

# LA INCAPACIDAD TEMPORAL

DE LAS CONTINGENCIAS COMUNES EN PROFESIONALES  
DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL SERVICIO  
CANARIO DE LA SALUD EN LA PROVINCIA  
DE LAS PALMAS

062





**DELIA  
DÁVILA QUINTANA**

---

*Doctora en Ciencias Económicas y  
Empresariales.  
Profesora Titular de Universidad.  
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*



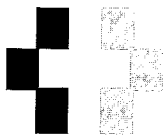
**CONRADO  
DOMÍNGUEZ TRUJILLO**

---

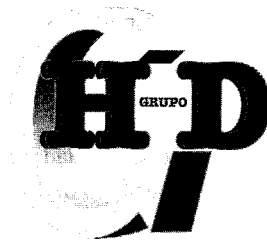
*Licenciado en Ciencias Económicas y  
Empresariales y Máster en Dirección y Gestión  
de las Administraciones Públicas.  
Dirección General de Recursos Humanos del  
Servicio Canario de Salud.*

**LA INCAPACIDAD TEMPORAL  
POR CONTINGENCIAS COMUNES  
EN  
PROFESIONALES DE LOS CENTROS ASISTENCIALES  
DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD EN  
LA PROVINCIA DE LAS PALMAS**

# **LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES EN PROFESIONALES DE LOS CENTROS ASISTENCIALES DEL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD EN LA PROVINCIA DE LAS PALMAS**



**Servicio Canario  
de la Salud**



**Universidad de Las Palmas de Gran Canaria  
Servicio de Publicaciones**

2000

## FICHA CATALOGRÁFICA

La INCAPACIDAD temporal por contingencias comunes en profesionales de los centros asistenciales del Servicio Canario de Salud en la provincia de Las Palmas / José Manuel Álvarez Vázquez ... [et al.]. – Las Palmas de G. C. : Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Servicio de Publicaciones y Producción Documental, 2000

221 p; 24 cm.

ISBN: 84-95286-62-9

1. Absentismo laboral – Canarias – Las Palmas 2. Incapacidad laboral – Canarias – Las Palmas 3. Servicio Canario de Salud – Personal I. Vázquez Álvarez, José Manuel, coaut. II. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, ed.

331.101:369.062(460.413)

331.472(460.413)

Colaboran: HERDOSAN y Servicio Canario de la Salud

© del texto: los autores

© de la edición: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria  
Servicio de Publicaciones

I.S.B.N.: 84-95286-62-9

D. L.: G.C. 1355-2000

Imprime: Talleres Editoriales COMETA, S.A.

Ctra. Castellón, Km. 3,400

50013 Zaragoza

El contenido de esta obra está inscrito en el Registro de la Propiedad Intelectual con el número G.C. 4842.

Queda rigurosamente prohibido, sin autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático.

## AGRADECIMIENTOS

*Por su colaboración y especial interés*

***Dirección del Servicio Canario de la Salud***

*D. Román Rodríguez Rodríguez*

***Secretaría General del Servicio Canario de la Salud***

*D. Rogelio Frade García*

*D. Eduardo Estaún Blasco*

*D. Ignacio Centol Ramírez*

*D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Pino Castellano Solanes*

***Dirección General de Recursos Humanos del SCS***

*D<sup>a</sup> Palmira Algarra Buendía*

*D<sup>a</sup> Blanca Rodríguez Rodríguez-Franco*

*D. Abraham Cárdenes González*

*D<sup>a</sup> Esther Delgado García*

***Dirección General de Recursos Económicos del SCS***

*D. Rafael Medina Jaber*

*D. Miguel Mateos Batista*

*D. Sergio Ramos Rivero*

*D. Francisco Román González*

***Dirección Gerencia Complejo Hospitalario N<sup>o</sup> S<sup>o</sup> del Pino / El Sabinal***

*D. Ruperto Matas Gutiérrez*

*D. Carmelo Santana Iriarte*

*D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Pino Elvira Medina*

*D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Carmen Varela Reverendo*

***Dirección Gerencia Complejo Hospitalario Materno Infantil / Insular***

*D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> del Mar Julios Reyes*

*D. Salvador Díaz Hernández*

*D. Alberto Pazos Astrar*

*D. Sebastián Hernández Juan*

**Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria**

D. Roberto Ramírez Ramírez  
D. José Antonio Díaz Berenguer  
D<sup>a</sup> Ana Jorge Rodríguez  
D. Felipe Santana Cabrera

**Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura**

D<sup>a</sup> Susana Barbosa Ramírez  
D. Salvador Martín Torres  
D<sup>a</sup> Adolfinia Hernández Armas

*Y a todas aquellas personas que de forma indirecta y desinteresada han colaborado, de alguna manera, en llevar a buen fin este proyecto.*

*Por los conocimientos y experiencias enriquecedoras obtenidas a través de los diferentes seminarios realizados en el ámbito del II Máster en Dirección y Gestión de las Administraciones Públicas, queremos hacer extensivo nuestro agradecimiento a todos los profesores, coordinadores y participantes en el mismo.*

*Por generar la inquietud necesaria para abordar con ilusión y rigor este proyecto, queremos hacer patente nuestro agradecimiento a las profesoras que nos impartieron los seminarios de Estadística Aplicada, D<sup>a</sup> Beatriz González López-Valcárcel, D<sup>a</sup> Patricia Barber Pérez y en especial a D<sup>a</sup> Carmen Delia Dávila Quintana, que además asumió la Dirección de este proyecto transmitiéndonos su apoyo, disciplina, dedicación y rigurosidad, exigiéndonos mucho inicialmente y, para suerte nuestra, llevándonos a su culminación de igual manera, exigiendo lo máximo de nuestra parte.*

*Por haber, no sólo soportado nuestras continuas ausencias y desesperaciones, sino por su permanente aliento y apoyo en todo momento, queremos agradecer sobremedida y dedicar este trabajo, a nuestros familiares y amigos.*

*Finalmente no quisiéramos olvidar la financiación aportada por la empresa HERDOSAN, el Servicio Canario de la Salud y por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, quien también se ha encargado de la edición del presente manual.*

## PRÓLOGO

*Por la oportunidad del tema, por el interés y la importancia del mismo así como por el rigor con el que los autores de este trabajo lo abordan, esta obra constituye un primer paso en el análisis de la magnitud, incidencia y coste de los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes en el Servicio Canario de Salud de la provincia de Las Palmas. El denodado esfuerzo realizado por los autores del presente trabajo, tanto en los momentos de obtención de las valiosísimas bases de datos, como en las fases de documentación y análisis de resultados, hacen de este proyecto, además de una propuesta para la obtención de un título universitario, un trabajo de obligada referencia para los gestores del sector sanitario.*

*Al conocimiento que los autores poseían del ámbito sanitario se ha unido la sólida formación teórica y práctica adquirida a lo largo de sus estudios en el II Máster Universitario en Dirección y Gestión de las Administraciones Públicas y que impregnan esta obra.*

*He de destacar del equipo de trabajo su elevado nivel de compromiso que les ha llevado, en ocasiones, a renunciaciones personales que me constan; su rigor en el análisis, que les ha hecho huir de tópicos y de apreciaciones no sustentadas por la evidencia y su profundo respeto por el trabajo de dirección que les llevó en más de una ocasión a reconsiderar aspectos que implicaban horas adicionales de esfuerzo y dedicación.*

*Por último, he de animar a este grupo de investigadores a continuar en esta línea que, a buen seguro les proporcionará frutos de los que podrán sentirse orgullosos.*

**Dra. Delia Dávila Quintana**  
*Profesora Titular de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*



# ÍNDICE

	<i>Pág.</i>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	13
<b>DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b> .....	17
<b>ANTECEDENTES HISTÓRICOS</b> .....	21
Evolución Histórica .....	23
La Revolución Industrial .....	27
Evolución de la Reforma Social en España .....	31
El inicio y desarrollo de la Seguridad Social en España .....	33
<b>CONCEPTOS DE INTERÉS</b> .....	37
Conceptos y Definiciones de Interés .....	39
Definición General de Absentismo .....	39
Aspectos Teóricos del Absentismo .....	40
Dimensiones Psicológicas y Sociológicas del Absentismo .....	42
Nuevas Tendencias sobre el Absentismo .....	44
Relación de Posibles Causas de Absentismo .....	45
Clasificación del Absentismo .....	46
Consideraciones sobre Incapacidad Temporal:	
Definición de Incapacidad Temporal .....	47
Contingencias que motivan Procesos de Incapacidad Temporal .....	48
Duración de los Procesos de Incapacidad Temporal .....	49
Justificación de los Procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes ..	50
Administración Pública Española y Absentismo .....	51
Consideraciones sobre Absentismo en la Comunidad Autónoma de Canarias .....	53
Consideraciones sobre Procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes en el Servicio Canario de la Salud .....	55
<b>MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	57
Definición de la Información que se precisa .....	59
Recopilación de la Información .....	61

Metodología de Transformación de la Información.....	67
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b> .....	85
Análisis de los Procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes.....	87
Análisis Multivariante:	
Análisis de componentes principales no lineales.....	120
Análisis de regresión lineal múltiple.....	123
Análisis de Individuos que sufren Procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes .....	127
Análisis Económico de los Procesos de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes .....	132
Análisis Procesos Incapacidad Temporal en la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura .....	137
<b>CONCLUSIONES</b> .....	141
<b>ANEXOS</b> .....	147
Tablas de dotación .....	149
Tablas de frecuencias de los procesos de IT por contingencias comunes .....	157
Tablas de comparación de medias de los procesos de IT por contingencias comunes...	173
Tablas de contingencia de los procesos de IT por contingencias comunes .....	179
Tablas de frecuencia de los individuos.....	191
Tablas de comparación de medias de los individuos .....	197
Tablas de frecuencias Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.....	203
Tablas de análisis multivariante de los procesos.....	207
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	217

# INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

El mundo laboral es uno de los campos más importantes en el desarrollo del individuo y, por lo tanto, de la sociedad como tal. Se ha convertido en una de las grandes áreas de estudio e investigación de casi todas las ciencias (antropología, sociología, economía, ciencias de la salud, etc.), ya que la influencia de la misma sobre todos los factores, sean de tipo biológico, psíquico y/o social, es lo que va a marcar en gran medida la evolución de cualquier sociedad y en consecuencia, el bienestar común.

Fruto del esfuerzo científico y de los avances realizados a lo largo de la historia de la Humanidad, se ha conseguido determinar que el concepto de salud/enfermedad viene considerablemente marcado por las condiciones sociológicas y económicas en las que vivimos y trabajamos. No solamente los factores genéticos tienen influencia sobre nuestra salud, sino que los condicionantes sociales y económicos mencionados van a producir una importante interacción entre el medio y el individuo (trastornos de la infancia, pobreza, desempleo, contaminación, marginación, etc.) que sin duda van a tener grandes consecuencias sobre la salud social e individual.

La presencia del concepto salud/enfermedad constituye un evento constante en la historia de la Humanidad, su antigüedad se remonta a los primeros momentos de la vida del hombre en la Tierra. Sin embargo, la consideración que la sociedad le ha concedido a través del tiempo ha sido muy dispar, razón por la cual la comunidad o el grupo humano, partiendo de supuestos culturales y condicionamientos productivos, interpreta según sus exigencias y concepciones el sentido o valor que el proceso de salud/enfermedad tiene o puede tener a nivel individual y colectivo.

Las pautas socioculturales, en su evolución histórica, van a definir los condicionantes económicos, productivos y otros supuestos que van a desarrollar la estructura social, así como su progreso técnico y material, y éste a su vez determinará la consideración del concepto salud/enfermedad del individuo y de una sociedad determinada.

Estos rasgos sociales tendrán una repercusión en la vida colectiva de enorme trascendencia práctica.

La respuesta social ante la salud/enfermedad, desde las medidas preventivas, promoción de la salud, actitud de ayuda, cuidados o en su defecto abandono o aniquilamiento del enfermo con los matices intermedios que correspondan en cada caso concreto, vendrán determinados por la valoración social del concepto salud/enfermedad que se forja y rige en una comunidad humana. Este proceso general se está dando desde el principio de los tiempos hasta la actualidad.

En los primeros pasos de la Humanidad se valoraba al individuo, en tanto en cuanto podía ser útil a la comunidad a la que pertenecía, aportando su esfuerzo para sobrevivir al resto del grupo.

El hecho de que estas primitivas comunidades se viesen en la necesidad de desplazarse continuamente para alcanzar zonas adecuadas de caza y de que los menos capacitados o enfermos no pudiesen seguir a los demás, daba lugar a una selección natural que no hacía necesario el generar sistemas de mantenimiento a los no productivos.

Con el paso de las comunidades depredadoras a comunidades recolectoras y estables en un lugar determinado, cultivando la tierra y criando ganado, aparece la primera consecuencia de evitar esa selección natural antes mencionada y que hace referencia a la necesidad de que los menos capaces o enfermos para poder producir, deban ser alimentados y ayudados por los miembros productivos de la comunidad en cuestión. Comienza de esta forma lo que hoy conocemos como *prestaciones sociales*.

Por tanto, el denominado “estado del bienestar social” se fundamenta en gran medida, en ese concepto de ayuda entre los miembros integrantes de una comunidad para lo cual es imprescindible una adecuada evolución y desarrollo de los sistemas productivos que deberán sustentarlo.

Una tarea fundamental e inalienable de un estado de bienestar social moderno, es la construcción de un sólido sistema de seguridad social y su mantenimiento, consistente en hallar una fórmula acertada que garantice que las necesidades sociales queden cubiertas; y en él deberá mezclarse en las proporciones convenientes la responsabilidad del individuo y de la familia, la actividad reguladora de los grupos sociales y la responsabilidad básica del Estado.

Todo lo anteriormente expuesto intenta introducirnos en la importancia que para la sociedad actual tiene el hecho de mantener unos niveles de producción que permitan mantener dicho estado del bienestar y lo contraproducente de todas aquellas causas que pudiesen ponerlo en peligro, entre ellas y siendo el tema que nos ocupa, los altos índices de absentismo laboral.

No podemos olvidar que el absentismo laboral implica que individuos potencialmente productivos, en determinado momento, dejan de serlo para pasar a engrosar la lista de aquéllos que deben ser sustentados por el colectivo productor restante. Esta situación lleva asociado un coste social y económico importante, este convencimiento nos ha llevado a plantear la idoneidad de realizar un proyecto al respecto con la finalidad principal de aportar información que permita una adecuada toma de decisiones en consecuencia y más concretamente dentro del Servicio Canario de la Salud, donde hemos concentrado nuestros esfuerzos por la especial sensibilidad que para nuestra sociedad tiene la administración sanitaria, por la repercusión social y económica que el absentismo implica entre los profesionales que lo conforman, por la falta de estudios concretos en este ámbito y por nuestro conocimiento de dicho entorno de trabajo.

# DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

## DESCRIPCIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

*“No es aceptable que los axiomas establecidos por argumentación puedan ser suficientes para el descubrimiento de nuevos campos, ya que la agudeza de la naturaleza, es superior con mucho a la del argumento”.*

(Francis Bacon)

El proceso de investigación consiste en la aparición continua de un número determinado de actividades más que en el cumplimiento estricto de unas normas prescritas a priori. Estas actividades son tan interdependientes que el primer paso en un proyecto de investigación, en buena parte, determinará la naturaleza del último. Si los pasos a seguir en las sucesivas etapas no se han tenido en cuenta al principio de la investigación, pueden surgir serias dificultades e incluso, imposibilitar la conclusión del estudio.

La investigación, por regla general, presenta el siguiente modelo:

- 1º Una hipótesis expuesta como planteamiento del problema.
- 2º Una exposición en que se describe la investigación a realizar.
- 3º Especificación de los métodos de obtención de datos.
- 4º Presentación de resultados.
- 5º Conclusiones e interpretación.

El objetivo de toda investigación es descubrir respuestas a determinados interrogantes a través de la aplicación de procedimientos científicos. La investigación científica es una tarea dirigida a la solución de problemas, la primera etapa en la formulación de la investigación es reducir el problema a términos concretos y específicos.

En el caso que nos ocupa el problema en cuestión sería, la Incapacidad Temporal por contingencias comunes en los profesionales del Servicio Canario de la Salud, adscritos a centros asistenciales de dicho Servicio.

### DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El problema en este proyecto de investigación, la Incapacidad Temporal por contingencias comunes, viene definido por las siguientes características:

- La colectividad a la que afecta (profesionales del Servicio Canario de la Salud).
- El coste para la comunidad (coste económico y social).

- Los conocimientos y datos previos (situación actual de la IT en el SCS).
- Los aspectos del problema que se desvelarán con la investigación (diagnóstico general de IT, patologías más frecuentes, periodos más frecuentes, así como posibles condicionantes del absentismo, sexo, edad, categoría, centro, servicio...).
- La importancia del problema (actualmente es oportuna esta investigación para el SCS, debido a la inexistencia de estudios anteriores).
- Los problemas dependientes de la Incapacidad Temporal (productividad, motivación, economía, eficiencia, eficacia, etc.).
- Ámbito del estudio (centros asistenciales de la provincia de Las Palmas).

## OBJETO DE ESTUDIO

En cuanto al objeto de estudio de este proyecto de investigación, debemos tener siempre en cuenta 2 dimensiones fundamentales, como son:

- La delimitación del ámbito temático concreto (*Incapacidad Temporal por contingencias comunes y todas las variables asociadas*).
- Determinación de la población-diana del estudio (*profesionales de los centros asistenciales del Servicio Canario de la Salud*), sus características (*en relación a IT*) y la localización (*Dirección Gerencia de los Hospitales Nuestra Señora del Pino / El Sabinal, Dirección Gerencia de los Hospitales Materno-Infantil / Insular, Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura y Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote*).

## OBJETIVO GENERAL

Realizar el diagnóstico, mediante análisis estadístico, del absentismo laboral generado por procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes en los profesionales adscritos a los centros asistenciales del Servicio Canario de la Salud en la provincia de Las Palmas.

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Análisis descriptivo de los profesionales del SCS respecto a los procesos de IT por contingencias comunes.
- Análisis de la relación de los procesos de IT por contingencias comunes con factores socio-económicos, factores personales, factores profesionales y factores familiares.
- Estudio del comportamiento de los procesos de IT por contingencias comunes respecto a los estándares de duración por patología.
- Análisis económico de la repercusión de la IT por contingencias comunes en los diferentes años que conforman el periodo de estudio, en las Direcciones Gerencias / Gerencia y en las distintas categorías profesionales.



# ANTECEDENTES HISTÓRICOS

## EVOLUCIÓN HISTÓRICA

*“... el hombre es fundamentalmente un ser trabajador, y por eso precisamente es también un ser histórico. Trabajo e historia están estrechamente vinculados. El hombre no es propiamente una naturaleza, ni siquiera ontológica, sino una historia que se hace mediante el trabajo a partir de una determinada naturaleza”.*

(Lacroix)

Con el análisis histórico, se pretende como objetivo prioritario, un acercamiento a la comprensión de los componentes sociales de los conceptos de trabajo y salud/enfermedad, así como la importancia que éstos tienen no sólo para la comunidad sino para el destino y rol que el individuo como tal desempeña. Por ello, mencionaremos los aspectos médicos, legales, ocupacionales y su evolución a través del tiempo, de las diferentes estructuras y organizaciones sociales, así como su repercusión socioeconómica y cultural en el desarrollo del ser humano.

Desde el origen mismo del hombre y ante la necesidad de proveerse de alimentos y medios de supervivencia, nació el trabajo, que se ha tenido que ir adaptando a las condiciones climáticas primero y posteriormente a los cambios sociales. Entre el Paleolítico y nuestro mundo actual, y pese a la alta tecnología europeo-occidental, tenemos que aceptar que muchos de los mecanismos, mitos y acciones que aparecen, en ocasiones son del mismo tipo, tanto en las sociedades primitivas como en el siglo XX.

Los recientes hábitos culturales y la educación que la civilización y nuestro medio social nos han dado, permitiendo la comprensión de las alternativas y respuestas que la comunidad primitiva dio a los problemas de trabajo y salud, y a la interrelación de éstos, no han evitado que aquéllas se reiteren a lo largo de la historia, simplificándose en la actitud de ayuda, es decir, dando una respuesta positiva ante estos retos o en caso contrario optando por la huida o el abandono, como respuesta negativa. La historia de la vida humana y de la sociedad como tal, con sus matices y peculiaridades específicas en cada caso, repetirán estos dos modelos sociales de conducta hasta nuestro más actual presente.

Como ya se ha comentado, un aspecto fundamental del desarrollo social en el concepto de trabajo fue el asentamiento de la sociedad en el Paleolítico y en el periodo Neolítico. Empujado por la expansión y crecimiento humano, surge la explotación del suelo y nacen una serie de actividades en sus formas iniciales (alfarería, artesanía, etc.). Por otro lado aparece la explotación humana (p.e. la guerra y la esclavitud), como medio para resolver un problema fundamental: la alimentación de la especie.

Uno de los pueblos más avanzados de su época fue Mesopotamia, donde apareció el reparto agrario, la distribución del trabajo y la jerarquización de acuerdo a los oficios. Se genera, además, la más antigua actividad legislativa conocida, la de Urukagina (Príncipe de Lagash) que

estudió la relación causa-efecto con trabajo-daño, abolió el derecho de los jefes de ciertos trabajadores a disponer de los ingresos de sus subordinados, elimina las cargas económicas sobre artesanos, obreros, etc. Posteriormente surgen, el Código de Urnammu, las Leyes Eshunna, el Código de Hammurabi, las Leyes Asirias, Neobabilónicas y las Israelitas<sup>1</sup>. Las civilizaciones de esta época estaban predominadas por la esclavitud, por lo que se establecieron legislaciones para el trato, venta y uso de los esclavos. Las instalaciones religiosas de la época, se perfilan como organizaciones cooperativas para cubrir gastos de las enfermedades de sus miembros, eran a iniciativa privada, siendo éste el primer antecedente histórico de un sistema de seguro médico.

La interacción trabajo/salud ya está presente en indicaciones, realizadas aproximadamente en el año 460 a.C. por el padre de la medicina, Hipócrates, que formaba a sus alumnos incidiendo en la necesidad de preguntar a los pacientes acerca del trabajo que realizaban, intentando buscar la existencia de una posible relación entre la enfermedad manifestada y la ocupación de éstos. Entre los escritos que se le atribuyen aparece “*Aires, Aguas y Lugares*”<sup>2</sup>, donde trata temas de salubridad, climatología, fisioterapia y balneología y donde aparecen las primeras observaciones generales sobre los factores determinantes de la enfermedad y la importancia del medio ambiental laboral, social y familiar.

Debemos hacer referencia a textos de la medicina antigua, donde la clave de la salud radicaba en el equilibrio de las denominadas *seis cosas no naturales*.

Dichas *cosas no naturales* fueron detalladas en la medicina Galénica, *De sanitate tuenda*, (Galeno, siglo II d.C.)<sup>3</sup>, donde se incluyen diversos aspectos como la bebida, la comida, la vigilia, el sueño, el trabajo y el reposo. Parece oportuno referenciar el famoso texto *De architectura* (Vitruvio, siglo I d.C.)<sup>4</sup>, en el cual ya se planteaban importantes cuestiones sanitarias que afectaban al individuo tanto socialmente como en sus condiciones laborales, sobre todo en los edificios públicos: iluminación, ventilación, temperatura, etc.

Por otro lado a mediados del siglo I, Plinio el Viejo enunció normas preventivas a los trabajadores de las minas de plomo y mercurio, al recomendar el empleo de vejigas de animales como mascarillas, con el fin de evitar la aspiración de polvos y vapores<sup>5</sup>.

Hasta el siglo X existe una Europa Bárbara que aporta poco a las ciencias y al desarrollo del individuo, se esboza una división del trabajo, pero incipiente ya que no cuentan con grandes medios técnicos. Desde el siglo XI hasta el XIII aparecen las herramientas y con ellas se recurre al trabajo asalariado, por parte de los señores feudales, para el cultivo de sus tierras. Las condiciones de trabajo eran pésimas y se tiene constancia de huelgas y asociaciones laborales, como los ministerios, guildas, hansas, cofradías, etc. En 1413 y 1417 se dictaminan las “Ordenanzas de Francia”, y se aprecian indicios de una reglamentación para el mejoramiento de la salud de la clase trabajadora.

La literatura médica sobre trabajo y salud, surgió concretamente en el Renacimiento y así encontramos distintas obras que nos introducen en lo que significó el inicio de la medicina laboral. Se tienen referencias de una monografía (*Sobre los venenos, los vapores y humos pernicioso-*

<sup>1</sup> Ortega Villalobos, J: «Los Antecedentes de la Medicina Laboral» artículo en MEDSPAIN (Internet). 1998.

<sup>2</sup> Riera, J: *Historia, Medicina y Sociedad*. Ed. Pirámide S.A. Madrid, 1985.

<sup>3</sup> García Ballester, L: «Galeno». Madrid, 1972, referenciado por Riera, J *Historia, Medicina y Sociedad*.

<sup>4</sup> Sarton, G: «Galen of pergamon». Kansas, 1954, referenciado por Riera, J *Historia, Medicina y Sociedad*.

<sup>5</sup> Ortega Villalobos, J: «Los Antecedentes de la Medicina Laboral» artículo en MEDSPAIN (Internet). 1998.

...*de los metales...*)<sup>6</sup>, considerada en algunos estudios como la primera sobre enfermedades laborales y escrita por un médico de Augsburgo llamado Ulrich Ellenborg hacia el año 1472.

Por otra parte, la mayoría de estudiosos en la materia destacan a dos grandes médicos coetáneos, Teofrasto Paracelso (1493–1541) y Georg Agrícola (*fallecido en 1555*).

Los mencionados autores facilitaron con sus obras (*Sobre las enfermedades de las minas y De tempore laboris et requiei*, de Paracelso y Bermannus y *De re metallica*, de Agrícola)<sup>7</sup>, desde un punto de vista histórico-médico, las primeras exposiciones que existen sobre los peligros procedentes de las actividades laborales. Entre algunas de sus aportaciones, cabe destacar la información encontrada en sus obras acerca de los puestos de trabajo dentro de la minería de la época, resultando especialmente interesantes sus referencias a la semana laboral de cinco días. En este ámbito, de la minería, se constituyeron las primeras corporaciones y la utilización del mismo concepto de trabajador.

A comienzos del siglo XVIII, Bernardino Ramazzini (1633–1714) recogió la medicina laboral de su tiempo en el monumental tratado *De morbis artificum diatriba* (*Sobre las enfermedades de los artesanos*) introduciendo un punto de vista totalmente moderno al poner en relación las enfermedades con determinadas profesiones<sup>8</sup>.

Entre los años 1760–1830 se sucedieron una serie de eventos que hicieron cambiar al mundo entero (máquina de vapor, cambio de fuerza muscular por la mecánica, la producción a gran escala, etc.), y que serían factores decisivos en el desarrollo de la Revolución Industrial.

Las ideas y las prácticas mercantilistas aparecieron en Inglaterra en el siglo XVII y con ellas un crecimiento industrial que comenzaba a considerar a la producción como una cuestión de capital importancia dentro del proceso económico y a la fuerza laboral, uno de los factores más importantes de la producción, siendo además un elemento esencial para aumentar el bienestar nacional. En consecuencia, cualquier disminución de la capacidad laboral debida a enfermedades o muertes, se convirtió en un significativo problema económico. Asimismo en Francia y Alemania las ideas y actividades relacionadas con la política sanitaria y social se desarrollaron a partir de esta mentalidad mercantilista, al igual que en otros países de la Europa Occidental<sup>9</sup>.

En esta época se realizaron estudios sobre las formas de actuación social en cuestiones sanitarias, incluida la asistencia médica, Sir William Petty fue el más destacado representante de tales tendencias.

Petty reclamó la construcción de hospitales y maternidades en varios trabajos exigiendo preparar a un número bastante elevado de personal sanitario para alcanzar las metas que se había propuesto, es decir, planteó la necesidad de adecuar la oferta a la demanda real de la época. En 1707, Nehemiah Grew, en línea con Petty, ya advirtió de la carga económica que significaban las enfermedades<sup>10</sup>.

<sup>6</sup> Riera, J: *Historia, medicina y sociedad*. Ediciones Pirámide S.A. Madrid 1985.

<sup>7</sup> Buess, H: «Paracelso y Agrícola como adelantados de la medicina social y laboral» en *Medicina Social, estudios y testimonios históricos*, selección de Lesky, E. Traducido por López Piñero, J.M. Madrid, 1984.

<sup>8</sup> Riera, J: *Historia, Medicina y Sociedad* Ed. Pirámide S.A. Madrid, 1985.

<sup>9</sup> Rilter, G.A: «El Estado Social, su origen y desarrollo en una comparación internacional». Mº de Trabajo y Seguridad Social. Madrid, 1991.

<sup>10</sup> Rossen, G: «Política Económica y Social en el desarrollo de la Salud Pública» en *Medicina Social, estudios y testimonios históricos*. Selección de Lesky, E. Traducido por López Piñero, J.M. Madrid, 1984.

A lo largo del siglo XVIII, la conciencia de la necesidad de asistencia médica va en aumento en ciertos grupos de la población, sobre todo desde 1714 a 1760, creándose los hospitales generales en Inglaterra y en la Europa continental, lo cual refleja el papel cada vez más importante del Estado en la resolución de los problemas económicos y sociales.

A mediados de siglo, comenzó la fundación de hospitales especializados en enfermedades determinadas, a la vez, ya se tenía conciencia de que estos hospitales debían ser complementados por otro tipo diferente de instituciones asistenciales, creándose por ello los ambulatorios. Los motivos de este rápido crecimiento en instituciones asistenciales o sanitarias los podríamos agrupar en dos epígrafes: por un lado un proceso socioeconómico y por otro uno científico-sanitario.

En Europa, siguiendo los pasos de Petty, también se realizaron estudios y propuestas con relación a problemas económicos y sociales, así podemos nombrar a François de la Mothe-Fénelon<sup>11</sup> con varias obras como *Télémaque*, donde expuso sus ideas, especialmente las relativas a la ética política y sus *Tables de Chaulnes 1711*, donde hablaba que para conseguir la paz social era necesario tener en cuenta y resolver los problemas de la beneficencia pública, por lo que propuso una acción de gobierno destinada a crear un sistema de asistencia pública de carácter muy amplio, que incluyera a los parados, los viejos, los enfermos y los impedidos, sin hacer distinciones, marcado claramente por la responsabilidad del Estado de actuar en las cuestiones de política social y sanitaria.

Sebastián Le Preste de Vauban, puso mucho énfasis en la aritmética política de Petty, en su obra *Dixme royale 1707*, además de defender la utilidad de las encuestas demográficas, profundizando en los detalles de su estructura, ya que consideraba la protección de las clases productivas como soporte principal de la política social, siendo el instrumento fundamental para el logro de esta meta las investigaciones estadísticas<sup>12</sup>. Montesquiu en su famoso libro *De l'Esprit des Lois*, publicado en 1748, escribió:

*“Unas cuantas limosnas que se dan a un mendigo en la calle no cumplen con las obligaciones del Estado, que debe a todos los ciudadanos sustento seguro, alimentos, ropa adecuada y el modo de vida que corresponde a la salud”*<sup>13</sup>.

Estas ideas y propuestas que plantearon diferentes pensadores y críticos sobre el sistema social, desde Fenelon a Montesquiu, sólo llegaron a ocupar un puesto dentro del contexto social e intelectual dominante durante el siglo XVIII, cuando empezaron a publicarse los tomos de la *Encyclopédie* (1751) de Diderot, donde queda reflejada la perfecta expresión ideológica que se alcanzó con las ideas de la Ilustración en Francia. Diderot incluyó, además, las ideas de Bou-lainvilliers, precisándolas y desarrollándolas con un programa de asistencia pública que comprendía un seguro de pensiones y tratamiento médico en los hospitales de París<sup>13</sup>.

Otra de las propuestas interesantes para mejorar la salud y la asistencia médica fue la de Claude Humbert Piarron de Chamousset en su *Plan d'une maison d'association 1757*, donde precisaba ideas como esta:

<sup>11</sup> Rossen, G: «Mercantilismo y Política Sanitaria en el pensamiento francés del siglo XVIII» en *Medicina Social, estudios y testimonios históricos*. Selección de Lesky, E. Traducido por López Piñero, J.M. Madrid, 1984.

<sup>12</sup> Lazard, P. Vauban 1633-1707, Paris Felix Alcan, 1934, referenciado por Rossen, G. «Mercantilismo y Política Sanitaria en el pensamiento francés del siglo XVIII» en *Medicina Social, estudios y testimonios históricos*. Selección de Lesky, E. Traducido por López Piñero, J.M. Madrid, 1984.

<sup>13</sup> Rossen, G. «Mercantilismo y Política Sanitaria en el pensamiento francés del siglo XVIII» en *Medicina Social, estudios y testimonios históricos*. Selección de Lesky, E. Traducido por López Piñero, J.M. Madrid, 1984.

“Las personas son el más valioso patrimonio del Estado y la salud es, a su vez, la más valiosa propiedad de las primeras. Sin embargo, no es suficiente darles los medios para que conserven la salud, sino que es mucho más importante que, en caso de enfermedad, puedan contar con toda la ayuda posible para su restablecimiento...”<sup>13</sup>.

En Alemania, en 1779, se publicó el primer tomo de la monumental obra de Johann Peter Frank (1745-1821), titulada *System einer vollständigen medizinischen Polizey*, considerada como un hito en la historia del pensamiento de las implicaciones sociales de la salud y la enfermedad, dentro del contexto social, político e ideológico del que surgió, su idea principal era la “Policía médica”<sup>14</sup>.

