

Original

Prestación por riesgo durante el embarazo e incapacidad temporal en una cohorte de trabajadoras del Parc de Salut Mar (Barcelona, España)



Rocío Villar^{a,b}, Fernando G. Benavides^{b,c}, Laura Serra^{b,c} y Consol Serra^{a,b,c,*}

^a Servicio de Salud Laboral, Parc de Salut Mar, IMIM PSMar, Barcelona, España

^b Centro de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de noviembre de 2017

Aceptado el 9 de marzo de 2018

On-line el 15 de junio de 2018

Palabras clave:

Riesgo
Embarazo
Ausencia por enfermedad
Seguridad Social
Salud laboral
Riesgos laborales
Hospitales
Trabajo

Keywords:

Risk
Pregnancy
Sick leave
Social Security
Occupational health
Occupational risks
Hospitals
Work

R E S U M E N

Objetivo: Estudiar la utilización de la prestación por riesgo durante el embarazo (PRE) y de la incapacidad temporal por contingencia común (ITcc) en una cohorte de trabajadoras embarazadas del Parc de Salut Mar, Barcelona (España).

Método: Estudio de cohorte retrospectiva de 428 trabajadoras embarazadas entre 2010 y 2014, que fueron seguidas hasta el parto, registrando las ausencias por ITcc o PRE hasta el inicio de su licencia por maternidad. El análisis de secuencias identifica cuatro trayectorias, que son descritas según las características demográficas y laborales de las trabajadoras.

Resultados: Del total de mujeres, 56 (13,1%) accedieron únicamente a la PRE, que representó 6126 días de ausencia; 68 (15,9%) también accedieron a la PRE, con 7127 días de ausencia, pero con anterioridad habían acumulado 102 episodios de ITcc con 1820 días de ausencia. La mayoría de las trabajadoras embarazadas de la muestra (69,9%) se acogió solo a uno o varios episodios de ITcc sin utilizar la PRE, con 545 episodios y 26337 días de ausencia. La mayoría estuvieron activas laboralmente durante el primer trimestre y es a partir del segundo cuando aparecieron episodios de ITcc de larga duración. El último mes del embarazo, más del 80% de las trabajadoras estaban ausentes del trabajo.

Conclusiones: Las trabajadoras embarazadas permanecen activas dos terceras partes del embarazo. Las ausencias se deben mayoritariamente a episodios de ITcc, representando la PRE una tercera parte. Nuestros resultados sugieren, como ocurre en otros países de nuestro entorno, un cambio en la gestión de la protección social de las trabajadoras embarazadas.

© 2018 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Occupational risk during pregnancy and sick leave in a cohort of workers from Parc de Salut Mar (Barcelona, Spain)

A B S T R A C T

Objective: To study the use of the Pregnancy occupational risk benefit (PORB) and non-work related sickness absence (NWSA) in a cohort of pregnant workers of Parc de Salut Mar, Barcelona (Spain).

Method: Retrospective cohort study of 428 pregnant workers between 2010 and 2014, who were followed-up until delivery. Absences from work, both PORB and NWSA were recorded until the beginning of their maternity leave. The sequence analysis identifies four trajectories, which are described according to workers demographic and job characteristics.

Results: Of the total cohort, 56 (13.1%) accessed only the PORB, representing 6.126 days of absence; 68 (15.9%) also accessed PORB, with 7.127 days of absence, but had previously accumulated 102 episodes of NWSA with 1.820 days of absence. The majority of pregnant workers in the sample (69.9%) took only one or several episodes of NWSA without using PORB, with 545 episodes and 26,337 days of absence. Most were active during the first quarter and it is from the second quarter that episodes of long-term NWSA appeared. During the last month of pregnancy more than 80% of the workers were absent from work.

Conclusions: Pregnant workers remained at work for two thirds of their pregnancy. Absences were mainly due to episodes of NWSA. PORB represented one third of them. As in other similar countries, our results suggest a change in the management of social protection benefits for pregnant workers.

© 2018 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: cserrapujadas@parcdosalutmar.cat (C. Serra).

Introducción

La incorporación masiva de la mujer al mercado de trabajo remunerado representa uno de los cambios más importantes en nuestra sociedad a lo largo del siglo xx^{1,2}. La entrada progresiva al mundo laboral ha modificado el concepto tradicional de familia y ha cambiado los roles en el reparto de las tareas domésticas y de cuidados a las personas dependientes. A su vez, y a pesar de desigualdades persistentes, como las salariales o el reparto de tareas domésticas, entre otras³, esta evolución de un papel meramente reproductivo a uno también productivo ha generado políticas tanto de protección de la maternidad como de igualdad de la mujer⁴.

La existencia de apoyo, tanto formal (guarderías, permiso de maternidad remunerado, etc.) como informal (estructura familiar, corresponsabilidad de la pareja, etc.), así como de unas adecuadas condiciones de trabajo y empleo (jornadas flexibles, alto grado de autonomía, etc.), son predictores de bienestar y salud no solo en la vida de la mujer, sino también en cuanto a su maternidad y a la salud de los hijos⁵⁻⁷.

