

Estudio descriptivo de la incapacidad temporal en el sector sanitario de Cataluña (2009-2012)

Vilardell Ynaraja M¹, Esteve Pardo M², Carreras Valls R³, Olivé Cristany V⁴, Bretau Viñas F⁵, Subirats Cid P⁶, Sánchez Flores EM⁷, Villegas Rodríguez S⁸, Guixeras Campos A⁹, Torrecillas Mota S¹⁰, Barroso Reinon S⁴, Serra Pujadas C^{11,12,13}, Santià Vila M¹⁴,
en nombre del Grupo de Trabajo de Salud Laboral
de la Xarxa Catalana d'Hospitals Promotors de la Salut

Recibido: 3 de febrero de 2015
Aceptado: 1 de diciembre de 2015
doi: 10.12961/apr.2016.19.01.3

RESUMEN

Objetivo: Describir la incidencia y evolución de la incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes y profesionales en la población trabajadora de los centros sanitarios de Cataluña.

Métodos: La población de estudio estuvo constituida por los 25.964 trabajadores de 30 centros sanitarios de Cataluña, durante el período 2009-2012. La información sobre los episodios de IT se obtuvo de los registros de las Direcciones de Recursos Humanos. Se definieron unos indicadores de IT, y se calcularon las tasas de incidencia de IT y la evolución temporal, según la duración y tipo de episodio, y el tamaño y actividad de los centros sanitarios.

Resultados: La evolución temporal de las tasas de incidencia de IT por contingencia común mostró una tendencia a la disminución en el período 2009-2012. Los centros de pequeño tamaño tuvieron tasa de IT por contingencia común inferior que los de mayor tamaño ($p < 0,001$). Los centros sociosanitarios son los que presentaron mayores tasas de IT por contingencia común, especialmente la de muy corta duración ($p < 0,001$). Los centros de atención primaria tuvieron las tasas más bajas de IT por contingencia profesional siendo la más elevada la de los centros sociosanitarios, especialmente la de larga duración ($p < 0,001$).

Conclusiones: Las diferencias observadas en las tasas de incidencia de IT según el tipo de actividad del centro sanitario podrían deberse a diferencias en las condiciones de trabajo.

PALABRAS CLAVE: Absentismo por enfermedad; Incapacidad temporal; Salud laboral; Trabajadores sanitarios; Hospital; Centros sanitarios; Promoción de la salud.

1. Servei de Prevenció i Medi Ambient mancomunat. Consorci Hospitalari de Vic. Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic. Barcelona.
2. Servei de Medicina Preventiva. Hospital Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.
3. Servei de Prevenció. Institut d'Assistència Sanitària. Salt. Girona.
4. Servei de Prevenció de Riscos Laborals. Hospital Clínic. Barcelona.
5. Servei de Prevenció. Consorci Sanitari del Garraf. Sant Pere de Ribes. Barcelona.
6. Unitat de Vigilància de la Salut. Hospital Universitari Sant Joan. Reus. Tarragona.
7. Unitat de Salut Laboral. Consorci Sanitari Integral. Barcelona.
8. Atenció Ciutadà. CAPSE Les Corts. Barcelona.
9. Unitat Bàsica de Prevenció ICS. Girona.
10. Servei de Prevenció de Riscos Laborals. Hospital San Rafael. Barcelona.
11. Servei de Salut Laboral. Parc de Salut Mar. IMIM (Institut Hospital del Mar de Investigacions Mèdiques), Barcelona.
12. CiSAL-Centro de Investigació en Salut Laboral, Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.
13. CIBER de Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP).
14. Direcció de Qualitat i Seguretat Clínica. Hospital Clínic. Barcelona.

Correspondencia:

Dr. Miquel Vilardell i Ynaraja
Servei de Prevenció i Medi Ambient
Consorci Hospitalari de Vic
C/ Francesc Pla "El Vigatà", 1
08500-VIC (Barcelona)
Tel.: 93 702 77 88
Correu electrònic: mvilardell@chv.cat

DESCRIPTIVE STUDY OF SICKNESS ABSENCE IN THE HEALTH CARE SECTOR OF CATALONIA (2009-2012)

ABSTRACT

Objective: To describe the incidence and evolution of sickness absence (SA) for non-occupational and occupational illness/injury in the population of workers in Catalonian Health Centers based on the definition of a set of common indicators.