El gran filósofo, científico y político alemán, Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), recogiendo los principios planteados por los anteriores autores presentó propuestas mucho más detalladas, mencionando en numerosas ocasiones los problemas sanitarios y la forma en que el gobierno podría resolverlos, fue uno de los primeros interesados en la investigación estadística y sus análisis constituyeron la base para los desarrollos posteriores de este tipo<sup>14</sup>.

Otro autor de gran importancia fue Jena Christian Rickmann que publicó en 1771 la obra *De la influencia de la ciencia médica sobre el bienestar del Estado y del mejor medio para salvar la vida*, en ella recomendó una serie de mejoras, entre las que cabe destacar, un interesante proyecto de seguro de enfermedad y por otro lado resaltar su clasificación de las enfermedades en dos grupos, de acuerdo con sus causas. Uno de ellos corresponde a las enfermedades naturales y el segundo grupo a las causadas por el hombre. Esta clasificación es muy importante porque responde a la idea de enfermedad como producto de un desequilibrio social y cultural, idea que sería desarrollada y precisada a lo largo del siglo XIX<sup>14</sup>.

Por otro lado casi todos estos autores, principalmente Frank, tenían una gran influencia del pensamiento del gran filósofo Juan Jacobo Rousseau (1712-1778), considerado como el padre de la Revolución Francesa y que en su teoría sobre el desarrollo de la cultura considera, como él mismo afirma, “la historia de las enfermedades en relación con la historia de la sociedad humana”. Podríamos decir que la estructura de la policía médica, que Frank edificó sólidamente, ya se encontraba diseñada en el discurso de Rousseau sobre la desigualdad<sup>15</sup>.

## LA REVOLUCIÓN INDUSTRIAL

La Revolución Industrial<sup>16</sup>, término acuñado por Blanqui en 1837, tuvo junto a unas repercusiones beneficiosas para la sociedad europea, como mejora de las comunicaciones e incremento de los recursos y medios productivos, otras altamente negativas, como la grave insalubridad de la población obrera en las fábricas y lugares de trabajo, y en las condiciones de vida. Estos supuestos hicieron poner en primer plano de la actualidad los temas sanitarios.

<sup>14</sup> Rossen, G.: «El cameralismo y el concepto de policía médica» en *Medicina Social, estudios y testimonios históricos*. Selección de Lesky, E. Traducido por López Piñero, J.M. Madrid, 1984.

<sup>15</sup> Lesky, E.: «Introducción al discurso académico de Johann Peter Frank sobre la miseria del pueblo como madre de las enfermedades» (Pavia, 1790) en *Medicina social, estudios y testimonios históricos*. Traducido por López Piñero, J.M. Madrid, 1984.

<sup>16</sup> Parias, P.H. *Historia General del Trabajo*. Ed. Grijaldo. Barcelona, 1969.

La Revolución Industrial no la podemos identificar solamente con la introducción de las máquinas en el proceso productivo; quizás más que los cambios técnicos, fueron especialmente interesantes los efectos sociales, ya que éstos generaron múltiples consecuencias de orden social, económico y político. Dos fueron los hechos que hicieron que se produjese este cambio radical: la aparición y definitiva constitución del Estado y el triunfo histórico de la burguesía caracterizado por aspectos decisivos de una nueva ética, por una parte la insistencia en el orden, la eficacia y la disciplina social y, por otra la preocupación humanitaria (en la actualidad, el proceso solidario).

La higiene, las condiciones de trabajo y el estado sanitario de la clase obrera, pasaron a cobrar actualidad y a ser *leit-motiv* de las reivindicaciones y luchas obreras del siglo. Este poderoso movimiento social, laboral y sanitario, acaba interesando, por sus dimensiones políticas, a los poderes públicos, primero en el Reino Unido y posteriormente en la Europa continental.

Entre los países industrializados marchó a la cabeza el Reino Unido, tanto en política social y sanitaria como pionero en el desarrollo del movimiento sindical y su garantía jurídica durante el siglo XIX, posteriormente estos procesos se desarrollaron en la Europa continental, esto condujo a profundos cambios demográficos, laborales y sanitarios que agravaron la situación de la población trabajadora. El parlamento inglés realiza una reglamentación del trabajo en las fábricas y en 1802 surge la Ley sobre la Salud y Moral de los aprendices, donde se limitaba la jornada laboral y se fijaban niveles mínimos para la higiene y educación de los trabajadores<sup>17</sup>.

A mediados del siglo XIX, estos factores sociales dieron lugar a una nueva clase de proletarios industriales que se organizó, asumiendo la nueva forma democrática de vida del liberalismo, en lo que respecta a los derechos y la dignidad humana y tomando conciencia de que como grupo solidario tenían más posibilidades de imponer eficazmente sus exigencias, lucharon por conseguir diversas prestaciones sociales. Surgen en Gran Bretaña las *Friendly Societies*, que eran instituciones voluntarias de socorros mutuos de los obreros, al final del siglo cubrían un seguro de enfermedad. Las *Friendly Societies*, como otras organizaciones mutualistas en los países europeos desempeñaron temporalmente un papel esencial, junto a los sindicatos, en el fomento de la emancipación de los obreros y en la mejora de su situación social y política<sup>18</sup>.

La salud y la enfermedad se convierten en un negocio público en el que interviene el Estado, que trata y propugna conservar y proteger la salud de sus súbditos con el fin de conseguir una mayor productividad. La sociedad burguesa cuyas metas principales son la seguridad y la calculabilidad, se esforzó a lo largo del periodo contemporáneo en la creación de un sistema de medicina preventiva, dando auge a la higiene pública.

Con la generalización del trabajo asalariado también se hacía necesaria una higiene en el trabajo, que supusiese la limitación y reglamentación del horario de trabajo, por otro lado se imponía también una Ley de Higiene Industrial, que regulase problemas como la protección en el trabajo, la prohibición del trabajo infantil antes de cumplir los 14 años de edad, el horario de trabajo reducido para las profesiones peligrosas, la protección para las embarazadas, la ventilación, iluminación, etc. Fueron reivindicaciones obreras que surgieron en el Congreso Internacional de París de 1889 y en la celebración del Primero de Mayo de 1890.

<sup>17</sup> Rilter, A.G. «El Estado Social, su origen y desarrollo en una comparativa internacional». M<sup>o</sup> Trabajo y Seguridad Social. Madrid, 1991.

<sup>18</sup> Riera, J: *Historia, Medicina y Sociedad*. Ed. Pirámide S.A. Madrid, 1985.

Para poder luchar, por lo menos, contra la miseria más agobiante se requería el derecho al trabajo, evitando la pobreza por medio de asociaciones de trabajadores, es por lo que se imponía crear una ley sanitaria. Rudolf Virchow<sup>19</sup>, médico, político y antropólogo, dejó un importante legado médicosocial, apelando a la conciencia de las relaciones entre los problemas médicos y sociales.

Otra personalidad destacada del grupo que compartía las ideas de Virchow y que se unieron a él, fue Salomón Neumann (1819-1908)<sup>20</sup> que demostró claramente, a través de la estadística, las relaciones causales entre mortalidad elevada y mala posición social. De estos autores se derivan una serie de principios fundamentales que implicaban la concepción de la medicina como ciencia social:

1. La salud del hombre es un asunto de interés social directo.
2. Las condiciones sociales y económicas ejercen un efecto importante sobre la salud y la enfermedad y estas relaciones deben ser objeto de investigaciones científicas.
3. Hay que tomar medidas para fomentar la salud y la lucha contra la enfermedad, y dichas medidas tienen que ser tanto de carácter social como médico.

De tal actitud precursora y de la consideración económica sobre la enfermedad, se cita con frecuencia al creador del primer Instituto de Higiene Pública, *Max von Pettenkoffer (1818-1901)*, que en 1873 supo calcular los costes económicos que producían las bajas laborales por enfermedad, en Munich. Tenemos que resaltar entre los higienistas españoles al catalán Pedro Felipe Monlau, al que se debe la primera publicación de Higiene Industrial (1856) impresa en la Península<sup>21</sup>.

En las primeras décadas del presente siglo, y en Alemania, Alfons Fischer y Alfred Grotjahn consiguieron formular una definición del concepto higiene, así como sistematizar la higiene social y su relación con las disciplinas afines. Alfred Grotjahn (1869-1931) decía que la higiene debe estudiar, fundamentalmente, los efectos de las condiciones sociales en las que los hombres viven, trabajan, se divierten, se reproducen y mueren. Con ello se convierte en higiene social. La definición realizada por Alfons Fischer en 1918, fue reconocida de manera general:

*“La higiene social es la parte de la higiene pública que se ocupa de la influencia del ambiente social en las condiciones sanitarias”*<sup>22</sup>.

Publicó un artículo titulado *Neue Fragestellungen auf dem Gebiet der Hygiene* («Nuevos planteamientos en el campo de la higiene»), que fue uno de los trabajos más influyentes de la época, en el que se definía la higiene social como una disciplina independiente y se delimitaba su esencia, objetivos y métodos.

<sup>19</sup> Wolfgang, J.: «El legado médicosocial de Rudolf Virchow. La medicina como ciencia del hombre» en *Medicina Social, estudios y testimonios históricos*. Selección de Lesky, E. Traducido por López Piñero, J.M. Madrid, 1984.

<sup>20</sup> Rosen, G.: «Análisis histórico del concepto de medicina social» en *Medicina Social, estudios y testimonios históricos* y Ackerknecht, E. H.: «Aportaciones a la Historia de la reforma médica de 1848. La asistencia a los enfermos pobres» en Selección de Lesky, E. Traducido por López Piñero, J.M. Madrid, 1984.

<sup>21</sup> Riera, J: *Historia, Medicina y Sociedad*. Ed. Pirámide S.A. Madrid, 1985.

<sup>22</sup> Gebhard, B. «La soziale pathologie, de Alfred Grotjahn y su influencia en la medicina social inglesa y norteamericana» en la selección de Lesky E. *Medicina social y testimonios históricos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1984.



El médico rural Liese (1848)<sup>23</sup>, publica un breve y sobrio texto que debido a su sencillez apenas se le prestó importancia en la época, pero que de todos los escritos reformistas es el que quizás contiene las propuestas más equiparables al sistema actual, éste propuso como desarrollo de las *cajas de socorros mineros* ya existentes, un *instituto de previsión* para los trabajadores, que incluía:

1. Ayuda en caso de enfermedad, es decir, asistencia, medicamentos gratuitos y subsidio de enfermedad.
2. Pensión en caso de invalidez.
3. Ayuda a los familiares en caso de fallecimiento.
4. Ayuda para la educación de los hijos.

Esta institución debía ser financiada:

1. Con las cuotas de los trabajadores.
2. Con las aportaciones obligatorias y voluntarias de los ricos.
3. Con los subsidios de los municipios.
4. Con la ayuda del Estado.

Los seguros de enfermedad y la seguridad social en general, introducidos por primera vez en Alemania (Bismarck), eran instrumentos de una política social eficaz, que rompió el círculo vicioso de pobreza-enfermedad-pobreza que describió Virchow. En contraposición a la asistencia social tradicional, establecían un derecho individual del asegurado a las prestaciones, que no iba unido a ninguna discriminación política o social.

Las presiones del desarrollo socioeconómico fueron las que indujeron a la tendencia general de la evolución de las naciones industrializadas hacia el Estado social, impulsado por el crecimiento demográfico, por la industrialización, la urbanización y las migraciones internas. La disolución de la sociedad estamental y de la estructura gremial, la pérdida de significación de la familia como unidad de producción e institución asistencial frente a las necesidades, entre otros fenómenos, fueron los que hicieron surgir la necesidad de nuevas formas de seguridad social.

Alemania fue el país en el que se inició la legislación sobre Seguridad Social. Bismarck fue el impulsor, frente a grandes resistencias, del primer sistema de seguros sociales, comenzando un movimiento que rápidamente se extendió a otros países.

En el siglo XIX, con el desarrollo del capitalismo, aumentó considerablemente la inseguridad de la clase trabajadora. Tras la Revolución Industrial, la vida de muchos millones de seres dependía del mercado de trabajo.

La protección al trabajador en aquella época procedía, principalmente, de tres fuentes. Una era la obligatoriedad del patrono, en caso de accidente, de pagar una indemnización al trabajador accidentado, basado en un concepto del antiguo derecho romano. La mayoría de los obreros tenían que presentar demandas de indemnización de daños y perjuicios contra el patrono, y demostrar ante un tribunal que el accidente era debido a la negligencia o culpabilidad de éste.

---

<sup>23</sup> Heinz Ackerknecht, E. «Aportaciones a la historia de la reforma médica de 1848. La asistencia a los enfermos pobres» en Selección de Lesky, E. *Medicina social, estudios y testimonios históricos* traducido por López Piñero, J.M. Madrid, 1984.

En Alemania, el 15 de junio de 1883, se aprobó la *Ley sobre seguro de enfermedad*. Las prestaciones comprendían asistencia médica, subsidio en caso de enfermedad y también de accidente durante las trece primeras semanas, subsidio de maternidad y gastos de entierro.

El seguro de accidentes se convirtió en Ley el 6 de julio de 1884, afectando en un principio a grupos determinados y si sus ingresos anuales no superaban los 2000 marcos, a partir de 1885 y hasta 1887 se fue extendiendo a todo tipo de trabajadores. El seguro de accidentes daba protección en casos de muerte o invalidez y pagaba también los gastos asistenciales.

Los beneficios de la legislación sobre seguridad social supusieron un progreso inmediato para la clase trabajadora, que ésta deseaba ampliar. La socialdemocracia alemana creció con tanta rapidez y consiguió tantas cosas, que se convirtió en un grupo con derechos adquiridos, revisando su política, participando y colaborando con el estado capitalista, perdiendo de vista su meta real. Fue, ciertamente, la primera organización obrera de masas en todo el mundo.

La seguridad social garantizaba la asistencia médica a la creciente masa de asalariados, no por caridad, sino como derecho adquirido a través del trabajo. Aseguraba una indemnización por los salarios perdidos a causa de enfermedades o accidentes y una pensión cuando no resultaba posible ganarse la vida por enfermedad, accidente o vejez. Aún quedaría completar el sistema con la creación en 1927 del seguro obligatorio de paro. Bismarck no participó en este último proyecto ya que falleció en 1898.

Finalmente comentar que la legislación social de Bismarck fue una gran labor de vanguardia, que exigió de mucha imaginación y valor en una época en la que había muy poca experiencia en el campo del seguro de masas<sup>24</sup>.

## EVOLUCIÓN DE LA REFORMA SOCIAL EN ESPAÑA

En España la previsión social dependía de entidades de origen religioso y con espíritu medieval, a lo largo de los siglos XVI y XVII, como eran las cofradías y las llamadas hermandades de socorros mutuos y que practicaban fundamentalmente, dos clases de seguros: por muerte y por enfermedad. Por otro lado el sistema gremial, a finales del siglo XVIII, entró en una irreversible decadencia ya que era incompatible con el desarrollo de la línea liberal, individualista y competitiva que reclamaban los nuevos ideales y el espíritu activista de la época que había surgido en los países de nuestro entorno, aunque el sistema liberal no ignoró que el sistema gremial atendía funciones de gran valor social, entre las que sobresalían las de socorro en el infortunio del agremiado.

En el periodo de la Ilustración, las instalaciones sanitarias y su organización, estaban orientadas por la Junta Suprema de Sanidad creada por Felipe V (1720), que tenía autoridad ejecutiva para introducir mejoras, dictar órdenes e imponer sanciones. Ésta funcionó hasta 1805, siendo abolida, pero volvió a ser instaurada dos años después. Un aspecto muy interesante en nuestro país, sobre legislación sanitaria, fueron las ordenanzas dictadas por Fernando VI.

En esta época existían y se mantuvieron algunas de las instituciones de protección, tales como los Montes de Piedad (iniciados por el sacerdote aragonés Piquer, con la creación del de

<sup>24</sup> Sigerist H.E.: «De Bismarck a Beveridge. Desarrollo y tendencias de la legislación sobre seguridad social» en Selección de Lesky, E. Traducido por López Piñero, J.M. Madrid, 1984

Madrid en 1702). Entre 1834 -1838, se inicia la creación de las Cajas de Ahorro y la reglamentación de la Beneficencia se consolidó con la Ley de 1849 y su reglamentación en 1852<sup>25</sup>. Comenzaron a aprobarse algunas leyes reguladoras de carácter social, manteniendo la filosofía de beneficencia, con un carácter paternalista, podemos hacer referencia a algunas proposiciones de ley referidas a cuestiones de seguridad e higiene, trabajo de las mujeres, descanso dominical o huelgas, como<sup>26</sup>:

- Ley del 26 de julio 1878 sobre trabajos peligrosos de los niños.
- Ley por la que se crea un Asilo Nacional de Inválidos del trabajo en 1878.
- Ley sobre Montes de Piedad y Cajas de Ahorro en 1880.

En el siglo XIX, la antigua Junta Suprema fue sustituida por el Real Consejo de Sanidad, y se estableció la primera Ley de Sanidad (1855), que estructuraba de forma orgánica los servicios nacionales, provinciales y locales, modificando la estructura de la beneficencia. También se inició en esta época la primera revista española de higiene: *El monitor de la Salud* (1858-1864), y gracias a higienistas como Luzuriaga y Seoane se dieron los primeros pasos en la estadística sanitaria.

Aún así la reforma social en España comenzó algo más tarde que en el resto de países de nuestro entorno, sus inicios se datan a partir de 1880 con la creación de la Comisión de Reformas Sociales (CRS)<sup>27</sup>.

Con lentitud y grandes titubeos, comenzó a producirse una intervención del Estado, y con ella comenzaron a aparecer los programas de reforma social y una nueva acción política, que se denominó Política Social y que alcanzó la adhesión popular.

Los programas se sucedieron unos a otros en los partidos políticos, pero quizás tuvieron más interés los planteados por intelectuales y pensadores, así por ejemplo, en la obra de Andrés Borejo (*La cuestión social...*, 1881) muy influenciado por los proyectos de Bismarck, se llegaba a postular la creación de un sistema de seguro social obligatorio de base nacional y con aportaciones estatales.

El gran avance institucional sobre los procesos sociales en referencia al mundo laboral, comenzaron con la constitución el 22 de Marzo de 1904 del Instituto de Reformas Sociales (IRS). En uno de los primeros plenos, Moret planteó la necesidad de establecer en condiciones económicas, la asistencia médica y farmacéutica de los obreros. A través del IRS, España comenzó a participar activamente en la Asociación Internacional para la protección legal de los trabajadores, adscribiéndose a ella el 22 de junio de 1906, creando la Sección Española. Esta Asociación había sido una iniciativa del Congreso de Economistas celebrado en Bruselas en 1897<sup>28</sup>.

<sup>25</sup> López Piñero, J. M. «La historia de la medicina española» en *Breve Historia de la Medicina*. Ed. Guadarrama. Madrid, 1966.

<sup>26</sup> *Gaceta de Madrid*, 28 julio de 1878 (referenciado en *La Institucionalización de la Reforma Social en España (1833-1924). La Comisión e Instituto de Reformas Sociales*. Palacio Morena, J.I. Ed. Mº Trabajo y Seguridad Social. 1988)

<sup>27</sup> *Gaceta de Madrid*, 10 diciembre 1883; “La Comisión de Reformas Sociales: intentos y realizaciones”, en la obra *De la Beneficencia al Bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. ED. Siglo XXI, Madrid, 1986.

<sup>28</sup> Acta de sesiones del pleno 26 de septiembre de 1906 en el Boletín del IRS; num. 28. Octubre de 1906. Referencia de Palacio Morena, I. en *La institucionalización de la reforma social en España (1883-1924). La Comisión e Instituto de Reformas Sociales*. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1988.

El IRS se convirtió en un organismo clave en el estudio del mundo laboral, realizando informes de tipo general y monográficos, que sirvieron como base de un gran número de proyectos convertidos en acciones legislativas. Uno de sus grandes campos de estudio eran los referidos a enfermedades profesionales y seguridad e higiene en el trabajo, realizando una labor continua y sistemática en torno a la prevención de enfermedades y accidentes laborales.

## EL INICIO Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN ESPAÑA

La denominación de Seguridad Social se debe a Simón Bolívar que en 1819, decía: «*el sistema de gobierno más perfecto es el que engendra la mayor suma de seguridad social y seguridad política*». Pero hasta 1942, no quedó clara su definición y ésta la realizaría William Beveridge, como “*el conjunto de medidas adoptadas por el Estado contra aquellos riesgos de concreción individual que jamás dejarán de presentarse por óptima que sea la situación de conjunto de la sociedad en que vivan*”<sup>29</sup>.

En definitiva, la Seguridad Social puede entenderse como “*un sistema general y homogéneo de prestaciones de derecho público para el aumento del bienestar social de los ciudadanos*”<sup>30</sup>.

La institucionalización, podemos decir que comenzó a principios de siglo con la creación del Instituto de Reformas Sociales y a través de la Ley de 27 de febrero de 1908 por la que se creó el Instituto Nacional de Previsión (INP), y otra serie de leyes que recogían medidas de protección social.

La Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se creaba el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) que estaba integrado en el INP, y que generó un sistema de cobertura de riesgos sanitarios, alcanzado a través de una cuota vinculada al trabajo, se desarrolló enormemente como consecuencia del proceso de expansión económica que surgió en nuestro país desde 1950, pero especialmente entre los años 60 y 70 donde la Seguridad Social alcanzó su pleno desarrollo, la reestructuración del SOE, se produce por el Decreto 2065/1974 de 30 de mayo, por el que se aprobó el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, y con el que se asentó el actual sistema de Seguridad Social<sup>31</sup>.

En la actualidad el sistema sanitario de la Seguridad Social, se encuentra muy evolucionado, gestionando autónomamente una estructura sanitaria que se encuentra extendida por todo el Estado. Debemos tener en cuenta que en nuestro país, la restauración de la Democracia, facilitó poderosamente la evolución del sistema de Seguridad Social, con el aumento y mejora de las prestaciones por un lado y por otro, la aprobación de la Constitución en 1978, estableciendo en su art.41, el derecho de todos los ciudadanos a la seguridad social, en el art.43 el derecho de todos a la protección de la salud y en el 149, que corresponde al Estado la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social.

Por Real Decreto-ley 36/1978 de 16 de noviembre, sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo, sustituyendo al INP y las mutualidades y servicios comu-

<sup>29</sup> Beveridge, W “Informe Beveridge” 1942. Referencia de Temes Montes, J.L.; Gil Redrado, J. *Sistema Nacional de Salud*. Ed. McGraw-Hill-Interamericana. 1996.

<sup>30</sup> Temes Montes, J.L.; Gil Redrado, J. *Sistema Nacional de Salud*. Ed. McGraw-Hill- Interamericana. 1996.

<sup>31</sup> Exposición de motivos de la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril.

nes existentes en ese momento, y con el fin de simplificar el sistema de entidades gestoras, éstas se reducen a tres:

- INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social): gestiona las prestaciones económicas.
- INSALUD (Instituto Nacional de la Salud): gestiona las prestaciones sanitarias.
- INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales): gestiona las prestaciones sociales.

El Sistema Nacional de Salud cuenta, actualmente, con dos niveles asistenciales, Atención Primaria (con el objetivo prioritario de fomentar la salud y prevenir la enfermedad) y Atención Especializada (con la finalidad, fundamentalmente, de prestar una asistencia sanitaria especializada ante los procesos de enfermedad), haciendo especial incidencia en la integración de los servicios asistenciales públicos, sanidad nacional y Seguridad Social, con una financiación pública, dando cobertura a toda la población y bajo un concepto de universalidad de los servicios para todos los ciudadanos, en condiciones de igualdad, equidad, y solidaridad, independientemente de las circunstancias personales y sociales.

En el Sistema Nacional de Salud, trabajan hoy día más de 350.000 personas, de las que unos 70.000 son facultativos, unos 110.000 Diplomados en Enfermería (ATS/DUE) y el resto se divide en personal Auxiliar de Enfermería, Administración y otros<sup>32</sup>.

Con respecto a nuestro entorno, debemos apuntar que el constitucionalismo social en la actualidad es una realidad a escala mundial, esto ha generado que la garantía de los derechos del trabajador sea una idea-fuerza de la sociedad contemporánea y legitime su acción a nivel nacional e internacional, sobre todo en los países industrializados.

Normas internacionales, como la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (ONU, 1948), el Convenio Europeo de los Derechos del Hombre (Consejo de Europa, 1950), la Carta Social Europea (1989), etc., ponen de manifiesto que los principios de universalización igualitaria también están presentes en la previsión sanitaria, y por lo tanto, en todos los sistemas de seguridad social institucionalizados.

Cabe resaltar en el entorno concreto en que se halla inmerso nuestro país, la Comunidad Económica Europea (CEE), hoy Unión Europea (UE), que al fijar las bases del Mercado Común en el Tratado de Roma de 1957, trazó las líneas generales de una política social. Entre sus órganos destaca en materia laboral el Comité Económico-Social, con carácter consultivo y asesor; de sus realizaciones merecen especial atención las llevadas a cabo por el Fondo Social Europeo, tendentes a armonizar los sistemas de seguridad social de los Estados miembros.

Junto a este desarrollo de ideas y conceptos sanitarios aparecerán otros político-económicos, que en su evolución alcanzarán el llamado Estado de Bienestar en los países industrializados. En 1914, trece estados europeos, de catorce, contaban con algún sistema de seguros o de responsabilidad civil de los empresarios por accidentes laborales; doce tenían seguros de enfermedad y siete ofrecían pensiones de jubilación para una edad elevada. Del total de estos 32 seguros, 18 eran obligatorios y 14 voluntarios.

La conveniencia de un seguro sanitario obligatorio se argumenta a menudo sobre la base de los problemas de información detectados, y básicamente de los relativos a la incertidumbre (Arrow, 1963).

<sup>32</sup> Temes Montes, J.L.; Gil Redrado, J. *Sistema Nacional de Salud*. Ed. McGraw-Hill- Interamericana. 1996.

Hoy día el trabajo profesional, como forma y medio habitual de vida, plantea ante la sociedad y ante el Estado una gama muy compleja y a la vez profundamente lógica de exigencias, a éstas se las conoce como “derechos sociales del trabajo” y como tales se recogen en los textos políticos fundamentales de nuestro tiempo.

La exposición realizada, respecto a los antecedentes históricos y a la evolución de las consecuencias de la relación entre el trabajo y la salud/enfermedad, ha sido considerada oportuna con la finalidad de introducir al lector en el gran escenario en que se desarrolla el presente estudio.

# CONCEPTOS DE INTERÉS

## CONCEPTOS Y DEFINICIONES DE INTERÉS

Conviene realizar algunas anotaciones con respecto al fenómeno del absentismo para facilitar la comprensión del estudio, sin embargo, hay que dejar constancia de que su misma complejidad hace que dicho fenómeno sea difícilmente definible con total garantía de acierto y rotundidad, dada la problemática conceptual, terminológica y de medida existente.

### DEFINICIÓN GENERAL DE ABSENTISMO

No existe una definición de absentismo universalmente aceptada ni unos criterios o indicadores estandarizados para calcular los niveles de absentismo. En un intento de aportar una definición válida o por lo menos, aceptada en nuestro país, se ha indagado en diferentes publicaciones sobre el tema llegando a la misma conclusión que hace Ribaya Mallada<sup>33</sup> y dando por aceptable la definición dada en una ponencia registrada en el extinguido Instituto Nacional de Previsión:

*“Toda ausencia del trabajo, sea justificada o no, computable por la diferencia cronológica existente entre los tiempos de trabajo contratados y los efectivamente realizados”*<sup>34</sup>.

Aunque su sencillez es bastante evidente, no deja por ello de plasmar con claridad que se considera como absentismo cualquier situación de ausencia, incluyendo las bajas por enfermedad, las bajas por accidentes de trabajo, los permisos retribuidos, las faltas no justificadas, huelgas, asambleas, incumplimiento de jornada laboral completa, etc.

Además, esta definición incluye no sólo las causas imputables a las personas, sino que recoge las que puedan deberse a otros factores relacionados con la infraestructura propia de la empresa o puesto de trabajo, como serían las ausencias debidas a falta de materiales, averías, fallos de energía eléctrica, etc., que otros autores no contemplan por considerar que el absentismo es un concepto totalmente relacionado con el factor humano.

Como podrá deducirse de la propia definición planteada, la complejidad a la hora de establecer los niveles de absentismo es muy alta, por este motivo suele aceptarse como definición de absentismo o tiempo perdido, para la realización de estudios al respecto, la siguiente: *Toda ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que corresponden a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo, evitando de esta manera dar consideración a los periodos de vacaciones o días festivos y observando realmente el total de ausencias habidas en un*

<sup>33</sup> Ribaya Mallada, F.J.: *La Gestión del Absentismo Laboral*. Madrid, 1996.

<sup>34</sup> INP (Instituto Nacional de Previsión): *Tratado de Higiene y Seguridad del Trabajo*. Tomo I. Madrid, 1971.



periodo determinado dentro del total de horas pactadas por convenio colectivo o a nivel de empresa, correspondientes al periodo de referencia<sup>35</sup>.

Los estudios realizados y consultados, no hacen mención notoria a las pérdidas de tiempo ocasionadas por abandonos momentáneos del puesto de trabajo (salidas esporádicas, exceso tiempo para desayuno, visitas a otros trabajadores, etc.) que suponemos como absentismo, considerado por algunos autores como *abstencionismo*, y que lógicamente presentan una gran dificultad para su cuantificación.

Como ya se ha comentado, existen muchas controversias en cuanto a la definición y regulación de los conceptos sobre este fenómeno, pero se considera adecuado aportar la relación de tipos de absentismo (ausentismo en palabras del autor) desarrollada por Hintze<sup>36</sup> desde los ángulos histórico, estructural y coyuntural.

**Absentismo histórico**, definido así aquel que se manifiesta como regular y siendo la tasa histórica que se ha mantenido constante a través del tiempo en una sociedad, en una rama de la industria o en una determinada organización, sin presentar oscilaciones notorias.

**Absentismo estructural**, sería aquel que depende del nivel de desarrollo industrial de una sociedad y que suele ir incrementándose de manera continua en todos los sectores productivos a medida que aumenta dicho nivel de desarrollo. Teóricamente este tipo de absentismo, tras alcanzar su nivel máximo o de estabilidad y con el paso del tiempo, pasará a convertirse en absentismo histórico.

**Absentismo coyuntural**, es el que se presenta en sociedades y periodos de rápido cambio social, político, económico, etc. alcanzando niveles superiores al absentismo estructural en plazos cortos de tiempo y con fuertes variaciones (incrementos y disminuciones), dependiendo de múltiples factores.

Al trabajo de la profesora María Violante<sup>37</sup> se debe un cuarto tipo de absentismo denominado **Absentismo hipotético**, que hace referencia al generado por las madres que trabajan y al cual califica de hipotético porque aunque podría estar inicialmente englobado en el estructural, deja de estarlo al ser mantenido una vez los hijos ya han sido criados y éstas vuelven a trabajar. El hecho de que no existan trabajos que relacionen el índice global de ausencias de estas personas con su situación de madres, pero que se presuponga, confirma la definición de hipotético y perjudica la imagen de este colectivo profesionalmente.

## ASPECTOS TEÓRICOS DEL ABSENTISMO

La propia complejidad del fenómeno que nos ocupa, la gran diversidad de condicionantes y factores que pueden influir en su aparición y desarrollo, la falta de estudios en profundidad y

<sup>35</sup> FEEC (Federación de Entidades Empresariales de la Construcción): "El absentismo en la construcción: una experiencia". Barcelona, 1980. Referenciado por Ribaya Mallada, F.J.: *La Gestión del Absentismo Laboral*. Madrid, 1996.

<sup>36</sup> Hintze, L. J. O. en J. W. Lawson, L. L., y J. W. Lawson, I. J.: "Ausentismo Laboral". Ed. Dartnell; Deusto, S.A., 1975 referenciado por Ribaya Mallada, F.J.: *La Gestión del Absentismo Laboral*. Madrid, 1996.

<sup>37</sup> Martínez Quintana, M. V.: "Mujer, Trabajo y Maternidad (Problemas y alternativas de las madres que trabajan)". Instituto de la Mujer, febrero 1992. referenciado por Ribaya Mallada, F.J.: *La Gestión del Absentismo Laboral*. Madrid, 1996.

el escaso interés por parte de las empresas en investigar sobre los aspectos sociales, culturales y psicológicos del mismo a favor de una visión mucho más economicista, han propiciado el que no exista una clara teoría del absentismo que nos facilite criterios homogéneos para su evaluación e interpretación.

Esto ha dado lugar a que sólo podamos referirnos a interpretaciones muy dispares de un fenómeno difícilmente enunciable, que pueden ir desde su valoración como un síntoma de baja moral en el trabajo hasta un indicador de la eficacia del sistema, pasando por su identificación como un indicador de conflictividad latente o del grado de integración del individuo en la organización. Siguiendo lo expuesto por Ribaya Mallada en su obra, y en alusión a Nicholson<sup>38</sup> se describen tres tipos de modelos explicativos, aportados por este último autor, que engloban todo ese conjunto de supuestos teóricos:

- a) **Modelos de huida de trabajo:** la ausencia se interpreta como huida o abandono de un trabajo negativamente valorado. Esta idea se ha desarrollado empíricamente a través de su incorporación a los estudios sobre satisfacción en el trabajo.

