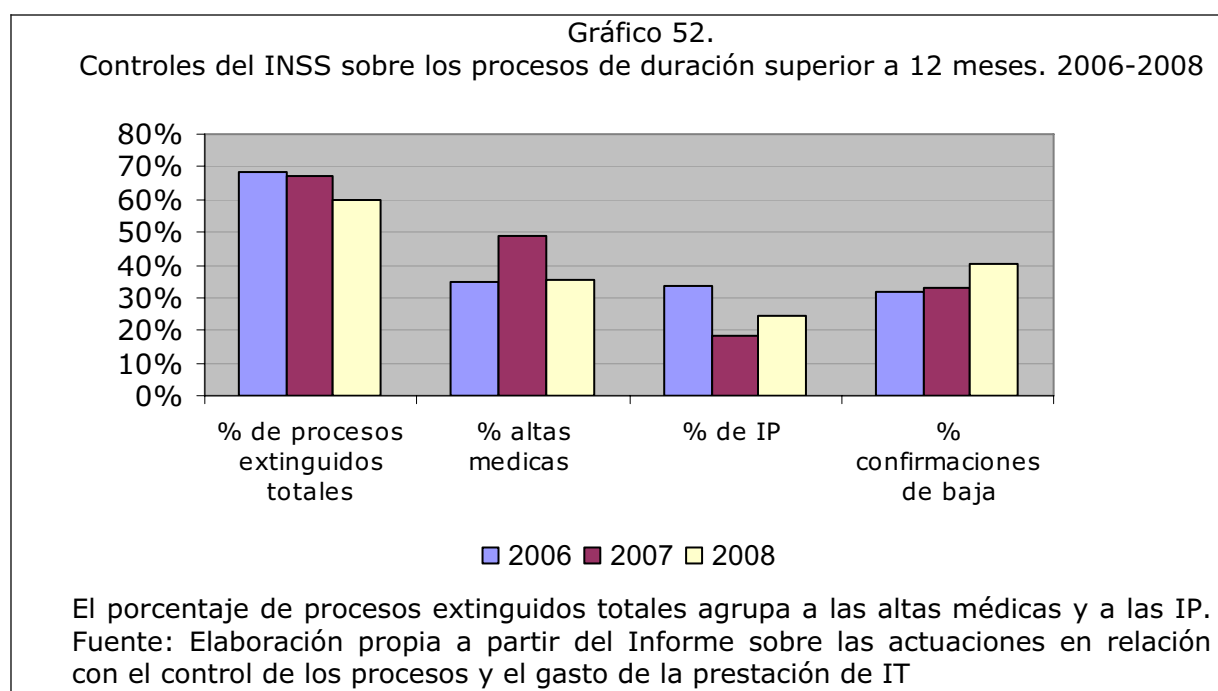
En el plano administrativo, los reconocimientos médicos y las valoraciones efectuadas por los EVIs han comportado un gran manejo de documentación y de expedientes. En el caso de algunas Direcciones Provinciales con un gran volumen de procedimientos, al margen de las aplicaciones informáticas ya disponibles, se ha diseñado un programa específico para la realización de los reconocimientos médicos, la valoración del estado de salud por parte de los EVIs y la emisión de las correspondientes resoluciones administrativas, así como el

archivo de los expedientes digitalizados, posibilitándose una gestión en gran medida informatizada¹⁰⁷.

Por otra parte, cabe destacar que se incorporan representantes de los SPS en los EVIs con el objeto de posibilitar su participación en la resolución de los procesos de ITcc, generar mayores sinergias en cuanto a la gestión de los procesos de ITcc, aumentar la coordinación y colaboración entre INSS-SPS, así como posibilitar un mayor conocimiento mutuo entre INSS-inspección sanitaria y, paralelamente, contribuir a mejorar la motivación y la implicación de los inspectores en el control de la ITcc.

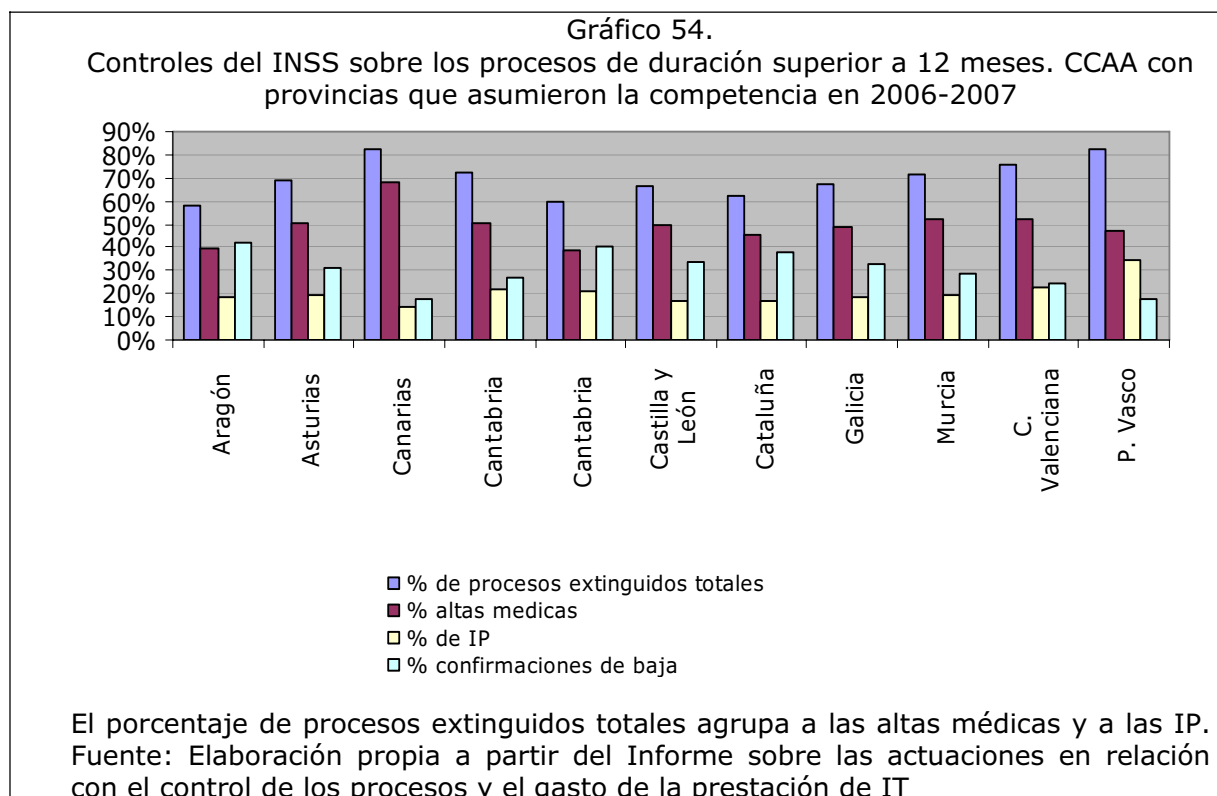
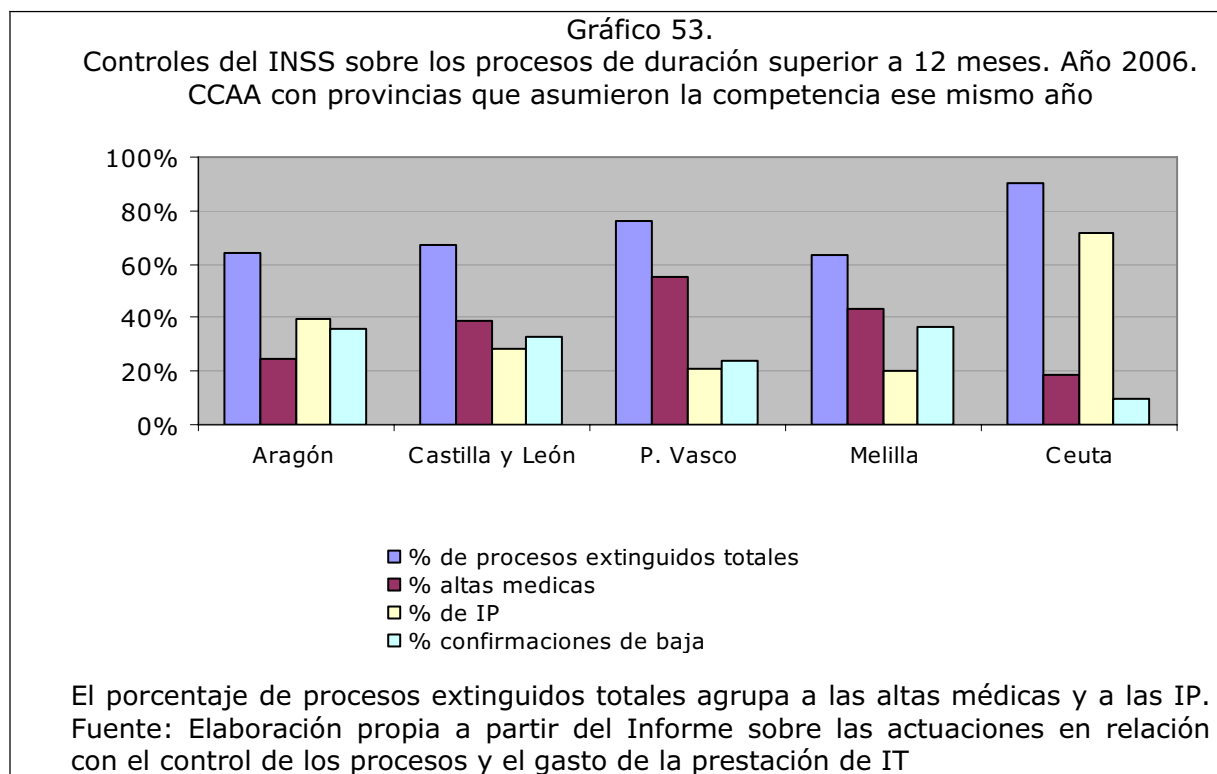
Análisis de la eficacia de la medida

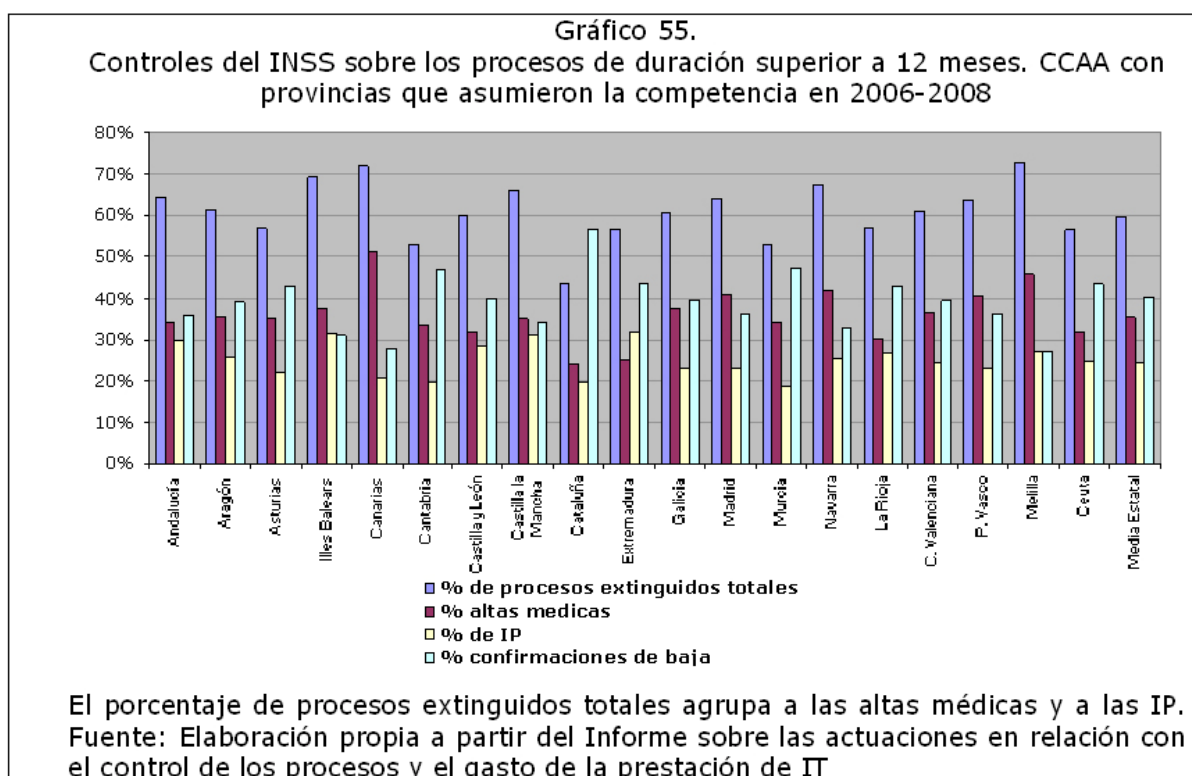
En relación con los resultados directos sobre los procesos que han sido objeto de control, se observa un claro predominio de la extinción de los procesos, aunque éstos muestran una disminución constante con el transcurso de los años (pasan de un 68 al un 60%). El porcentaje de procesos que en realidad corresponden a incapacidades permanentes es bastante elevado (entre un 20 y un 30%), mientras que el porcentaje de altas médicas muestra una gran oscilación entre 2006-2008 (entre un 35 y un 50%, aunque ésta última cifra tan sólo se alcanza en un año del período).



¹⁰⁷ Se ha identificado, para el caso de Madrid, el desarrollo de un "EVI Virtual" que supone un importante esfuerzo en la mejora de los procedimientos y de ahorro en términos de tiempo, un tratamiento de expedientes físicos. Igualmente se han identificado algunos elementos de mejora, tales como la digitalización de las firmas.

Desagregando el dato según CCAA y año en que entró en vigor la medida, se observa una elevada variabilidad.





El efecto, en términos de reducción de días de baja y consiguientemente del coste en los procesos de más de doce meses parece ser evidente, a la vista de los datos mostrados anteriormente, al extinguirse, entre un 60 y 70% de los procesos controlados, bien por alta médica, bien por pase a IP.

Ahora bien, una vez eliminada la bolsa de casos que se encontraban en esa situación, cabe esperar que los mejores resultados en términos de reducción de coste se consigan con una detección temprana del fraude, por lo que medidas inspectoras previas serían más eficaces. El hecho de que se vaya reduciendo el porcentaje de casos extinguidos podría estar indicando que se detectan antes los casos que no deberían continuar. De hecho, el argumento del elevado porcentaje de gasto que se concentra en el número reducido de procesos de más de 12 meses no justifica la intervención a los 12 meses, sino la identificación temprana de casos que injustificadamente puedan llegar a esa duración para emitir al alta cuando proceda.

Con respecto al efecto de la medida sobre la duración de los procesos de baja, el modelo econométrico elaborado para explicar la duración (ver epígrafe 4.4.6.) indica que el haber implantado la medida en los años 2006 y 2007 tiene un efecto significativo en términos de menor duración media de los procesos de baja en 2008 con respecto a las provincias en las que se implantó la medida ese mismo año.

Una cuestión a verificar es la eficiencia de la medida en términos del coste que supone el incremento de efectivos y recursos del INSS versus el ahorro de coste por las actuaciones realizadas. Por otro lado, la vocación de mayor intervención del INSS en el control ha sido interpretada por gran parte de los servicios de

inspección de los SPS como una intromisión en sus competencias. El refuerzo del control que se quiere promover puede tener un punto óptimo de “competencia potencial” frente a costosas duplicaciones de actuaciones.

Efectos no previstos

Si bien la modificación de la medida operada en 2007 introdujo un procedimiento de audiencia para resolver las críticas por la desprotección del trabajador que se generaba con la regulación aplicada en 2006, en la actualidad siguen existiendo problemas en relación, al menos, con dos cuestiones:

- Las disconformidades presentadas por los beneficiarios automáticamente suponen un alargamiento de la situación de baja en once días, lo que constituye un claro incentivo a impugnar la resolución. De hecho, el porcentaje de impugnaciones presentadas ha pasado de representar el 10% en 2008 al 35% entre el periodo de enero a octubre de 2009.

Tabla 19.
Procedimiento de disconformidades frente a las altas médicas del INSS en las IT a partir del decimosegundo mes

Frecuencia	Total
Altas médicas	30.883
Disconformidades presentadas	10.848
% de disconformidades	35%
Pronunciamientos de los SPS en plazo	4.640
Pronunciamientos de los SPS discrepantes con alta del INSS	1.679
% de pronunciamientos de los SPS discrepantes con el alta del INSS	5%

Fuente: Elaboración. Datos INSS acumulados enero-octubre 2009

- La fecha de efecto de la resolución del procedimiento es la de firma del Director Provincial. Ello puede producir, en ocasiones, una situación de indefensión del trabajador si existen retrasos en la notificación, y en consecuencia, la incorporación del trabajador es posterior a la fecha del alta, pues no le corresponde el pago del salario ni al INSS ni las empresas.

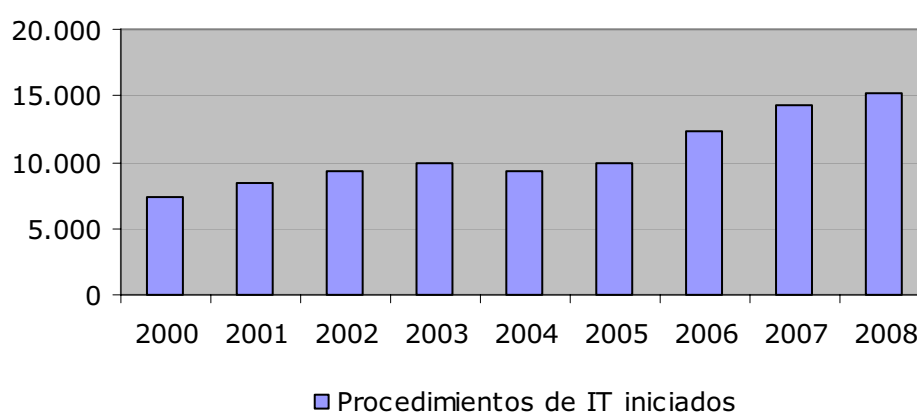
Por otra parte, al mismo tiempo en que se produce la entrada en vigor de esta medida, se observa un incremento de la litigiosidad en los juzgados de lo Social. Así, el porcentaje de procedimientos judiciales por IT iniciados sobre el total de recursos jurisdiccionales en materia de S.S, se incrementó en cuatro puntos porcentuales en 2007, mientras que, en términos absolutos, los procedimientos

se incrementaron notablemente en 2006, rompiendo la senda estable de los años anteriores. La variación interanual fue del 24% ese mismo año.

Tabla 20
Procedimientos iniciados en los juzgados de lo Social por IT

Año	% de procedimientos de IT sobre total	Nº de procedimientos de IT	Var. interanual procesos IT
2000	13,51	7.429	
2001	14,62	8.358	12,50%
2002	15,37	9.355	11,93%
2003	15,61	9.853	5,33%
2004	16,19	9.299	-5,63%
2005	16,29	9.883	6,28%
2006	16,24	12.298	24,44%
2007	20,44	14.292	16,21%
2008	22,88	15.245	6,67%

Gráfico 56



Fuente: elaboración propia a partir de los informes estadísticos del INSS 2000-2008

4.6.2 Los convenios INSS-SPS

Los diferentes convenios suscritos entre el INSS y los SPS a lo largo del período 2006-2008 han tenido como objetivo resolver o cuanto menos mejorar algunas de las carencias percibidas en la gestión de la ITcc que se apuntaban anteriormente. Surgen en el contexto de separación en el ámbito de la gestión entre quien paga el subsidio económico y asume parte de la gestión de los procesos, y quien lleva a cabo la gestión sanitaria. Particularmente los Convenios, han pretendido lograr una reducción de los principales indicadores del gasto, como efecto de una mejora de los controles y la gestión ordinaria de los procesos llevada a cabo por los SPS; corregir la falta de información disponible,

principalmente, aunque no de forma exclusiva, desde la perspectiva del INSS; contribuir a la mejora de la formación de los facultativos; e implantar un sistema de incentivos que posibilite una mayor motivación de los profesionales de los SPS. En todos los Convenios se dispone de unos objetivos cuantificados (ver epígrafes 2.4.2. y anexos) y de un sistema de seguimiento de resultados.

4.6.2.1 Los convenios generales

Los convenios generales en el periodo 2006-2008 contemplan un incentivo económico por dos objetivos principales, que a su vez se dividen en subobjetivos ponderados:

- Se asigna un 30% de los créditos disponibles al objetivo de racionalización del gasto mediante una reducción de los indicadores coste/afiliado/mes y días de ITcc/afiliado/mes.
- Se asigna un 70% del crédito por desarrollar un programa de actividades para la modernización y mejora de la gestión y control de la ITcc. En esta línea, el objetivo de mayor peso ha sido la informatización y transmisión por vía telemática al INSS de los partes de IT en plazo y con código de diagnóstico, pues uno de los principales problemas ante los que se enfrentaba el INSS, tras la transferencia de las competencias en materia sanitaria a las CCAA a partir de 2002, era la carencia de información detallada de los episodios de ITcc, disponiéndose tan sólo de datos agregados a nivel provincial. Los otros tres objetivos que se contemplan en esta línea de actuación son la emisión por los SPS de determinados informes médicos, la gestión de propuestas e intenciones de alta, y otras actividades, que incluye la formación o la implicación de las unidades de gestión.

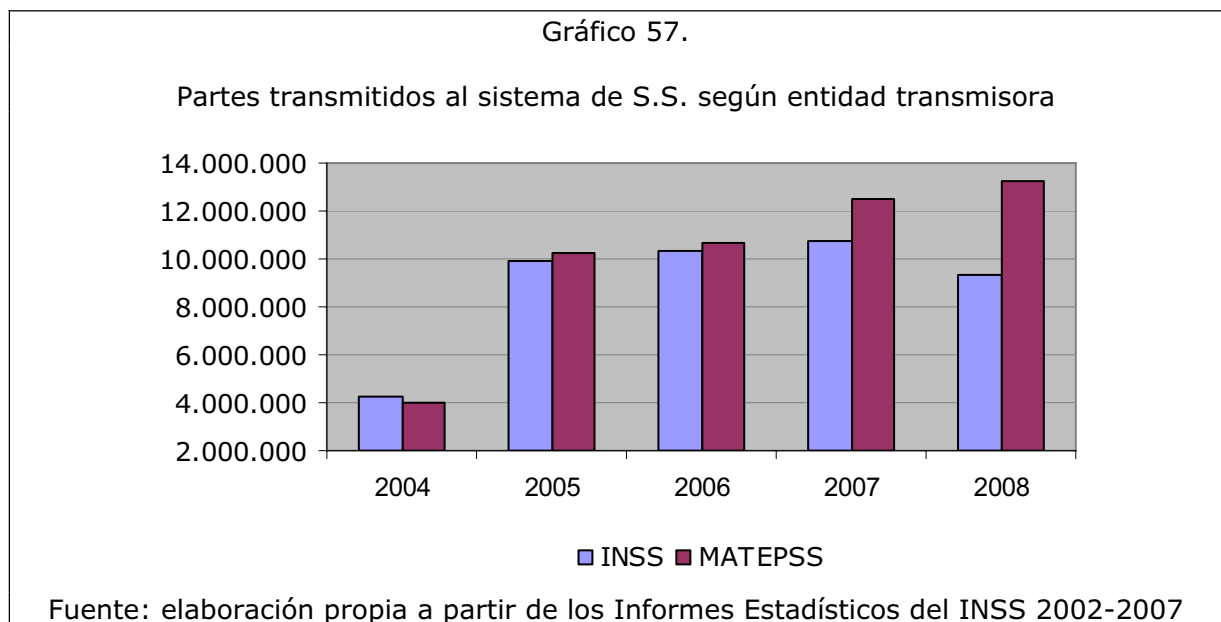
Como se ha descrito anteriormente, el fondo destinado a financiar los convenios ha contado con una dotación anual entre 2004 y 2008 que ha pasado de 269 a 295 millones de euros. La liquidación depende del cumplimiento de los objetivos establecidos. El seguimiento del Convenio se realiza a través de una Comisión Central (integrada por representantes del INSS, del SPS de la CCAA y de las mutuas) y en su caso por Subcomisiones provinciales.

Análisis de eficacia en relación con el objetivo de informatización y transmisión por vía telemática al INSS de los partes de IT en plazo y con código de diagnóstico

En este campo se han producido avances muy importantes, tanto en la disponibilidad de información sobre el total de partes de IT, como en la rapidez con que se dispone de la información y la incorporación de información relativa al diagnóstico clínico.

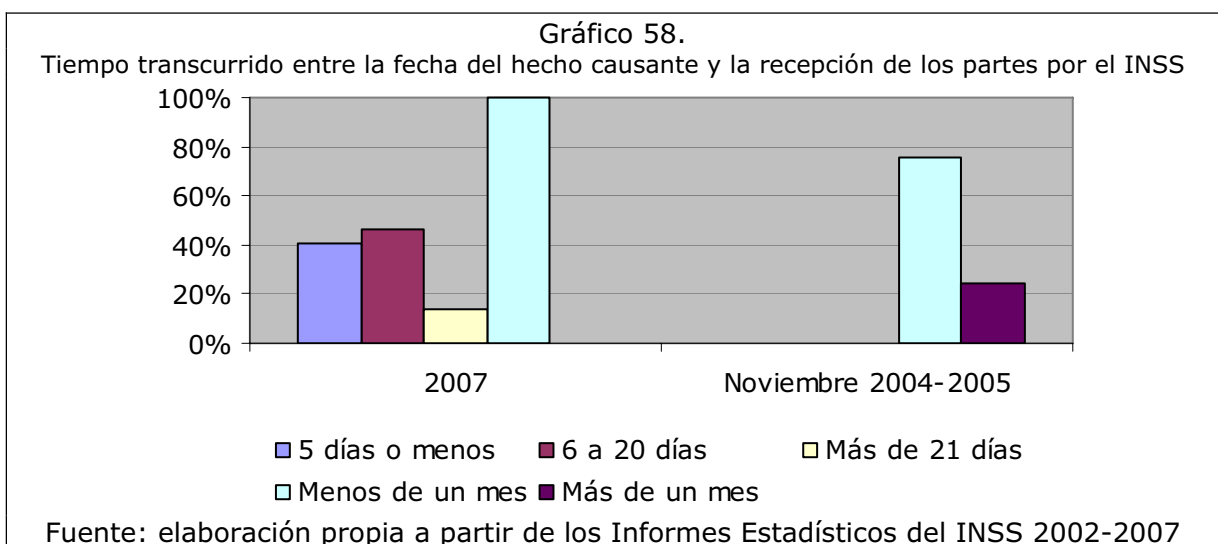
Cabe destacar que se observa un importante impulso en esta área a partir del año 2005, cuando se invierten las ponderaciones que anteriormente se aplicaban y el objetivo de informatización y transmisión por vía telemática de los partes recibe una ponderación sustancialmente mayor.

El volumen de partes transmitidos al sistema de S.S (bien en los procesos cuya gestión corresponde al INSS, bien a las MATEPSS) se ha incrementado notablemente: el volumen de partes transmitidos entre 2004 y 2005 aumentó en un 144%.

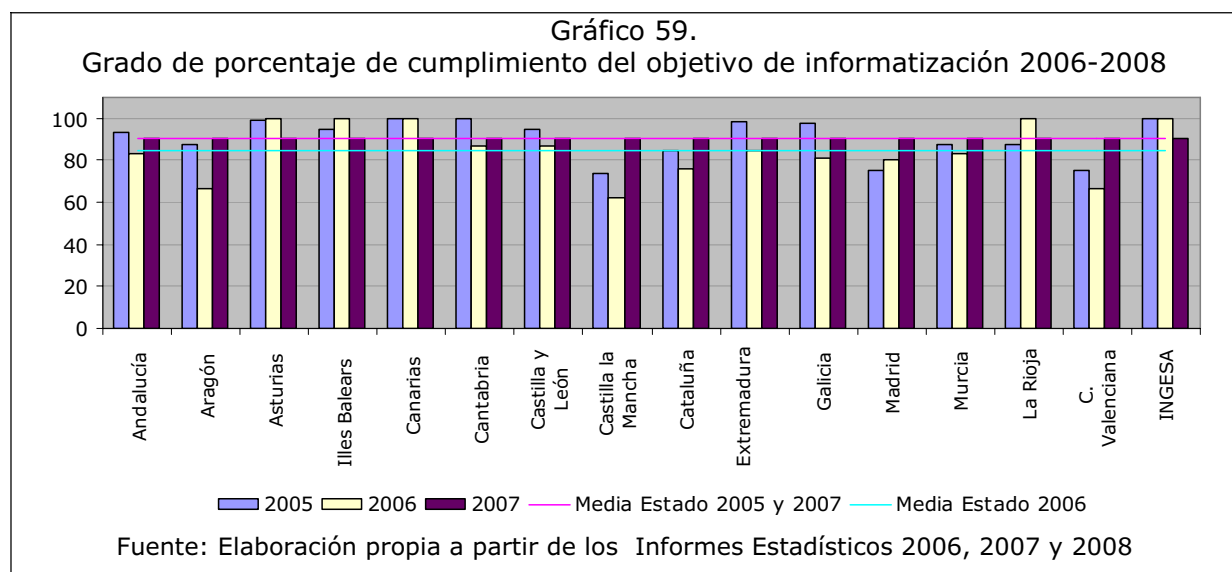


El INSS cuenta asimismo con el sistema RED, por el que las empresas le hacen llegar los partes de baja. Contrastando la información de la que dispone por ambas vías, el INSS considera que actualmente dispone de una información completa de aquellas CCAA con las que se han firmado convenios.

Otro de los efectos apreciados en los convenios ha sido el incremento de las partes de baja comunicadas en un tiempo relativamente corto. Si con anterioridad a los convenios evaluados un 24% se comunicaban con más de un mes desde la fecha del hecho causante, en el año 2007 la totalidad de procesos se comunicaba dentro del mes. El porcentaje comunicado en los primeros cinco días asciende al 66%.



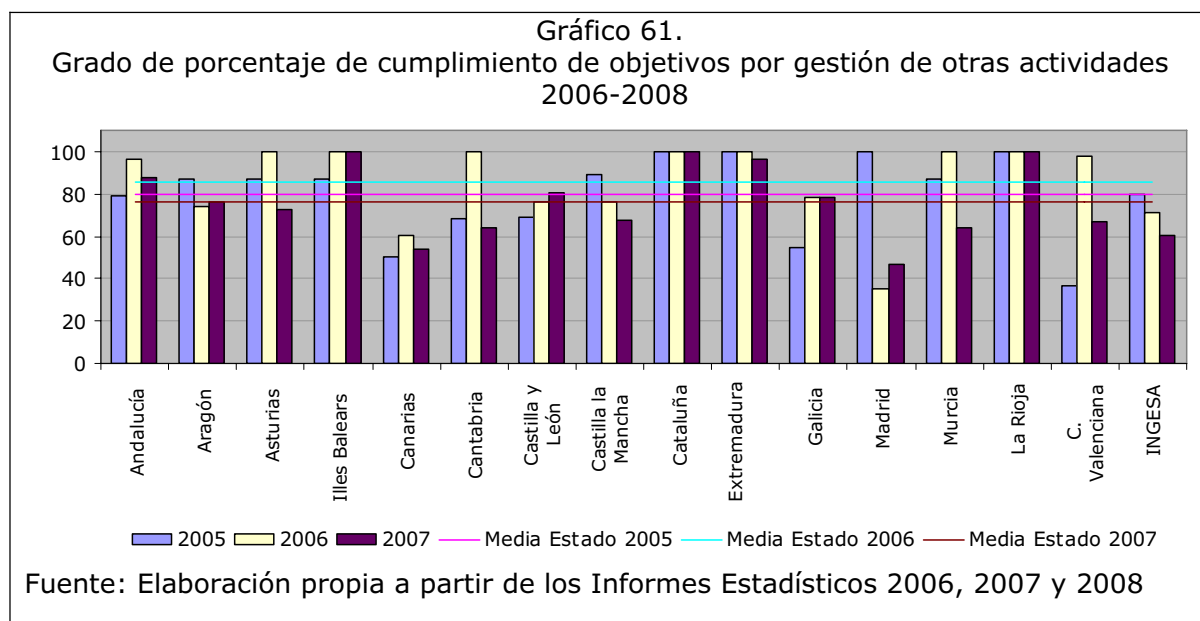
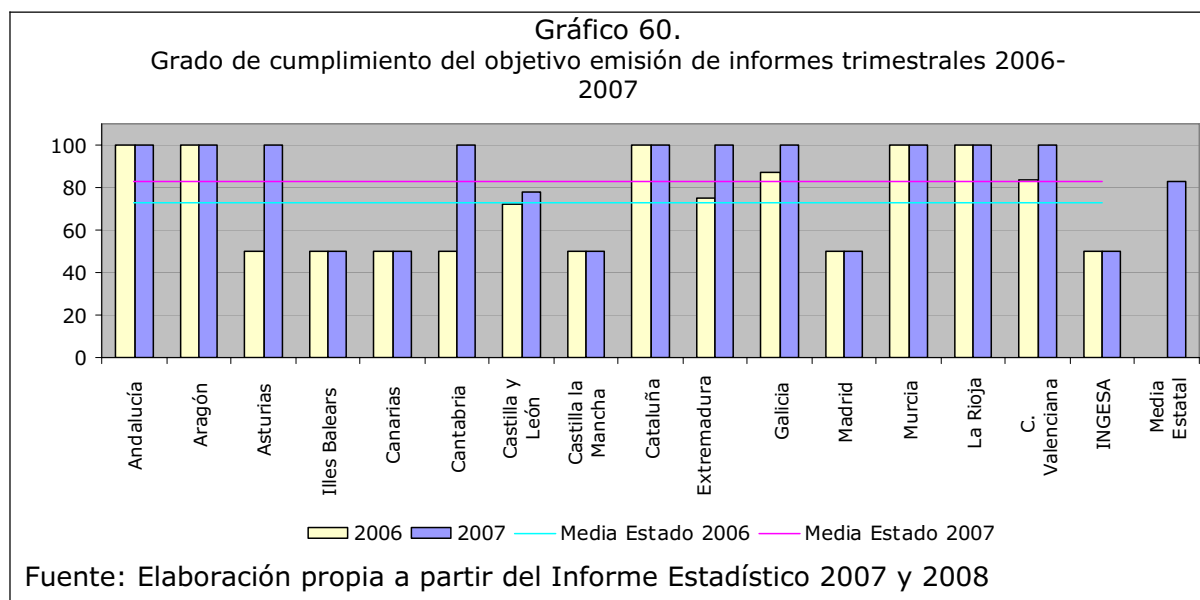
El porcentaje de cumplimiento del objetivo de transmisión de partes de los convenios generales, en términos generales, es relativamente elevado, existiendo ligeras variaciones entre CCAA, como se desprende del gráfico. En este sentido, los convenios generales han posibilitado la disponibilidad, por parte del INSS, de información fundamental para la gestión, contribuyendo, vía incentivos, a acelerar y mejorar la informatización de los procesos clínicos de ITcc por parte de los SPS.



En cuanto a la información sobre diagnósticos, se ha incrementado en gran medida. No obstante, se mantienen ciertas dudas sobre la calidad de los mismos, como se ha comentado anteriormente.

Análisis de eficacia en el cumplimiento del resto de objetivos del programa de actividades de modernización y mejora

Respecto al cumplimiento del resto de objetivos fijado en los convenios, la variabilidad entre las diversas CCAA en términos anuales ha sido mayor. Así sucede en la emisión por parte de los SPS de los informes médicos individualizados sobre procesos de IT, correspondientes a los trimestres segundo y tercero desde el inicio del proceso de IT, y las otras actividades (formación, colaboración, etc.). Sin embargo, todas las CCAA logran el objetivo por gestión de propuestas e intenciones de alta en un 100%.



Análisis de eficacia en relación con el objetivo de racionalización del gasto

La tabla 21 muestra el grado de cumplimiento de las distintas CCAA con respecto a los dos indicadores básicos establecidos, coste afiliado mes y reducción de días de baja por IT por afiliado. En número de CCAA que logran alcanzar el objetivo mediante el indicador coste afiliado mes es relativamente bajo (cinco de ellas), tanto en 2006 como en 2008, coincidiendo en un alto grado las que cumplen en ambos años. Por lo que respecta a la duración computada en número de días por afiliado, tan sólo dos CCAA obtiene totalmente dicho resultado en 2006, frente a cinco que lo hacen en 2007.

Tabla 21.
Cumplimiento del objetivo de racionalización del gasto

	Coste afiliado mes		Días de baja IT/afiliado	
	2006	2007	2006	2007
Andalucía	x	x	2	1
Aragón			2	2
Asturias	x	x		
Illes Balears			2	2
Canarias		x		1
Cantabria				
Castilla y León			2	2
Castilla la Mancha			2	2
Cataluña	x	x		1
Extremadura			1	1
Galicia				
Madrid			2	2
Murcia				
La Rioja	x		1	1
C. Valenciana				
INGESA	x	x	2	1

Fuente: elaboración propia a partir de los informes estadísticos de la S.S. 2007 y 2008. Se señala con una X a las CCAA que cumplen el objetivo de coste afiliado/mes. En el indicador de días de baja por afiliado se indica con un 1 quienes tienen el indicador por debajo del 80% de la media de días de IT a nivel nacional y por tanto obtienen la totalidad del crédito asignado. Con un 2 las CCAA que parcialmente alcanzan resultado positivo en este indicador

La cláusula octava de los convenios establece que tendrán derecho a participar en el reparto de las cantidades retenidas sobre el crédito anticipado de dicho ejercicio presupuestario, las CCAA que hubiesen obtenido el 40% de sus

objetivos anuales a mitad de año, en función de los objetivos de racionalización del gasto como del programa de actividades. En el primer caso el número de CCAA que han participado en el reparto de las cantidades retenidas ha aumentado paulatinamente durante los años de duración de los convenios. En cuanto a los créditos retenidos por el objetivo del programa de actividades, todas las CCAA participan en su reparto.

Tabla 22.
CCAA que participan en el reparto de cantidades retenidas sobre crédito anticipado

	2006		2007		2008	
	Objetivo racional. gasto	Objetivo programa de actividad.	Objetivo racional. gasto	Objetivo programa de actividad.	Objetivo racional. gasto	Objetivo programa de actividad.
Andalucía	x	x	x	x	x	x
Aragón		x		x	x	x
Asturias		x	x	x		x
Illes Balears		x		x	x	x
Canarias		x	x	x	x	x
Cantabria		x		x		x
Castilla y León		x		x	x	x
Castilla la Mancha	x	x	x	x		x
Cataluña		x	x	x	x	x
Extremadura	x	x	x	x		x
Galicia		x		x		x
Madrid	x	x		x	x	x
Murcia	x	x		x		x
La Rioja	x	x	x	x		x
C. Valenciana		x		x	x	x
INGESA		x	x	x	x	x

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes estadísticos de la S.S. 2006, 2007 y 2008

Valoración global de los Convenios Generales

El sistema de incentivos al cumplimiento de determinados objetivos presenta elementos positivos, por cuanto permite al INSS orientar o propiciar que los SPS presten particular atención a algunos aspectos de interés, bien para la mejor gestión de sus propias competencias, -como es el caso de la información obtenida a través de los partes transmitidos-, de mejoras en cuanto a la gestión de la ITcc por los propios SPS, o con el objetivo básico de posibilitar un mínimo común denominador a nivel de todo el Estado, dado el ejercicio dispar o no necesariamente homogéneo en la gestión. Los resultados apuntados anteriormente avalan esta tesis. Del mismo modo, alguno de los actores

entrevistados considera que los convenios han contribuido de modo importante a las mejoras en los sistemas de información de los SPS, y su ausencia hubiera dificultado su realización. Asimismo, se señala que han sido un instrumento útil para llamar la atención a los responsables de los SPS sobre la "cuestión IT". Esta capacidad de orientación ha sido especialmente efectiva a partir de 2005, pues los convenios generales de los años 2002-2004, a juicio de algunos actores del proceso, establecían objetivos las más de las veces inalcanzables, por lo que las cuantías entregadas a las CCAA fueron muy escasas.

Otra tesis diferente apunta a que la financiación que los SPS obtienen a través de los convenios, en relación al gasto total sanitario es muy reducida. Este hecho vinculado a la existencia de necesidades más perentorias en el ámbito sanitario, la fijación de objetivos específicamente sanitarios que tienen mayor importancia en la gestión llevada a cabo por los SPS y que pueden coincidir o no con los intereses y objetivos del INSS, genera la duda de en qué grado el sistema de los incentivos contribuye al cumplimiento de los objetivos. Así, por ejemplo, la resolución de los tradicionales problemas en materia de informatización dependerá de numerosas variables, con independencia de la existencia de convenios en materia de ITcc. Este hecho aparece vinculado con la utilización de los fondos del Convenio, que en general se canalizan a sanidad, sin que exista una asignación finalista relacionada con la mejora de la IT.

Como elemento negativo, en ocasiones el sistema de incentivos puede conllevar que se retribuya a las CCAA por realizar una gestión que, de por sí, debiera efectuarse o realizarse de forma adecuada. Y, bajo determinadas circunstancias, pueden representar un sistema perverso: el cumplimiento de indicadores relativos a duración y gasto por CCAA está muy condicionado por la actividad productiva, el tamaño de empresa, la edad de la población, la posible prevalencia de determinadas patologías en función del territorio y otros muchos factores que pueden provocar que algunos territorios no puedan lograr el cumplimiento de los objetivos fijados, mientras que otras CCAA siempre los obtendrían.

Finalmente, es destacable la función que han desempeñado los Convenios como instrumento en torno al cual se han desarrollado dinámicas de colaboración entre el INSS y las CCAA,

Si bien, desde distintos SPS de las CCAA se valora positivamente esa función, existen algunas críticas en cuanto a que consideran que la colaboración no se extiende a otras áreas al margen de la concesión de financiación por la realización de determinadas actuaciones. Así, no alcanza a una aproximación más colaborativa en la aprobación de cambios normativos que les afectan. Por otra parte, se señala que el INSS promueve relaciones bilaterales para mantener su poder de negociación, frente a dinámicas multilaterales que podrían ofrecer otras oportunidades interesantes para compartir experiencias.

Por su parte, desde el INSS entiende que no existe tal situación de subordinación, puesto que se reúne la Comisión Central cada trimestre y las Subcomisiones provinciales una vez al mes y en dichas reuniones el INSS mantiene informados a los SPS. Por otro lado, en los Convenios específicos el

INSS requiere de todas las CCAA sus propuestas, a fin de estudiarlas y tenerlas en cuenta. Por último, las reuniones se desarrollan individualmente con cada CCAA por considerarlo más operativo y porque el grado de implicación y colaboración no es el mismo.

De cara al futuro, sería interesante valorar la posibilidad de promover encuentros multilaterales para el intercambio de experiencias y buenas prácticas. Por otra parte, para mantener la vitalidad de los convenios, conforme se van logrando objetivos, es oportuno revisar los Convenios. De hecho, se han introducido algunas ligeras modificaciones en los convenios suscritos para el periodo 2009-2012.¹⁰⁸ Asimismo, podrían introducirse mecanismos de evaluación conjunta del instrumento "Convenios" por parte de las CCAA y el INSS al terminar sus periodos de vigencia de cara a su renovación revisada.

4.6.2.2 Los convenios de los programas piloto para el estudio de ciertas patologías

Como se ha descrito anteriormente, a partir del año 2006 se acuerdan unos programas piloto para el estudio del comportamiento de los procesos de IT derivados de ciertas patologías con un conjunto de CCAA, que han ido variando a lo largo del tiempo.

Los convenios específicos tienen, como objetivo fundamental, la reducción de días de duración en un conjunto de patologías seleccionadas por su elevada frecuencia. No obstante, inciden en algunos de los problemas de gestión identificados, si quiera sea parcialmente y en algunos casos de modo indirecto.

En materia de motivación y de incentivos, los convenios suscritos entre el INSS y las CCAA contemplan el destino de una parte de las cuantías transferidas a incentivar a los agentes participantes en la experiencia piloto (inspectores médicos, subinspectores sanitarios, médicos de atención primaria y especializada y otro personal de apoyo), distribuyéndose en base a los criterios que se fijan en las Comisiones Mixtas contempladas en los convenios. Los únicos datos disponibles sobre los sistemas de incentivos articulados por los SPS se refieren a la CCAA de Madrid, y ello en términos generales ¹⁰⁹. En aplicación del convenio del año 2008, se ha establecido por primera vez en la nómina del mes de diciembre de 2009 un concepto retributivo a través del cual se pretende incentivar una mejor gestión de la ITcc. Así, para los médicos de atención primaria, se establece una cuantía de productividad que oscila entre los 0 y 1750 euros, dependiendo de la valoración de los resultados observados en función de la reducción de días de baja a lo largo del segundo semestre de 2008 con respecto al año anterior en los catorce procesos establecidos en el convenio. En el caso del personal administrativo la cuantía es fija y se eleva a los 200 euros.

¹⁰⁸ En los Convenios 2009-12 se observa unas algunas ligeras modificaciones en cuanto a un mayor peso de la formación y otras actividades, como el acceso a historiales clínicos, en detrimento de la informatización y transmisión de los partes en plazo. Y se incluyen, asimismo, objetivos en cuanto a la aplicación de las duraciones estándar y a la gestión de disconformidades del art. 128 del TRLGSS.

¹⁰⁹ Noticia de prensa aparecida en el periódico El País el 23 de diciembre de 2009.

La medición del grado de cumplimiento de objetivos por parte de los médicos de atención primaria se realiza en cada Centro de Salud, y se establece el porcentaje de cumplimiento de objetivos de cada facultativo en función de la reducción en el número de días de baja en IT tomando como referencia aquél médico que mayor reducción de días haya presentado, en cuyo caso se consideran cumplidos al 100% los objetivos.

No consta que se informase a los facultativos de la naturaleza del sistema de incentivos que se iba a implantar en el período de referencia, habiéndose aplicado el año siguiente al período tomado como referencia para la valoración de los resultados, por lo que no se contemplan en él elementos de incentivación, sino más bien de premio a posteriori. Se desconoce si dicho sistema tendrá continuidad a lo largo del tiempo.

En el caso de Cataluña, y al margen de los convenios, los facultativos perciben incentivos desde hace años, no vinculándose las cuantías en función de la reducción bruta en días de baja, sino en base a la duración estándar de determinados procesos.

En materia de formación, los convenios, al considerar que la formación de los profesionales es de capital importancia para una correcta gestión y uso de la IT, contemplan el fomento de la formación en todas las fases (grado, postgrado, especialización y formación continuada). Se priorizan las actividades a desarrollar en las fases de especialización en ciencias de la salud,- incluyéndose la estancia en las Unidades Médicas del INSS de los futuros especialistas en medicina familiar y comunitaria-, y la formación continuada de los profesionales a través de seminarios, cursos de formación, estancias formativas e intercambio de profesionales.

Por lo que se refiere a la información, si bien no se permitía llevar a cabo con cargo a estos convenios actuaciones en materia de mecanización y transmisión de partes de baja, los créditos de los programas podían destinarse a mejoras en la informatización del control y seguimiento de la IT. Los convenios suscritos a lo largo del año 2009, han ido más allá, planteando en algunos casos como objetivo el acceso de los médicos del INSS a los aplicativos de los SPS.