Methods: The study population consisted of 25,964 workers from 30 health centers in Catalonia, during 2009-2012. Information on SA episodes was obtained from records of the Directorate of Human Resources. SA indicators were defined, and SA incidence rates and temporal evolution were calculated, depending on the length and type of episode, and the size and activity of health centers.

Results: SA incidence rates for non-occupational illness and injury showed a decreasing trend during 2009-2012. Smaller centers had lower SA rates for non-occupational conditions than larger centers ($p<0.001$). Social health centers had higher SA rates of non-occupational illness and injury, especially those with a very short duration ($p<0.001$). Primary care centers had the lowest SA occupational illness and injury rates, with the highest rates occurring in the social health centers, especially long-term centers ($p<0.001$).

Conclusions: The differences in incidence rates of SA detected by type of activity of the health centers could be due to differences in working conditions.

KEYWORDS: Sickness absence; temporary disability; occupational health; health workers; hospital; health centers; health promotion.

INTRODUCCIÓN

La incapacidad temporal (IT) es aquella situación en la que el trabajador se encuentra ausente de su puesto de trabajo por motivos de salud¹. Se trata de una realidad compleja que está asociada a costes elevados en términos económicos y sociales. La contingencia común supuso en España unos 6.000 millones de euros en el 2006² y 8.000 millones en el 2009³. Actualmente la IT se contempla como un importante problema sanitario y de salud pública⁴⁻⁶ y es posible que el contexto económico y social actual haya contribuido a esta situación⁷.

Un episodio de IT se genera cuando una enfermedad o lesión por accidente relacionada o no con el trabajo, imposibilita a una persona a trabajar de forma temporal y precisa de asistencia sanitaria⁸. Reducir el número de días que un trabajador se encuentra en situación de IT es un objetivo que comparten trabajadores, empresas, mutuas laborales y los sistemas de salud y protección social, tanto por la pérdida de salud y productividad, como por los costes asociados, y la menor probabilidad de retorno al trabajo a medida que avanza el episodio^{9,10}.

Los informes del "Institut Català d'Avaluacions Mèdiques" (ICAM) sobre la IT por contingencias comunes de los años 2009 al 2012¹¹, muestran grandes diferencias en la duración de la incapacidad temporal (IT) en relación con el grupo de edad, sexo, provincia y región sanitaria y una tendencia ligeramente descendiente durante el periodo 2007-2010^{2,12}.

En el sector sanitario la IT supone también un problema importante desde un punto de vista social, laboral y económico. Además los riesgos laborales a los que están expuestos

los profesionales sanitarios son numerosos y varían según la categoría profesional y la actividad que realizan estos trabajadores^{13,14}. Un estudio de la Universidad de Glasgow¹⁵ sobre la IT por contingencias comunes, en una muestra amplia de trabajadores sanitarios públicos de cuatro hospitales británicos, concluyó que se había perdido un 6% de los días de trabajo por IT, el 40% de los trabajadores habían tenido al menos un episodio de IT y un 20% habían tenido un único episodio. Las mujeres (una vez excluidas las incapacidades relacionadas con la gestación) y los trabajadores a tiempo completo tenían un riesgo de IT superior. El 71% de los episodios de IT tenían una duración inferior a una semana.

A pesar de que diferentes autores tanto a nivel nacional^{16,17} como internacional¹⁸ han utilizado la incidencia según tramos de duración para analizar la IT, hasta el momento no existen datos sobre las características de la IT en el conjunto del sector sanitario de Cataluña y los distintos indicadores de IT utilizados en cada uno de los centros sanitarios no han permitido hasta ahora hacer comparaciones.

Los objetivos del presente estudio son describir en diferentes centros sanitarios de Cataluña, la incidencia de IT global, analizar la incidencia de IT según tramos de duración, tipo de contingencia, y tamaño y actividad del centro sanitario y, por último también se analiza la evolución temporal 2009-2012 de estos indicadores.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo que incluyó un total de 30 centros sanitarios de diferentes características: centros de agudos, centros de atención primaria, centros socio-sanita-

rios, residencias y centros de día, tanto de gestión pública como privada y/o mixta. Los centros sanitarios participantes en el estudio pertenecen a la "Xarxa d'hospitals i centres promotors de la salut de Catalunya" (<http://www.udg.edu>). En la tabla 1 se muestran las características de dichos centros.