En la práctica la correlación de la hipótesis parece darse de forma natural, es decir, cuanto más satisfactorio sea el medio laboral mayor será el nivel de asiduidad y ejecución del trabajo.

- b) **Modelos de adaptación e inadaptación:** la ausencia se interpreta como un resultado del proceso de socialización organizativa o de otros procesos de adaptación a las demandas del medio laboral. Este es el enfoque que ha predominado en los estudios de absentismo, siendo el que ha logrado modelos explicativos más sistematizados.

- c) **Modelos de decisión:** en este caso se interpreta la ausencia como una decisión racional o elección dirigida a la obtención de determinados fines u objetivos. Hasta el momento ha sido muy poco utilizado para tratar de interpretar el fenómeno del absentismo, pero se basa a grandes rasgos en la concepción de una conducta por parte del individuo, que valora en términos de costes y beneficios la ausencia y la asistencia al puesto de trabajo.

De cualquier manera, lo que parece evidente y poco discutible en la actualidad, es que las empresas a nivel individual tienen una importante labor que desarrollar dentro de su ámbito de actuación, pero que será del todo inútil si no se acompaña de otras medidas de carácter general que abarquen desde la intervención sobre el entorno cultural y la organización del trabajo hasta las propias relaciones laborales a gran escala.

La propuesta teórica, en este sentido, del profesor Gutiérrez<sup>39</sup> trata de integrar variables micro y macrosociológicas que faciliten la explicación de su influencia sobre el fenómeno que tratamos y la relación de trabajo. Para tal fin representa dichas variables en los dos conceptos diferenciados que se detallan a continuación:

<sup>38</sup> Nicholson, N.; Wall, T.; Lisher, J.: "The predictability of absence and propensity to leave from employees job satisfaction and attitudes toward Influence in decision making". *Human Relations*, nº 6, 1977, referenciado por Ribaya Mallada, F.J.: *La Gestión del Absentismo Laboral*. Madrid, 1996.

<sup>39</sup> Gutiérrez, R.: "Modelos teóricos para el análisis del absentismo laboral". *Revista Internacional de Sociología*, nº 49, 1984, referenciado por Ribaya Mallada, F.J.: *La Gestión del Absentismo Laboral*. Madrid, 1996.

- **Orientación hacia el trabajo**, es un concepto útil para representar la calidad del vínculo individuo-trabajo. Una orientación hacia el trabajo es una disposición típica de toda la conducta laboral, que es el resultado de un balance entre los recursos que proporcionan una situación de trabajo y las aspiraciones o expectativas personales. Existe una tendencia a comportarse de determinado modo en función de una serie de aspiraciones y objetivos y de los medios o recursos disponibles en una situación de trabajo.
- **Control organizativo**, se trata de un concepto apropiado para representar globalmente el aspecto objetivo de una relación de trabajo. Toda organización precisa de la coordinación de determinadas y variadas actividades para garantizar la consecución de sus objetivos y metas, para lo cual se establecen sistemas de control y supervisión que pueden ser más o menos intensos sobre el individuo, y desencadena diferentes reacciones de conducta. Se trata de un aspecto complejo dentro de las relaciones laborales.

Ambos conceptos son de difícil medición, por lo que no deben interpretarse como variables propiamente dichas, aunque sí nos permiten categorizar una serie de variables cuya influencia sobre el absentismo ha sido empíricamente probada.

## DIMENSIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIOLÓGICAS DEL ABSENTISMO

Se intentará con este apartado, dar una visión sobre aquellos hechos que llevan a faltar al individuo al trabajo, no estando estos contemplados por la ley, por los pactos o por verdaderos motivos de enfermedad y/o accidente de trabajo, es decir, vamos a centrarnos en este caso en los procedimientos empleados para dar justificación y apariencia de necesidad a lo que no la tiene. No quiere esto decir, ni mucho menos, que se pretenda con el estudio que nos ocupa dejar constancia de la existencia de un absentismo voluntario (que por otra parte se entiende que existe), pero sí se ha considerado oportuno realizar algunas anotaciones al respecto que pudieran facilitar la interpretación de algunos de los resultados obtenidos con la finalidad de plantear posteriores investigaciones en esta línea.

Como se ha apuntado anteriormente, existen ciertos factores que pueden dar lugar a actitudes absentistas con claras connotaciones de voluntariedad, ya sean determinados estilos directivos, sistemas de producción monótonos y alienantes, frustraciones ante expectativas concretas, etc.

Por otra parte, conviene indicar que no siempre las causas apuntadas van a generar motivaciones absentistas y que es preciso considerar la influencia de otro tipo de condicionantes que, unidos a dichas causas, puedan favorecer dicha actitud de absentismo voluntario y sin justificación válida.

El autor antes mencionado, hace referencia a dos variables utilizadas para determinar la tipología del comportamiento absentista en relación con esos condicionantes o motivaciones próximas:

- a. La motivación, positiva o negativa, hacia el trabajo en general.
- b. La motivación, solidaria o insolidaria, hacia los fines del trabajo en el que está ocupado.

Según se crucen estas variables se originarán cuatro tipos de motivaciones completas que conducen, en desigual proporción, al comportamiento absentista.

		<i>Orientación hacia el trabajo en general</i>	
		<b>POSITIVA</b>	<b>NEGATIVA</b>
<i>Orientación hacia el trabajo específico</i>	<b>INSOLIDARIA</b>	Absentismo por trabajos propios	Absentismo perezoso o evasivo
	<b>SOLIDARIA</b>	Comportamiento no absentista	Absentismo aprensivo

\* Fuente: *La Gestión del Absentismo* de Ribaya Mallada

El **absentismo por trabajos propios**, como explica en su obra Ribaya Mallada, se caracteriza porque los sujetos activos están orientados positivamente hacia el trabajo en general, pero poseen actividades lucrativas propias, ajenas a la empresa e incompatibles con el horario y las exigencias de dedicación de la misma. Por estas razones se ausentan del trabajo con una cierta periodicidad cuando sus intereses así lo demandan.

Este primer tipo de absentismo se correlaciona positivamente con algunas formas de pluriempleo en los servicios y es denominado por algunos autores como de conveniencia, aunque el que hemos descrito es mucho más concreto.

El **absentismo perezoso o evasivo** como se desprende de la observación del cuadro anterior, se produce por la combinación de una actitud negativa tanto hacia el trabajo en general como al específico en particular, lo que lleva a evidentes manifestaciones de evasión y pereza en cuanto al desarrollo del trabajo a realizar.

En este segundo caso, debemos manifestar que tiende a presentarse cuando el tipo de actividad es de carácter rutinario, monótono, poco atractivo y con pocas posibilidades de promoción.

El **absentismo aprensivo** hace referencia al producido por trabajadores con poca vitalidad, salud o capacidad para el esfuerzo y sin embargo, con un sentido de solidaridad hacia los fines de la empresa y del trabajo que se realiza, lo que se traduce en una búsqueda constante de autojustificaciones para ausentarse del trabajo.

Por lo tanto, estas conductas nos situarían en lo que serían los hechos o motivaciones que llevan a generar situaciones de absentismo voluntario, estando por otra parte el plano de las justificaciones necesarias para los absentistas sobre todo cuando la causa que ha generado tales situaciones no está legitimada.

La principal justificación utilizada sigue siendo la enfermedad y particularmente la considerada de corta duración o de difícil confirmación diagnóstica, siendo valorado este mecanismo de justificación por diferentes autores como fácilmente relacionable con factores psicológicos y sociológicos, mientras que los procesos de larga duración tienen una menor incidencia de utilización por trabajadores absentistas.

La falta de estudios monográficos en este sentido, impiden conocer las actitudes y motivaciones que pudieran generarse en los responsables de realizar la expedición de los correspondientes partes de baja a estos trabajadores con claras tendencias absentistas, es decir, en los médicos del nivel de atención primaria fundamentalmente, los cuáles juegan un papel de vital importancia en el control del fraude relacionado con el absentismo.

Ya sea por determinar la voluntariedad o no voluntariedad, el desinterés profesional o las implicaciones políticas y sociales, las posibles deficiencias organizativas del sistema, etc. se

considera del todo adecuado plantear la realización de estudios que permitan esclarecer el tipo y nivel de participación de dichos profesionales en la justificación y legitimación de las actitudes absentistas voluntarias.

## NUEVAS TENDENCIAS SOBRE EL ABSENTISMO

De manera concisa y sencilla se pretende dejar constancia del enfoque que actualmente se está dando al fenómeno del absentismo laboral, el cual se interpreta como un problema permanente que se produce a nivel mundial y con mayor virulencia en los países más desarrollados, sobre todo en las últimas décadas. No obstante, dicho enfoque defiende una mayor complejidad de las causas que generan el absentismo en los países de elevado nivel económico, tratándolo como un fenómeno sociológico inherente al desarrollo industrial y en relación directa con la actitud de cada individuo y la sociedad frente al trabajo, más que como un simple problema médico.

Siguiendo en esta línea, se entiende que todo aquello que propicie una adecuada actitud hacia el trabajo, como pudieran ser las medidas motivadoras, la formación continuada, las expectativas de mejora, el estilo directivo participativo, etc. favorecerán la disminución de los niveles de absentismo. Por el contrario, el deterioro del clima laboral, la falta de expectativas, el trabajo rutinario, un estilo de gestión poco participativo, la escasez de formación e información, etc., darían lugar a incrementos del absentismo.

La humanización del trabajo se considera, hoy día, como la principal alternativa para tratar de mitigar las consecuencias que la organización científica ha generado en aras del desarrollo industrial y la extrema división del trabajo o superespecialización, dicha humanización o adaptación del trabajo al hombre se conoce como *ergonomía* y es todavía una ciencia muy joven con mucho, apasionante y necesario camino por recorrer.

Lo que parece más evidente, en la actualidad, es la estrecha relación que guarda la generación de absentismo con la inadaptabilidad al puesto de trabajo, o dicho de otra manera, la falta de adaptación laboral ocasionada por una selección inadecuada que no ha sabido captar el perfil idóneo para el puesto o la progresiva pérdida de motivación que inicialmente pudiera poseer el trabajador debido, fundamentalmente a las escasas medidas motivadoras llevadas a cabo. Indudablemente, no estaríamos tan preocupados por este tema si sus consecuencias a nivel económico no alcanzasen cotas considerables que, hiciesen peligrar la continuidad del Sistema.

El absentismo afecta, por tanto y de forma notable, a la economía de las empresas que ven incrementarse sus costes de producción, lo que conlleva a una elevación del coste del producto. Si a esto le añadimos el coste directo en base a complementos económicos por convenio y el coste indirecto por el pago de prestaciones económicas de la Seguridad Social, podremos hacernos una idea del grave daño que el absentismo ocasiona tanto a la competitividad de las empresas como a su capacidad para generar empleo.

Si además, tenemos presente la facilidad con la que hasta hace muy poco tiempo se podía obtener los partes de baja (actualmente se está realizando un mayor control junto con los profesionales sanitarios responsables de su expedición), debido en gran medida a la falta de medios que garantizaran una gestión eficaz de tan importante cometido, no debemos extrañarnos de las cifras que se barajan en este proyecto.

Según lo expuesto, se aboga por tratar este problema desde una vertiente amplia que abarque mucho más que las simples medidas inspectoras y sancionadoras, que ya han demostrado su incapacidad para resolver la situación. En definitiva, se debe apostar por la búsqueda de soluciones dentro del propio ambiente de trabajo, detectando, analizando y atajando la verdadera raíz del problema.

En este sentido, y como avanza Ribaya Mallada<sup>40</sup>, habría que realizar dos tipos de acciones fundamentales, además de las de mejora de los servicios sanitarios:

1. Acciones a corto plazo, consistentes en mecanismos adecuados que tienden a descubrir la diversidad de situaciones fraudulentas que se producen en el absentismo.
2. Acciones a medio y largo plazo, tendentes a una mayor promoción de la humanización del trabajo en sus aspectos intrínsecos y extrínsecos, otorgándose mayores cotas de participación a los trabajadores en el seno de la empresa, al objeto de facilitar la asiduidad al trabajo no sólo materialmente, sino también y sobre todo, psicológicamente.

## RELACIÓN DE POSIBLES CAUSAS DE ABSENTISMO

Aunque el objeto de este proyecto no sea el de indicar específicamente las medidas que se pudiesen considerar factibles para minimizar los niveles de absentismo y sus efectos, sí que pretende ser una aportación de información que ayude a clarificar la situación existente en el ámbito de estudio, por ello se considera conveniente relacionar una serie de posibles causas generadoras de absentismo<sup>41</sup>:

- a) **Dificultades de adaptación**, producidas por el medio de origen, la procedencia geográfica o el cambio de tecnología.
- b) **Falta de motivación**, generada por una actividad monótona o rutinaria, baja remuneración, ausencia de responsabilidad o intervención en la toma de decisiones.
- c) **Condiciones físicas del entorno**, dando lugar a insatisfacción por ruidos, olor, iluminación, temperatura, etc.
- d) **Actitud de los directivos**, produciendo falta de información, desconocimiento de los objetivos de su trabajo y su organización, etc.
- e) **Condicionantes personales**, como serían la vejez, el sexo, las responsabilidades familiares, la lejanía del hogar, etc.
- f) **Control inadecuado**, en cuanto a las justificaciones de enfermedades, a las necesidades de formación específica, etc.
- g) **Condicionantes sociales**, hacen referencia al medio social del trabajador, la incidencia de drogas y alcoholismo, costumbres locales, etc.
- h) **Otros condicionantes**, podrían ser las inclemencias del tiempo, las deficiencias de los medios de transporte, la escasez de aparcamientos, etc.

<sup>40</sup> Ribaya Mallada, F.J.: *La Gestión del Absentismo Laboral*. Madrid, 1996.

<sup>41</sup> Mugarza Jiménez, E.: "Qué es y qué causa el absentismo". Congreso sobre Detección, Diagnóstico y Control del Absentismo. Madrid, 1991. referenciado por Ribaya Mallada, F.J.: *La Gestión del Absentismo Laboral*. Madrid, 1996.

## CLASIFICACIÓN DEL ABSENTISMO

Al igual que en todo lo concerniente a este tema, no existe una clara unanimidad en cuanto a la clasificación del absentismo, pero debido a la necesidad de establecer una clasificación que nos permita adentrarnos en el estudio planteado, se ha optado por adoptar la siguiente<sup>42</sup> en relación a las causas que generan cada tipo<sup>43</sup>:

1. **Absentismo legal o involuntario:** caracterizado por ser un coste para la empresa y porque el trabajador, en estas circunstancias, sigue percibiendo su remuneración y por lo tanto, pudiendo también denominarse como absentismo retribuido. Comprende los siguientes apartados:

- a) *Enfermedad normal.*- hace referencia a las ausencias debidas a enfermedad común, accidente no laboral y maternidad, siempre que se encuentren debidamente justificadas por el correspondiente parte de baja médica.
- b) *Accidente laboral.*- comprende las jornadas u horas perdidas por accidente de trabajo que se produzcan, tanto en el propio centro de trabajo como in itinere, y sea o no causa de baja laboral.
- c) *Licencias legales.*- son todas las que están consideradas como tales, según el Estatuto de los Trabajadores (fallecimiento o enfermedad grave de familiares, licencias por matrimonio, consultas médicas, embarazo, natalidad), las recogidas en convenio colectivo (formación en jornada laboral, reuniones sindicales, asambleas autorizadas, etc.) y las debidas esporádicamente a causas como elecciones generales, municipales, etc. debiendo ser cada una de ellas justificadas reglamentariamente.
- d) *Otros.*- las debidas a inclemencias del tiempo, catástrofes, etc.

2. **Absentismo personal o voluntario:** se caracteriza por ser un coste de oportunidad para la empresa y porque el trabajador, en este caso, no sigue percibiendo su remuneración siendo el llamado absentismo no retribuido. Está compuesto por los siguientes apartados:

- a) *Permisos particulares.*- corresponden a aquellas ausencias personales que no son objeto de retribución (ausencias injustificadas, faltas de puntualidad, etc.).
- b) *Ausencias no autorizadas.*- recoge aquellas ausencias por motivo de sanción, cuando ésta lleva aparejada la suspensión de empleo y sueldo.
- c) *Conflictos laborales.*- hace referencia a paros, huelgas, asambleas no autorizadas, ocasionados por motivos laborales y no laborales.

---

<sup>42</sup> Sanchez Creus, F.; Arévalo Eizaguirre, E.: *Estudio sociolaboral de la empresa española* (Segundo análisis). A.P.D., Madrid, 1983.

## CONSIDERACIONES SOBRE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

### DEFINICIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Con la finalidad de centrarnos progresivamente en el ámbito de este proyecto, y dado que lo que se pretende es realizar un *estudio sobre los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes en los profesionales integrantes de los servicios asistenciales del Servicio Canario de la Salud de la provincia de Las Palmas*, consideramos llegado el momento de definir la Incapacidad Temporal

Ésta constituye la expresión legal y administrativa de una situación médica y social indeseable: la enfermedad agravada por la circunstancia de la incapacidad para desempeñar la actividad laboral propia del trabajador.

«*Se entiende por Incapacidad Temporal la situación en la que se encuentra un trabajador que por causa de una enfermedad o accidente se encuentra incapacitado temporalmente para el desempeño de su trabajo*»<sup>44</sup>.

Según la definición apuntada, la Incapacidad Temporal es aquella en la que cabe esperar la recuperación en un periodo de tiempo determinado, mientras que la incapacidad que presenta una alteración de la capacidad laboral previsiblemente definitiva, se considera Incapacidad Permanente (subdividida a su vez en: Invalidez Permanente Parcial, Invalidez Permanente Total para la profesión habitual, Invalidez Permanente Absoluta y Gran Invalidez).

En la normativa anterior al 1 de enero de 1995 se denomina Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) o Invalidez Provisional, recogándose a partir de esa fecha como Incapacidad Temporal (IT). Las características definitorias de la Incapacidad Temporal son:

- a) La incapacidad del trabajador para desempeñar su trabajo, por causa sanitaria, salvo durante los periodos con baja en caso de enfermedad profesional.
- b) El carácter temporal de dicha incapacidad en función del pronóstico de la lesión padecida.

Tendrán consideración de situaciones determinantes de Incapacidad Temporal:

- 1) Las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo.
- 2) Los periodos de observación por enfermedad profesional durante los cuales se prescriba la baja en el trabajo.

<sup>43</sup> Aguirre Sádaba, A.: "Análisis del absentismo en el ámbito del control de gestión del personal". Alta Dirección, nº 9. referenciado por Ribaya Mallada, F.J.: *La Gestión del Absentismo Laboral*. Madrid, 1996.



## CONTINGENCIAS QUE MOTIVAN PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

A las causas determinantes de la Incapacidad Temporal se les denomina *contingencias* en función de si se trata de enfermedades o de accidentes y de si tienen relación o no con el trabajo. De esta forma tenemos contingencias profesionales y contingencias comunes (no profesionales)<sup>45</sup>.

### Contingencias Profesionales:

1. **Enfermedad profesional**, se entiende por tal aquélla contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro aprobado de enfermedades profesionales y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indique<sup>46</sup>.

La prestación de servicios sanitarios son competencia de las mutuas de accidentes de trabajo, empresas colaboradoras, Insalud y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (en los casos que estas contingencias se hayan asegurado por el INSS).

2. **Accidentes de Trabajo**, entendida así toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena. En principio se considerarán accidentes de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar de trabajo así como:

- Los sufridos por el trabajador al ir o volver del lugar de trabajo (*accidentes in itinere*).
- Los que sufra el trabajador por causa de desempeñar puestos electivos de carácter sindical y los que ocurran al ir y volver del lugar donde se desempeñen funciones propias de dichos cargos.
- Los que ocurran al desempeñar tareas que sin ser propias de la profesión del trabajador, se ejecuten en cumplimiento de órdenes del empresario o espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- Los acaecidos en actos de salvamento cuando tengan conexión con el trabajo.
- Las enfermedades, no incluidas en el concepto de enfermedad profesional, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo.
- Las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
- Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación por enfermedad intercurrente que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo, o tenga su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado al paciente para su curación.

<sup>44</sup> INSALUD (Instituto Nacional de la Salud). Subdirección General de Coordinación Administrativa. *Manual de la gestión de la Incapacidad Temporal*. Madrid, 1997.

<sup>45</sup> INSALUD (Instituto Nacional de la Salud). Subdirección General de Coordinación Administrativa. *Manual de la gestión de la Incapacidad Temporal*. Madrid, 1997.

- No impedirán la calificación como accidente de trabajo la imprudencia profesional del trabajador por causa del ejercicio habitual del trabajo, o de un compañero de trabajo, ni la culpabilidad civil o criminal del empresario, o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

La prestación de servicios sanitarios son competencia de las mutuas de accidentes de trabajo, empresas colaboradoras, Insalud y Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (en los casos que estas contingencias se hayan asegurado por el INSS).

### Contingencias Comunes:

1. **Enfermedad Común**, se denomina así a cualquier alteración de la salud que no tenga la condición de accidente de trabajo ni de enfermedad profesional. Las prestaciones sanitarias corresponden al Insalud, Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o a las empresas colaboradoras.
2. **Accidentes no laborales**, son las lesiones corporales que no se integran dentro de la definición de accidente laboral, correspondiendo las prestaciones sanitarias a las mismas entidades que en el caso de la enfermedad común.

### DURACIÓN DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Siguiendo con las referencias utilizadas<sup>47</sup> se indica que la duración de los procesos de Incapacidad Temporal será de doce meses prorrogables por otros seis, cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta por curación o mejoría que permita realizar el trabajo habitual. Al contabilizar la duración de un proceso de Incapacidad Temporal se computarán los periodos de recaída y de observación en caso de enfermedad profesional. Se entiende que las duraciones expuestas son duraciones máximas, estando la duración de cada proceso limitada exclusivamente al periodo en que el paciente se halle incapacitado clínicamente para el desempeño de su trabajo.

Para el cómputo de la duración máxima, se ha de tener en cuenta que serán acumulados los periodos de baja laboral que comiencen antes de transcurrir seis meses desde el alta del proceso anterior, siempre y cuando tengan el mismo diagnóstico.

### Causas de extinción de los procesos de Incapacidad Temporal:

1. Transcurso del plazo máximo establecido (12 meses sin prórroga o 18 meses en caso de concederse prórroga).
2. Alta médica sin declaración de Invalidez Permanente.
3. Alta médica con declaración de Invalidez Permanente.
4. Reconocimiento al derecho de percepción de pensión.
5. Fallecimiento.

<sup>46</sup> Real Decreto, 1995/78, del 12 de mayo. Anexo II.

<sup>47</sup> INSALUD (Instituto Nacional de la Salud). Subdirección General de Coordinación Administrativa. *Manual de la gestión de la Incapacidad Temporal*. Madrid, 1997.

## JUSTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

El único documento oficial con validez reglamentaria para justificar un proceso de baja por causa médica es el parte médico de baja por Incapacidad Temporal, y más concretamente, el modelo oficial denominado **Parte Médico de Baja/Alta de IT por Contingencia Común** (Modelo P9). Dicho parte deberá ser extendido por el médico correspondiente inmediatamente después del reconocimiento del paciente, si así lo considerase oportuno.

La situación de Incapacidad Temporal se confirmará por parte del médico, mediante la cumplimentación del **Parte de Confirmación de IT por Contingencias Comunes** (Modelo P9/1) y previo reconocimiento del paciente. El primer Parte de Confirmación se emitirá al cuarto día del inicio de la situación de Incapacidad Temporal, y a partir de este primer parte se emitirá uno cada siete días, sucesivamente.

Antes de ser agotados los doce meses inicialmente previstos, el médico responsable del paciente deberá cumplimentar en el parte de confirmación inmediatamente anterior al que coincida con los doce meses de permanencia en Incapacidad Temporal, el apartado correspondiente a la solicitud de **prórroga** describiendo las dolencias que sufre el paciente y las limitaciones de su capacidad funcional, si así lo estimase adecuado. En su defecto deberá decretar el **Alta Laboral**, mediante la emisión del correspondiente "Parte Médico de Baja/Alta de IT por Contingencias Comunes", en el momento que se produzca una de las circunstancias que se señalan a continuación como causas de alta y no debiendo esperar a la fecha en que correspondiese emitir el siguiente parte de confirmación:

1. *Curación.*
2. *Fallecimiento* (el alta se cursará con la fecha de defunción).
3. *Inspección Médica.* Sólo es "Alta por Inspección Médica" la que, como tal, decreta personalmente y firma un Inspector Médico. Tienen la particularidad de que, tras un alta por este concepto y durante un periodo que determinará la propia Inspección, pero no inferior a seis meses, las posibles nuevas bajas del trabajador en cuestión corresponden a la Inspección Médica.
4. *Propuesta de Invalidez* (emitida por la Inspección Médica en base a los criterios expuestos por el médico responsable del paciente).
5. *Agotamiento de plazo* (quedando pendiente de resolver el expediente de invalidez).
6. *Mejoría que permite realizar el trabajo habitual* (aunque la curación no sea completa y deba continuarse el tratamiento).
7. *Incomparecencia* (en caso de que el asegurado no acuda al médico en la fecha correspondiente a un parte de confirmación, se emitirá el alta con dicha fecha).

## ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ESPAÑOLA Y ABSENTISMO

Uno de los sectores de ocupación más importantes y con mayor tasa de absentismo, a pesar de la escasez de estadísticas publicadas, es la Administración Pública española. Ésta se enfrenta en estos años a una disyuntiva histórica muy importante, por un lado, modernizar en profundidad sus estructuras internas y estilo de funcionamiento, siguiendo influencias de países de la Unión Europea y, por otro, continuar más o menos estática, sin actualizar su dinámica de funcionamiento<sup>48</sup>.

Como bien se indica, no existen datos estadísticos que nos permitan realizar una cuantificación de los niveles de absentismo dentro de la Administración Pública en España, pero lo que sí existe es un convencimiento generalizado de la gran magnitud que alcanza este problema en dicho ámbito. Los indicadores de absentismo laboral deben formar parte de los sistemas integrales de información de los gestores públicos dada su importancia para realizar una gestión eficaz de los recursos humanos, evitando lo que ocurre en la actualidad en la mayoría de servicios y departamentos, en que los datos al respecto no están informatizados o lo están de forma incompleta<sup>49</sup>.

Al igual que en el resto de Europa, la sociedad española demanda con contundencia la mejora de los servicios prestados por la Administración y exige que ésta gestione eficazmente sus recursos humanos. Por otra parte, si, como apuntan algunos autores, se sigue manteniendo el bajo reconocimiento y la baja motivación que la Administración tradicionalmente ha dispensado, y sigue dispensando a los buenos trabajadores, ni se alcanzarán los objetivos perseguidos ni se conseguirá reducir el avance de los incrementos de absentismo. Los trabajadores que desarrollan el trabajo ven los defectos, errores y fallos, tiempos perdidos y otras características que necesitan ser cambiadas, aunque suelen callarse. Los trabajadores pueden ser la fuente de muchas mejoras si se les anima a presentar sus ideas, siendo esta importante misión responsabilidad de los directivos, consiguiendo de esta manera una segura reducción de los costes y una mejora de la calidad<sup>50</sup>.

Según Nieto<sup>51</sup> y paradójicamente, lo que en realidad parece hacer funcionar en la mayoría de los casos el pesado engranaje administrativo, son los funcionarios individuales que cumplen con su trabajo de forma abnegada, a veces en circunstancias adversas creándose entre éstos verdaderas redes informales de gestión sin status reconocido ni signos externos de identidad que los distinguan de los demás.

Sin embargo, el verdadero y dramático problema surge cuando estos paladines de la responsabilidad dentro de la Administración Pública, caen en la desmotivación y frustración oca-

<sup>48</sup> Rodríguez, A.; Samaniego, C.; Ortiz, Y.: "Causas y efectos del absentismo laboral". Auditoría Pública, *Revista de los Órganos Autonómicos de Control Externo*, nº 7, 1996.

<sup>49</sup> Casas Campo, M.: "El absentismo en el sector público". Auditoría Pública, *Revista de los Órganos Autonómicos de Control Externo*, nº 7, 1996.

<sup>50</sup> Rosander, A.C.: "Los catorce puntos de Deming aplicados a los Servicios". Ed. Díaz de Santos, 1994.

<sup>51</sup> Nieto, A.: "La Organización del Desgobierno". Barcelona, 1984. (referenciado por Rodríguez, A.; Samaniego, C.; Ortiz, Y.: "Causas y efectos del absentismo laboral").

sionadas por la falta de reconocimiento a sus esfuerzos y por la desidia de los directivos para frenar las actitudes inadecuadas y muchas veces, absentistas, de sus compañeros cercanos. Sobre decir que esta situación desemboca en actitudes indeseadas entre personas inicialmente motivadas, llegando a incrementar los niveles de absentismo y la falta de efectividad de nuestras Administraciones. Surge así el fantasma de una de las leyes, no escritas pero confirmadas tradicionalmente: *“Cada empleado acomoda su rendimiento al de su colega que, cobrando igual, trabaja menos”*.

Tenemos constancia de que se está llevando a cabo un proyecto común o *Convenio entre la Administración del Estado y las diferentes Comunidades Autónomas*, con la finalidad de establecer actividades de seguimiento, evaluación y control en materia de Incapacidad Temporal, en desarrollo de los compromisos contraídos en el Acuerdo de Financiación Sanitaria 1998/2001 y aprobado por el Consejo de Política Fiscal y Financiera el 27 de noviembre de 1997.

De la información obtenida, a través de la colaboración prestada por el Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de la Salud, entendemos que dicho Convenio se basa en la consecución de objetivos de reducción del coste generado por los procesos de Incapacidad Temporal a nivel general, no entrando de ninguna manera a realizar valoraciones concretas sobre la incidencia del absentismo en las Administraciones Públicas ni a realizar estudios de índole específica sobre las causas que originan dicho absentismo.

Teniendo presente el considerable esfuerzo que supone alcanzar los objetivos propuestos por dicho Convenio, creemos sin embargo, que intentar resolver el problema del absentismo laboral en la Administración Pública española precisa de un proyecto ambicioso y específico que incida simultáneamente sobre la productividad, el rendimiento, la calidad, la satisfacción, la implicación en el trabajo y el compromiso de los trabajadores con la organización.

Las medidas de control coercitivo, como ya se ha comentado en este estudio, han demostrado su ineficacia para atajar el problema. Tratar de mantener al trabajador en su puesto de trabajo o asegurar su presencia física, no garantiza que dicho trabajo se realice con prestancia, eficiencia y calidad.

## CONSIDERACIONES SOBRE ABSENTISMO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS

Al igual que ocurre en el resto del Estado, en la Comunidad Autónoma de Canarias el absentismo supone un grave problema, que añadido a otros condicionantes como son la falta de cualificación, la creciente inmigración, la economía sumergida, las tasas de desempleo, etc. hace peligrar el adecuado desarrollo de nuestra economía.

A pesar de lo que se indica respecto a los objetivos de necesidades de información, en el apartado de *Objetivos para Salud Laboral* del **Plan de Salud de Canarias**<sup>52</sup>: “A partir de 1997 el Servicio Canario de Salud deberá conocer las situaciones que causan incremento de la Incapacidad Temporal, tanto en su incidencia como en su duración media”, debemos reconocer que siguen existiendo ciertas deficiencias de información sobre Incapacidad Temporal en nuestra Comunidad. Esta situación viene constatada por el hecho de que no se ha podido disponer de estudios o datos significativos que pudiesen orientar la investigación pretendida, en detalle y con respecto a las Administraciones Públicas, mucho menos en referencia a la Administración Sanitaria y en concreto al Servicio Canario de la Salud.

Sin embargo, se aprecia la aportación realizada por el Servicio de Salud Laboral, que nos sitúa en la verdadera dimensión del problema al indicarnos las cifras que alcanzaron los procesos de Incapacidad Temporal en Canarias<sup>53</sup> durante los años 1997 y 1998:

INDICADORES	1997	1998	V. ABSOLUTO	%
POBLACIÓN ACTIVA	609.000	664.200	55.200	9,06
NÚMERO DE BAJAS (IT)	135.000	111.069	-23.931	-17,73
NÚMERO DE ALTAS	123.400	101.264	-22.136	-17,94
DÍAS DE BAJA DE LAS ALTAS	5.895.321	4.095.199	-1.800.122	-30,53
INCIDENCIA	1,85	1,39	-0,45	-24,56
PREVALENCIA	1,91	3,60	1,69	88,25
DURACIÓN MEDIA	47,77	40,44	-7,33	-15,35

\* Fuente: Servicio de Salud Laboral del SCS

Siguiendo con la información facilitada por la misma fuente, tendríamos que el *coste por afiliado y mes* sería de **3.742** pesetas en 1997 y de **3.057** pesetas en 1998. Además y según los

<sup>52</sup> Decreto 3/1997, de 21 de enero, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por el que se aprueba el Plan de Salud de Canarias. B.O.C. nº 41 de 13 de marzo de 1997.

<sup>53</sup> Servicio de Salud Laboral. “Memoria 1998”. Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.

datos publicados en diferentes medios de comunicación<sup>54</sup> de Canarias, a partir de la nota informativa emitida por el Servicio Canario de la Salud en septiembre de 1998 y basada en los informes del citado Servicio de Salud Laboral, las bajas por enfermedad supusieron un coste de **19.073 millones** de pesetas en 1997 en Canarias. Sin embargo, al utilizar la denominación generalizada de Incapacidad Temporal no se realiza una diferenciación del tipo de contingencias que producen dichos índices, por lo que no se dispone de información adecuada para estudiar las causas y patologías de mayor incidencia con la fiabilidad deseada.