Un caso destacable es el convenio firmado con la CCAA de Extremadura para el año 2008, que plantea el establecimiento de estrategias integrales complejas desde el punto de vista formativo y el desarrollo que sistemas de información al objeto de evaluar el impacto sobre la gestión adecuada de la IT. Dicho objetivo de gestión del conocimiento y las políticas de los recursos humanos en materia de IT es considerado prioritario, tal y como se observa en la tabla veintitrés¹¹⁰, asignándosele una puntuación del 50%. En él se incluyen los programas de formación en materia de IT, tanto en las titulaciones de medicina como en la

¹¹⁰ La CCAA de Extremadura es la única CCAA para la que se dispone de datos relativos al cumplimiento de objetivos distintos a la reducción de días en las patologías seleccionadas de los distintos convenios.

formación continua de los profesionales del SPS. Le sigue las estrategias de información tanto sanitaria como de concienciación a la población en general (30%). En el primer caso mediante la interconexión e integración de la información sanitaria con la información del INSS y el acceso del INSS a la información contenida en la base de datos del SPS, y en el segundo a través de la realización de campañas de información a la población en general. Por último, se valora el estudio y control de los procesos de IT (20%).

Tabla 23. Objetivos fijados en el convenio de la CCAA de Extremadura. 2008		
	ACTIVIDAD	PUNTUACIÓN ASIGNADA
I.	ESTUDIO Y CONTROL DE LOS PROCESOS DE IT POR PATOLOGÍAS	20%
A	Estudio de los procesos de IT reseñados en el convenio	5%
B	Comportamiento de los procesos en profesionales sanitarios	5%
C	Comportamiento de los procesos en profesionales sociosanitarios	5%
D	Elaboración de protocolos de atención sanitaria en lumbalgia y salud mental	5%
	D.1 Identificación de procesos	10%
	D.2 Priorización de procesos	10%
	D.3 Diseño de protocolo	30%
	D.4 Distribución e implantación	50%
II.	EVAL. DE LAS ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y POLÍTICAS DE RR.HH. EN LA GESTIÓN DE IT	50%
	II.1 Puesta en marcha de programas formativos universitarios sobre IT	11%
	II.2 Acreditación como dispositivos docentes para especialidades médicas al INSS	11%
	II.3 Rotaciones electivas de residentes de MF y C en unidades del INSS	11%
	II.4 Participación del INSS en sesiones clínicas y otras activi. Formativas	11%
	II. 5 Actividades de formación continuada sobre IT	11%
	II.6 Estancias formativas e intercambio entre profesionales del SPS e INSS	12%
	II.7 Medidas incentivadoras pactadas con organizaciones profesionales	11%
	II.8 Flujos de información/trabajo en equipo	11%
	II.9 Evidencias sobre el intercambio de información	11%
III	EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN SANIT. Y A LOS CIUDADANOS	30%
	III.1 Puesta en marcha de módulo de IT en sistema de información sanitaria	5%
	III.2 Integración bidireccional entre sistemas de información SPS-INSS	5%
	III.3 Elaboración de un DATAMART de IT	5%
	III.4 Acceso protocolizado a la información del sistema de información SPS	5%
	III.5 Campañas de información a la población general	10%
Fuente: elaboración propia a partir de datos proporcionados por el INSS		

En cuanto al objetivo fundamental de control de la IT en determinadas patologías, los distintos programas planteaban el establecimiento, en coordinación con el INSS, y siguiendo las directrices marcadas por la comisión mixta, de un plan sistemático de controles sobre los procesos de IT, que debían materializarse estructuradamente dentro de los servicios médicos, especialmente

con los médicos de atención primaria. Como elemento necesario, la CCAA debía designar, de no existir, coordinadores de IT en los distintos niveles de atención, mediante sus servicios de inspección u órganos que asumieran sus competencias. El cumplimiento de los objetivos se medía en términos de días de bajas reducidos en las patologías seleccionadas, entregándose una cantidad económica determinada para cada día de baja minorado respecto al año anterior. La tabla veinticuatro muestra las patologías elegidas y su continuidad a lo largo del tiempo, mostrándose escasas variaciones.

Tabla 24. patologías establecidas en los convenios específicos

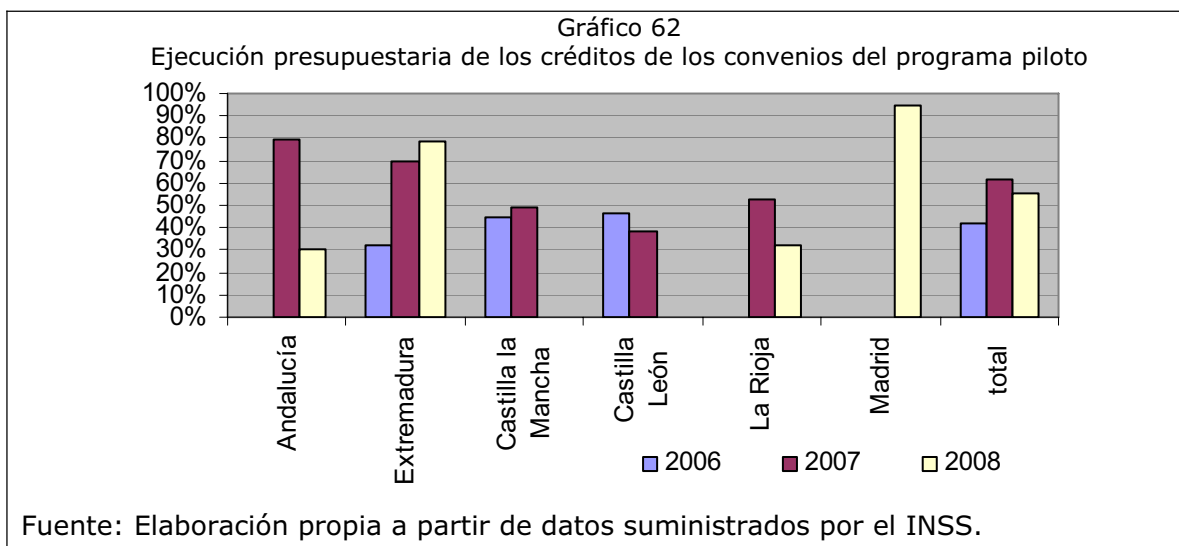
Patología	CIE9MC	CCAA y convenio donde se recoge
PATOLOGÍAS COMUNES		
Trastorno de ansiedad	300	
Depresión	311	
Hernia Inguinal	550	
Osteoartrosis	715	
Tras. Interno rodilla	717	
Otros trastornos y trastornos Neom de articulación	719	
Tras. Del disco intervertebral	722	
Otras alter. columna cervical	723	
Otras alter. Espalda no especif.	724	
Capsulitis adhesiva del hombro	726	
Otros trastornos de sinovia tendón y bursa	727	
Tras. De músculo ligamento	728	
Otros tras. De tejido blandos	729	
Esguinces y torceduras de tobillo y pie	845	
PATOLOGÍAS NO COMUNES		
Otras artropatías	716	La Rioja (2006 y 2007)
Luxación de rodilla	836	
Esguinces y torceduras de la espalda	847	La Rioja (2006-2008)

Para Castilla la Mancha, y Extremadura figuraba el código 386 "Síndrome de vértigo y otras alteraciones del aparato vestibular". No obstante, en los datos proporcionados por el INSS no se reflejaba para ningún año en estas CCAA la selección de partes de esta patología. En 2007 figuraban la patología 311 (depresión), no incluida inicialmente.

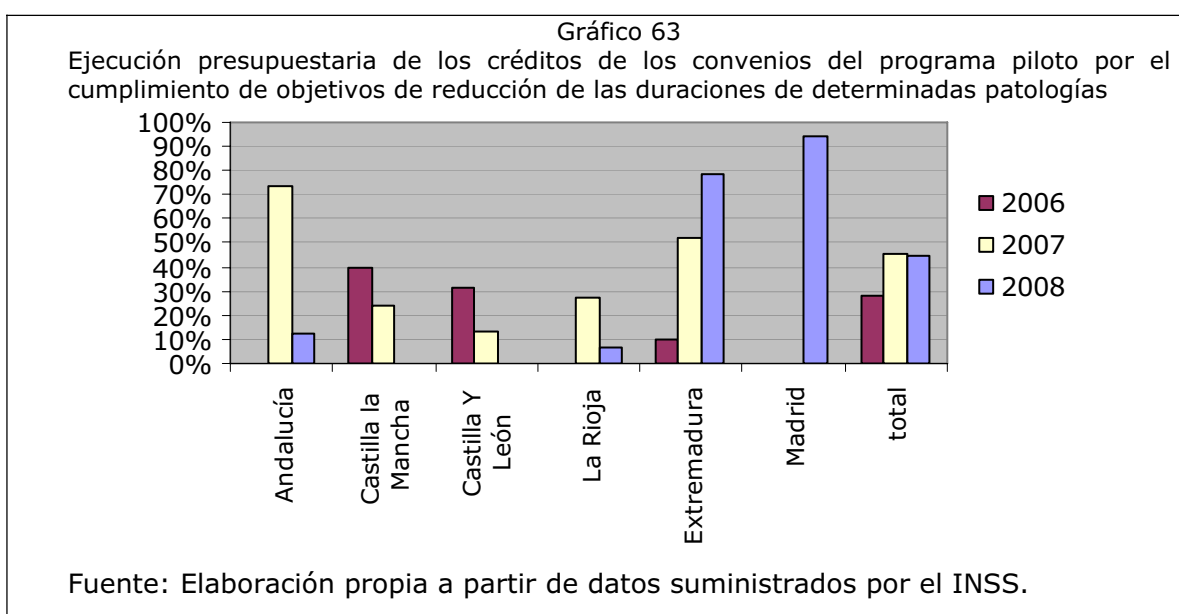
Fuente: elaboración propia a partir de los convenios específicos

Análisis de la eficacia de los convenios específicos

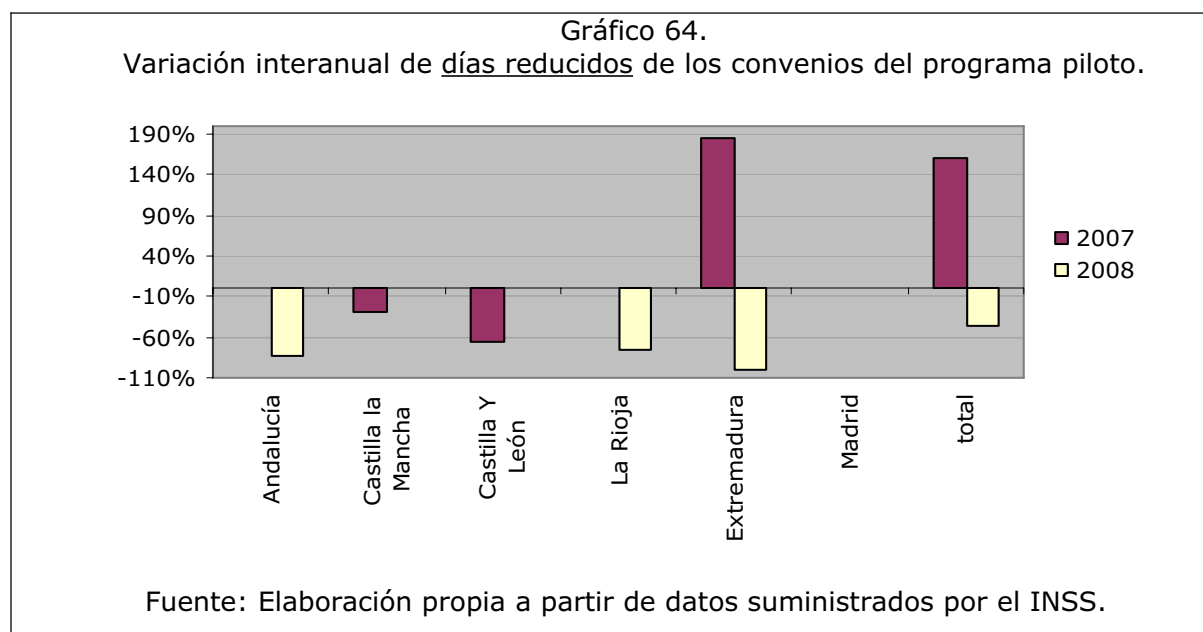
El primer indicador sobre el grado en que se han alcanzado los objetivos sería el grado de ejecución presupuestaria.



Por otra parte, analizando el grado de cumplimiento respecto al objetivo de reducción de la duración de determinadas patologías, si bien en el primer año de ejecución de los Convenios con las distintas CCAA se observa un grado de ejecución presupuestaria variable, la totalidad de las CCAA, -con la excepción de Extremadura-, presentan un grado de ejecución de los créditos en relación con este objetivo notablemente inferior en el segundo año de los convenios (que en unos casos es 2007 y en otros 2008 en función de cuándo realizaran el primer convenio).

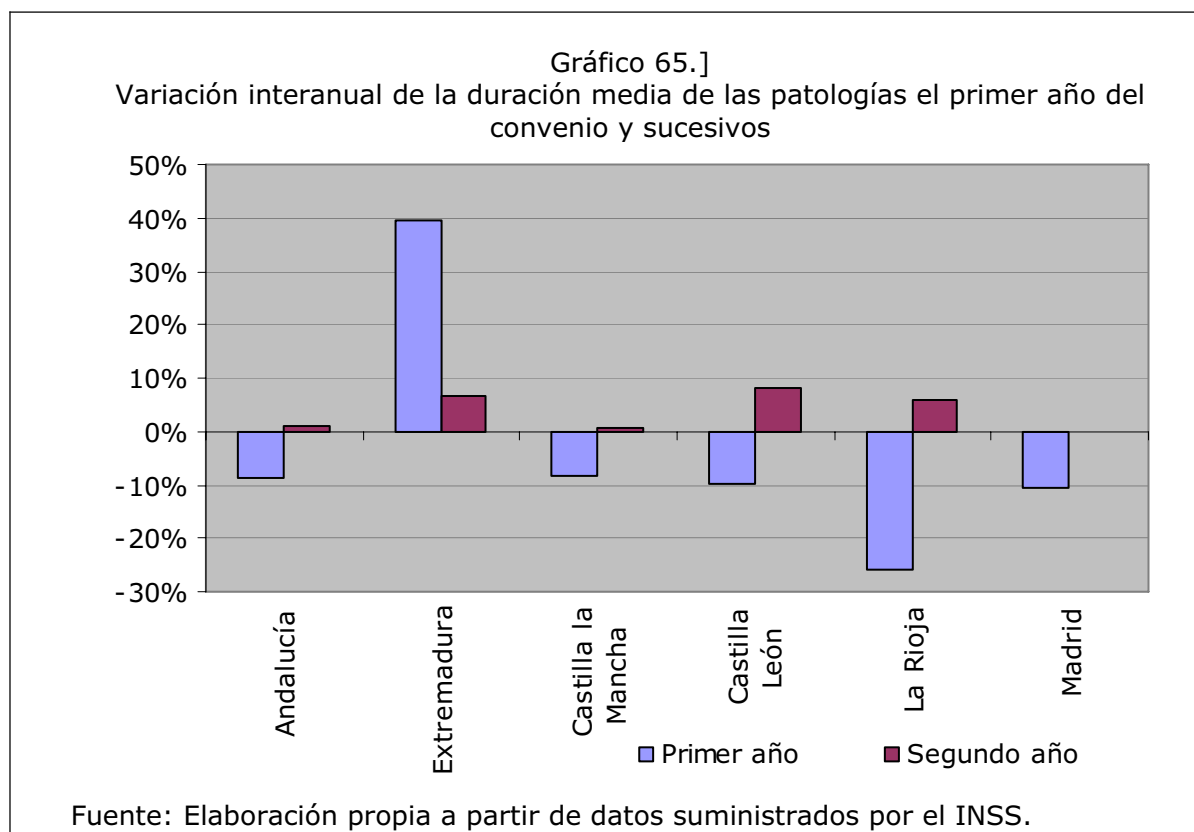


Este hecho está ligado a la tendencia claramente decreciente en cuanto al número de días reducidos en la totalidad de las patologías contenidas en los distintos convenios (gráfico sesenta y tres). La variación interanual es negativa para todas las CCAA salvo para el caso de Extremadura, oscilando entre el -30% y el -80%. Es decir, a excepción de Extremadura el número de días que se reducen y consiguientemente, el grado de ejecución presupuestaria, empeora en el segundo ejercicio de vigencia de los Convenios. Este hecho podría estar fundamentado en una sobreestimación de la capacidad de los Convenios firmados en 2006-2008 para impulsar una reducción mayor de los días de baja para las patologías seleccionadas.



La hipótesis apuntada más arriba parece ser acertada, si se considera la variación interanual de la duración media de las patologías considerando el primer año de aplicación de los programas, con respecto al segundo y sucesivos (véase gráfico sesenta y cuatro). Extremadura representa un caso sin duda singular, por cuanto la entrada en vigor de los convenios, al contrario de lo previsto, coincidió con un notable incremento de la duración de las patologías ¹¹¹. Para la mayoría de CCAA se aprecia una reducción del orden del 10% en la duración de los episodios el primer año, acompañada de una nula variación o incremento de las duraciones en el segundo año. La Rioja sí experimentó una elevadísima reducción el primer año, circunstancia posiblemente achacable a consideraciones metodológicas en el cálculo de las duraciones promedio.

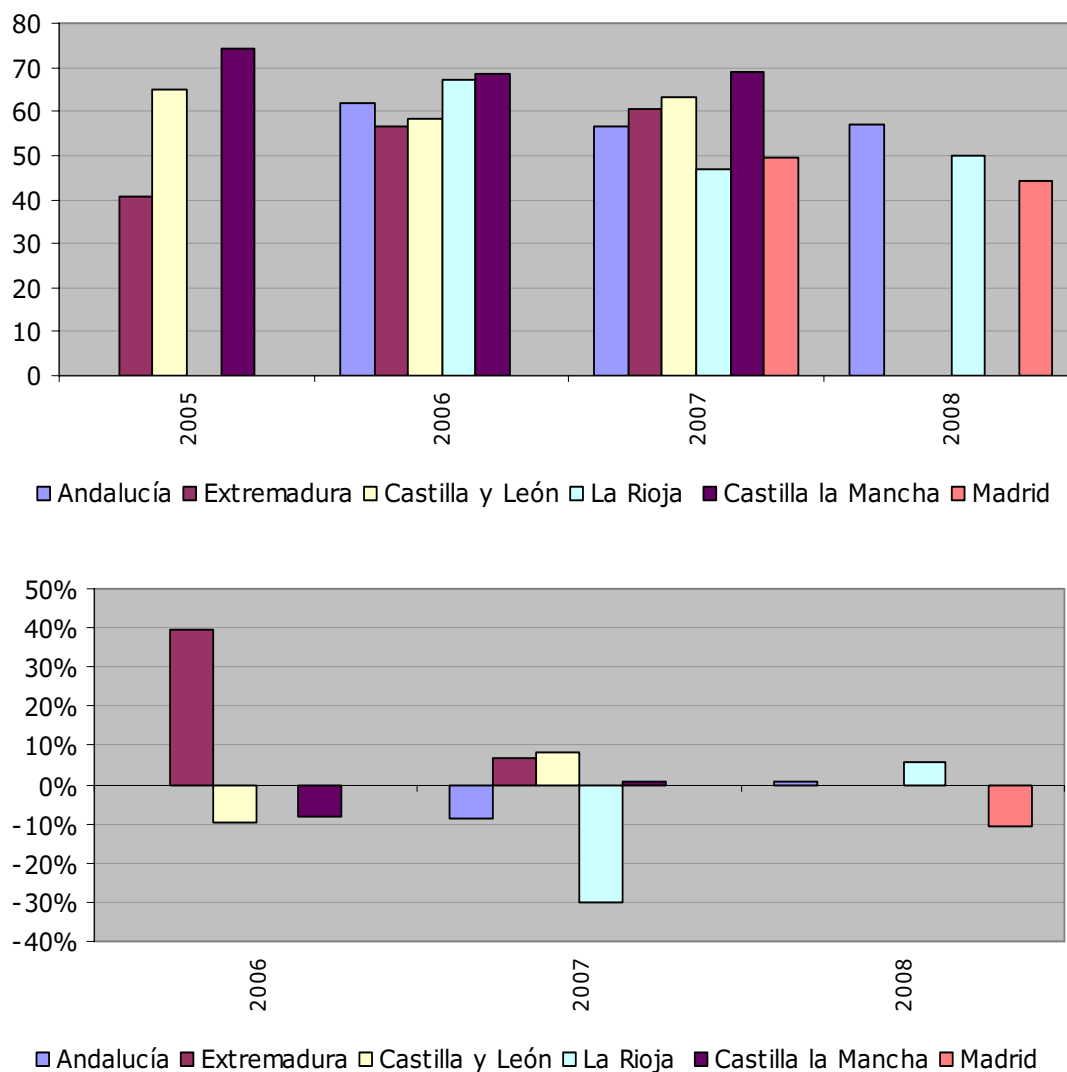
¹¹¹ Este hecho, no obstante podría deberse a cuestiones de índole metodológica. Para el cálculo de la duración de las patologías en el año anterior a su puesta en funcionamiento del programa, en el caso de las CCAA con menor población, y consecuentemente con menor incidencia de determinadas patologías, o por motivos de otra índole, se tomaron como referencia para el cálculo de la media un escaso número de procesos.



Durante 2006, primer año en que se desarrollan los convenios, se observa una duración muy similar para todas las patologías (en torno a 58-67 días), si bien destaca el hecho de que Extremadura presente unas duraciones mucho más elevadas que en 2005 (pasa de 40 a 57 días), mientras que Castilla la Mancha y Castilla León logran reducir ligeramente dicha duración (en 6 y 7 días respectivamente). Igual similitud se aprecia en la duración media durante 2007, -unos 58-68 días-, con la excepción de la Rioja (unos 47 días) y Madrid (49 días).

No obstante, los años 2005 y 2008 presentan una mayor variabilidad y dispersión. Así, en el año 2005, año en que se toman las duraciones medias como referencia para los primeros convenios, la dispersión es elevada (oscila entre 40 y 74 días), mientras que en 2008 lo hace entre 44 y 56.

Gráfico 66.
Duración media de las patologías por CCAA y año. Datos en días y variaciones interanuales



Fuente: Elaboración propia a partir de datos suministrados por el INSS.

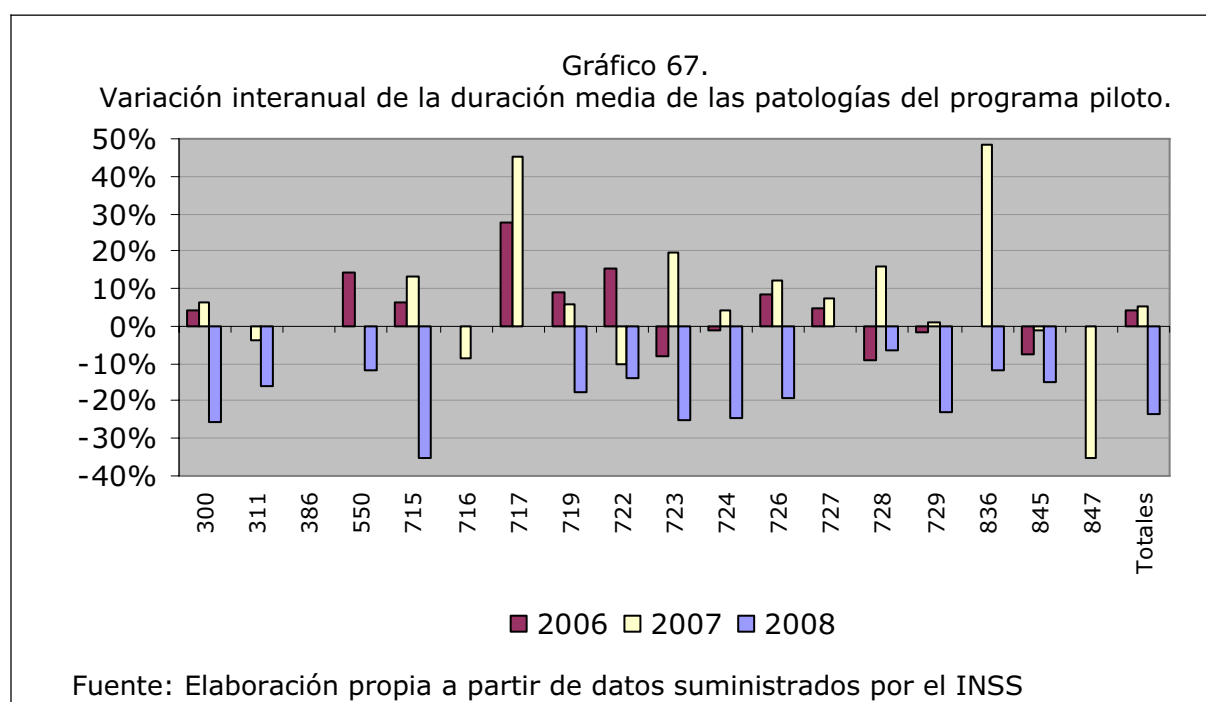
Salvo casos puntuales, la tasa de variación interanual de las CCAA suele ser bastante estable, reflejándose tan sólo ligeros incrementos o reducciones de la duración media, con la excepción, una vez más, de Extremadura y la Rioja. En especial ésta última logra una reducción del 30% en la duración, si bien dicho dato debe ser tomado con cautela.

Por lo que se refiere al comportamiento individualizado de las diferentes patologías, el gráfico sesenta y seis muestra los resultados en términos de duración media para todas las CCAA con convenios vigentes a lo largo de los diferentes años en los que éstos se han aplicado.

En el año 2006, tan sólo las patologías: otras alteraciones de columna cervical (723), trastornos de músculo ligamento y fascia (728) y esguinces y torceduras de tobillo y pie (845) muestran una reducción de entorno al 8%, incrementándose o manteniéndose estable la duración del resto de patologías. En algunas de ellas el incremento de la duración es del orden del 10% o superior, como acontece con la hernia inguinal (550), el trastorno interno de rodilla (717), y el trastorno del disco intervertebral (722).

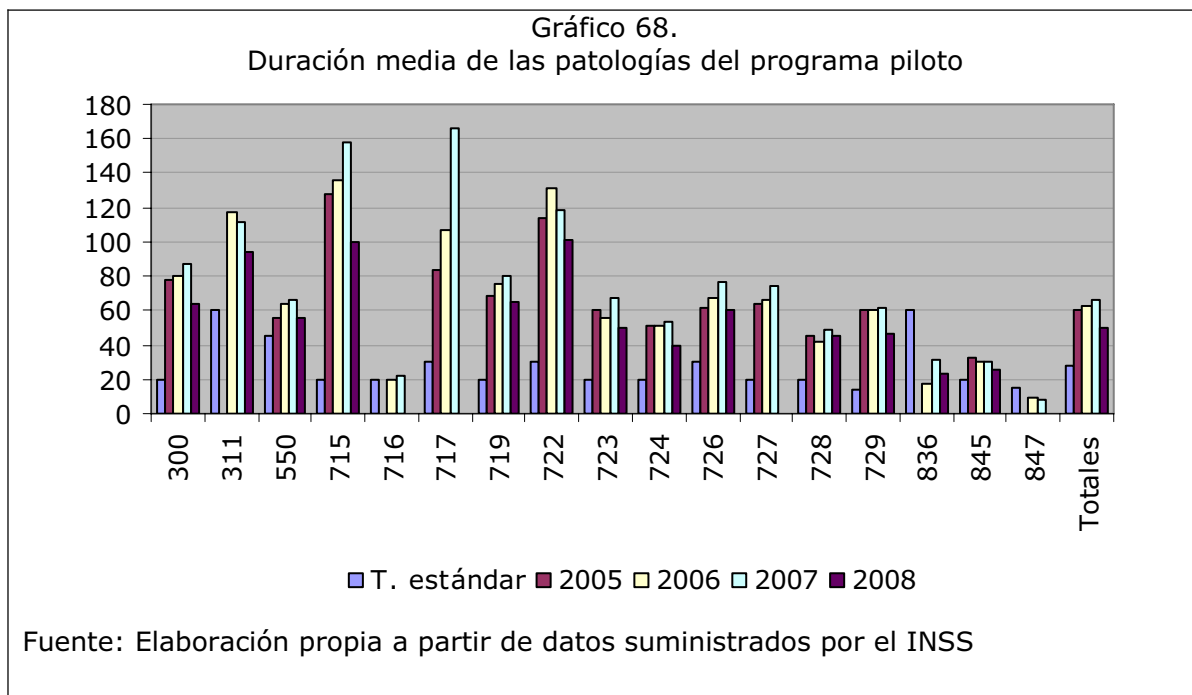
A lo largo del año 2007 se reducen dos patologías incluidas exclusivamente en el Convenio de la Rioja: otras artropatías (716) y los esguinces y torceduras de la espalda (847). Del resto, tan sólo resulta destacable la reducción de la duración experimentada por el trastorno del disco intervertebral (722). Las restantes patologías o bien mantienen una senda estable, o muestran unos incrementos más bien elevados.

En el año 2008¹¹² sin embargo, sí se aprecia una clara reducción de todas las patologías. La reducción más elevada (por encima del 20%) se produce en los trastornos de ansiedad, osteoartritis, otras alteraciones de la columna cervical, otras alteraciones de espalda no especificadas y otros trastornos de tejidos blandos.



En todo caso, las duraciones medias son, para todas las CCAA y la casi la totalidad de patologías, notablemente superiores a los tiempos estándar fijados por el INSS en base a las duraciones de los procesos de 2008, salvo las patologías 716 y 845.

¹¹² En el ejercicio 2008 las CCAA de Castilla La Mancha y Castilla León dejan de participar en los Convenios, y sin embargo, se suma la CCAA de Madrid.



En el anexo IX pueden consultarse gráficos con la duración media de las distintas patologías por CCAA y año, así como gráficos desglosados de las duraciones y variaciones interanuales para las distintas CCAA y patologías.

En definitiva, a excepción del año 2008, no puede decirse que, en general, con estos convenios se haya podido impulsar una reducción de las duraciones de las patologías seleccionadas. En cuanto al efecto que se observa en 2008, viene motivado en parte por la incorporación de Madrid a los Convenios y la salida de Castilla La Mancha y Castilla León.

En cuanto al cumplimiento del conjunto de los objetivos fijados en los Convenios, únicamente disponemos de datos para el Convenio firmado con la CCAA de Extremadura para el año 2008, que por otra parte, es peculiar. El grado de cumplimiento se puede apreciar en la tabla veinticinco.

Tabla 25. Grado de cumplimiento de los objetivos fijados. CCAA de Extremadura 2008

ACTIVIDAD		PUNTUACIÓN ASIGNADA	GRADO DE CUMPLIMIENTO HASTA SEP.	HASTA DICIEMBRE
I.	ESTUDIO Y CONTROL DE LOS PROCESOS DE IT POR PATOLOGÍAS	20%	3%	10%
A	Estudio de los procesos de IT reseñados en el convenio	5%	0%	0%
B	Comportamiento de los procesos en profesionales sanitarios	5%	0%	50%
C	Comportamiento de los procesos en profesionales sociosanitarios	5%	0%	50%
D	Elaboración de protocolos de atención sanitaria en lumbalgia y salud mental	5%		
	D.1 Identificación de procesos	10%	100%	
	D.2 Priorización de procesos	10%	100%	
	D.3 Diseño de protocolo	30%	100%	
	D.4 Distribución e implantación	50%	0%	100%
II.	EVAL. DE LAS ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y POLÍTICAS DE RR.HH. EN LA GESTIÓN DE IT	50%	23,33%	35,55%
	II.1 Puesta en marcha de programas formativos universitarios sobre IT	11%	20%	20%
	II.2 Acreditación como dispositivos docentes para especialidades médicas al INSS	11%	40%	100%
	II.3 Rotaciones electivas de residentes de MF y C en unidades del INSS	11%	0%	0%
	II.4 Participación del INSS en sesiones clínicas y otras activi. Formativas	11%	0%	0%
	II. 5 Actividades de formación continuada sobre IT	11%	50%	100%
	II.6 Estancias formativas e intercambio entre profesionales del SPS e INSS	12%	0%	0%
	II.7 Medidas incentivadas pactadas con organizaciones profesionales	11%	100%	100%
	II.8 Flujos de información/trabajo en equipo	11%	0%	0%
	II.9 Evidencias sobre el intercambio de información	11%	0%	0%
III	EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE INFORMACIÓN SANIT. Y A LOS CIUDADANOS	30%	28,32%	86,66%
	III.1 Puesta en marcha de módulo de IT en sistema de información sanitaria	5%	100%	100%
	III.2 Integración bidireccional entre sistemas de información SPS-INSS	5%	20%	20%
	III.3 Elaboración de un DATAMART de IT	5%	0%	100%
	III.4 Acceso protocolizado a la información del sistema de información SPS	5%	50%	100%
	III.5 Campañas de información a la población general	10%		100%

El grado de cumplimiento de los objetivos ha sido diverso. Si bien la evaluación de las estrategias de información sanitaria y a los ciudadanos ha logrado un elevado grado de cumplimiento de objetivos, la evaluación de estrategias de gestión del conocimiento y recursos humanos presenta un logro más modesto (un 35%) –aunque con un logro del 100% en las medidas de incentivación a los profesionales y a la formación continuada sobre IT y la acreditación del INSS como dispositivo docente-. Finalmente el estudio y control de procesos de IT por patologías presenta un exiguo 10%, gracias al cumplimiento parcial de los subobjetivos vinculados al comportamiento de los procesos en profesionales que prestan servicios tanto sanitarios como sociosanitarios. En cualquier caso, debe valorarse muy positivamente el contar con un sistema de indicadores que permita un seguimiento tan completo.

En relación con la eficacia general de los convenios de patologías, como se ha visto, ha sido más bien limitada, si bien ha abierto un cauce a nuevas colaboraciones y quizá lo más interesante es su modificación a partir del año 2009. En este año se han establecido, junto al objetivo de contención de la duración, otros de índole diversa, que además, se han definido a partir de la solicitud de propuestas a las CCAA, aplicando un proceso más participativo y con objetivos más adaptados en cada CCAA.

Si bien los programas desarrollados hasta 2008 tenían un contenido común para todas las CCAA (con la excepción de Extremadura), los convenios suscritos en 2009 representan un cambio sustancial. Se mantiene el objetivo de contener el gasto en una serie de patologías que se afirma son responsables de un porcentaje elevado de la totalidad de procesos, aunque junto con el desarrollo y cumplimiento de otros objetivos, asignándosele una ponderación para el reparto de los créditos presupuestados que no supera el 25%. El resto de objetivos son variables, dependiendo de en qué términos se haya negociado el programa con las CCAA, lo que denota una aproximación a la mejora de la gestión teniendo en cuenta las especificidades y problemáticas específicas de las distintas CCAA (véase tabla...).

Uno de los objetivos más comunes es la introducción de mejoras en las aplicaciones informáticas, bien en el sentido de implantar un sistema de información que permita una gestión integral de los procesos de IT, dentro de los aplicativos informáticos de los SPS: generación de un módulo específico para IT, automatización de procesos relacionados con la prestación y transmisión telemática de información, inclusión de un módulo que permita conocer e identificar a aquellos trabajadores con bajas consecutivas o reiteradas en un período de tiempo determinado, etc. o bien para adaptar los sistemas para que los inspectores médicos del INSS puedan tener acceso remoto a los historiales clínicos.

De este modo, los convenios específicos vienen a complementar a los convenios generales en la consecución del objetivo de informatizar la gestión de los procesos de IT: si los primeros tienen por objeto la transmisión de los partes y de los informes médicos, los segundos prestan particular atención a mejoras que faciliten el control de los procesos.

Otros objetivos sin duda relevantes, que se repiten en el caso de varias CCAA, es la identificación de los médicos que prescriben mayor número de bajas, el control de los episodios por parte de los empleados de los propios SPS y la realización de campañas de información. El caso de Extremadura y Andalucía presentan claras singularidades, que parecen denotar un estadio más avanzado en cuanto a la gestión de la IT, incluyéndose el estudio de los tiempos estándar según determinadas variables, o los procesos de corta duración (en el caso de Andalucía, programa igualmente presente en los convenios con Madrid y Cataluña suscritos a finales del año 2009); o en el caso de Extremadura la gestión del conocimiento, la consideración de la IT en todos los niveles formativos especializados (de grado, formación continua, estancias en unidades del INSS, etc.) y la realización de campañas de sensibilización y de incentivos a los facultativos.

En todos ellos se reitera que los fondos deberán ir destinados a incentivar a los agentes participantes (médicos de primaria y especializada fundamentalmente) y la modernización y mejora de los recursos informáticos y materiales.

Tabla 26 Objetivos de los programas específicos 2009			
	OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS	PONDERACIÓN	€/DÍA
ANDALUCÍA			
I	Efectuar controles de los procesos de IT en las patologías establecidas	20%	11,41 €
II	Nueva sistemática de gestión, seguimiento y control de la IT	55%	
	II.1. Adaptación de los partes de confirmación a tiempos de duración óptima de IT		
	II.2 Actuación de la inspección en el control de la IT en función de tiempos de duración óptima		
	II.3 Modificación del sist. Informático de A. Primaria para automatizar las actividades del proceso		
	II.4 Modifi. Del sist. Informático en la Inspección Médica para adaptarlo a los nuevos controles		
III	Estudio y seguimiento en procesos de IT de corta duración	25%	
GALICIA			
I	Efectuar controles de los procesos de IT en las patologías establecidas	20%	9,70 €
II	Estudio y control de procesos de IT derivados de patología psiquiátrica por Áreas de inspección	30%	
III	Implantación y desarrollo del programa informático INTEM para mejorar su funcionalidad	30%	
IV	Acceso de los Inspectores Médicos del INSS a los datos informatizados de historias clínicas	20%	
LA RIOJA			
I	Efectuar controles de los procesos de IT en las patologías establecidas	20%	13,21 €
II	Acceso de los Inspectores Médicos del INSS a los datos informatizados de historias clínicas	30%	

III	Incorporación de un módulo de gestión de IT al aplicativo SAGITARIO para conocer:	40%	
	III.1 Reiteración de bajas de un trabajador en mismas épocas de año o días de la semana		
	III.2 Detección de bajas consecutivas de un mismo trabajador		
	III.3 Asegurados que superan un número preestablecido de días de baja		
C. VALENCIANA			
I	Actuaciones de mejora en el acceso a la información sanitaria para la gestión y control de IT		
	I.1 Facilitar el acceso a los inspectores del INSS al aplicativo SIA-ABUCASIS	20%	
	I.2 Establec. De sistemas telemáticos de comunicación entre SPS e INSS	15%	
	I.3 Desarrollo de cauces de comunicación social que mejoren colaboración con agentes implicad.	8%	
II	Actuaciones sobre la prescripción, mantenimiento de la baja laboral, su control y seguimiento		
	II.1 Plan de seguimiento y control de los facultativos mayores prescriptores de IT	19%	
	II.2 Plan de seguimiento y control de procesos IT del personal de Inst. Sanitarias del SPS	19%	
	Efectuar controles de los procesos de IT en las patologías establecidas	19%	
CANARIAS			
I	Efectuar controles de los procesos de IT en las patologías establecidas	20%	12,21 €
II	Observatorio sobre la gestión de propuestas e intenciones de alta del INSS y disconformidades	20%	
III	Elaboración de un procedimiento para la remisión automatizada de los informes de control de IT	30%	
IV	Establec. Sist. de interconsultas sobre determinadas especialidades médicas entre INSS y SPS	30%	
CANTABRIA			
I	Efectuar controles de los procesos de IT en las patologías establecidas	20%	10,22 €
II	Plan de seguimiento y control de procesos IT del personal de Inst. Sanitarias del SPS	25%	
III	Incorporación de un módulo de gestión de IT al aplicativo SAGITARIO para conocer:	30%	
	III.1 Reiteración de bajas de un trabajador en mismas épocas de año o días de la semana		
	III.2 Detección de bajas consecutivas de un mismo trabajador		
	III.3 Asegurados que superan un número preestablecido de días de baja		
IV	Campañas de información al ciudadano sobre un uso adecuado y responsable de la IT	15%	
EXTREMADURA			
I	Estudio y control de procesos de IT por patologías, problemas de salud y colectivos laborales	40%	
	I.1 Estudio de procesos		
	I.2 Elaboración de protocolos de atención sanitaria en		

	patología cardiaca y respiratoria		
	I.3 Estudio de reconversión de procesos derivados de cirugía convencional a cirugía mayor ambulatoria		
	I.4 Seguimiento de los procesos de IT en profesionales del SPS y otros empleados públicos		
	I.5 Seguimiento de los procesos de IT en profesionales sociosanitarios		
	I.6 Seguimiento de los procesos de IT a otros empleados públicos de la Administración Regional		
II.	Gestión del conocimiento y políticas de incentivación de recursos humanos en gestión de IT	30%	
	II.1 Continuar con la puesta en marcha de programas formativos universitarios de salud sobre IT		
	II.2 Consolidación de rotaciones electivas por parte de los MIR MF y C en unidades del INSS		
	II.3 Intercambio de profesionales entre SPS e INSS		
	II.4 Acreditación de Unidad Docente de Medicina del Trabajo		
	II.5 Utilización de la Telemedicina como canal de formación		
	II.6 Medidas incentivadoras sobre IT pactadas con organizaciones profesionales. 2009		
III	Eval. de estrategias de sistemas de información sanitaria y al personal facultativo y ciudadanos	30%	
	III.1 Integración bidireccional entre JARA-PITEX (continuación)		
	III.2 Concienciación e información de los profesionales		
	III.3 Difusión y sensibilización de IT		
BALEARES			
I	Estudio y control de procesos de IT por patologías	20%	14,65
II	Eval. De los médicos de primaria con mayor frecuencia de emisión de partes de baja	30%	
III	Acceso de los Inspectores Médicos del INSS a los datos informatizados de historias clínicas	50%	
CASTILLA LA MANCHA			
I	Estudio y control de procesos de IT por patologías	20%	11,03
III	Seguimiento singularizado de cada proceso de IT en los empleados del SPS de la Comunidad	50%	
IV	Implantación de un sistema de información y datos de IT dirigido a los facultativo de primaria	30%	
CATALUNA			
I	Estudio y control de procesos de IT por patologías	26%	15,45%
II	Desarrollo y mejora de la aplicación informática. Incorporación de un módulo especial de control de IT	26%	
III	Estudio del comportamiento de los procesos de IT durante el período de prórroga	35%	
IV	Estudio y seguimiento en procesos de IT de corta duración	13%	
MADRID			
I	Estudio y control de procesos de IT por patologías	22%	15,01%
II	Plan de seguimiento de los procesos de IT del SPS de la Comunidad	33%	
III	Desarrollo y mejora de la aplicación informática. Incorporación de un módulo especial de control de IT	25%	
IV	Estudio y seguimiento en procesos de IT de corta duración	16%	
Fuente: elaboración propia a partir de los convenios a lo largo de 2009			

4.6.3. Otras actuaciones llevadas a cabo en materia de apoyo a la gestión y en formación

Al margen de las medidas que son objeto específico de evaluación, desde la AGE se han desarrollado una serie de instrumentos que han pretendido contribuir a incidir sobre dichos aspectos.

Actuaciones en materia de información desarrolladas por el INSS

Por lo que se refiere a la puesta a disposición de los facultativos de atención primaria de instrumentos para la gestión de los procesos de ITcc, se han desarrollado actuaciones en materia de estudios y publicaciones de duraciones medias tipificadas de los distintos procesos patológicos que pueden originar una IT. Si bien este instrumento ya se comenzó a utilizar a partir de 1997¹¹³, su perfeccionamiento se produjo en 2002, con la creación, en el seno del INSS de un grupo de trabajo de "Codificación y Estándares de Duración en Incapacidad Temporal"¹¹⁴.

Tomando como referencia la codificación CIE-9 MC, se seleccionó del listado total de diagnósticos aquellos que fuesen susceptibles de generar estados de IT. La selección se fundamentó en la experiencia de los médicos inspectores participantes en el grupo, utilización de estudios estadísticos de procesos de IT realizados por el INSS, los Servicios Públicos de Salud (SPS), las MATEPSS y las consultas con médicos especialistas. Fruto de este trabajo, se publicó en 2004 el manual "Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal" por parte del INSS, donde se recogían tiempos clínicos de duración, evitando la fluctuación de la duración en función de los tiempos de espera para la realización de pruebas diagnósticas.

En septiembre de 2008, la Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas del INSS constituyó un grupo de trabajo para la "Revisión y Actualización del Manual de Tiempos Estándar".

Este Manual de Tiempos Estándar pretende contribuir a una mejor gestión de la IT, sirviendo de ayuda a médicos de atención primaria y especializada; a los responsables de la gestión, permitiendo analizar la situación real de la IT en relación con los tiempos estándar; en la gestión de citas, al señalar el momento idóneo parara la cita y evitando convocatorias innecesarias durante el periodo mínimo asistencial preciso para cada proceso; a la comunicación y coordinación con los SPS y MATEPSS constituyéndose en herramienta orientada a la negociación estratégica en materia de gestión de IT y consensuar tiempos de

¹¹³ El RD 575/1997 determinaba que se pondría a disposición de los médicos a los que competan las actuaciones en IT dichas tablas de duración media.

¹¹⁴ El Tiempo estándar es el tiempo óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador.

duración, definición de protocolos de seguimiento etc.; y análisis de actividad de las Unidades Médicas.

Desde el punto de vista metodológico, las duraciones contenidas en este Manual revisado se extraen a partir del conocimiento de la frecuencia de cada código de diagnóstico y las duraciones reales de los mismos, información extraída de un millón doscientos mil partes de baja transmitidos. La duración estandarizada se construye a partir de la duración total en días y la duración media, incluyéndose una serie de criterios estadísticos que eliminan los casos extremos de la curva de distribución de frecuencias, así como con determinadas particularidades para el caso de las enfermedades oncológicas, crónicas y en procesos clínicos graves. Por tanto se incluyen tiempos medios reales, incluyéndose los tiempos de espera para pruebas diagnósticas, y estableciéndose las medias con carácter general por patología, obviando las características individuales de los pacientes, tales como edad, actividad laboral, residencia, etc¹¹⁵.

Actuaciones en materia de formación desarrolladas por el INSS

En el ámbito de la formación específica en materia de IT como medio de apoyo a una mejor gestión, a lo largo del período 2005-2008, el INSS ha llevado a cabo, a través de la Subdirección de Coordinación de Unidades Médicas del INSS una serie de actividades formativas.