En España, la protección a la maternidad se inicia en 1900, con la aprobación de una ley que reguló el trabajo de mujeres y niños por primera vez⁸, prohibiendo el trabajo las 3 semanas posteriores al parto y permitiendo acogerse a una licencia a partir del octavo mes de embarazo. A esta ley sigue el primer antecedente del actual permiso maternal con subsidio en 1929⁹. En el año 1994 se reconoce la protección de la maternidad como una contingencia específica, desligándola de la prestación por incapacidad temporal¹⁰.

El principal impulso para la protección de la maternidad en el trabajo se produce en 1995, con la Ley de Prevención de Riesgos Laborales¹¹, que legisla la obligación empresarial de proteger a todos los trabajadores de los riesgos derivados del trabajo y establece específicamente las medidas para proteger a las trabajadoras durante el embarazo y la lactancia natural. De acuerdo con la literatura, estos riesgos incluyen la exposición a factores relacionados con la seguridad, la ergonomía, la psicología y los riesgos higiénicos¹²⁻¹⁷.

En 1999 aparece una nueva prestación social como protección específica de la maternidad, la prestación por riesgo durante el embarazo y/o la lactancia (PRE)¹⁸, con el objetivo de proteger el embarazo y su resultado frente a la exposición a factores de riesgo laboral. En 2007 cambia su regulación¹⁹ y se equipara a una situación de contingencia profesional, sin requerir periodo previo de cotización, cubriendo el 100% de la retribución y gestionada por las mutuas colaboradoras con la seguridad social.

Esta nueva medida de protección social parte del principio de que, durante el embarazo, la trabajadora pueda seguir desempeñando su trabajo, y en caso de no ser posible por la exposición a algún factor de riesgo laboral, desmedicaliza una situación que supone un momento de especial sensibilidad a dichos riesgos. No obstante, en caso de que la trabajadora presente algún problema de salud no relacionado con el trabajo que la incapacite para trabajar, debe recurrir a su médico de familia y acogerse a una incapacidad temporal por contingencia común (ITcc). Así pues, las trabajadoras embarazadas en España disponen de dos tipos de prestación para proteger su salud y la del feto, tanto frente a factores de riesgo de origen laboral como a problemas de salud no relacionados con el trabajo.

En cuanto al permiso de maternidad, actualmente tiene una extensión máxima de 16 semanas. La normativa solo obliga a la realización de las primeras 6 semanas posteriores al parto, pudiendo reincorporarse entonces al trabajo. Esto es, una trabajadora puede iniciar su licencia de maternidad hasta 10 semanas antes de la fecha probable del parto, siempre que cuente con la prescripción facultativa oportuna y, en casos de adopción internacional, también se podría iniciar las 4 semanas previas a que esta fuera efectiva. La mujer recibe el 100% de su salario, abonado íntegramente por la

Tabla 1

Prestaciones sociales actuales en relación con la maternidad en varios países europeos y sus principales características

País	Permiso de maternidad ^a			Total	Prestación por riesgo
	Cobertura económica	Semanas parto	Semanas posparto		
Alemania	100%	6	8	14	No
Noruega	100%	3	46/56 (ambos progenitores)	49/59	No
Italia	80%	9	13	22	No
Francia	100%	6	10	16	No
España	100%	0	16	16	Sí
Portugal	100/80%	0	17/21,5	17/21,5	Sí
Finlandia	70% en ingresos hasta 36.700 € 40% en ingresos hasta 56.400 € 25% en ingresos mayores de 56.400 €	4/7	11/8	15	Sí
Islandia	80%	4 ^b	8,8 madre (12,8 padre)	12,8	No

^a La cobertura y las semanas pueden variar en caso de partos múltiples o enfermedad importante o fallecimiento tanto de la madre como del hijo, y en casos de adopción.

^b Semanas parto que se restarían del permiso total.

Seguridad Social. La ley de conciliación de la vida familiar y laboral permite al padre realizar hasta 10 semanas, a descontar de las 16 del total del permiso maternal. En el año 2009 se legisló el derecho del padre a acogerse a 4 semanas de permiso tras el parto sin menoscabo del permiso de maternidad, aunque no ha entrado en vigor hasta 2017²⁰.

En Europa la situación es muy diversa, pues aunque en el año 1985 una directiva obligó específicamente a la protección de la maternidad frente a riesgos laborales²¹, cada país la adaptó a su propia legislación haciendo énfasis en diferentes aspectos²². En la tabla 1 se resume la situación para una selección de países europeos y, por ejemplo, en Islandia, Noruega y Francia no existe la PRE.

Así pues, el objetivo de este trabajo es analizar la PRE y la ITcc previas al parto, en cuanto a número de episodios y porcentaje de días de ausencia, duración mediana y su distribución según las características de la mujer y del lugar de trabajo, en una cohorte de trabajadoras embarazadas del Parc de Salut Mar (PSMar), Barcelona (España), entre 2010 y 2014.

Método

Diseño y definición de caso

Este estudio está basado en una cohorte de 428 mujeres embarazadas que entre 2010 y 2014 mantuvieron su vínculo laboral durante toda la gestación con el PSMar y tras el parto disfrutaron del permiso de maternidad. El PSMar es una institución de servicios asistenciales, docentes y de investigación, con una población laboral en 2017 de 3841 profesionales, de los cuales 2865 (74,6%) son mujeres, y de estas, un 63,4% (1817) están en edad fértil.