No se ha podido disponer, a través de dicho Servicio, de datos en referencia a la categoría profesional, sector y empresa u organización del trabajador en Incapacidad Temporal por contingencias comunes, (fundamentalmente por la incapacidad de poder registrar en el formato del parte médico de Baja / Alta utilizado en los años correspondientes al periodo de estudio este tipo de información), lo que impide la realización de estudios específicos, y nos presenta una situación realmente complicada a la hora de establecer líneas de investigación mínimamente documentadas.

Para dar una idea de la escasa información existente respecto a los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, no así en cuanto a aquellos producidos por contingencias profesionales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), baste mencionar que en un estudio realizado recientemente por la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria en colaboración con el Excelentísimo Cabildo Insular de Gran Canaria<sup>55</sup> no se hace constar dato alguno sobre Incapacidad Temporal por contingencias comunes, centrándose esencialmente en cifras referidas a accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

---

<sup>54</sup> *Diario de Avisos*. "El SCS reduce en casi un 19% el gasto por Incapacidad Temporal". Santa Cruz de Tenerife, 25 de septiembre de 1998.

<sup>55</sup> Mesanza-Zufiaurre De Ocio, I.: "Mercado de Trabajo". *Gran Canaria Siglo XXI. Diagnóstico de Situación*. Tomo II, Sección III: Población, Empleo y Asuntos Sociales. Las Palmas, 1998.

## CONSIDERACIONES SOBRE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES EN EL SERVICIO CANARIO DE LA SALUD

Si como bien se indicaba anteriormente, no hemos obtenido estudios de investigación detallados en la Comunidad Autónoma de Canarias sobre los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, con respecto al Servicio Canario de la Salud la situación mantiene la misma tónica de falta de información. Se tiene constancia de diversos intentos aislados y esporádicos, por conseguir establecer indicadores sobre este fenómeno, a nivel de alguna Dirección Gerencia, Gerencia de Servicios Sanitarios y/o Gerencia de Atención Primaria, buscando la reducción de los costes generados por los procesos de Incapacidad Temporal más que estudiar las verdaderas causas que generan el problema.

También se ha podido constatar el hecho de que, aunque en muchas ocasiones los responsables sanitarios no dispongan de una adecuada red de información sobre el tema, éste es una constante preocupación que aflora con mayor o menor intensidad dependiendo del momento y de la situación económica que se esté viviendo. Cuando esto sucede, es decir se toma conciencia de que “hay que hacer algo”, lo normal es que se dicten medidas coercitivas y sancionadoras que buscan una reducción rápida del coste ocasionado, sin llevar a cabo una planificación documentada y mantenida en el tiempo por lo que, en cuanto los índices comienzan a mejorar o aparecen otros problemas que requieren la atención de los directivos se abandona el seguimiento de los procesos de Incapacidad Temporal.

La sociedad canaria, como el resto de la sociedad española y europea, exige mayor calidad en las prestaciones y servicios sanitarios además de una mejora en la gestión de los recursos humanos y materiales. El mantenimiento razonable de futuros crecimientos de recursos sanitarios, implica el realizar un importante esfuerzo en medir correctamente los resultados del gasto<sup>56</sup>. El disponer de un sistema de salud eficiente y de calidad, es algo indiscutible para cualquier ciudadano, pero el mantenimiento de dicho sistema para la sociedad se hace cada vez más costoso (el coste de personal del Servicio Canario de la Salud en 1996 fue de **62.117 millones** de pesetas<sup>57</sup>) lo que unido a una mayor demanda de ésta en la participación y control sobre la utilización de los recursos, obliga a los gestores sanitarios a realizar un esfuerzo de superación en el desarrollo de su cometido.

La *falta de profesionales de la gestión sanitaria*, cuando ha surgido la conciencia de que los recursos son limitados y la demanda ilimitada, a todos los niveles de la cadena de mando repercute de forma considerable en la organización eficiente del sistema. *La excesiva rigidez del marco laboral sanitario* que dificulta notablemente la gestión de los recursos humanos, en especial el sistema retributivo que no se adecua al modelo productivo de los servicios sanitarios, generando grandes insatisfacciones entre los profesionales que no ven compensados sus esfuer-

<sup>56</sup> López I Casasnovas, G.; Ortún Rubio, V.: *Economía y Salud. Fundamentos y Políticas*. Madrid, 1998.

<sup>57</sup> Auserón Soteras, J.L.; Baltar Trabazo, J.M.; De Funes Barragán, S.: “Servicios Sanitarios”. *Gran Canaria Siglo XXI. Diagnóstico de Situación*. Tomo II, Sección III: Población, Empleo y Asuntos Sociales. Las Palmas, 1998.



zos en relación con la baja productividad de otros y la *falta de sistemas de información* homogéneos y válidos para la toma de decisiones, son algunas de las importantes debilidades que presenta el Sistema Canario de Salud.

Hoy día todo el mundo acepta que los recursos humanos son el mayor valor de cualquier organización, esta consideración toma especial relevancia cuando hablamos de prestar servicios sanitarios de calidad y a un coste adecuado a la sociedad que así lo demanda, pero también es cierto que los profesionales encargados de prestar tales servicios deben ser motivados a través de un plan continuo y renovable que abarque desde su participación en proyectos de mejora internos hasta la búsqueda de fórmulas de incentívación, pasando por programas de formación e información.

La profesionalización de los gestores sanitarios y el convencimiento por parte de éstos de que su cometido principal es tomar las decisiones oportunas para generar las condiciones idóneas que faciliten la importante labor que, en relación directa con los usuarios deben desempeñar los profesionales, es fundamental para alcanzar el nivel de eficiencia exigido junto con la adecuación de los costes<sup>58</sup>.

Evidentemente, la situación descrita lejos de amedrentarnos a la hora de acometer este proyecto, ha supuesto un verdadero acicate para asumir la responsabilidad de intentar realizar un trabajo que pueda tener utilidad práctica para la toma de decisiones en consecuencia y para el abordaje de futuras investigaciones relacionadas.

---

<sup>58</sup> Santana, I.; Heras, F.; Álvarez, J. M.: "Gestión de Enfermería en Recursos Humanos: Mecanismos de Motivación". VII Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería. Vigo, 1996.

# MATERIAL Y MÉTODO

# MATERIAL Y MÉTODO

## DEFINICIÓN DE LA INFORMACIÓN QUE SE PRECISA

Tras la definición de los objetivos que nos planteamos para realizar este trabajo, procedemos a determinar cuáles son las variables que precisaríamos para poder dar una respuesta a dichos objetivos:

### 1. Variables Generales

Agrupamos en este apartado todas aquellas que nos proporcionan información sobre la Institución en la que los profesionales realizan su función asistencial, y que a su vez, nos dan información sobre el individuo de forma indirecta.

Las variables que incluimos en este grupo, son:

1.1.- *Dotación de Plantilla.* Respecto de esta variable, nos interesa disponer de la información obtenida tras realizar un corte transversal de la dotación de plantilla en un momento determinado en el tiempo, ya que no debemos olvidar que esta dotación suele cambiar con relativa facilidad aunque generalmente lo hace dentro de estrechos márgenes, es decir, están sujetas a procesos de evolución continuo, bien por aumentos o por descensos.

La información que se requiere en este caso debe ser presentada de forma diferenciada, tanto por *centro de trabajo* como por *unidad o servicio y categoría profesional*.

La razón fundamental por la que precisamos esta información hace referencia a la capacidad de poder relativizar las frecuencias de los procesos de Incapacidad Temporal en los diferentes centros asistenciales y unidades o servicios, ya que una frecuencia simple no nos serviría para realizar una comparación del comportamiento de éstas respecto a la IT.

1.2.- *Salario medio por categoría profesional.* Esta variable nos permite calcular cuál es el coste económico de los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes y aventurar el coste de oportunidad que representa.

### 2. Variables Intrínsecas.

Hacen referencia a información directa sobre los individuos que padecen un proceso de Incapacidad Temporal. La información que precisamos deberá ser individualizada por proceso interesándonos conocer cuál es el valor de estas variables en el momento en que se produce el proceso de IT, Las variables que vamos a analizar, son:

2.1.- *Código identificativo.* Individualizado por profesional. Se precisa que la información identifique con un mismo código todos los procesos referentes a un mismo profesional. Este código deberá proteger la identidad del trabajador no siendo identificables los profesionales estudiados, ni por parte del equipo de investigadores ni por los individuos que tengan acceso al trabajo una vez realizado, estos preceptos atienden a la necesidad de guardar la intimidad de los profesionales de los centros de trabajo en los que se va a realizar el estudio.

2.2.- *Fecha Alta / Baja.* Nos permite determinar cuál será la duración de los procesos de IT, además de poder realizar un estudio de frecuencias de tales procesos en los diferentes meses y años motivo de estudio.

2.3.- *Servicio o Unidad de trabajo.* Esta variable nos informará sobre la unidad/servicio en la que el trabajador desarrolla su actividad profesional en el momento que sufre un proceso de IT y nos permitirá realizar un estudio comparativo, respecto a los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, entre las diferentes unidades/servicios, tanto dentro de un centro de trabajo como entre los diferentes centros.

2.4.- *Categoría profesional.* A través de su análisis se podrá definir cuál o cuáles son las categorías profesionales, que prestan su actividad dentro de los centros asistenciales del Servicio Canario de la Salud, que presentan una mayor incidencia de enfermedades comunes que lleven a los profesionales en cuestión a presentar un proceso de IT.

2.5.- *Tipo de contrato.* Esta variable nos puede indicar de qué manera afecta la relación contractual del individuo con la Administración Pública Sanitaria, a la hora de analizar los procesos de IT.

2.6.- *Antigüedad en la empresa.* Pretendemos analizar hasta qué punto el llevar más o menos tiempo prestando los servicios profesionales en el centro de trabajo correspondiente o en el Servicio Nacional de Salud en general, es un factor que afecta a la presentación de procesos de IT.

2.7.- *Edad.* Nos permite evaluar la influencia de esta característica personal sobre los procesos de IT.

2.8.- *Sexo.* Nos facilitará el estudio del peso que esta variable pueda ejercer a la hora de que el individuo presente comportamientos absentistas traducidos en procesos de Incapacidad Temporal.

2.9.- *Estado civil.* Pretendemos estudiar cómo influyen determinados factores familiares en los comportamientos ante la IT, y concretamente el estado civil del individuo.

2.10.- *Nº hijos.* Se intentará analizar la influencia de este factor familiar con relación a los comportamientos ante la IT.

2.11.- *Diagnóstico médico de Alta / Baja.* Nos dotará de la información necesaria para realizar un estudio sobre la morbilidad, tanto en relación a las patologías presentadas, como a la frecuencia con que se repiten los procesos.

### 3. Variables Extrínsecas.

Agrupamos bajo este epígrafe, toda aquella información que obtenemos fuera de los centros de trabajo, información que en principio no nos aportará datos ni directa ni indirectamente

del individuo, ni de sus condiciones de trabajo. La información que nos proporcionan estas variables, hace referencia al tratamiento de los datos obtenidos en las anteriores, es decir su función será la de facilitarnos que los datos que nos proporcionen las variables antes mencionadas, se traduzcan en información útil y en algunos casos científicamente avalada.

3.1.- *Estándares de duración de los procesos de IT*, utilizaremos el catálogo oficial de duración normal de los procesos de IT relacionada con los diferentes diagnósticos médicos, suministrado por el Servicio de Salud Laboral y editado por el Instituto Nacional de la Salud<sup>59</sup>.

Con este parámetro estudiaremos las desviaciones de la duración de los procesos de IT en relación con la duración establecida como normal o estándar, para cada una de las patologías detectadas.

3.2.- *Codificación de Enfermedades*. Con el necesario interés por dotar del máximo rigor científico el trabajo que estamos realizando y que, a la vez, facilite su lectura e interpretación a los posibles lectores a los que se dirige, apostamos por la utilización de un sistema de codificación que esté reconocido tanto por el Sistema Nacional de Salud como por organismos internacionales relacionados con la materia que nos ocupa (O.M.S.). Según lo expuesto se opta por basarnos para tal menester en el Sistema Internacional de Codificación de Enfermedades

En 1997 la O.M.S. publica la *Internacional Classification of Diseases 9<sup>th</sup> Revision Clinical Modification (ICD-9-CM)*, como Sistema de Clasificación de Enfermedades.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en diciembre de 1987 acuerda establecer como Sistema de Codificación de los Diagnósticos Médicos y procedimientos tanto quirúrgicos como obstétricos, así como procedimientos diagnósticos y /o terapéuticos la *ICD-9-CM*. Estos sistemas desarrollados en Estados Unidos, aportan un eje clínico a la *Clasificación Internacional de Enfermedades*.

Sobre la base de estos antecedentes el INSALUD, realizó la primera traducción al castellano de la *ICD-9-CM*, y lo denominó *CIE-9-MC* (Clasificación de Enfermedades, 9ª Revisión Modificación Clínica)<sup>60</sup>. En este trabajo tomaremos como base la segunda traducción al castellano de la *CIE-9-MC*, editada en 1993, que es la 4ª Edición de la *ICD-9-CM* editada en 1992.

3.3.- *Retribución salarial* de las diferentes categorías profesionales, que prestan sus servicios en centros asistenciales del Servicio Canario de la Salud, con el fin de calcular el coste económico de los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes.

## RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez definidas las variables en las que se va a centrar nuestro estudio, procederemos a describir de forma somera cuál ha sido la sistemática de recopilación de la información que se ha llevado a cabo para el desarrollo de este proyecto.

<sup>59</sup> INSALUD, Secretaría General: *Manual de ayuda al médico para la gestión de la Incapacidad Temporal*. Madrid, 1994.

<sup>60</sup> *Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica (CIE-9-MC)*. Ministerio de Sanidad y Consumo

El primer paso que realizamos es la puesta en contacto con el Director del «II Máster en Dirección y Gestión de las Administraciones Públicas», tanto para comunicarle el objeto de nuestro estudio y la elección de la Directora de Proyecto, como para solicitarle la acreditación pertinente que nos identifique como alumnos de dicho Máster, lo que nos facilitaría la solicitud de información y colaboración ante las autoridades del Servicio Canario de la Salud.

El segundo paso emprendido consiste en mantener una entrevista con el Secretario General del Servicio Canario de la Salud, explicándole la intención del proyecto y el interés que para la gestión sanitaria en Canarias puede generar, con el objeto de conseguir su apoyo para solicitar a los diferentes Directores Gerentes y Gerentes de los centros asistenciales a estudiar, su necesaria colaboración en la aportación de la información que se precisa para acometer con garantías de éxito el proyecto en cuestión. De igual manera, se contacta con el Jefe del Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de la Salud, con la intención de obtener información y asesoramiento respecto al tema que nos ocupa.

Se conciertan una serie de reuniones con los Directivos responsables de los centros asistenciales de Gran Canaria y Fuerteventura implicados en el estudio (Direcciones, Gerencias de Atención Especializada en Gran Canaria, Gerencia de Atención Primaria en Gran Canaria, Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura y sus respectivos Directores de Recursos Humanos, Jefes de Servicio de Personal, Jefes de Servicio de Informática, etc.) y se contacta telefónicamente con la Gerencia de Servicios Sanitarios y la Dirección de Área de Lanzarote.

El siguiente paso en el proceso de recopilación de la información, además de ser el más arduo y complicado de todos los que precisamos realizar en esta fase del proyecto, transcurre en un largo devenir de reuniones explicativas, contactos telefónicos, envío de faxes y correos electrónicos, intentando por todos los medios facilitar el trabajo de obtención de datos a nuestros interlocutores en los diferentes centros asistenciales.

Este proceso, muchas veces se ve entorpecido por la dificultad de acceso directo al profesional que, en las organizaciones tiene la capacidad real de suministrar la información requerida, así como en casos concretos (Islas de Fuerteventura y Lanzarote) por la distancia existente a estos centros de datos.

No obstante y pese a las muchas dificultades que nos encontramos en el camino, dificultades que a veces nos llevan a replantearnos los objetivos del estudio que estamos realizando, podemos decir que la información recopilada es de gran valor e interés para el análisis del tema que nos ocupa.

Las instancias a las que nos dirigimos para obtener las bases de datos necesarias para nuestro estudio han sido:

1.- **Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de la Salud.** Nuestra primera intención fue la de realizar la contrastación de la información relativa a los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, con las bases de datos de este Servicio, sin embargo, por problemas de tipo técnico no se puede realizar esta recogida de datos, ya que no dispone de información definida por categoría profesional, ni por centro de trabajo, lo que limitaría sobre manera la consecución de los objetivos iniciales que nos marcamos, por lo que tomamos la decisión de basarnos exclusivamente en la información solicitada directamente a los centros asistenciales de la provincia de Las Palmas. Otro tipo de información solicitada, que nos es remiti-

da por este Servicio, es la *relación de estándares* con las frecuencias normales de los procesos de IT, la memoria del año 1998, así como, el acceso a información bibliográfica.

2.- **Dirección General de Recursos Económicos.** Se obtiene información referente a las retribuciones de las categorías profesionales, de los niveles asistenciales de Atención Primaria y Atención Especializada, para los años de estudio (1994, 1995, 1996, 1997 y 1998).

3.- **Dirección Gerencia del los Hospitales Nuestra Señora del Pino / Sabinal de Las Palmas de Gran Canaria.** La información facilitada por esta Dirección Gerencia, se compone de dos bases de datos, suministradas en soporte magnético. En la *primera base de datos*, nos suministran las variables generales, en formato Access 97, relacionando dos cortes transversales de la dotación de plantilla, uno de ellos del mes de enero del año 1997 y el otro del mes de junio del año 1998, en este estudio utilizaremos la base de datos del mes de junio de 1998.

Las variables que componen esta base de datos son:

- 1.- Servicio o Unidad.
- 2.- GFH (Grupo Funcional Homogéneo), ya que en esta Dirección Gerencia cada uno de los Servicios o Unidades primarias, se halla subdividido en grupos homogéneos de actividad o pequeñas unidades de gasto.
- 3.- Puesto de Trabajo o Categoría Profesional.
- 4.- Dotación de Plantilla asignada.

La *segunda base de datos*, relacionada con las variables intrínsecas, se nos facilita en formato texto donde las variables que la componen, diferenciadas mediante separadores, son las siguientes:

- 1.- Código diferenciado por individuo.
- 2.- Área, en la que se nos hace constar en todos los procesos de IT, la dependencia de la Dirección Gerencia de los Hospitales Nuestra Señora del Pino / Sabinal.
- 3.- Servicio, donde realiza la función profesional en el momento de generarse la IT.
- 4.- GFH, unidad de gasto a la que está adscrito el trabajador.
- 5.- Categoría Profesional.
- 6.- Tipo de Contrato.
- 7.- Fecha del Contrato.
- 8.- Fecha de Nacimiento.
- 9.- Sexo.
- 10.- Estado Civil.
- 11.- N° de Hijos.
- 12.- Fecha Baja Médica.
- 13.- Fecha Alta Médica.
- 14.- Diagnóstico Médico.

Esta base de datos contiene un total de 7.925 procesos de IT, sobre un total de 2.385 trabajadores que sufren uno o más de estos procesos. No obstante, debemos significar que en la información remitida se presentan algunos casos de Accidentes Laborales y de Bajas Maternales que, como ya hemos indicado con anterioridad, no son objeto de estudio en este proyecto.

La información sobre los procesos de IT recoge los referidos al periodo comprendido entre enero de 1994 y el mes de septiembre de 1998. Se nos facilita la Memoria del año 1996, de la que se observará la información referida a la distribución por sexos del total de profesionales de esta Dirección Gerencia.

**4.- Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil / Insular de Las Palmas de Gran Canaria.** La información facilitada por esta Dirección Gerencia, se compone de cuatro bases de datos suministradas en soporte magnético, en las que se diferencia la información, separando la correspondiente a los trabajadores dependientes del Servicio Canario de la Salud de la información referida al personal del Cabildo Insular de Gran Canaria. El primer paso que debemos realizar es unificar la información del personal de ambas Administraciones, consiguiendo reducirla a sólo dos bases de datos.

En la *primera de de datos* se nos suministran las variables generales, en formato Access 97, aportándose un corte transversal de la dotación de plantilla en el mes de octubre de 1998.

Las variables que componen esta base de datos son:

- 1.- Servicio.
- 2.- Categoría Profesional.
- 3.- Dotación de Plantilla asignada.

En la *segunda base de datos*, relacionada con las variables intrínsecas, se nos facilita en formato Access 97 y está formada por las siguientes variables:

- 1.- Código diferenciado por individuo.
- 2.- Hospital, en el que para todos los procesos se nos hace constar que realizan su función con dependencia de la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil / Insular de Las Palmas de Gran Canaria.
- 3.- Servicio, donde se realiza la actividad profesional en el momento de generarse la Incapacidad Temporal.
- 4.- Categoría Profesional.
- 5.- Tipo de Contrato.
- 6.- Fecha del Contrato.
- 7.- Edad.
- 8.- Sexo.
- 9.- Estado Civil.
- 10.- N° de Hijos.



- 11.- Fecha Baja Médica.
- 12.- Fecha del Alta Médica.
- 13.- Diagnóstico Médico.

Esta base de datos contiene un total de 14.233 procesos de IT, sobre un total de 3.392 trabajadores que sufren uno o más de estos procesos, no obstante debemos significar que en la información remitida se presentan algunos casos de Accidentes Laborales y de Bajas Maternales que, como ya es sabido no son objeto de estudio en este proyecto. La información obtenida en este caso, sobre los procesos de IT hace referencia al periodo comprendido entre septiembre de 1990 y octubre de 1998.

Se nos facilita la Memoria 1995/1996, de la que se observará la información referida a la distribución por sexos del total de profesionales de esta Dirección Gerencia.

**5.- Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.** La información suministrada por esta Gerencia, se compone de dos bases de datos, suministrada una en soporte magnético y la otra en soporte papel. En la *primera base de datos*, nos hacen llegar las variables generales, se proporciona en formato papel relacionando un corte transversal de la dotación de plantilla del mes de junio del año 1998.

Las variables que componen esta base de datos son:

- 1.- Servicio o Unidad.
- 2.- Puesto de Trabajo o Categoría Profesional.
- 3.- Dotación de Plantilla asignada.

La *segunda base de datos*, relacionada con los variables intrínsecas, se nos facilita en formato texto donde las variables que la componen vienen diferenciadas mediante separadores:

- 1.- Código diferenciado por individuo.
- 2.- Centro de trabajo, en el que se nos hace constar en todos los procesos la dependencia funcional de los trabajadores de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.
- 3.- Servicio donde realiza la actividad profesional en el momento de generarse la IT.
- 4.- Categoría Profesional.
- 5.- Tipo de Contrato.
- 6.- Fecha del Contrato.
- 7.- Edad.
- 8.- Sexo.
- 9.- Estado Civil.
- 10.- Nº de Hijos.
- 11.- Fecha Baja Médica.
- 12.- Fecha Alta Médica.
- 13.- Diagnóstico Médico.

Esta base de datos contiene un total de 7.966 procesos de IT, sobre un total de 996 trabajadores que sufren uno o más de estos procesos. Sin embargo, conviene apuntar que, en la información remitida se presentan algunos casos de Accidentes Laborales y de Bajas Maternales que como ya hemos definido con anterioridad no son objeto de estudio en este proyecto y que se eliminan del estudio. La información sobre los procesos de IT recoge los generados desde febrero de 1970 hasta el mes de septiembre de 1998.

Se nos facilita información de la que se observarán los datos referidos a la distribución por sexos del total de profesionales de esta Dirección Gerencia.

**6.- Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura.** La información remitida por esta Gerencia sólo contiene las variables generales, se nos aporta en soporte informático en Excel 97, viniendo diferenciados en varias hojas de cálculo los niveles asistenciales que coexisten en esta Gerencia (Atención Especializada y Atención Primaria).

Las variables incluidas en este fichero son:

- 1.- Código diferenciado por individuo.
- 2.- Centro de trabajo, diferenciando el nivel asistencial en el que trabajan, Atención Primaria o Atención Especializada.
- 3.- Servicio, donde realiza la actividad profesional cuando se genera la IT.
- 4.- Categoría Profesional.
- 5.- Tipo de Contrato.
- 6.- Edad.
- 7.- Sexo.
- 8.- Estado Civil.
- 9.- Fecha Baja /Alta Médica.

Paralelamente nos suministran en soporte papel, el diagnóstico médico de algunos de los procesos de IT, por lo que procedemos a su tratamiento en soporte informático. Merece mención especial el considerable esfuerzo realizado y la colaboración prestada tanto por el Subdirector de Recursos Humanos de la Gerencia en cuestión como por una de las profesionales integrantes del equipo de Salud Laboral en la Dirección de Área de esta isla, dadas las precarias condiciones de informatización en que se encontraban los datos solicitados.

Esta base de datos contiene un total de 482 procesos de IT, sobre un total de 357 trabajadores que sufren uno o más de estos procesos, de estos procesos 152 pertenecen a profesionales que desempeñan su función en Atención Primaria en Fuerteventura y los 205 restantes son de personal de Atención Especializada. La información sobre los procesos de IT aporta datos referentes a los captados entre enero de 1997 y junio de 1998.

**7.- Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote.** Tras mucho insistir en la solicitud de información a esta Gerencia y en su defecto a la Dirección de Área de Lanzarote, no obtenemos respuesta satisfactoria, por lo que no disponemos de información alguna al respecto.

Como resumen, de todas nuestras demandas y los que las Direcciones Gerencias y Gerencias, objeto de estudio, nos han suministrado, presentamos la siguiente tabla.

		H. N <sup>o</sup> S <sup>o</sup> Pino/ Sabinal	H. Materno Infantil/Insular	G. Atención Primaria G.C.	S. Sanitarios Fuerteventura	S. Sanitarios Lanzarote
Variables Generales	Dotación Plantilla	SI	SI	SI	NO	NO
	Salario por categoría	NO	NO	SI	NO	NO
Variables Intrínsecas	Código Identificación	SI	SI	SI	SI	NO
	Fecha Alta/Baja	SI	SI	SI	SI	NO
	Unidad de trabajo	SI	SI	SI	SI	NO
	Categoría profesional	SI	SI	SI	SI	NO
	Tipo de contrato	SI	SI	SI	SI	NO
	Antigüedad empresa	SI	SI	SI	NO	NO
	Edad	SI	SI	SI	SI	NO
	Sexo	SI	SI	SI	SI	NO
	Estado civil	SI	SI	SI	SI	NO
	N <sup>o</sup> Hijos	SI	SI	SI	NO	NO
	Diagnóstico médico	SI	SI	SI	SI	NO

## METODOLOGÍA DE TRANSFORMACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Una vez recopilada la información, procedemos a darle un nuevo formato para la correcta explotación de los datos. Inicialmente consiste en la mecanización de toda la información que se nos ha remitido en formato papel. Este proceso lo realizamos en la misma base de datos que nos remiten los centros (caso de los diagnósticos médicos, en la base de datos generales de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura), o bien realizando una nueva base de datos (creamos una base de datos en Access con la información sobre la dotación de plantilla en Atención Primaria de Gran Canaria).

A esta altura del proceso tomamos la decisión de realizar un estudio específico de la información de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura, ya que como se ha podido observar ésta no es similar a la obtenida de las otras Direcciones Gerencias y Gerencia.

### Variables Intrínsecas

En un segundo paso procedemos a la transformación de las tres bases de datos sobre las variables intrínsecas (base de datos de la Dirección Gerencia de los Hospitales Nuestra Señora del Pino/Sabinal de Las Palmas de Gran Canaria, base de datos de la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil / Insular de Las Palmas de Gran Canaria y la base de datos de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria). Este proceso nos llevará a disponer de estas bases de datos en formato Excel.

Una vez analizadas las bases de datos disponibles, procedemos a eliminar aquella información que no precisamos para la realización de nuestro estudio, con la finalidad de atender los objetivos que nos habíamos planteado. Este trabajo de filtrado de las bases de datos se realiza, en primer lugar, eliminando los procesos que aparecen definidos como Accidentes de Trabajo o Accidentes Laborales y las Bajas Maternales o los que se identifiquen como Parto (normal).

El segundo filtrado que realizamos a estas bases de datos consiste en la eliminación de los procesos que se produjeron fuera de lo que será el periodo de estudio, enero de 1994 a septiembre de 1998.

El tercer filtro que realizamos es eliminar los procesos que no presentan fecha del alta médica, ya que en el momento en que los centros nos remiten la información dichos procesos continuaban de baja médica. La siguiente actuación a la que hacemos frente trata de unificar las variables de las bases de datos, tanto en lo que es la nomenclatura como en lo que se refiere a las diferentes presentaciones.

Una vez tenemos todas las variables en idénticas condiciones en las cuatro bases de datos, realizamos el asentamiento de toda la información en una única base de datos.

El primer proceso que realizamos sobre esta única base de datos es la recodificación de los procesos. Dicha recodificación se realizó de forma que cada uno de los casos se registra con dos números diferentes, el primero identificará al profesional (todos los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes de un mismo profesional tienen el mismo número), y el segundo identificará al proceso en sí (todos los procesos tienen un código numérico propio).

La base de datos unificada presenta un total de 21.598 procesos de IT viéndose afectados un total de 6.176 profesionales. Las variables resultantes tras la unificación de las cuatro bases de datos primarias y la recodificación de algunas de ellas, para lograr un formato adecuado para el procesamiento estadístico de la información, son las siguientes:

- 1.- *Hospital*. Esta variable identificará el centro de trabajo en el que el trabajador realiza su función profesional.
- 2.- *Unidad*. Identifica la unidad o servicio en el que el trabajador realiza su función.
- 3.- *Categoría*. Categoría profesional en la que el trabajador está contratado.
- 4.- *Contrato*. Tipo de contrato que une al profesional con la empresa.
- 5.- *Edad*. Esta variable es la resultante de la unión de las variables Edad de la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil / Insular y Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria con la variable Fecha de Nacimiento de la Dirección Gerencia de los Hospitales Ntra. Sra. del Pino / Sabinal. Para la transformación de la variable Fecha de Nacimiento a Edad, se realiza la resta entre la fecha de nacimiento y la fecha de la baja médica.
- 6.- *Sexo*. Hace mención al género de los profesionales.
- 7.- *Estado Civil*. Hace referencia al estado civil del profesional en el momento de causar baja por IT.
- 8.- *Número de Hijos*. Se presenta el número de hijos que los profesionales tienen en el momento de la IT.

- 9.- *Duración del proceso de IT* variable obtenida por la resta entre la fecha de baja médica y la fecha de alta médica.
- 10.- *Día de la semana*. Día de la semana en que se produce el proceso de baja médica.
- 11.- *Mes*. Mes del año en el que se produce la baja médica.
- 12.- *Año*. Año en el que se produce la baja médica
- 13.- *Diagnóstico Médico*. Patología (enfermedad común), por la que el médico da la baja al profesional afectado.
- 15.- *Antigüedad en la empresa*. Variable obtenida de la resta entre la fecha de contrato y la fecha de la baja médica.

Una vez hemos realizado la recodificación en Excel 97, de la base de datos, procedemos a su explotación en el programa estadístico SPSS para Windows versión 7.5.

En este punto procedemos a la definición de las variables que conformarán nuestro archivo en SPSS, indicando a continuación y de una manera pormenorizada cómo se ha concretado dicha definición transformando y recodificando las variables objeto del estudio, así como el tipo de variables que son:

- 1.- *Hospital*, variable cualitativa, con 3 modalidades:
- Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil / Insular de Las Palmas de Gran Canaria.
  - Dirección Gerencia de los Hospitales Ntra. Sra. del Pino / Sabinal Las Palmas de Gran Canaria.
  - Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

En esta variable no se realiza ninguna actuación

- 2.- *Unidad o Servicio*, variable cualitativa, que presenta 270 valores. Para una mejor manejabilidad de los datos en esta variable, realizamos una recodificación de la misma en 12 modalidades.