- En el plano interno, dirigido a los médicos evaluadores del organismo, se han realizado una media de dieciséis ediciones del Curso de Actualización en Medicina de Evaluación para Médicos del INSS en el periodo 2005-08. Las materias abordadas han estado referidas a la valoración de la incapacidad de las diferentes patologías, así como aspectos vinculados a la gestión y prestación de la IT. El número medio anual de asistentes ha sido de 422 médicos. En el año 2009 se incluyeron en el curso a los médicos del Servicio de Prevención, y en 2010 está prevista la incorporación de los Médicos Inspectores de la CCAA de Madrid.
- A lo largo del año 2008, las unidades médicas del INSS han participado como entidad colaboradora con las unidades docentes para la formación de médicos internos residentes en las especialidades de medicina del trabajo y medicina familiar y comunitaria. De este modo se han formado en las unidades del INSS veintisiete médicos internos residentes como parte del programa de formación en la especialidad de Medicina del Trabajo.
- En cuanto a la formación generalizada orientada a cubrir las necesidades formativas de los médicos de los diferentes SPS, en el mes de abril de 2008 se suscribió un convenio entre el INSS y el Consejo General de

¹¹⁵ Por parte de algunas CCAA (Andalucía y Navarra) se están realizando estudios de duraciones estándar. En caso concreto de Andalucía, se pretenden incorporar en una herramienta informática una serie de variables o parámetros personales, por cuanto se considera que dichos factores condicionan en gran medida la duración de los procesos (especialmente la edad, la actividad económica y el sexo).

Colegios Oficiales de Médicos con el objeto de implantar un programa on-line (e-learning) destinado a la formación en materia de IT. Dicho programa piloto,-de unas cincuenta horas lectivas, con una acreditación de ocho créditos y una duración de tres meses- incluye como elementos didácticos conceptos relativos al marco legal y la tramitación de procesos de IT, los tiempos estándar de las patologías, las actuaciones de seguimiento y control de los procesos de IT llevados a cabo tanto por la Inspección Sanitaria de las CCAA, el INSS y las MAPTESS, la valoración clínico laboral de distintos grupos de enfermedades, y la vinculación de la actividad laboral con la IT. El coste del curso asciende a 81.000 euros y a lo largo del año 2008 han participado 184 médicos. El programa ha continuado a lo largo de 2009 y 2010.

- Finalmente se han desarrollado diferentes jornadas formativas dirigidas a los distintos SPS en las que han participado los médicos inspectores del INSS.

Actuaciones desarrolladas desde el Ministerio de Sanidad y Política Social en materia de IT

El Ministerio de Sanidad y Política Social, con competencias en materia de coordinación y alta inspección del Sistema Nacional de Salud, también ha desarrollado instrumentos de apoyo a la gestión de la ITcc.

Desde el MSyPS, con anterioridad a la aprobación de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS se venían realizando actividades de coordinación de las inspecciones sanitarias de los SPS. Esta Ley presenta, como hecho novedoso, la lucha contra el fraude en materia de prestaciones sanitarias, entre ellas la IT. No obstante, el ejercicio de la competencia de coordinación choca con el hecho de que la inspección, per se, es inseparable de la competencia de la gestión de la atención sanitaria.

El carácter indisoluble de ambos aspectos, y el ejercicio de alta inspección o coordinación de la misma careciendo de competencias asistenciales plantea dificultades evidentes. Es difícil ejercerla cuando no hay una estructura o competencia jerárquica. Por ello se creó la Comisión de Coordinación de la Inspección en el seno del Consejo Interterritorial. Se pretendió primero intentar poner de acuerdo a las distintas inspecciones en los elementos que se considerasen prioritarios. Fruto de dicho análisis son las líneas estratégicas comunes de la Inspección Sanitaria del SNS.

En desarrollo del conjunto de líneas estratégicas comunes de la Inspección Sanitaria del SNS se han desarrollado una serie de acciones. En materia de formación, la implementación de la Línea 12 "Formación continuada", se ha producido a través de una encomienda de gestión de la formación en el ámbito de la salud al Instituto de Salud del Carlos III a través de la Escuela Nacional de Sanidad. Se han desarrollado dos ediciones: 2008-2009. Los cursos desarrollados están dirigidos a los inspectores de las CCAA. La realización de actividades formativas llevadas a cabo por el MSyPS no ha estado coordinada con la formación impartida por el INSS.

El Acuerdo del 16 de abril Encomienda de gestión del año 2008 (BOE 17 de mayo de 2008) establece distintas áreas de trabajo. En materia de formación se procede a la reserva de plazas en cursos de la oferta anual de la Escuela Nacional de Sanidad relacionados con la evaluación e inspección de servicios sanitarios. El importe total de la encomienda asciende a 211.064 €, de los cuales 50.000 corresponden a la metodología de evaluación.

Por lo que se refiere a la encomienda de gestión del año 2009, de 8 de mayo se reservan 72 plazas en cursos relacionados con la evaluación e inspección de servicios y 36 plazas en el Diploma de Especialización. El importe de los cursos asciende a 198.509 €.

La Línea estratégica 10 "Utilización del espacio común de trabajo en red (ERoom)" se ha implementado mediante la puesta en práctica a través de la generación de una plataforma de trabajo compartido para la inspección, que permite que se comparta información.

Finalmente, el desarrollo de la línea 7, destinada a la coordinación en materia de IT, se está operativizando mediante el desarrollo de objetivos específicos. Entre ellos destaca el desarrollo y diseño de un sistema de información a través de indicadores, que se encuentra en fase de desarrollo. Los indicadores se plantean más desde una perspectiva médica y epidemiológica, que desde el punto de vista de la gestión económica.

4.6.4. Análisis de pertinencia de las medidas adoptadas

Una vez revisada la eficacia de las distintas medidas objeto de estudio, y tras haber presentado otras actuaciones, que sin ser el objeto de la evaluación, deben tenerse presentes, en este epígrafe se trata de poner en relación la problemática identificada previamente en materia de gestión de la IT y los análisis cuantitativos realizados con las medidas adoptadas. Es decir, en qué grado dichas medidas están orientadas a dar respuesta a los principales problemas identificados.

En línea con las prioridades marcadas en un ámbito más general por el Pacto de Toledo en su renovación de 2003, se considera que el principal objetivo al que deben responder las actuaciones desarrolladas en materia de IT durante este periodo es garantizar la pervivencia de los logros del modelo protector dentro de un entorno financiero saneado y estable. A este último propósito responderían los objetivos de control del fraude y de mejora de la coordinación entre las entidades que intervienen en la gestión de la prestación, que como hemos visto, marcan las líneas de las actuaciones llevadas a cabo.

Una intervención previa a cualquier control es promover la disponibilidad de información. A tenor del volumen de partes de baja del que se disponía a inicios del periodo, existía una clara necesidad en este ámbito, lo que confirma la pertinencia de la medida. La mejora del sistema de información ha sido una de las prioridades de las actuaciones desarrolladas en el periodo. Se impulsó a

través de la inclusión en los convenios de mayores incentivos económicos por este concepto desde 2005, además de completando la información con los partes transmitidos por las empresas desde 2004. En relación con su eficacia, ya se vio anteriormente que la puesta en práctica de la medida coincide en el tiempo con un importante incremento del volumen de partes transmitidos. La pertinencia de este objetivo de cara al futuro pasa por reorientarlo hacia los nuevos déficits de información, que se detectan en la disponibilidad y calidad de los diagnósticos. En los Convenios firmados para el periodo 2009-12 se han introducido pequeñas modificaciones en esta línea.

Las restantes medidas con las que se pretende reforzar el control y contener o reducir la tendencia creciente del gasto se instrumentan por dos vías: reforzando el control directo del INSS (control del INSS en los procesos superiores a 12 meses) o incentivando el control desde las CCAA. En ambos casos, el impulso de las actuaciones de control se complementa con actuaciones que mejoran la información (Manual de Tiempos Estándar) y la formación (de inspectores del INSS o de los facultativos de los SPS).

En la mayoría de los casos, como hemos visto, el énfasis se pone en el control de la duración de los procesos, y especialmente en los procesos de mayor duración. Esto cabe atribuirlo a que los procesos de larga duración son los más costosos y además es más sencillo en la práctica actuar sobre el control de la duración de los procesos que sobre la incidencia de los procesos de corta duración.

En cuanto a la pertinencia de la medida por la que el INSS toma el control de los procesos de más de 12 meses, desde una óptica estrictamente de control del fraude, los análisis realizados sobre la distribución del gasto confirman que los procesos de mayor duración concentran el mayor gasto. Ahora bien, este hecho justifica especialmente la actuación "preventiva" sobre posibles usos fraudulentos que puedan alcanzar largas duraciones, pues el control de dichos procesos en una etapa avanzada es menos potente para reducir el gasto. Obviamente, dicha actuación preventiva es más compleja y sólo puede articularse en cuanto se va disponiendo de mayor conocimiento sobre el comportamiento de los procesos de IT de los distintos colectivos.

Asimismo, el análisis de la distribución del gasto indica que ya entre la mitad y las tres cuartas partes de los procesos de entre 3 y 9 meses de duración presentan un coste superior a 3.300€, y en estos intervalos se concentra la mitad del coste total de la IT. Es decir, que el efecto conjunto del número de procesos y del coste por proceso (éste último determinado a su vez por la duración de la baja y la base reguladora) empieza a ser importante bastante antes de los 12 meses.

El control por el INSS de los procesos superiores al año constituye una medida de "punto final" a la IT y de toma de control directa sobre la gestión. No obstante, desde el punto de vista del impacto final sobre el gasto, otras actuaciones preventivas podrían ser más pertinentes. En particular, el grado de eficacia de los controles realizados en procesos inferiores a 12 meses pone de

manifiesto la existencia de un importante margen para realizar una mejor selección de los procesos objeto de control en dichos intervalos de duración.

Por otra parte, se observa que la evolución de los indicadores de incidencia y duración de los procesos gestionados por el INSS en los años 2006, 2007 y 2008¹¹⁶ van en direcciones opuestas. Este hecho merece una investigación sobre los factores más determinantes que mantienen esta dinámica contrapuesta.

En cuanto a la pertinencia de los Convenios, es patente que la separación entre el ente que financia y el ente que gestiona produce un desalineamiento de incentivos. En este sentido, las medidas de coordinación son pertinentes.

Ahora bien, aparte del objetivo ya comentado de puesta a disposición del INSS de información sobre los procesos de IT, la atención prestada y la definición de objetivos en los convenios en materia de formación, implicación de las unidades de gestión¹¹⁷, y otros problemas más ligados a la gestión sanitaria -coordinación entre niveles asistenciales y carga de trabajo burocrática asociada a la IT en atención primaria-, no se encuentra al mismo nivel que el peso que tienen estos problemas según el diagnóstico realizado de la gestión de la IT.

Si bien, a través de los Convenios, el INSS incentiva el control del gasto y duraciones en IT, y deja en manos de los SPS la manera de articular el logro de ese objetivo, en la práctica parece observarse que el cumplimiento o no de los objetivos de racionalización del gasto en numerosas ocasiones no responde al establecimiento de medidas con este fin por parte de los SPS. Un destino más finalista de los fondos, relacionado con los problemas asistenciales y de gestión mencionados podría reforzar la pertinencia y eficacia de esta medida.

En los Convenios específicos existe una mayor atención a los aspectos formativos y de incentivo. Y en los convenios firmados para el ejercicio 2009 se abre mucho más el abanico de objetivos en función de las prioridades de las distintas CCAA, lo que permite acercar en mayor medida las acciones al diagnóstico consensuado de problemas puntuales, y reforzar la pertinencia de las actuaciones.

Asimismo, se inicia una nueva dinámica de colaboración más abierta, que aparece como un enfoque mejor orientado para potenciar la colaboración entre administraciones.

Sin embargo, hasta el momento, la dinámica de cooperación no ha hecho uso de las potencialidades que ofrece el Consejo Interterritorial del SNS, en cuanto instrumento de colaboración formal entre la AGE y las CCAA. Tampoco en la definición y fijación de los tiempos estándar de duración de las patologías, tanto

¹¹⁶ Véase apartado ...Como se ha señalado anteriormente, en 2005 los datos se ven afectados por cuestiones metodológicas, lo que también ocurre en 2007 en relación con la incidencia en los procesos gestionados por las mutuas..

¹¹⁷ Existen actuaciones en estas líneas en los Convenios 2006-2008, si bien con un peso menor, aunque dicho peso ha aumentado ligeramente en los convenios firmados para el periodo 2009-2012

en las desarrolladas por el INSS, como por parte del MSyPS, se constatado la existencia de elementos de cooperación.

En cualquier caso, debe destacarse que la elaboración y revisión por el INSS del Manual de Tiempos Estándar constituye un paso importante para mejorar la información puesta a disposición de los facultativos de atención primaria y los inspectores. Si bien la orientación que ofrece requiere matizaciones en función de las características personales y del puesto del trabajador, así como en función de los tiempos habituales en cada sistema sanitario, sin duda ofrece una línea de trabajo de gran utilidad.

Finalmente, entre las medidas adoptadas se echa en falta una línea que aborde con decisión la relación de las condiciones de trabajo con la ITcc.¹¹⁸ Las consecuencias para el trabajador de una errónea atribución de causalidad y las implicaciones en cuanto a la financiación de las contingencias y la prevención de riesgos laborales son argumentos para ello.

En definitiva, las medidas evaluadas son pertinentes para resolver algunos de los problemas que se han identificado en el diagnóstico, si bien deberían completarse para abordar otras cuestiones que se han identificado como problemáticas.

4.7 Análisis de experiencias internacionales y casos de buenas prácticas

El diagnóstico de situación realizado previamente pone de manifiesto la existencia de una serie de problemas que no se han abordado con las medidas puestas en marcha en los últimos años o al menos no de forma generalizada.

Desde distintas CCAA se han llevado a cabo o se han presentado recientemente iniciativas que tratan de dar respuesta a dichos problemas. En muchos casos no se dispone todavía de suficiente información para poder valorar los resultados alcanzados. No obstante, se recogen como prácticas de interés en la medida en que abordan cuestiones que en el análisis de pertinencia se identificaron como problemáticas.

Si bien el análisis se va a centrar en iniciativas desarrolladas desde CCAA, como paso previo se destacan algunas prácticas internacionales.

En distintos países existen herramientas informáticas para orientar a los médicos sobre las patologías, el tiempo esperado de las bajas por patologías y tipo de actividad laboral y protocolos de reincorporación al trabajo adaptados a las distintas actividades laborales. Un ejemplo serían las "Official Disability Guidelines" realizadas desde 1996 por el Work Loss Data Institute, una entidad privada en EEUU, que ofrece una herramienta informática para asesoramiento

¹¹⁸ Recientemente el RD 1430/2009 ha regulado con mayor detalle el procedimiento administrativo iniciado a solicitud del interesado frente a un alta laboral de las mutuas, pero su eficacia es dudosa.

directo a los médicos (<http://www.odg-disability.com>). En este caso, se incluyen incluso datos de probabilidad de causalidad laboral de las bajas.

En Reino Unido, se ha propuesto recientemente (en base al informe "Improving health and work: changing lives" del gobierno británico)¹¹⁹ y se llevará a la práctica en la primavera de 2010 la sustitución del parte de baja tradicional, -que recoge exclusivamente el diagnóstico de la patología y si el paciente puede trabajar o no-, por un nuevo sistema (fit note) que posibilita la reincorporación parcial al trabajo. De este modo, el trabajador no se encuentra ante la disyuntiva de permanecer de baja o reincorporarse por recuperación, sino que se especifican aquellas labores o actividades que, en función de las limitaciones de salud que presente, puede realizar en su desempeño profesional. Con este mecanismo se pretende apoyar a los médicos generalistas para que determinen cuándo y cómo se debe producir la reincorporación parcial, en función de la aptitud del trabajador, y ayudar a los empresarios y trabajadores a determinar si una temprana incorporación al trabajo es posible, en base a las necesidades productivas y las posibilidades de readaptación temporal del puesto de trabajo.

Esta propuesta, - como todas las relativas a reincorporaciones al trabajo sin que el trabajador se haya recuperado completamente de las patologías que provocan la incapacitación-, no ha estado exenta de críticas en Gran Bretaña: dificultades en la adaptación de puestos de trabajo o alteración de los procesos productivos, e indirectamente, quién asume los costes de este proceso, incremento de los conflictos potenciales entre trabajadores y empresarios, el pronunciamiento de los médicos generalistas sin disponer de suficiente información sobre las características o actividades que se realizan por parte del trabajador.

No obstante, y sin poder transponer actuaciones en sistemas muy diferentes, es una muestra de las líneas de avance internacional en cuanto a la atención al proceso de reincorporación y supone una traslación del foco de atención, que pasa de venir situándose en la "discapacidad" a pasar a destacar la "capacidad", aunque ésta sea limitada. Se trata de un tema al que en España no se le ha prestado mucha atención hasta el momento.

Otra recomendación puesta en práctica en dicho país, es la sustitución de los certificados de baja en papel, por certificaciones electrónicas, las cuales permite reducir costes, aumentar la rapidez de la comunicación de las bajas entre los distintos actores, y mejorar el acceso de los facultativos.

En Francia, un estudio realizado recientemente llama la atención sobre la relación entre el absentismo y las condiciones de trabajo (ANACT, 2009) Bajo la premisa de que la organización del trabajo condiciona estrechamente la calidad de vida en el trabajo y consiguientemente el absentismo laboral y las bajas, se propone actuar sobre elementos de dicha organización del trabajo, previniendo las patologías profesionales y prestando atención a cuestiones como los horarios, espacios de trabajo, los elementos cooperativos o las perspectivas profesionales. Destaca la necesidad de diálogo entre los distintos actores involucrados y de

¹¹⁹ www.workingforhealth.gov.uk/.../improving-health-and-work-changing-lives.pdf

facilitar las condiciones para la reincorporación tras las ausencias, y propone una dinámica de corrección, prevención y evaluación¹²⁰.

En el contexto del Estado español, las diferentes iniciativas identificadas como “buenas prácticas” abordan algunas de las dificultades apuntadas anteriormente en este informe. Esta y otras iniciativas interesantes que se presentan a continuación aparecen, en su mayoría, recogidas en los convenios específicos firmados por el INSS en 2009. En este año se inicia una nueva dinámica de Convenios en los que se abre un amplio abanico de propuestas a iniciativa de las CCAA. El nuevo planteamiento de convenios podría considerarse una buena práctica en sí mismo, en la medida en que establece un marco en el que se potencia una mayor iniciativa e implicación de las CCAA y permite acumular experiencias piloto de distintos ámbitos para su estudio y valoración del posible interés en generalizarlas.

I. En el campo del apoyo a la gestión en ITcc de los facultativos de los SPS destaca la elaboración de tiempos de referencia de las patologías causantes de la incapacidad laboral, el desarrollo de acciones formativas y las interacciones entre los médicos de primaria y los inspectores médicos.

Un primer paso para avanzar en esta dirección en España ha sido el “Manual de Tiempos Estándar de IT” elaborado en 2004 por el INSS y actualizado recientemente. En esta misma línea se está desarrollando actualmente un proyecto recogido en el convenio específico firmado entre el INSS y la Comunidad Autónoma de Andalucía sobre una nueva dinámica de gestión, seguimiento y control de la prestación de IT.

Dicho proyecto considera en su eje central la implicación y motivación de las unidades de Atención Primaria, a las que se trata de ofrecer información de las duraciones óptimas de los procesos de IT, clasificados según sus diagnósticos y teniendo presentes factores como el sexo, edad, actividad laboral o estacionalidad que inciden sobre los mismos. De esta forma, se trata de proporcionar a los médicos de atención primaria información útil para saber cuándo puede comenzar una duración a ser superior a lo esperable en determinados procesos. Asimismo, se trataría de adaptar la expedición de los partes de confirmación a los tiempos de duración óptima, lo que redundaría en la reducción de carga burocrática asociada a la gestión de la IT, liberando tiempo de consultas y evitando desplazamientos innecesarios de los pacientes. Para ello se ha comenzado a desarrollar una investigación para estimar los tiempos óptimos en Andalucía, teniendo en cuenta las características de su sistema sanitario.

En relación con la formación, la utilización de la telemedicina como canal de formación, el intercambio de profesionales entre el SPS e INSS o las rotaciones electivas por parte de los MIR, Medicina Familiar y Comunitaria en unidades del INSS llevadas a cabo en Extremadura tratan de dotar de conocimientos específicos a los médicos a la hora de gestionar la IT y de implicarles en mayor medida en el control económico de la prestación. La

¹²⁰ ANACT (2009)

formación en materia de IT no se limita a la formación continua de los facultativos, sino que abarca todos los niveles de formación de los médicos: grado, pregrado y posgrado. La experiencia de Extremadura, según las informaciones obtenidas, ha puesto de manifiesto que la participación docente interdisciplinar de las distintas administraciones (médicos del INSS, de la inspección sanitaria y de los facultativos de los SPS) se ha demostrado como la opción más efectiva y valorada, frente a los cursos o programas formativos realizados por una sola administración o con una sola óptica de aproximación a la materia. Del mismo modo, las actividades formativas deben presentarse en formatos atractivos y variados, posibilitando así el acceso de los facultativos (tanto presenciales como a distancia).

La cercanía, accesibilidad y colaboración mutua entre los médicos de atención primaria y los inspectores de los SPS constituye otro de los elementos destacables. En el caso de la CCAA de Extremadura, los médicos de primaria disponen de un médico de inspección "de referencia", que colabora y presta asistencia en los procesos de IT del cupo de asegurados del facultativo, existiendo una responsabilidad conjunta en la gestión. Los servicios de inspección en esta CCAA se estructuran en base a criterios de cercanía y eficiencia, correspondiendo a los inspectores de cada Área de Salud la responsabilidad última de la IT en dicha Área. Por otro lado, en cada Centro de Salud existe un médico coordinador de IT, que es, a su vez, interlocutor ante el Jefe de Área de Inspección.

II. La identificación de los usos indebidos de la ITcc, con el objeto de focalizar las actuaciones de control.

En los convenios específicos aparecen una serie de proyectos que tratan de abordar perfiles de bajas donde, en función de distintos indicadores, puede haber indicios de usos indebidos de la prestación. En este campo aparece por ejemplo el control de los procesos de IT que se producen en las instituciones sanitarias del SPS, cuyos indicadores están muy por encima de la población general.

Andalucía viene desarrollando un programa de estas características desde 2004 y ha reducido el indicador de prevalencia a final de mes del 5% en 2007 al 4,09% en 2009. El programa permite la citación ágil de los trabajadores de centros sanitarios en función de la patología que motiva la baja, gracias a una comunicación rápida entre los servicios de inspección y los centros sanitarios. Existen también instrucciones para que no se emita una nueva baja tras la actuación por parte de la inspección sin previa autorización de esta última. La Comunidad Valenciana, Canarias, Cantabria y Extremadura han incluido en el Convenio específico de 2009 con el INSS programas dirigidos a este colectivo.

Otro conjunto de programas dirigidos a procesos donde pueden existir indicios de usos indebidos son los previstos por distintas comunidades para conocer reiteraciones de bajas de un trabajador en las mismas épocas del año o días de la semana. Asimismo, existen otros programas para el estudio

y seguimiento de los procesos de IT de corta duración, identificando como tales los menores de 31 días, al haberse observado una tendencia al incremento de este tipo de procesos sin que aparentemente exista una causa epidemiológica que lo justifique. La CCAA de Andalucía ha llevado a cabo una experiencia pionera en esta materia, al articular un programa a lo largo del año 2009 con el que se pretende incentivar una cultura de control de los procesos de escasa duración y sensibilizar al conjunto de actores que intervienen (trabajador, empresario, facultativo prescriptor de la baja, etc.).

Una de las dificultades inherentes al control de las bajas de corta duración apuntados anteriormente, son los retrasos en la recepción, por parte de los servicios de inspección, de los partes de baja, momento hasta el que no tienen conocimiento de los episodios. Este factor es de indudable importancia en los episodios de corta duración. Por ello, el programa está orientado a las empresas de grandes dimensiones, al disponer de equipos médicos propios, circunstancia que implica una evidente limitación del alcance. Dichos equipos informan directamente a la inspección, momento en el que se procede a citar al beneficiario, siempre que el diagnóstico de la patología se corresponda con los prefijados para el programa. Si bien no resulta posible apuntar resultados dada el carácter reciente, algunas informaciones apuntan a que se ha logrado reducir el número de procesos. Asimismo, se está procediendo a adaptar las herramientas informáticas que permitan hacer uso a los médicos e inspectores de la información recopilada.

En estos y otros casos se estarían desarrollando actuaciones concentradas en perfiles donde podrían identificarse indicios para llevar a cabo un mayor control, y este aspecto de actuaciones selectivas que potencien la eficacia de la actuación inspectora es el que cabe mencionar como práctica de interés.

III. Acciones sanitarias que contribuyen a mejorar la gestión de la ITcc. En el caso de Extremadura se ha planteado una mayor continuidad asistencial entre atención primaria y especializada, y se prevé la elaboración de Protocolos de atención sanitaria en patología cardíaca y respiratoria, así como el estudio de la reconversión de procesos derivados de cirugía convencional en cirugía mayor ambulatoria. Los protocolos realizados en Extremadura contienen guías de utilidad para los facultativos, indicándose la naturaleza de las patologías, las técnicas de diagnóstico de las mismas, los sistemas de tratamiento así como la cuantificación de la incapacidad. Un elemento de interés presente en dichos protocolos es la valoración de la capacidad para el desempeño de actividades laborales del paciente, así como los tiempos estándar de IT. Teniendo en cuenta los efectos que las demoras en la realización de pruebas diagnósticas e intervenciones tienen sobre la duración de la IT, se trata de un enfoque que merecería una atención especial y la valoración de su posible generalización.

Por otra parte, entre otras actuaciones que inciden directamente sobre la organización sanitaria, cabe mencionar la experiencia piloto desarrollada por un equipo de reumatólogos en la atención temprana de patologías musculoesqueléticas. En lugar de derivar a los pacientes con este tipo de patología a la atención especializada extrahospitalaria, éstos eran tratados

directamente por reumatólogos en los servicios de primaria, con lo que se lograba evitar la cronificación de las bajas. En esta línea está prevista la aprobación en 2010 de una "Estrategia Nacional de Enfermedades Reumáticas". Tratándose de patologías con una elevada frecuencia en la ITcc, sería interesante que se incorporaran planes o programas con esta perspectiva.

Otras experiencias citadas más arriba, relativas a hernia inguinal desarrollada en Elche, y en cirugía mayor llevada a cabo en la CCAA de Madrid, muestran que una mayor coordinación e integración entre los niveles de atención sanitaria tiene efectos muy positivos en la mejora de la salud de la población enferma, lo que se traduce en mejores indicadores de la ITcc.

IV. La correcta articulación de la información y de las aplicaciones informáticas para la gestión de la IT. El desarrollo de historias clínicas electrónicas comunes tanto para los servicios de inspección de los SPS y del INSS, y la atención primaria y especializada, con módulos específicos en materia de IT, contribuye a un mejor conocimiento e intervención en este campo y a una mejor gestión. Entre otras cuestiones, desde el punto de vista de la coordinación y colaboración entre distintas administraciones, cabe resaltar el acceso del INSS a las historias clínicas, que permite evitar molestias por desplazamientos para los trabajadores en baja, la realización de pruebas complementarias, etc. Cabe apuntar, por otra parte, que la transmisión de la información de manera bidireccional permitiría asimismo que los SPS dispusieran de información importante para la gestión de las competencias asumidas en los casos en que se carezca de dicha información, como puede ser el caso de bajas por contingencias profesionales.

Igualmente cabe citar el proyecto JARA de la CCAA de Extremadura. El grado de detalle de la información en esta CCAA, permite un elevado grado de desagregación de indicadores, a nivel de centros de salud y de facultativos. La desviación respecto a los valores medios de los indicadores de prevalencia, incidencia o duración media puede operar como sistema de alarma.

En el caso concreto de Extremadura los inspectores cuentan con un conjunto de información comparativa relativa a la evolución mensual de IT por área de salud, con indicaciones de variaciones interanuales y mensuales, así como con información de los procesos activos, días perdidos, bajas iniciadas y días de media en baja con carácter mensual. Dicho instrumento resulta especialmente útil para detectar desviaciones de incidencia y duración en determinadas áreas o centros concretos, aún cuando dichas oscilaciones no necesariamente deben significar usos ajenos o indebidos en la prestación de ITcc (características poblacionales, actividades industriales, etc. que permiten explicar diferencias en cuanto a los indicadores básicos de ITcc).

V. El correcto diagnóstico de la naturaleza de las contingencias que originan en episodio de ITcc. En este aspecto destaca, la CCAA de Navarra. En un elevado porcentaje de los centros de salud de dicha Comunidad existe un sistema de vigilancia epidemiológica. Los facultativos de primaria, al

introducir en el historial clínico de los pacientes patologías de posible origen laboral, deben responder a una serie de cuestiones con el objeto de identificar correctamente la contingencia. Si de dichas respuestas se infiere el posible origen laboral de la baja, el caso es derivado al Instituto Navarro de Salud Laboral.

En definitiva, las prácticas señaladas muestran un amplio abanico de abordaje de la problemática ligada a la gestión de la IT. La evaluación de los resultados que se consigan desde las distintas aproximaciones puede aportar una información muy útil para el diseño de futuras acciones cuya eficacia pueda estar contrastada.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Conclusión 1

Las medidas adoptadas en el periodo 2004-08 con el objetivo de racionalizar la gestión de la IT han seguido las líneas estratégicas marcadas por el Pacto de Toledo, y su renovación, en cuanto al control de los posibles prácticas abusivas en relación con la prestación, y el refuerzo de las medidas de coordinación entre las entidades responsables del pago de la prestación y los servicios autonómicos de salud. Estos objetivos se enmarcan dentro de la prioridad de garantizar la pervivencia de los logros del modelo protector dentro de un entorno financiero saneado y estable. Las medidas objeto de estudio han sido pertinentes para afrontar los problemas que se identifican en el diagnóstico, si bien algunos de los aspectos problemáticos detectados no han sido abordados.

Conclusión 2

En el periodo 2005-2007 se observa una ralentización del crecimiento del gasto en IT, tanto el gasto total en términos nominales, como el gasto por afiliado en términos reales. Este último había alcanzado en 2004 un crecimiento interanual del 9,4%. La evolución del gasto real por afiliado de los procesos gestionados por el INSS ha experimentado en el conjunto del periodo un mejor comportamiento que el gestionado por las mutuas, si bien ambos se desaceleran.

Conclusión 3

En 2008, tiene lugar un repunte del crecimiento de dicho gasto real por afiliado, motivado especialmente por el importante aumento en el gasto gestionado por las mutuas.¹²¹ No obstante, las previsiones para 2009 apuntan de nuevo a la ralentización de este indicador.

¹²¹ Al margen de otras consideraciones, debe tenerse presente que en 2008 se ha producido un cambio normativo, por el que los autónomos deben obligatoriamente asegurar las contingencias comunes (antes era voluntario), y que corresponde a las mutuas cubrir las nuevas solicitudes de este colectivo.

Conclusión 4

La evolución de la afiliación y los incrementos salariales explican gran parte del incremento del gasto total en IT. En este sentido, la evolución del indicador de gasto real en IT por trabajador ofrece una mejor aproximación sobre el margen de actuación para racionalizar el gasto. La parte de la evolución del gasto no explicada por la evolución de la afiliación y los incrementos salariales se puede descomponer en la evolución de la incidencia y de la duración de los procesos.

Conclusión 5

En los años 2004-2006 los indicadores de incidencia y duración han estado afectados por distintos problemas de disponibilidad de información y de homogeneidad de la información recopilada por mutuas e INSS. Así, en el año 2005 aumenta en gran medida el conocimiento de partes de baja de corta duración, lo que produce un efecto de aumento de la incidencia y reducción de la duración atribuible únicamente a la disponibilidad de información que anteriormente no se recopilaba. Por otro lado, hasta 2007 las mutuas no computaban los procesos de menos de 16 días que no repercutían sobre su coste. En cuanto a los procesos gestionados por el INSS en los ejercicios 2006, 2007 y 2008, en los que no aparecen esos problemas metodológicos, en 2007 se produce una reducción de la duración media de los procesos del sistema y un aumento de la incidencia; mientras que en 2006 y 2008 ocurre lo contrario.

Conclusión 6

En el periodo 2007-2008¹²² un 72% de la población activa contenida en la muestra no experimentó ningún episodio de ITcc, mientras que un 17,5% experimentó un proceso y un 10,5% experimentó más de un proceso. En cuanto a la distribución por intervalos de duración, la mayoría de los procesos (hasta un 74,2%) presentan una duración inferior a 30 días, mientras que el porcentaje de los procesos con una duración superior a los seis meses es tan sólo de un 3,2%. Sin embargo, el gasto en ITcc para el sistema de la Seguridad Social se concentró especialmente en los intervalos de duraciones más largas. El 2,4% del gasto¹²³ por ITcc corresponde a procesos con una duración entre 16 y 30 días, el 17,4% entre 31 y 90 días, el 20,5% entre 90 y 180 días, el 27,7% entre 181 y 360 días y el 32% a procesos de más de 360 días.

Variables que explican la incidencia y duración

Conclusión 7

Los análisis realizados sobre las variables que proporcionan los mayores efectos discriminantes o predictivos en relación con experimentar ITcc o no y la duración de la misma identifican algunos segmentos con probabilidades muy superiores a la media. A efectos del análisis se desagrega el indicador de incidencia en sus dos componentes (porcentaje de trabajadores que experimentan baja respecto al total de afiliados y nº de procesos de baja por trabajador que experimenta bajas).

¹²² Datos referidos a procesos iniciados y finalizados en el periodo 2007-2008.

¹²³ Considerando los procesos de duración superior a 15 días, dado que en los procesos de duración inferior en el 99,6% de los casos no se dispone de datos relativos al coste.

Conclusión 8

En lo que respecta a las características que se encuentran ligadas a mayores tasas de baja en relación con el peso que tienen esos colectivos en la población afiliada a la Seguridad Social, serían las siguientes:¹²⁴

- Por edad, los individuos con edades comprendidas entre los 25 y 35 años
- Por sexo, las mujeres
- Por nivel de estudios, quienes tienen el graduado escolar
- Por CCAA, Cataluña, Canarias y en menor medida Madrid
- Por régimen de la Seguridad Social, el régimen general
- Por tipo de contrato, los trabajadores con trabajo indefinido a tiempo completo
- Por tipo de empleador, las sociedades anónimas, y el Estado y las CCAAs
- Por tamaño de empresa, las de mayor tamaño, salvo para el caso de plantillas superiores a los 5.000 empleados
- Por actividad económica, la industria manufacturera y energía, y las actividades sanitarias y sociales.
- Por grupo de cotización, los puestos medios-bajos de carácter administrativo (subalterno, auxiliares y oficiales administrativos) y en categorías medias que tradicionalmente corresponde con trabajos manuales en la industria fundamentalmente (oficiales y especialistas). También destacan en puestos de mayor nivel, los ingenieros técnicos y ayudantes titulados.
- Por base reguladora, en los empleados por cuenta ajena, los grupos con bases intermedias (entre 962 y 2902). En los trabajadores por cuenta propia, presentan una mayor tasa de baja las bases reguladoras superiores.

En cuanto a las patologías, aquellas que presentan una mayor frecuencia para todo el conjunto de población trabajadora son fundamentalmente las de carácter respiratorio y traumatológico, junto con las infecciones intestinales y los trastornos de ansiedad.

¹²⁴ Lo que no quiere decir que dicha característica sea la que explique la mayor tasa de baja

Conclusión 9

En lo que respecta a las características que se encuentran ligadas a mayores duraciones de los procesos de baja:

- A mayor edad mayor duración media de los procesos de baja,
- Por sexo, las mujeres presentan una duración ligeramente superior
- Por nivel de estudios, a menor nivel, mayor duración, salvo para el caso de los empleados sin estudios.
- Por tipo de contrato, los trabajadores contratados de forma indefinida pero discontinua
- Por tamaño de empresa, se observa mayor duración en las que tienen menor tasa de baja: empresas sin empleados y las grandes con más de 5000 trabajadores.
- Por tipo de empleador, aquellas empresas gestionadas por una persona física
- Por sectores, el sector agrícola y los hogares empleadores de personal doméstico y órganos extraterritoriales
- Por patologías, destacan determinadas patologías músculo-esqueléticas (en especial de espalda y de rodilla), determinados trastornos de ansiedad o depresivos, las hemorragias en fase temprana del embarazo y las hernias inguinales.

Conclusión 10

Utilizando los análisis CHAID y AID, se ha segmentado la población en función de aquellas características con mayor capacidad para explicar distintos comportamientos.

Destacan los siguientes resultados:

- Los trabajadores de Sociedades Anónimas y del Estado y CCAA presentan una tasa de baja (entendida como porcentaje de población que experimenta baja respecto al total de la población) del 37 %, frente a la media de la población de 28%. Dentro de este segmento, los que se han mantenido empleados durante todo el periodo y pertenecen a grupos de baja cualificación, en las actividades de industria manufacturera y energía, Administración Pública, Defensa y Seguridad Social, y actividades sanitarias y sociales presentan una tasa de baja del 47%.
- La variable tamaño de empresa es la que mejor explica las diferencias en reincidencia (trabajadores que experimentan más de un proceso de baja). A mayor tamaño de empresa mayor reincidencia, salvo para empresas con más de 5000 empleados, donde la reincidencia es sólo ligeramente superior a la de las pequeñas empresas.
- Los trabajadores de los regímenes especiales de la SS de autónomos, agrario, del Mar y Empleados de Hogar presentan una duración media de los procesos de IT que es más del doble de la duración media del conjunto de la población que experimenta procesos de ITcc. Y dentro de estos regímenes, los sectores de actividades primarias, comercio, hostelería, intermediación financiera y hogares que emplean personal doméstico presentan una duración todavía superior. En el régimen general, la patología y la edad son las variables con mayor poder discriminante.

Conclusión 11

Diferenciando por ente gestor, INSS versus mutuas, se observa en ambas una incidencia similar pero menor duración de los procesos gestionados por las mutuas. No obstante, las diferencias entre ambas entidades en cuanto a la normativa reguladora y el tipo de colectivo atendido no permiten concluir que las mutuas sean más eficientes en la gestión de la ITcc. De hecho, la modelización econométrica realizada apunta a que las diferencias entre el ente gestor mutuas e INSS no son significativas a la hora de explicar la duración de los procesos de baja. Las diferencias en duración que se observan vendrían explicadas por otras características de los colectivos atendidos.

La perspectiva laboral

Conclusión 12

Distintos estudios señalan que las condiciones de trabajo inciden sobre el número y duración de los procesos de ITcc. Algunos estudios cifran en torno al 15-20% el porcentaje de las bajas por contingencias comunes que tendrían origen laboral. Esta circunstancia repercute en distintos derechos del trabajador, que son mayores cuando el origen es laboral y tiene implicaciones en cuanto a la prevención de riesgos laborales. Asimismo, si las mutuas califican como común una contingencia que es en realidad profesional, provocarían que se desviase a los SPS y al INSS el coste económico de la prestación de servicios sanitarios y la gestión de la prestación económica, que de otro modo deberían ser asumidos por ellas. Los datos 2008-2009 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 el origen es laboral. Por otra parte, comunidades como Navarra, que han implantado un sistema específico para detectar estos posibles orígenes laborales, presentan un nivel mucho más elevado que el resto de contingencias por estos motivos. No existe suficientes investigaciones desarrolladas en este campo, pero los indicios apuntan a que existe un infrarregistro de las contingencias profesionales y a la necesidad de investigar en mayor medida los efectos que las condiciones laborales tienen sobre los procesos de ITcc.

Conclusión 13

Las condiciones de reincorporación al trabajo no se abordan suficientemente en España. La práctica habitual en países como EEUU y las líneas en las que se está trabajando en otros como Reino Unido enfatizan aquellas labores que el trabajador puede realizar en función de sus características y su tipo de trabajo y las condiciones en las que se puede reincorporar al trabajo. El énfasis pasa de interrumpir la actividad laboral hasta la plena recuperación, debido a la incapacidad para realizar determinadas tareas, a promover la reincorporación adecuada a cada perfil para llevar a cabo aquellas tareas para las que se encuentra capacitado.

La perspectiva sanitaria

Conclusión 14

La formación en materia de IT y el apoyo a los médicos de atención primaria en cuestiones de salud laboral está recibiendo atención por parte del INSS y de algunas CCAA, especialmente Extremadura en materia de formación, aunque la atención prestada a estos aspectos es todavía insuficiente. Asimismo, resulta fundamental en la correcta gestión de la ITcc el conocimiento científico preciso que permita una mejor capacidad predictiva de los episodios de la ITcc, en función de las patologías que las originan y el contexto sociosanitario y laboral de los pacientes.

Conclusión 15

En esta óptica de proporcionar instrumentos de apoyo a la gestión, la elaboración por el INSS en 2004 y la actualización reciente del “Manual de tiempos estándar de IT” constituye un paso importante. En esta línea, la CCAA de Andalucía está dando un paso más, con un proyecto para elaborar una herramienta al servicio de los médicos de atención primaria e inspectores con duraciones óptimas clasificadas según diagnóstico, teniendo en cuenta las características del sistema sanitario andaluz, e incorporando factores como el sexo, la edad, actividad laboral o estacionalidad que inciden sobre las duraciones.

Conclusión 16

Por otra parte, algunos servicios de inspección, como el de la CCAA de Andalucía, promueven la disponibilidad de datos comparativos en las Áreas y Centros de Salud relativos a ITcc entre los facultativos (indicadores de incidencia, duración, tipología de la población del cupo correspondiente). Esto permite que los propios facultativos presten mayor atención a los resultados relativos de su gestión en la ITcc.

Conclusión 17

Un factor importante a considerar para reducir la duración de las bajas es la demora en la atención (realización de pruebas diagnósticas e intervenciones). Dichas demoras vienen causadas en ocasiones por problemas de coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria. En la actualidad no se dispone de información detallada que permita estimar el efecto de las demoras en la atención sobre el alargamiento de los procesos. No obstante, determinadas experiencias realizadas han contribuido a demostrar que una mayor coordinación entre niveles asistenciales produce resultados positivos en términos de calidad de la atención y reducción de la duración de los procesos de ITcc. En el convenio específico firmado en 2009 entre el INSS y la CCAA de Extremadura se recogen, en esta línea, proyectos para la elaboración de Protocolos de atención sanitaria en patología cardíaca y respiratoria, así como el estudio de la reconversión de procesos derivados de la cirugía convencional en cirugía mayor ambulatoria.

Conclusión 18

Los médicos de atención primaria desempeñan un papel fundamental en la gestión de la ITcc. La carga de trabajo asociada a la gestión de la IT incluye además de la codificación de la baja, repetidos partes de confirmación cada semana, independientemente de la duración esperada de la patología del enfermo, e informes médicos periódicos. Dicha carga de trabajo, junto con la limitación de recursos de los que disponen, provocan que dichos facultativos perciban que la gestión de la ITcc se centra en exceso en aspectos procedimentales o burocráticos, alejados de sus principales preocupaciones. Lógicamente, este aspecto afecta negativamente a la motivación de estos actores. Según las conclusiones del Informe sobre la Incapacidad Temporal realizado por el Grupo de Trabajo del Comité Consultivo de la Inspección del SNS, la falta o insuficiente motivación de los médicos de atención primaria para una mejor gestión de la ITcc representa uno de los problemas más destacables en la gestión de la IT, junto con los usos ajenos o abusivos por parte de los trabajadores, y la concurrencia y repetición de esfuerzos de la inspección de las diferentes instituciones.

La labor de la inspección

Conclusión 19

Los datos proporcionados por el INSS en relación con los controles efectuados por el mismo en el periodo previo a los 12 meses muestran que de manera continuada un 80% de las inspecciones realizadas concluyen con la continuidad de la IT. Esto podría indicar que las inspecciones no seleccionan adecuadamente patrones en los que existe mayor probabilidad de usos abusivos.

Conclusión 20

Destaca, asimismo, la ausencia de coordinación entre las distintas instituciones que llevan a cabo inspecciones: los SPS, el INSS y las mutuas, lo que conduce a molestias innecesarias a los trabajadores y trabajo redundante. Por otro lado, también se aprecia una reiteración y repetición en la realización de pruebas diagnósticas entre los facultativos de los SPS y de las mutuas. Los primeros en cuanto responsables de la gestión sanitaria de la ITcc, los segundos en el ejercicio de control de aquellos trabajadores cubiertos por las mutuas en cuanto al pago del subsidio económico de ITcc. La colaboración y coordinación de los facultativos de ambas, bajo condiciones específicas, contribuyen a una mejor gestión de los procesos, tal y como han demostrado experiencias concretas.

Conclusión 21

En cuanto a los supuestos en los que la prestación económica de la ITcc está cubierta por las mutuas, no existe consenso jurídico sobre si éstas pueden comprobar el estado de salud de los trabajadores por cuenta de los empresarios. Así, el Tribunal de Cuentas, en sus sucesivos informes, ha limitado tal posibilidad de control a partir de día decimosexto, momento en que las MATEPSS asumen el coste económico de la prestación. Por el contrario, otros organismos de naturaleza administrativa mantienen un posicionamiento diferente, al considerar que el control puede efectuarse con anterioridad al día decimosexto (Abogacía del Estado y DGSS).

La colaboración entre organismos de la administración central y con los SPS

Conclusión 22

Por parte de los SPS se considera que no existe una relación de colaboración plena con el INSS. Si bien, desde distintos SPS de las CCAA se valora positivamente la colaboración a través de los Convenios Generales y Específicos, existen algunas críticas en cuanto a que la colaboración no se extiende a otras áreas, al margen de la concesión de financiación por la realización de determinadas actuaciones. Se solicita desde los SPS una aproximación más colaborativa por parte del INSS en la aprobación de cambios normativos que afectan a los SPS o respecto a la aprobación de modificaciones normativas demasiado próximas en el tiempo que les obligan a adaptaciones sucesivas de sus sistemas informáticos. Por otra parte, consideran que el INSS promueve relaciones bilaterales para mantener su poder de negociación, frente a dinámicas multilaterales que podrían ofrecer otras oportunidades interesantes para compartir experiencias.

Conclusión 23

El INSS, sin embargo, señala que para el seguimiento de los Convenios se reúne la Comisión Central cada trimestre y las Subcomisiones provinciales una vez al mes y en dichas reuniones el INSS mantiene informados a los SPS. Además, puntualiza que dentro de los objetivos marcados, algunos ya están establecidos normativamente. Por otro lado, en los Convenios específicos el INSS requiere de todas las CCAA sus propuestas, a fin de estudiarlas y tenerlas en cuenta. Por último, indica que las reuniones se desarrollan individualmente con cada CCAA por considerarlo más operativo y porque el grado de implicación y colaboración no es el mismo.

Conclusión 24

Por otra parte, en el análisis efectuado se ha constatado que si bien existen contactos entre los departamentos ministeriales de la administración central con competencias en el ámbito de la ITcc: MTIN (INSS) y MSyPS (que ostenta las competencias sanitarias que aún permanecen en la administración central, entre ellas la coordinación en el ámbito del SNS y particularmente la coordinación de las inspecciones de los SPS), no se explotan plenamente las posibilidades que ofrecería una colaboración más estrecha, teniendo en cuenta que la dimensión sanitaria y económico-laboral se encuentran muy interrelacionadas en la prestación por IT.