El PSMar dispone de un protocolo que establece la notificación del embarazo al servicio de Salud Laboral por parte de la trabajadora, a fin de proteger su salud y la del feto y/o recién nacido mediante la adaptación del puesto de trabajo o cambio de lugar o solicitud de PRE. Uno de los pilares del protocolo se fundamenta en una coordinación ágil entre médicos del trabajo y técnicos de

prevención, así como con la trabajadora y su responsable para adoptar las medidas preventivas necesarias lo antes posible. La notificación es condición necesaria para acogerse a la PRE. En caso de que se identifiquen riesgos que no hayan podido eliminarse, no pueda adaptarse el puesto de trabajo o cambiar a la trabajadora a otro sin riesgo, se solicita la PRE a la mutua, donde se reconocerá y gestionará su pago. Si no hay riesgos para el embarazo, la trabajadora podrá seguir en su puesto de trabajo hasta el final de la gestación. Por otra parte, si la trabajadora ha acudido a su médico de cabecera por algún problema de salud y este certifica una ITcc, se notifica al departamento de Recursos Humanos siguiendo el procedimiento habitual en caso de enfermedad común, siempre y cuando la trabajadora lleve cotizando al menos 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores. La trabajadora recibirá el 100% de su base salarial desde el primer día, dado que en el PSMar existe una mejora de esta prestación por convenio colectivo.

Información disponible

De acuerdo con la información disponible en el servicio de Salud Laboral y en Recursos Humanos, los embarazos se han clasificado en aquellos que se han acogido a: 1) la PRE exclusivamente, 2) al menos un episodio de ITcc sin PRE, 3) uno o más episodios de ITcc y la PRE, y 4) han trabajado todo el embarazo.

Para cada trabajadora se dispone de las siguientes variables: edad (≤ 30 , 31-35 y ≥ 36 años), horas de trabajo semanales (< 30 , 30-35, 36-40), categoría laboral (administrativa, técnica de apoyo, auxiliar de enfermería, enfermera y médica), servicio (hospitalización y urgencias, bloque quirúrgico, servicios médicos y quirúrgicos, consultas externas, exploraciones complementarias y apoyo al diagnóstico de laboratorio y radiología, farmacia y servicios no asistenciales), contrato (eventual y residente, interino, indefinido), turno (mañana, tarde, turno partido, noche y otros), número de episodios de ITcc, número de episodios de PRE, duración mediana de ITcc, duración mediana de PRE, duración de cada episodio de ITcc y duración de cada episodio de PRE.

Análisis

Inicialmente se ha realizado un análisis descriptivo de las cuatro trayectorias mencionadas, según la edad y las variables laborales descritas. Para ello se ha utilizado, además de la frecuencia de casos y sus porcentajes, la duración total y la duración mediana de los días de ausencia del trabajo acumulados. En segundo lugar se han estudiado los cambios producidos a lo largo del embarazo en relación a la trayectoria laboral mediante modelos de análisis de secuencia²³. Para ello se midió diariamente si estaba trabajando, con PRE o ITcc. Finalmente se ha realizado un análisis de sensibilidad para comparar el tiempo trabajado hasta acogerse a la PRE entre las mujeres que utilizaron además la ITcc o accedieron a la PRE directamente, mediante el cálculo de las curvas de supervivencia a través del método de Kaplan-Meier²⁴. Para los análisis se han utilizado los programas R y Stata.

Aspectos éticos

El proyecto de investigación ha sido evaluado y aprobado por el comité de ética del PSMar.

Resultados

De las 428 trabajadoras embarazadas, un 13,1% (56 casos) no notificaron el embarazo en el servicio de Salud Laboral; de estas, el 96,4% (12,6% del total) se acogieron al menos a un episodio de ITcc y el 3,6% (0,5% del total) trabajaron durante todo

el embarazo. Al observar las trayectorias de las 428 trabajadoras (fig. 1A) se aprecia que la mayoría estuvieron activas laboralmente las primeras 12 semanas, con algunos episodios de ITcc cortos. Esta situación se mantuvo en el segundo trimestre, en el que se incrementó la duración de los episodios de ITcc, y es en la transición al tercer trimestre cuando aparecieron las primeras PRE. Según avanza el embarazo aumenta el número de PRE y de ITcc, de manera que al final la mayoría de las trabajadoras estuvieron ausentes. En la figura 1B, tras agrupar los tiempos de las distintas trayectorias, se muestra esta misma distribución, pero con los días de ausencia acumulados, y se observa que el 50% de las embarazadas trabajó hasta el día 187. Del total de días teóricos de empleo (asignando 280 días por embarazo) de los casos (119.840 días), dos terceras partes permanecieron activas laboralmente y del tercio ausente, un 68% fue por ITcc y el resto por PRE.

De todos los casos, 56 (13,1%) accedieron únicamente a la PRE, que representó 6126 días de ausencia, y 68 (15,9%) también accedieron a la PRE, con 7125 días de ausencia, pero con anterioridad habían acumulado 102 episodios de ITcc, que representaron 1820 días de ausencia (tabla 2). La mayoría de las trabajadoras embarazadas de la muestra (69,9%) se acogió solo a uno o varios episodios de ITcc, sin utilizar la PRE, con 545 episodios y 26.337 días de ausencia. Este hecho se observa en todos los grupos de edad (entre el 63% y el 79%), especialmente entre las administrativas (94,9%) y las médicas (87,5%), en consultas externas, exploraciones complementarias y apoyo diagnóstico (91,3%), y en farmacia y servicios no asistenciales (89,8%), entre los contratos eventuales y residentes (79,2%), en el grupo de más de 36 horas semanales (73,6%), en turno partido (86,4%) y en el grupo de docencia o dirección (100%). Finalmente, solo cinco mujeres (1,2%) trabajaron durante todo el embarazo sin acceder a ninguna prestación previa al parto.