Una vez recodificada la variable y después de ponerle etiquetas, los diferentes valores serían:

## 1.- HOSPITALIZACIÓN.

- Obstetricia Htal. Materno-Infantil / Insular
- Partos Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 1-Ab Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Planta 1 Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 10 Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 10 Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Planta 2-Ab Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Planta 2 Htal. Materno-Infantil / Insular

- Planta 2 Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Planta 3-Ab Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Planta 3 (Neonatos) Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 3 (Onco-Hematología) Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 3 C Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Planta 3 Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Planta 4 (Especialidades) Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 4 (Lactantes) Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 4 (Preescolares) Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 4 Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 4 Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Planta 5 (Cirugía) Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 5 (Tocología) Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 5 (UEI) Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 5 Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 5 Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Planta 6 (Tocología) Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 6 Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 6 Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Planta 7 (Tocología) Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 7 Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 7 Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Planta 8 (Ginecología) Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 8 Htal. Materno-Infantil / Insular
- Planta 8 Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Planta 9 Htal. Materno-Infantil / Insular
- Psiquiatría Htal. Materno-Infantil / Insular
- Unidad del Dolor Htal. Materno-Infantil / Insular
- Unidad de Cuidados Paliativos Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Unidad Desintoxicación Htal. Materno-Infantil / Insular
- Unidad Internamiento Breve Htal. Materno-Infantil / Insular
- Unidad Rehabilitación Activa Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal

## 2.- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI)

- Medicina Intensiva Htal. Materno-Infantil / Insular
- U.M.I. Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal

### 3.- URGENCIAS.

- Ser. Urg. Alcaravaneras Atención Primaria
- Ser. Urg. Arrecife Atención Primaria
- Ser. Urg. Arucas Atención Primaria
- Ser. Urg. Barrio Atlántico Atención Primaria
- Ser. Urg. Canalejas Atención Primaria
- Ser. Urg. Gáldar Atención Primaria
- Ser. Urg. González Medina Atención Primaria
- Ser. Urg. Ingenio Atención Primaria
- Ser. Urg. Jinámar Atención Primaria
- Ser. Urg. Maspalomas Atención Primaria
- Ser. Urg. Puerto Atención Primaria
- Ser. Urg. Remudas Atención Primaria
- Ser. Urg. San José Atención Primaria
- Ser. Urg. Schamann Atención Primaria
- Ser. Urg. Tamaraceite Atención Primaria
- Ser. Urg. Vecindario Atención Primaria
- Servicio Especial Urgencias Atención Primaria
- Urgencias Htal. Materno-Infantil / Insular
- Urgencias Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal

### 4.- SERVICIOS CENTRALES.

- Análisis Clínico Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Anatomía Patológica Htal. Materno-Infantil / Insular
- Anatomía Patológica Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Área de Exploraciones Cardiología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Área de Exploraciones Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Área de Neurología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Área de Urología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Banco de Sangre Htal. Materno-Infantil / Insular
- Banco de Sangre Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Bioquímica Htal. Materno-Infantil / Insular
- Diagnósticos Clínicos Htal. Materno-Infantil / Insular
- Diálisis Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Diálisis Htal. Materno-Infantil / Insular

- Esterilización Htal. Materno-Infantil / Insular
- Esterilización Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Farmacia Htal. Materno-Infantil / Insular
- Farmacia Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Fisioterapia Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Hematología Laboratorio Htal. Materno-Infantil / Insular
- Hematología Laboratorio Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Hospital de Día Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Inmunología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Laboratorio de Urgencias Htal. Materno-Infantil / Insular
- Microbiología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Microbiología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Neurofisiología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Neurofisiología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Oncología Radioterápica Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Radiodiagnóstico Htal. Materno-Infantil / Insular
- Radiodiagnóstico Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Radiología Intervencionista Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Rehabilitación Htal. Materno-Infantil / Insular

## 5.- QUIRÓFANOS Y REANIMACIÓN.

- Anestesia y Reanimación Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Anestesiología y Reanimación Htal. Materno-Infantil / Insular
- Quirófano Htal. Materno-Infantil / Insular
- Quirófano Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal

## 6.- GERENCIA Y DIRECCIONES.

- Atención al Paciente Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Atención al Paciente Htal. Materno-Infantil / Insular
- Atención Primaria Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Centros Concertados Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Consejería Sanidad y Consumo Htal. Materno-Infantil / Insular
- Dirección Gerencia Atención Primaria
- Dirección Territorial Sanidad Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Docencia e Investigación Htal. Materno-Infantil / Insular



- Docencia e Investigación Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Educación Maternal Htal. Materno-Infantil / Insular
- Gerencia Atención Primaria
- Gestión Económico y Financiera Htal. Materno-Infantil / Insular
- Gestión Económico y Financiera Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Hospital Materno-Infantil Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Hospital San Roque Guía Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Medicina Preventiva Htal. Materno-Infantil / Insular
- Medicina Preventiva Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Plantilla de Refuerzo Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Plantilla de Transporte Htal. Materno-Infantil / Insular
- Plantilla Volante Htal. Materno-Infantil / Insular
- Promoción de la Calidad Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Unidad de Salud Laboral Atención Primaria

## 7.- HOSTELERÍA.

- Cocina Htal. Materno-Infantil / Insular
- Cocina Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Dietética Htal. Materno-Infantil / Insular
- Hostelería Htal. Materno-Infantil / Insular
- Lavandería Htal. Materno-Infantil / Insular
- Lavandería Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Lencería Htal. Materno-Infantil / Insular
- Lencería Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Nutrición Infantil Htal. Materno-Infantil / Insular

## 8.- MANTENIMIENTO.

- Electromedicina Htal. Materno-Infantil / Insular
- Electromedicina Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Informática Htal. Materno-Infantil / Insular
- Informática Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Mantenimiento Htal. Materno-Infantil / Insular
- Mantenimiento Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal

**9.- SERVICIOS MÉDICOS.**

- Alergología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Alergología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Cardiología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Cardiología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Dermatología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Dermatología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Digestivo Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Endocrinología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Endocrinología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Gastroenterología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Genética Htal. Materno-Infantil / Insular
- Hematología Clínica Htal. Materno-Infantil / Insular
- Medicina Interna Htal. Materno-Infantil / Insular
- Medicina Interna Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Medicina Nuclear Htal. Materno-Infantil / Insular
- Nefrología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Nefrología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Neumología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Neumología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Neurología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Neurología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Oncología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Pediatría Htal. Materno-Infantil / Insular
- Reumatología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Tocología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal

**10.- SERVICIOS QUIRÚRGICOS.**

- Angiología y Cirugía Vasculard Htal. Materno-Infantil / Insular
- Angiología y Cirugía Vasculard Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Cirugía Cardio-Vascular Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Cirugía General y Digestivo Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Cirugía Maxilofacial Htal. Materno-Infantil / Insular
- Cirugía Maxilofacial Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Cirugía Ortopédica y Traumatología Htal. Materno-Infantil / Insular

- Cirugía Ortopédica y Traumatología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Cirugía Pediátrica Htal. Materno-Infantil / Insular
- Cirugía Plástica Htal. Materno-Infantil / Insular
- Cirugía Plástica Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Cirugía Torácica Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Ginecología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Ginecología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Neurocirugía Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Oftalmología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Oftalmología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Otorrinolaringología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Otorrinolaringología Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Unidad de Raquis Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Urología Htal. Materno-Infantil / Insular
- Urología Htal. Pino Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal

## 11.- GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN.

- Administración Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Admisión Htal. Materno-Infantil / Insular
- Admisión Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Almacén Htal. Materno-Infantil / Insular
- Asesoría Jurídica Htal. Materno-Infantil / Insular
- Clientes Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Conserjería Htal. Materno-Infantil / Insular
- Contabilidad Htal. Materno-Infantil / Insular
- Control de Gestión Htal. Materno-Infantil / Insular
- Control de Gestión Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Facturación Cargos Htal. Materno-Infantil / Insular
- Fondo de Maniobra Htal. Materno-Infantil / Insular
- Intervención Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Logística Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Oficina Técnica de Obras Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Oficina Técnica de Obras Htal. Materno-Infantil / Insular
- Personal Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Personal Htal. Materno-Infantil / Insular
- Personal Subalterno Htal. Materno-Infantil / Insular

- Secretaria Técnica Asistencial Htal. Materno-Infantil / Insular
- Suministros Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Telefonía y Comunicaciones Htal. Materno-Infantil / Insular

## 12.- CONSULTAS EXTERNAS.

- Centro de Salud Telde - Calero Atención Primaria
- Centro de Salud Telde - San Gregorio Atención Primaria
- Centro Salud Agaete Atención Primaria
- Centro Salud Agüimes Atención Primaria
- Centro Salud Alcaravanas Atención Primaria
- Centro Salud Arucas Atención Primaria
- Centro Salud Barrio Atlántico Atención Primaria
- Centro Salud Caideros Atención Primaria
- Centro Salud Canalejas Atención Primaria
- Centro Salud Canalejas Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Centro Salud Cono Sur Atención Primaria
- Centro Salud Escaleritas Atención Primaria
- Centro Salud Firgas Atención Primaria
- Centro Salud Gáldar Atención Primaria
- Centro Salud Guanarteme Atención Primaria
- Centro Salud Ingenio Atención Primaria
- Centro Salud Jinámar Atención Primaria
- Centro Salud la Graciosa Atención Primaria
- Centro Salud la Oliva Atención Primaria
- Centro Salud Maspalomas Atención Primaria
- Centro Salud Miller Bajo Atención Primaria
- Centro Salud Mogán Atención Primaria
- Centro Salud Moya Atención Primaria
- Centro Salud Polígono San Cristóbal Atención Primaria
- Centro Salud Puerto Atención Primaria
- Centro Salud Puerto del Rosario Atención Primaria
- Centro Salud San Bartolomé - Tinajo Atención Primaria
- Centro Salud San Juan Atención Primaria
- Centro Salud San Nicolás de Tolentino Atención Primaria
- Centro Salud San Roque Atención Primaria
- Centro Salud Santa Brígida Atención Primaria

- Centro Salud Santa María de Guía Atención Primaria
- Centro Salud Schamann Atención Primaria
- Centro Salud Tafira Atención Primaria
- Centro Salud Tamaraceite Atención Primaria
- Centro Salud Tejada Atención Primaria
- Centro Salud Telde - el Calero Atención Primaria
- Centro Salud Telde - Remudas Atención Primaria
- Centro Salud Telde - San Gregorio Atención
- Centro Salud Teror Atención Primaria
- Centro Salud Tías Atención Primaria
- Centro Salud Tirajana Atención Primaria
- Centro Salud Triana Atención Primaria
- Centro Salud Tuineje - Pájara Atención Primaria
- Centro Salud Valsequillo Atención Primaria
- Centro Salud Valleseco Atención Primaria
- Centro Salud Vecindario Atención Primaria
- Centro Salud Vega de San Mateo Atención Primaria
- Consultas Externas Htal. Materno-Infantil / Insular
- Consultas Externas Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Hospitalización a Domicilio Htal. Materno-Infantil / Insular
- Pacientes Domiciliados Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Unidad salud mental Htal. Materno-Infantil / Insular
- Unidad salud mental Bañaderos Atención Primaria
- Unidad salud mental Bañaderos Htal. Materno-Infantil / Insular
- Unidad salud mental Bañaderos Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Unidad salud mental Canalejas Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Unidad salud mental Canalejas Htal. Materno-Infantil / Insular
- Unidad salud mental Ciudad Alta Htal. Materno-Infantil / Insular
- Unidad salud mental El Lasso Htal. Materno-Infantil / Insular
- Unidad salud mental Guanarteme Htal. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal
- Unidad salud mental Puerto Atención Primaria
- Unidad salud mental Sardina Sur Atención Primaria
- Unidad salud mental Telde - Las Remudas H. Materno-Infantil / Insular
- Unidad salud mental Triana Atención Primaria
- Unidad salud mental Triana Htal. Materno-Infantil / Insular
- Unidad salud mental Vecindario Htal. Materno-Infantil / Insular

3.-*Categoría profesional*, variable cualitativa, que toma un total de 74 valores, que agrupamos en 9 categorías diferentes. La agrupación, que se realiza en función de la similitud de las categorías profesionales es:

#### 1.- Facultativos

##### 1.1.- Facultativos no Especialistas.

- Facultativos no Especialistas
- M.I.R (Medico Interno Residente)

##### 1.2.- Facultativos Especialistas.

- Facultativos Especialistas

##### 1.3.- Facultativo con responsabilidad de gestión.

- Jefe de Sección
- Jefe de Servicio
- Jefe de Departamento
- Director Médico
- Jefe de la Unidad de Urgencias
- Coordinador de la Unidad de Drogodependencia
- Coordinador Médico de Equipo
- Coordinador Servicio de Admisión

#### 2.- Enfermeros/as.

##### 2.1.- Enfermeras/os base.

- A.T.S
- Enfermeras/os

##### 2.2.- Matronas / Fisioterapeutas.

- Matronas
- Fisioterapeutas
- Dietistas

##### 2.3.- Enfermeras/os con responsabilidad de gestión

- Supervisor de Enfermería
- Supervisor Área Funcional
- Subdirector Enfermería
- Director Enfermería
- Coordinador Enfermería Equipos de Atención Primaria

#### 3.- Resto Diplomados / Licenciados.

##### 3.1.- Licenciados / Diplomados base

- Asistente Social
- Delineante
- Farmacéutico

- FIR (Farmacéutico Interno Residente)
  - Físico
  - Ingeniero Superior
  - Ingeniero Técnico
  - Logopeda
  - Maestro Industrial
  - Perito Industrial Químico
  - Psicólogo
  - Terapeuta Ocupacional
- 3.2.- Resto personal Licenciado / Diplomado
- Director Gestión
  - Encargado equipo Personal de Oficio
  - Jefe Grupo
  - Jefe Sección
  - Jefe Servicio
  - Jefe Taller
  - Jefe Personal Subalterno
- 4.-Técnicos Especialistas.
- Técnico Especialista Rayos
  - Técnico Especialista Laboratorio
  - Técnico Especialista Dietética
- 5.-Auxiliares de Enfermería.
- 6.- Personal Subalterno y de Apoyo.
- 6.1.-Personal Subalterno.
- Celadores
  - Mozos de almacén
- 6.2.- Personal de Apoyo.
- Capellán
  - Conductor
  - Fogonero
  - Locutor
  - Monitor
  - Peluquero
  - Telefonista
  - Limpiadora
  - Portero - Ordenanzas - Vigilante
- 7.- Personal Administrativo.

7.1.- Administrativos

7.2.- Auxiliares Administrativos

8.- Personal de Hostelería.

8.1.- Personal de Cocina.

- Cocinero
- Pinche
- Ayudante Cocina
- Fregadora

8.2.- Personal de Lencería y Lavandería.

- Lavandera
- Planchadora
- Costurera

9.- Personal Mantenimiento.

- Calefactor
- Carpintero
- Fogonero
- Fontanero
- Jardinero
- Mecánico
- Peón
- Personal de Oficio

4.- *Tipo de Contrato*, variable cualitativa, que refleja los siguientes 4 tipos de contrato diferentes:

- Contrato de Interinidad
- Contrato Eventual
- Contrato Indefinido
- Contrato en Formación

5.- *Edad*, es una variable cuantitativa, que se agrupa en un total de 7 intervalos. La variable original se conserva para algunos tratamientos estadísticos:

- < 30 años
- 30-35 años
- 35-40 años
- 40-45 años
- 50-60 años
- >60 años

6.- *Sexo*, es una variable cualitativa, con 2 modalidades:

- Hombre
- Mujer



7.- *Estado civil*, es una variable cualitativa, donde los valores posibles son:

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo

8.- *Nº Hijos*, variable cuantitativa discreta, donde los valores se sitúan desde 0 hasta 7 hijos, que es el mayor número encontrado.

9.- *Diagnóstico Médico*, variable de tipo cualitativo, que contiene los diagnósticos médicos codificados según el *CIE-9-MC*.

El total de diagnósticos médicos presentados fue de 295 diferentes, la clasificación que utilizaremos se basará en los grupos diagnósticos indicados en el *CIE-9-MC*:

- Enfermedades Infecciosas y Parasitarias
- Neoplasias
- Enfermedades Endocrinas, de la Nutrición, Metabólicas y Trastornos de la Inmunidad
- Trastornos Mentales
- Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Órganos Sensoriales
- Enfermedades del Sistema Circulatorio
- Enfermedades del Aparato Respiratorio
- Enfermedades del Aparato Digestivo
- Enfermedades del Aparato Genitourinario
- Enfermedades de la Gestación, Parto y Puerperio
- Enfermedades de la Piel y Tejido Subcutáneo
- Enfermedades del Sistema Osteo - Mioarticular y tejido conectivo
- Enfermedades con origen en el periodo perinatal
- Síntomas, Signos y Estados mal definidos
- Lesiones y Envenenamientos
- Listado complementario relacionado con la IT

11.- *Días de IT*, variable cuantitativa, que se agrupa en un total de 7 intervalos:

- Menos de 3 días de IT
- Entre 3 y 10 días de IT
- Entre 10 y 30 días de IT
- Entre 30 y 60 días de IT
- Entre 60 y 180 días de IT
- Entre 180 y 365 días de IT
- Más de 365 días de IT

12.- *Antigüedad en la empresa*, variable cuantitativa que se agrupa en un total de 6 intervalos:

- Menos de 3 años

- Entre 3 y 6 años
- Entre 6 y 10 años
- Entre 10 y 20 años
- Entre 20 y 30 años
- Más de 30 años

13.- *Día de la semana* inicio de la IT, variable cualitativa con las siguientes modalidades:

- lunes
- martes
- miércoles
- jueves
- viernes
- sábado
- domingo

14.- *Mes* del año en que se produce la IT, variable cualitativa con las siguientes modalidades:

- enero
- febrero
- marzo
- abril
- mayo
- junio
- julio
- agosto
- septiembre
- octubre
- noviembre
- diciembre

15.- *Año* en que se produce la IT, variable cuantitativa, los valores que se obtienen son:

- 1994
- 1995
- 1996
- 1997
- 1998

Otra de las transformaciones que realizamos con esta base de datos consiste en la creación de una nueva *base de datos por individuo* y no por procesos, de forma que cada uno de los individuos de la base de datos anterior solamente se recoja una vez y no tantas como procesos de IT haya tenido en el periodo considerado.

Esta nueva base de datos se realiza con la finalidad de conocer el valor real de ciertos parámetros que se pueden ver distorsionados por la multiplicación de procesos en una serie de personas concretas, ya que si tenemos en cuenta que la media de procesos por individuo es de 3,49, la repetición de procesos en personas de una tipología concreta puede afectar a los valores finales.

Para realizar la transformación antes descrita pasamos la base de datos de SPSS a Access 97, y realizamos una consulta donde le pedimos el último caso (fecha más próxima a la actual) de cada uno de los individuos, obteniendo una base de datos con un total de 6.176 individuo con algún proceso de IT, donde en cada uno de los casos las variables que presentan son:

- 1.- Hospital, valores iguales a los de la base de datos de procesos.
- 2.- Unidad, valores iguales a los de la base de datos de procesos
- 3.- Categoría, valores iguales a los de la base de datos de procesos
- 4.- Tipo de contrato, valores iguales a los de la base de datos de procesos
- 5.- Edad, valores iguales a los de la base de datos de procesos
- 6.- Sexo, valores iguales a los de la base de datos de procesos
- 7.- Estado civil, valores iguales a los de la base de datos de procesos
- 8.- Nº hijos, valores iguales a los de la base de datos de procesos
- 9.- Diagnóstico Médico, valores iguales a los de la base de datos de procesos
- 10.- Antigüedad en la empresa, valores iguales a los de la base de datos de procesos.

Además de estos datos relacionados con el último proceso de IT del individuo, en la base de datos de éstos se presenta la siguiente información:

- 11.- Total de días de IT, en este concepto se realiza la suma del total de días de IT de los diferentes procesos que presenta cada uno de los individuos.
- 12.- Nº de casos de IT, que presenta cada uno de los individuos.

### **Variables Generales.**

Los tres complejos asistenciales de Gran Canaria (Dirección Gerencia de los Hospitales Ntra. Sra. del Pino / Sabinal, Dirección Gerencia Complejo Hospitalario Materno-Infantil / Insular y Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria) nos facilitan la base de datos de la dotación de plantilla en diferentes formatos. Esta base de datos es necesaria para conocer la incidencia de la IT por categoría profesional, por unidad y por centro.

Una vez tenemos estas tres bases de datos en Access 97, procedemos a su unificación, por lo que obtenemos una sólo base de datos, con las variables:

- 1.- Centro de trabajo.
- 2.- Unidad o Servicio.
- 3.- Categoría Profesional.

4.- Dotación. Número de profesionales.

5.- Dotación en días. Esta variable resulta de multiplicar el valor de la dotación, por 1.734 días (365 días del año 1994, 365 días del año 1995, 366 días del año 1996, 365 días del año 1997 y 273 días del año 1998).

Con la base de datos de procesos de IT en Access, realizamos una consulta de cálculo del número de días de IT producidos en cada centro de trabajo, unidad o servicio y categoría profesional.

A continuación realizamos un cruce de información de la base de datos de dotación de plantilla y de los datos obtenidos en la consulta sobre los días de IT mencionada en el párrafo anterior. Este proceso se realiza para estar en disposición de relativizar la frecuencia de los procesos de IT, producidos por categoría profesional, unidad y centro de trabajo.

# ANÁLISIS DE RESULTADOS

## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos en el estudio realizado y que serán detallados a continuación, han sido fruto del procesamiento estadístico de la información referente a los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes en profesionales de los centros asistenciales del Servicio Canario de la Salud en la provincia de Las Palmas, situándose en el siguiente contexto:

Periodo de estudio: desde el 1 de enero de 1994 al 30 de septiembre de 1998

Número de individuos (plantilla): 7.247 profesionales

— *D. Gerencia C.H. Materno Infantil / Insular*: 3.241 individuos

— *D. Gerencia H. N<sup>ª</sup> S<sup>ª</sup> del Pino / Sabinal*: 2.407 individuos

— *Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria*: 1.419 individuos

Número de individuos con proceso de IT: 6.176 individuos

— *D. Gerencia C.H. Materno Infantil / Insular*: 2.870 individuos

— *D. Gerencia H. N<sup>ª</sup> S<sup>ª</sup> del Pino / Sabinal*: 2.333 individuos

— *Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria*: 973 individuos

Número de procesos de IT por contingencias comunes: 21.598 procesos

— *D. Gerencia C.H. Materno Infantil / Insular*: 9.493 procesos

— *D. Gerencia H. N<sup>ª</sup> S<sup>ª</sup> del Pino / Sabinal*: 7.612 procesos

— *Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria*: 4.493 procesos

Con respecto a la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura, se realiza un tratamiento singularizado, debido a que las características de la información captada desaconsejan otro tipo de actuación. Como ya se ha manifestado, no se dispone de datos referentes al tema que nos ocupa, de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Lanzarote.

### ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

En este apartado se realiza una descripción estadística de las variables en relación al número de procesos de IT que se han producido en el periodo de estudio, y no del número de individuos afectados por uno o más procesos, que será objeto de tratamiento en el apartado de Análisis de Individuos que sufren procesos de Incapacidad Temporal.

La descripción univariante de las diferentes variables, se lleva a cabo separando éstas en tres grandes grupos: *variables personales* (edad, sexo, número de hijos y estado civil), *variables profesionales* (categoría, hospital, unidad, tipo de contrato y antigüedad) y por último *las variables inherentes al proceso de IT* (diagnóstico, días de IT, día, mes y año en que se inicia el proceso)

### Variables Personales

La variable **edad** nos indica, que el personal comprendido entre 30 y 45 años, es el que más procesos de IT presenta, con un 53,9 % del total de procesos, siendo la media de edad obtenida de 40,77 años, la moda de 41 años y la desviación típica de 10 años.

EDAD	Nº Procesos	%	Duración media días IT
Menos de 30 años	3.096	14,34	25,70
Entre 30 y 35 años	3.808	17,63	31,91
Entre 35 y 40 años	3.955	18,31	32,95
Entre 40 y 45 años	3.885	17,99	34,01
Entre 45 y 50 años	2.870	13,29	38,21
Entre 50 y 60 años	2.847	13,18	41,03
Más de 60 años	1.135	5,26	41,21
<b>Total</b>	<b>21.596</b>	<b>100</b>	<b>34,11</b>

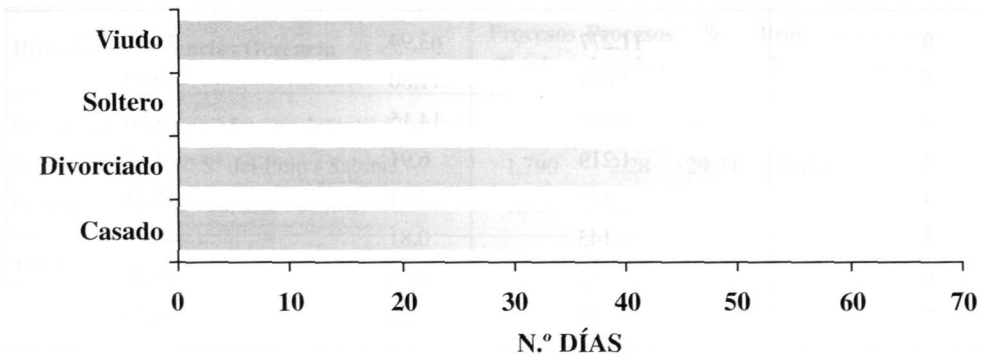
Si realizamos un análisis de la duración media en días de IT para cada uno de los intervalos de edad, observamos que a mayor edad mayor duración media de los procesos, o lo que es lo mismo, los profesionales con más edad presentan procesos de IT más largos.

**Estado civil** nos revela que los solteros, con un 58,9 %, son quienes más procesos de Incapacidad Temporal presentan.

La mayor duración media en días de IT, se presenta en los profesionales con estado civil «viudo» (56,02 días) y «divorciado» (60,81 días), esta duración supera en más de 15 días a la duración media de los casados y en más de 30 días a la de los solteros.

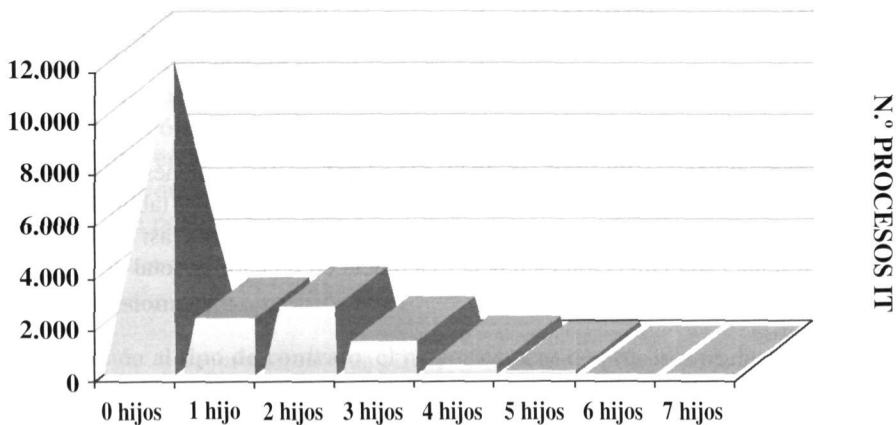
ESTADO CIVIL	Procesos	%	Duración media días IT
Casado	8.186	39,63	40,74
Divorciado	138	0,67	60,81
Soltero	12.169	58,92	29,36
Viudo	161	0,78	56,03
<b>Total</b>	<b>20.654</b>	<b>100,00</b>	<b>34,29</b>

## DURACIÓN MEDIA DÍAS IT / ESTADO CIVIL



En cuanto al **número de hijos**, la mayor incidencia corresponde a quienes no tienen hijos, que suponen un 63,9 % del total de procesos. Los resultados de la variable número de hijos, llama poderosamente la atención, ya que los datos que presumíamos eran muy diferentes, inicialmente se consideraba que el hecho de tener hijos, sobre todo de corta edad, influía de forma importante en el incremento de los procesos de IT. Debemos considerar que las diferentes Instituciones Sanitarias, objeto de estudio, recogen esta información a través de los propios profesionales y que la única motivación que éstos tienen a la hora de reseñarla son las gratificaciones que por parte de dichas Instituciones reciben, siendo éstas insignificantes, lo que nos hace sospechar la no veracidad, por defecto, de la información suministrada.

## N.º HIJOS / N.º PROCESOS IT



La mayor duración media en días de IT, se observa entre los profesionales que tienen entre 3 y 5 hijos.



Nº HIJOS	Procesos	%	Duración media días IT
0	11.277	63,94	34,31
1	2.081	11,80	40,07
2	2.495	14,15	38,56
3	1.219	6,91	43,17
4	373	2,11	47,33
5	143	0,81	48,61
6	32	0,18	38,31
7	17	0,10	33,29
<b>Total</b>	17.637	100,00	36,60

La variable **sexo** apunta a que son las mujeres con un 71,7 % quienes más procesos de IT presentan, mientras que los hombres significan el 28,3 %.

La distribución de la plantilla, de las dos Direcciones Gerencias y de la Gerencia estudiada, en relación al sexo, es la siguiente:

Direcciones Gerencias/Gerencia	Plantilla		%	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
D.G. C. Hospitalario Materno-Infantil / Insular	3.421	2.219	35	65
D. Gerencia Hospitales Nº Sª del Pino / Sabinal	2.407	1.621	33	67
Gerencia Atención Primaria de G.C.	1.419	752	47	53
<b>Total</b>	7.247	4.592	36,64	63,36

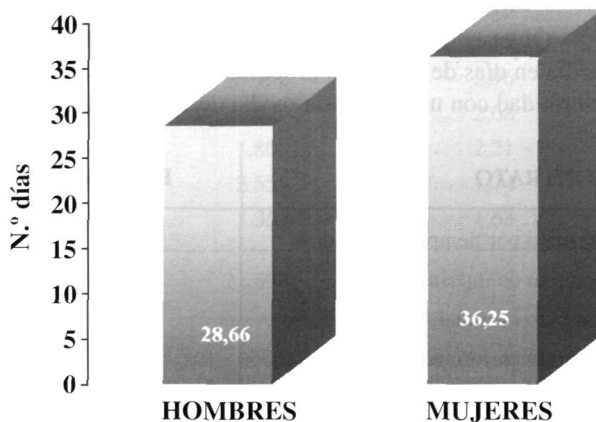
Relativizando el número de procesos de IT por contingencias comunes, para cada uno de los sexos en las diferentes Instituciones Sanitarias, se obtiene la siguiente tabla, donde calculamos el número de procesos por cada hombre y cada mujer de la plantilla, así como el tanto por ciento que representa cada Dirección Gerencia / Gerencia en relación al total de procesos para cada uno de los sexos.

Direcciones Gerencias/Gerencia	Hombres			Mujeres		
	Procesos Totales	Procesos hombre	%	Procesos Totales	Procesos mujer	%
D.G. C. Hospitalario Materno-Infantil / Insular	2.393	1,99	39,09	7.100	3,20	45,88
D.G. Hospitales N <sup>a</sup> S <sup>a</sup> del Pino / Sabinal	1.790	2,28	29,24	5.822	3,59	37,62
Gerencia Atención Primaria de G. C.	1.939	2,91	31,67	2.554	3,40	16,50
<b>Total</b>	<b>6.122</b>	<b>2,31</b>	<b>100</b>	<b>15.476</b>	<b>3,37</b>	<b>100</b>

Podemos afirmar que las mujeres presentan más procesos de IT que los hombres, ya que mientras los hombres presentan, en el periodo de estudio, 2,31 procesos de IT por cada hombre en plantilla, las mujeres padecen 3,37 procesos por cada mujer de plantilla.

Por Direcciones Gerencias / Gerencia, se aprecia que es en la Dirección Gerencia de los Hospitales N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino / Sabinal donde más diferencia existe entre la incidencia de los procesos para cada uno de los sexos, diferencia que es de 1,31 procesos más en las mujeres que en los hombres. En la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria es donde esta diferencia se hace menor con 0,49 procesos más en las mujeres que en los hombres. Las mujeres son, además, quienes presentan una mayor duración media en días de IT en sus procesos (36,25 días) respecto a la media de días que presentan los hombres (28,66 días).

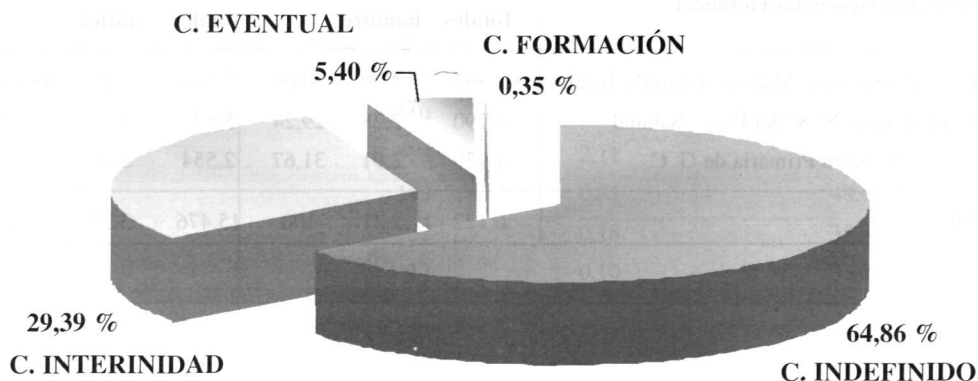
### DURACIÓN MEDIA EN DÍAS IT



### Variables Profesionales

Con relación al **tipo de contrato**, el mayor número de procesos se da entre aquellos profesionales con un contrato por tiempo indefinido, representando un 64,86 % del total de procesos, lo que confirma nuestro planteamiento inicial de que los profesionales que tienen plaza fija en las Instituciones Sanitarias presentan un mayor número de procesos, con respecto a quienes tienen un tipo contractual eventual o no fijo.

## RELACIÓN TIPO CONTRATO / N.º PROCESOS IT



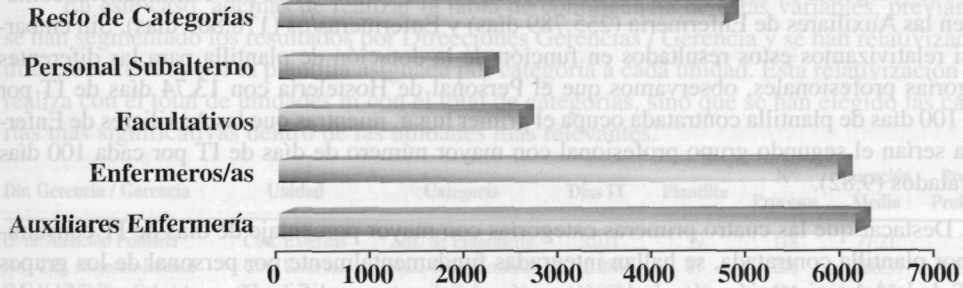
Quienes tienen una relación contractual indefinida son los que tienen una mayor duración media en días de IT en sus procesos (40,24 días), seguidos de los profesionales con contrato de interinidad con una duración media de 22,96 días.