La percepción ciudadana

Conclusión 25

En la encuesta realizada se constata que una amplia proporción de la población considera que el uso de las bajas por parte de los trabajadores sin estar impedidos para el trabajo ocurre frecuentemente (52,2%) y que es fácil conseguir un parte de baja injustificado (50% de los encuestados). No obstante, la gran mayoría, el 90%, no demuestra estar muy conforme con que esto ocurra, ya que están de acuerdo en que se sancione estas acciones.¹²⁵

¹²⁵ En todo caso debe tenerse presente que la encuesta y los resultados que arroja reflejan la percepción que los ciudadanos tienen sobre esta materia.

Conclusión 26

Las principales razones por las que los ciudadanos consideran que se recurre a la IT sin estar impedido para trabajar son las siguientes, agrupando por distintas categorías de respuestas que podrían estar relacionadas:

- Un 45% de las respuestas apuntan a usos puramente fraudulentos (“el ocio” menciones del tipo “vagos, cara dura, cuento, etc” “gente que no tiene ganas de trabajar, que no les gusta trabajar” “para realizar otros trabajos”, “falta de ética”, ...).
- El segundo motivo más mencionado son problemas de conciliación familiar, englobando aquí el 18% de menciones a “necesidades familiares/asuntos familiares” y el 5,5% de maternidad/paternidad.
- A continuación un 14.3% de los consultados considera motivo de baja laboral sin estar enfermo el “estrés, la depresión, la ansiedad”, es decir estados anímicos que en ocasiones pueden ser diagnosticados como enfermedad.
- Y finalmente también se mencionan los relacionados con la situación laboral (mal ambiente laboral (4,5%) y conflictos laborales (3,9%))

El recurso a la IT ante espacios de desprotección

Conclusión 27

El hecho de que entre las causas para solicitar una baja sin encontrarse incapacitado, el motivo “necesidades familiares” sea uno de los mencionados con frecuencia, confirma la percepción de que en algunos casos la IT se utiliza como espacio refugio para situaciones de necesidad que no tienen una adecuada cobertura. La ley de Dependencia así como la regulación específica del riesgo durante el embarazo y la lactancia han supuesto un avance, pero todavía quedan espacios de desprotección en situaciones en las que existe una demanda social de protección. La actuación para evitar usos abusivos de la IT no puede dejar de tener presente que la existencia de espacios de desprotección constituye una realidad diferente al puro fraude.

Conclusiones 28

En relación con el análisis de la incidencia y duración de los procesos de IT por parte de aquellos trabajadores que tienen dependientes a cargo, se observa una pequeña diferencia en cuanto a la incidencia entre los que no tienen cargas familiares y los que sí las tienen. En cuanto a la duración, los trabajadores sin cargas familiares presentan una duración media de 31 días, frente a 33 días de los que conviven con menores de 3 años y mayores entre 70 y 80 años, que aumenta a 36 días en el caso de tener a cargo mayores de 80 años. No son diferencias importantes, aunque evidencian necesidades sociales que actualmente se están cubriendo con un instrumento de protección no diseñado para ello.

La gestión por el INSS de los procesos superiores a doce meses

Conclusión 29

La asignación al INSS de la competencia para determinar la prórroga, alta o inicio de procedimiento de IP en los procesos de ITcc superiores a doce meses ha supuesto la introducción de un punto de cierre en aquellos procesos que en ocasiones se mantenían abiertos injustificadamente como IT. En los controles efectuados por el INSS en el periodo 2006-08 se observa un claro predominio de la extinción de los procesos, bien por alta médica o por pase a IP, aunque este porcentaje es menor con el transcurso del tiempo: pasan de un 68% en 2006 a un 60% en 2008. El porcentaje de procesos que en realidad corresponden a IP se sitúa entre un 20 y un 30%, lo que constituye una llamada de atención sobre la posibilidad de una detección anticipada de la IP. Por otra parte, al introducir, en el modelo econométrico estimado, la variable “aplicación con anterioridad a 2007 del control por el INSS a los 12 meses” (cabe recordar que se va implantando progresivamente desde 2006 hasta aplicarse a todo el territorio en 2008), se observa que, en aquellas provincias que venían aplicando el control con anterioridad al ejercicio 2008, la duración media de los procesos es un 86% inferior a la de las provincias que empiezan a implantar el control dicho año.

Conclusión 30

Ahora bien, una vez eliminada la bolsa de casos que se encontraban en esa situación, cabe esperar que los mejores resultados en términos de reducción de coste se consigan con una detección temprana del fraude, por lo que medidas inspectoras previas serían más eficaces. De hecho, el argumento del elevado porcentaje de gasto que se concentra en el número reducido de procesos de más de 12 meses no justifica la intervención a los 12 meses, sino la identificación temprana de casos que injustificadamente puedan llegar a esa duración, para proceder al alta cuando proceda. Los avances en la información sobre los procesos y el mayor conocimiento de las duraciones medias esperables por patologías permitirían avanzar hacia esa detección precoz.

Conclusión 31

Una cuestión a verificar es la eficiencia de la medida, en términos del coste que supone el incremento de efectivos y recursos del INSS, versus el ahorro de coste por las actuaciones realizadas. Por otro lado, la vocación de mayor intervención del INSS en el control ha sido interpretada, por parte de los servicios de inspección y de los facultativos de primaria de los SPS, como una intromisión en sus competencias. El refuerzo del control que se quiere promover con las actuaciones directas del INSS puede tener un punto óptimo, en el que actúa como “competencia potencial”, sin llegar a caer en costosas duplicaciones de actuaciones.

Conclusión 32

Si bien la modificación de la medida operada en 2007 introdujo un procedimiento de audiencia, para resolver las críticas recibidas por la situación de desprotección del trabajador que se generaba con la regulación aplicada en 2006, en la actualidad siguen existiendo problemas, en relación, al menos, con dos cuestiones:

- Las disconformidades presentadas por los beneficiarios, automáticamente, prolongan la situación de baja en once días, lo que constituye un claro incentivo a impugnar la resolución. De hecho, el porcentaje de impugnaciones presentadas ha pasado de suponer el 10% en 2008 al 35% en el periodo de enero a octubre de 2009.
- La fecha de efecto de la resolución del procedimiento es la que figura en la propia resolución, esto es, seis días después de la firma del Director Provincial. Ello puede producir, en ocasiones, una situación de indefensión del trabajador si existen retrasos en la notificación, y en consecuencia, la incorporación del trabajador es posterior a la fecha del alta, pues no le corresponde el pago del salario a las empresas ni el pago de la prestación al INSS.

Los Convenios Generales

Conclusión 33

Los Convenios generales entre el INSS y las CCAA (excepto el País Vasco y Navarra), que contemplan un incentivo económico en aras de mejorar los controles de IT por parte de los SPS, han conseguido perfeccionar los mecanismos de puesta a disposición de la S.S. de información respecto a los procesos de ITcc. En este campo, se han producido avances muy importantes, tanto en la transmisión del total de partes de IT, como en la rapidez con la que se dispone de la información, y la incorporación de información relativa al diagnóstico clínico. Así, se observa un importante avance en el volumen de partes transmitidos, con un incremento del 91% en el número de partes transmitidos entre 2004 y 2007, especialmente por el crecimiento en el ejercicio 2005. En cuanto a la agilidad, en 2005 se tardaba más de un mes desde la fecha del hecho causante en disponer de información de un 24% de los partes. En 2007, se consigue disponer de partes sobre la totalidad de procesos antes de un mes, y un 65% de los mismos en los primeros 5 días. Asimismo, se ha incrementado en gran medida la información sobre los diagnósticos, aunque se mantienen ciertas dudas sobre la calidad de los mismos.

Conclusión 34

Desde su creación, los Convenios generales han dispuesto de unos objetivos cuantificados y de un sistema de seguimiento de resultados. El grado de cumplimiento de objetivos ha mejorado con el tiempo, si bien unos, especialmente los de modernización y mejora de la gestión, se alcanzan en mayor grado que otros. Así, los relativos a la reducción del indicador “días de coste/afiliado/mes” sólo se alcanzaron en 5 comunidades, tanto en 2006 como en 2007, lo que puede estar relacionado con ciertas características de cada CCAA en términos de actividad productiva, edad de la población, etc.

Conclusión 35

Como efecto positivo de los Convenios, cabe destacar el establecimiento de dinámicas de colaboración entre el INSS y las CCAA, así como la llamada de atención a los responsables de los SPS sobre la “cuestión IT”. Como crítica, a excepción del proceso de informatización y algunos incentivos, en general, los fondos asignados (295 millones de euros en 2008) se canalizan al conjunto del sistema de salud, pero en la mayoría de los casos, no se vincula directamente su uso con la mejora de la gestión de la IT.

Los Convenios Específicos

Conclusión 36

Los Convenios específicos, firmados entre 2006 y 2008 con ciertas CCAA, para el análisis y control del comportamiento de los procesos de ITcc en determinadas patologías presentan un reducido grado de ejecución presupuestaria respecto a los créditos inicialmente dotados (dotación de unos 30 millones de euros en 2007 y 2008). Este hecho es especialmente acusado en el segundo año de ejecución en cada una de las CCAA, a excepción de Extremadura, donde la ejecución presupuestaria mantiene una continua tendencia creciente. En relación con el objetivo de reducción de las duraciones, en general, y con la excepción del año 2008¹²⁶, las CCAA que lo aplican no han reducido las duraciones de las patologías seleccionadas con respecto a ejercicios anteriores. Por otra parte, al introducir en el modelo econométrico estimado la variable “aplicación o no del programa piloto en la CCAA”, se observa que la duración media de las bajas en las CCAA que aplicaron dichos programas en el ejercicio 2008 fue un 50% superior que en el resto de CCAA. Estos hechos podrían evidenciar ciertas limitaciones del diseño o aplicación de dichos convenios.

Conclusión 37

En el ejercicio 2009 se ha iniciado una nueva dinámica en la que se abre un extenso abanico de propuestas a iniciativa de las CCAA, y se ha ampliado de forma importante el número de CCAA que participan. En su nueva concepción de 2009, los Convenios ofrecen un marco en el que se potencia una mayor iniciativa e implicación de las CCAA, y permite acumular experiencias piloto en los distintos ámbitos, con amplias posibilidades de aprendizaje si se lleva a cabo un adecuado seguimiento de las iniciativas.

Valoración general de las medidas

Conclusión 38

Las medidas evaluadas son pertinentes para resolver algunos de los problemas que se han identificado en el diagnóstico, relacionados principalmente con el control del gasto. No obstante, deberían completarse con el abordaje de otras cuestiones que se han identificado como problemáticas, especialmente en relación con las condiciones laborales y los aspectos del ámbito sanitario.

¹²⁶ El resultado de este año viene afectado por el cambio en las CCAA que aplican el Convenio.

Conclusión 39

En cuanto a su eficacia, ha mejorado en gran medida la disponibilidad de información sobre los procesos de IT y el plazo en el que se dispone de la misma. También se cuenta con mecanismos para garantizar que la IT se utiliza como prestación temporal, que sólo en limitadas ocasiones supera el año de duración. Y asimismo, se han establecido dinámicas de cooperación con las CCAA. No obstante, subsisten dificultades para lograr una mejor colaboración entre la administración central y las CCAA y se observa un apoyo todavía insuficiente en términos de información, formación y asesoramiento a los facultativos de atención primaria.

Recomendaciones

Recopilación de información, análisis y uso de la misma

Recomendación 1

Se recomienda promover una mayor utilización de la información disponible sobre segmentos con mayor probabilidad de incidencia, reincidencia y duración, para estudiar sus posibles causas e impulsar actuaciones al respecto, bien en relación con usos abusivos, bien por posibles problemas relacionados con las condiciones de trabajo, bien debidos a la gestión sanitaria o a otro tipo de causas.

Recomendación 2

Es especialmente útil seguir avanzando en la disponibilidad de información y la calidad de la misma. Por ejemplo, en relación con los diagnósticos para procesos de corta duración, pues actualmente, en gran número de ocasiones, no se dispone de ellos. También es interesante establecer mecanismos para actualizar la información del diagnóstico, pues en procesos de duración media o larga, pueden existir importantes diferencias entre la valoración inicial y el diagnóstico final.

Recomendación 3

Del mismo modo, los flujos de información deben responder a las necesidades derivadas de la gestión de cada una de las administraciones intervinientes, con independencia de la entidad que disponga de dicha información, salvaguardando en todo caso la protección de los datos de carácter sanitario contenida en la legislación aplicable.¹²⁷ En este sentido, el desarrollo de historias clínicas electrónicas comunes para los servicios de inspección de los SPS y del INSS y la atención primaria y especializada, con módulos específicos en materia de IT, contribuye a un mejor conocimiento e intervención en este campo y a una mejor gestión. Por otra parte, la mayor transmisión de la información de manera bidireccional permitiría asimismo que los SPS dispusieran de información importante para la gestión de las competencias asumidas en los casos en que se carezca de dicha información, como puede ser el caso de bajas por contingencias profesionales.

¹²⁷ La normativa de referencia es la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 41/2002, de 14 noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La labor de la inspección

Recomendación 4

En relación con la labor inspectora, una mayor focalización de las actuaciones en aquellos colectivos donde existen indicios para sospechar usos abusivos permitiría aumentar la eficacia de las inspecciones. Los dos grandes objetivos de las inspecciones deberían orientarse, por un lado, a la detección “temprana” de procesos de IT que puedan estar prolongando injustificadamente su duración, y por otro, al control de la incidencia, especialmente mediante mecanismos ágiles de actuación sobre procesos de duración corta o muy corta. Existen ejemplos en este campo, como es el caso del sistema rápido de citación que viene utilizando la CCAA de Andalucía para el control de los procesos de IT que se producen en las instituciones sanitarias del SPS.

Recomendación 5

Deberían articularse adecuadamente las responsabilidades y colaboración entre las distintas entidades que realizan inspecciones, así como entre los inspectores y los médicos de atención primaria.

Recomendación 6

Paralelamente al avance en el mayor control de usos abusivos, debería revisarse la existencia de espacios de desprotección que están haciendo uso de la IT como espacio refugio y que demandan una cobertura específica, así como promover un mejor ajuste de los procesos de incapacidad a la prestación de S.S. que efectivamente cubre la contingencia (IT e IP, dado que ésta última representa un importante porcentaje de procesos de ITcc).

Atención primaria

Recomendación 7

Los médicos de atención primaria desempeñan un papel fundamental, no sólo como fuente de información esencial, sino también en la prevención de usos abusivos. Como actor en relación más directa con el paciente, es el principal interlocutor en la tarea de sensibilización sobre una correcta gestión de la IT, al margen de que, en casos problemáticos, deba poder recurrir al apoyo de la inspección en labores coercitivas que no le corresponden. Para facilitar su labor, es útil la orientación sobre duraciones habituales de los procesos de ITcc para las distintas patologías y características personales y laborales de los individuos. Debería avanzarse en proporcionar a los facultativos una herramienta informática que facilitara esa información. Por otro lado, resulta fundamental poner a su disposición el conocimiento científico preciso que permita una mejor capacidad predictiva de los episodios de la ITcc, en función de las patologías que las originan y el contexto sociosanitario y laboral de los pacientes, en forma de protocolos de actuación, guías clínicas de atención en ITcc, etc.

Recomendación 8

Asimismo, proporcionar a los médicos, de manera generalizada, datos comparables en relación con indicadores de incidencia, duración y coste (sus propios indicadores frente a la media de los indicadores del área geográfica de referencia a efectos sanitarios) favorece la concienciación sobre los efectos presupuestarios de la autorización y confirmación de las bajas.

Recomendación 9

El apoyo por especialistas en salud laboral y la formación en este campo contribuiría a una mejor valoración de la duración oportuna de las bajas, a poder discriminar los orígenes laborales o comunes de la IT y a poder ponderar las condiciones para la reincorporación.

Recomendación 10

La motivación de los médicos de atención primaria puede favorecerse con incentivos, siempre que los indicadores utilizados sean adecuados, es decir, tengan en consideración las características particulares de la población atendida, de forma que se eviten incentivos perversos. El carácter de los incentivos puede ser monetario o de otro tipo, vía formación, recursos, etc.

Recomendación 11

La extensión de la rotación de la formación MIR en el INSS y en los servicios de inspección permitiría una mayor sensibilización y un conocimiento más preciso de la prestación.

Recomendación 12

Asimismo, el refuerzo de las interconsultas entre primaria y especialistas en los centros de salud, y el impulso de otros mecanismos de coordinación y acceso a la información, en particular, en relación con la historia clínica, coadyuvarían a una mejor gestión de la IT.

Recomendación 13

Una vía de colaboración con atención primaria es avanzar en la adecuación de la frecuencia de los partes de confirmación con la duración prevista de las bajas por patologías. Existen patologías para las que la confirmación semanal de las bajas es claramente innecesaria. Para otras, habrá que tener en cuenta que la calidad de los diagnósticos codificados en los partes de baja es mejorable, y que las duraciones medias por patologías pueden requerir ajustes, en función de determinadas características personales, laborales y del sistema sanitario de cada CCAA. En cualquier caso, es posible y debería abordarse una mayor adecuación de los partes de confirmación a la duración esperada. Ello contribuiría, asimismo, a ir desarticulando la calificación de “burocrática” que se asigna a la gestión de la IT.

La colaboración con los SPS

Recomendación 14

Una vez que a través de los Convenios se ha generado un espacio de diálogo y colaboración entre el INSS y las CCAA, sería útil seguir avanzando en la colaboración mediante una mayor información y consulta a las CCAA en cuestiones que les afectan, y sobre las cuales pueden aportar información útil. Se dispone de un foro en el ámbito del Ministerio de Sanidad y Política Social. Se trata del grupo de trabajo sobre IT creado en 2006 en la Comisión de Coordinación de la Inspección en el Consejo Interterritorial del SNS. Dicha Comisión tiene grandes potencialidades por ser punto de encuentro entre el conjunto de agentes institucionales del SNS.

Recomendación 15

La exigencia por parte del INSS a las CCAA de una mayor relación finalista en el uso de los fondos de los convenios generales pero también la promoción de una mayor capacidad de iniciativa de las CCAA, dentro del objetivo de racionalización de la IT, pueden contribuir a promover una colaboración mutuamente interesante. En concreto, existe espacio para una colaboración útil en lo relativo a la coordinación entre niveles asistenciales y las demoras para la realización de pruebas diagnósticas e intervenciones.

Recomendación 16

Por otra parte, podrían introducirse mecanismos de evaluación del instrumento “Convenios” por parte de las CCAA y el INSS conjuntamente al terminar sus periodos de vigencia, de cara a su renovación revisada.

Recomendación 17

La articulación de foros informales para el intercambio de experiencias sería, asimismo, una vía de colaboración que en otros ámbitos se ha mostrado especialmente útil para desbloquear situaciones y promover el aprendizaje colectivo. Podría desarrollarse el intercambio de experiencias sobre las iniciativas que forman parte de los convenios específicos desarrollados a partir del año 2009, al hilo de este nuevo formato de convenio y como mecanismo útil para poner en común las principales lecciones aprendidas.

La relación con las condiciones laborales

Recomendación 18

En lo que se refiere a los posibles orígenes laborales de las bajas, sería interesante promover un mayor conocimiento de la cuestión. La introducción en la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo y en la Encuesta Nacional de Salud de preguntas que permitan relacionar condiciones de trabajo con las situaciones de baja facilitaría este trabajo.

Recomendación 19

Es interesante seguir promoviendo una mejor comprensión y conocimiento científico sobre la oportunidad del reposo y su duración para las distintas patologías y condiciones laborales y personales. En este sentido, es oportuno potenciar la investigación científica y su difusión, facilitando a los médicos la disponibilidad de información al respecto.

Recomendación 20

Asimismo, el impulso a la prevención efectiva de riesgos laborales constituye un área de atención, en la medida en que no existe una línea divisoria clara entre el origen laboral o común de las enfermedades.

Recomendación 21

Finalmente, sería oportuno explorar procedimientos más efectivos para detectar las posibles desviaciones a contingencias comunes de procesos de IT provocados por contingencias profesionales. Los desarrollos iniciados por Navarra permiten contar con un precedente de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Acuerdo para la mejora y desarrollo del sistema de protección social. 2001.
- Acuerdo sobre la consolidación y racionalización del Sistema de la Seguridad Social. 1996.
- Acuerdo sobre medidas en materia de Seguridad Social. 2006
- Alba Ramírez, A. (2009) La incapacidad temporal para el trabajo: análisis económico de su incidencia y su duración. Ministerio de Trabajo e Inmigración. 147 págs. Madrid.
- Álvarez de la Rosa, M. (2008). *“las prestaciones por IT e IP en un mundo laboral cambiante”* Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Nº Extra 74, 2008. Madrid. Págs. 317-332
- Benavides F. G. et al. (2005). *“Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting”*. American journal of industrial medicine 2005;47(2). Págs. 176-80.
- Benavides F. G. (coordinador) (2007). Informe de Salud Laboral. España, 2006. Observatorio de Salud Laboral. 2007. Barcelona.
- Castejón, J. et. Al. (2000) *“El papel de las condiciones de trabajo en la incidencia de la incapacidad temporal por contingencias comunes. Resultados de un estudio piloto”*. Medicina y Seguridad del Trabajo. Vol. 55 nº 214. Madrid.
- Cavas Martínez, F. y F.J. Fernández Orrico (2006) La cobertura de las contingencias profesionales en el sistema español de seguridad social. Tirant Lo Blanch. Valencia 497 págs.
- CEOE (2007) *“Balance de la Encuesta de CEOE sobre Negociación Colectiva 2006. Estructura y contenido de los Convenios Colectivos en España”*. Informes y Estudios 2007.
- Diego Domínguez M.L., M. González Hierroy J.M. Francia Viña (2005). *“Evolución del gasto en IT a nivel nacional tras la gestión compartida de la prestación”*. Comunicación. I Congreso Nacional de la FAISS. Granada.

- Durán, A.(2007) “*La muestra Continua de Vidas Laborales de la Seguridad Social*”. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Nº Extra 2, 2007. Págs. 231-240.
- El Pacto de Toledo: recomendaciones. Informe de la Ponencia para el análisis de los problemas estructurales del sistema de la Seguridad Social y de las principales reformas que deberán acometerse. 1995.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/documentos/registro.jsp?id=588>
- Escobar Mercado, M. (1998) “*Las aplicaciones del análisis de segmentación: el procedimiento Chaid*” EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. Nº 1. 37 págs.
- Escobar Mercado, M. (2007) “*El análisis de segmentación: técnicas y aplicaciones de los árboles de clasificación*”. Colección Cuadernos Metodológicos, nº 39. Centro de Investigaciones Sociológicas”. Madrid, 2007. 239 págs.
- Esping-Andersen, G. (1993) Los tres mundos del bienestar. Alfons el Magnànim, Valencia.
- Esping-Andersen, G. (2000) Fundamentos sociales de las economías postindustriales. Editorial Ariel. Barcelona.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2007) Fourth European Working Conditions Survey. Luxemburgo, 2007. 133 págs.
- Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública (2009). ¿Dónde está el fraude a la S.S?. 15 págs.
- Health Work Wellbeing (2008) Improving health and work: changing lives The Government's Response to Dame Carol Black's Review of the health of Britain's working-age population. Noviembre, 2008
- García A.M., F. Gadea,y V. López (2007) Impacto de las enfermedades de origen laboral en España. ISTAS 2007. Valencia.
- García Rodríguez, J. y R. Enseñat Sánchez (2008) “*Las cuatro preguntas capitales para una gestión eficaz de la incapacidad temporal*”. Revista Semergen, número 5 volumen 34. Págs. 264-265.
- Gimeno, D., F.G. Benavides, J. Benach, B.C. Amick III (2004) “*Distribution of sickness absence in the European Union Countries*”. Occupational and Environmental Medicine. Nº 61. Págs 867-869. 2004.
- Grupo de Trabajo de la Comisión de Coordinación de la Inspección en el SNS (2006). La Incapacidad Temporal. Valoración de problemas y establecimiento de prioridades por los SPS. Junio de 2006.
http://www.fraternidad.com/es-ES/revista/REVISTA-LA-MUTUA-NUMERO-19_19.html
- INSS (2008) Informe sobre Incapacidad Temporal (evaluación 2000-2007). Abril 2008.

- Quijano Terán, F. y M. Gandarillas González(2008) “*Atención primaria y salud laboral. La medicina familiar y comunitaria ante las enfermedades del trabajo y la incapacidad laboral*”. Revista la Mutua. Nº 19.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21
- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2007). Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2007-2012)
- Molins-Atance J. “*Comunicación a la ponencia: el control de la IT*”. Ponencia y Comunicaciones del III Congreso de la Asociación de Salud y Seguridad Social. Editorial Laborum, Madrid 2006
- Monereo Pérez, J.L. (2008) “*Ciclos vitales y Seguridad Social: trabajo y protección social en una realidad cambiante*”. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales”. Nº Extraordinario 74. 2008. Madrid.
- Navarro Arribas, C. y S. Chicano Díaz (2003) “*La incapacidad temporal: hacia un modelo de gestión*”. MEDIFAM. Vol 13 Nº. 1.
- Oliva, J. (2009) “*Pérdidas laborales ocasionadas por enfermedades y problemas de salud en España en el año 2005*”. Seminario impartido en el Instituto de Estudios Fiscales. 19 de noviembre 2009.
- OCDE (2006) *Sickness, Disability and Work: breaking the barriers*. (Vol. 1): Norway, Poland and Switzerland. 172 págs.
- OCDE (2007) *Sickness, Disability and Work: breaking the barriers*. (Vol 2): Australia, Luxembourg, Spain and the United Kingdom. 178 págs.
- OCDE (2008) *Sickness, Disability and Work: breaking the barriers*.) (Vol 3) Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands. 170 págs.
- Osterkamp, R. y O. Röhn (2007) “*Being on Sick Leave: Possible Explanations for Differences of Sick-leave Days Across Countries*”. CESifo Economic Studies Nº 57. Vol 1. 2007 53(1). Págs.97-114.
- Renovación del Pacto de Toledo (2003). “Informe de la Comisión no permanente del Congreso de los Diputados para la Valoración de los Resultados Obtenidos por la Aplicación de las Recomendaciones del Pacto de Toledo”
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/comision-informe-01.pdf>
- Ruesga Benito, S. M. (Director). (2008). Las mutuas de accidentes de trabajo y la gestión de la IT por contingencias comunes. Ministerio de Trabajo e Inmigración. 459 págs.
- Ruiz Téllez, A. (2004) Coordinador. “*Estado del arte de la atención primaria. Pasado, presente y futuro. Una perspectiva desde el análisis de sistemas*”. Instituto Pcom y CYMAP. 25 págs.
- Secretaría de Estado de la Seguridad Social (2009) Informe sobre las Actuaciones en relación con el control de los procesos y el gasto de la prestación de IT. Marzo de 2009.

- Sempere Navarro, A. V. et al (2007) Hacia un nuevo modelo de gestión de la incapacidad temporal. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 191 págs.
- Sevilla, F. (2006) “La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social”. Fundación Alternativas. Documento de trabajo 86/2006. 58 págs. Madrid.
- Tribunal de Cuentas (2009) “Informe de Fiscalización especial nº 720. Informe de Fiscalización especial sobre la constitución y materialización de la provisión para contingencias en tramitación, de las reservas obligatorias del exceso de excedentes de las MATEPSS”. BOE del 11 de mayo de 2007
- Tribunal de Cuentas (2009). “Informe de Fiscalización nº 829. Informe de Fiscalización sobre los procedimientos de contratación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social”.
- Vicenç Navarro y A. Martín-Zurro (2009) Coord. La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Concepció Violán Fors. 260 págs.
- VVAA (2007) La vigilancia de la incapacidad temporal y el actual marco legislativo en salud laboral. Libro de ponencias. IX jornadas de la Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo de Aragón y la Rioja. 84 págs.
www.smmalaga.com/estado_arte_ap.pdf
- Orueta Mendi, J.F (2008). “*Evaluación de la calidad de codificación CIE-9-MC en atención primaria*”. Sociedad Iberoamericana de Información Científica.
- Castejón Castejón, J. (2002) El papel de las condiciones de trabajo en la ITcc. Tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. 207 págs.

Evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal

ANEXOS

ÍNDICE

Anexo I	Comparación de la protección de la IT en la UE, 233
Anexo II	Requisitos y características principales de la prestación de IT, 237
Anexo III	Normativa reguladora de la ITcc, 238
Anexo IV	Factores explicativos de la IT, 240
Anexo V	Matriz de preguntas y metodología de la evaluación, 243
Anexo VI	Gráficos de incidencia y duración, 249
Anexo VII	La ITcc según el ente gestor, 253
Anexo VIII	Encuesta de opinión de la población sobre ITcc, 263
Anexo IX	Convenios específicos, 267
Anexo X	Análisis Estadístico, 274
Anexo XI	Modelos econométricos de incidencia, 288
Anexo XII	Análisis CHAID y AID, 291
Anexo XIII	Convenios generales y específicos, 310
Anexo XIV	Entrevistas realizadas, 311

GLOSARIO DE SIGLAS

AAPP	Administraciones Públicas
AEVAL	Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y de la Calidad de los Servicios
AGE	Administración General del Estado
AT y EP	Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
CEI	Comisión de Evaluación de Incapacidades
DGOSS	Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social
EVIS	Equipos de Valoración de Incapacidades
INGESA	Instituto de Gestión Sanitaria
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
INSS	Instituto Nacional de Seguridad Social
ISM	Instituto Social de la Marina
IT	Incapacidad temporal
ITcc	Incapacidad temporal por contingencias comunes
ITcp	Incapacidad temporal por contingencias profesionales
LGS	Ley General de Sanidad
MATEPSS	Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social
MITIN	Ministerio de Trabajo e Inmigración
MSyPS	Ministerio de Sanidad y Política Social
RETA	Régimen Especial de Trabajadores Autónomos
S.S.	Seguridad Social
SESS	Secretaría de Estado de la Seguridad Social
SPS	Servicio/s Público/s de Salud
TRLGSS	Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social
CIE-9MC	Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud

ANEXO I COMPARACIÓN DE LA PROTECCIÓN DE LA IT EN LA UE

TABLA 1. LA PROTECCIÓN DE LA IT EN LOS DISTINTOS SISTEMAS DE S.S. PAÍSES CONTINENTALES

CARACTERÍSTICAS		Alemania	Francia	Bélgica	Italia	Grecia	España
FINACIACIÓN	-Beneficios en especie -Prestación económica	Contribuciones e impuestos	Impuestos y contribuciones	Contribuciones, subsidios del Estado y financiación alternativa (VAT), en función de las necesidades.	Contribuciones	Contribuciones, subsidios anuales del Estado a la S.S.	Impuestos Contribuciones
PRINCIPIOS BÁSICOS		Sistema de S.S. obligatorio, financiado por contribuciones de los empleados, hasta un cierto límite de renta. Continuidad en el pago de los salarios por el empresario y relación de la prestación con los ingresos salariales	S.S. obligatoria. Prestaciones en relación a los ingresos salariales	S.S. obligatoria financiada con contribuciones. -Para los asalariados: continuación del pago de los salarios por el empresario, durante un período. Después prestación en función de los ingresos -Autónomos: suma a tanto alzado	S.S. obligatoria. Prestaciones en relación a los ingresos salariales. Continuación del pago por parte de los empresarios. Especificidades en el supuesto de tuberculosis	Seguridad social obligatoria para los empleados con prestaciones relacionadas con los ingresos salariales	Sistema de S.S. obligatorio, para trabajadores y grupos asimilados. Prestaciones en relación a los ingresos (bases de cotización)
	Beneficiarios	Trabajadores y asimilados	Todos los trabajadores, con la excepción de ciertos colectivos de autónomos	Trabajadores con contrato de trabajo y categorías asimiladas. Especificidades para los autónomos. Imposibilidad de seguro voluntario	No hay prestaciones económicas, pero existe continuidad en el pago de los salarios	Trabajadores y asimilados	Trabajadores. Especificidades para los autónomos
	Limitaciones para asociarse y excepciones al aseguramiento obligatorio	42.750 para trabajadores con seguro privado en 2002. 47.250 para el resto. Superados estos límites la afiliación es voluntaria en dos supuestos. La afiliación no es obligatoria para trabajadores con ingresos inferiores a 400€	Sin limitaciones o excepciones	Sin limitaciones o excepciones	Sin limitaciones o excepciones	Sin limitaciones, con la excepción de los trabajos marginales no considerados como medio de vida	Sin limitaciones, con la excepción de los trabajos marginales no considerados como medio de vida
Prueba de incapacidad para el trabajo	Certificación médica de baja a partir del cuarto día	Prescripción de baja por parte de un facultativo, para los asalariados, indicando la duración prevista de la baja	Certificación médica a partir del segundo día de baja por parte de un facultativo del Fondo de Enfermedad	El trabajador debe entregar certificado médico al empleador, que puede controlar la baja	Certificación médica de baja por un facultativo del Instituto de Seguridad Social a partir del primer día	Incapacidad para el trabajo acreditada por un facultativo del Sistema Nacional de Salud a partir del cuarto día	
CAMPO DE APLICACIÓN	No se requiere	Pago de una cuantía mínima de contribuciones -6 primeros meses. Pago de 1,075 de SMI o 200 horas trabajadas en los 3 meses previos -Resto del período 2,030 de SMI y 800 horas trabajadas en los 12 meses anteriores a la baja, 300 de las cuales en los 3 meses previos	6 meses de afiliación o trabajo. 120 días de trabajo o asimilados. Prueba de pago de un mínimo de contribuciones. Cese de actividades y reducción de ingresos al menos en un 66%	No se exige período cotizado o trabajado	Según los beneficios: Para 182 días de subsidio 100 días de aseguramiento en el año anterior. Para 1 año de subsidio, 300 días de aseguramiento en los 2 años anteriores. Para 2 años, 1.500 días de aseguramiento en los 5 años anteriores	180 días en los 5 años anteriores en caso de contingencias comunes. Período no exigido en el caso de contingencias profesionales	

TABLA 1. LA PROTECCIÓN DE LA IT EN LOS DISTINTOS SISTEMAS DE S.S. PAÍSES CONTINENTALES (CONT.)

CARACTERÍSTICAS		Alemania	Francia	Bélgica	Italia	Grecia	España
BENEFICIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL	Período de espera	No hay período de espera si el trabajador está asegurado, o la baja se debe a contingencias profesionales o se requiere hospitalización	3 días	1 día. Dicho período no se exige si se ha estado desempleado al menos 9 días en los 21 días previos a la incapacidad y en determinados supuestos	3 días	3 días	3 días
	Prestación pagada por el empresario	Durante 6 semanas para trabajadores manuales y de cuello blanco	En el régimen general paga la diferencia entre la prestación y el salario, de acuerdo a la negociación colectiva o el acuerdo nacional interprofesional	-Para trabajadores manuales los primeros 7 días: 100% de ingresos. Del 8-14 días: 60%. Del 15 al 30 un subsidio complementario. -Para trabajadores de cuello blanco 100% de ingresos durante un mes	Continuación del pago del salario un máximo de 180 días por año	No existe obligación legal.	Del día 4 al 15, inclusive
	Cuantía de los beneficios	-La prestación por enfermedad consiste en el 70% de los ingresos de trabajo, sin superar el 90% de los ingresos netos -El salario normal percibido por trabajo, en el grado en que esté sujeto a contribución	En el régimen general: -Un 50%, con un máximo de 44, 7 € por día -66% a partir de día 31 para quienes tenga 3 o más hijos, con un máximo de 59,6 €	La prestación se comienza a pagar cuando finaliza el pago por parte del empresario (2 semanas o un mes). Se paga el 60% de ingresos. El tope es de 107,4 € por día	-Sin hospitalización: 50% de los ingresos reales, 66,6% a partir del día 21 -Con hospitalización: La prestación se reduce a 2/5 para trabajadores sin dependientes a cargo	-Durante los primeros 15 días la totalidad del subsidio, con un suplemento por dependiente de 14€ al día. -Resto del período totalidad del subsidio, con suplemento de 28€ por persona dependiente	-Del 4 al 20 día el 60% de la base reguladora (ingresos mensuales dividido entre número de días trabajados) -A partir del día 20 75%
	Duración de los beneficios	78 semanas sobre un período de 3 años	12 meses en un período de 3 años, pero hasta 3 años en el caso de enfermedades de larga duración	1 año	6 meses por año	Dependiendo del período contributivo (véase período de cualificación): 182, 360 o 720 días	12 meses ampliable en 6 meses si se presume la recuperación para el trabajo
Otros beneficios		10 día de trabajo retribuido en el caso de enfermedad de un hijo (20 en el caso de madres/padres separados o solteros)	No existen	No existen	No existen	Atención privada en hospital: 25,40 € por día. 31,75 € en domingo o vacaciones	No existen

TABLA 2. LA PROTECCIÓN DE LA IT EN LOS DISTINTOS SISTEMAS DE S.S. PAÍSES NÓRDICOS, LIBERALES Y DEL ESTE DE EUROPA

CARACTERÍSTICAS		Suecia	Dinamarca	Noruega	Finlandia	Gran Bretaña	Polonia
FINANCIACIÓN	Beneficios en especie	La atención sanitaria es financiada por autoridades locales.	Impuestos	Contribuciones e impuestos	La atención sanitaria pública es financiada por la administración local y parcialmente subsidiada por el Estado. Las prestaciones en especie del seguro de enfermedad se financian con contribuciones y subsidios del Estado	Sanidad financiada con contribuciones e impuestos	Contribuciones e impuestos
	Prestación económica	Contribuciones	Impuestos, pero el gasto es reembolsado por el Fondo de Mercado de Trabajo, de naturaleza contributiva	Contribuciones	Contribuciones. El Estado financia las prestaciones de cuantías mínimas y los gastos de rehabilitación	Con contribuciones (trabajadores y empresarios), impuestos y empleadores	
PRINCIPIOS BÁSICOS		Sistema de S.S. obligatorio para la población ocupada (trabajadores y autónomos), con prestaciones en relación a los ingresos salariales. Continuidad en el pago de los salarios por el empresario	Sistema de protección financiado con impuestos para la población activa. Prestación relacionada con los ingresos	Sistema de S.S. obligatorio para la población ocupada (trabajadores y autónomos), con prestaciones en relación a los ingresos salariales. Continuidad en el pago de los salarios por el empresario	Seguro de enfermedad obligatorio y universal, con cuantías en relación a los ingresos y en algunos casos cuantías mínimas y fijas. Autónomos y trabajadores a tiempo parcial perciben un subsidio en determinados supuestos	-El Seguro Legal por enfermedad (SSP) es pagado por el empresario. -Seguro público obligatorio para asalariados y autónomos, con prestaciones de cuantía fija -El SSP solo cubre a los asalariados. -Prestación de Incapacidad de Corta Duración (IB) para empleados, desempleados y autónomos	Sistema de S.S. obligatorio para los trabajadores asalariados y voluntario para los autónomos. Continuidad en el pago de los salarios por el empresario
	Beneficiarios	Trabajadores asalariados y autónomos	Trabajadores y autónomos	Trabajadores asalariados y autónomos. Deben tener ingresos por trabajo que representen el 50% del SMI anual	Todos los residentes entre los 16 y 67 años. Los trabajadores y autónomos no residentes con al menos 4 meses de estancia		Obligatorio para asalariados, voluntario para autónomos
	Limitaciones para afiliarse y excepciones al aseguramiento obligatorio	Sin limitaciones o excepciones	Sin limitaciones o excepciones	Sin limitaciones o excepciones	Sin limitaciones o excepciones	Sin limitaciones. Están exceptuados los trabajadores que cobren menos del SMI, discapacitados, o incapaces para el trabajo menores de 20 años	Sin limitaciones o excepciones
	Prueba de incapacidad para el trabajo	Certificación médica de baja a partir del octavo día. Se debe comunicar la baja a la empresa o al seguro social local desde el primer día	Cuantías pagadas por el empresario: declaración del trabajador en baja a partir del segundo día y certificado médico a partir del cuarto. Pagos por las autoridades locales: boletín médico del municipio al final de la primera semana de baja	Certificación médica. En trabajador tiene derecho a no aportar al empresario la certificación por una incapacidad de hasta 3 días naturales, salvo en el caso de recurrencia. Si éste ha suscrito acuerdo con la autoridad laboral, el trabajador debe certificar al empresario la incapacidad superior a 8 días naturales, hasta un máximo de 24 días	Certificado de un facultativo a partir del 9 día	"La incapacidad para el desempeño normal del trabajo" (OOT) es acreditada por el médico de familia. La "evaluación de la capacidad personal" se efectúa a partir de la semana 28, o de la 1 semana, en función de la OOT	Certificación médica desde el primer día. Posibilidad de comprobar el estado del trabajador por facultativo de la S.S
CAMPO DE APLICACIÓN	Periodo de cotización o trabajo	No se requiere período de cotización o trabajo	-Pago del empresario: 74 horas en las 8 semanas precedentes. -Pago por la autoridad local: 120 horas de trabajo en las 13 semanas anteriores. Desempleados y trabajadores en formación tienen período específico. Autónomos: 6 meses de trabajo en el año anterior.	Normalmente 4 semanas de trabajo	No se requiere período de cotización o trabajo	-SSP: La cotización debe alcanzar el SMI. -IB. Debe haberse pagado contribuciones mínimas en cualquiera de los 3 años fiscales anteriores a la baja y haberse pagado una contribución mínima en 2 años fiscales relevantes.	-Seguro obligatorio: 30 días naturales -Seguro voluntario: 180 días naturales.

TABLA 2. LA PROTECCIÓN DE LA IT EN LOS DISTINTOS SISTEMAS DE S.S. PAÍSES NÓRDICOS, LIBERALES Y DEL ESTE DE EUROPA (CONT.)

CARACTERÍSTICAS							
	Suecia	Dinamarca	Noruega	Finlandia	Gran Bretaña	Polonia	
Periodo de espera	-Asalariados: 1 día -Autónomos: pueden optar entre 3 y 30 días	No existe para los asalariados. Para los autónomos 2 semanas, salvo aseguramiento voluntario (tercer día de baja) o pago de un suplemento (1 día de baja)	No se exige para los asalariados. 16 días para los autónomos. Existe un suplemento de seguro voluntario para no tener periodo de espera	9 días desde la baja, excluidos domingos	3 días	No existe.	
	Paga desde el 2 al 14 día el 80% del salario	No existe obligación estatutaria. Por negociación colectiva es posible ampliar el pago para ciertos grupos, en cuyo caso los empleadores tienen derecho a recibir una cuantía económica.	El empresario asume el pago durante los 16 primeros días. Si continúa el pago por parte del empresario, la prestación económica se entrega a este último	Paga durante los 9 primeros días el 100% del salario, si la relación laboral tiene una duración superior a un mes. Si no, el 50%. Por negociación colectiva muchos empresarios pagan el salario íntegro durante 1-2 meses	SSP. Pagado por el empresario en caso de enfermedad de duración entre 4 días y 28 semanas. 70€ a la semana. Quienes ganen menos de 125€ mensuales no reciben prestación	Durante 33 días el empresario paga el 80% del salario de referencia mensual (ingresos brutos anuales). Si es por contingencias profesionales, el Instituto de S.S. paga el 100%	
Prestación pagada por el empresario	80% del salario cualificado para enfermedad (base de cotización). El seguro social paga la prestación a partir del día 15	-Trabajadores asalariados: el subsidio se calcula según el salario/hora del trabajador: máximo 458€ por semana o 12€ por hora. El período cubierto por el empresario son 2 semanas. -Autónomos. Cuantía calculada sobre la base de los ingresos de la actividad ocupacional. Con seguro voluntario se alcanza 2/3 de la cuantía máxima	100% del salario desde el primer día. Los autónomos pasan a cobrar el 65% de la renta básica a partir del día 17 (45.974 €). Existe la posibilidad de un suplemento de seguro voluntario para cobrar el 100%.	Variable, según ingresos anuales: -Menos de 1.128 €. Se paga si la enfermedad dura más de 55 días. 15,2 € semanales -1.128 €-29.329 €. 70% -29.329 €-45.221 €. 66,27 € diarios y el 40% del salario por encima de 29.329 €. -Más de 45.221 €. 88,66 € y el 25% del salario que exceda los 45.221 €	-Ratio bajo: 88 € por semana las primeras 28 semanas. -Ratio alto: 104 € después, incrementadas en 14 € por el primer hijo a cargo y 17 € por los siguientes. A estas cuantías se adiciona 54 € si la esposa tiene edad superior a 60 años o existe un hijo discapacitado. -Si el trabajador tiene edad superior a la jubilación, 117 €.	-100% del salario de referencia mensual cuando la baja está motivada por un accidente in itinere, se produce durante el embarazo, o se donan órganos. hospitalización. -80% en el resto de los casos.	
Cuantía de los beneficios							
Duración de los beneficios	No hay limitación formal, pero la prestación debe convertirse en una compensación de actividad (para edades entre 19-29) o compensación por enfermedad (más de 30 años) si la enfermedad continúa por un largo período de tiempo	52 semanas en 18 meses. No se incluyen las 2 primeras semanas. La prestación puede ser mayor en determinados casos. Las autoridades locales llevan a cabo la evaluación del trabajador cada 8 semanas	-160 días para asalariados -248 días para autónomos	Por la misma enfermedad, 300 días, excluidos domingos durante un periodo de 2 años	IB: 52 semanas.	182 días, ampliables a 270 por tuberculosis	
Otros beneficios	La prestación por rehabilitación, de cuantía idéntica a la prestación por incapacidad, es pagada tras la baja laboral si el beneficiario participa en un programa de formación para el empleo	Padres con hijos de menos de 14 años gravemente enfermos, tienen derecho al subsidio en las mismas condiciones que si la enfermedad fuese propia	Se percibe el 100% de salario en determinados supuestos de baja por enfermedad debido a: enfermedad de hijo con edad inferior a 12 años o 18 años si existe enfermedad crónica, sería o es discapacitado; enfermedad del cuidador habitual de un niño; hospitalización de un hijo	Prestación económica especial en el caso de un padre que tenga que atender cuidados o rehabilitación de un hijo de edad inferior a 16 años en un hospital	No existen	No existen	

Fuente: Elaboración propia a partir del MISSOC (Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States). Datos referidos a 1 de enero de 2007.