La duración mediana de los episodios de ITcc en las trabajadoras que no se acogieron a la PRE fue de 20 días; esta duración mediana fue de 4 días cuando hubo una PRE posterior. Por otro lado, la duración mediana de la PRE fue igual en los casos en los que únicamente se acogieron a una PRE y los que tuvieron una ITcc previa (109 días). Se realizó un análisis para comparar la probabilidad de trabajar en los casos con una ITcc previa a la PRE o sin ITcc antes de la PRE, y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (fig. 2).

Discusión

De los resultados del estudio se obtiene una primera evidencia que nos parece relevante: las embarazadas de nuestra muestra trabajan la mayor parte del tiempo del embarazo. En concreto, dos terceras partes del tiempo que potencialmente podrían haber estado trabajando permanecen activas laboralmente. Asimismo, también ponen de manifiesto que la ITcc es la prestación más utilizada para gestionar los posibles problemas de salud, relacionados o no con su maternidad o las exigencias del trabajo. Llama la atención que la duración mediana de los episodios de ITcc (19 días) en nuestra muestra fue 2,4 veces mayor que la del conjunto de los episodios de ITcc en las mujeres de Cataluña para el año 2010 (8 días)²⁵. Esto hace pensar en un comportamiento distinto en cuanto al uso de la ITcc durante el embarazo, que debe ser estudiado con más profundidad. En este sentido, diversos estudios identifican las características propias del embarazo²⁶, las condiciones laborales y las causas de las ITcc previas²⁷, así como las propias ITcc del embarazo, como factores que justificarían la alta frecuencia de ITcc²⁸. Así, Dørheim et al.²⁹ citan como causas más frecuentes el cansancio y los problemas para dormir, el dolor en

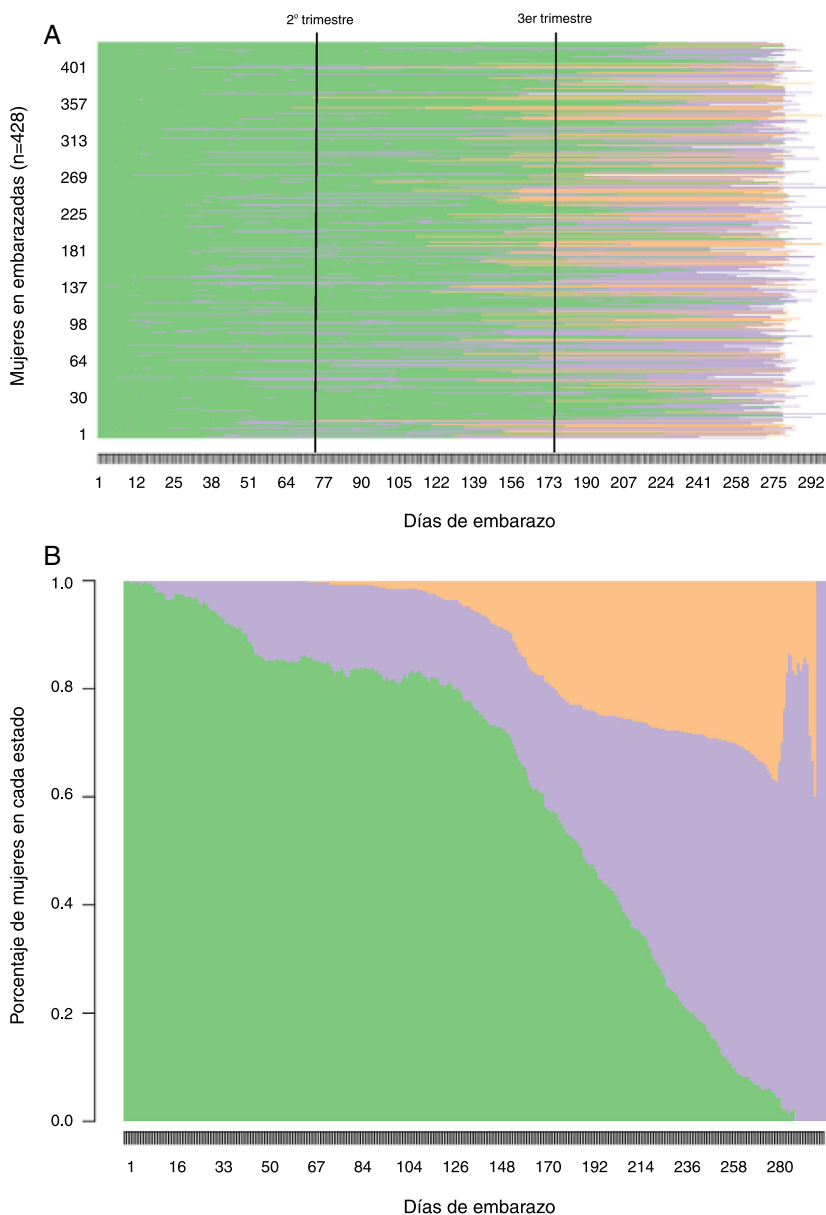


Figura 1. A) Seguimiento por días de cada una de las mujeres embarazadas. B) Seguimiento de los días de ausencia acumulados. En verde, los días trabajados; en lila, los días de baja por incapacidad temporal por contingencia común (ITcc); en naranja, los días de ausencia por prestación por riesgo durante el embarazo. Parc de Salut Mar (Barcelona), 2010-2014.