CONTRATO	Procesos	%	Duración media días IT
Contrato por tiempo indefinido	13.796	64,86	40,24
Contrato de interinidad	6.252	29,39	22,96
Contrato eventual	1.149	5,40	13,67
Contrato en formación	74	0,35	16,38
<b>Total</b>	<b>21.271</b>	<b>100,00</b>	<b>33,64</b>

La variable **categoría profesional**, tal como se observa en el gráfico siguiente, refleja que son las Auxiliares de Enfermería y las Enfermeras/os las que mayor número de procesos de IT presentan, seguidas por los Facultativos y el Personal Subalterno y de Apoyo. Un contraste de igualdad de duración media de los procesos de IT por categorías, nos permite concluir que las duraciones medias de dichos procesos son significativamente distintas entre categorías (F: 36,54 ; a: 0,000).

No obstante, si relativizamos los procesos, dividiendo el número de éstos por categoría con su dotación numérica de plantilla y obteniendo así el número de procesos medio que correspondería a cada uno de los profesionales de las diferentes categorías, los resultados arrojados cambian, tanto cuantitativamente como cualitativamente, pasando a ser el Personal de Hostelería con 4,82 procesos por profesional, la categoría que en promedio más procesos presenta, seguido por el Personal Subalterno y de Apoyo con 4,21 y las Auxiliares de Enfermería con 4,10.

## N.º PROCESOS IT / CATEGORÍA



CATEGORÍA	Dotación	Nº Procesos	Nº Proc/profesional
Personal de Hostelería	295	1.421	4,82
Personal de Apoyo/Subalterno	521	2.193	4,21
Auxiliares de Enfermería	1.501	6.150	4,10
Personal de Mantenimiento	139	441	3,17
Enfermeras/os	2.009	5.952	2,96
Técnicos Especialistas	272	729	2,68
Personal Administrativo	816	1.802	2,21
Facultativos	1.472	2.555	1,74
Resto Diplomados/Licenciados	218	355	1,63
<b>TOTAL</b>	<b>7.243</b>	<b>21.598</b>	<b>2,98</b>

Para analizar el número de días de IT por categoría introducimos el concepto *Dotación plantilla en días*, que se obtiene de multiplicar la dotación de plantilla por categoría por el número de días (1.734) que corresponde al periodo de estudio.

CATEGORÍA	Dotación plantilla en días	Días IT	%
Personal de Hostelería	511.530	70.274	13,74
Auxiliares de Enfermería	2.602.734	255.789	9,82
Personal de Apoyo / Subalterno	903.414	71.655	7,93
Personal de Mantenimiento	241.026	19.094	7,92
Enfermeras/os	3.483.606	178.869	5,13
Técnicos Especialistas	471.648	19.812	4,20
Personal Administrativo	1.414.944	51.691	3,65
Resto Diplomados/Licenciados	378.012	10.151	2,69
Facultativos	2.552.448	55.388	2,17
<b>Total</b>	<b>12.559.362</b>	<b>732.723</b>	<b>5,83</b>

Se observa como el número de días de IT por cada 100 días de plantilla contratada es de 5,83. Por categorías se detecta un número muy importante de días de IT por contingencias comunes, en las Auxiliares de Enfermería (255.789 días) y Enfermeras/os (178.869 días). Sin embargo, si relativizamos estos resultados en función de la dotación de plantilla para las diferentes categorías profesionales, observamos que el Personal de Hostelería con 13,74 días de IT por cada 100 días de plantilla contratada ocupará el primer lugar, mientras que las Auxiliares de Enfermería serían el segundo grupo profesional con mayor número de días de IT por cada 100 días contratados (9,82).

Destacar que las cuatro primeras categorías con mayor porcentaje de días de IT consumidos por plantilla contratada, se hallan integradas fundamentalmente por personal de los grupos D y E de la Administración, siendo las categorías con menor cualificación y remuneración salarial.

Si comparamos los datos relativos al número de procesos y al número de días de IT, por plantilla contratada, se aprecia como en ambos casos se corresponden las categorías con mayor número de procesos por persona con las que presentan mayor número de días de IT por cada 100 días contratados.

También se han obtenido los días de IT por proceso, para cada categoría profesional:

CATEGORÍA	Nº Procesos	Días IT	Días IT/ proceso
Personal de Hostelería	1.421	70.274	49,45
Personal de Mantenimiento	441	19.094	43,30
Auxiliares de Enfermería	6.150	255.789	41,59
Personal de Apoyo y Subalterno	2.193	71.655	32,67
Enfermeras/os	5.952	178.869	30,05
Personal Administrativo	1.802	51.691	28,69
Resto Diplomados/Licenciados	355	10.151	28,59
Técnicos Especialistas	729	19.812	27,18
Facultativos	2.555	55.388	21,68
<b>Total</b>	<b>21.598</b>	<b>732.723</b>	<b>33,93</b>

La categoría con mayor número de días de IT/proceso es el Personal de Hostelería con 49,45 días, seguida del Personal de Mantenimiento y Auxiliares de Enfermería con 43,30 días y 41,59 días respectivamente, siendo éstas las únicas categorías por encima de la media de días de IT / proceso (33,93 días).

Las categorías con mayores duraciones medias en días de IT, son las de Hostelería (49,66) y Mantenimiento (43,69), estando muy cerca la de Auxiliares de Enfermería (41,74).

A continuación se realizan las **Tablas de contingencia de la variable Categoría** con las variables Unidad, Antigüedad, Edad, Días de IT (las tablas referenciadas a continuación, se hallan disponibles en el *Anexo de Tablas de Contingencia de Procesos*).

## Categoría por Unidad

En este caso, además de realizar la tabla de contingencia de estas variables, previamente se han segmentado los resultados por Direcciones Gerencias / Gerencia y se han relativizado los diferentes centros por la plantilla asignada por categoría a cada unidad. Esta relativización no se realiza con el total de unidades ni con el total de categorías, sino que se han elegido las categorías más significativas dentro de las unidades más relevantes.

Dir. Gerencia / Gerencia	Unidad	Categoría	Días IT	Plantilla	Nº Procesos	Duración Media	Procesos Profesional
G. de Atención Primaria	Con. Externas	Aux. de Enfermería	3.011	39	118	77,21	3,03
D.G.C.H. Materno-Infantil	Con. Externas	Aux. de Enfermería	12.086	67	226	180,39	3,37
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Con. Externas	Aux. de Enfermería	12.078	140	305	86,27	2,18
G. de Atención Primaria	Con. Externas	Enfermeras/os	20.329	336	909	60,50	2,71
D.G.C.H. Materno-Infantil	Con. Externas	Enfermeras/os	7.333	75	183	97,77	2,44
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Con. Externas	Enfermeras/os	5.189	57	155	91,04	2,72
G. de Atención Primaria	Con. Externas	Facultativos	16.538	408	1049	40,53	2,57
D.G.C.H. Materno-Infantil	Con. Externas	Facultativos	3.300	93	117	35,48	1,26
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Con. Externas	Facultativos	305	45	24	6,78	0,53
D.G.C.H. Materno-Infantil	Hospitalización	Aux. de Enfermería	80.741	447	1781	180,63	3,98
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Hospitalización	Aux. de Enfermería	25.750	157	829	164,01	5,28
D.G.C.H. Materno-Infantil	Hospitalización	Enfermeras/os	42.383	432	1174	98,11	2,72
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Hospitalización	Enfermeras/os	14.333	198	570	72,39	2,88
D.G.C.H. Materno-Infantil	Hostelería	Personal Hostelería	40.588	159	833	255,27	5,24
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Hostelería	Personal Hostelería	27.629	111	552	248,91	4,97
D.G.C.H. Materno-Infantil	Mantenimiento	P. Mantenimiento	11.842	91	268	130,13	2,95
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Mantenimiento	P. Mantenimiento	6.260	39	158	160,51	4,05
D.G.C.H. Materno-Infantil	Quirófano y Rea.	Aux. de Enfermería	9.381	54	232	173,72	4,30
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Quirófano y Rea.	Aux. de Enfermería	5.166	35	157	147,60	4,49
D.G.C.H. Materno-Infantil	Quirófano y Rea.	Enfermeras/os	9.661	102	289	94,72	2,83
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Quirófano y Rea.	Enfermeras/os	6.251	78	294	80,14	3,77
D.G.C.H. Materno-Infantil	Ser Centrales	Aux. de Enfermería	31.930	159	688	200,82	4,33
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Ser. Centrales	Aux. de Enfermería	21.695	114	520	190,31	4,56
D.G.C.H. Materno-Infantil	Ser. Centrales	Enfermeras/os	17.031	129	447	132,02	3,47
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Ser. Centrales	Enfermeras/os	11.736	128	427	91,69	3,34
D.G.C.H. Materno-Infantil	Ser. Centrales	Téc. Especialistas	7.318	89	220	82,22	2,47
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Ser. Centrales	Téc. Especialistas	9.058	123	339	73,64	2,76
D.G.C.H. Materno-Infantil	Ser. Médicos	Facultativos	2.522	158	81	15,96	0,51
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Ser. Médicos	Facultativos	3.501	64	100	54,70	1,56
D.G.C.H. Materno-Infantil	Ser. Quirúrgicos	Facultativos	1.320	134	64	9,85	0,48
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Ser. Quirúrgicos	Facultativos	3.386	77	95	43,97	1,23
D.G.C.H. Materno-Infantil	U.C.I	Aux. de Enfermería	4.691	23	117	203,96	5,09
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	U.C.I	Aux. de Enfermería	3.349	31	129	108,03	4,16
D.G.C.H. Materno-Infantil	U.C.I	Enfermeras/os	4.818	34	119	141,71	3,50
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	U.C.I	Enfermeras/os	2.483	48	173	51,73	3,60
D.G.C.H. Materno-Infantil	U.C.I	Facultativos	370	16	16	23,13	1,00
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	U.C.I	Facultativos	324	10	11	32,40	1,10
D.G.C.H. Materno-Infantil	Urgencias	Aux. de Enfermería	8.698	54	220	161,07	4,07
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Urgencias	Aux. de Enfermería	7.037	32	178	219,91	5,56
G. de Atención Primaria	Urgencias	Enfermeras/os	8.476	57	227	148,70	3,98
D.G.C.H. Materno-Infantil	Urgencias	Enfermeras/os	6.731	65	189	103,55	2,91
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Urgencias	Enfermeras/os	3.379	36	142	93,86	3,94
G. de Atención Primaria	Urgencias	Facultativos	4.699	58	249	81,02	4,29
D.G.C.H. Materno-Infantil	Urgencias	Facultativos	1.856	32	46	58,00	1,44
D.G.H.Nº Sº Pino/Sabinal	Urgencias	Facultativos	170	13	6	13,08	0,46

- *Auxiliares de Enfermería de Consultas Externas*: llama poderosamente la atención la duración media de los procesos de esta categoría en la DG Materno-Infantil/Insular. Con una duración media de 180,39 días, es excesivamente superior a la presentada tanto en la DG N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/El Sabinal (86,27 días) como la de la G. Atención Primaria de Gran Canaria (77,21 días).

El número de procesos de IT por profesional de dicha categoría asignado a esa unidad, es prácticamente homogéneo entre la DG Materno-Infantil/Insular y la G. Atención Primaria, 3,37 y 3,03 respectivamente, en cambio, en la DG N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/ Sabinal es de 2,18.

- *Auxiliares de Enfermería de Hospitalización*: En la DG N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal el número de procesos por profesional es de 5,28 y en la DG Materno-Infantil/Insular es de 3,98, en cambio, es en esta última Dirección Gerencia donde la duración media por proceso es mayor (180,63 días), es decir, a mayor número de procesos por profesional menor es la duración media por proceso.
- *Auxiliares de Enfermería de UCI*: En la DG Materno-Infantil/Insular la duración media de los procesos casi duplica el valor de la DG N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal.
- *Auxiliares de Enfermería de Urgencias*: La DG N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal presenta 58,84 días más de duración media que la DG Materno-Infantil/Insular.
- *Enfermeras/os de Consultas Externas*: La G. Atención Primaria de Gran Canaria tiene un 33% menos de duración media que las dos Direcciones Gerencias restantes.
- *Enfermeras/os de UCI* : La DG Materno-Infantil/Insular presenta una duración media aproximadamente tres veces mayor que la duración media de la DG N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal.
- *Enfermeras/os de Urgencias*: Mientras que Atención Primaria de Gran Canaria tiene una duración media de 148,70 días, la DG N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal presenta 93,86 días y la DG Materno-Infantil/Insular 103,55 días. Si tenemos en cuenta el número de procesos por profesional, es la DG Materno-Infantil/Insular la que menos procesos presenta (2,91), mientras que el resto de Direcciones Gerencias /Gerencia presentan 3,9 procesos por profesional.
- *Facultativos de Servicios Médicos y Quirúrgicos*: En la DG Materno-Infantil/Insular el número de procesos por profesional en estas dos unidades, es tres veces menor que el que presenta la DG N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal.
- *Facultativos de Urgencias*: En la G. Atención Primaria de Gran Canaria el número de procesos por profesional es casi 10 veces más que la que presenta la DG N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal y 3 veces más que la de la DG Materno-Infantil/Insular. Por lo tanto también es de destacar la diferencia existente entre ambas Direcciones Gerencias del nivel asistencial de Atención Especializada.

### Categoría por Antigüedad

Llama la atención como, en la categoría de *Auxiliares de Enfermería*, la antigüedad más frecuente entre quienes tienen un proceso de IT es entre 20 y 30 años, que significan casi el 30 % del total de procesos que sufre esa categoría, lo cual se corresponde con personal de mayor edad y por lo tanto más susceptible de sufrir algunos procesos concretos.

Un 30,7 % del *Personal del Hostelería* que presenta un proceso de IT tiene una antigüedad entre 10 y 20 años y el 27,3 % tiene una antigüedad de entre 20 y 30 años.

### Categoría por Edad

En esta tabla se observa como el 32,9 % de los procesos de IT de los Técnicos Especialistas es de personal de menos de 30 años. En el Personal Subalterno y el Administrativo la edad de los que padecen un proceso de IT se halla entre 30 y 35 años. El 24,4 % del Personal de Hostelería que sufre IT tiene una edad entre 50 y 60 años.

### Categoría por Días de IT

La duración más frecuente para todas las categorías (excepto Auxiliares de Enfermería que se sitúa entre 10 y 30 días), es de entre 3 y 10 días.

Al observar la variable **Antigüedad** en la empresa a fecha de inicio del proceso de IT, nos damos cuenta de su relación con el tipo de contrato, siendo aquellos profesionales que llevan en la empresa entre 3 y 10 años los que más procesos presentan (10.491), con un 48,9 % del total. La antigüedad media de quienes presentan un proceso de IT es de 11,9 años, siendo su moda de 6 años y su desviación típica de 7,7 años.

Se puede afirmar que a mayor antigüedad en la empresa mayor duración media tienen los procesos.

ANTIGÜEDAD	Procesos	%	Duración media días IT
Menos de 3 años	2.419	11,27	26,70
Entre 3 y 6 años	5.252	24,47	27,56
Entre 6 y 10 años	5.239	24,41	25,78
Entre 10 y 20 años	4.938	23,00	43,91
Entre 20 y 30 años	3.359	15,65	47,51
Más de 30 años	258	1,20	52,93
<b>Total</b>	<b>21.465</b>	<b>100,00</b>	<b>34,22</b>

En referencia a la **Unidad** de trabajo donde los profesionales realizan su actividad profesional, si realizamos el estudio en relación al número de procesos que se presentan en cada una de las unidades, tenemos que las unidades de Hospitalización presentan un total de 4.614 procesos, siendo la siguiente unidad en número de presentación de procesos en el periodo de estudio la unidad de Consultas Externas 4.325 procesos.

Procedemos a realizar el estudio de la relación del número de procesos con la dotación de plantilla asignada a cada unidad, obteniendo:



UNIDAD	Plantilla	Nº Procesos	Nº Proc/profesional
Hostelería	337	1.574	4,67
Urgencias	406	1.733	4,27
UCI	168	606	3,61
Hospitalización	1.297	4.614	3,56
Quirófano y Reanimación	357	1.156	3,24
Servicios Centrales	1.027	3.231	3,15
Mantenimiento	198	541	2,73
Consultas Externas	1.621	4.325	2,67
Gestión y Administración	520	1.340	2,58
Gerencia y Dirección	681	1.474	2,16
Servicios Médicos	352	555	1,58
Servicios Quirúrgicos	265	385	1,45
<b>Totales</b>	<b>7.229</b>	<b>21.534</b>	<b>2,97</b>

### N.º PROCESOS / PROFESIONAL



Aunque cuantitativamente son las unidades de Hospitalización y Consultas Externas quienes más procesos de IT presentan, en estos resultados se observa que son las unidades de Hostelería y Urgencias quienes presentan un mayor índice de procesos de IT por cada profesional asignado, siendo los valores 4,67 y 4,27, respectivamente. Por otra parte, los Servicios Médicos y Quirúrgicos se sitúan con un promedio menor de procesos de IT por profesional asignado, con 1,58 y 1,45 respectivamente.

Teniendo en cuenta la duración de los procesos de IT, en número de días, realizamos el análisis del comportamiento de las Unidades respecto a esta variable, así mismo realizamos la relativización haciendo uso, nuevamente, del concepto *Dotación plantilla en días*.

UNIDAD	Dotación total en días	Días IT	%
Hostelería	584.358	77.465	13,26
Urgencias	704.004	56.833	8,07
Hospitalización	2.248.998	171.438	7,62
Servicios Centrales	1.780.818	115.770	6,50
Mantenimiento	343.332	21.629	6,30
Quirófano y Reanimación	619.038	36.108	5,83
UCI	291.312	16.544	5,68
Gestión y Administración	901.680	48.332	5,36
Consultas Externas	2.810.814	110.640	3,94
Servicios Médicos	610.368	22.454	3,68
Gerencia y Dirección	1.180.854	40.527	3,43
Servicios Quirúrgicos	459.510	14.537	3,16
<b>Totales</b>	<b>12.535.086</b>	<b>732.277</b>	<b>5,84</b>

El análisis realizado indica que la *unidad de trabajo* con mayor número de días de IT por cada 100 días de plantilla contratada, es la unidad de Hostelería (13,26 días), estando este dato relacionado directamente con el hecho de que los profesionales de dicha unidad, son quienes presentan mayor número de procesos por individuo y mayor número de días por proceso. La *unidad asistencial*, con más días de IT consumidos por cada 100 días de plantilla contratada, es Urgencias, con 8,07 de días de IT, lo que podría asociarse a estudios referidos a la presión asistencial generada en esta unidad. Hospitalización aparece, en este caso, como la tercera unidad con mayor número de días de IT (7,62 días), unidad históricamente relacionada en el ámbito sanitario con elevadas cargas de trabajo.

Destacar el caso de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), ya que presentando 3,61 procesos de IT por profesional y siendo el número de días de IT por profesional en base a la plantilla contratada de 5,68, no sigue el patrón general (a mayor número de procesos, mayor duración de éstos). Esta situación se vuelve a observar en la duración media de los procesos por unidad, donde la UCI está muy por debajo de la media (27,30 días).

Cabe comentar el caso de los Servicios Médicos, que presentan 1,58 procesos por profesional y que el número de días de IT por cada 100 días de plantilla contratada es de 3,68, siendo el número de días de IT por proceso de 40,46 lo que significa que cada proceso de IT generado en dicha unidad tiene una duración superior a la media. La misma pauta se detecta en los Servicios Quirúrgicos, que siendo la unidad con menos días de IT en relación a su dotación de plantilla y menor número de procesos por profesional, presenta un número de días por proceso sensiblemente por encima de la media (37,76).

UNIDAD	Nº Procesos	Días IT	Días IT/ proceso
Hostelería	1.574	77.465	49,22
Servicios Médicos	555	22.454	40,46
Mantenimiento	541	21.629	39,98
Servicios Quirúrgicos	385	14.537	37,76
Hospitalización	4.614	171.438	37,15
Gestión y Administración	1.340	48.332	36,07
Servicios Centrales	3.231	115.770	35,83
Urgencias	1.733	56.833	32,79
Quirófano y Reanimación	1.156	36.108	31,24
Gerencia y Dirección	1.474	40.527	27,49
UCI	606	16.544	27,30
Consultas Externas	4.325	110.640	25,58
<b>Totales</b>	<b>21.534</b>	<b>732.277</b>	<b>34,00</b>

Las duraciones medias en días de IT, más elevadas, corresponden a las unidades que mayoritariamente están formadas por las categorías con más altas duraciones medias, que son Hostelería (49,46 días) y Mantenimiento (40,27 días), aunque destaca el comportamiento diferente de la unidad de Servicios Médicos (40,53 días) ya que es la segunda unidad con mayor duración media, pese a ser la segunda unidad con menos procesos en el estudio, esta unidad se caracteriza por presentar pocos procesos pero de larga duración.

A continuación procedemos a estudiar la evolución del comportamiento de las diferentes unidades en los años del estudio. Este análisis lo realizamos basándonos en tres indicadores:

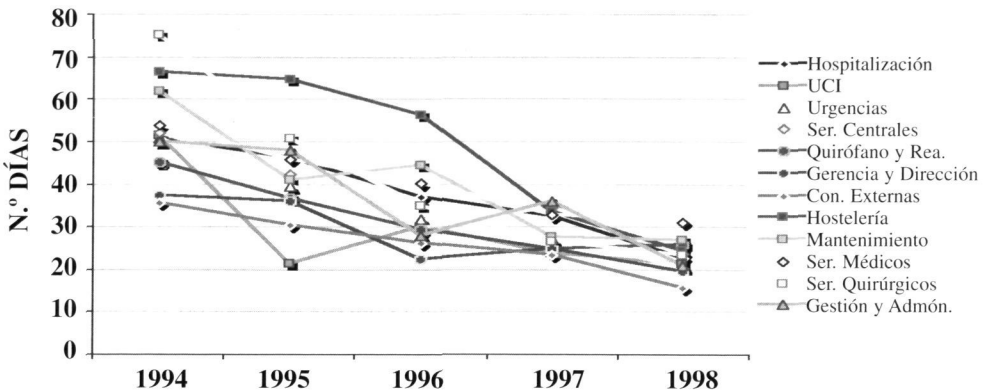
- *Días de IT / proceso*: Se divide el número de días de IT totales de la Institución por el número de procesos de esa unidad.
- *Días de IT / profesional*: Dividimos el número de días de IT por el número de profesionales de la unidad.
- *% días de IT*: Total de días de IT por cada 100 días de plantilla contratada.

UNIDAD		1994	1995	1996	1997	1998	Total
<i>Hospitalización</i>	nº procesos	690	954	964	1.130	876	4.614
	días IT	35.019	44.066	35.532	36.885	19.936	171.438
	días IT/proceso	50,75	46,19	36,86	32,64	22,76	37,16
	días IT/profesional	27,00	33,98	27,40	28,44	15,37	132,18
	% días IT	7,40	9,31	7,51	7,79	4,21	7,62

UNIDAD		1994	1995	1996	1997	1998	Total
<i>UCI</i>	n° procesos	59	114	169	136	128	606
	días IT	3.025	2.445	5.095	3.254	2.725	16.544
	días IT/proceso	51,27	21,45	30,15	23,93	21,29	27,30
	días IT/profesional	18,01	14,55	30,33	19,37	16,22	98,48
	% días IT	4,93	3,99	8,31	5,31	4,44	5,68
<i>Urgencias</i>	n° procesos	249	324	390	470	300	1.733
	días IT.	12.581	12.845	12.447	12.737	6.223	56.833
	días IT/proceso	50,53	39,65	31,92	27,10	20,74	32,79
	días IT/profesional	30,99	31,64	30,66	31,37	15,33	139,98
	% días IT	8,49	8,67	8,40	8,60	4,20	8,07
<i>Ser. Centrales</i>	n° procesos	483	682	771	758	537	3.231
	días IT	25.146	28.808	22.942	26.182	12.692	115.770
	días IT/proceso	52,06	42,24	29,76	34,54	23,64	35,83
	días IT/profesional	24,48	28,05	22,34	25,49	12,36	112,73
	% días IT	6,71	7,69	6,12	6,98	3,39	6,50
<i>Quirófano y Rea.</i>	n° procesos	159	220	308	274	195	1.156
	días IT	7.151	8.070	9.044	6.783	5.060	36.108
	días IT/proceso	44,97	36,68	29,36	24,76	25,95	31,24
	días IT/profesional	20,03	22,61	25,33	19,00	14,17	101,14
	% días IT	5,49	6,19	6,94	5,21	3,88	5,83
<i>Gerencia y Dirección</i>	n° procesos	251	271	285	386	281	1.474
	días IT	9.386	9.715	6.393	9.517	5.516	40.527
	días IT/proceso	37,39	35,85	22,43	24,66	19,63	27,49
	días IT/profesional	13,78	14,27	9,39	13,98	8,10	59,51
	% días IT	3,78	3,91	2,57	3,83	2,22	3,43
<i>Con. Externas</i>	n° procesos	638	868	858	1.048	913	4.325
	días IT	22.699	26.286	22.580	24.613	14.462	110.640
	días IT/proceso	35,58	30,28	26,32	23,49	15,84	25,58
	días IT/profesional	14,00	16,22	13,93	15,18	8,92	68,25
	% días IT	3,84	4,44	3,82	4,16	2,44	3,94
<i>Hostelería</i>	n° procesos	263	334	359	352	266	1.574
	días IT	17.436	21.574	20.156	11.802	6.497	77.465
	días IT/proceso	66,30	64,59	56,14	33,53	24,42	49,22
	días IT/profesional	51,74	64,02	59,81	35,02	19,28	229,87
	% días IT	14,18	17,54	16,39	9,59	5,28	13,26
<i>Mantenimiento</i>	n° procesos	92	100	135	129	85	541
	días IT	5.694	4.085	6.011	3.549	2.290	21.629
	días IT/proceso	61,89	40,85	44,53	27,51	26,94	39,98
	días IT/profesional	28,76	20,63	30,36	17,92	11,57	109,24
	% días IT	7,88	5,65	8,32	4,91	3,17	6,30

UNIDAD		1994	1995	1996	1997	1998	Total
<i>MSer. Médicos</i>	nº procesos	99	111	122	128	95	555
	días IT	5.319	5.090	4.896	4.197	2.952	22.454
	días IT/proceso	53,73	45,86	40,13	32,79	31,07	40,46
	días IT/profesional	15,11	14,46	13,91	11,92	8,39	63,79
	% días IT	4,14	3,96	3,81	3,27	2,30	3,68
<i>Ser. Quirúrgicos</i>	nº procesos	35	82	102	99	67	385
	días IT	2.627	4.160	3.552	2.641	1.557	14.537
	días IT/proceso	75,06	50,73	34,82	26,68	23,24	37,76
	días IT/profesional	9,91	15,70	13,40	9,97	5,88	54,86
	% días IT	2,72	4,30	3,67	2,73	1,61	3,16
<i>Gestión y Admón.</i>	nº procesos	193	292	279	322	254	1.340
	días IT	9.647	14.012	7.760	11.602	5.311	48.332
	días IT/proceso	49,98	47,99	27,81	36,03	20,91	36,07
	días IT/profesional	18,55	26,95	14,92	22,31	10,21	92,95
	% días IT	5,08	7,38	4,09	6,11	2,80	5,36

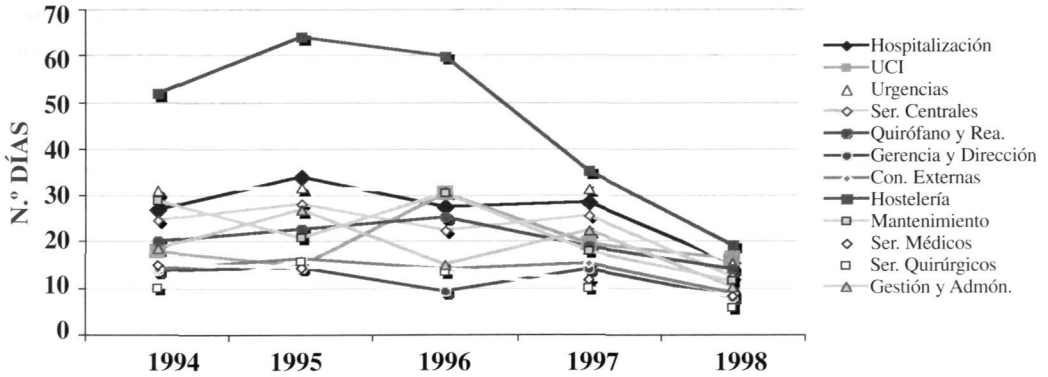
### EVOLUCIÓN ANUAL DE DÍAS DE IT / PROCESO EN UNIDADES



En el año 1994 el número mayor de días de IT por proceso se produce en la unidad de *Ser. Quirúrgicos* con 75,06 días, en los años 1995 y 1996 es la unidad de *Hostelería* la que pasa a presentar un mayor valor con 64,59 y 56,14, respectivamente, en el año 1997 es la unidad de *Gestión y Administración* con 36,03 días de IT por proceso la que presenta un mayor valor, para en el año 1998 ser la unidad *Servicios Médicos* con 31,07 días la que presenta un mayor valor en este indicador. El comportamiento de todas las unidades en el tiempo tiene una tendencia al descenso de la duración de los procesos de IT, a la vez que evolucionan hacia la convergencia en un mismo valor para todas ellas.

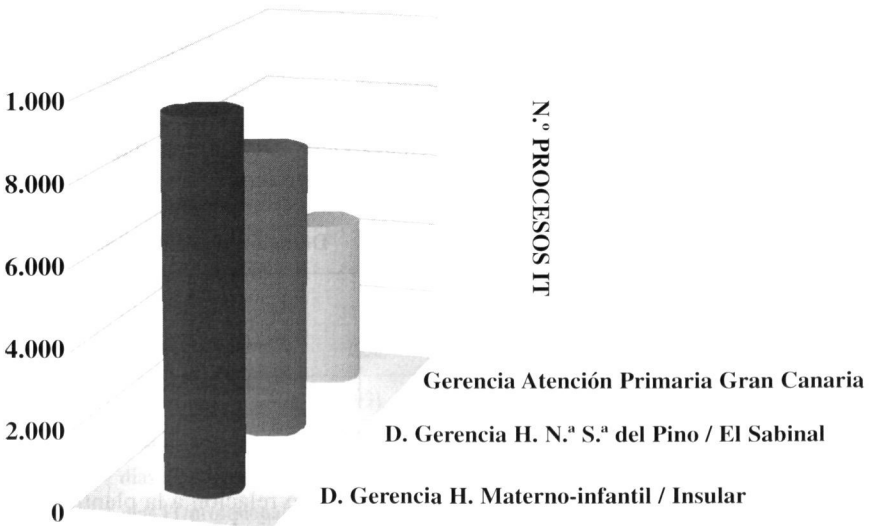
En todos los años estudiados, es la unidad de *Hostelería* la que presenta un mayor valor en el indicador días de IT por profesional, acercándose al resto de valores al final del periodo de estudio. El comportamiento de este indicador es similar al del indicador *% de días de IT en cada unidad*, presentando una gráfica de idénticas características.

**EVOLUCIÓN ANUAL DE DÍAS DE IT / PROFESIONAL EN UNIDADES**



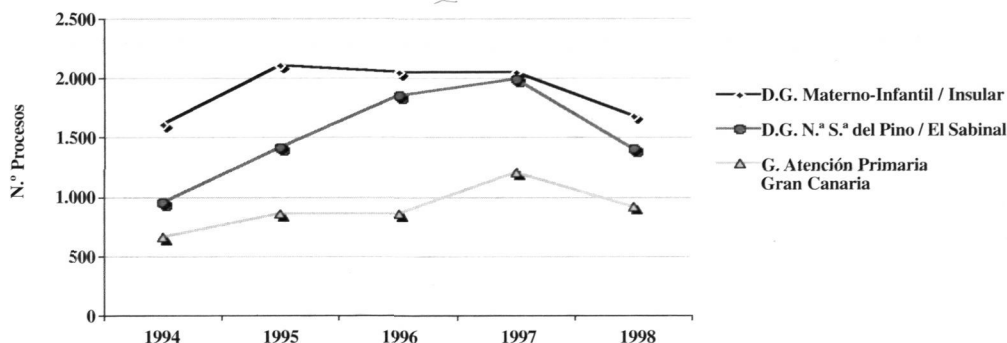
En la variable *Hospital*, la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil / Insular, es la que más procesos de IT presenta durante el periodo de estudio, como puede observarse en el gráfico.

**RELACIÓN D. GERENCIA / N.º PROCESOS IT**



A continuación se presenta un gráfico donde se observa la evolución del número de procesos en las diferentes Direcciones Gerencias/ Gerencia en los años objeto de estudio.

### EVOLUCIÓN POR D. GERENCIA / GERENCIA DE LOS PROCESOS DE IT



Una vez relativizados los datos de los números de procesos por Dirección Gerencia / Gerencia, con la dotación total de plantilla, se obtiene que la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria presenta 3,17 procesos de IT por cada individuo de su plantilla, la D.G. N.ª S.ª del Pino/Sabinal presenta 3,16 procesos y la DG Materno-Infantil/Insular 2,77 procesos.

Dirección Gerencia/Gerencia	Plantilla	Nº Procesos	Nº Proc /profesional
Gerencia de Atención Primaria Gran Canaria	1.419	4.493	3,17
D.G. de los Hospitales Ntra. Sra. del Pino /Sabinal	2.407	7.612	3,16
D.G. C. Hospitalario Materno-Infantil / Insular	3.421	9.493	2,77

Teniendo en cuenta la duración de los procesos de IT en días, realizamos el análisis del comportamiento en las diferentes Direcciones Gerencias / Gerencia, respecto a esta variable, volviendo a aplicar el concepto *Dotación plantilla en días*.