ANEXO II REQUISITOS Y CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA PRESTACIÓN DE IT

	Régimen General ⁽¹⁾	RETA** ⁽²⁾
Requisitos de acceso	- o Requisitos generales: ▪ Estar afiliado y en alta o en situación asimilada al alta en la fecha del hecho causante - o Requisitos específicos: ▪ Estar recibiendo asistencia sanitaria de la S.S. y estar impedido para el trabajo ▪ Tener cubierto un período de cotización de: ▪ Enfermedad común: 180 días en los 5 años anteriores al hecho causante ▪ Enfermedad profesional y accidente (sea o no de trabajo): no se exige período de cotización	- o Requisitos generales (idem Régimen General)*** - o Requisitos específicos: ▪ Estar al corriente del pago de cuotas de las que sean responsables directos los trabajadores ▪ Presentación, en el plazo de 15 días a la baja por IT y cada semestre, de la declaración de situación de la actividad, indicando la persona que va a gestionar el establecimiento mercantil o industrial, o, en su caso, el cese temporal o definitivo de la actividad.
Nacimiento y extinción del derecho	- o Nacimiento del derecho a cargo de la Seguridad Social ▪ Por CC: El día 16 desde el hecho causante ▪ En CP: El día siguiente al hecho causante - o La extinción de la prestación se producirá: ▪ Por el transcurso del período máximo. La duración es de 12 meses, prorrogables por otros 6. En el caso de observación de enfermedad profesional, la duración máxima es de 6 meses, prorrogables por otros 6. ▪ Por el alta médica, bien por curación, o por declaración de IP ▪ Por haber sido reconocido al beneficiario el derecho al percibo de la pensión de jubilación ▪ Por incomparecencia injustificada a los exámenes o reconocimientos establecidos ▪ Por fallecimiento	- o Nacimiento del derecho ▪ Por CC: El día 4 desde el hecho causante ▪ En CP: El día siguiente al hecho causante - o Extinción de la prestación: Idem al Régimen General
Cuantía	- o CC: ▪ Días 1-3. No se devenga salario alguno, salvo lo acordado a título individual o convenio colectivo**** ▪ Días 4-20. 60% de la base reguladora* ▪ Día 21 en adelante: 75% de la base reguladora - o En caso de CP: 75% desde el día en que se produzca el nacimiento del derecho	- o CC: ▪ Días 4-20. 60% de la base reguladora* ▪ Día 21 en adelante: 75% de la base reguladora - o En caso de CP: 75% desde el día en que se produzca el nacimiento del derecho, si el interesado ha optado por la cobertura de las contingencias profesionales
pago de la prestación	- o En el caso de CC (salvo los supuestos de pago directo): ▪ Entre los días 1-3 no se devenga salario por parte de la empresa, salvo decisión individual del empresario o pactado en convenio colectivo ▪ Entre los días 4 a 15 por el empresario ▪ A partir del día 16 por el INSS o MATEPSS - o En el caso de CP: ▪ Por el INSS o MATEPSS, a partir del día siguiente al hecho causante	- o En el caso de CC (salvo los supuestos de pago directo): ▪ A partir del 4 día por la MATEP o el INSS - o En el caso de CP: ▪ Por el INSS o MATEP. A partir del día siguiente al hecho causante

ANEXO III NORMATIVA REGULADORA DE LA ITcc

La regulación de la IT se encuentra contenida en el Real Decreto Legislativo 1/1994 por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social (en adelante) y la normativa de desarrollo. Las normas fundamentales son:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social
- Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del Sistema de la Seguridad Social la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social
- Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social
- Real Decreto 2064/1995, de 22 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General sobre cotización y liquidación de otros derechos de la Seguridad Social.
- Ley 13/1996 , de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social
- Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal¹²⁸ (desarrollo de la Ley 13/1996)
- Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social
- Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, por el que se modifica el Real Decreto 575/1997, en desarrollo del apartado 1, párrafo segundo, del artículo 131 bis) de la Ley General de la Seguridad Social (desarrollo de la Ley 66/1997
- Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social
- RD 1600/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Real Decreto 428/2004, de 12 de marzo, por el que se modifica el Reglamento general sobre colaboración en la gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre
- Orden TAS/399/2004, de 12 de febrero, sobre presentación en soporte informático de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta correspondientes a procesos de incapacidad temporal

¹²⁸ La propia exposición de motivos del Real Decreto 575/1997 afirma que el RD se inscribe en el programa del Gobierno de lucha contra el uso indebido de la IT.

- Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006. Disposición adicional cuadragésima octava, por la que se modifican los artículos 128.1. a) y 131 bis de la TRLGSS
- R.D. 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro
- Ley 40/2007 de medidas en materia de Seguridad Social
- R.D. 666/2007, de 25 de mayo, por el que se modifica el RD 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del INSS y de modificación parcial de la Tesorería General de la Seguridad Social
- Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo
- Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal

ANEXO IV FACTORES EXPLICATIVOS DE LA IT

	Factores físicos	Factores	Estudios
Factores individuales	Sexo. Mayor tasa de absentismo en el sexo femenino		- Romay (2003). La duración de la baja en la mujer, a igualdad de las demás variables estudiadas es tres días mayor - Isacson et al. (1992) Las mujeres presentan proporciones más altas de ausencia en el trabajo. - Allen (1996) La tasa de absentismo de las mujeres es superior, debido a que la carga del cuidado de los hijos y parientes recae en este colectivo - González et al. (1990) y Castro Burón (1991) observan una mayor incidencia de absentismo en los varones
	Edad. La incidencia de las bajas laborales aumenta con la edad. No obstante los trabajadores hasta los 23 años muestran una tasa superior a las siguientes cohortes de edad (23 años punto inflexión)		- Romay (2003). El aumento de un año de edad supone mayor número de días de baja - Fortuin (1974), Isacson et. Al. (1992). Los jóvenes inciden en más ausencias, aunque la duración de las mismas es inferior a las personas mayores
	Factores psicosociológicos		- Peirats et al. (1991) La tasa de bajas está más influenciado por variables psicológicas que por factores fisiológicos. - Álvarez (1990), Aragón et al. (1994), Canga et al. (1987) Llario (1994), Tafalla et al. (1994). La IT tiene un componente de protección del trabajador frente a la insatisfacción en el trabajo.
	Régimen de afiliación		Romay (2003) El régimen de afiliación es, junto a la edad, la variable con mayor poder explicativo en la incidencia y duración de la IT. Los trabajadores de Régimen General presentan una mayor incidencia de bajas, pero de menor duración: quintuplican a los trabajadores del RETA, multiplican por 24 a los empleados de hogar y por 17,5 a los trabajadores del Régimen Especial Agrario. En cuanto a la duración los regímenes de Autónomos, empleados de hogar y agrarios tienen una duración media el doble del RG
	Sector Económico		- Blasco (1986) El absentismo en la industria es ampliamente superado por el producido en el sector sanitario - Álvarez (2000) Las empresas que carecen de un sistema de vigilancia y control de ausencia en el trabajo, muestran una mayor propensión de absentismo. Igualmente sucede en los horarios de jornada partida frente a jornada continuada. Igualmente las condiciones de salud laboral, la insatisfacción en el puesto de trabajo son variables explicativas en la ausencia por enfermedad.

ANEXO IV FACTORES EXPLICATIVOS DE LA IT (CONT.)

	Condiciones laborales en la empresa	Factores	Estudios
Factores laborales		La situación geográfica, el tipo de actividad, el tamaño de la empresa, las relaciones humanas, el nivel de salarios, seguridad e higiene en el trabajo, la siniestralidad y métodos de trabajo	- Ganaza et al. (1987) La tasa de absentismo se incrementa con el tamaño de la organización - Blasco (1986), Ganza et al. (1987) Las empresas cuyos salarios están vinculados a la producción, tienen una incidencia de ausencia en el trabajo superior a las que carecen de dichos sistemas. - Álvarez (1994) y Grandal et al. (1988) Este hecho es especialmente significativo en el sector público
		Tamaño de la empresa	Pili (1974) Arquier et al. (1990) Las industrias más conflictivas son más absentistas
		Política salarial	- Martí (1974) El absentismo por patología se modifica antes y después de un convenio colectivo - Ganaza et al. (1987), Blasco (1986). La organización del trabajo influye en el absentismo
		Relaciones dentro de la empresa	- Martínez (1990), Ganaza et al. (1987) y Blasco (1986) señalan que la categoría profesional influye en la tasa de ausencia, existiendo una relación inversa entre el nivel de cualificación y la frecuencia y duración del absentismo - Peirats et al. (1991) Entre los factores predictores del índice de incidencia de bajas laborales, el nivel jerárquico ocupa el segundo lugar, tan sólo precedido de la edad del trabajador.
		Categoría profesional	- Úbeda et al. (1986) y Grandal et al. (1988) Las condiciones higiénicas y ambientales, sistemas de seguridad en los puestos de trabajo y condiciones ergonómicas - Blasco (1986) Si las capacidades individuales del trabajador son inferiores a los requerimientos del trabajo, se producen desequilibrios, desajustes - Arquier et al. (1990) El absentismo se eleva a causa del trabajo simple, uniforme y de ciclos pequeños - Arquier et al. (1991) El absentismo es superiores en las empresas localizadas en grandes núcleos urbanos o comarcas muy industrializadas

ANEXO IV FACTORES EXPLICATIVOS DE LA IT (CONT.)

	Factores	Estudios
	- o Condiciones del puesto de trabajo - o Requerimientos del trabajo - o Tipología del trabajo - o Localización del trabajo - o Seguridad o estabilidad de empleo - o (mayor protección social)	o Pérez Chaves (1994) y Gili (1974) Una mayor seguridad en el empleo se traduce en un mayor absentismo
Factores institucionales		

Fuente: elaboración propia. La relación de factores y estudios ha sido extraído de R. Romay López y D. Santín González (2003).

ANEXO V MATRIZ DE PREGUNTAS Y METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE RACIONALIZACIÓN Y MEJORA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Preguntas de evaluación generales

Desarrolladas mediante los subepígrafos a), b) y c)

Criterios

- A) ¿En qué grado el conjunto de medidas que componen la intervención están orientadas a resolver los principales problemas detectados en la gestión de la ITcc y las causas últimas que originan el gasto por dicho concepto?
- B) ¿Son internamente coherentes las medidas adoptadas?
- C) ¿Qué efectos han tenido las medidas introducidas sobre el gasto, la correcta gestión de la prestación de ITcc desde el punto de vista sanitario y la coordinación de los diferentes agentes intervinientes? Detección de deficiencias y buenas prácticas

A) ¿En qué grado el conjunto de medidas que componen la intervención están orientadas a resolver los principales problemas detectados en la gestión de la ITcc y las causas últimas que originan el gasto por dicho concepto?

Preguntas de evaluación	Criterios	Indicadores/metodología	Fuentes de verificación
¿Qué parte de la evolución del gasto no se explica por población trabajadora, base reguladora y envejecimiento?	Pertinencia	• Evolución de las principales macromagnitudes que explican el gasto en ITcc • Comparativas de tasas de crecimiento de variables implicadas en el gasto de ITcc	• Indicadores de variables fundamentales • Informes del INSS relativos a ITcc • Estudios realizados • Bibliografía • Entrevistas

¿Cuál es la incidencia, duración media y coste de los episodios de ITcc, según las ramas de actividad, patología, categorías profesionales, regiones y/u otros factores personales o profesionales?	Pertinencia	- Indicadores de incidencia, duración media y coste de ITcc obtenidos del análisis estadístico de microdatos - Evolución de los principales indicadores de la ITcc período 2000-2008. Macromagnitudes - Estudios relativos a IT en función de categorías personales y socioprofesionales	- Análisis estadístico de microdatos proporcionados por el INSS. - Informes estadísticos anuales del INSS - Indicadores del INSS - Bibliografía
¿En qué grado el uso de la prestación de ITcc puede considerarse fraudulenta?	Pertinencia	- Análisis de la tasa de altas previas a los controles efectuados por el INSS y porcentaje de altas tras las medidas de control llevadas a cabo por el INSS o las inspecciones médicas de los SPS respecto al total de población protegida y la pertinencia del indicador - Percepción por parte de los agentes participantes de la existencia, volumen y características del posible fraude existente. - Usos y percepción por parte de la población en el empleo fraudulento de la baja por ITcc.	- Informes estadísticos anuales del INSS - Análisis estadístico de microdatos - Entrevista a agentes participantes y expertos - Bibliografía - Encuesta ad hoc
¿Es empleada la contingencia de ITcc como uso ajeno para cubrir otras necesidades sociales?	Pertinencia	- Análisis de la utilización de la ITcc como espacio refugio frente a necesidades de carácter social - Indicadores de incidencia, reincidencia, duración y coste de la ITcc en función de la existencia de personas dependientes o a cargo - Análisis de los efectos de la maternidad/paternidad con respecto a la ITcc	- Análisis estadístico de microdatos - Encuesta ad hoc - Entrevistas - Entrevistas - Bibliografía

• Usos y percepción de necesidades por parte de la población en el empleo de la baja por ITcc.			
¿En qué medida la prestación de ITcc recoge episodios de baja causados por factores que corresponderían a ITcp?	Pertinencia	• Análisis de la articulación del los sistemas de salud laboral y salud general • Análisis de la normativa • Estudios de caso (literatura) • Datos de procedimientos de determinación de contingencias	• Bibliografía • Análisis de la normativa existente
B) ¿Son internamente coherentes las medidas adoptadas?			
¿En qué grado han resultado coherentes los objetivos de la intervención con las medidas implementadas?	Coherencia y complementariedad	• Coherencia entre los distintos instrumentos • Coherencia de cada uno de los instrumentos con los objetivos perseguidos	• Análisis de coherencia de las medidas y los objetivos
¿Ha existido complementariedad y coordinación de la intervención entre los distintos entes responsables de la gestión de la ITcc y cuál ha sido la eficacia de dicha coordinación?	Complementariedad y eficacia	• Análisis de los instrumentos o acciones acometidos en materia de coordinación y complementariedad por parte de los agentes intervinientes • Análisis de la coordinación en el seno de la AGE • Respuesta de los SPS a las propuestas de alta (alta médica condicional) y altas médicas a los exclusivos efectos económicos)	• Entrevistas • Documentos de gestión • Bibliografía
¿Se ha dotado a los organismos de la AGE de los instrumentos organizativos y de	Coherencia	• Dotaciones de recursos humanos del INSS en los años en que se implementa la medida de prórroga de los episodios de ITcc de más de 12 • Análisis de la implementación de la asunción de la	

personal precisos para la asunción de las nuevas competencias en la gestión de la ITcc en los episodios de duración superior a los 12 meses?

competencia en los episodios de más de 12 meses en las distintas direcciones provinciales

¿Cuenta el INSS con los instrumentos y el sistema de información para una gestión eficaz de la prestación de ITcc

coherencia

- Análisis de los instrumentos del sistema de información
- Porcentaje de partes transmitidos y plazo de transmisión
- Evolución de los indicadores de los convenios del "Fondo Programa Ahorro en materia de ITcc" 2004-2008

- Indicadores de cumplimiento de los convenios generales y específicos
- Memorias de gestión del INSS
- Memorias Económico- financieras del INSS
- Entrevistas

C) ¿Cuál ha sido la eficacia de las medidas introducidas? (Medidas control INSS 12 meses, Convenios-Programa Ahorro en materia de IT, convenios específicos)

¿Los instrumentos utilizados han tenido los resultados (outputs) que se planteaban como objetivo?

Eficacia

- Análisis de los convenios del "Fondo Programa Ahorro en materia de ITcc" 2005-2008. Implementación e indicadores de cumplimiento de objetivos. Evolución de los indicadores fundamentales (incidencia, duración, transmisión de información, desarrollo de actividades, etc.). Valoración del grado de cumplimiento
- Análisis de los convenios de los Programas Pilotos para estudio del comportamiento de los procesos de ITcc, su implementación e indicadores de cumplimiento de objetivos derivados de ciertas patologías. Análisis estadístico de los indicadores de duración para ciertas patologías antes y después de la suscripción de los convenios y evolución de dichos indicadores. Análisis de los programas específicos

- Convenios "Fondo Programa Ahorro en materia de ITcc" 2005-2008 y grados de cumplimiento
- Memorias Anuales de cumplimiento de convenios
- Convenios Programas Piloto de comportamiento de

contemplados en los convenios

- Análisis de la implementación y resultados de la competencia del INSS en procesos de IT con duración superior a 12 meses. Indicadores fundamentales de incidencia, prevalencia, duración antes/después de la asunción de competencias por las Direcciones Provinciales de del INSS.

ITcc para ciertas patologías e indicadores de cumplimiento

- Entrevistas
- Análisis de microdatos
- Documentos internos de gestión
- Evolución de indicadores

- Análisis de las medidas y programas sanitarios en materia de formación en ITcc

- Análisis de las medidas y programas sanitarios en materia de mejoras en procedimientos sanitarios que repercuten en una mejor gestión de la ITcc

- Análisis de las medidas y programas sanitarios en materia de sistemas de información en ITcc

- Análisis de las medidas y programas sanitarios en materia de mejoras en procedimientos sanitarios que repercuten en una mejor gestión de la ITcc

- Análisis de las medidas y programas sanitarios en materia de incentivos

- Casos de buenas prácticas

- incentivos, formación, información y mejoras sanitarias

- Bibliografía
- Entrevistas
- Documentación de gestión
- Indicadores de cumplimiento de los convenios específicos
-

¿En qué grado las medidas adoptadas desde el ámbito sanitario (no gestión de la prestación) han contribuido a una mejora de la gestión de la ITcc?

Pertinencia
eficacia

y

¿En qué grado las

Eficacia

- Reiteración de episodios de baja por igual o similar

- Análisis de

medidas de control del gasto han podido generar situaciones de reincidencia repetida?

patología tras la aplicación de mecanismos de control por parte del INSS o SPS

microdatos

C) ¿Existen buenas prácticas destacables desarrolladas por determinadas CCAA u otros países y en su caso, qué aprendizaje se podría obtener de las mismas?

¿Existen casos de buenas prácticas llevadas a cabo por las distintas CCAA en la gestión de ITcc que sean extensibles o adaptadas al resto de CCAA?

Análisis comparado a nivel de CCAA

- Bibliografía
- Entrevistas
- Documentos de gestión

¿Existen casos de buenas prácticas o actuaciones en el ámbito normativo y de gestión en otros países que pudieran ser aplicables a nuestro país?

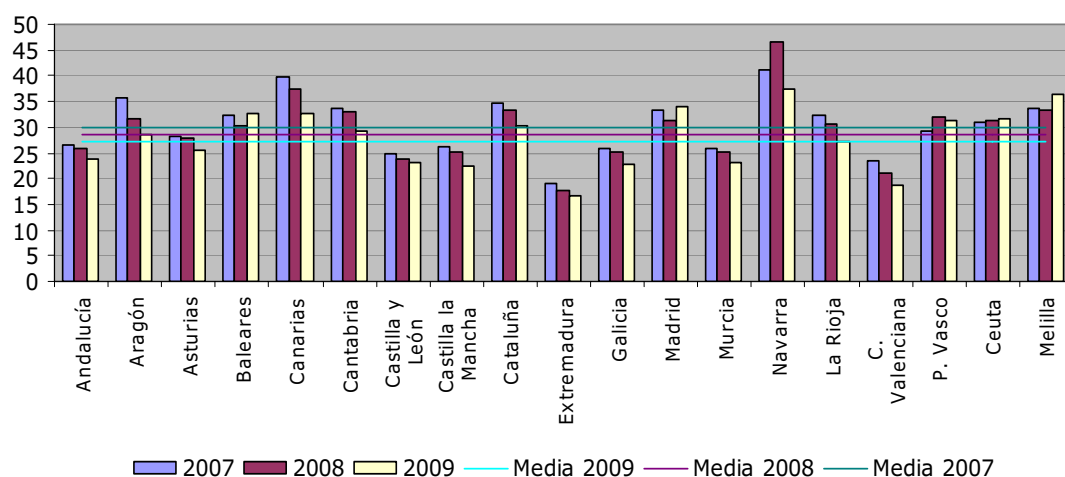
Análisis comparado a nivel internacional

- Bibliografía
- Entrevistas

ANEXO VI GRÁFICOS DE INCIDENCIA Y DURACIÓN

Gráfico 1

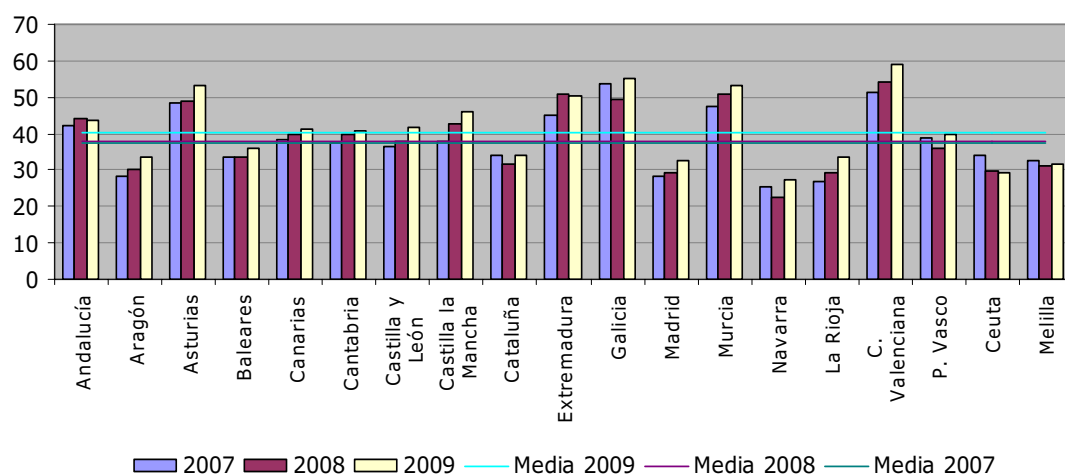
Incidencia media mensual por cada 1.000 habitantes en el sistema de S.S. 2007-2009 por CCAA



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas de la Seguridad Social. Incapacidad temporal. Datos acumulados a diciembre, salvo 2009 en los que están acumulados a julio.

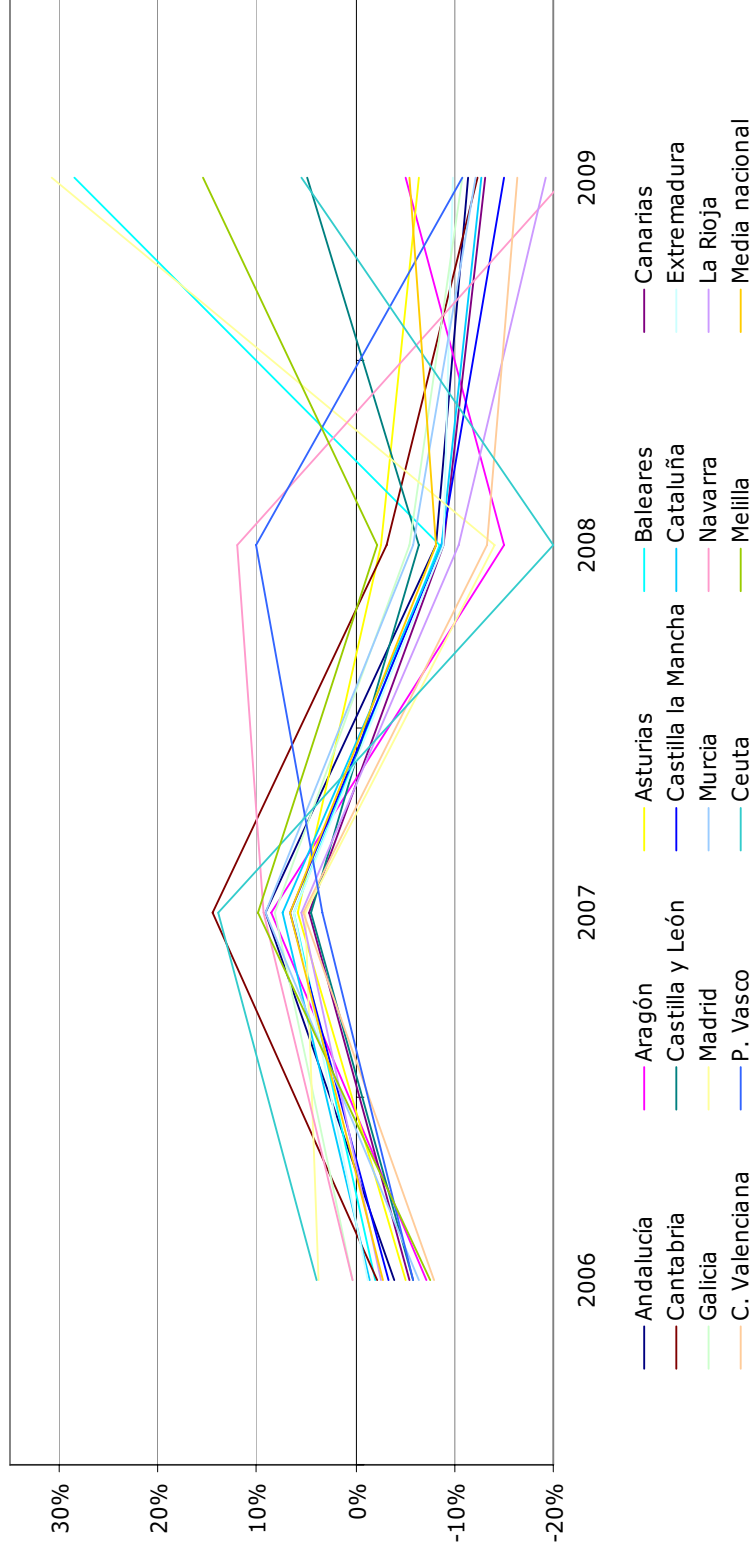
Gráfico 2

Duración media de los procesos de ITcc en el sistema de S.S. 2007-2009



Fuente: Elaboración propia a partir de las estadísticas de la Seguridad Social. Incapacidad temporal. Datos acumulados a diciembre, salvo 2009 en los que están acumulados a julio.

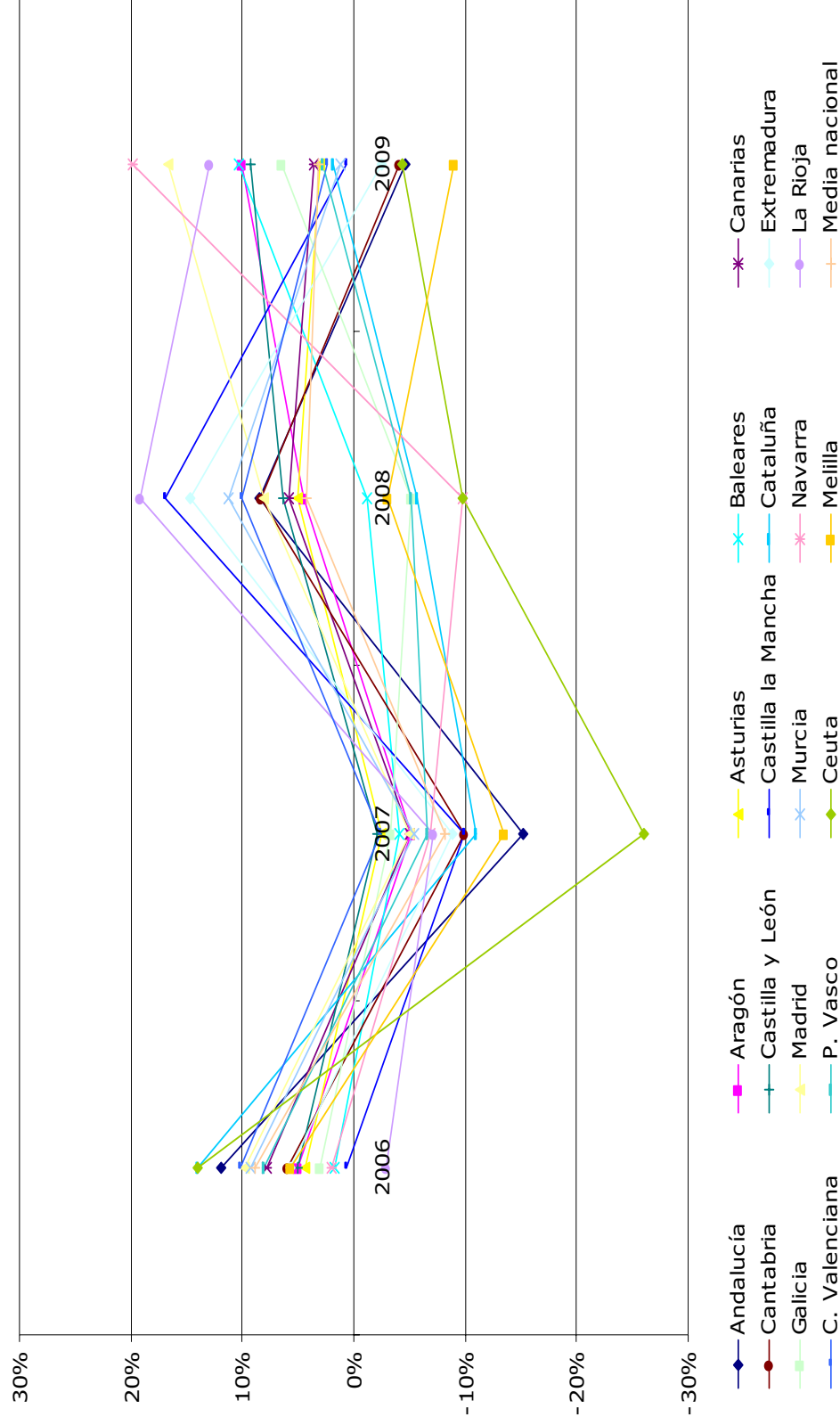
Gráfico 3
Variación interanual de la incidencia de los procesos de IT de Régimen General de la S.S. gestionados por el INSS



Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores del INSS

Gráfico 4

Variación interanual de la duración media de los procesos de IT de Régimen General de la S.S. gestionados por el INSS



Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores del INSS

Tabla 1. Incidencia según día de la semana

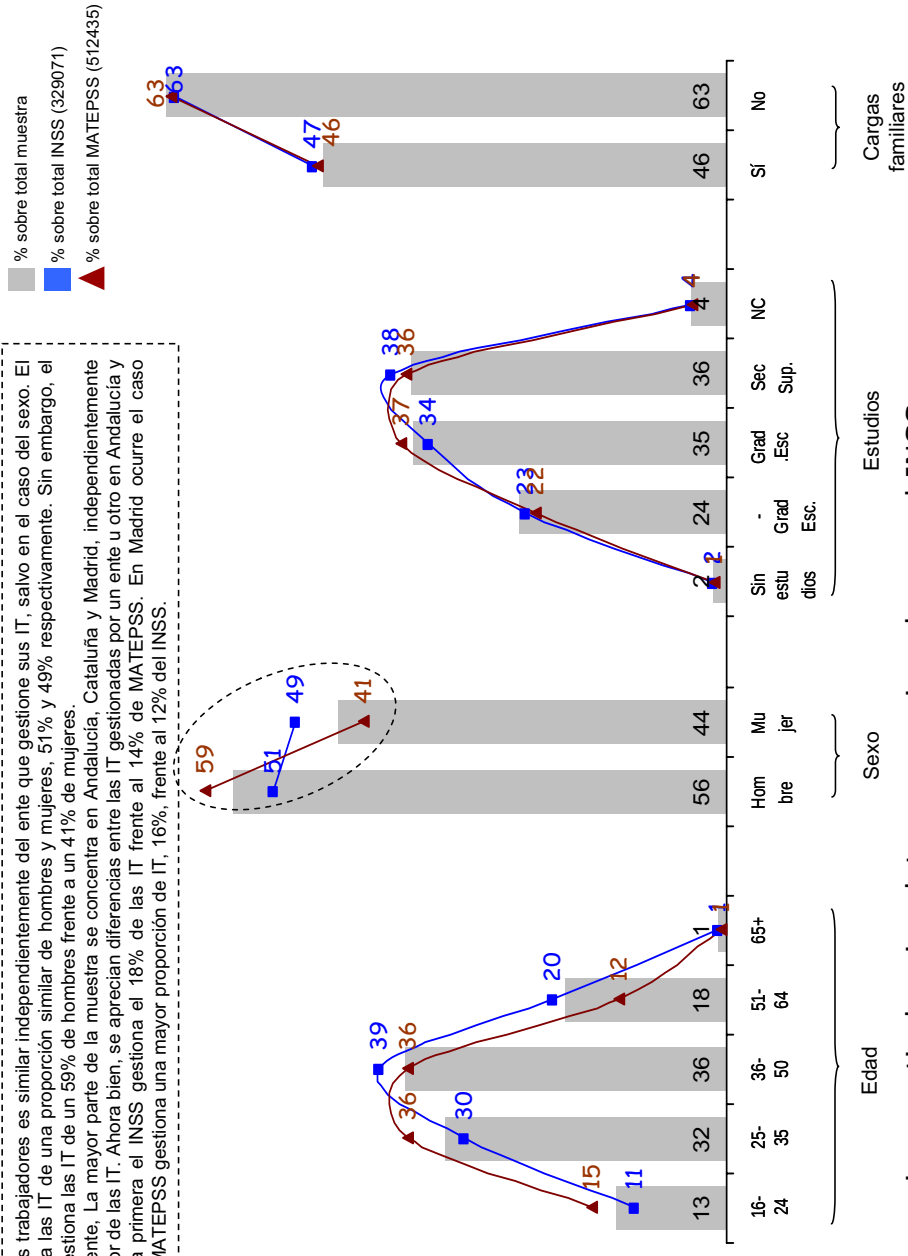
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
TOTAL	30,2	19,8	18,0	15,1	12,0	3,0	1,8
ACTIVIDAD ECONOMICA							
Agricultura, ganadería, caza, silv. e ind. extractivas	29,4	19,7	17,9	15,2	13,6	2,4	1,8
Industria manufacturera y energía	32,7	20,8	18,5	14,9	10,3	1,4	1,3
Construcción	35,6	20,1	18,1	14,2	9,5	1,5	,9
Comercio y reparación vehículos a motor	29,0	19,2	17,8	15,5	12,9	4,4	1,3
Hostelera	21,0	17,3	16,8	15,6	16,2	7,5	5,7
Transporte y comunicaciones	28,4	19,7	17,7	15,0	12,6	3,7	2,8
Intermediación financiera	33,1	20,8	18,8	14,7	10,7	1,2	,7
Actividades inmobiliarias y servicios	30,5	20,3	18,4	15,4	11,3	2,6	1,5
Admon. publica, defensa y SS	31,4	20,2	18,2	14,9	12,2	1,8	1,3
Educación	35,2	21,1	17,9	14,0	10,6	,8	,4
Actividades sanitarias y sociales	27,1	19,5	17,9	15,4	13,2	4,0	2,9
Hog. que emplean personal domestico y org. extraterr.	28,6	19,3	18,5	16,6	13,0	2,2	1,7
GRUPOS DE COTIZACION							
Ingenieros, Licenciados, Alta dirección	33,7	20,7	17,5	14,6	11,4	1,2	,8
Ingenieros técnicos, Ayudantes titulados	31,1	20,6	17,9	14,5	11,6	2,4	2,0
Jefes administrativos y de taller	32,4	20,7	18,4	14,7	11,1	1,7	1,0
Ayudantes no titulados	31,1	19,8	17,8	14,6	12,3	2,8	1,7
Oficiales administrativos	29,9	20,0	18,1	15,0	12,1	3,5	1,3
Subalternos	26,3	19,0	17,9	15,5	13,6	4,4	3,3
Auxiliares administrativos	29,2	19,9	18,1	15,3	12,1	3,5	1,9
Oficiales 1 y 2	31,6	19,8	18,1	14,7	11,2	2,7	1,9
Oficiales 3 y especialistas	29,5	19,9	18,2	15,1	11,8	3,2	2,3
Peones y asimilados	30,5	20,0	18,3	15,4	11,5	2,6	1,6
Trabajadores menos de 18 años	34,2	21,1	17,0	13,7	9,4	3,4	1,1
Sin cotización/Beneficiarios guerra	43,3	10,0	3,3	23,3	16,7	3,3	-

Fuente: elaboración propia, a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Gráfico 1
Distribución de muestra por edad, sexo y nivel de estudios

(B: 926113 personas)

El perfil de los trabajadores es similar independientemente del ente que gestione sus IT, salvo en el caso del sexo. El INSS gestiona las IT de una proporción similar de hombres y mujeres, 51% y 49% respectivamente. Sin embargo, el MATEPSS gestiona las IT de un 59% de hombres frente a un 41% de mujeres. Geográficamente, la mayor parte de la muestra se concentra en Andalucía, Cataluña y Madrid, independientemente del ente gestor de las IT. Ahora bien, se aprecian diferencias entre las IT gestionadas por un ente u otro en Andalucía y Madrid. En la primera el INSS gestiona el 18% de las IT frente al 14% de MATEPSS. En Madrid ocurre el caso contrario; el MATEPSS gestiona una mayor proporción de IT, 16%, frente al 12% del INSS.

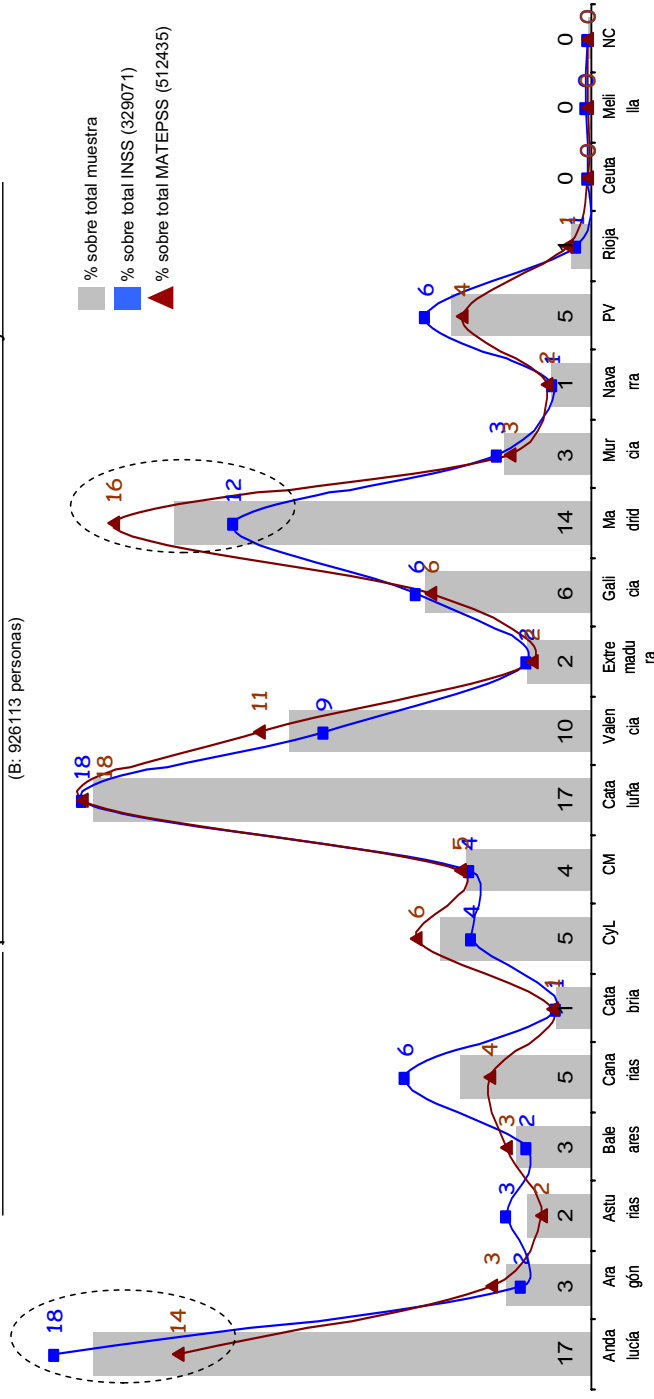


Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Gráfico 2

Distribución de muestra por comunidad autónoma de residencia de residencia y nacionalidad

(B: 926113 personas)

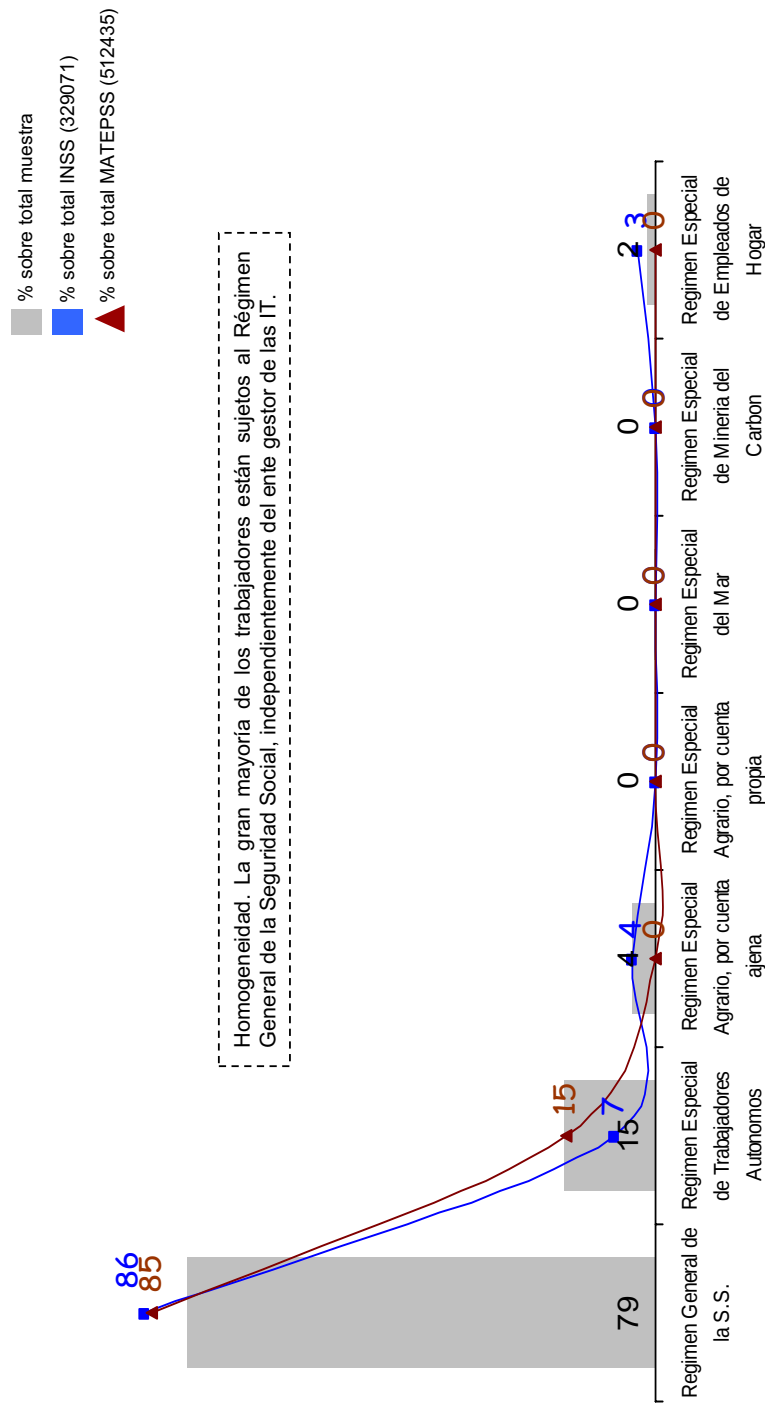


Nacionalidad	Total	INSS	MATEPSS
España	87,8	88,3	87,3
Europa	4,9	4	5,7
Asia	0,6	0,7	0,7
Latino America	4,2	4,4	4,3
Africa	2,3	2,6	2

Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Gráfico 3

Distribución de muestra según el régimen de la Seguridad Social
(B: 926113 personas)

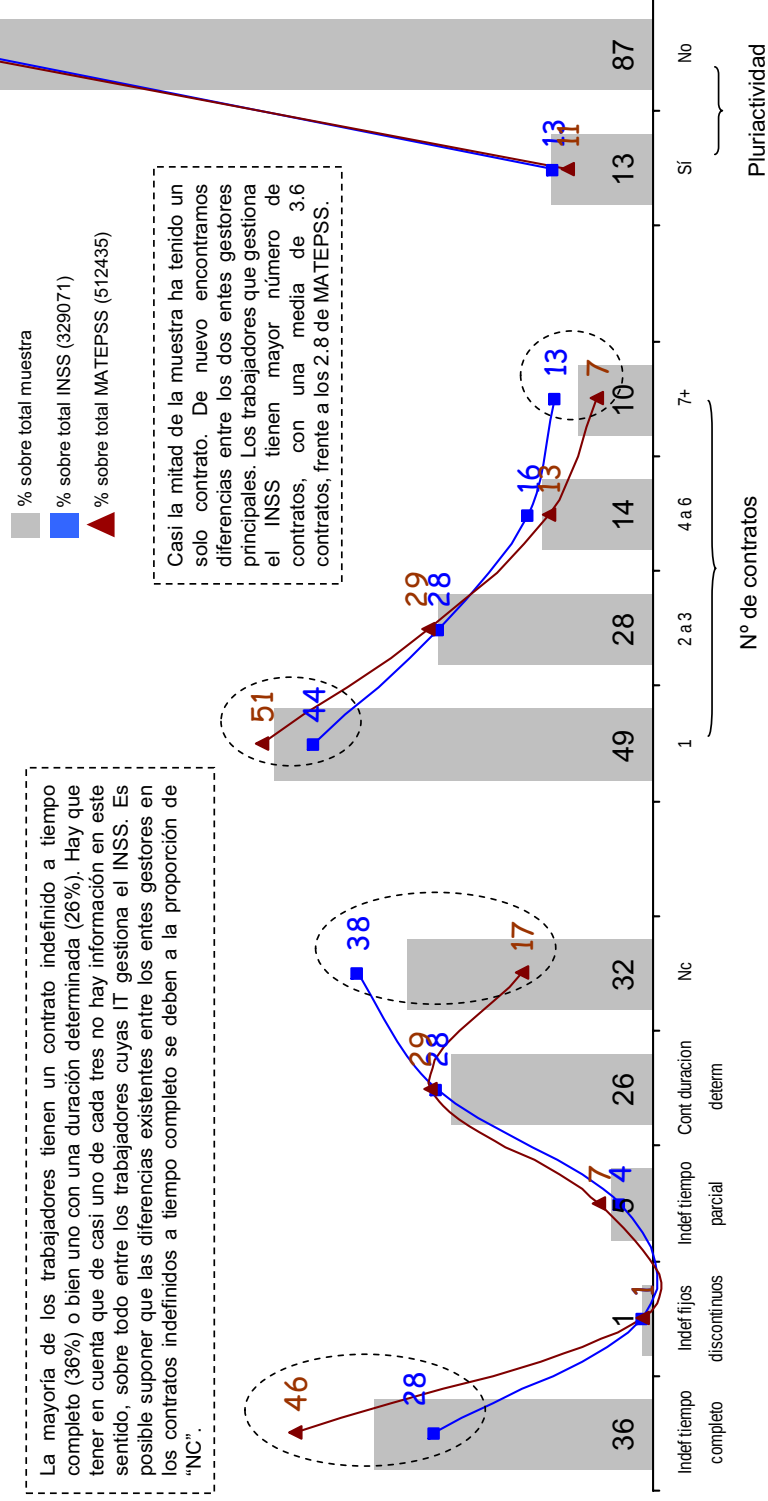


Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Gráfico 4

Distribución de muestra según tipo de contrato y número de contratos

(B: 926113)



Tipo de contrato

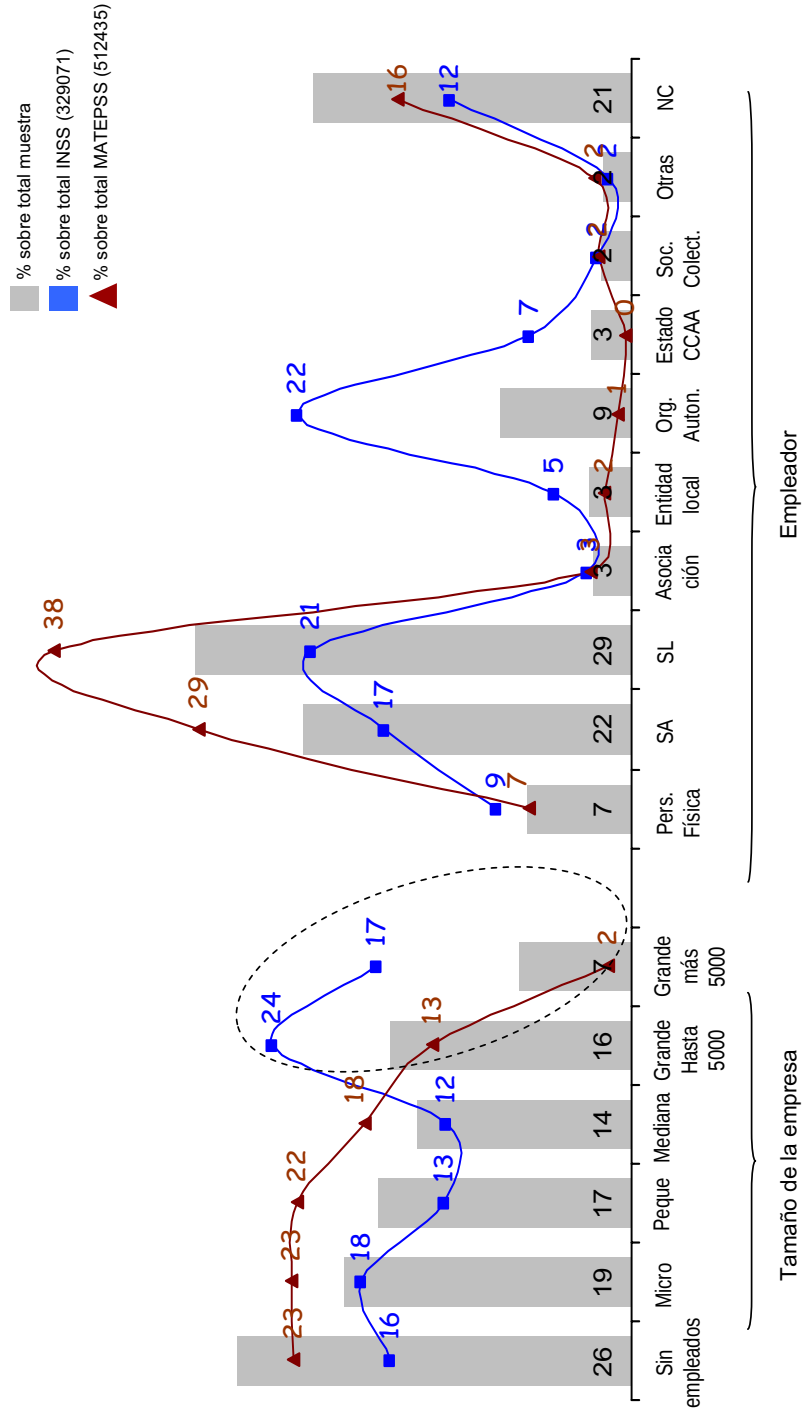
	Total	INSS	MATEPSS
Media días contratado	625	621	628

Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Gráfico 5

Distribución de muestra según tamaño de la empresa y tipo de empleador

(B: 926113)

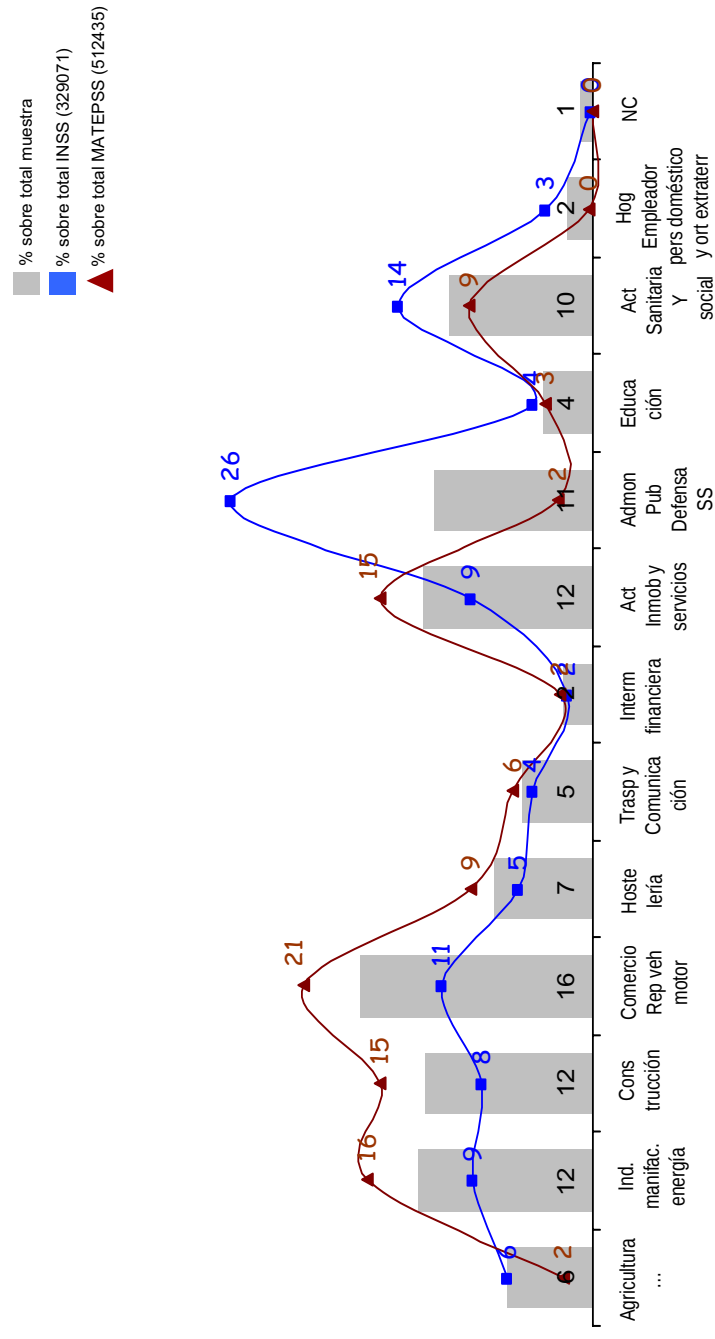


La distribución de la muestra según el tamaño de la empresa y el tipo de empleador arroja importantes diferencias dependiendo del ente gestor de las IT. Las mayores diferencias se encuentran en la proporción de trabajadores que están empleados en una empresa grande (muy grande): el 41% entre los que gestiona el INSS y el 15% entre los que gestiona el MATEPSS. Si se tiene en cuenta el empleador las mayores diferencias se dan en la proporción de trabajadores empleados en S.A, S.L y organismos autónomos.

Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Gráfico 6

Distribución de muestra según la actividad económica de la empresa
(B: 926113)

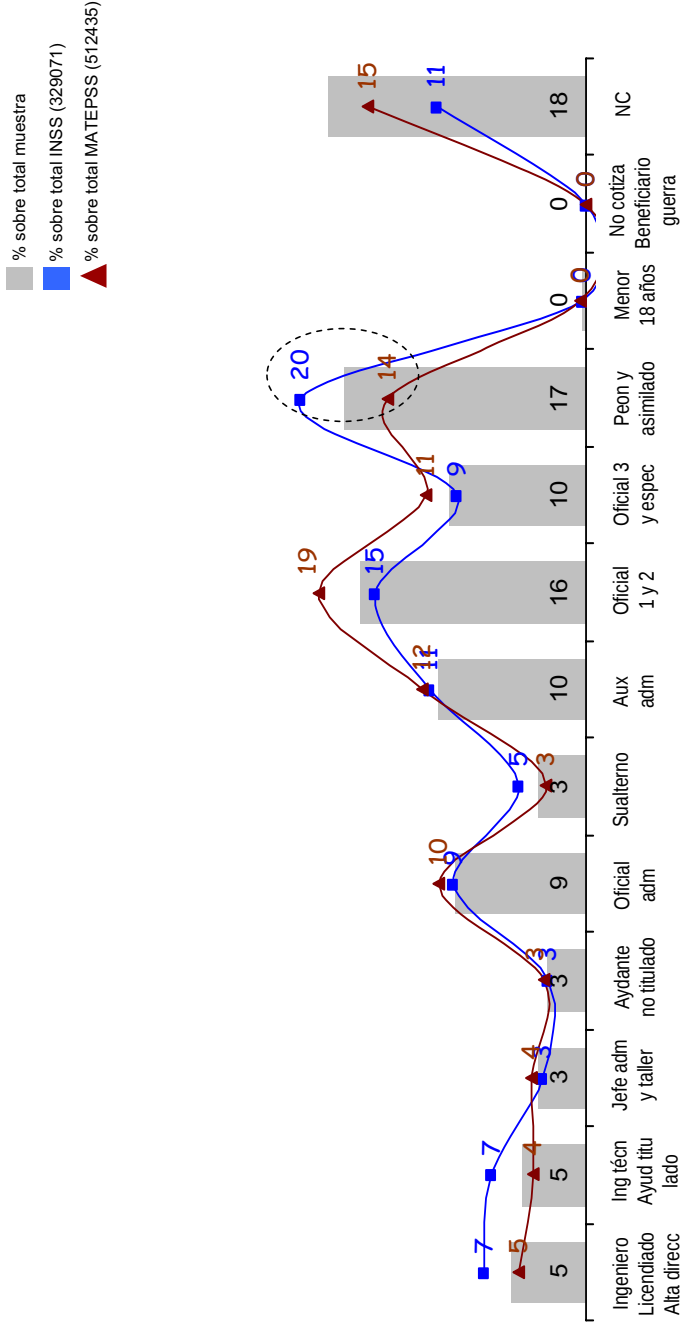


El análisis por el tipo de actividad económica de la empresa también arroja importantes diferencias según se trate de trabajadores gestionados por el MATEPSS o el INSS.

Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Gráfico 7

Distribución de muestra según grupo de cotización
(B: 926113)

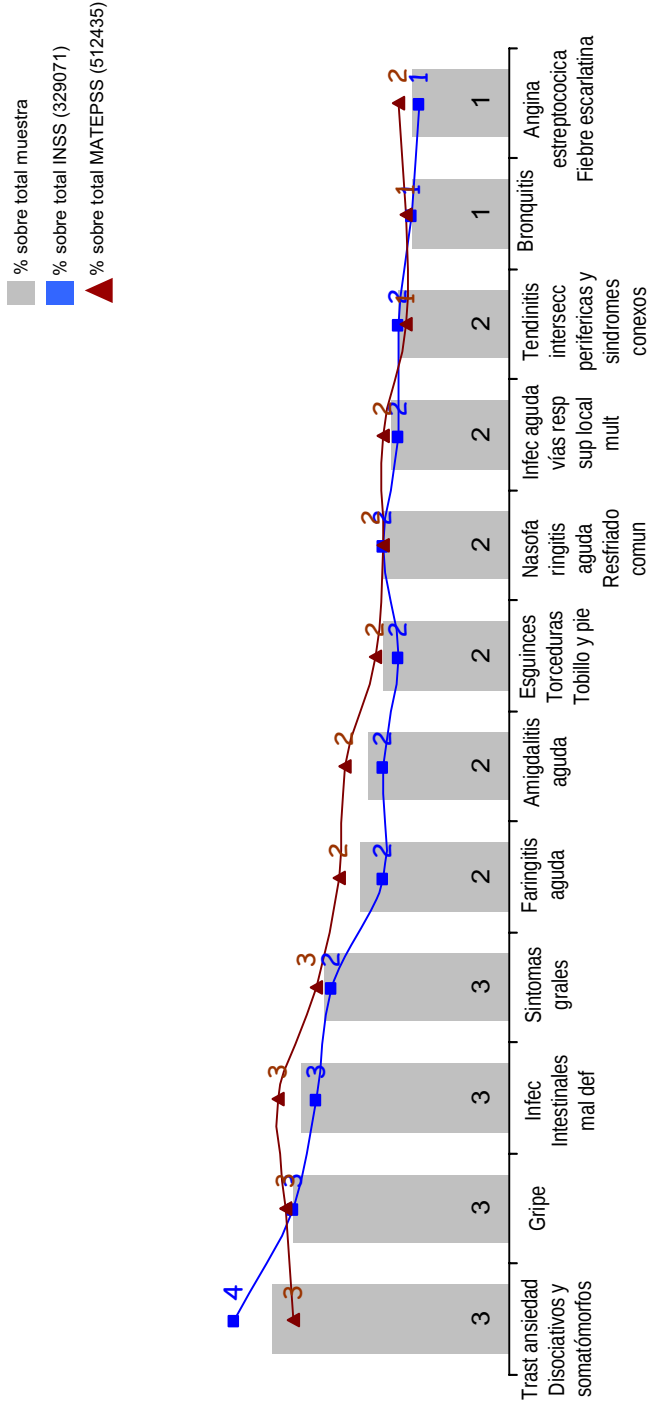


Mucho más homogénea es la distribución de los trabajadores según el grupo de cotización, con alguna diferencia entre INSS y MATEPSS, pero no tan significativa como lo apreciado por el tamaño de empresa, etc.

Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Gráfico 8

Distribución de muestra según las patologías más frecuentes
(B: 926113)

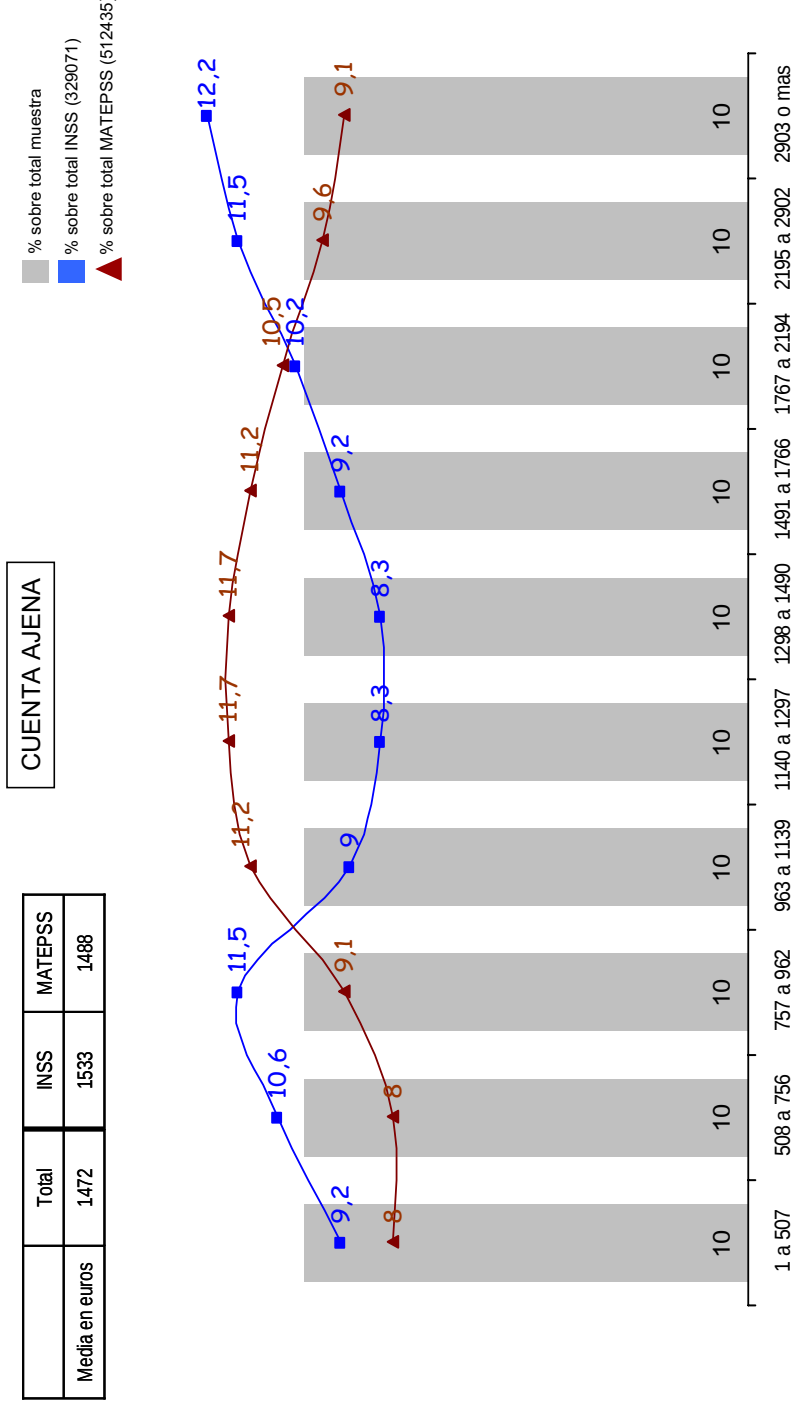


La distribución de las patologías más frecuentes y de mayor duración se caracteriza por su gran dispersión, quedando un 43% en la categoría de "otros".

Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Gráfico 9

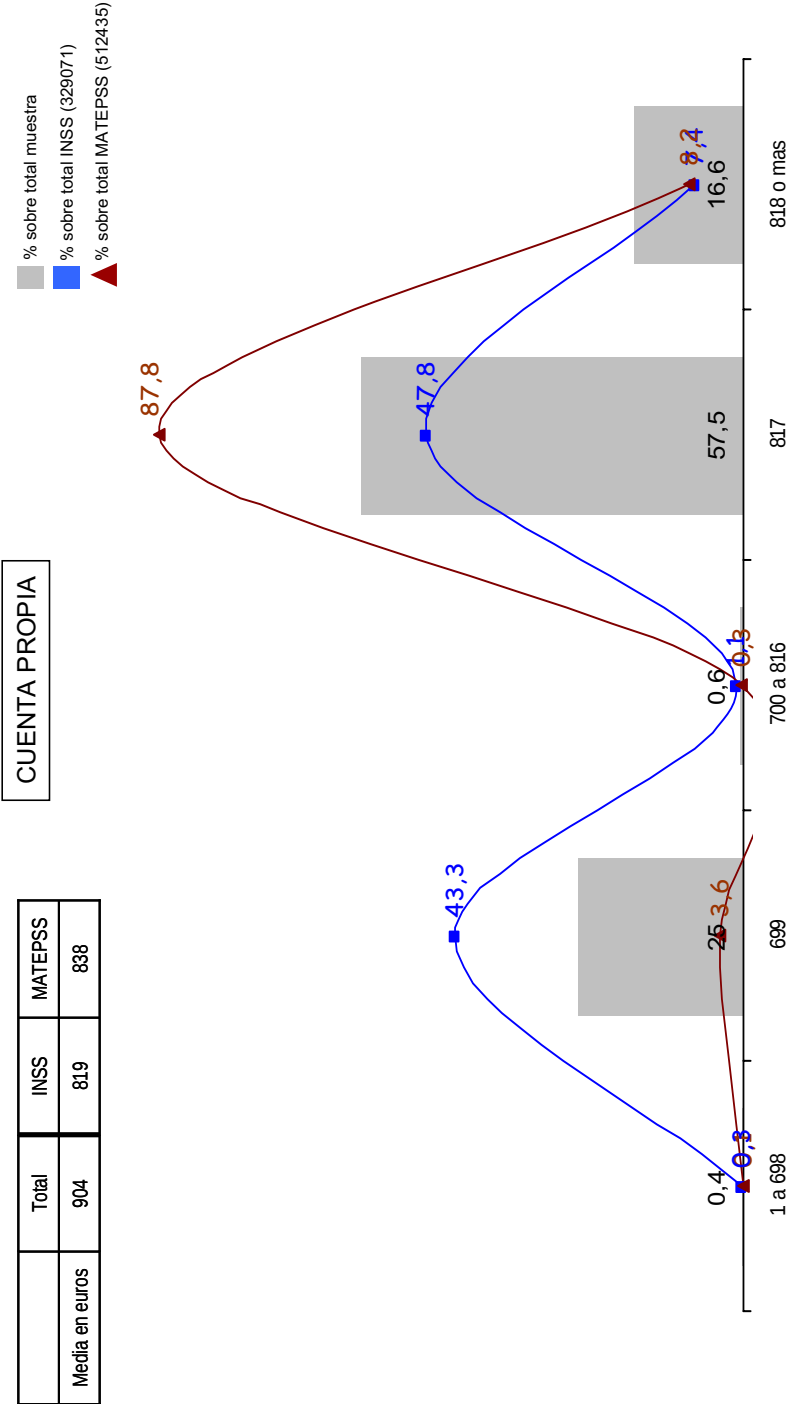
Distribución de muestra según la base reguladora 2008
(B: 926113)



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

Gráfico 10

Distribución de muestra según la base reguladora 2008
(B: 926113)



Fuente: elaboración propia a partir de microdatos proporcionados por el INSS

ANEXO VIII ENCUESTA DE OPINIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE ITcc

En el marco de la evaluación sobre ITcc se ha efectuado una encuesta de opinión al objeto de conocer la sensibilización de la opinión pública ante la ITcc, y respecto al uso en el entorno social de los encuestados, de las motivaciones que subyacen al empleo de la ITcc.

Los datos técnicos de la encuesta realizada son:

Población objeto de estudio:

Población de 16 y más años residente en España.

Ámbito geográfico:

Conjunto del territorio español

Técnica de recogida de información:

Entrevista telefónica asistida por ordenador (CATI).

Diseño muestral:

El tipo de muestreo utilizado ha sido el muestreo de conglomerados en dos etapas con estratificación de las unidades de primera etapa y postestratificación de las unidades de segunda etapa. Las unidades de primera etapa estarían formadas por los hogares y las de segunda etapa por las personas de 16 y más años residentes en los mismos. Los criterios de estratificación han sido el hábitat, el sexo y el grupo de edad.

Tamaños muestrales y error de muestreo:

El tamaño muestral ha sido de 3.000 entrevistas válidas, excluida la muestra de la prueba piloto. La distribución de la muestra por estrato ha sido proporcional a la población de 16 y más años residente en España.

Trabajo de campo:

Las entrevistas se han realizado entre los días 19 de octubre y 10 de noviembre de 2009.

Distribución final de la muestra por sexo y grupo de edad

Género/ edad	16- 29	30- 44	45- 64	65 y más	Total
hombre	342	474	428	261	1505
mujer	319	447	435	309	1510
Total	661	921	863	570	3015

Distribución final de la muestra por estrato de hábitat

- 0 mil	10- 100 mil	100- 400 mil	+ 400 mil	
645	1159	715	496	3015

Los resultados más relevantes se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 1.
Recurso a las bajas laborales por motivos ajenos a enfermedades o accidentes en el entorno de los entrevistados

	Total	Status social			Tamaño hábitat			
	Total	Status Alto	Status Medio	Status Bajo	Menos de 10.000 hab.	Entre 10.000-100.000 Hab.	Entre 100.000-400.000 Hab.	Mas de 400.000 Hab.
Por necesidades familiares/ asuntos familiares	18,1%	23,8%	18,4%	14,2%	15,3%	16,9%	18,3%	24,2%
Cara dura/Vaguería/Cuento	11,4%	11,2%	10,6%	12,2%	12,8%	9,5%	13,4%	11,4%
Por motivos de ocio	10,9%	11,2%	10,8%	10,7%	11,2%	11,%	10,7%	10,4%
No quieren trabajar/No les gusta trabajar	10,7%	7,9%	10,4%	12,6%	12,%	11,%	10,5%	8,3%
Para realizar otros trabajos/ en otras empresas	5,5%	5,8%	4,9%	5,9%	5,4%	6,%	5,3%	4,8%
Maternidad	5,5%	8,1%	5,1%	4,2%	4,3%	4,9%	7,3%	5,8%
Mal ambiente laboral/A disgusto en el trabajo	4,5%	6,2%	4,9%	3,1%	2,8%	5,%	4,3%	5,9%
Por conflictos laborales (individuales o colectivos)	3,9%	3,6%	4,2%	3,8%	3,4%	3,4%	4,8%	4,4%
Falta de ética/ responsabilidad/ seriedad	3,6%	3,8%	3,6%	3,4%	3,%	3,3%	3,9%	4,7%
Mienten/Fingen	1,9%	2,2%	1,3%	2,2%	1,7%	1,9%	2,1%	2,%
Borracheras/ Resacas/ Juergas	1,3%	1,%	1,6%	1,3%	12,8%	9,5%	13,4%	11,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 2. Facilidad para conseguir una baja laboral

Total		Género		Edad			Status social			Tamaño hábitat				
		Hombre	Mujer	16/29	30/44	45/64	65 y mas	Alto	Medio	Bajo	Menos de 10.000 hab.	Entre 10.000-100.000 Hab.	Entre 100.000 - 400.000 Hab.	Mas de 400.000 Hab.
Muy fácil	12,7%	14,4%	11,1%	12,3%	16,1%	12,5%	8,4%	16,4%	13,%	10,2%	13,5%	12,8%	11,9%	12,7%
Bastante fácil	37,3%	39,5%	35,1%	43,6%	35,6%	35,9%	35,%	39,8%	37,9%	35,2%	36,%	36,5%	38,3%	39,2%
Ni fácil ni difícil	10,9%	10,5%	11,2%	10,1%	10,6%	9,7%	13,7%	9,%	10,4%	12,5%	10,4%	10,8%	11,3%	10,9%
Bastante difícil	22,%	19,6%	24,4%	20,1%	22,1%	24,%	21,1%	19,3%	22,4%	23,4%	22,5%	23,2%	20,7%	20,6%
Muy difícil	5,3%	4,5%	6,1%	4,7%	5,3%	6,4%	4,6%	4,1%	5,9%	5,7%	6,2%	4,5%	5,2%	6,4%
No sabe	11,1%	10,7%	11,5%	8,3%	9,6%	10,8%	17,1%	10,7%	9,6%	12,7%	10,4%	11,4%	12,%	10,%
No contesta	,6%	,7%	,6%	,9%	,7%	,7%	,2%	,7%	,9%	,4%	,9%	,7%	,6%	,2%
Muy + Bastante	50,%	54,%	46,2%	55,8%	51,7%	48,4%	43,3%	56,2%	50,9%	45,4%	49,5%	49,4%	50,2%	51,9%
Poco + Nada	27,4%	24,1%	30,6%	24,8%	27,5%	30,4%	25,7%	23,4%	28,2%	29,1%	28,7%	27,7%	25,9%	27,%
Ni fácil ni difícil	10,9%	10,5%	11,2%	10,1%	10,6%	9,7%	13,7%	9,%	10,4%	12,5%	10,4%	10,8%	11,3%	10,9%
Ns/Nc	11,7%	11,4%	12,1%	9,2%	10,2%	11,5%	17,3%	11,4%	10,5%	13,1%	11,3%	12,1%	12,6%	10,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la encuesta

Tabla 3.

Respuestas afirmativas a la pregunta de si conocen alguien en su entorno que haya estado de baja por causas indebidas, según distintos factores

Total	Género		Edad			
	Hombre	Mujer	16/29	30/44	45/64	65 y mas
36,8%	40,2%	33,5%	33,8%	40,%	39,4%	31,3%
Hábitat			Personas dependientes			
Menos de 10.000	10.000-100.000	100.000-400.000	Mas de 400.000	Si	No	
35,9%	35,4%	36,8%	41,%	38,1%	36,%	
Status Hogar			Régimen S.S.		Ocupación	
Alto	Medio	Bajo	Cta propia	Cta ajena	Traba ja	No traba ja
45,1%	36,3%	32,%	43,6%	39,2%	40,3%	30,1%
Escala ideológica			De baja ult. 12 meses			
0/4	5/6	7/8	9/10	Si	No	
39,9%	36,8%	42,1%	39,1%	32,8%	41,4%	

0=izquierda 10=derecha

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la encuesta

ANEXO IX CONVENIOS ESPECÍFICOS

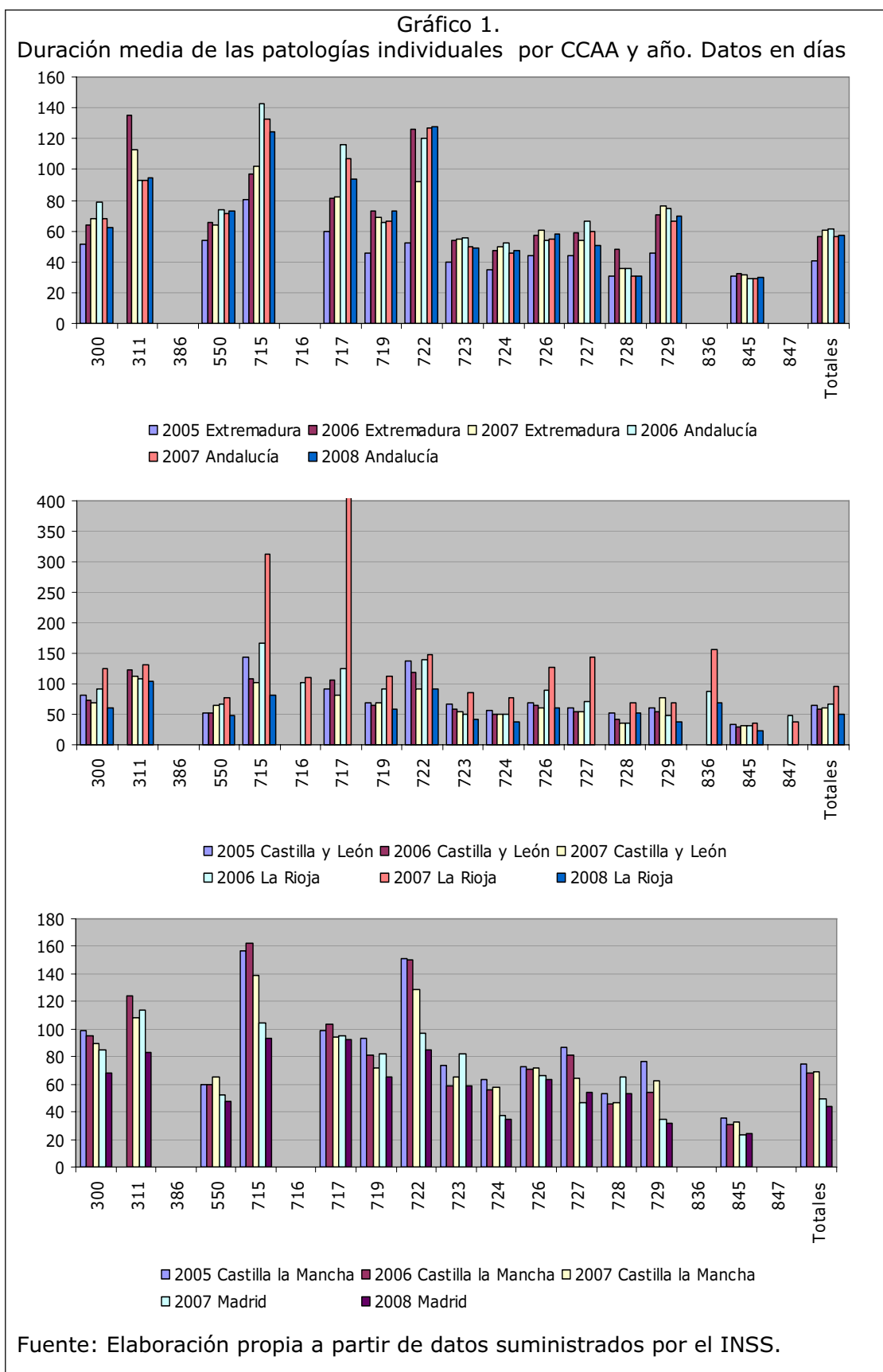
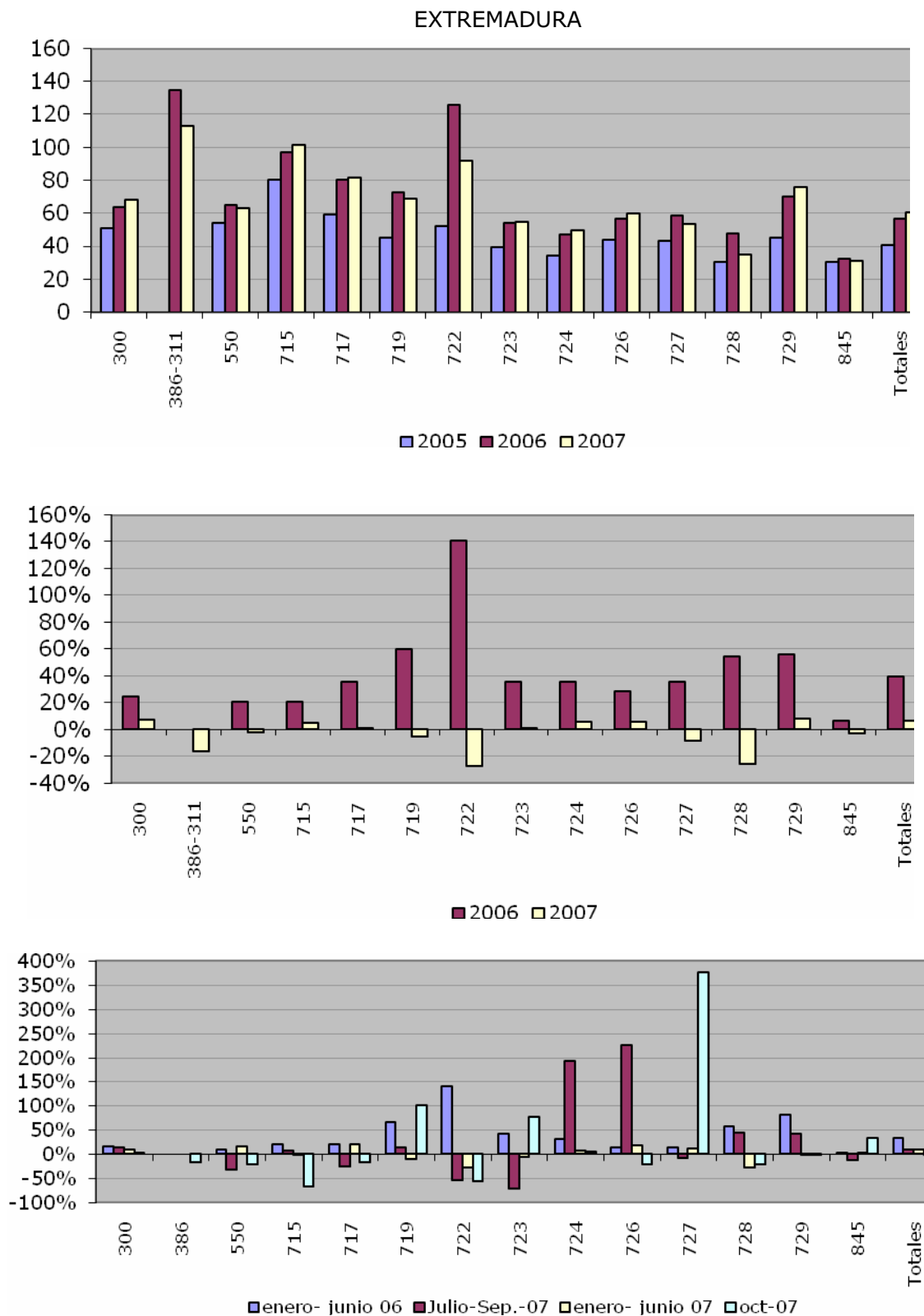
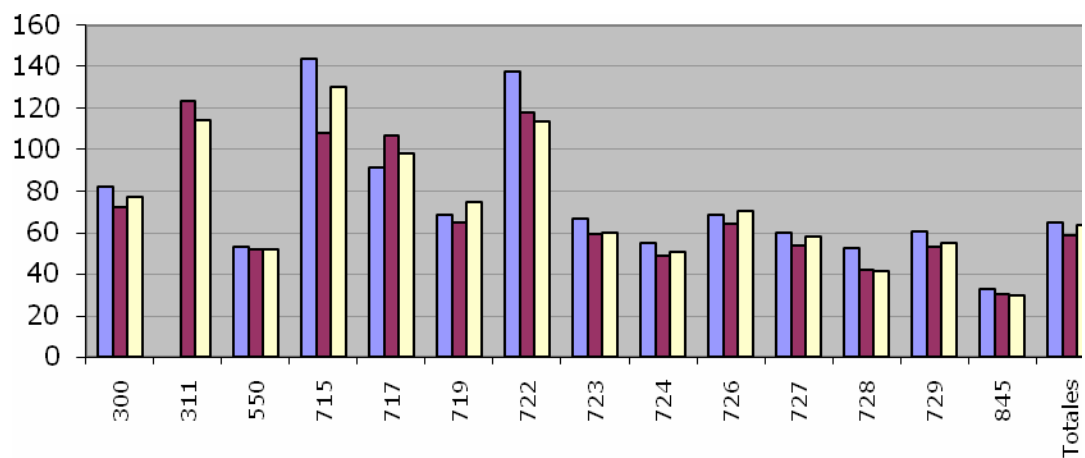


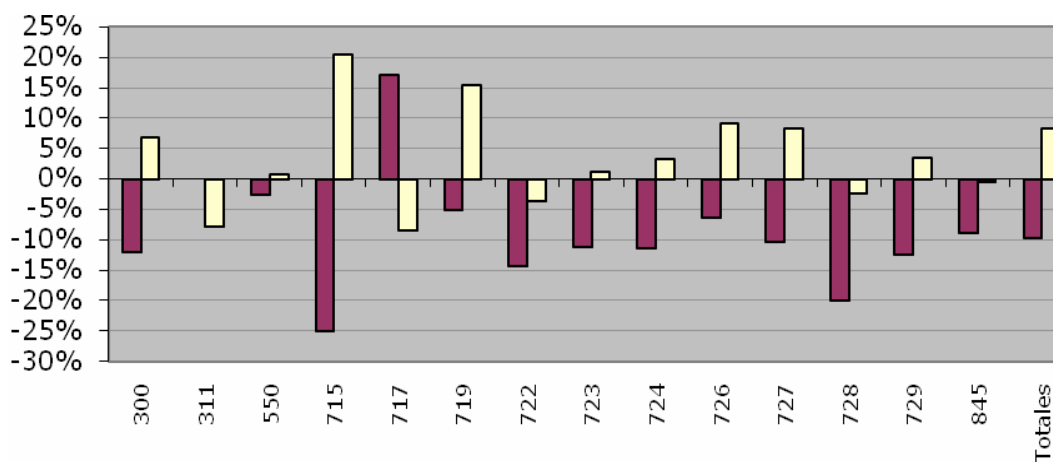
Gráfico 2
Duración media de las patologías de los convenios específicos, variación interanual y
variación del período de referencia considerado para el cálculo de las cuantías
económicas del programa, por CCAA



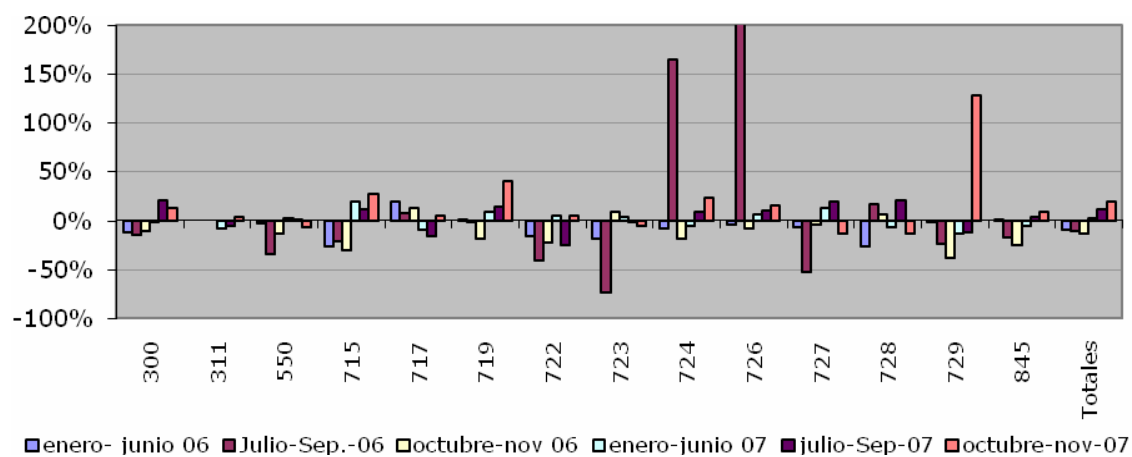
CASTILLA LEÓN



■ 2005 ■ 2006 ■ 2007

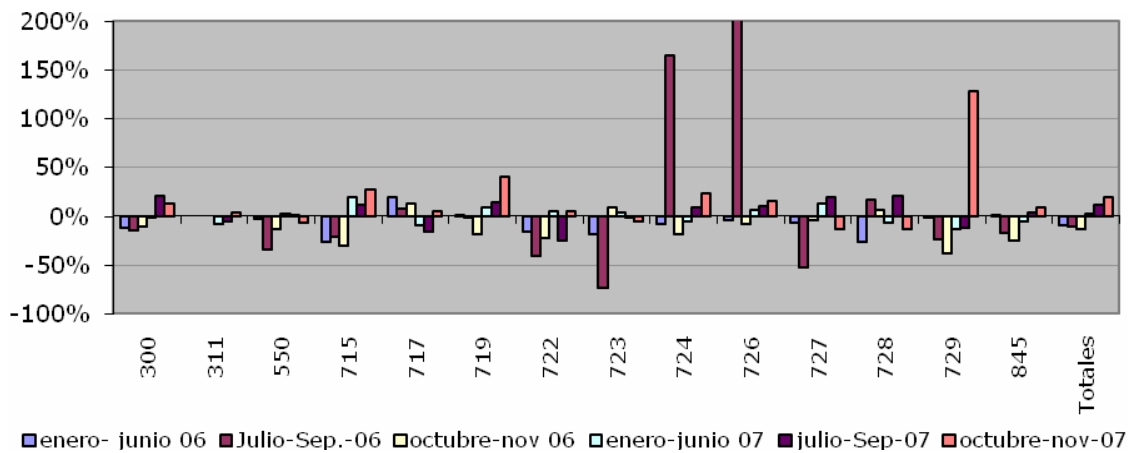
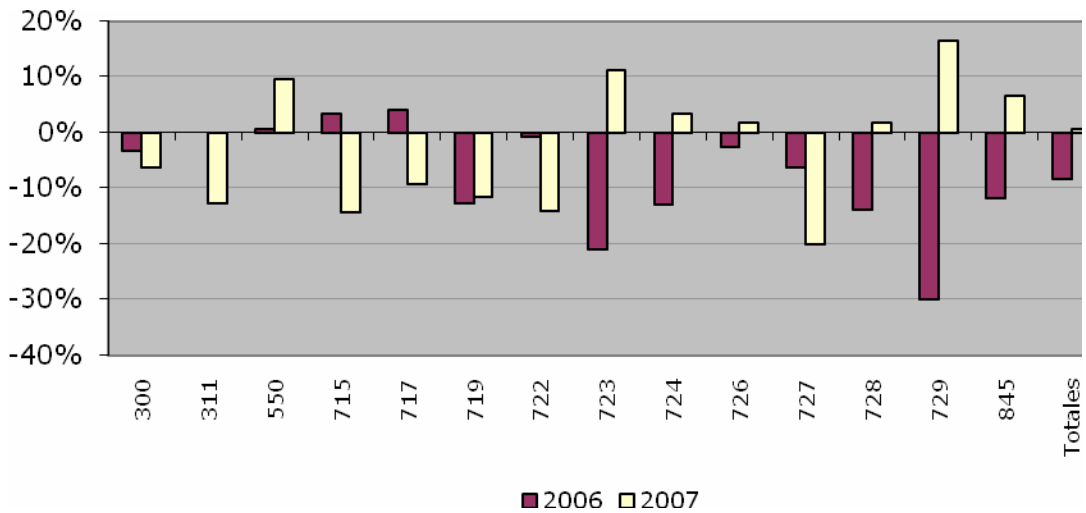
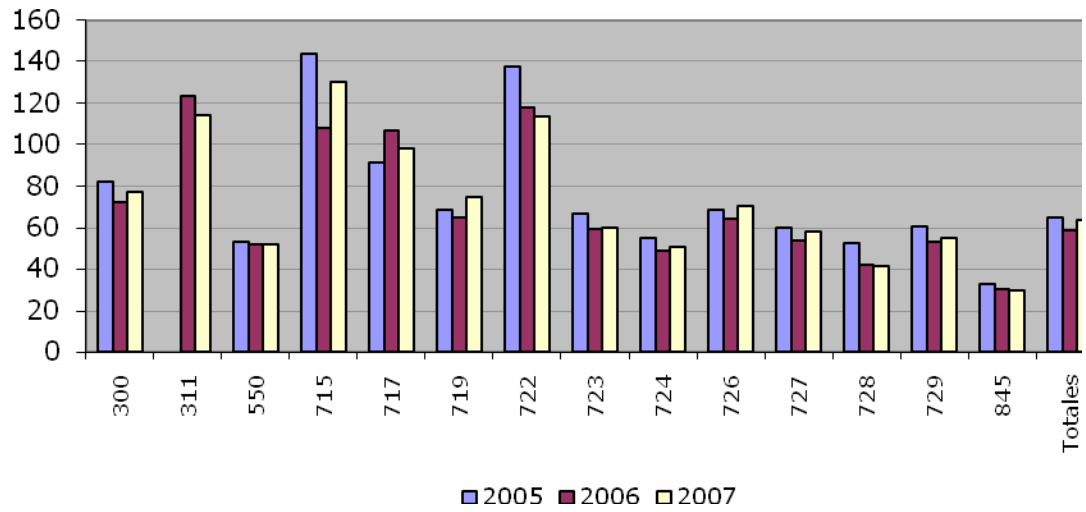