Se obtuvo la información de los episodios de IT y población trabajadora de cada centro sanitario correspondiente al periodo comprendido entre el uno de enero del año 2009 hasta el 31 de diciembre del 2012 a partir de los registros de las Direcciones de Recursos Humanos de los centros participantes: año, tamaño, tipo de asistencia sanitaria del centro y tipo de contingencia (común y profesional). Se han excluido de este estudio otras ausencias del lugar del trabajo como las vacaciones, actividades de formación, permisos sindicales, las prestaciones por riesgo de embarazo y los permisos maternales y paternales.

Se definieron y consensuaron una serie de indicadores de la IT, de acuerdo al tipo de contingencia, clasificándose en IT por contingencias comunes (ITCC), cuando está causada por una enfermedad o un accidente de origen no profesional,

y contingencias profesionales (ITCP) cuando deriva de una enfermedad, de una patología o de una lesión que se origina con motivo u ocasión del trabajo. Se consideró también la duración de los episodios, categorizándose en muy corta (de 1 a 3 días), corta (de 4 a 10 días), larga (más de 10 días) por consenso del grupo de trabajo por no existir ningún criterio único en la bibliografía disponible¹⁶⁻¹⁸, y global anual.

Los centros fueron clasificados según el tamaño de acuerdo al número de trabajadores: muy grande (>2.000 trabajadores), grande (1.000-1.999 trabajadores), mediano (100-999 trabajadores) y pequeño (hasta 99 trabajadores). En cuanto al tipo de asistencia sanitaria que realizan, los centros fueron clasificados en: centros de agudos, centros de atención primaria, centros socio-sanitarios y residencias.

La tasa de incidencia, y su intervalo de confianza del 95% (IC95%), se calcularon en función del año, tamaño del centro (promedio de trabajadores en el período de estudio 2009-2012 por 4 años) y tipo de centro, considerando una distribución de Poisson sobre los casos de IT. Los análisis se hicieron por separado, en función de si la contingencia era

Tabla 1. Descripción de los centros participantes según el tipo de asistencia.

Tipo de asistencia	Nombre	Número Trabajadores ^a
Agudos	• Consorci Hospitalari de Vic	1.227
	• Hospital Clínic de Barcelona	5.346
	• Hospital Dr. Josep Trueta	1.773
	• Hospital de Sant Rafael	403
	• Institut d'Assistència Sanitària	751
	• Hospital Universitari de Sant Joan de Reus	1.183
	• Hospital Comarcal Móra d'Ebre	314
	• Hospital Comarcal d'Amposta	210
	• Centre Mèdic Quirúrgic de Reus	106
	• Hospital Germans Trias i Pujol	2.531
	• Consorci Sanitari Integral	2.583
Agudos, socio-sanitaria y residencia	• Consorci Sanitari Garraf (Sant Antoni Abad i Sant Camil)	1.122
Agudos, socio-sanitaria, salud mental y primaria	• Parc de Salut Mar	3.930
Atención Primaria	• CAPSE (Atenció Primària de l'Eixample)	221
	• Institut d'Assistència Sanitària	156
	• ICS Primària Girona	1.722
	• Hospital Lleuger de Cambrils	43
	• Consorci Sanitari Integral	236
Residencias y centros de día	• El Nadal, Serveis per la gent gran	138
	• Residencia i Centre de dia Flix	85
	• Residencia i Centre de dia Gadesa	53
	• Residencia d'avis Amposta	58
	• Residencia d'avis el Vilar	44
	• Residencia El Perelló	42
Salud Mental	• Institut d'Assistència Sanitària	537
Socio-sanitaria	• Fundació Assistencial d'Osona	53
	• Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic	122
	• Institut d'Assistència Sanitària	158
	• Hospital de la Santa Creu Jesús - Tortosa	389
	• Consorci Sanitari Integral	428

^a Número promedio de trabajadores en el período estudiado.

común o profesional. Como denominador se utilizó el número de personas que cotizan al Régimen General de la Seguridad Social de cada centro, al considerarse el valor más fiable y comparable.