Dirección Gerencia/Gerencia	Dotación plantilla días	Días IT	%
D. G. C. Hospitalario Materno-Infantil / Insular	5.932.014	397.260	6,69
D. G. Hospitales Ntra. Sra. del Pino / Sabinal	4.173.738	236.384	5,66
Gerencia de Atención Primaria Gran Canaria	2.460.546	99.079	4,03

El mayor porcentaje de días de IT generados en relación a la plantilla contratada, corresponde a la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil / Insular, presentando 397.260 días, que suponen 6,69 días de IT por cada 100 días de plantilla contratada.

Dirección Gerencia/Gerencia	Nº Procesos	Días IT	Días IT proceso	Duración media días IT
<i>D.G. C.H. Materno-Infantil / Insular</i>	9.493	397.260	41,85	42,06
<i>D.G. H. Ntra. Sra. del Pino / Sabinal</i>	7.612	236.384	31,05	31,05
<i>Gerencia de Atención Primaria Gran Canaria</i>	4.493	99.079	22,05	22,38
<b>Total</b>	21.598	732.723	33,93	34,11

Ante los datos expuestos, observamos, que es la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil / Insular donde se da la mayor duración media por proceso (41,85 días), contrastando con que es la Institución Sanitaria donde menos procesos de IT se dan por profesional (2,77). Caso contrario es el de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, donde puede verse que es mayor el número de procesos por profesional y menor el número de días por proceso.

La mayor duración media en días de IT se produce en los procesos de la DG Materno-Infantil/Insular (42,06 días) y la menor se produce en la G. Atención Primaria de Gran Canaria (22,38 días).

A continuación procedemos a estudiar la evolución del comportamiento de las diferentes Direcciones Gerencias /Gerencia, en los diferentes años del estudio. Este análisis lo realizamos en base a tres indicadores:

- *Días de IT / proceso*
- *Días de IT / profesional*
- *% días de IT*

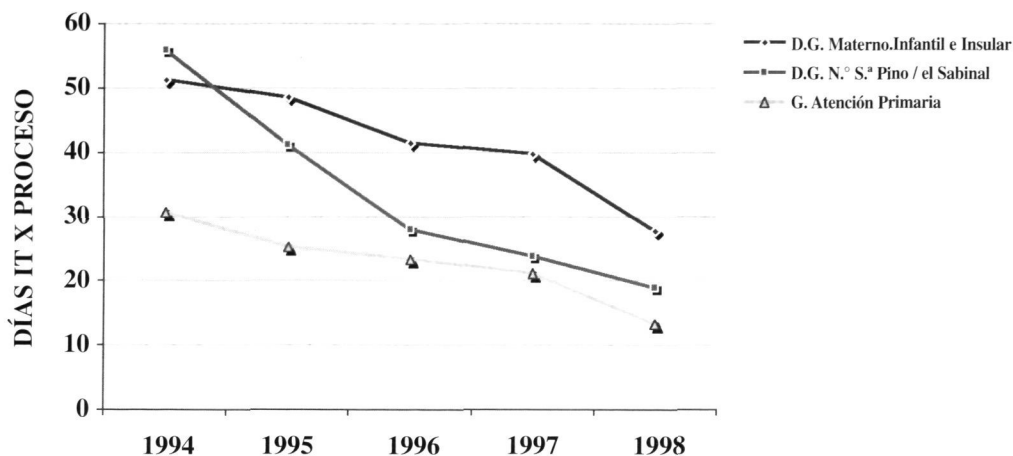
Conviene reseñar que, como se ha expuesto con anterioridad, han quedado fuera del estudio los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 1998.

DIRECCIONES GERENCIAS / GERENCIA		1994	1995	1996	1997	1998	Total
<i>D.G. Materno-Infantil / Insular</i>	nº procesos	1.611	2.102	2.049	2.052	1.679	9.493
	días IT	82.343	101.975	85.032	81.244	46.666	397.260
	días IT/proceso	51,11	48,51	41,50	39,59	27,79	41,85
	días IT/profesional	24,07	29,81	24,86	23,75	13,64	116,12
	% días IT	6,59	8,17	6,81	6,51	5,00	6,70
<i>D.G. Nª Sª Pino/ Sabinal</i>	nº procesos	951	1.407	1.857	1.991	1.406	7.612
	días IT	53.177	57.723	51.653	47.272	26.559	236.384
	días IT/proceso	55,92	41,03	27,82	23,74	18,89	31,05
	días IT/profesional	22,09	23,98	21,46	19,64	11,03	98,21
	% días IT	6,05	6,57	5,88	5,38	4,04	5,66



DIRECCIONES GERENCIAS / GERENCIA		1994	1995	1996	1997	1998	Total
<i>G. Atención Primaria G.C.</i>	nº procesos	661	854	852	1.208	918	4.493
	días IT	20.283	21.541	19.881	25.345	12.029	99.079
	días IT/proceso	30,69	25,22	23,33	20,98	13,10	22,05
	días IT/profesional	14,29	15,18	14,01	17,86	8,48	69,82
	% días IT	3,92	4,16	3,84	4,89	3,11	4,03
<i>Total</i>	nº procesos	3.223	4.363	4.758	5.251	4.003	21.598
	días IT	155.803	181.239	156.566	153.861	85.254	732.723
	días IT/proceso	48,34	41,54	32,91	29,30	21,30	33,93
	días IT/profesional	21,50	25,01	21,60	21,23	11,76	101,11
	% días IT	5,89	6,85	5,90	5,82	4,31	5,83

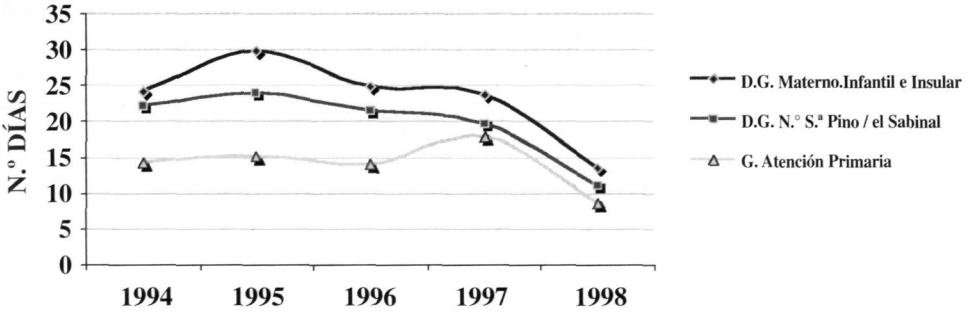
### EVOLUCIÓN ANUAL DÍAS IT / PROCESO



En el gráfico anterior se detecta que en cuanto a la duración por proceso, la tendencia en los tres centros es descendente. No obstante el centro que presenta una pendiente más acentuada en el descenso es la DG N.º S.º del Pino / Sabinal.

En el gráfico inferior los datos de los tres centros, en su origen, parten de valores diferentes y en su evolución van confluyendo hacia un mismo valor de días de IT por profesional, con lo que parece que independientemente del centro los días de IT por profesional serán similares. Esto se debe tanto a un descenso progresivo en las Direcciones Gerencias en los años 1995 hasta 1997, como a un aumento en la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria en ese mismo periodo, siendo el descenso mayor que el aumento. Los mayores valores de este indicador se encuentran en la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil/Insular.

### EVOLUCIÓN ANUAL DÍAS IT / PROCESO

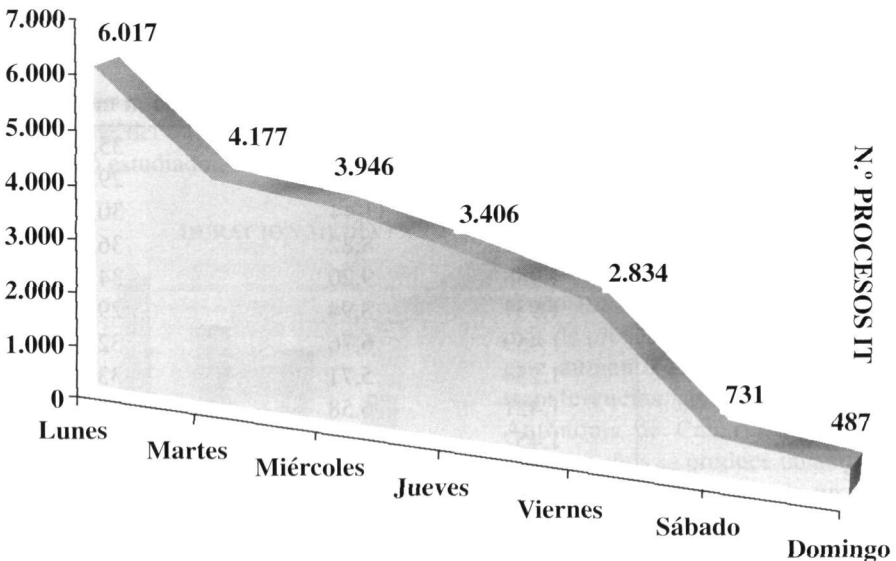


El gráfico de la evolución anual de % de días de IT presentaría una imagen muy similar al de «Días de IT / Profesional», comentado anteriormente.

#### Variables inherentes al proceso de Incapacidad Temporal

Uno de los análisis realizados, y de los de mayor significación, es el que hace referencia a los datos del *día*, *mes* y *año* en que se inician los procesos de IT, observando que la variable **Día** indica un considerable número de procesos que se inician los lunes, alcanzando una cifra de 6.017 procesos que representan el 27,9 % del total.

### RELACIÓN DÍA SEMANAL / N.º PROCESOS IT



Una gran cantidad de profesionales prestan sus servicios en las diferentes Instituciones Sanitarias en jornada laboral de lunes a viernes, siendo ésta una de las razones que podrían explicar el hecho de que los sábados y domingos descienda notablemente el número de procesos de IT. Por otra parte, la actividad de los Médicos de Familia en Atención Primaria, se desarrolla esencialmente, de lunes a viernes y al ser estos profesionales los únicos legalmente autorizados para, inicialmente, expedir los partes de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, favorece el que se dé la situación anteriormente planteada.

El número de procesos que se inician los sábados y domingos serían, fundamentalmente, aquellos correspondientes al personal que trabaja en turnos rotatorios y que deben justificar su ausencia al puesto de trabajo en dichos días.

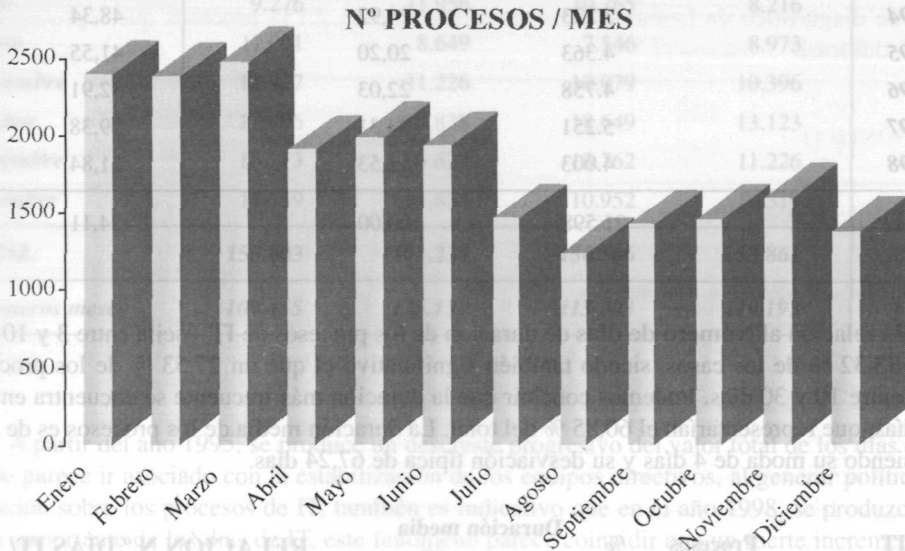
Con respecto al elevado número de procesos que se inician los lunes, podríamos aventurar que este día estaría actuando como un «coche escoba», al aglutinar a los profesionales que sufren alguna enfermedad común durante el fin de semana y no habiéndose recuperado, esperan al lunes con el fin de regularizar su situación en relación a la empresa.

La tendencia descendente de los procesos de IT a lo largo de la semana, puede interpretarse como una valoración positiva, por parte de los trabajadores, del acercamiento del fin de semana para recuperarse de cualquier sintomatología incipiente sin tener que recurrir al inicio de un proceso de IT. Se observa que la duración media en días de IT es bastante parecida en todos los días de la semana, aunque la mayor duración se produce en los procesos que se inician los viernes (36,22 días).

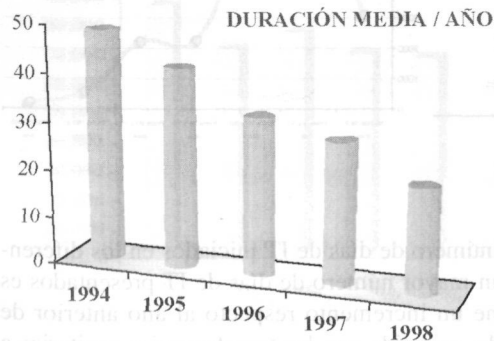
En la variable Mes, apreciamos que durante marzo se generan más procesos de IT, con un total de 2.470, lo que significa el 11,44 % del total. Seguidamente los meses de enero, con 2.389 procesos, que corresponden al 11,06 %, y febrero con una cifra de 2.377 procesos, que suponen el 11,01% del total de procesos, nos llevan a afirmar que es en el periodo de tiempo que comprende el primer trimestre de los distintos años estudiados, cuando más procesos de IT se inician con un total de 7.236 procesos que representan el 33,51 %. La mayor duración media se produce en los procesos con inicio en octubre 46,65 días.

MES	Procesos	%	Duración media días IT
<i>Enero</i>	2.389	11,06	35,89
<i>Febrero</i>	2.377	11,01	29,72
<i>Marzo</i>	2.470	11,44	30,77
<i>Abril</i>	1.906	8,82	36,21
<i>Mayo</i>	1.988	9,20	34,14
<i>Junio</i>	1.931	8,94	29,75
<i>Julio</i>	1.459	6,76	32,11
<i>Agosto</i>	1.234	5,71	33,47
<i>Septiembre</i>	1.421	6,58	35,73
<i>Octubre</i>	1.452	6,72	46,65
<i>Noviembre</i>	1.591	7,37	36,75
<i>Diciembre</i>	1.380	6,39	32,42
<b>Total</b>	21.598	100,00	34,11

En el análisis realizado, observamos que la tendencia natural en cada año indica una gran cantidad de procesos que se inician en el primer trimestre para posteriormente comenzar a disminuir hasta el mes de agosto, siendo éste el mes donde menos procesos de IT se inician en los diferentes años, para detectarse nuevamente un incremento de dichos procesos, de forma moderada, hasta diciembre donde vuelve a existir una tendencia descendente, lo que nos lleva a afirmar que son los periodos vacacionales (Semana Santa, Verano y Navidades) cuando menos procesos de IT se inician (periodos donde hay un mayor número de personal eventual en las diferentes Instituciones).



En la variable **Año** de inicio de la IT, apreciamos que 1997 con 5.251 procesos, representando el 24,3% del total, es el año donde aparece el mayor número de procesos correspondientes al periodo estudiado.



Se detecta, por otra parte, un aumento muy importante del número de los procesos que se inician en el año 1995 con respecto al año 1994, iniciándose en 1995 un 35,37% más de procesos que en 1994, coincidiendo este aumento con el año posterior a las transferencias sanitarias a la Comunidad Autónoma de Canarias. Durante los siguientes años se produce un aumento sostenido, aproximadamente de un 10 %, para en los primeros nueve meses de 1998 frenarse este crecimiento respecto al mismo periodo del año 1997, lo que podría expli-

carce por el hecho de que en 1998 se inicia un Convenio entre el INSS y los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas y el INSALUD, con la finalidad de reducir los índices de absentismo.

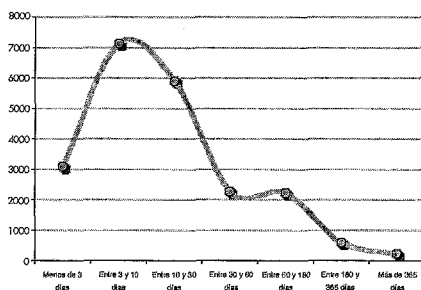
En el año 1994 se inician los procesos con mayor duración media en días de IT (48,34 días), detectándose una clara tendencia al descenso de este valor a lo largo del periodo de estudio, como puede observarse en el gráfico que se presenta a la izquierda.

AÑO	Procesos	%	Duración media días IT
1994	3.223	14,92	48,34
1995	4.363	20,20	41,55
1996	4.758	22,03	32,91
1997	5.251	24,31	29,38
1998	4.003	18,53	21,84
<b>Total</b>	<b>21.598</b>	<b>100,00</b>	<b>34,11</b>

En relación al **Número de días** de duración de los procesos de IT, oscila entre 3 y 10 días en un 33,32 % de los casos, siendo también significativo el que un 27,53 % de los procesos duren entre 10 y 30 días. Podemos concluir que la duración más frecuente se encuentra entre 3 y 30 días, que representarían el 60,85 % del total. La duración media de los procesos es de 34,1 días, siendo su moda de 4 días y su desviación típica de 67,24 días.

DIAS IT	Procesos	%	Duración media procesos IT
<i>Menos de 3 días</i>	3.097	14,42	2,05
<i>Entre 3 y 10 días</i>	7.159	33,32	6,46
<i>Entre 10 y 30 días</i>	5.915	27,53	17,65
<i>Entre 30 y 60 días</i>	2.283	10,63	42,80
<i>Entre 60 y 180 días</i>	2.211	10,29	100,31
<i>Entre 180 y 365 días</i>	599	2,79	252,59
<i>Más de 365 días</i>	219	1,02	479,03
<b>Total</b>	<b>21.483</b>	<b>100</b>	<b>34,11</b>

**RELACIÓN N.º DÍAS IT/  
N.º PROCESOS IT**

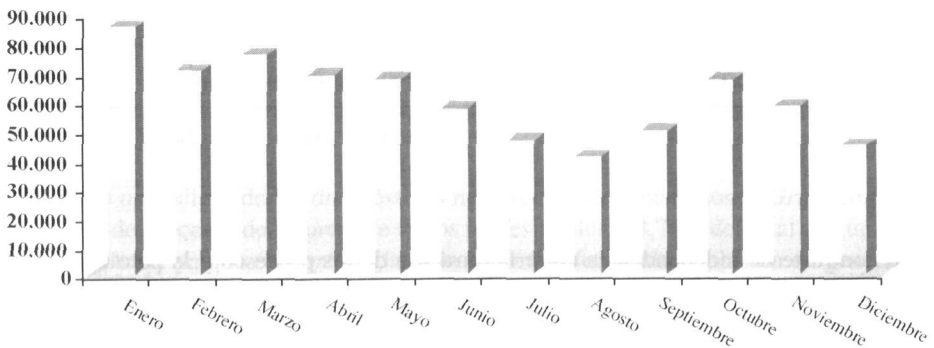


Realizando un examen exhaustivo sobre el número de días de IT iniciados en los diferentes años de estudio, detectamos que el año con un mayor número de días de IT presentados es 1995 con 181.239 días generados, lo que supone un incremento respecto al año anterior de 25.436 días, año que como ya hemos mencionado, coincide con las transferencias sanitarias a nuestra Comunidad.

Días de IT	1994	1995	1996	1997	1998
<i>Enero</i>	15.320	19.125	18.348	19.057	13.791
<i>Febrero</i>	10.833	17.272	14.389	16.609	11.311
<i>Marzo</i>	11.094	21.082	12.273	17.021	14.328
<i>Abril</i>	13.558	13.877	14.442	16.251	10.674
<i>Mayo</i>	12.514	19.718	13.084	11.410	10.738
<i>Junio</i>	13.422	12.234	12.277	11.260	8.054
<i>Julio</i>	9.276	11.956	10.765	8.216	6.222
<i>Agosto</i>	11.011	8.649	7.546	8.973	4.455
<i>Septiembre</i>	12.427	11.226	10.079	10.396	5.681
<i>Octubre</i>	17.896	17.838	18.649	13.123	
<i>Noviembre</i>	16.713	16.624	13.762	11.226	
<i>Diciembre</i>	11.739	11.638	10.952	10.319	
<b>TOTAL</b>	<b>155.803</b>	<b>181.239</b>	<b>156.566</b>	<b>153.861</b>	<b>85.254</b>
<i>9 primeros meses</i>	<i>109.455</i>	<i>135.139</i>	<i>113.203</i>	<i>119.193</i>	<i>85.254</i>

A partir del año 1995, se produce un decreste progresivo del valor total de los días de IT, lo que parece ir asociado con la estabilización de los equipos directivos, al generar políticas de actuación sobre los procesos de IT, también es indicativo que en el año 1998, se produzca una caída importante de los días de IT, este fenómeno parece coincidir con un fuerte incremento de la labor inspectora. El descenso que se produce no es significativo, en cuanto al número de procesos, sin embargo sí lo es en cuanto a la duración de los mismos.

### EVOLUCIÓN DÍAS IT TOTALES / MES



Si realizamos el análisis del número de días generado por mes en los diferentes años y en el periodo total de estudio, podemos observar que se confirman los valores presentados en el análisis de los procesos, observando una disminución de su valor en los meses vacacionales, con la salvedad del mes de abril, no obstante es de reseñar el aumento de los días de IT generados en los procesos postvacacionales, es decir en los meses de octubre y enero.

En cuanto a los **Grupos de Diagnósticos** del CIE-9, son las Enfermedades del Aparato Respiratorio con 5.060 procesos, el grupo diagnóstico que más se da, con el 23,46 % de todos los procesos, junto con las Enfermedades del Sistema Osteo-Mioarticular y Tejido Conectivo con 3.442 procesos, que significan el 15,96 % del total de procesos. También es de destacar el grupo de diagnóstico de Lesiones y Envenenamiento con 2.154 procesos que representan el 9,99 % del total.

DIAGNÓSTICO	Procesos	% total	Duración media días IT	Días IT totales
<i>Enfermedades Infecciosas y Parasitarias</i>	354	1,64	27,55	9.754
<i>Neoplasias</i>	72	0,33	97,07	6.892
<i>Enf. Endocrinas, Nutrición, Metabólicas, T. Inmunitarios</i>	140	0,65	74,55	10.363
<i>Trastornos Mentales</i>	1.123	5,21	92,24	102.847
<i>Enfermedades del Sistema Nervioso y Órganos sensoriales</i>	693	3,21	31,62	21.846
<i>Enfermedades del Sistema Circulatorio</i>	490	2,27	52,25	25.500
<i>Enfermedades del Aparato Respiratorio</i>	5.060	23,46	12,32	62.281
<i>Enfermedades del Aparato Digestivo</i>	1.711	7,93	17,15	29.301
<i>Enfermedades del Aparato Genitourinario</i>	652	3,02	25,78	16.808
<i>Enfermedades de la Gestación, Parto y Puerperio</i>	579	2,68	51,72	29.897
<i>Enfermedades de la Piel</i>	207	0,96	32,96	6.823
<i>Enf. del Sist. Osteo-Mioarticular y Tejido Conectivo</i>	3.442	15,96	51,18	175.500
<i>Síntomas, Signos y Estados mal definidos</i>	426	1,98	25,35	10.797
<i>Lesiones y Envenenamientos</i>	2.154	9,99	39,75	85.506
<i>Listado Complementario relacionado con la IT</i>	4.466	20,71	31,49	138.139
<b>Total</b>	21.569	100,00	34,13	732.254

Un contraste de independencia entre la duración de los procesos y la patología, nos permite afirmar la existencia de dependencia, como era de esperar ( $X^2 = 4.743,928$ ;  $\alpha = 0,000$ ).

La mayor duración media en días de IT, como parece lógico, se produce en diagnósticos que conllevan periodos de convalecencia más largo, como Neoplasias (97,07 días), Trastornos Mentales (92,23 días) y Enfermedades Endocrinas, Nutrición, Metabólicas y Trastornos Inmu-

nitarios (74,55 días). La menor duración media en días de IT corresponde a las Enfermedades del Aparato Respiratorio (12,31 días), que es además el grupo de diagnóstico más frecuente.

En el análisis del total de días generados en el periodo de estudio, en cada uno de los grupos diagnósticos, detectamos que son las Enfermedades del Sistema Osteo-Mioarticular y Tejido Conectivo las de mayor significación, generando un total de 175.500 días, y a continuación los Trastornos Mentales con 102.847 días de IT.

Una vez estudiados los grupos diagnósticos del CIE-9, se procede a un análisis pormenorizado de los 13 diagnósticos más significativos, de entre todos los procesos de IT que son objeto de estudio (21.598).

Diagnóstico	Nº Procesos	% total
<i>Tendinitis intersecciones periféricas</i>	260	1,20
<i>Amigdalitis aguda</i>	280	1,30
<i>Síntomas generales</i>	295	1,37
<i>Fractura de huesos</i>	316	1,46
<i>Gastritis y duodenitis</i>	402	1,86
<i>Bronquitis y bronquiolitis aguda</i>	446	2,07
<i>Faringitis aguda</i>	489	2,26
<i>Colitis ulcerosa</i>	509	2,36
<i>Trastornos región cervical</i>	614	2,84
* <sup>1</sup> <i>Esguinces y Torceduras</i>	925	4,28
* <sup>2</sup> <i>Reacción adaptación (depresión y ansiedad)</i>	949	4,39
<i>Otras alteraciones de la espalda</i>	1.918	8,88
<i>Gripe</i>	2.971	13,76
<b>Total</b>	<b>10.374</b>	<b>48,03</b>

\*<sup>1</sup> Se han agrupado aquí los diagnósticos de «esguinces y torceduras de la espalda» y «esguinces y torceduras tobillo», debido a la similitud de estos diagnósticos.

\*<sup>2</sup> Se han especificado en este diagnóstico, entre paréntesis, los conceptos de depresión y ansiedad para situar al lector, ya que estos aparecen en el CIE-9) como criterios de inclusión en el diagnóstico en cuestión.

Haciendo un análisis de los diagnósticos más frecuentes obtenemos la **Gripe** como la que mayor número de procesos de IT produce en los profesionales (13,76% del total), es un dato que pensábamos obtener ya que esta patología es la que más afecta a la población en general, siendo su magnitud de tal calibre que lleva al Sistema Nacional de Salud a realizar políticas de prevención concretas (campañas de vacunación) para minimizar el impacto de esta patología.

Otro de los datos que confirma nuestras sospechas, es la importancia de las **Alteraciones de la espalda** (en este diagnóstico se aglutinan los procesos de lumbalgia, coxalgia, y demás



alteraciones osteo-mioarticulares que afectan a la espalda, excepto las concretas de la zona cervical) debido al tipo de trabajo de la mayoría de los profesionales que son objeto de estudio.

Si unificamos en un sólo diagnóstico todos los procesos Osteo-Mioarticulares de la espalda el valor sería 2.532 procesos, que representarían el 11,72 % del total de procesos.

No podemos dejar de hacer mención a la importancia que tiene la aparición de *procesos de tipo depresivo* (4,39 % del total) influidos por el trato directo con personas que padecen enfermedades de diversa consideración y la presión que tanto éstas como sus familias realizan sobre estos profesionales con el fin de conseguir la curación o atención lo antes posible. Otro de los factores que pueden influir sobre esta patología es la falta de una política efectiva, de los equivos directivos, encaminada a la motivación de los profesionales.

A continuación, procedemos a realizar un análisis relacionado con el comportamiento de la duración media de los procesos de IT para los diagnósticos médicos más representativos, en base al valor presentado como máximo en el estándar de duración, que para cada uno de éstos se ha marcado<sup>61</sup>. Solamente se puede realizar con siete de los trece diagnósticos antes mencionados, ya que del resto no hemos encontrado en la bibliografía revisada los valores de duración de los procesos de IT, estandarizados.

Diagnóstico	Duración máxima standard	Duración media procesos	Diferencia entre máxima standard y media procesos	Duración máxima procesos
<i>Reacción adaptación (depresión)</i>	180	96,38	83,62	549
<i>Otras alteraciones de la espalda</i>	90	44,23	45,77	549
<i>*1 Esguinces y Torceduras</i>	56	38,67	17,33	547
<i>Trastornos región cervical</i>	28	57,78	-29,78	550
<i>Bronquitis y Bronquiolitis aguda</i>	21	15,29	5,71	304
<i>Gripe</i>	7	9,83	-2,83	522
<i>Amigdalitis aguda</i>	3	10,93	-7,93	324

Realizado el estudio comparativo de la duración media en días de IT de los diferentes diagnósticos, en relación con los estándares máximos de duración, detectamos que el comportamiento de éstos no es homogéneo, ya que mientras la *Reacción de adaptación* presenta una diferencia positiva entre el valor máximo del estándar y la duración media de los procesos de 83,62 días, los *Trastornos de la región cervical* tienen una diferencia negativa (su duración media es mayor que el valor máximo del estándar), siendo esta diferencia de 29,78 días.

El más frecuente de los diagnósticos, la *Gripe*, presenta una duración media superior en 2,83 días en relación con el valor máximo del estándar establecido para esta patología.

La duración máxima de los procesos de IT, presentada para cada uno de los diagnósticos médicos, difiere en gran medida con los valores máximos presentados en el estándar de todos ellos, caso significativo es el de la *Gripe*.

<sup>61</sup> *Manual de ayuda al médico para la gestión de la Incapacidad Temporal*. INSALUD. 1994. Madrid.

El siguiente paso que nos marcamos consiste en la determinación del valor total de los días perdidos por IT para los tres diagnósticos donde la diferencia entre la duración máxima estándar y la duración media de los procesos es negativa, para lo cual, se multiplicará por el número de procesos que presentan.

Diagnóstico	Diferencia entre max, standard y media procesos	Nº procesos	Días Totales fuera del máximo standard
<i>Amigdalitis aguda</i>	7,93	280	2.220
<i>Trastornos región cervical</i>	29,78	614	18.285
<i>Gripe</i>	2,83	2.971	8.408
<b>Totales</b>		3.865	28.913

Como podemos detectar, para los tres diagnósticos mencionados anteriormente, el valor de los días totales fuera del valor máximo del standard es de 28.913 días (3,95 % del total de días de IT de todos los procesos), que corresponden a 3.865 procesos.

A continuación se realizarán las tablas de contingencia, de la variable Diagnóstico, con las variables categoría, unidad y días de IT (*Las tablas a que se hace referencia a continuación, se hallan disponibles en el Anexo de Tablas de Contingencia de Procesos*).

### Diagnóstico por categoría

Como apreciamos en la tabla de contingencia, existe dependencia entre la categoría y el diagnóstico ( $X^2= 619,842$ ;  $\alpha= 0,000$ ). En la mayoría de las categorías, las enfermedades más frecuentes son las Enfermedades del Aparato Respiratorio, seguidas de las que se incluyen en el Listado Complementario de IT y las Enfermedades del Sistema Osteo-Mioarticular y Tejido Conectivo.

En la categoría de Personal de Hostelería se rompe esta tendencia ya que el diagnóstico más frecuente es el de Enfermedades del Sistema Osteo-Mioarticular y Tejido Conectivo y luego las Enfermedades del Aparato Respiratorio.

El grupo de diagnóstico de *Trastornos Mentales* afecta en mayor medida al Personal de Administración, pudiendo ser debido a la realización en las diferentes Instituciones de un trabajo rutinario y monótono lo que les lleva a una situación de desmotivación, facilitando que este personal tenga el más alto porcentaje de procesos de IT en este grupo de diagnóstico y concretamente en lo relacionado con procesos de depresión.

Las categorías de Auxiliares de Enfermería y Técnicos Especialistas son las siguientes que mayor número de procesos de IT debido a los Trastornos Mentales (procesos depresivos), presentan. En la primera de estas categorías se debe sobre todo, bajo nuestro punto de vista, al alto grado de presión que soportan estos profesionales debido a su trato directo con los pacientes.

El grupo de diagnóstico de *Enfermedades del Sistema Osteo-Mioarticular y Tejido Conectivo* afecta en mayor proporción a las categorías de Personal de Hostelería, Mantenimiento y Auxiliares de Enfermería, lo que parece lógico debido al tipo de trabajo físico que realizan.

Si en esta tabla de contingencia segmentamos nuestro archivo de datos por Dirección Gerencia /Gerencia, obtenemos que:

Mientras que en el nivel asistencial de Atención Especializada, la categoría profesional que más procesos de IT sufre son las Auxiliares de Enfermería, seguidas por las Enfermeras/os, de forma que ambas categorías representan el 64 % del total de procesos en la D.G. Materno-Infantil/Insular y el 57 % del total en la DG N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal, en el nivel asistencial de Atención Primaria son los Facultativos con el 36,2 % del total, seguidos por Enfermeras/os con 31,4 % del total.

Centrándonos en el grupo de diagnóstico más frecuente en todas las Instituciones (Enfermedades del Aparato Respiratorio), se observa como éste en el nivel asistencial de Atención Primaria afecta en gran medida a los Facultativos, ya que el 39,1 % del total de procesos producidos por este grupo de diagnóstico lo presenta esta categoría profesional. En cambio, si observamos la misma categoría profesional y el mismo grupo de diagnóstico en el nivel asistencial de Atención Especializada, obtenemos que aproximadamente y tan sólo, el 5 % del total de procesos producidos por este grupo de diagnóstico lo presentan los Facultativos. Esto parece ser debido a que los Facultativos de Atención Primaria sufren una mayor exposición, por su entorno laboral, a los procesos víricos respiratorios, procesos caracterizados por su alta capacidad de contagio. Sin embargo, si observamos otra categoría profesional presente en ambos niveles asistenciales y con una dotación de plantilla comparable, como sería Enfermeras/os, vemos que ésta presenta valores similares en este grupo de diagnóstico en ambos niveles, lo que nos lleva a plantearnos la no idoneidad del supuesto anterior ya que no se valida para esta última categoría profesional.