■ 2006 ■ 2007

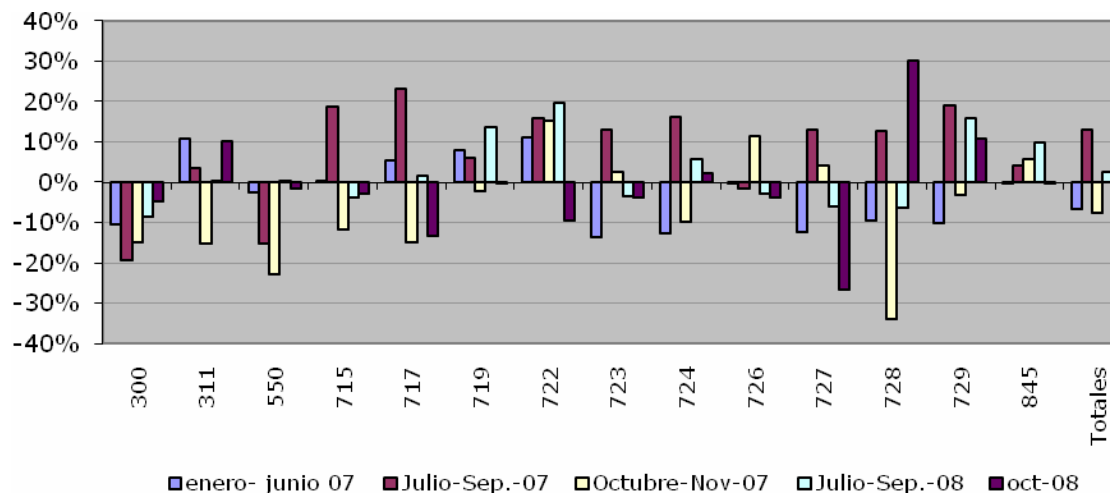
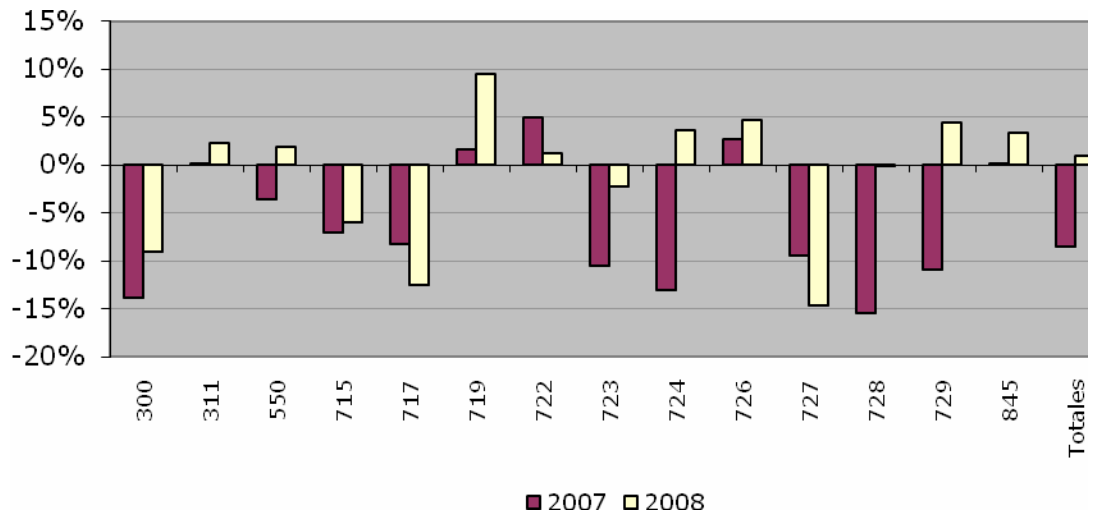
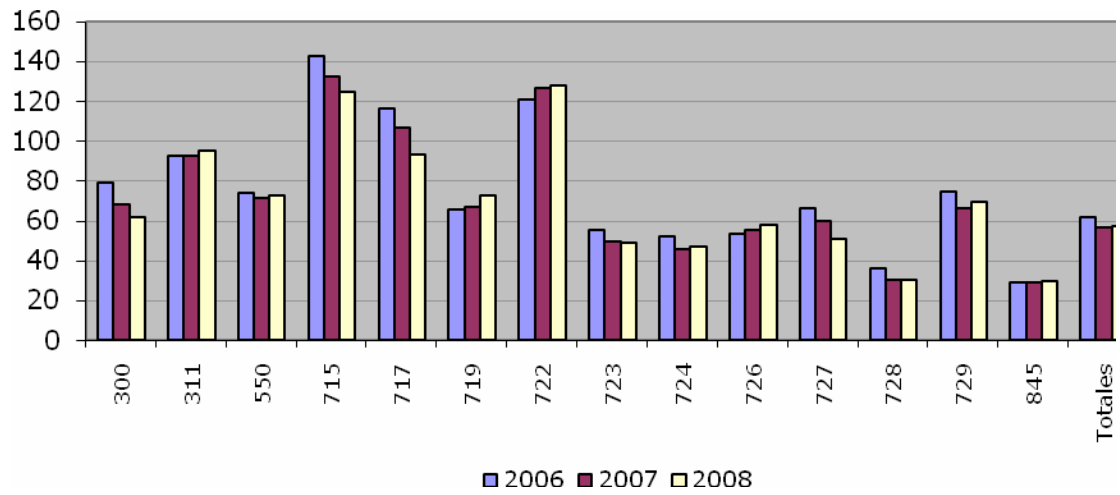


■ enero- junio 06 ■ Julio-Sep.-06 ■ octubre-nov 06 ■ enero-junio 07 ■ julio-Sep-07 ■ octubre-nov-07

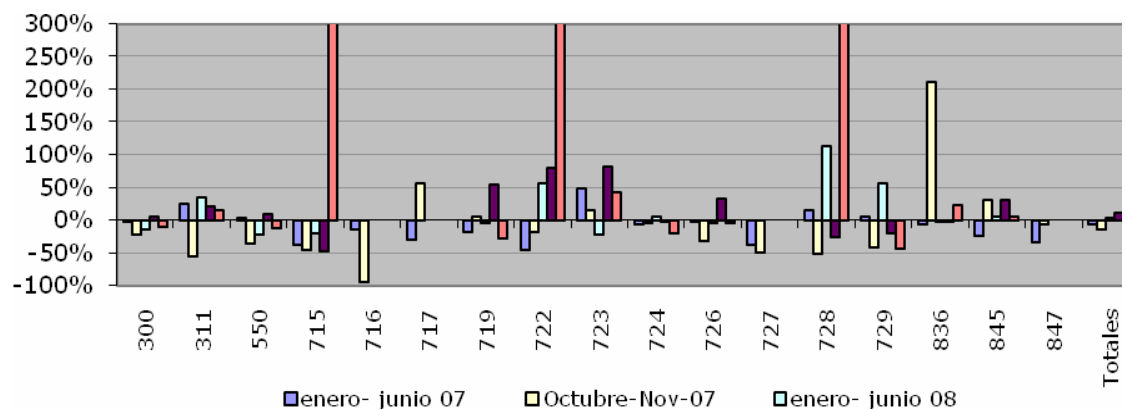
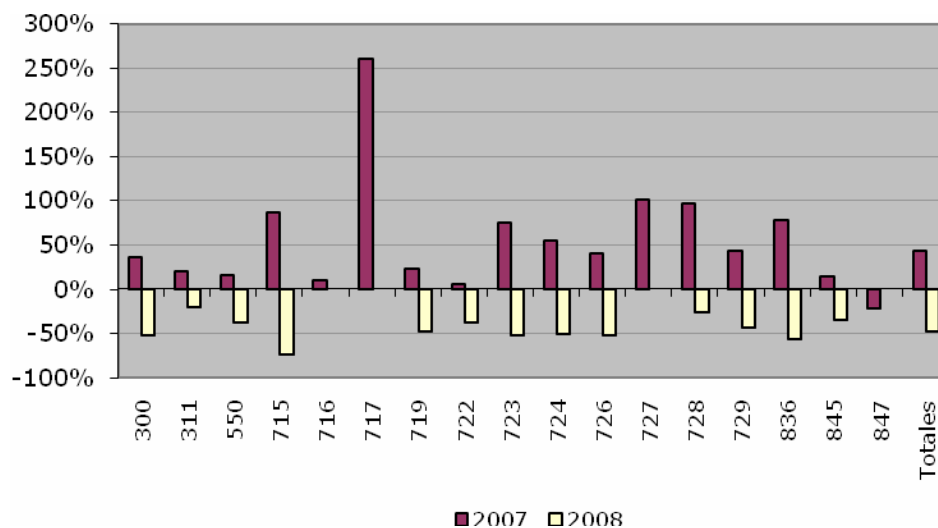
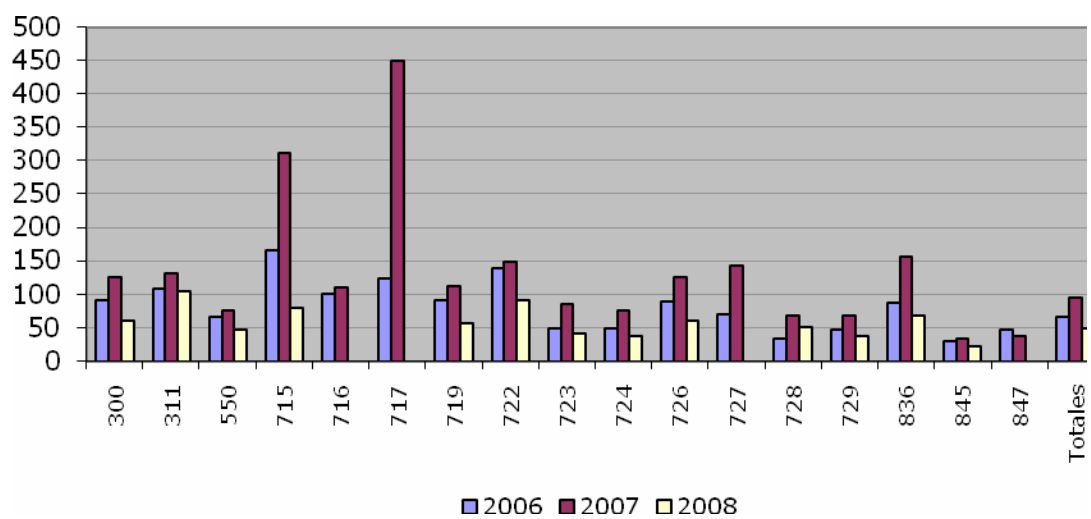
CASTILLA LA MANCHA



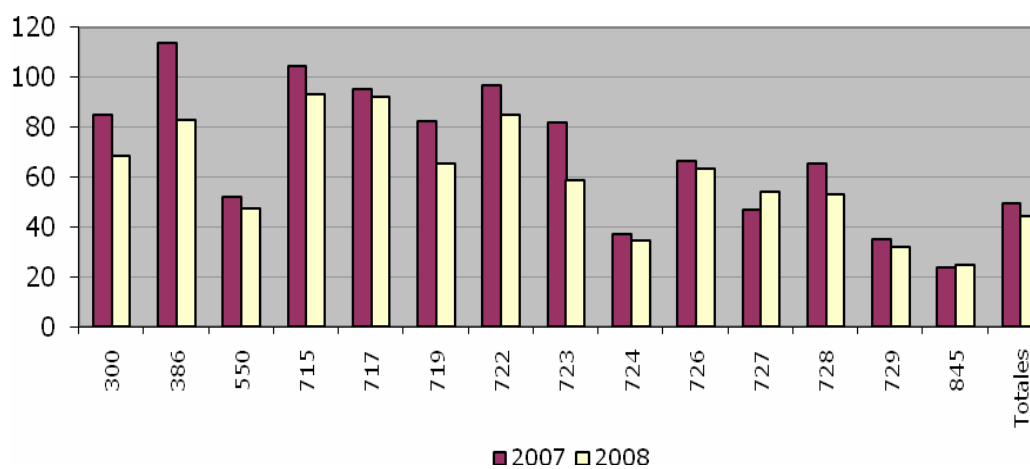
ANDALUCÍA



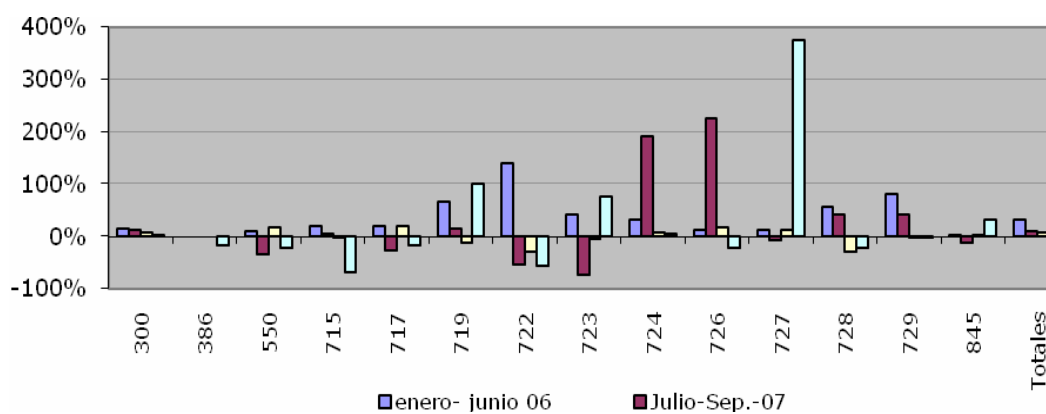
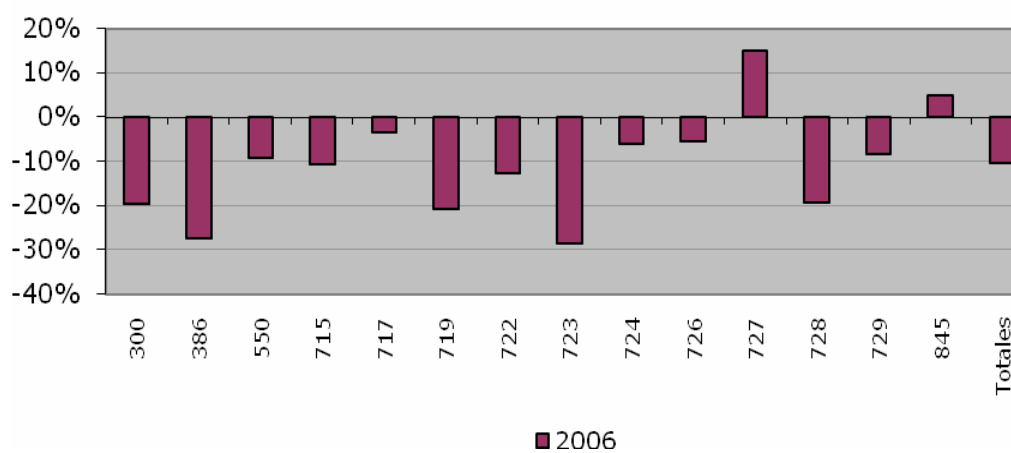
LA RIOJA



MADRID



2006



Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Estadísticos 2006 y 2007

ANEXO X. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En la presente evaluación se ha realizado un estudio de los procesos de ITcc comprendidos entre enero de 2007 y diciembre de 2008. Para ello se han utilizado dos fuentes de microdatos: un fichero de procesos de ITcc (en adelante Fichero IT) basado en una muestra de aquellos procesos abiertos y cerrados durante el período de estudio, y la Muestra Continua de Vidas Laborales de 2008 sin datos fiscales (en adelante MCVL).

La elección del período de estudio obedece al objeto de disponer de los datos más recientes de episodios de ITcc coherentes con la última MCVL, disponible para el año 2008. Se ha optado por elegir dos años, período congruente con la duración legal de los procesos de IT y sus posibles prórrogas. Tal y como establece el TRLGSS, la duración máxima de la incapacidad temporal es de doce meses, prorrogable por otros seis, cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación, tal y como establece el artículo 128.1 a) del TRLGSS. No obstante, tal y como determina el artículo 131 bis, apartado 2, cuando la situación de IT se extinga por el transcurso del plazo de 18 meses, se examinará necesariamente, en el plazo máximo de 3 meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación en el grado de incapacidad permanente que corresponda. En determinados casos excepcionales este periodo podrá ampliarse, pero en ningún caso podrá rebasar los 24 meses.

Por otro lado, al contrario que otros estudios realizados sobre episodios de IT que emplean al mismo tiempo la MCVL, en los cuales se toman en consideración los procesos cerrados en un período determinado, en el presente análisis se ha optado por trabajar con los procesos exclusivamente abiertos y cerrados en el período considerado. Dicha decisión presenta ventajas e inconvenientes, a saber:

- Por lo que se refiere a las ventajas, la elección adoptada permite trabajar con datos recientes conociendo con exactitud la totalidad de procesos iniciados y cerrados en un horizonte temporal, así como la estructura y distribución de éstos y si finalizan, por ejemplo, en prestaciones de IP. Frente a la alternativa de procesos cerrados en el periodo, independientemente de cuando se inicien, permite conocer cuándo se originan los episodios de IT en un día, semana o mes determinado, en relación a todo un conjunto de variables sociolaborales y demográficas.
- Por lo que atañen a los inconvenientes de la elección tomada, se carece de datos de procesos que siguen vivos, cuando éstos se inician antes del período inicial del estudio (enero de 2007) o continúan vivos más allá de diciembre de 2008. Esto es, existe un conjunto de procesos vivos al inicio y al final que no se reflejan en el análisis. De los diversos contrastes efectuados al objeto de identificar con precisión el número absoluto de procesos, y su distribución según los intervalos de duración manejados, se desprende que la subrepresentación afecta, fundamentalmente, a los

procesos de corta duración. Así, en el inicio del período se ha estimado que la subrepresentación es la siguiente:

Tabla 1.

Intervalos de duración	% de subrepresentación al inicio del período
1 a 15 días	5,02%
16 a 30 días	0,51%
31 a 90 días	-0,61%
91 a 180 días	-1,39%
181 a 270 días	-1,06%
271 a 360 días	-0,83%
361 a 450 días	-0,75%
451 a 540 días	-0,27%
Mas de 540 días	-0,62%

Finalmente, aún cuando los procesos de IT derivados de contingencias profesionales y de contingencias comunes están fuertemente interrelacionados, la delimitación del alcance de la evaluación y las limitaciones inherentes a la misma, han motivado la no inclusión en el análisis de los procesos de IT de origen laboral. Los aspectos más reseñables de la interacción se analizan en el texto del informe, dejando para una futura investigación y evaluación de la IT por contingencias profesionales, la caracterización de la misma, su naturaleza y los efectos, en términos de eficacia y eficiencia de la intervención pública en dicho ámbito.

Naturaleza de los datos utilizados

Como se indicaba anteriormente se han empleado para la evaluación dos conjuntos de microdatos:

- **Microdatos de procesos de ITcc.**

Los microdatos manejados han sido extraídos del aplicativo INCA, y contienen tanto los datos transmitidos por los SPS, empresas y graduados sociales desde el sistema RED, como de solicitantes de la prestación económica.

Para evitar que los procesos de ITcc a analizar aparezcan descontextualizados y se carezca de datos socioeconómicos y personales de los individuos muestreados que hayan experimentado bajas laborales, se ha optado por cruzar la totalidad de los individuos que figuran en la

MCVL (fichero de entrada compuesto por 1.185.238), con los microdatos de procesos de IT del INSS. Ello ha arrojado el siguiente fichero de salida:

- Procesos de IT localizados: 484.501
- Maternidades: 26.867
- Paternidades: 18.673
- Procesos de IT con actuaciones medicas: 5.109

Las variables contenidas en los registros del fichero son:

- Número de afiliación
- IPF
- Provincia del proceso en la fecha del hecho causante
- Código de prestación, que puede ser IT, maternidad o paternidad
- Código de entidad que cubre la IT
- Tipo de pago (directo, delegado o mutua)
- Patología diagnosticada (CIE-MC9)
- Fecha del hecho causante (baja médica para las prestaciones de IT y la fecha de inicio del descanso para maternidad o paternidad)
- Fecha de alta médica
- Causa de alta médica
- Causa de finalización
- Fecha de finalización
- Base reguladora diaria de contingencias comunes
- Código de cuenta de cotización
- Código de actuación médica en ATRIUM
- Fecha de resolución de actuación médica en ATRIUM

Cada anotación registral, procedente del aplicativo no corresponde exclusivamente a un proceso de baja o un período de paternidad o maternidad. Así, para un mismo individuo pueden existir múltiples registros en aquellos casos en los que existe cambio de tipo de pago, o se trata de personas pluriempleadas o con pluriactividad, en cuyo caso existen tantos registros como “situaciones laborales” o empresas/regímenes.

Dado que el estudio versa sobre procesos de IT, ha sido necesario proceder a refundir los distintos registros en uno solo, correspondiente al proceso. La preparación del fichero para su análisis ha consistido en:

- Para los registros de ITcc correspondientes a un mismo individuo y mismo episodio (identificado mediante la fecha del hecho causante), se ha seleccionado el registro cuya fecha de causa de finalización sea la más alejada con respecto al hecho causante (esto es, mayor duración de la baja laboral). En el caso de que existan dos registros con la misma fecha de finalización, pero con datos diferentes en el conjunto de las variables se han seleccionado los datos de provincia, entidad, tipo de pago, código de diagnóstico, fecha de alta, causa de alta, causa

de finalización y ccc de aquel registro donde existía actividad laboral, y por tanto, el registro no correspondía a una operación de gestión o una actividad no remunerada (la base reguladora era distinta de cero). En aquellos registros donde no se daba este supuesto, -casos de pluriactividad-, se han tomado los datos de las variables indicadas del registro con mayor base reguladora (actividad laboral principal).

- En el caso de pluriactividad, la base reguladora se ha obtenido mediante el sumatorio de las bases reguladoras de los distintos registros para un mismo proceso.

- **La Muestra Continua de Vidas Laborales.**

La Muestra Continua de Vidas Laborales (en adelante MCVL) consiste en un conjunto de microdatos anónimos extraídos de registros administrativos, tanto de la Seguridad Social como del Padrón Municipal.

La muestra empleada en el presente estudio corresponde al año 2008, y representa el 4% de las personas que mantuvieron algún tipo de vinculación con la Seguridad Social en algún momento de ese año (aún cuando después dejase de tenerlo): en total 1.185.238 individuos conforman dicha muestra. El muestreo es aleatorio simple, sin ningún tipo de estratificación. En la conformación de la muestra se selecciona a aquellas mismas personas que han continuado manteniendo relación con la Seguridad Social, por lo que permite análisis de panel.

La MCVL no se limita a contener información relativa al año de referencia, sino que incluye el historial anterior de las personas seleccionadas, información de particular importancia en el ámbito de los análisis socioeconómicos. Este hecho provoca que no pueda establecerse una clara línea divisoria entre individuos cotizantes o pensionistas, o que sean trabajadores en activo o no, por ejemplo, puesto que pueden aparecer en ambas categorías¹²⁹.

- **Ficheros de salida**

Se han obtenido tres ficheros de salida de datos:

- **Fichero de MCVL.** La referencia básica de dicho fichero son los individuos, no los procesos. Las variables contenidas en el fichero originario de MCVL-2008 se han tratado para obtener un solo registro para cada trabajador, siguiéndose la operativa que figura en la tabla dos. A dicho conjunto de variables, se han adicionado otras construidas en base al fichero de IT.

¹²⁹ Para un conocimiento más pormenorizado de la MCVL véase Durán Heras, A. (2007) "La muestra continua de vidas laborales". Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración. Nº Extra 1, 2007. Págs. 231-240

De la muestra se ha procedido a eliminar todos aquellos individuos que no forman parte de la población activa. Para ello, se han suprimido aquellos individuos cuya edad es inferior a los 16 años. Por lo que se refiere a la población jubilada o incapacitada para el trabajo, se ha tomado como referencia la variable CLASE-PRESTACIÓN. Los códigos que corresponden a población inactiva (dos primeros códigos correspondientes a: JX, 10, 11, 12, 14, 15, 20, 21, 22, 24 y 26). Se han eliminado todos aquellos individuos cuyo valor en esta variable sea anterior a 200701.

Tabla 2. Estructura de los ficheros de la MCVL

Variable	Operativa	Fichero de origen/variable	Tabulación/agrupaciones
Edad	o Edad a 31/12/2007	MCVL-2008. Fichero de datos personales. FECHA-NACIMIENTO	Cohortes de edad: 16-24/25-35/36-50/51-64/65 y más años
Sexo		MCVL-2008. Fichero de datos personales. SEXO	
Nacionalidad		MCVL-2008. Fichero de datos personales. NACIONALIDAD-CLASIFICACIÓN	Europa: N16-N01- N19- N18-N20-N21-N11-N10- N14-N15 N04- Bulgaria N17 Rumania N00 ESPAÑA N05 CHINA N06 COLOMBIA N09 ECUADOR N12 MARRUECOS N13 PERU Resto países latinoamericanos: N22 –N3-N7-N8-N26-N27 Resto de países africanos: N23 Resto de países Asia Pacífico: N24 América del Norte: N25 No consta/apátridas: N99
CCAA		MCVL-2008. Fichero de datos personales. DOMICILIO	Agrupación provincias por CCAA
Régimen de la S.S	o Se considerará como Régimen a asignar en la variable, aquel en el que haya estado mayor período de tiempo durante los años 2007-208	MCVL-2008. Fichero de Afiliación. RÉGIMEN- COTIZACIÓN	Agrupaciones (1)
Ente gestor de IT	o Se considerará como Régimen a asignar en la variable, aquel en el que haya estado mayor período de tiempo durante los años 2007-208	MCVL-2008. Fichero de Afiliación. Entidad IT	INSS o MATEPSS. Las MATEPSS se considerarán agrupadas.
MATEPSS	o Para aquellos casos en los que el ente gestor es una Mutua, se generará una variable, indicando qué mutua gestiona el proceso	MCVL-2008. Fichero de Afiliación. Entidad IT	
Tipo de contrato	o Se considerará como tipo de contrato, aquel en el que haya estado mayor período de tiempo durante los años 2007-2008	MCVL-2008. Fichero de datos de afiliación. TIPO-CONTRATO	Agrupaciones (2)
Nº de contratos	o Se indicará el número de contratos que ha tenido el individuo en el periodo 2007-2008	MCVL-2008. Fichero de datos de afiliación. TIPO-CONTRATO	

Tabla 2. Estructura de los ficheros de la MCVL (CONT.)

Variable	Operativa	Fichero de origen/variable	Tabulación/agrupaciones
Tiempo de trabajo	- Sumatorio del total de tiempo trabajado en los dos años - Se considerará como tamaño de la empresa, aquella Código de Cuenta de Cotización en la que el individuo haya permanecido más tiempo (variable CUENTA-PRINCIPAL) durante los años 2007-2008		Permite diferenciar aquellos que han tenido actividad laboral, o la intensidad de la misma, de aquellos con poca actividad laboral.
Tamaño de la empresa		MCVL-2008. Fichero de datos de afiliación. NUMERO-TRABAJADORES-CUENTA	Agrupaciones (3)
Nivel de estudios	Nivel de estudios	MCVL-2008. Fichero de datos personales. NIVEL-ESTUDIOS	Agrupaciones: 1X NO SABE LEER NI ESCRIBIR 2X TITULACIÓN INFERIOR A GRADUADO ESCOLAR 3X GRADUADO ESCOLAR O EQUIVALENTE 4 TITULACIÓN POSTOBLIGATORIA NO SUPERIORES Incluye: 41, 42 y 43 5 TITULACIÓN SUPERIOR Incluye: 44 a 48 99 Desconocido El código 0X no debería aparecer, puesto que corresponde menores de 10 años.
Actividad económica	Se considerará como actividad económica aquella en la que el individuo haya permanecido más tiempo durante los años 2007-2008	MCVL-2008. Fichero de datos de afiliación. ACTIVIDAD-ECONÓMICA	Agrupaciones (4)
Pluriactividad	Se eliminan aquellos registros en los que, para el mismo individuo, existe más de un proceso donde coincidan la fecha de alta y de baja (son casos de pluriactividad). Se deberá dejar un solo registro. Se crea esta variable indicando si hay pluriactividad o no	Procesos de IT. Registros repetidos	
Grupos de cotización	Se considerará como grupo de cotización aquel en el que individuo haya permanecido más tiempo durante los años 2007-2008	MCVL-2008. Fichero de datos de afiliación. GRUPO-COTIZACIÓN	Agrupaciones (5)
Tipo de empleador	Se considerará como tipo de empleador aquel en el que individuo haya permanecido más tiempo durante los años 2007-2008	MCVL-2008. Fichero de datos de afiliación. TIPO-EMPLEADOR-ACTIVIDAD	Agrupaciones (6)
Convivencia en el hogar	Se considerará que existen cargas familiares en aquellos casos en los que existen 1 o más convivientes con edades comprendidas entre los 0 y 14 años y mayores de 70 años a fecha 31-12-2007. Se indicará número de convivientes de cada una de las categorías que se indican en las agrupaciones	MCVL-2008. Fichero de datos de convivientes.	Agrupaciones (7)

Tabla 2. Estructura de los ficheros de la MCVL (CONT.)

Variable	Operativa	Fichero de origen/variable	Tabulación/agrupaciones
Base reguladora	Se obtendrá la media para cada año del periodo (2007 y 2008). Aspecto ya comentado.	MCVL-2008. Fichero de Cotización	
Fecha de prestación de Incapacidad Permanente	Se toman sólo aquellos individuos para los que no exista prestación de IP o jubilación por incapacidad durante el periodo 2007-2008. Se indicará la fecha en la que han accedido a esta prestación	MCVL-2008. Fichero de prestaciones FECHA-MINUSVALIA/ CLASE- PRESTACIÓN	Se considerarán sólo quienes hayan tenido una prestación de IP (CLASE- PRESTACIÓN) durante el periodo 2007-2008 (véase clase de prestación). Esto es, aquellos para los que la variable de FECHA-MINUSVALIA sea anterior a 1-1-2007 o posterior a 1-1-2009 no se tomarán en consideración en esta variable. Los códigos a considerar son, exclusivamente los que se indican (8)
Número de procesos de IT	Suma del total de procesos de IT experimentados	Fichero de IT	
Duración total de los procesos de IT	Sumatorio de las duraciones de todos los procesos experimentados	Fichero de IT	
Duración media de los procesos de IT	Sumatorio de las duraciones de todos los procesos experimentados dividido por el número de procesos	Fichero de IT	
MATERNIDAD o PATERNIDAD	Se indicará para aquellos individuos que hayan tenido prestaciones MA o PA, si han experimentado: una baja en los 30 días anteriores a la fecha de hecho causante de MA. Y si han experimentado una baja en los 60 días posteriores a la fecha de finalización de dicha prestación	Fichero de IT	
Patología más frecuente	Si ha tenido varias bajas, se indica la predominante	Fichero de IT	
Patología de mayor duración	patología que agrupa mayor número de días de baja, si ha tenido más de una	Fichero de IT	
Coste total de los procesos	Sumatorio de los costes de todos los procesos de IT	Fichero de IT	
Coste medio por proceso de IT	Coste total de los procesos entre el número de procesos experimentados	Fichero de IT	

(1). Los regímenes de la S.S a considerar se agrupan por las siguientes categorías:

Régimen General de la S.S

0111 REGIMEN GENERAL
0112 REGIMEN GENERAL (ARTISTAS)
0113 REGIMEN. GENERAL (DE UN RÉGIMEN EXTINGUIDO)
0114 REGIMEN GRAL. (DE UN RÉGIMEN EXTINGUIDO)
0115 B REGIMEN GENERAL (FERROVIARIOS)
0121 REGIMEN GENERAL (REPRESENTANTES COMERCIO)
0131 REGIMEN GENERAL (SISTEMA ESPECIAL COTIZACIÓN)
0132 REGIMEN GENERAL (SISTEMA ESPECIAL COTIZACIÓN)
0133 B REGIMEN GENERAL (SISTEMA ESPECIAL DE COTIZACIÓN)
0134 REGIMEN GENERAL (SISTEMA ESPECIAL COTIZACIÓN)
0135 REGIMEN GENERAL (SISTEMA ESPECIAL COTIZACIÓN)
0136 REGIMEN GENERAL (SISTEMA ESPECIAL COTIZACIÓN)
0137 REGIMEN GENERAL (SISTEMA ESPECIAL COTIZACIÓN)
0140 REGIMEN GENERAL (CONVENIO ESPECIAL)
0150 REGIMEN GENERAL. SITUACIÓN ESPECIAL
0140 REGIMEN GENERAL (CONVENIO ESPECIAL)

Régimen Especial de Trabajadores Autónomos

0521 REGIMEN ESPECIAL TRABAJADORES AUTONOMOS
0522 REG.ESP.AUTONOMOS (DE UN RÉGIMEN EXTINGUIDO)
0540 REG.ESP.AUTÓNOMOS (CONVENIO ESPECIAL)

Régimen Especial Agrario, por cuenta ajena

0611 REGIMEN ESPECIAL AGRARIO (CUENTA AJENA)
0612 B J.REALES (R.E.A.)
0613 REG.ESPECIAL AGRARIO (EMPRESAS)
0640 REG.ESP.AGRARIO CUENTA AJ.(CONVENIO ESP)
0650 REG.ESP.AGRARIO CUENTA AJ. SITUACIÓN ESPECIAL

Régimen Especial Agrario, por cuenta propia

0721 B Antiguo REGIMEN ESPECIAL AGRARIO (CUENTA PROPIA)
0722 B JORNS.TEOR. (R.E.A.)
0723 B COBERTURA A.T.S.S.(R.E.A.)
0740 REG.ESP.AGRARIO CUENTA PR.(CONVENIO ESP)

Régimen Especial del Mar (no obstante, la gestión de la ITcc corresponde al ISM, por lo que en la base de datos del INSS no aparecerán muchos individuos con este régimen. Comprobar dicho extremo).

0811 REGIMEN ESPECIAL DEL MAR (C.AJ. GRUPO I)
0812 REGIMEN ESPECIAL DEL MAR (C.AJ.GRUPO 2ª)
0813 REGIMEN ESPECIAL DEL MAR (C.AJ.GRUPO 2B)
0814 REGIMEN ESPECIAL DEL MAR (C.AJ. GRUPO 3)
0821 REG.ESP.MAR (ASIMILADOS C. AJENA GRUPO I)
0822 REG.ESP.MAR(ASIMILADOS C.AJENA GRUPO 2ª)
0823 REG.ESP.MAR(ASIMILADOS C.AJENA GRUPO 2B)
0825 REGIMEN ESPECIAL DEL MAR (AUTONOMOS)

0840 REG.ESPECIAL DEL MAR (CONVENIO ESPECIAL)
0850 REGIMEN ESPECIAL DEL MAR C.AJ. SITUACIÓN ESPECIAL

Régimen Especial de Minería del Carbón

0911 REGIMEN ESPECIAL DE MINERIA DEL CARBON
0940 REG.ESP.MINERIA CARBON (CONVENIO ESP.)
0950 R.E. CARBON SITUACIÓN ESPECIAL

Régimen Especial de Empleados de Hogar

1200 B REGIMEN ESPECIAL DE EMPLEADOS DE HOGAR
1211 REGIMEN ESPECIAL EMPLEADOS HOGAR (FIJOS)
1221 REG. ESP. EMPLEADOS HOGAR (DISCONTINUOS)
1240 REG.ESP.EMPLEADOS HOGAR (CONVENIO ESP.)
1250 REGIMEN ESPECIAL EMPLEADOS HOGAR (FIJOS) SITUACIÓN
ESPECIAL

(2) La estructura de análisis de contratos, y las agrupaciones correspondientes, son las siguientes:

- INDEFINIDOS A TIEMPO COMPLETO:

1 B ORDINARIO. INDEFINIDO. TIEMPO TOTAL.
141 B INDEFINIDO. TIEMPO COMPLETO. RELEVO
11 B TRANSFORMACIONES EN INDEFINIDOS.
189 INDEF. TIEMPO COMPL. TRANSFORMADO, NO BONIFIC.
30 B CONT.LEY 10/4 Y 42/94.DESEM.MAY.45 AÑOS
31 B CONT.LEY 10/4 Y 42/94.D.M.45 AÑOS 1 T.EM
32 B CONT.LEY 10/4 Y 42/94.D.ME.45 A.E.25 TRA
33 B CONT.LEY 10/4 Y 42/94.D.ME.45 A.1 T.E.25
69 B MUJER C.INDEF.T.TOT.REINIC+5AÑOS L.22/92
70 B JOVENES-25 AÑO CONT.INDEF.T.TOT. L.22/92
71 B JOVENES-25/29 AÑOS C.INDEF.T.TOT.L.22/92
40 B MAYOR 45 AÑOS. INDEFINIDO.
41 B MENOR 30 AÑOS Y DESEMP.LARGA DUR. INDEF.
42 B MUJER SUBREPRESENTADA. INDEFINIDO.
43 B FOM.EMP.EST 1999 T. COMPLETO MUJER -30
49 B C.INDEF.T.TOT.MUJER OFICIO SUBR. D.22/92
50 B FOM.EMP.EST 1999 T. COMPLETO HOMBRE +45
62 B FOM.EMP.EST 1999 T. COMPLETO HOMBRE -30
63 B FOM.EMP.EST 1999 TIEMPO PARCIAL -30 AÑOS
80 B FOM.EMP.1999 T.COM.DEMP.12 MESES HOMBRE
88 B FOM.EMP. 1999 T.COMP.MUJERES SUBREPRESE
91 B FOM.EMP.1999 T.COM.DESEM.12 MESES MUJER
100 INDEFINIDO.TIEMPO COMPLETO.ORDINARIO
101 B FOM.EMP.EST 1999 T.COM.TRN.TEM.INDEF +45
109 INDEF.T.COMP.TRANFORMADO, BONIFICADO
150 INDEF. TIEMPO COMPL. INICIAL, BONIFICADO
152 B INDEF.TIEMPO COMPL.INICIAL. FEE.SUBS.REA
153 B IND.T.COMP.INIC.FEE.MUJER SUB.DES.12M+45
154 B IND.T. COMPL.INICIAL. FEE.MUJER SUB.-45
155 B IND.T.COMPL.INIC. FEE.+45.DES.12M. 1 TRA
156 B IND.T. COMPL.INIC. FEE.-30.MSUB.1 TRAB
157 B IND.TIEMPO COMPL. INICIAL FEE. EXC.SOCIAL

151 B INDEF.TIEMPO COMPL. EXCL.SOCIAL
 35 B FOM.EMP.EST 1999 T.COM.TRN.TEM INDEF -45
 130 INDEF. TIEMPO COMPLETO. DISCAPACITADOS
 131 B INDEF.TIEMPO COMPL.MINUSV.CEE
 139 INDEF.TIEMPO COMPL.DISCAPACIDAD, TRANSF.?)

- INDEFINIDOS FIJOS DISCONTINUOS:

18 B FIJO DISCONTINUO.
 300 INDEFINIDO FIJO DISCONTINUO, NO BONIFICADO
 389 INDEF. FIJO DISCONT. TRANSFORMADO, NO BONIFICADO
 181 B FOM.EMP.EST. 1999 FIJOS DISCONTINUOS -30
 182 B FOM.EMP.EST. 1999 FIJOS DISCONTINUOS +45
 183 B FOM.EMP.EST. 1999 FIJOS DISC.DESMPL 12 M
 184 B FOM.EMP.EST. 1999 FIJOS DISC. MUJER.SUBR
 185 B FOM.EMP.EST 1999 TRN.TEM. EN FIJ/DISC-45
 353 B IND.F.DISC.INIC. FEE.MUJER SUB.DES.12M+4
 354 B IND.F.DISC.INIC. FEE.MUJER SUB.-45
 355 B IND.F.DISC.INIC. FEE.+45.DES.12M.1 TRAB
 356 B IND.F.DISC.INIC. FEE.-30.MSUB.1 TRAB
 357 B IND.F.DISC.INIC. FEE.EXC.SOCIAL
 331 B INDEF. FIJOS DISC.MINUSVALIDOS C.E.E.
 330 INDEF.FIJOS DISCONTINUO, DISCAPACIDAD
 309 INDEF. FIJO DISCONTINUO TRANSFORMADO, BONIFICADO
 350 INDEF. FIJO DISCONT. INICIAL, BONIFICADO
 351 B INDEF.FIJO DISCONT.INICIAL.EXCLUIDO SOCI
 352 B INDEF.FIJO DISCONT.INICIAL. FEE.SUBS.REA

- INDEFINIDOS A TIEMPO PARCIAL:

3 B ORDINARIO. INDEFINIDO. TIEMPO PARCIAL.
 200 INDEFINIDO TIEMPO PARCIAL ORDINARIO
 289 INDEF. TIEMPO PARCIAL TRANSFORMADO, NO BONIFIC.
 241 B INDEFINIDO. TIEMPO PARCIAL. RELEVO
 81 B FOM.EMP. 1999 T.PARC.DESEMPLOS. 12 MESES
 89 B FOM.EMP. 1999 T.PARC.MUJERES SUBREPRESE
 98 B FOM.EMP.EST 1999 TIEMPO PARCIAL +45 AÑOS
 102 B FOM.EMP.EST 1999 T.PAR.TRN.TEM.INDEF +45
 186 B FO.EM.ES.1999 T.PAR.FI/DI.TRN.TEM.IND+45
 38 B FOM.EMP.EST 1999 T.PAR.TRN.TEM.INDEF -45
 250 INDEF. TIEMPO PARC. INICIAL, BONIFICADO
 251 B INDEF.TIEMPO PARC. EXCL.SOCIAL
 252 B INDEF.TIEMPO PARC.INICIAL. FEE.SUBS.REA
 253 B IND.T.PARC.INIC.FEE.MUJER SUB.DES.12M+45
 254 B IND.T.PARC.INIC. FEE.MUJER SUB.-45
 255 B IND.T.PARC.INIC. FEE.+45.DES.12M.1TRAB
 256 B IND.T.PARC.INIC.FEE.-30.MSUB.1 TRAB
 257 B INDEF.TIEMPO PARC.INICIAL. FEE.EXC.SOCIA
 209 INDEF. TIEMPO PARC. TRANSFORMADO, BONIFICADO
 231 B INDEF.TIEMPO PARC.MINUSV.CEE
 239 INDEF. TIEMPO PARC. DISCAPACIDAD TRANSF.
 230 INDEF. TIEMPO PARCIAL DISCAPACIDAD

- CONTRATOS DE DURACIÓN DETERMINADA

- OBRA O SERVICIO

14 B OBRA O SERVICIO. DURACION DETERMINADA.
401 TEMPORAL TIEMPO COMPLETO, OBRA O SERVICIO

○ EVENTUAL O CIRCUNSTANCIAS DE LA PRODUCCIÓN

15 B EVENTUAL CIRCUNST. PRODUCCIÓN. DUR.DETER
402 TEMPORAL TIEMPO COMPL. EVENTUAL PRODUCCION

- INTERINIDAD

16 B INTERNIDAD. DURACION DETERMINADA.

- OTROS

5 B RELEVO. DURACIÓN DETERMINADA.
4 B DURACION DETERMINADA. TIEMPO PARCIAL.
403 B TEMPORAL TIEMPO COMPLETO INSERCIÓN
408 TEMPORAL. T. COMPLETO. CARAC. ADMINISTRAT

(3) El desglose es el siguiente:

Microempresas: menos de 10 trabajadores

Pequeñas y medianas empresas: -Pequeñas 11-50

-Medianas 51-250

Grandes empresas -250-1000

-1001-5000

-Más de 5.000

(4) Los grupos básicos de actividad considerados se agrupan en:

1 Agricultura, ganadería, caza, silvicultura e industrias extractivas: 0X, y del 10X al 14X

2 Industria manufacturera y energía: del 15X hasta el 44X

3 Construcción: 45X

4 Comercio y reparación vehículos a motor: del 50X al 52X

5 Hostelería: 55X

6 Transporte y comunicaciones: del 60X al 64X

7 Intermediación financiera: 65X

8. Actividades inmobiliarias y servicios: del 70X, 71X, 72X y 74X

9.Administración pública, defensa y SS: 75X

10. Educación: 73X y 80X

11. Actividades sanitarias y sociales: 85X, 90X, 91X, 92X y 93X

12. Hogares que emplean personal doméstico y organismos extraterritoriales 95X y 99X

(5) Grupos de cotización:

- 00 NO CONSTA O NO ES RELEVANTE PARA EL RÉGIMEN
- 01 INGENIEROS, LICENCIADOS, ALTA DIRECCIÓN
- 02 INGENIEROS TÉCNICOS, AYUDANTES TITULADOS
- 03 JEFES ADMINISTRATIVOS Y DE TALLER
- 04 AYUDANTES NO TITULADOS
- 05 OFICIALES ADMINISTRATIVOS
- 06 SUBALTERNOS
- 07 AUXILIARES ADMINISTRATIVOS
- 08 OFICIALES 1ª Y 2ª
- 09 OFICIALES 3ª Y ESPECIALISTAS
- 10 PEONES Y ASIMILADOS

Agrupación:

- 11 TRABAJADORES MENORES DE 18 Años
- 12 B TRABAJADORES MENORES DE 17 Años

Agrupación:

- 19 VOLUNTARIOS R.E.A
- 20 B CUENTA PROPIA REA, HISTÓRICO
- 21 CUENTA PROPIA R.E.A
- 22 B CUENTA PROPIA R.E.A. CON ILT Y SIN ATE
- 23 TRAB.CTA.PROP.R.E.A.CON A.T.E CON I.L.T

Agrupación:

- 13 SIN COTIZACIÓN (por ejemplo Colaboración Social; históricamente M. L. Actividades Diversas)
- 14 B BEFICIARIOS GUERRA
- OTROS VALORES

(6) Tipo De empleador (se toma exclusivamente el segundo dígito):

- 1. Sociedad Anónima: A
- 2. Sociedad limitada: B
- 3. Asociaciones: G
- 4. Entidades locales: P
- 5. Organismos Autónomos: Q
- 5. Estado y CCAA: S
- 4. Otras: C,D,E, F, H, N

(7) Se establecen las siguientes categorías, indicativas de las cargas familiares:

- niños de edad inferior a 3 años
- niños entre 3 y 6
- niños entre 6 y 14
- y mayores entre 70 y 80 años
- mayores de 80 años

(8) Se toman aquellos individuos en los que, en el fichero de datos de prestaciones, en el registro clase de prestación, en la primera y segunda posición figuren los valores:

- J1. Jubilación-Incapacidad absoluta
- J2. Jubilación-Incapacidad total
- J4. Jubilación-Gran invalidez
- J5. Jubilación- Incapacidad complementaria silicosis
- 11. Incapacidad absoluta
- 12. Incapacidad total
- 13. Incapacidad permanente parcial
- 14. Gran invalidez

Fichero de IT. La referencia básica de dicho fichero son los procesos de IT, lo que permite un análisis individualizado de los mismos. Las variables contenidas en el fichero de salida, tomadas del fichero original, son las siguientes:

- IPF (para enlazar los individuos de este fichero con la MCVL)
- Provincia
- Código de entidad que cubre la IT
- Patología diagnosticada (CIE-MC9)
- Causa de finalización
- Base reguladora diaria de contingencias comunes
- Código de cuenta de cotización
- Duración (fecha de finalización-fecha del hecho causante)
- Día en que se produce la baja
- Mes en que se produce la baja
- Coste del proceso de IT
- Tipo de pago
- Fecha de IP: si en causa de finalización figuran los códigos 04,12 o 13, se indicará el número de días que ha transcurrido desde la fecha del hecho causante hasta la fecha de finalización
- Medida 12 meses 2007
- Código de actuación médica
- Medida 12 meses 2008
- Programa Piloto
- CCAA. En base a las provincias de cada CCAA

Fichero de actuaciones médicas. Finalmente se ha construido un fichero que contiene las actuaciones médicas llevadas a cabo por el INSS sobre procesos donde exista código de actuación médica en el fichero procesos de IT. Habrá tantos registros como procesos de IT tengan código de actuación médica. Las variables que contendrán serán las siguientes:

- Código de actuación médica de la primera actuación inspectora
- Número de días desde la fecha del hecho causante
- Código de actuación médica de la segunda actuación inspectora
- Número de días desde la fecha del hecho causante

Y así sucesivamente para todas las actuaciones inspectoras, hasta un número de cuatro.

ANEXO XI MODELOS ECONOMÉTRICO DE INCIDENCIA

La probabilidad de que un trabajador experimente al menos un proceso de IT en un periodo determinado, se modeliza habitualmente en la literatura académica con modelos de elección discreta, generalmente logit o probit, con la variable dependiente dicotómica, esto es que toma el valor 1 si el trabajador padece al menos un episodio de IT y el valor 0 en otro caso.