Hay que tener en cuenta que en este último análisis de IT según la actividad que realizaba cada centro, no pudieron incluirse dos centros sanitarios (Parc Salut Mar y Consorci Sanitari del Garraf) ya que se trata de grandes centros que realizan más de una actividad sanitaria (hospital de agudos y centro socio-sanitario) y presentaron los indicadores de IT sin especificar el tipo de centro.

Posteriormente se realizó un modelo de regresión de Poisson, calculando las IRR y su IC95% para comparar cada una de las variables consideradas en este estudio, tomando como referencia el año 2009, los centros de mayor tamaño y los centros de agudos.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico STATA 13.1.

RESULTADOS

La tabla 2 muestra las tasas anuales de incidencia de ITCC e ITCP y su evolución a lo largo de los cuatro años. Las tasas de IT más elevadas correspondieron a las IT por contingencia común, y dentro de ellas las de corta duración (1-3 días). Dentro de las tasas de IT por contingencia profesional las más elevadas fueron las de más de 10 días. Estas tendencias se mantienen sin diferencias significativas a lo largo del periodo de estudio.

Globalmente, se observa una tendencia a la disminución de las tasas de IT (tabla 3), donde todas las IRR son menores de 1 en todos los casos con relación al año 2009, siendo además estadísticamente significativo el descenso en los años 2010, 2011 y 2012 en la ITCC de corta duración, larga duración y en la global.

Se observó una tendencia a la disminución de las tasas de IT conforme disminuye el número de trabajadores del cen-

Tabla 2. Evolución de la tasa de incidencia de Incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes (ITCC) y profesionales (ITCP) según la duración de los episodios. Período 2009-2012.

Tipo de contingencia	Duración episodios IT	2009 (1) (27 registros)			2010 (2) (28 registros)			2011 (3) (30 registros)			2012 (4) (30 registros)		
		Episodios IT	Tasa por 100	IC 95%	Episodios IT	Tasa por 100	IC 95%	Episodios IT	Tasa por 100	IC 95%	Episodios IT	Tasa por 100	IC 95%
ITCC	1 a 3 días	7208	28,2	4,0-74,9	8325	27,9	0,0-63,0	8052	26,6	1,5-58,9	7765	26,8	0,0-55,0
	4 a 10 días	5652	17,6	6,4-29,7	4869	12,0	1,8-24,3	4970	13,5	5,4-23,4	4368	12,7	0,0-22,4
	>10 días	5963	19,7	7,0-31,3	6383	19,0	7,7-29,1	5936	17,6	4,8-28,9	4834	16,0	0,9-25,2
	Global	18823	65,5	28,0-97,4	19577	59,0	14,6-93,4	18958	57,7	12,5-97,2	16967	55,5	19,0-102,7
ITCP	1 a 3 días	119	0,5	0,0-2,4	350	0,2	0,0-0,8	632	0,3	0,0-1,0	1101	0,5	0,0-1,9
	4 a 10 días	76	1,1	0,0-2,6	247	0,8	0,0-3,3	560	1,2	0,0-3,4	883	0,9	0,0-2,3
	>10 días	104	2,4	0,0-4,7	271	2,0	0,0-7,3	601	2,1	0,0-6,7	976	2,3	0,0-8,4
	Global	88	4,0	0,0-7,9	249	3,1	0,0-7,3	634	3,6	0,0-9,2	971	3,6	0,0-11,2

Registros: número de centros que han facilitado información de los episodios de IT.

Tabla 3. Comparación de las tasas de incapacidad temporal por contingencias comunes y profesionales en relación al año 2009 de acuerdo a la duración de los episodios y los años (Razón de Tasa de Incidencia IRR e intervalo de Confianza IC).