la cintura pélvica y lumbosacro, las náuseas y los vómitos, los episodios de ansiedad o depresión, y las complicaciones propias del embarazo. Otros autores, como Hansen et al.³⁰, apuntan a causas no tan frecuentes, pero que también pueden influir en la ITcc de la embarazada, como son los tratamientos de fertilidad, la existencia de abortos previos o la prescripción de una ITcc «preventiva» para evitar el deterioro de la salud a medida que avanza el embarazo. También se observa un aumento en las ausencias al lugar de trabajo en casos de multiparidad, sobrepeso u obesidad, sedentarismo, tiempos prolongados hasta la concepción y consumo de tabaco u otros tóxicos. Estos factores deberían tenerse en cuenta para futuros estudios.

Por otro lado, los datos de nuestro trabajo muestran que la duración media de los episodios de PRE (106,8) fue 16,2 días más larga que la de todas las PRE del año 2016 en España (90,6 días)³¹. Rodríguez et al.³² relacionan un aumento reciente en la solicitud de la PRE con un mayor acceso a la información, empleos más estables y según los riesgos del lugar de trabajo.

En todo caso, al inicio del último mes de embarazo, la mayoría (n = 359; 83,9%) de las mujeres de nuestra muestra estaban ausentes del trabajo, fuera por ITcc (n = 235; 65,5%) o por PRE (n = 124; 34,5%). Esto podría relacionarse también con la ocupación, pues hay estudios³³ que describen que las mujeres que trabajan hasta más allá de la semana 36 son las que desempeñan trabajos con menor riesgo o con condiciones más favorables. Por su parte, Kristensen et al.³⁴ describen una fuerte asociación entre la propia percepción de la embarazada sobre la necesidad de una adaptación en su lugar de trabajo y la posibilidad de reincorporación tras una ITcc, así como la disminución en casi un 11% del riesgo de ausencias de más de 2 semanas cuando se ha realizado alguna adaptación laboral. Hay que explorar intervenciones de este tipo si se persigue el objetivo razonable de facilitar la continuidad en el trabajo de las mujeres durante el embarazo.

En definitiva, el estudio de las ITcc en trabajadoras durante el embarazo debe ser valorado junto con la gestión de la PRE y su interrelación: la primera para proteger las consecuencias para la

Tabla 2

Descripción sociodemográfica y laboral de la cohorte de embarazadas según la gestión de las prestaciones durante el embarazo, PSMAR 2010-2014