La idea general es que existe un índice C_i de las características asociadas (lugar de residencia, tipo de trabajo, afectado o no por una norma legal, etc.) al individuo i -simo que determinan la probabilidad de que haga o le suceda algo o no.

En el caso de los procesos de IT, si P_i es la probabilidad de que el individuo i -simo tenga al menos un episodio de IT y la variable IT, con valor 1, tener IT, o 0 no tener IT, entonces la función de probabilidad de esta variable aleatoria es:

$$IT = \begin{cases} 1 & \text{con probabilidad } P_i \\ 0 & \text{con probabilidad } (1 - P_i) \end{cases}$$

El logaritmo de la función de verosimilitud para los modelos de elección dicotómica es

$$Ln\ell = \sum_{i=1}^T \{IT_i Ln P_i + (1 - IT_i) Ln(1 - P_i)\}$$

En los modelos probit P_i es la función de distribución normal y en los modelos logit es la función de distribución logística. Los modelos logit son los que se utilizan más profusamente, dado que tiene menos exigencias computacionales y los coeficientes estimados son fáciles de interpretar en términos de odd ratio (el cociente de la probabilidad de incurrir en al menos un proceso de IT por la probabilidad del suceso complementario) y es el utilizado en esta evaluación. En este caso

$$P_i = \frac{1}{1 + \exp(-C_i)}$$

Donde C_i es una combinación lineal de las características, el vector $\mathbf{x}_i$, del individuo i -simo, esto es

$$C_i = \mathbf{x}_i' \boldsymbol{\beta}$$

$\boldsymbol{\beta}$ es el vector de parámetros a estimar.

Sustituyendo las dos últimas expresiones en el logaritmo de la función de verosimilitud, podemos maximizar el valor de esta respecto al vector de

parámetros y obtener así las estimaciones de los parámetros más verosímiles dada la muestra observada¹³⁰.

En estos modelos, cada variable categórica (i.e. sexo, estado civil) se representa por un número de variables dummy igual al número de niveles (i.e. casado, viviendo en pareja, divorciado, ...) menos uno (soltero), que se omite para eludir el problema de multicolinealidad perfecta que se produciría en otro caso, y que sirve como referencia para el resto de las categorías.

La interpretación de los parámetros estimados se hace más tratable si calculamos el odd ratio

$$\frac{P_i}{1-P_i} = \exp(C_i)$$

y por tanto

$$* \quad \ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = \mathbf{x}'\boldsymbol{\beta}$$

En el caso de que la variable x_k sea continua, su parámetro asociado es una aproximación¹³¹ al cambio relativo, en tanto por uno, de la probabilidad de IT cuando la x_k aumenta en una unidad.

Cosa distinta es el caso de las variables explicativas categóricas.

En el caso de que solo tuviésemos una variable explicativa y fuese categórica, es sencillo obtener la relación entre la probabilidad de IT para cada categoría de la variable y el parámetro asociado a esa categoría

$$P_j = \exp(\alpha + \beta_j) / (1 + \exp(\alpha + \beta_j))$$

Sin embargo, cuando tenemos más variables explicativas, podemos hacer una partición de $\mathbf{x}$, tal que $\mathbf{x} = (\mathbf{v}, \mathbf{z})$, donde $\mathbf{z}$ es el vector de todas las variables incluidas en el vector $\mathbf{x}$ excepto la variable categórica $\mathbf{v}$, la expresión * anterior adopta la forma

$$\ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = \mathbf{z}'\boldsymbol{\zeta} + \sum_{j=1}^r v_j \beta_j$$

Para todos los individuos (conjunto S) que comparten idénticos valores del vector $\mathbf{z}$, $\mathbf{z}'\boldsymbol{\zeta}$ es una constante k_s . Entonces, para cualquier individuo i del conjunto S, se cumple que

¹³⁰ Para más detalles, vease Judge et al "The theory and practice of econometrics". John Wiley and Sons 2ª edición 1985, pag. 752 y siguientes.

¹³¹ Tanto más precisa cuanto menor sea la variación absoluta de la variable independiente.

$$P_i = K_s \exp(\beta_i) / (1 + K_s \exp(\beta_i))$$

Donde, por brevedad, hemos sustituido $\exp(k_s)$ por K_s .

En general, podemos estar interesados en medir la diferencia de probabilidad de IT entre la categoría h de referencia (i.e. soltero) y la probabilidad de la categoría j (casado, viudo, ...) de la misma variable. Para ello calculamos K_s para la población media y estimamos el efecto diferencial de la categoría como

$$D_i = K_s \exp(\beta_i) / (1 + K_s \exp(\beta_i)) - K_s / (1 + K_s)$$

ANEXO XII ANÁLISIS CHAID Y AID

Los análisis de segmentación son empleados en las ciencias sociales con el objeto de obtener, con respecto a una variable dependiente que pretende ser explicada, un conjunto de variables predictoras que sean significativas, mediante la subdivisión de la población en un conjunto de segmentos o subpoblaciones. La técnica de segmentación " fragmenta las muestras utilizando un proceso secuencial descendente que forma grupos homogéneos, exhaustivos y mutuamente excluyentes según los criterios de la variable dependiente (respuesta o criterio), mediante combinaciones jerárquicas de variables independientes (explicativas, clasificadoras o pronosticadores)" (M. Escobar, 2007, pág. 13). En definitiva, los análisis de segmentación se concibieron y se emplean con un objetivo exploratorio y predictivo¹³², buscando las mejores asociaciones entre la variable explicada y las explicativas. El procedimiento, en esencia, consiste en: "agrupar las categorías de pronosticadores; seleccionar los mejores pronosticadores; y efectuar sucesivas segmentaciones, hasta alcanzar unos límites definidos por los denominados filtros, sobre los grupos formados a partir de los pasos anteriores" (M. Escobar, 1998, pág. 48).

Una de las técnicas de segmentación empleadas es el denominado análisis CHAID (Chi-squared Automatic Interaction Detection). Su empleo no se limita a la segmentación, sino que con ella también se pretende conocer qué variables pueden ser eliminadas del análisis por carecer de capacidad discriminante, conocer el orden de importancia de las variables predictivas, conocer las interacciones que pueden incluirse en un análisis de regresión, y seleccionar aquellas tablas de contingencia con mayor grado de significación.

La técnica AID responde a la misma naturaleza que el CHAID, diferenciándose en el mecanismo de discriminación entre las variables independientes y el algoritmo empleado: mientras el CHAID emplea el Chi-Cuadrado, el AID emplea la T-Student.

La bondad del análisis CHAID radica en que en la selección de las categorías de las variables pronosticadoras que discriminan a los sujetos en la variable dependiente, no se efectúa una segmentación de modo binario, sino que se puede segmentar con más de dos categorías al mismo tiempo.

En la presente evaluación se han efectuado análisis CHAID sobre el fichero de la MCVL-2008 relativos a la incidencia y reincidencia de la ITcc. Las variables que presenta poder explicativo, como hipótesis, y que consiguientemente se han seleccionado para dicho análisis han sido las siguientes:

¹³² Para una descripción comprensible de los análisis de segmentación y la técnica CHAID, véase M. Escobar (1998) "Las aplicaciones del análisis de segmentación: el procedimiento Chaid" EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales. Nº 1. 37 págs.

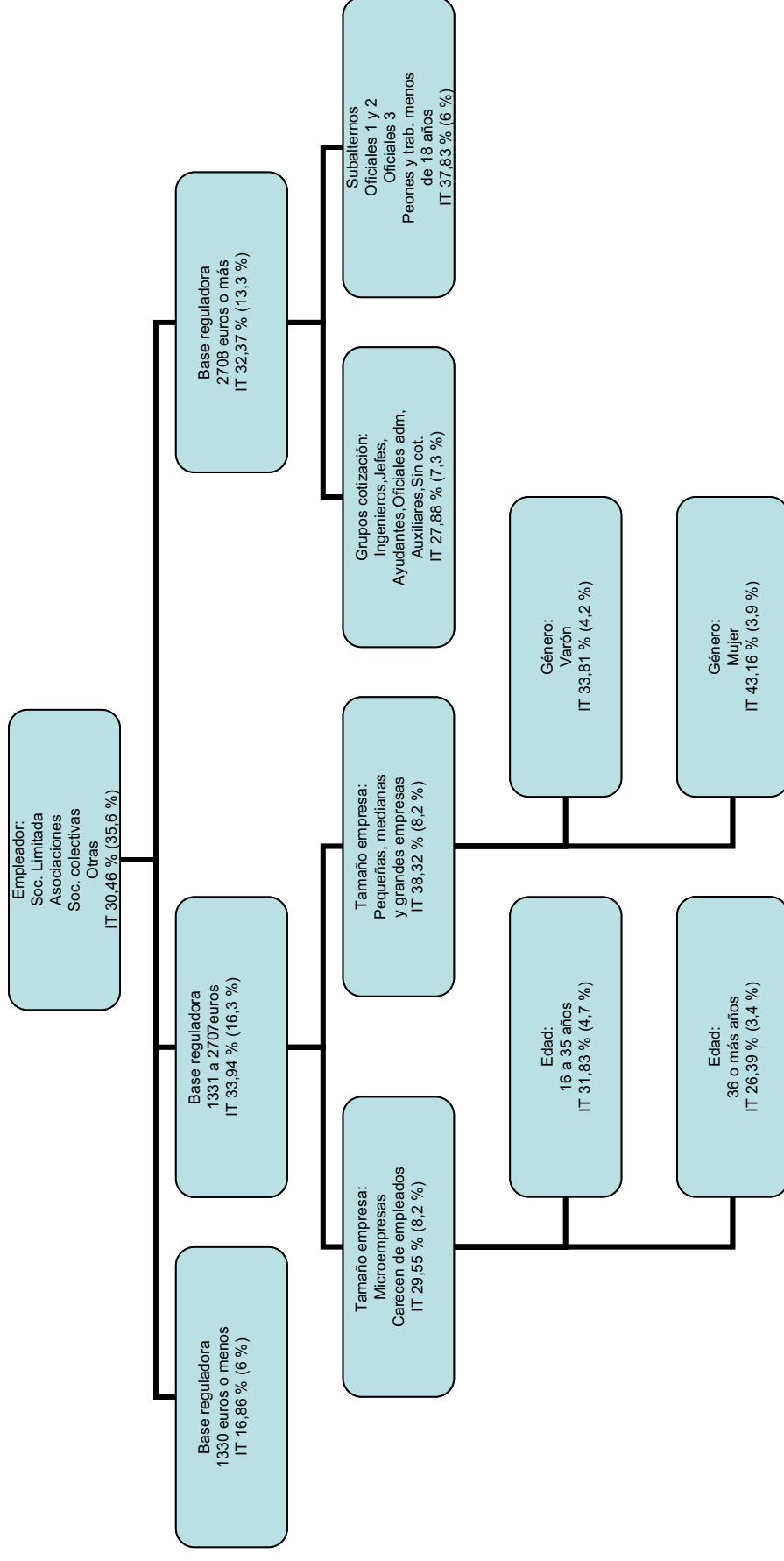
- Régimen de S.S
- Entidad gestora
- Edad
- Género
- CCAA
- Nacionalidad
- Nivel de estudios
- Tipo de contrato
- N° de contratos
- Tiempo de trabajo
- Tamaño de empresa
- Actividad económica
- Grupos de cotización
- Tipo de empleador
- Convivencia en el hogar
- Base reguladora
- Pluriactividad
- Duración de los procesos
- Patologías seleccionadas, en función de su incidencia y duración media (30).

En el caso del análisis CHAID sobre incidencia, se han efectuado diversos análisis. El primero de ellos incluía como variable el tiempo total trabajado durante los años 2007 y 2008. No obstante, y dado que esta variable presentaba un previsible elevado grado de correlación con la reincidencia (confirmado en el análisis realizado), se replicó el análisis sustituyendo, por un lado, dicha variable por la duración media de los procesos, y por otro, eliminándola completamente. Los resultados de estos dos últimos análisis mostraban un elevado grado de coincidencia, por lo que se muestra a continuación el efectuado eliminando el tiempo total de trabajo, e incluyendo la duración media de los procesos.

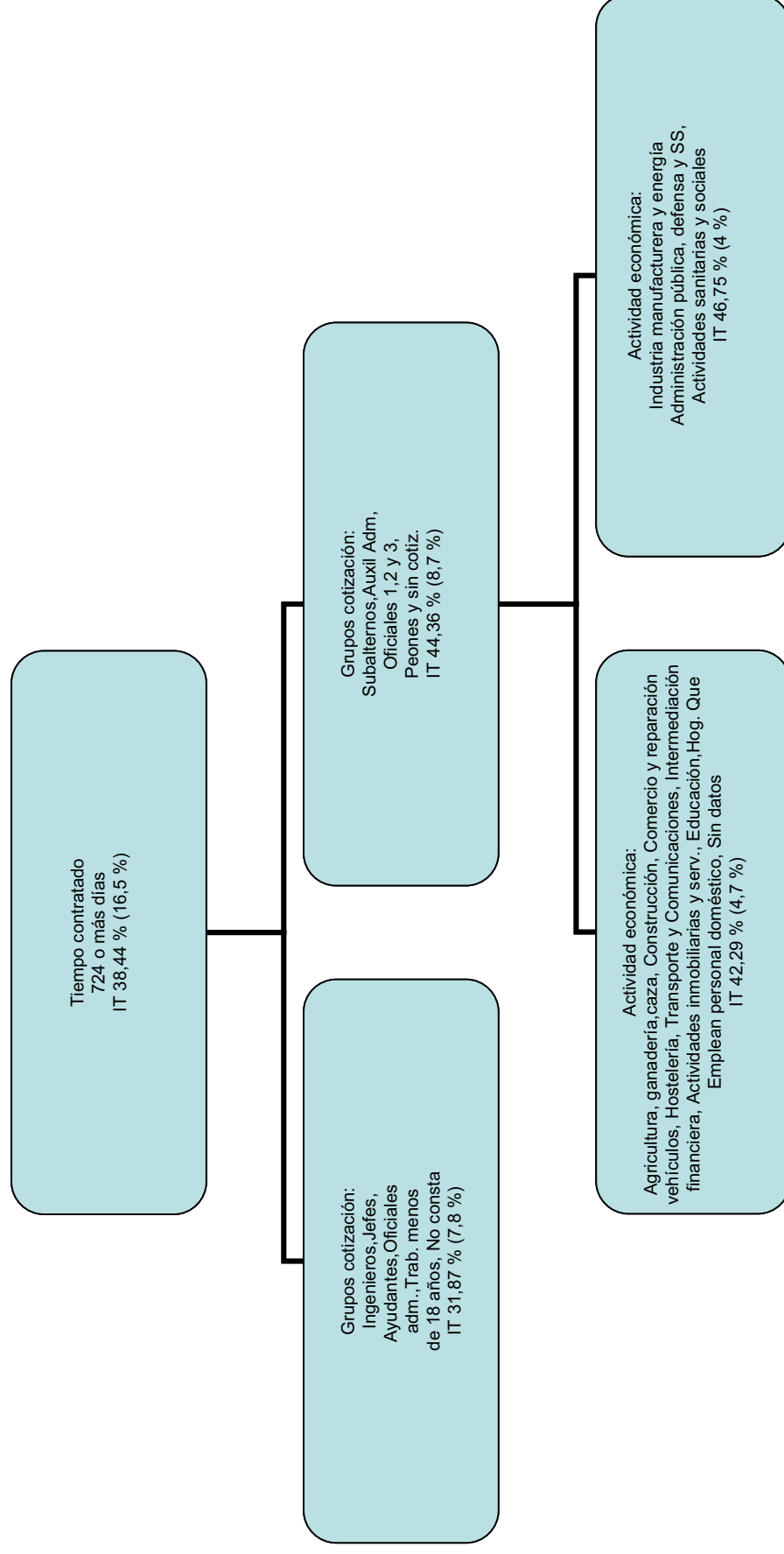
El AID se la empleado para explicar las variables coste de los procesos y duración media de los mismos.

Las siguientes tablas muestran los resultados obtenidos. El primer porcentaje muestra el valor respecto a la variable dependiente (por ejemplo, en el caso de incidencia, muestra el porcentaje de IT de los trabajadores incluidos en la categoría de la variable que se muestra. El segundo, entre comillas, refleja el porcentaje con respecto a la categoría inmediatamente anterior de la que se extrae la segmentación.

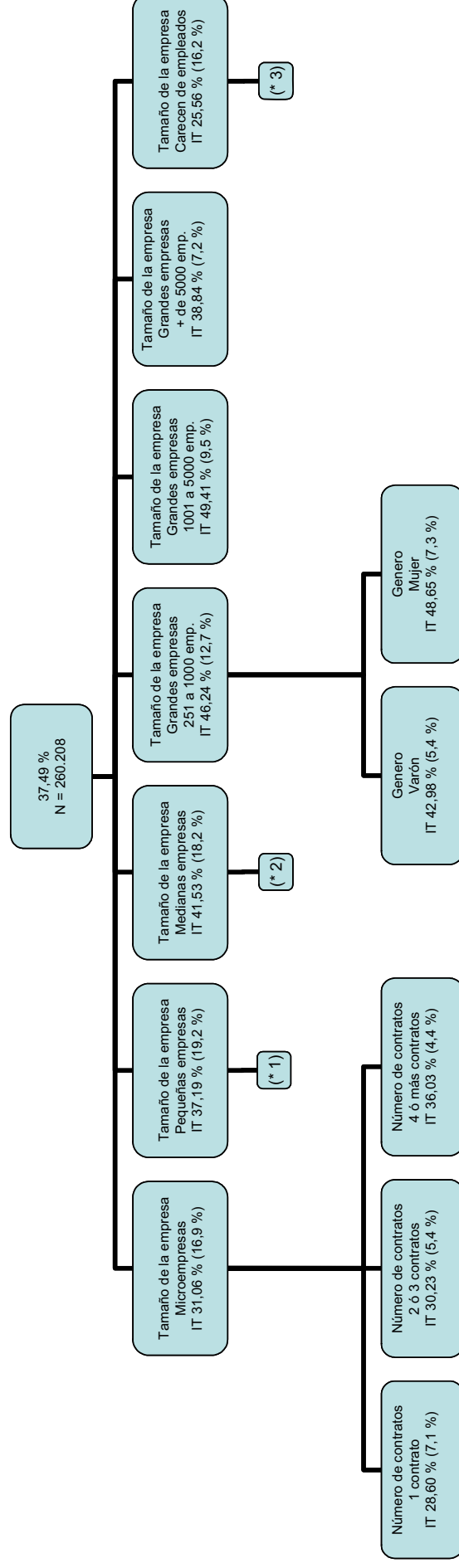
TASA DE BAJA



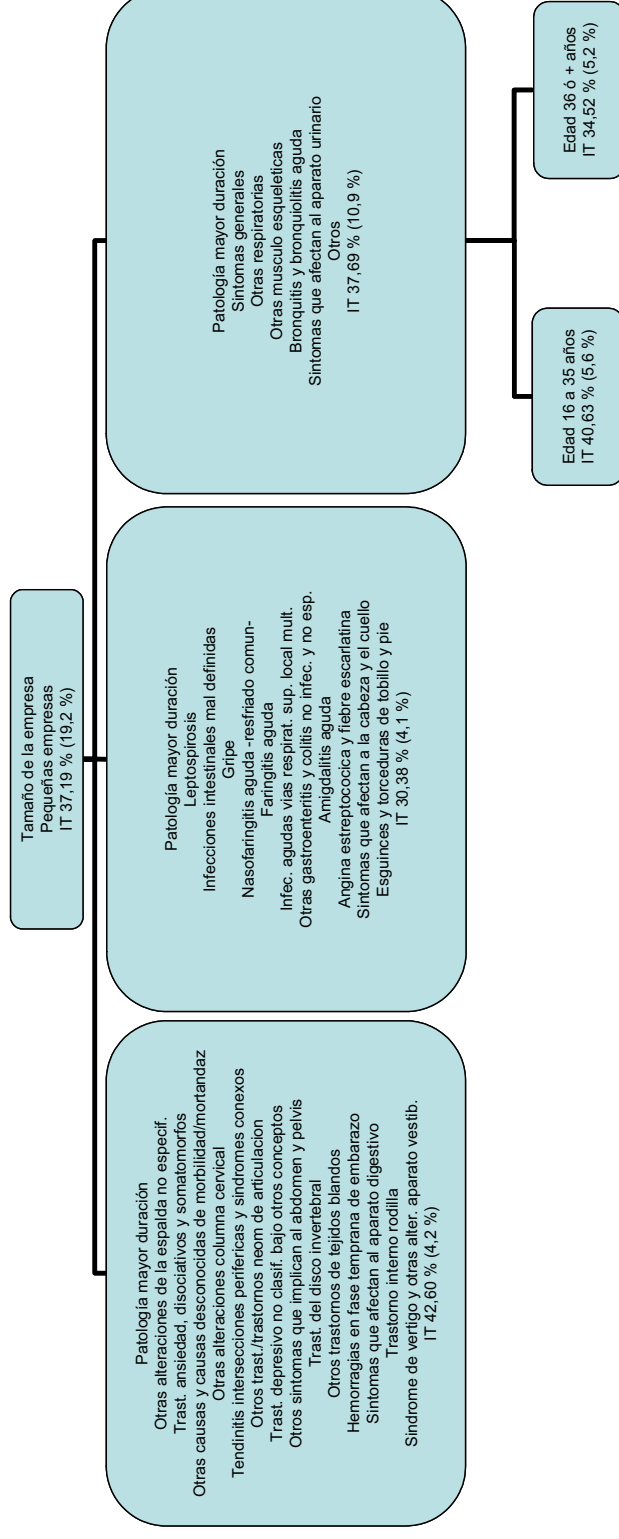
TASA DE BAJA



REINCIDENCIA IT

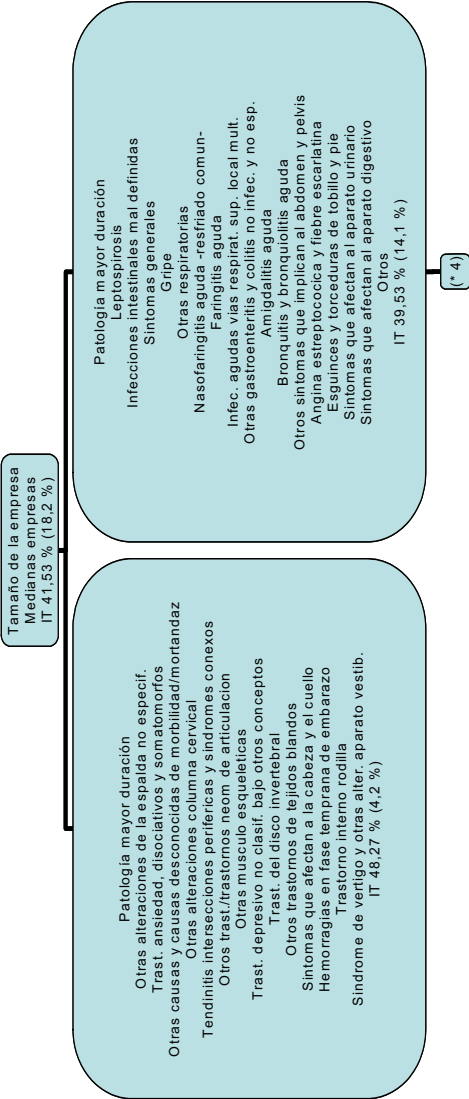


REINCIDENCIA IT



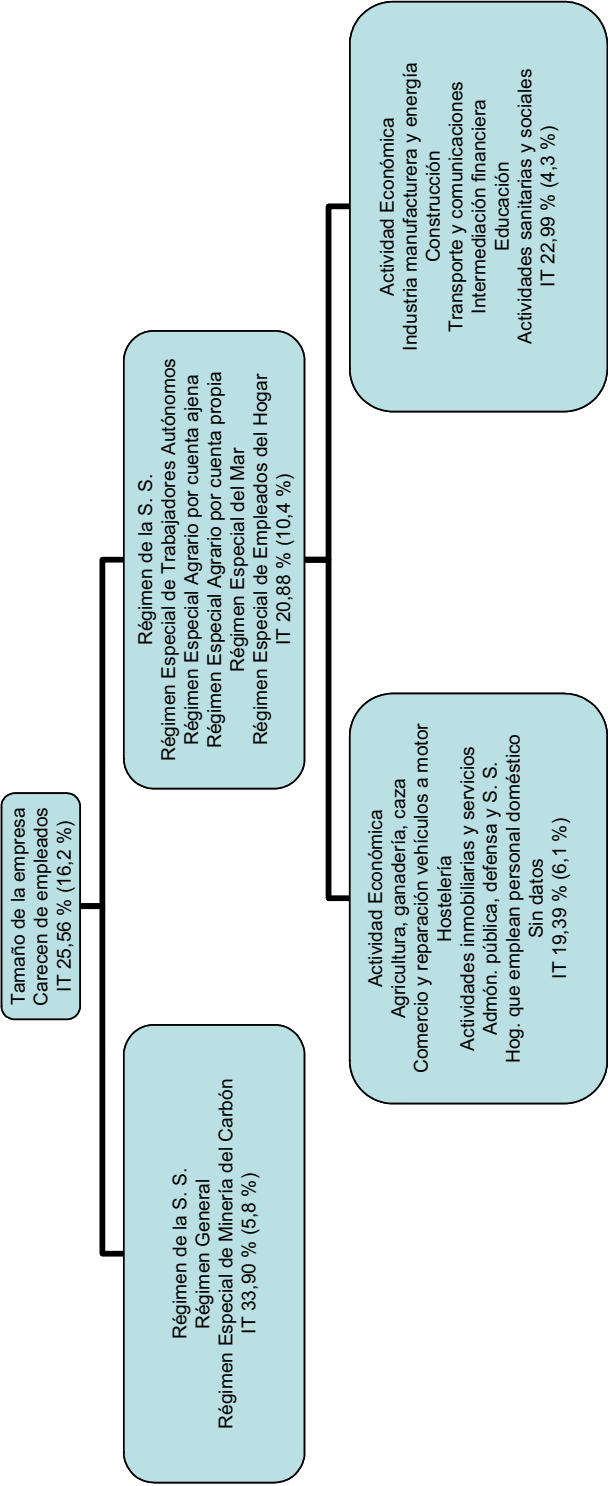
(* 1)

REINCIDENCIA IT



(* 2)

REINCIDENCIA IT



(* 3)

REINCIDENCIA IT

Patología mayor duración
 Leptospirosis
 Infecciones intestinales mal definidas
 Síntomas generales
 Gripe
 Otras respiratorias
 Nasofaringitis aguda -resfriado comun-
 Faringitis aguda
 Infec. agudas vías respirat. sup. local mult.
 Otras gastroenteritis y colitis no infec. y no esp.
 Amigdalitis aguda
 Bronquitis y bronquiolitis aguda
 Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis
 Angina estreptocócica y fiebre escarlatina
 Esguinces y torceduras de tobillo y pie
 Síntomas que afectan al aparato urinario
 Síntomas que afectan al aparato digestivo
 Otros
 IT 39,53 % (14,1 %)

Grupo de cotización
 Ingenieros, Licenciados, Alta dirección
 Ingenieros técnicos, Ayudantes titulados
 Jefes administrativos y de taller
 Ayudantes no titulados
 Oficiales 1 y 2
 No consta/no relevante
 IT 35,35 % (5,5 %)

Grupo de cotización
 Oficiales administrativos
 Subalternos
 Auxiliares administrativos
 Oficiales 3 y especialistas
 Peones y asimilados
 Trabajadores menos de 18 años
 Sin cotización/Beneficiarios guerra
 IT 42,18 % (8,6 %)

(* 4)

ANALISIS AID DURACION MEDIA IT

GRUPO 1

Media 36,53

Muestra 260208

GRUPO 2

V.Ruptura REGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Categoría Régimen General de la S.S., Régimen Especial de Minería del Carbón

Media 31,48

% 89

GRUPO 5

V.Ruptura PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES

Categoría Otras alteraciones de la espalda no especific., Trast. ansiedad, disociativos y somatomorfos, Otras causas y causas desconocidas de morbilidad/mortandaz, Leptospirosis, Otras alteraciones columna cervical, Tendinitis intersecciones periféricas y síndromes conexos, Otros trast./trastornos neom de articulación, Otras músculo esqueléticas, Trast. depresivo no clasif. bajo otros conceptos, Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis, Trast. del disco intervertebral, Otros trastornos de tejidos blandos, Hemorragias en fase temprana de embarazo, Trastorno interno rodilla, Síndrome de vértigo y otras alter. aparato vestib., Resto

Media 38,27

% 65,6

GRUPO 6

V.Ruptura EDAD

Categoría 16 a 24, 25 a 35, 36 a 50

Media 34

% 54,9

GRUPO 9

V.Ruptura PATOLOGIAS, MAS FRECUENTES

Categoría Trast. ansiedad, disociativos y somatomorfos, Leptospirosis, Otras músculo esqueléticas, Trast. depresivo no clasif. bajo otros conceptos, Trast. del disco intervertebral, Hemorragias en fase temprana de embarazo, Trastorno interno rodilla

Media 52,42

% 6,4

GRUPO 8

V.Ruptura PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES

Categoría Síndrome de vértigo y otras alter. aparato vestib., Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis, Otros trastornos de tejidos blandos, Otras causas y causas desconocidas de morbilidad/mortandaz, Otras alteraciones de la espalda no especific., Resto, Otras alteraciones columna cervical, Tendinitis

intersecciones periféricas y síndromes conexos, Otros trast./trastornos neom de articulación

Media 31,55

% 48,4

GRUPO 11

V.Ruptura EDAD

Categoría 36 a 50

Media 36,97

% 20,5

GRUPO 15

V.Ruptura NÚMERO DE DIAS CONTRATADO

Categoría 1 a 532, 533 a 723

Media 48,81

% 5,7

GRUPO 14

V.Ruptura NÚMERO DE DIAS CONTRATADO

Categoría 724 o más

Media 32,36

% 14,7

GRUPO 22

V.Ruptura COMUNIDAD AUTONOMA DE RESIDENCIA

Categoría Melilla, Sin datos, Ceuta, Navarra, Aragón, La Rioja, Cataluña, Islas Baleares, Madrid, País Vasco, Castilla y León, Canarias

Media 29,67

% 9,5

GRUPO 23

V.Ruptura COMUNIDAD AUTONOMA DE RESIDENCIA

Categoría Andalucía, Asturias, Cantabria, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia

Media 37,18

% 5,3

GRUPO 10

V.Ruptura EDAD

Categoría 16 a 24, 25 a 35

Media 27,59

% 28

GRUPO 19

V.Ruptura CONVIVENCIA EN EL HOGAR. CARGAS FAMILIARES

Categoría Cargas familiares Menos de 3 años

Media 38,22

% 5,3

GRUPO 18**V.Ruptura CONVIVENCIA EN EL HOGAR. CARGAS FAMILIARES**

Categoría No cargas familiares menos de 3 años

Media 25,13

% 22,7

GRUPO 21**V.Ruptura COMUNIDAD AUTONOMA DE RESIDENCIA**

Categoría Andalucía, Asturias, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Galicia, Murcia, Ceuta

Media 30,11

% 8,2

GRUPO 20**V.Ruptura COMUNIDAD AUTONOMA DE RESIDENCIA**

Categoría Navarra, Aragón, Sin datos, La Rioja, Madrid, Islas Baleares, Cataluña, Canarias, País Vasco, Melilla, Castilla y León, Cantabria, Extremadura

Media 22,34

% 14,5

GRUPO 24**V.Ruptura ACTIVIDAD ECONOMICA**

Categoría Agricultura, ganadería, caza, silv. e ind. extractivas, Hog. que emplean personal domestico y org. extraterr., Intermediación financiera, Industria manufacturera y energía, Comercio y reparación vehículos a motor, Transporte y comunicaciones, Actividades inmobiliarias y servicios, Educación

Media 21,04

% 9

GRUPO 25**V.Ruptura ACTIVIDAD ECONOMICA**

Categoría Construcción, Hostelería, Admon. pública, defensa y SS, Actividades sanitarias y sociales, Sin datos

Media 24,41

% 5,6

GRUPO 7**V.Ruptura EDAD**

Categoría 51 a 64, 65 y mas

Media 60,16

% 10,7

GRUPO 16**V.Ruptura COMUNIDAD AUTONOMA DE RESIDENCIA**

Categoría Melilla, Navarra, Madrid, Cataluña, Islas Baleares, País Vasco, Aragón

Media 52,4

% 5,4

GRUPO 17

V.Ruptura COMUNIDAD AUTONOMA DE RESIDENCIA

Categoría Andalucía, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Murcia, La Rioja, Ceuta, Sin datos

Media 68,07

% 5,3

GRUPO 4

V.Ruptura PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES

Categoría Angina estreptocócica y fiebre escarlatina, Faringitis aguda, Infecciones intestinales mal definidas, Amigdalitis aguda, Otras gastroenteritis y colitis no infec. y no esp., Infec. agudas vías respirat. sup. local mult., Nasofaringitis aguda -resfriado común-, Gripe, Bronquitis y bronquiolitis aguda, Síntomas que afectan al aparato digestivo, Otras respiratorias, Síntomas que afectan a la cabeza y el cuello, Esguinces y torceduras de tobillo y pie, Síntomas que afectan al aparato urinario, Síntomas generales

Media 12,5

% 23,5

GRUPO 27

V.Ruptura PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES

Categoría Otras respiratorias, Síntomas que afectan a la cabeza y el cuello, Esguinces y torceduras de tobillo y pie, Síntomas que afectan al aparato urinario, Síntomas generales

Media 21,7

% 7,1

GRUPO 26

V.Ruptura PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES

Categoría Angina estreptocócica y fiebre escarlatina, Faringitis aguda, Infecciones intestinales mal definidas, Amigdalitis aguda, Otras gastroenteritis y colitis no infec. y no esp., Infec. agudas vías respirat. sup. local mult., Nasofaringitis aguda -resfriado común-, Gripe, Bronquitis y bronquiolitis aguda, Síntomas que afectan al aparato digestivo

Media 8,51

% 16,4

GRUPO 28

V.Ruptura PATOLOGIAS DE MAYOR DURACION

Categoría Angina estreptocócica y fiebre escarlatina, Faringitis aguda, Infecciones intestinales mal definidas, Síntomas que afectan a la cabeza y el cuello, Amigdalitis aguda, Otras gastroenteritis y colitis no infec. y no esp.

Media 6,62

% 8,2

GRUPO 29

V.Ruptura PATOLOGIAS DE MAYOR DURACION

Categoría Otras alteraciones de la espalda no especif., Trast. ansiedad, disociativos y somatomorfos, Otras causas y causas desconocidas de morbilidad/mortandaz, Leptospirosis, Síntomas generales, Otras alteraciones columna cervical, Gripe, Otras respiratorias, Nasofaringitis aguda -resfriado común-, Tendinitis intersecciones periféricas y síndromes conexos, Otros trast./trastornos neom de articulación, Otras músculo esqueléticas, Infec. agudas vías respirat. sup. local mult., Trast. depresivo no clasif. bajo otros conceptos, Bronquitis y bronquiolitis aguda, Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis, Trast. del disco intervertebral, Otros trastornos de tejidos blandos, Hemorragias en fase temprana de embarazo, Esguinces y torceduras de tobillo y pie, Síntomas que afectan al aparato urinario, Síntomas que afectan al aparato digestivo, Trastorno interno rodilla, Síndrome de vértigo y otras alter. aparato vestib., Resto

Media 10,4

% 8,2

GRUPO 3

V.Ruptura REGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Categoría Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, Régimen Especial Agrario, por cuenta ajena, Régimen Especial Agrario, por cuenta propia, Régimen Especial del Mar, Régimen Especial de Empleados de Hogar

Media 77,47

% 11

GRUPO 12

V.Ruptura ACTIVIDAD ECONOMICA

Categoría Transporte y comunicaciones, Educación, Actividades sanitarias y sociales, Construcción, Actividades inmobiliarias y servicios, Industria manufacturera y energía, Admon. publica, defensa y SS

Media 65,54

% 5

GRUPO 13

V.Ruptura ACTIVIDAD ECONOMICA

Categoría Agricultura, ganadería, caza, silv. e ind. extractivas, Comercio y reparación vehículos a motor, Hostelera, Intermediación financiera, Hog. que emplean personal domestico y org. extraterr., Sin datos

Media 87,51

% 6

ANALISIS AID COSTE TOTAL PROCESOS IT

Media 1196,19

Muestra 260208

GRUPO 3

V.Ruptura EDAD

Categoría 51 a 64, 65 y mas

Media 2370,75

% 17,2

GRUPO 8

V.Ruptura PATOLOGIAS DE MAYOR DURACION

Categoría Amigdalitis aguda, Angina estreptocócica y fiebre escarlatina, Faringitis aguda, Infecciones intestinales mal definidas, Nasofaringitis aguda - resfriado común-, Gripe, Infec. agudas vías respirat. sup. local mult., Otras gastroenteritis y colitis no infec. y no esp., Bronquitis y bronquiolitis aguda, Esguinces y torceduras de tobillo y pie, Síntomas que afectan al aparato urinario, Síntomas que afectan al aparato digestivo, Otras respiratorias, Síntomas generales, Síntomas que afectan a la cabeza y el cuello, Síndrome de vértigo y otras alter. aparato vestib., Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis, Otras alteraciones de la espalda no especific., Otras causas y causas desconocidas de morbilidad/mortandaz, Otras patologías

Media 1355,18

% 5,2

GRUPO9

V.Ruptura PATOLOGIAS DE MAYOR DURACION

Categoría Trast. ansiedad, disociativos y somatomorfos, Leptospirosis, Otras alteraciones columna cervical, Tendinitis intersecciones periféricas y síndromes conexos, Otros trast./trastornos neom de articulación, Otras músculo esqueléticas, Trast. depresivo no clasif. bajo otros conceptos, Trast. del disco intervertebral, Otros trastornos de tejidos blandos, Trastorno interno rodilla, Resto

Media 2816,36

% 12

GRUPO 10

V.Ruptura BASE REGULADORA TOTAL

Categoría 1 a 664, 1565 a 1967, 665 a 800, 809 a 992, 801 a 808, 993 a 1155, 1968 a 2707, 1156 a 1330, 1331 a 1564

Media 1989,5

% 5,4

GRUPO 11

V.Ruptura BASE REGULADORA TOTAL

Categoría No cotiza, 2708 o mas

Media 3491,27

% 6,6

GRUPO 2

V.Ruptura EDAD

Categoría 16 a 24, 25 a 35, 36 a 50

Media 952,14

% 82,8

GRUPO 5

V.Ruptura PATOLOGIAS DE MAYOR DURACION

Categoría Otras alteraciones de la espalda no especific., Trast. ansiedad, disociativos y somatomorfos, Otras causas y causas desconocidas de morbilidad/mortandaz, Leptospirosis, Otras alteraciones columna cervical, Tendinitis intersecciones periféricas y síndromes conexos, Otros trast./trastornos neom de articulación, Otras músculo esqueléticas, Trast. depresivo no clasif. bajo otros conceptos, Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis, Trast. del disco intervertebral, Otros trastornos de tejidos blandos, Hemorragias en fase temprana de embarazo, Trastorno interno rodilla, Síndrome de vértigo y otras alter. aparato vestib., Resto

Media 1198,15

% 61,6

GRUPO 7

V.Ruptura BASE REGULADORA TOTAL

Categoría 2708 o más

Media 1607,02

% 27,1

GRUPO 13

V.Ruptura EDAD

Categoría 36 a 50

Media 1962,65

% 14,2

GRUPO 14

V.Ruptura ACTIVIDAD ECONOMICA

Categoría Construcción, Comercio y reparación vehículos a motor, Actividades inmobiliarias y servicios, Industria manufacturera y energía, Hog. que emplean personal domestico y org. extraterr., Hostelera, Agricultura, ganadería, caza, silv. e ind. extractivas

Media 1623,56

% 7

GRUPO 15

V.Ruptura ACTIVIDAD ECONOMICA

Categoría Transporte y comunicaciones, Intermediación financiera, Admon. publica, defensa y SS, Educación, Actividades sanitarias y sociales, Sin datos

Media 2288,26

% 7,3

GRUPO 12

V.Ruptura EDAD

Categoría 16 a 24, 25 a 35

Media 1214,92

% 12,9

GRUPO 18**V.Ruptura SEXO**

Categoría Varón

Media 997,47

% 7

GRUPO 19**V.Ruptura SEXO**

Categoría Mujer

Media 1471,82

% 5,9

GRUPO 6**V.Ruptura BASE REGULADORA TOTAL**

Categoría 1 a 664, 801 a 808, 809 a 992, 665 a 800, 993 a 1155, 1565 a 1967, 1156 a 1330, 1968 a 2707, No cotiza, 1331 a 1564

Media 876,8

% 34,5

GRUPO 17**V.Ruptura ENTE GESTOR DE IT**

Categoría INSS, Otros, No contratado

Media 1217,82

% 12,6

GRUPO 20**V.Ruptura EDAD**

Categoría 16 a 24, 25 a 35

Media 937,98

% 7,2

GRUPO 21**V.Ruptura EDAD**

Categoría 36 a 50

Media 1588,44

% 5,4

GRUPO 16**V.Ruptura ENTE GESTOR DE IT**

Categoría IMS, MATEPSS

Media 680,37

% 21,9

GRUPO 22**V.Ruptura TIPO DE EMPLEADOR**

Categoría Sin datos, Persona física

Media 309,28

% 5,1

GRUPO 23

V.Ruptura TIPO DE EMPLEADOR

Categoría Sociedad anónima, Sociedad limitada, Asociaciones, Entidades locales, Organismos Autónomos, Estado y CCAA, Sociedades colectivas, comunitarias o cooper., Otras

Media 793,25

% 16,8

GRUPO 25

V.Ruptura EDAD

Categoría 36 a 50

Media 1018,14

% 5,3

GRUPO 24

V.Ruptura EDAD

Categoría 16 a 24, 25 a 35

Media 689,16

% 11,5

GRUPO 28

V.Ruptura BASE REGULADORA TOTAL

Categoría No cotiza, 665 a 800, 1 a 664, 809 a 992, 993 a 1155, 1156 a 1330, 1331 a 1564, 1565 a 1967

Media 578,74

% s/grupo prec. 37,3

% 5,1

GRUPO 29

V.Ruptura BASE REGULADORA TOTAL

Categoría 801 a 808, 1968 a 2707

Media 777,41

% 6,4

GRUPO 4

V.Ruptura PATOLOGIAS DE MAYOR DURACION

Categoría Amigdalitis aguda, Angina estreptocócica y fiebre escarlatina, Faringitis aguda, Otras gastroenteritis y colitis no infec. y no esp., Gripe, Infec. agudas vías respirat. sup. local mult., Infecciones intestinales mal definidas, Nasofaringitis aguda -resfriado común-, Bronquitis y bronquiolitis aguda, Síntomas que afectan al aparato digestivo, Esguinces y torceduras de tobillo y pie, Otras respiratorias, Síntomas que afectan a la cabeza y el cuello, Síntomas que afectan al aparato urinario, Síntomas generales

Media 237,27

% 21,2

GRUPO 26

V.Ruptura PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES

Categoría Otras músculo esqueléticas, Trastorno interno rodilla, Amigdalitis aguda, Angina estreptocócica y fiebre escarlatina, Faringitis aguda, Otras gastroenteritis y colitis no infec. y no esp., Infec. agudas vías respirat. sup. local mult., Gripe, Infecciones intestinales mal definidas, Nasofaringitis aguda - resfriado común-, Tendinitis intersecciones periféricas y síndromes conexos, Bronquitis y bronquiolitis aguda

Media 94,08

% 14

GRUPO 27

V.Ruptura PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES

Categoría Otras alteraciones de la espalda no especif., Trast. ansiedad, disociativos y somatomorfos, Otras causas y causas desconocidas de morbilidad/mortandaz, Leptospirosis, Síntomas generales, Otras alteraciones columna cervical, Otras respiratorias, Otros trast./trastornos neom de articulación, Trast. depresivo no clasif. bajo otros conceptos, Otros síntomas que implican al abdomen y pelvis, Trast. del disco intervertebral, Otros trastornos de tejidos blandos, Síntomas que afectan a la cabeza y el cuello, Hemorragias en fase temprana de embarazo, Esguinces y torceduras de tobillo y pie, Síntomas que afectan al aparato urinario, Síntomas que afectan al aparato digestivo, Síndrome de vértigo y otras alter. aparato vestib., Resto

Media 517,72

% 7,2

ANEXO XIII CONVENIOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

Para una lectura detenida de los convenios tanto generales como específicos, la tabla uno muestra las referencias al BOE donde pueden encontrarse los textos completos de algunos de los convenios, aunque sin ánimo de ser exhaustivos:

Tabla 1 Referencias al BOE de los convenios generales y específicos		
Convenio		BOE
Convenio General		
	Convenios período 2006-2008	
	Cantabria	27/11/2006
	Castilla la Mancha	11/10/2006
	Madrid	16/12/2006
	C. Valenciana	07/11/2006
	Convenios período 2009-2012	
	Andalucía	29/04/2009
	Aragón	16/03/2009
	Asturias	05/06/2009
	Galicia	16/03/2009
	Cataluña	29/04/2009
Convenios Específicos	Convenios período 2006-2008	
	Castilla la Mancha	21/04/2006
	Castilla León	21/06/2007
	La Rioja	30/05/2008
	Extremadura	08/09/2008
	Andalucía	06/06/2008
	Convenios 2009	
	Islas Baleares	25/09/2009
	Extremadura	19/09/2009
	Galicia	25/09/2009
	Cataluña	25/09/2009

ANEXO XIV ENTREVISTAS REALIZADAS

INSS

- M^a Dolores Santamaría Ruiz. Subdirectora General de Gestión de Incapacidad Temporal y otras Prestaciones a Corto Plazo.
- Fernando Bonache. Subdirector general adjunto de la Dirección General de Gestión de Incapacidad Temporal y otras Prestaciones a Corto Plazo.
- Almudena Durán. Consejera Técnica de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.
- Fernando Álvarez-Blázquez Fernández. Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Subdirección General de Alta Inspección.

- Ángel Luís Guirao García Subdirector General de Alta Inspección

CCAA Andalucía. Consejería de Salud. Secretaría General Técnica. Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios del SAS

- Juan de Dios Villar Doncell Subdirector de Inspección

CCAA Extremadura. Consejería de Sanidad y Dependencia. Dirección General de Gestión del Conocimiento y Calidad. Servicio de Evaluación e Inspección de Centros, Servicios, Establecimientos y Prestaciones Sanitarias.

- Juan María Benegas Capote

EVI de Madrid.

- Carlos Sánchez Ruiz. Subdirector Provincial de Comunicación. Coordinación CAISS y subsidios
- José Luís Bravo Olmedo. Director de Programas Especiales

Asociación de Inspección de Servicios Sanitarios de Madrid- AISSMA

- José M.^a Morán Llanes

CCOO

- Blanca Villate

UGT

- Carmen López Ruiz

CEOE

- Pilar Iglesias Valcarce



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE LA PRESIDENCIA