Tipo de contingencia	Duración episodios IT	2009	2010			2011			2012		
		IRR	IRR	IC 95%	p	IRR	IC 95%	p	IRR	IC 95%	p
Incapacidad Temporal por Contingencia Común	1 a 3 días	1	0,98	0,9-1,1	0,830	0,94	0,9-1,0	0,24	0,94	0,9-1,0	0,290
	4 a 10 días	1	0,68	0,6-0,8	< 0,001	0,76	0,7-1,0	0,0001	0,72	0,6-0,8	< 0,001
	>10 días	1	0,96	0,9-1,1	0,580	0,89	0,8-1,0	0,06	0,81	0,7-0,9	0,001
	Global	1	0,90	0,8-1,0	0,002	0,88	0,8-0,9	0,0001	0,84	0,8-0,9	< 0,001
Incapacidad Temporal por Contingencia Profesional	1 a 3 días	1	0,42	0,2-1,1	0,090	0,59	0,2-1,4	0,24	0,96	0,5-2,0	0,910
	4 a 10 días	1	0,76	0,4-1,3	0,317	1,07	0,7-1,7	0,758	0,77	0,5-1,3	0,344
	>10 días	1	0,83	0,6-1,2	0,334	0,88	0,6-1,2	0,478	0,93	0,7-1,3	0,718
	Global	1	0,76	0,6-1,0	0,067	0,90	0,7-1,2	0,453	0,89	0,7-1,2	0,422

tro, especialmente para centros pequeños de menos de 100 trabajadores, lo cual se corroboró al calcular los riesgos relativos (tabla 4), donde se observó un IRR menor de 1, al comparar los diferentes tipos de centros con los de mayor tamaño, siendo estadísticamente significativa esta disminución en todos los diferentes tipos de duración de la ITCC. En el caso de las ITCP también se observó esta disminución, destacando las diferencias que hay en todos los casos entre los centros de pequeño tamaño y los de gran tamaño. Los centros socio-sanitarios son los que mostraron las tasas más elevadas de ITCC, mientras que las residencias tuvieron las más bajas. En relación a las tasas de incidencia de ITCP, el grupo de atención primaria presentó globalmente las tasas más altas (3,3 por 100) y los centros socio-sanitarios las tasas más bajas (1,9 por 100).

En la tabla 5 se presentan los riesgos relativos de los diferentes tipos de centros en relación con la situación

de los centros de agudos. En el caso de las ITCC y para todos los tipos de duración y para todos los tipos de centros las diferencias fueron estadísticamente significativas. En el caso de las ITCP las diferencias sobre todo se dieron entre los centros socio sanitarios con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) respecto a la situación de los hospitales de agudos en cuatro de los tres indicadores. En el caso del de muy corta duración también hay diferencias estadísticamente significativas pero menor ($p = 0,001$).

DISCUSIÓN

Este estudio sobre la IT en 30 centros sanitarios de Cataluña, con un total de 25.964 trabajadores entre 2009 y 2012 muestra que en todos los casos las tasas de ITs de contingencia común fueron muy superiores a los de contin-

Tabla 4. Comparación las tasas de incapacidad temporal por contingencias comunes y profesionales en relación tamaño del centro de acuerdo a la duración de los episodios (Razón de Tasa de Incidencia IRR e intervalo de Confianza IC).

Tipo de contingencia	Duración episodios IT	2000 trabajadores	1000-1999 trabajadores			100-999 trabajadores			< 100 trabajadores		
			IRR	IC 95%	p	IRR	IC 95%	p	IRR	IC 95%	p
Incapacidad Temporal por Contingencia Común	1 a 3 días	1	0,51	0,5-0,6	< 0,001	0,29	0,3-0,3	0,0001	0,07	0,1-0,1	< 0,001
	4 a 10 días	1	0,43	0,4-0,5	< 0,001	0,50	0,4-0,6	0,0001	0,17	0,2-0,2	< 0,001
	>10 días	1	0,40	0,4-0,5	< 0,001	0,38	0,3-0,4	0,0001	0,18	0,2-0,2	< 0,001
	Global	1	0,46	0,4-0,5	< 0,001	0,36	0,3-0,4	0,0001	0,13	0,1-0,1	< 0,001
Incapacidad Temporal por Contingencia Profesional	1 a 3 días	1	0,92	0,3-2,5	0,875	0,49	0,1-1,7	0,265	0,21	0,1-0,8	0,016
	4 a 10 días	1	0,53	0,3-0,9	0,027	0,42	0,2-0,8	0,011	0,26	0,1-0,5	< 0,001
	>10 días	1	0,70	0,5-1,1	0,088	0,48	0,3-0,8	0,003	0,30	0,2-0,5	< 0,001
	Global	1	0,67	0,5-0,9	0,011	0,46	0,3-0,7	0,0001	0,28	0,2-0,4	< 0,001

Tabla 5. Comparación de las tasas de incapacidad temporal por contingencias comunes y profesionales en relación tipo del centro de acuerdo a la duración de los episodios (Razón de Tasa de Incidencia IRR e intervalo de Confianza IC).