	Embarazos		Solo PRE				ITCC + PRE						Solo ITCC			NI PRE NI ITCC						
	n	(%)	n	(%)	DA	DM	n	(%)	EP IT	DA IT	DM IT	EP PRE	DA PRE	DM PRE	n	(%)	EP	DA	DM	n	(%)	
Edad maternal (años)																						
≤30	94	(22.0)	23	(24.5)	2692	111.0	11	(11.7)	14	326	13.0	11	1097	107.0	60	(63.8)	119	5701	81.0	0	(0.0)	
31-35	198	(46.3)	21	(10.6)	2342	108.0	43	(21.7)	69	1003	11.0	43	4537	112.0	131	(66.2)	243	11749	80.0	3	(1.5)	
≥36	136	(31.8)	12	(8.8)	1092	95.0	14	(10.3)	19	491	6.0	14	1491	101.0	108	(79.4)	183	8887	83.0	2	(1.5)	
Categoría laboral																						
Administrativa y técnica de apoyo	78	(18.2)	1	(1.3)	119	119.0	2	(2.6)	2	14	7.0	2	160	80.0	74	(94.9)	153	5616	58.0	1	(1.3)	
Auxiliar enfermería	81	(18.9)	14	(17.3)	1526	108.0	21	(25.9)	38	721	18.0	21	2232	112.0	45	(55.6)	97	6115	127.0	1	(1.2)	
Enfermera	165	(38.6)	37	(22.4)	4229	111.0	39	(23.6)	54	937	6.0	39	4233	109.0	89	(53.9)	152	9461	98.0	0	(0.0)	
Médica	104	(24.3)	4	(3.8)	252	65.0	6	(5.8)	8	148	33.0	6	500	91.0	91	(87.5)	143	5145	46.0	3	(2.9)	
Servicio																						
Hospitalización y urgencias	200	(46.7)	43	(21.5)	4920	111.0	48	(24.0)	70	1431	5.0	48	5251	110.0	107	(53.5)	198	12824	19.0	2	(1.0)	
Bloque quirúrgico	38	(8.9)	6	(15.8)	650	107.0	9	(23.7)	15	157	1.0	9	1020	112.0	23	(60.5)	46	2387	13.0	0	(0.0)	
Servicios médicos y quirúrgicos	95	(22.2)	4	(4.2)	252	65.0	6	(6.3)	8	148	6.0	6	500	91.0	83	(87.4)	130	4784	21.0	2	(2.1)	
CCEE, EECC y S. diagnóstico	46	(10.7)	1	(2.2)	75	75.0	3	(6.5)	7	79	4.0	3	130	58.0	42	(91.3)	95	3499	11.0	0	(0.0)	
Farmacia y no asistenciales	49	(11.4)	2	(4.1)	229	115.0	2	(4.1)	2	5	3.0	2	224	112.0	44	(89.8)	76	2843	24.0	1	(2.0)	
Tipo de contrato																						
Eventual y residente	48	(11.2)	4	(8.3)	297	74.0	5	(10.4)	7	172	69.0	5	402	58.0	38	(79.2)	70	2300	51.0	1	(2.1)	
Interino	103	(24.1)	19	(18.4)	2139	109.0	13	(12.6)	19	348	5.0	13	1237	107.0	70	(68.0)	122	4698	53.0	1	(1.0)	
Indefinido	277	(64.7)	33	(11.9)	3690	112.0	50	(18.1)	76	1300	8.0	50	5486	111.0	191	(69.0)	353	19339	89.0	3	(1.1)	
Horas de trabajo semanales																						
<30	78	(18.2)	15	(19.2)	1515	107.0	12	(15.4)	17	651	38.0	12	1148	103.0	50	(64.1)	85	4826	88.0	1	(1.3)	
30-35	74	(17.3)	14	(18.9)	1624	112.0	13	(17.6)	21	218	13.0	13	1489	114.0	46	(62.2)	82	4570	72.0	1	(1.4)	
36-40	276	(64.5)	27	(9.8)	2987	111.0	43	(15.6)	64	951	4.0	43	4488	107.0	203	(73.6)	378	16941	20.0	3	(1.1)	
Turno de trabajo																						
Mañana	123	(28.7)	19	(15.4)	2161	111.0	17	(13.8)	29	574	6.0	17	1753	108.0	85	(69.1)	153	8274	24.0	2	(1.6)	
Tarde	99	(23.1)	19	(19.2)	2139	108.0	26	(26.3)	40	688	5.0	26	2697	109.0	54	(54.5)	109	6520	12.0	0	(0.0)	
Turno partido	162	(37.9)	5	(3.1)	473	97.0	14	(8.6)	16	242	4.0	14	1328	105.0	140	(86.4)	245	8988	21.0	3	(1.9)	
Noche y otros	44	(10.3)	13	(29.5)	1353	111.0	11	(25.0)	17	316	4.0	11	1347	114.0	20	(45.5)	38	2555	19.0	0	(0.0)	
Total	428	(100.0)	56	(13.1)	6126	109.4	68	(15.9)	102	1820	4.0	68	7125	109.0	299	(69.9)	545	26337	20.0	5	(1.2)	

PRE: prestación por riesgo durante el embarazo; ITCC: incapacidad temporal por contingencia común; DA: días de ausencia; DM: duración mediana; EP: número de episodios; CCEE, EECC y S. diagnóstico: consultas externas, exploraciones complementarias y apoyo al diagnóstico.

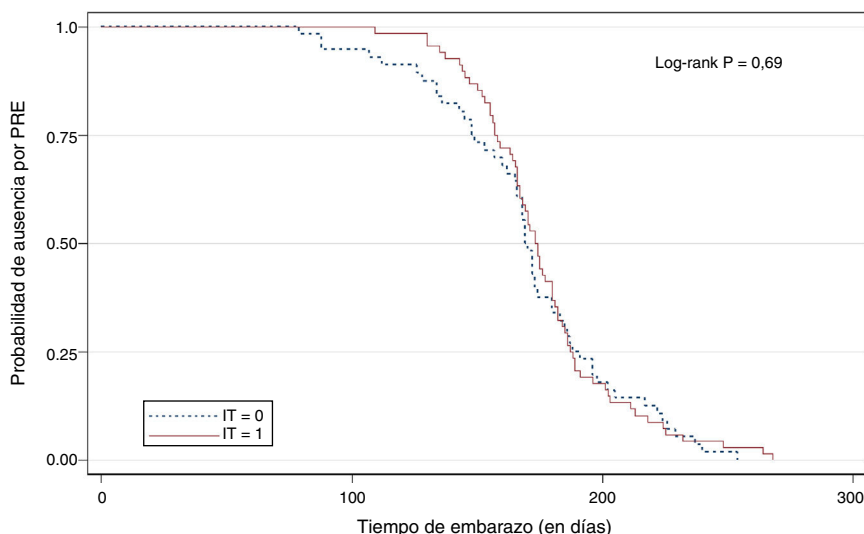


Figura 2. Comparación de la probabilidad de trabajar (días) de las embarazadas que acceden a una prestación por riesgo durante el embarazo (PRE) (n = 56) directamente (IT = 0) o si antes han accedido a una incapacidad temporal por contingencia común (n = 68) (IT = 1). Parc de Salut Mar, 2010-2014.

salud por motivos no relacionados con el trabajo, y la segunda diseñada para prevenir el daño ante la exposición a riesgos laborales. Esta es una investigación que debe profundizar en la compleja realidad de la maternidad y el trabajo, a la que este artículo es una primera aproximación, tanto en nuestro país como en el ámbito internacional.