Tipo de contingencia	Duración episodios IT	Agudos	Atención Primaria			Residencia			Socio-sanitaria		
			IRR	IRR	IC 95%	p	IRR	IC 95%	p	IRR	IC 95%
Incapacidad Temporal por Contingencia Común	1 a 3 días	1	0,50	0,4-0,6	< 0,001	0,28	0,2-0,4	< 0,001	0,24	0,2-0,3	< 0,001
	4 a 10 días	1	0,82	0,7-1,0	0,081	0,36	0,3-0,5	< 0,001	0,21	0,2-0,3	< 0,001
	>10 días	1	0,51	0,4-0,6	< 0,001	0,36	0,3-0,5	< 0,001	0,20	0,2-0,2	< 0,001
	Global	1	0,58	0,5-0,7	< 0,001	0,32	0,3-0,4	< 0,001	0,22	0,2-0,2	< 0,001
Incapacidad Temporal por Contingencia Profesional	1 a 3 días	1	0,76	0,2-3,2	0,714	0,27	0,0-1,8	0,184	0,15	0,1-0,5	0,001
	4 a 10 días	1	0,47	0,2-1,4	0,177	0,44	0,2-1,1	0,090	0,17	0,1-0,3	< 0,001
	>10 días	1	0,49	0,2-1,0	0,059	0,30	0,1-0,7	0,002	0,12	0,1-0,2	< 0,001
	Global	1	0,51	0,3-0,9	0,021	0,34	0,2-0,6	< 0,001	0,14	0,1-0,2	< 0,001

gencia profesional. Si se analiza la evolución temporal de las tasas de incidencia de IT por contingencia común, a pesar de que en algunos casos las diferencias no han resultado significativas, existe una tendencia a la disminución de todos ellos (IT de muy corta, de corta y de larga duración) durante estos últimos cuatro años, mientras que las tasas de incidencia de IT por contingencia profesional durante el periodo de estudio permanecen estables. Las IT por contingencia profesional en la mayoría fueron por accidentes laborales y una pequeña proporción por enfermedades profesionales.

Es evidente que el origen de esta disminución de la IT común a lo largo de los años exige un análisis exhaustivo y multifactorial⁷, pero no puede descartarse como una posible causa de esta tendencia, y especialmente para la IT por contingencia común y de muy corta duración, que pueda estar relacionada con las últimas reformas del mercado laboral y/o con las estrategias realizadas desde las direcciones de recursos humanos de los diferentes centros sanitarios para evitar el absentismo laboral¹⁹.

En cuanto a la duración de las IT, se ha observado que la IT por contingencia común más frecuentemente registrada en todos los años ha sido la incapacidad temporal de muy corta duración (1-3 días) mientras que la IT por contingencia profesional más frecuentemente observada durante el período de estudio, en este caso ha sido la de larga duración (más de 10 días). Las causas de las IT pueden ser la explicación de este primer hallazgo diferencial entre las IT por contingencia común y profesional. El hecho de que los procesos más frecuentes de IT por la contingencia común sean cortos, probablemente esté relacionado con enfermedades agudas y el que los procesos de IT por contingencias profesionales más frecuentes sean de larga duración, más posiblemente esté relacionado con patologías crónicas comúnmente observadas en los trabajadores sanitarios como las patologías músculo esqueléticas o de salud mental^{4, 20}.

Si nos fijamos en el tipo de asistencia llama la atención que, tanto en el indicador de IT por contingencia profesional de larga duración (más de 10 días) como en el indicador de IT por contingencia profesional anual, se hayan detectado diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes centros sanitarios estudiados, de forma que los centros socio-sanitarios son los que registran más episodios y los centros de atención primaria los que registran menos episodios de estas IT por contingencia profesional. Hay que considerar que tampoco puede descartarse una infradeclaración de la IT por contingencia profesional relativa a enfermedades profesionales. Por otra parte, los centros socio-sanitarios tienen también mayores tasas globales de IT por contingencia común y de éstas, las de muy corta duración son las más elevadas.