Así, entre otros argumentos, hay que considerar que la obtención de la ITcc puede resultar más sencilla desde el punto de vista administrativo que la tramitación de la PRE, contribuyendo con ello a que la trabajadora acuda a su médico de familia en lugar de al médico del trabajo como primera opción. Debe tenerse en cuenta que, para tener derecho a la solicitud de la PRE, a diferencia de la ITcc, no se requiere ningún periodo previo de cotización³⁵. Esto podría decantar hacia el uso de la PRE a trabajadoras jóvenes en sus primeros contratos, cuando aún no pueden acceder a la ITcc. Todo ello plantea el problema de la doble dependencia de la gestión del alta y la baja que se reciben por una ITcc y por una PRE, pues la primera es asumida por el sistema sanitario público y la segunda por las mutuas, lo que dificulta una gestión eficiente de la situación, como ya se ha señalado que también ocurre para el reconocimiento de enfermedades profesionales³⁶.

La interpretación de estos resultados debe hacerse con cautela, pues como todo estudio, este presenta limitaciones. La principal proviene de las propias características de la población de estudio, que impiden generalizar en cuanto a los resultados obtenidos. Nuestra muestra corresponde a trabajadoras de una empresa pública sanitaria en la que existe la complementación del sueldo en caso de ITcc y que equipara la retribución con la recibida durante la PRE. Además, la mayoría de las trabajadoras (casi el 90%) disponen de contrato indefinido. Esto obliga a reproducir este tipo de estudio en empresas de otros tamaños y sectores, con mayor proporción de contratos temporales.

Teniendo en cuenta dichas limitaciones, los resultados parecen mostrar un uso de la ITcc como complemento hasta que se reconoce la PRE para evitar los riesgos del trabajo o un mecanismo para gestionar las demandas fisiológicas y psicológicas del embarazo. En este sentido, aunque la utilización de la PRE se ha incrementado en los últimos años, el uso de la ITcc durante el embarazo continúa siendo importante. Ambas prestaciones tienen objetivos distintos y son utilizadas de manera complementaria. Todo ello sugiere plantear la necesidad de ampliar y flexibilizar el permiso de maternidad para cubrir las semanas anteriores al parto sin reducir las posteriores a este.

Por último, una fortaleza de nuestro estudio es la realización de un seguimiento desde la notificación hasta el parto de cada embarazada durante 5 años (2010-2014).

¿Qué se sabe sobre el tema?

La protección social a las trabajadoras embarazadas se ha ampliado recientemente, de manera que además de la incapacidad temporal por contingencia común ahora pueden utilizar la prestación por riesgo durante el embarazo. Estudios previos indican un incremento de la prestación por riesgo durante el embarazo, pero sin conocer la secuencia de las ausencias en su conjunto considerando las ausencias por incapacidad temporal por contingencias comunes.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Los resultados muestran que, en la cohorte estudiada, la mayoría de las trabajadoras mantiene su actividad laboral durante su embarazo, y solo a partir del tercer trimestre se incrementan las ausencias, sobre todo por incapacidad temporal por contingencia común. El hecho de que en el último mes la inmensa mayoría de las trabajadoras está ausente, sea por una incapacidad temporal por contingencia común o por la prestación por riesgo durante el embarazo, sugiere la oportunidad de modificar la actual regulación del permiso de maternidad.