Cuando se analizan las tasas de incidencia de IT según el tamaño del centro, sí que se observa que los centros sanitarios grandes o muy grandes (>1.000 trabajadores) presentan más IT de todos los tipos que los centros de mediano

y pequeño tamaño, siendo los de tamaño pequeño (<100 trabajadores) los que presentan las tasas más bajas de IT. A pesar de que no se ha podido contrastar estos resultados con otras publicaciones, es posible que exista una sensación subjetiva en los trabajadores de grandes centros sanitarios de que su ausencia sería fácilmente sustituible por otro profesional.

Es importante destacar que este estudio representa una primera aproximación al estudio de la IT en profesionales que realizan su actividad en centros sanitarios de Cataluña. Se han tenido que consensuar diferentes indicadores de incapacidad temporal a partir de centros de muy diferentes características en cuanto al número de trabajadores, tipo de actividad realizada y tipo de gestión del propio centro. Probablemente el cálculo de las horas perdidas por IT sea un dato más exacto para comparaciones entre centros en futuros estudios. Las limitaciones descritas y la ausencia de publicaciones similares, hace imposible establecer comparaciones para realizar un mejor análisis de estos resultados. Así mismo, sería interesante en una segunda fase, introducir en el análisis, los datos registrados durante los años 2013 y 2014 para evaluar el impacto de la actual crisis económica en la evolución temporal de estos indicadores. A pesar de que no se consideró en este estudio, es evidente que las investigaciones futuras deben incluir además, el análisis de la IT según variables como la edad, sexo, régimen de la seguridad social, categoría profesional e incluso regiones sanitarias de Cataluña³.

En cuanto a la IT por contingencia común, dada su magnitud e impacto en el absentismo, sería interesante identificar y analizar sus causas, ya que permitiría conocer las patologías más prevalentes en los profesionales sanitarios de nuestro medio y permitiría definir y priorizar mejor aquellas estrategias orientadas a disminuir la IT, diseñadas desde la empresa y mediante actividades de promoción de la salud²¹.

Actividades como la planificación de estrategias de mejora de las condiciones de trabajo, así como otras iniciativas tales como la creación en los propios centros de un sistema de reincorporación al trabajo tras la incapacidad temporal, el uso de las nuevas tecnologías y las redes sociales en la difusión de programas de salud, la implantación de programas de estilos de vida saludables, son algunas de las actividades que ya han demostrado su eficacia y han influido de forma favorable en el absentismo por IT, incapacidad temporal, minimizando las recidivas y favoreciendo un adecuado manejo y control de algunas de las patologías crónicas más prevalentes^{13,22}.

La información que proporciona este estudio, a pesar de que se trata de una información preliminar, permite empezar a desarrollar dichas estrategias. De hecho, hoy se sabe que aquellos trabajadores que presentan episodios anuales de IT de más de 15 días de duración tienen un riesgo incrementado de discapacidad y de mortalidad^{4,20}.

AGRADECIMIENTOS

A las Direcciones de Recursos Humanos de todos los centros participantes por habernos facilitado la información.