Editor responsable del artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Las cuatro personas firmantes concibieron el estudio y contribuyeron a su diseño. R. Villar realizó la recogida de datos y su interpretación, revisó la literatura científica y redactó la primera versión del artículo. L. Serra realizó el análisis estadístico y, junto con F.G. Benavides y C. Serra, realizaron una revisión crítica del manuscrito con importantes contribuciones y aprobaron su versión final para publicación.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Prieto C, Pérez de Guzmán S. Desigualdades laborales de género, disponibilidad temporal y normatividad social. *REIS.* 2013;141:113–32.
- Cebrián I, Moreno G. La situación de las mujeres en el mercado de trabajo español: desajustes y retos. *El.* 2008;367:121–37.
- Statistical Office of the European Union (Eurostat). Luxemburgo; 2017. Gender statistics. (Actualizado el 9/3/2017; consultado el 29/7/2017.) Disponible en: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Gender_statistics
- Moreno S. ¿Es la conciliación un concepto exitoso y un objetivo político fracasado? En: Heim D, Bodelón E, editores. Género: derecho e igualdad. Cambios en las estructuras jurídicas androcéntricas. Barcelona: Grupo Antígona; 2010. p. 279–88.
- Greenfield JC, Klawettr S. Parental leave policy as a strategy to improve outcomes among premature infants. *Health Soc Work.* 2016;41:17–23.
- Berkman LF, Zheng Y, Glymour MM, et al. Mothering alone: cross-national comparisons of later-life disability and health among women who were single mothers. *J Epidemiol Community Health.* 2015;69:865–72.
- Avedano M, Berkman LF, Brughiavini A, et al. The long-run effect of maternity leave benefits on mental health: evidence from European countries. *Soc Sci Med.* 2015;132:45–53.
- Ley sobre condiciones de trabajo de mujeres y niños (13 marzo 1900). *Gaceta de Madrid: Diario Oficial de la República* n.º 72, de 14 de marzo de 1900.
- Decreto ley sobre el seguro obligatorio de maternidad (22 marzo 1929). *Gaceta de Madrid: Diario Oficial de la República* n.º 32, de 1 de febrero de 1930.
- Ley de medidas administrativas, fiscales y de orden social. L. N.º 42/1994 (30 diciembre 1994). *BOE* n.º 313, de 31 de diciembre de 1994.
- Ley de prevención de riesgos laborales. L. N.º 31/1995 (8 noviembre 1995). *BOE* n.º 269, de 10 de noviembre de 1995.
- Casas M, Cordier S, Martínez D, et al. Maternal occupation during pregnancy, birth weight, and length of gestation: combined analysis of 13 European birth cohorts. *Scand J Work Environ Health.* 2015;41:384–96.
- Bonde JP, Tore K, Bonzini M, et al. Risk of miscarriage and occupational activity: a systematic review and meta-analysis regarding shift work, working hours, lifting, standing and physical workload. *Scand J Work Environ Health.* 2013;39:325–34.
- Lee LJ, Symanski E, Lupo PJ, et al. Role of maternal occupational physical activity psychosocial stressors on adverse birth outcomes. *O.E.M.* 2016;0:1–8.
- Bonzini M, Coggon D, Palmer KT. Risk of prematurity, low birthweight and pre-eclampsia in relation to working hours and physical activities: a systematic review. *Occup Environ Med.* 2007;64:228–43.
- Bonzini M, Palmer KT, Coggon D, et al. Shift work and pregnancy outcomes: a systematic review with meta-analysis of currently available epidemiological studies. *BJOG.* 2011;118:1429–37.
- Palmer K, Bonzini M, Harris EC, et al. Work activities and risk of prematurity, low birthweight and pre-eclampsia: an updated review with meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2013;70:213–22.
- Ley para promover la conciliación entre la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. L. N.º 39/1999 (5 noviembre 1999). *BOE* n.º 266, de 6 de noviembre de 1999.
- Ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. L.N.(3/2007 (22 marzo 2007). *BOE* N.º 71, de 23 de marzo de 2007.
- Ley de ampliación de la duración del permiso de paternidad en los casos de nacimiento, adopción o acogida. L. n.º 9/2009 (6 octubre 2009).
- Directiva europea relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud en el trabajo de la trabajadora embarazada, que haya dado a luz o en período de lactancia. D. N.º 92/85/CEE (19 octubre 1985). *DOUE* N.º 348, de 28 de noviembre de 1992.
- USA Social Security Administration (SSA). Washington; 2016. Social security programs throughout the world: Europe, 2016. (Consultado el 31/1/2017.) Disponible en: <https://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2016-2017/europe/index.html>
- Gabadiño A, Ritschard G, Müller N, et al. Analyzing and visualizing state sequences in R with TraMineR. *Journal of Statistical Software.* 2011;40.
- Clark TG, Bradburn MJ, Love SB, et al. Survival analysis part i: basic concepts and first analyses. *Br J Cancer.* 2003;89:232–8.
- Albertí C, Jardí J, Manzanera R, et al. Incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral en Cataluña, 2007–2010. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2012;15:172–7.
- Vigoureux S, Blondel B, Ringa V, et al. Who are the women who work in their last month of pregnancy? Social and occupational characteristics and birth outcomes of women working until the last month of pregnancy in France. *Eur J Public Health.* 2016;26:1022–7.
- Ariansen AM, Mykletun A. Does postponement of first pregnancy increase gender differences in sickness absence? A register based analysis of Norwegian employees in 1993–2007. *PLoS One.* 2014;25:e93006.
- Kaerlev L, Jacobsen LB, Olsen J, et al. Long-term sick leave and its risk factors during pregnancy among Danish hospital employees. *Scand J Public Health.* 2004;32:111–7.
- Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Sick leave during pregnancy: a longitudinal study of rates risk factors in a Norwegian population. *BJOG.* 2013;120:521–30.
- Hansen ML, Thulstrup AM, Juhl M, et al. Predictors of sickness absence in pregnancy: a Danish cohort study. *Scand J Work Environ Health.* 2015;41:184–93.
- Seguridad Social: Gobierno de España. Madrid; 2017. Estadísticas, presupuestos y estudios; prestaciones de la Seguridad Social: riesgo durante el embarazo. (Consultado el 10/2/2017.) Disponible en: <http://www.seg-social.es/Internet.1/Estadistica/Est/Otras.Prestaciones.de.la.Seguridad.Social/Riesgo.durante.el.embarazo/Riesgodurantelembrazo201622/index.htm>
- Rodríguez B, Martínez JA, Álvarez L, et al. Prestación por riesgos laborales durante el embarazo en Madrid 2000–2004. *Med Segur Trab.* 2006;202:15–28.
- Ariansen AMS. Age, occupational class and sickness absence during pregnancy: a retrospective analysis study of the Norwegian population registry. *BMJ Open.* 2014;4:e004381.
- Kristensen P, Nordhagen R, Wergeland E, et al. Job adjustment and absence from work in midpregnancy in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa). *Occup Environ Med.* 2008;65:560–6.
- Seguridad Social: Gobierno de España. Madrid; 2017. (Consultado el 10/2/2017.) Disponible en: <http://www.seg-social.es/Internet.1/Masinformacion/TramitesyGestiones/PrestaciondelIncapac44667/index.htm>
- Serra C, Ramada JM, Delclos J, et al. Enfermedades profesionales atendidas en el Parc de Salut Mar (Barcelona España), 2010–2014. *Med Clin (Barc).* 2016;146:506–10.