- Anna Contreras. Recursos Humanos. GINSA.
- Núria Gonzalez, Servicio de Salud Laboral, Parc de Salut MAR.
- Maite Granell. Recursos Humanos. Hospital Residència Sant Camil.
- Carme Guitart. Recursos Humanos. Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic.
- Antonio Rodríguez. Recursos Humanos. Consorci sanitari Integral.
- Elena Sánchez Aragón. Recursos Humanos. Hospital San Rafael.
- Maria Tort. Dirección de Personas. Serveis Auxiliars a la Sanitat de Vic.
- Anna Valentí. Dirección de Personal. Hospital Germans Trías i Pujol.
- Pilar Varela. Recursos Humanos. Hospital Clínic Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 1/1994, (20 Jun 1994).
2. Ballesteros M, Serra C, Martínez J, Plana M, Delclos GL, Benavides FG. Comparación del coste de la incapacidad temporal por contingencia común en 2006 entre las provincias de Barcelona y Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 453-61.
3. Torá I, Martínez JM, Delclós J, Jardí J, Albertí C, Serra C, et al. Duración de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común según regiones sanitarias en Cataluña. *Rev Esp Salud Pública*. 2010; 84: 61-9.
4. Roelen CA, Koopmans PC, Anema JR, van der Beek AJ. Recurrence of medically certified sickness absence according to diagnosis: a sickness absence register study. *J Occup Rehabil* 2010; 20: 113-121.
5. Whitaker SC. The management of sickness absence. *Occup Environ Med* 2001; 58: 420-424.
6. Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Amick BC. Distribution of sickness absence in the European Union countries. *Occup Environ Med* 2004; 61: 867-869.
7. Albertí C, Jardí J, Manzanera R, Torá I, Delclós J, Benavides FG. Incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral en Cataluña 2007-2010. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2012; 15: 172-177.
8. Incapacidad temporal. Manual para el manejo en atención primaria. Grupo Lex Artis. Sociedad madrileña de medicina familiar y comunitaria. Citado el 12 Nov 2015 Disponible en: <http://www.somamfyc.com/Portals/0/PropertyAgent/400/Files/5/INCAPACIDAD%20TEMPORAL.pdf>
9. Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez C, Despuig M, Aguirre S, Soria M, Sampere M, Gimeno D. Reincorporación al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la comunidad autónoma. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81: 183-190.
10. Roelen CA, Koopmans PC, Schreuder JA, Anema JR, van der Beek AJ. The history of registered sickness absence predicts future sickness absence. *Occup Med (Lond)*. 2011; 61: 96-101.
11. La incapacitat laboral per contingències comunes a Catalunya. Informes 2010, 2011, 2012. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries.
12. Gimeno D, Bültmann U, Benavides FG, Alexanderson K, Abma FI, Ubalde-López M, et al. Cross-national comparisons of sickness absence Systems and statistics: towards common indicators. *Eur J Public Health*. 2014; 24: 663-6.
13. Andersen LN, Juul-Kristensen B, Roessler KK, Herborg LG, Thomas Lund Sørensen TL, Søgaard K. Efficacy of 'Tailored Physical Activity' in reducing sickness absence among health care workers: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2013; 13: 917.
14. Gestal Otero JJ, Riesgos Laborales del personal sanitarios. 3ª ed. Mc Graw-Hill Interamericana; Madrid 2003.
15. Ritchie KA, Macdonald EB, Gilmour WH, Murray KJ. Analysis of sickness absence among employees of four NHS trusts. *Occup Environ Med* 1999; 56: 702-708.
16. Giroa IN, López JC. Evolución temporal de lesiones por accidente de trabajo en población afiliada a MC Mutual, 2005-2009. *Arch Prev Riesgos Labor* 2012; 15: 178-184.
17. López-Ruiz M, Martínez JM, Castejón E, Benavides FG. Comparación de las lesiones no mortales por accidente de trabajo por Comunidades Autónomas en España (1994-2004). *Gac Sanit* 2009; 23: 489-495.
18. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 1995; 49: 124-130.
19. Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. Boletín Oficial del Estado, sábado 11 de febrero de 2012.
20. Coggon D, Ntani G, Vargas-Prada S, Martinez JM, Serra C, Benavides FG, Palmer KT; Members of CUPID Collaboration. International variation in absence from work attributed to musculoskeletal illness: findings from the CUPID study. *Occup Environ Med*. 2013; 70: 575-84.
21. Delclós J, Gimeno D, Torá I, Martínez JM, Manzanera R, Jardí J, Albertí C, Benavides FG. Distribución de la duración de la incapacidad temporal por contingencia común por diagnóstico médico (Cataluña 2006-2008). *Gac Sanit*. 2013; 27: 81-3.
22. Sampere M, Gimeno D, Serra C, Plana M, Martínez JM, Delclós GL, Benavides FG, et al. Organizational return to work support and sick leave duration: a cohort of Spanish workers with a long-term non-work related sick leave episode. *J Occup Environ Med*. 2011; 53: 674-9.