Con la finalidad de verificar los datos anteriormente presentados se realiza la relativización de los procesos de los grupos diagnósticos más relevantes por categoría, con la plantilla asignada en cada uno de los diferentes centros.

<i>Grupo Diagnóstico</i>	Facul	Enferm	Dipl/Lic	Téc Esp	Aux.Enf	P.Ap/Sub	P.Adm.	P.Host.	P.Mant	Total
Trastornos Mentales	0,04	0,16	0,04	0,17	0,26	0,18	0,16	0,21	0,10	0,16
Enf. Ap. Respiratorio	0,16	0,67	0,72	0,56	0,89	0,61	0,43	1,09	0,56	0,62
Enf. Osteo-Mioarticular	0,11	0,43	0,34	0,38	0,69	0,60	0,22	1,19	0,62	0,47
<b>Total</b>	<b>0,79</b>	<b>2,79</b>	<b>2,42</b>	<b>2,32</b>	<b>4,06</b>	<b>3,08</b>	<b>1,86</b>	<b>5,24</b>	<b>2,88</b>	<b>2,78</b>

*D.Gerencia Complejo Hospitalario Materno-Infantil / Insular*

<i>Grupo Diagnóstico</i>	Facul	Enferm	Dipl/Lic	Téc Esp	Aux.Enf	P.Ap/Sub	P.Adm.	P.Host.	P.Mant	Total
Trastornos Mentales	0,06	0,12	0,00	0,15	0,22	0,26	0,16	0,24	0,20	0,15
Enf. Ap. Respiratorio	0,31	0,79	0,16	0,79	0,93	1,16	0,68	0,93	1,25	0,76
Enf. Osteo-Mioarticular	0,16	0,44	0,05	0,24	0,79	0,83	0,37	0,97	0,83	0,51
<b>Total</b>	<b>1,28</b>	<b>3,05</b>	<b>0,66</b>	<b>2,98</b>	<b>4,18</b>	<b>4,87</b>	<b>2,65</b>	<b>4,27</b>	<b>4,05</b>	<b>3,15</b>

*D. Gerencia de los Hospitales Ntra. Sra. del Pino / Sabinal*

<i>Grupo Diagnóstico</i>	Facul	Enferm	Dipl/Lic	Téc Esp	Aux.Enf	P.Ap/Sub	P.Adm.	P.Host.	P.Mant	Total
Trastornos Mentales	0,10	0,17	0,07	0,13	0,23	0,24	0,13	0,00	0,00	0,14
Enf. Ap. Respiratorio	0,85	0,68	0,67	0,60	1,00	1,41	0,59	0,00	0,00	0,79
Enf.Osteo-Mioarticular	0,34	0,52	0,14	0,40	0,57	0,94	0,24	0,00	0,17	0,42
<b>Total</b>	<b>3,19</b>	<b>3,18</b>	<b>2,60</b>	<b>2,80</b>	<b>3,64</b>	<b>5,63</b>	<b>2,19</b>	<b>0,00</b>	<b>1,83</b>	<b>3,17</b>

#### *Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria*

Los Facultativos de Atención Primaria se comportan de forma análoga a las demás categorías de su mismo nivel asistencial, en cambio, en el otro nivel asistencial este comportamiento varía ya que no sigue los mismo patrones que el resto de categorías, es decir, mientras que en Atención Primaria cada Facultativo presenta 3,19 procesos de IT por contingencias comunes, en Atención Especializada dicho valor es de 0,79 (DG Materno-Infantil/Insular) y 1,28 procesos de IT por profesional (DG N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal).

#### **Diagnóstico por Unidades**

En este caso podemos apreciar que los diferentes grupos diagnósticos se dan con mayor frecuencia en las unidades de Hospitalización y Consultas Externas (que es donde más procesos se producen), sin embargo, también podemos indicar que hay diagnósticos propios de unidades específicas ( $X^2= 549,767$ ;  $a= 0,000$ ).

En el grupo de diagnóstico de Enfermedades del Sistema Osteo-Mioarticular y Tejido Conectivo vemos como en la unidad de Urgencias el 18,7 % del total de los procesos de esa unidad se debe a éste, suponiendo que es debido al esfuerzo mecánico que se realiza en dicha unidad.

En este punto hemos relativizado los tres grupos de diagnóstico más representativos sobre la base de la dotación de profesionales que hay en cada unidad.

UNIDAD	Dotación	Enf. Ap. Respiratorio	Enf.Sist. Osteo-Mioart.	Lesiones y Enven.
<i>Hospitalización</i>	1.297	0,83	0,56	0,42
<i>UCI</i>	168	0,95	0,46	0,42
<i>Urgencias</i>	406	1,05	0,71	0,38
<i>Servicios Centrales</i>	1.027	0,78	0,49	0,32
<i>Quirófano y Reanimación</i>	357	0,76	0,55	0,33
<i>Gerencia y Dirección</i>	681	0,46	0,33	0,16
<i>Consultas Externas</i>	1.621	0,64	0,37	0,17
<i>Hostelería</i>	337	1,00	1,02	0,60
<i>Mantenimiento</i>	198	0,67	0,55	0,48
<i>Servicios Médicos</i>	352	0,33	0,24	0,16
<i>Servicios Quirúrgicos</i>	265	0,30	0,21	0,15
<i>Gestión y Administración</i>	520	0,57	0,42	0,28

A partir de esta tabla se obtiene que en la unidad de Urgencias, por cada profesional asignado, se produce 1,05 procesos de IT debido a Enfermedades del Aparato Respiratorio. En la unidad de Hostelería ocurre prácticamente lo mismo.

En el grupo de diagnóstico de Enfermedades del Sistema Osteo-Mioarticular y Tejido Conectivo, es en la unidad de Hostelería donde por cada profesional se produce un proceso de IT debido a este grupo de diagnóstico. En esta misma unidad se producen 0,6 procesos de IT por profesional, debido a Lesiones y Envenenamientos.

### Diagnóstico por Días de IT

En este caso, se hará un desglose por diagnósticos indicando cuál es la duración más frecuente, el número de procesos y el tanto por ciento sobre el total de procesos de ese grupo de diagnóstico, teniendo presente, que también más adelante se calculará la duración media por patología. Como es lógico, existe dependencia entre la duración de los procesos y los diagnósticos ( $X^2= 4.743,928$ ;  $a= 0,000$ ).

GRUPO DE DIAGNÓSTICO	Duración más frecuente	Nº Procesos	% sobre Grupo Diagnóstico
<i>Enferm. Aparato Respiratorio</i>	Entre 3 y 10 días	2.764	54,66
<i>Síntomas, Signos</i>	Entre 3 y 10 días	181	42,49
<i>Enferm. Aparato Digestivo</i>	Entre 3 y 10 días	708	41,43
<i>Enfermedades Piel</i>	Entre 10 y 30 días	81	39,13
<i>Enfermedades Infecciosas</i>	Entre 3 y 10 días	133	37,57
<i>Lesiones y Envenenamiento</i>	Entre 10 y 30 días	787	36,59
<i>Neoplasias</i>	Entre 10 y 30 días	24	33,80
<i>Enferm. Sistema Circulatorio</i>	Entre 10 y 30 días	164	33,61
<i>Enferm. Sist. Osteo-Mioarticular</i>	Entre 10 y 30 días	1.130	32,95
<i>Enferm. Aparato Genitourinario</i>	Entre 3 y 10 días	213	32,67
<i>Enferm. Sistema Nervioso</i>	Entre 3 y 10 días	224	32,42
<i>Enfermedades Gestación</i>	Entre 10 y 30 días	178	30,80
<i>Listado Complementario IT</i>	Entre 3 y 10 días	1.262	28,77
<i>Enfermedades Endocrinas</i>	Entre 10 y 30 días	36	25,90
<i>Enfermedades Endocrinas</i>	Entre 30 y 60 días	32	23,02
<i>Trastornos mentales</i>	Entre 10 y 30 días	287	25,74
<i>Trastornos mentales</i>	Entre 60 y 180 días	286	25,65

### Listado Complementario relacionado con la Incapacidad Temporal

Se considera de interés detallar, a continuación, los ocho conceptos más importantes que encontramos dentro de este Grupo Diagnóstico del CIE-9. El *Listado Complementario relacionado con la IT*, que representa el 20,68 % del total de procesos, se puede considerar como el cajón de sastre donde se introducen todos aquellos procesos que, o bien el médico no tiene aún definidos o que no presentan diagnóstico en sus partes de baja médica. En este grupo es especialmente relevante el número de partes en que *no se especifica la patología* por la que el médico expide la baja (11,24 % del total de procesos), siendo éste uno de los factores importantes a corregir si se quiere realizar una actuación adecuada sobre los procesos de IT por contingencias comunes.

Otro aspecto a tener en cuenta, es el valor que presentan los *diagnósticos ilegibles* (3,5 % del total de procesos), estando relacionado, tanto con la falta de diligencia por parte del médico a la hora de rellenar el parte como por el posible desconocimiento del lenguaje médico entre el personal responsable de la mecanización de dichos partes.

DIAGNÓSTICO	NºProcesos	% total	Total días de IT	Duración media
En estudio	428	1,98	8.704	20,34
Intervención quirúrgica	560	2,59	25.574	45,67
Parte sin diagnóstico	2.427	11,24	56.758	23,39
Diagnóstico ilegible	758	3,51	37.630	49,64
Ingreso en hospital	29	0,13	2.433	83,90
Procedimientos médico quirúrgicos terapéuticos	139	0,64	2.106	15,15
Procedimientos diagnósticos	114	0,53	4.041	35,45
Accidentes de tráfico	11	0,05	893	81,18
<b>Total</b>	<b>4.466</b>	<b>20,68</b>	<b>138.139</b>	<b>30,93</b>

## ANÁLISIS MULTIVARIANTE

### ANÁLISIS DE COMPONENTES PRINCIPALES NO LINEALES

La información de la que disponemos nos sugiere el uso de esta técnica dado que nos permite llevar a cabo un análisis en el que las variables pueden tener una relación no lineal y estar medidas en diferentes escalas. En nuestro caso disponemos de una batería de variables cualitativas nominales y ordinales así como de variables cuantitativas de naturaleza discreta que son las que permiten incorporar esta técnica. El objetivo de esta técnica es descubrir patrones de relación que permitan obtener dimensiones o ejes sintéticos que resuman la información contenida en un número de variables más elevado. En resumen, lo que consigue este método es asignar a cada individuo una puntuación en cada una de las nuevas dimensiones de tal manera que se consiga la máxima homogeneidad entre los sujetos dentro de cada categoría y, en cambio, que dichas categorías sean lo más heterogéneas posible. El número de dimensiones a retener no debe exceder de tres de modo que facilite su interpretación.

Utilizamos en el análisis las siguientes variables que toman los valores indicados a continuación:

**CATEG04:** Categoría Profesional, pudiendo tomar los siguientes valores:

1. Facultativos
2. Enfermeras/os
3. Resto Diplomados/Licenciados
4. Técnicos Especialistas
5. Auxiliares de Enfermería
6. Personal de Apoyo y Subalterno
7. Personal Administrativo
8. Personal de Hostelería
9. Personal de Mantenimiento

**UNIDA5:** Unidad de Trabajo, pudiendo tomar los siguientes valores:

1. Hospitalización
2. UCI
3. Urgencias
4. Servicios Centrales
5. Quirófano y Reanimación
6. Gerencia y Dirección
7. Consultas Externas
8. Hostelería
9. Mantenimiento

10. Servicios Médicos
11. Servicios Quirúrgicos
12. Gestión y Administración

**HOSP11:** toma los siguientes valores:

1. Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil/Insular
2. Dirección Gerencia de los Hospitales N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal
3. Gerencia Atención Primaria de Gran Canaria

**EDADI:** Edad, toma los siguientes valores :

1. < 30 años
2. Entre 30 y 35 años
3. Entre 35 y 40 años
4. Entre 40 y 45 años
5. Entre 45 y 50 años
6. Entre 50 y 60 años
7. Más de 60 años

**RNH105:** Número de hijos puede tomar valores entre 0 y 7, indicando el número de hijos.

**ECIV12:** Estado civil, puede tomar los siguientes valores :

1. Casado
2. Divorciado
3. Soltero
4. Viudo

**DIAGN05:** Grupo de diagnóstico, puede tomar los siguientes valores:

1. Enfermedades Infecciosas
2. Neoplasias
3. Enfermedades Endocrinas
4. Trastornos Mentales
5. Enfermedades Sistema Nervioso
6. Enfermedades Sistema Circulatorio
7. Enfermedades Aparato Respiratorio
8. Enfermedades Aparato Digestivo
9. Enfermedades Aparato Genitourinario
10. Enfermedades Gestación
11. Enfermedades Piel
12. Enfermedades Sist. Osteo-Mioarticular



13. Enfermedades con origen en el periodo perinatal
14. Síntomas, Signos
15. Lesiones y Envenenamientos
16. Listado Complementario IT

**DIASIT1:** Número de días de IT, puede tomar los siguientes valores:

1. < 3 días
2. Entre 3 y 10 días
3. Entre 10 y 30 días
4. Entre 30 y 60 días
5. Entre 60 y 180 días

Las variables CATEGO4, UNIDA5, HOSPI1, DIAGNO5 y ECIVIL2 son nominales; EDAD1 y DIASIT1 son ordinales y RNHIJOS es una variable discreta con valores de 0 a 7.

A pesar de ser una técnica con un carácter eminentemente exploratorio más que confirmatorio de hipótesis, de nuestro análisis esperábamos obtener tres dimensiones, una relacionada con las características laborales, otra con las personales y una tercera con las características de la patología y su duración del proceso de IT. Hemos usado la opción que nos permitía obtener tres dimensiones y nuestras expectativas se vieron confirmadas.

Los valores propios para cada una de las dimensiones son respectivamente, 0.3149; 0.1939; 0.1761 y representan la proporción de información categórica explicada por cada dimensión. Como puede observarse en la salida proporcionada por el SPSS que figura en el Anexo de Tablas Análisis Multivariante, las variables relativas a la Categoría profesional (CATEGO4), la Unidad a la que está adscrito (UNIDA5) y el Hospital al que pertenece (HOSPI1) están altamente relacionadas con la primera dimensión con correlaciones que oscilan desde  $-0.753$  hasta  $-0.873$ . No se da el caso en este análisis de variables que discriminen en más de una dimensión. Con la segunda dimensión están relacionadas todas las variables incluidas relativas a características personales como son la edad, el estado civil y el número de hijos. Por su parte, la tercera dimensión está más relacionada con las variables relativas al diagnóstico y su duración. Las correlaciones son, en este último caso muy altas, 0.816 para el diagnóstico y 0.745 para la duración del proceso IT.

Las tres dimensiones así obtenidas están pues relacionadas con **características laborales** la primera; con **características personales** la segunda y con **características relativas al proceso IT** la tercera.

Los individuos más disimilares por categorías profesionales son los Facultativos por un lado y el Personal de Hostelería y Mantenimiento por otro. De igual modo, los perfiles menos similares por unidad son los de Gerencia y Dirección así como Consultas Externas, por un lado, y Hostelería y Mantenimiento por otro. Por último en lo que hace referencia a esta primera dimensión, las Direcciones Gerencias del Materno/Insular y N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal presentan perfiles diferenciados de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

En relación con la dimensión 3 o características relacionadas con el proceso IT, hay un subgrupo de diagnósticos que difieren significativamente del resto y que son las Neoplasias,

Enfermedades Endocrinas y Trastornos Mentales que llevan asociadas a su vez mayores duraciones de los procesos IT.

## ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

A través del Análisis de Regresión Lineal Múltiple vamos a intentar identificar y cuantificar los efectos de un conjunto de variables independientes sobre una variable dependiente que, en este caso es el Número de Días de Duración del Proceso de IT (DIASIT).

El método de estimación utilizado ha sido el de Mínimos Cuadrados Ordinarios y el procedimiento utilizado en el SPSS es el de Pasos Sucesivos.

Las variables consideradas explicativas de la variabilidad en la duración de los procesos IT son las relacionadas con la antigüedad en el puesto de trabajo (ANTIGUE1); el año en el que se produce el proceso de IT recogido a través de variables ficticias para los años 1994 a 1998 (RANHO1 a RANHO5); el Hospital o Dirección Gerencia/Gerencia correspondiente (RHOSPI1 a RHOSPI3); el género del que padece el proceso IT (SEXO1=1 si es hombre y = 2 si es mujer); los diagnósticos, recogidos a través de 15 variables ficticias; el estado civil (RECIVIL1 a RECIVIL4); la unidad de adscripción del trabajador (RUNIDA1 a RUNIDA9), la categoría profesional (RCATEG1 a RCATEG8) y cuatro variables ficticias (RCONTRA1 a RCONTRA4) para el tipo de contrato.

Hemos obviado a aquellos individuos que presentaban la categoría de diagnóstico 16 '*Listado Complementario*' por inespecíficos y dado que esperábamos que fuesen estas variables ficticias precisamente (las que reflejan las distintas patologías) las que contribuyesen en mayor medida a explicar las variaciones en la duración de los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes.

La salida de la regresión figura a continuación y de ella cabe destacar los siguientes aspectos:

Variable(s) Removed on Step Number					
25.RCATEG5					
	Multiple R				.38192
	R Square				.14586
	Adjusted R Square				.14435
	Standard Error				65.56370
Analysis of Variance					
	DF		Sum of Squares		Mean Square
Regression	23		9542079.03076		414873.00134
Residual	12999		55877477.06046		4298.59813
F = 96.51356			Signif F = .0000		
Variables in the Equation					
Variable	B	SE B	95% Confdnce	Intrvl B	Beta
ANTIGUE1	.706372	.090231	.529506	.883238	.079094

RANHO1	21.148027	2.249045	16.739570	25.556484	108560
RANHO2	16.761825	2.085135	12.674655	20.848995	.099040
RANHO3	9.102005	2.056534	5.070898	13.133112	.054820
RANHO4	5.832986	2.025473	1.862763	9.803209	.036071
RSEXO1	-4.622846	1.355351	-7.279532	-1.966160	-.028307
RDIAGN11	-19.404522	5.349321	-29.889975	-8.919069	-.029879
RDIAGN14	-25.231753	3.746029	-32.574519	-17.888987	-.056440
RDIAGN15	-12.583897	1.913436	-16.334512	-8.833282	-.060975
RDIAGNO1	-18.370540	4.173497	-26.551205	-10.189874	-.036663
RDIAGNO2	68.927204	9.075957	51.136998	86.717409	.061914
RDIAGNO4	41.472132	2.470043	36.630486	46.313777	.146954
RDIAGNO5	-21.734089	3.044071	-27.700913	-15.767264	-.060918
RDIAGNO7	-38.656064	1.535475	-41.665820	-35.646308	-.248278
RDIAGNO8	-31.806554	2.216794	-36.151795	-27.461314	-.128276
RDIAGNO9	-22.963115	3.226673	-29.287867	-16.638364	-.060429
RECIVIL2	14.121782	6.328964	1.716084	26.527479	.018152
RUNIDA5	-7.888802	2.325712	-12.447538	-3.330066	-.027939
RUNIDA8	8.067440	2.027263	4.093708	12.041172	.033057
RCATEG2	-4.928395	1.368570	-7.610993	-2.245798	-.030634
RCONTRA2	-8.710677	1.573989	-11.795925	-5.625428	-.054118
RCONTRA3	-14.750632	2.995451	-20.622155	-8.879109	-.043318
RHOSPII	6.512673	1.176606	4.206353	8.818993	.045901
(Constant)	35.108735	2.646661	29.920891	40.296579	

in

Variable	T	Sig T
ANTIGUE1	7.828	.0000
RANHO1	9.403	.0000
RANHO2	8.039	.0000
RANHO3	4.426	.0000
RANHO4	2.880	.0040
RSEXO1	-3.411	.0006
RDIAGN11	-3.627	.0003
RDIAGN14	-6.736	.0000
RDIAGN15	-6.577	.0000
RDIAGNO1	-4.402	.0000
RDIAGNO2	7.594	.0000
RDIAGNO4	16.790	.0000
RDIAGNO5	-7.140	.0000
RDIAGNO7	-25.175	.0000
RDIAGNO8	-14.348	.0000
RDIAGNO9	-7.117	.0000
RECIVIL2	2.231	.0257
RUNIDA5	-3.392	.0007
RUNIDA8	3.979	.0001
RCATEG2	-3.601	.0003
RCONTRA2	-5.534	.0000
RCONTRA3	-4.924	.0000
RHOSPII	5.535	.0000
(Constant)	13.265	.0000

- 1) La bondad del modelo de regresión, medida a través del coeficiente de determinación, que nos sirve para predecir los movimientos de la variable dependiente y que actúa como medida de ajuste del modelo presenta un valor muy bajo. El coeficiente de determinación corregido en grados de libertad es del 14.435%. Ello indica que la capacidad predictiva del modelo es muy escasa.
- 2) Por su parte, otra medida de la bondad global del modelo nos la proporciona el estadístico F extraído de la tabla de análisis de la varianza. Intentamos contrastar si la ecuación de regresión es globalmente significativa. En este sentido es un contraste conjunto de si todos los coeficientes, excepto la constante, son nulos. En nuestro análisis el cociente F para contrastar esta hipótesis es  $F = 96.51356$  que supera con creces el valor crítico al 95%.
- 3) No obstante lo anterior, destaca el hecho de que el coeficiente de determinación sea tan bajo, toda vez que deberían ser los diagnósticos lo que contribuyese a explicar la mayor parte de la variabilidad de la duración de los días de IT.
- 4) A continuación pasamos a analizar la significatividad de los coeficientes de la regresión.

Como era de esperar, son las variables relacionadas con los diagnósticos las que contribuyen en mayor medida a explicar la variabilidad de la duración de los procesos IT. Si tenemos en cuenta el valor de los coeficientes estandarizados podemos concluir que las variables que mayor influencia tienen a la hora de explicar las diferencias (positivas o negativas) en la duración de los procesos de IT son, por este orden, las Enfermedades del Aparato Respiratorio (RDIAGNO7) seguidas de los Trastornos Mentales (RDIAGNO4) y por las Enfermedades del Aparato Digestivo (RDIAGNO8). Hemos tomado como referencia la modalidad relativa a las Enfermedades del Sistema Osteo-Mioarticular y del Tejido Conectivo. Verse afectado por una Enfermedad del Aparato Respiratorio decreta la duración media del proceso de IT en unos 38 días, tomando como referencia a la modalidad antes mencionada. El intervalo de confianza de este coeficiente oscila entre 35 y 41 días. Por su parte, las patologías que incrementan considerablemente las duraciones de los procesos IT son las Neoplasias y los Trastornos Mentales.

En el primero de los casos incrementan por término medio la duración del proceso en 68 días (IC = 51; 86) y en el segundo en unos 41 días, siempre tomando como referencia la modalidad antes mencionada.

Cabe destacar en el análisis que, el segundo grupo de variables en influencia sobre la variabilidad de la duración de los procesos IT es el relativo al año en que se produjo el proceso. Tomando como referencia el año 1998, se observa que en cualquiera de los años anteriores la duración media de los procesos fue superior. El valor de los coeficientes 21 días de incremento medio para el año 1994, 16 para 1995, 9 para 1996 y 5 para 1997 indican que se han ido aumentando los controles para que las duraciones de los procesos IT se ajusten más a los estándares establecidos.

La antigüedad resulta también una variable significativa a niveles estándar en el análisis. Por su parte, la variable que recoge el género indica que la duración media de los procesos en los hombres es inferior en unos 4 días a la de las mujeres.

Cabe resaltar la escasa significatividad de las variables relativas a la Unidad en la que prestan sus servicios y la Categoría profesional. Tan solo resultan significativos los coeficientes de las unidades de Quirófano y Reanimación (valor del coeficiente = -7.888) y Hostelería (valor del

coeficiente = 8.067). Se ha utilizado como referencia la Unidad de Gestión y Administración. La pertenencia a cualquiera otra de las unidades no contribuye a explicar significativamente las diferencias en las duraciones de los procesos IT. En todos los análisis realizados son las Unidades de Hostelería y Quirófano las que destacan. Hostelería por exceder la media y Quirófano por quedarse por debajo de la misma.

Las variables relativas a la tipología de contratos indican que cualquier tipo de contrato incide negativamente en la duración de los procesos IT comparándolo con los contratos indefinidos que ha sido la categoría usada como referencia.

Por último, indicar que estar adscrito a la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno Infantil / Insular tiene impacto positivo sobre la duración de los procesos, si tomamos como referencia la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria. La variable RHOSPI2 que recogía la pertenencia a la Dirección Gerencia de los Hospitales Ntra. Sra. del Pino / Sabinal no resulta significativa a niveles estándar.

Como conclusión, destacar la baja capacidad predictiva del modelo así como la elevada importancia relativa de las variables relacionadas con los diagnósticos y el año en que se produce el proceso y la escasa importancia e incluso no significatividad de las variables relacionadas con la Unidad de adscripción y la Categoría profesional.

## ANÁLISIS DE INDIVIDUOS QUE SUFREN PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

A partir de la base de datos de todos los procesos de IT, hemos obtenido una *base de datos de Individuos*, es decir, todas las personas que han tenido un proceso de IT pasan a formar parte de esta nueva base de datos, cogiendo en el caso de quienes presentan más de un proceso, el último que han tenido.

De esta forma los 21.598 procesos que tenemos, corresponden a 6.176 individuos. Esta nueva base de datos se compone de las mismas variables que la de los procesos, excepto la variable Días de IT, que en este caso representaría la suma de todos los días de IT del individuo.

A continuación se hará un pequeño resumen tanto de las observaciones válidas como de los casos perdidos por el sistema.

VARIABLE	DATOS VÁLIDOS	PERDIDOS POR SISTEMA
<b>Hospital</b>	6.176	0
<b>Unidad</b>	6.142	34
<b>Categoría</b>	6.176	0
<b>Antigüedad</b>	6.141	35
<b>Diagnóstico</b>	6.166	10
<b>Tipo de Contrato</b>	6.106	70
<b>Edad</b>	6.176	0
<b>Sexo</b>	6.176	0
<b>Estado Civil</b>	5.769	407
<b>Número de hijos</b>	5.311	865
<b>Día semana</b>	6.176	0
<b>Mes</b>	6.176	0
<b>Año</b>	6.176	0
<b>Días IT</b>	6.166	10

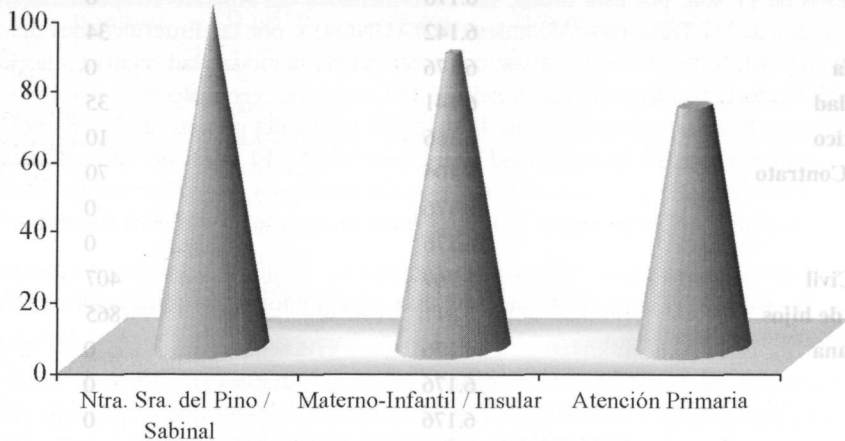
En cuanto a los **Hospitales** de procedencia es la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil / Insular la que más individuos con procesos de IT presenta, con 2.903 (47,1 %), la Dirección Gerencia de los Hospitales N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino / Sabinal presenta 2.289 (37 %) y la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria 978 (15,9 %).

Realizamos la relativización del número de profesionales que presentan uno o más procesos de IT, en el periodo de estudio, con relación a la plantilla de las diferentes Direcciones Gerencias / Gerencia.

DIRECCIONES GERENCIAS /GERENCIA	Individuos con proceso IT	Plantilla	% Individuos con proceso IT/plantilla
<i>Dirección Gerencia Materno-Infantil / Insular</i>	2.870	3.421	83,89
<i>Dirección Gerencia Ntra. Sra. del Pino / Sabinal</i>	2.333	2.407	96,93
<i>Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria</i>	973	1.419	68,57
<b>Total</b>	<b>6.176</b>	<b>7.247</b>	<b>85,22</b>

En el periodo de estudio se detecta que el 96,93 % de los profesionales de la Dirección Gerencia de los Hospitales Ntra. Sra. del Pino / Sabinal han presentado uno o más procesos de IT. El 83,89 % de los profesionales de la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil / Insular presentan uno o más procesos de IT y de los profesionales de la Gerencia de Atención Primaria el 68,75 % presentan uno o más procesos de IT.

% INDIVIDUOS IT / PLANTILLA



La **Unidad** en la que mayor número de individuos presentan procesos de IT es Hospitalización (1.354) (22 %), seguida de Consultas Externas con 1.067 (17,4%) y Servicios Centrales (15,2 %) con 933 profesionales con procesos de IT.

Realizamos el cálculo del número medio de procesos por individuo, dividiendo el número de procesos que se producen en una unidad por el número de individuos que presentan procesos de IT en esa unidad.

UNIDAD	Individuos	Procesos	Proc./Individuo
Consultas Externas	1.067	4.325	4,05
Urgencias	432	1.733	4,01
Hostelería	410	1.574	3,84
Quirófano y Reanimación	319	1.156	3,62
Servicios Centrales	933	3.231	3,46
Hospitalización	1.354	4.614	3,41
Gerencia y Dirección	435	1.474	3,39
UCI 198	606	3,06	
Mantenimiento	178	541	3,04
Gestión y Administración	462	1.340	2,90
Servicios Médicos	202	555	2,75
Servicios Quirúrgicos	152	385	2,53
<b>Total</b>	<b>6.142</b>	<b>21.534</b>	<b>3,51</b>

Es la unidad de *Consultas Externas* la que presenta un mayor número medio de procesos por individuo con 4,05, seguida de la unidad de *Urgencias* con 4,01 procesos por individuo.

En relación a la **Categoría**, es en Enfermeras/os donde mayor número de individuos presentan procesos de IT con 1.729 (28%), seguidos muy de cerca por Auxiliares de Enfermería con 1.603 individuos (26%). Realizamos el cálculo del número medio de procesos por individuo (dividiendo el número de procesos que se producen en cada categoría por el número de individuos que presentan procesos de IT en cada categoría).

CATEGORÍA	Individuos	Procesos	Proc./individuo
Personal Hostelería	365	1.421	3,89
Auxiliares de Enfermería	1.603	6.150	3,84
Personal de Apoyo y Subalterno	572	2.193	3,83
Enfermeras/os	1.729	5.952	3,44
Personal Mantenimiento	137	441	3,22
Técnicos Especialistas	230	729	3,17
Facultativos	818	2.555	3,12
Personal Administrativo	597	1.802	3,02
Resto Diplomados/Licenciados	125	355	2,84
<b>Total</b>	<b>6.176</b>	<b>21.598</b>	<b>3,50</b>



El **Grupo de Diagnóstico** del CIE-9 que con más frecuencia se presenta, es el de las Enfermedades del Aparato Respiratorio con 1.170 individuos (19%), seguida por las Enfermedades del Sistema Osteo-Mioarticular con 828 individuos (13,4%) y las Lesiones y Envenenamientos con 625 (10,1%).

En cuanto al **Sexo** son las mujeres quienes más procesos presentan con 4.329 (70,1%), mientras que los hombres presentan 1.847 (29,9%).

Procedemos a relativizar los procesos por sexo en relación con la dotación de plantilla y según el género de los profesionales, obteniendo la siguiente tabla:

SEXO	Individuos Procesos IT	Plantilla	N.º Procesos IT	Procesos IT /Individuo IT	Procesos IT /plantilla
Hombre	1.847	2.655	6.122	3,31	2,31
Mujer	4.329	4.592	15.476	3,57	3,37
<b>Total</b>	6.176	7.247	21.598	3,51	2,98

Los hombres sufren 2,31 procesos de IT por cada uno de los que hay en la plantilla, mientras que las mujeres presentan 3,37 procesos de IT El número de procesos de IT por cada hombre que presenta alguno de estos procesos es de 3,31, valor muy similar al que presentan las mujeres (3,57).

La **Edad** más frecuente de los individuos que han sufrido uno o más procesos de IT se encuentra entre 30 y 45 años, que representan el 69,6 %. La edad media de estos individuos es de 41 años, coincidiendo este valor con la moda y siendo su desviación típica de 10.

El **Estado civil** que más se repite es el de Soltero/a con 3.467 (56,1 %), seguido de los Casados/as con 2.225 (36,0 %).

El **Tipo de Contrato** que más individuos con procesos de IT presenta, es el contrato de Tiempo Indefinido con 3.363 individuos (55,1 %), seguido del contrato de Interinidad con 2.155 (35,3 %).

En relación con el **Número de hijos**, son quienes no tienen hijos, con 3.622 individuos que sufren algún proceso de IT (68,2 %), los que presentan un valor más elevado.

En cuanto a la **Antigüedad en la empresa**, los resultados nos indican que son los individuos con una antigüedad entre 3 y 10 años (50,7 % del total), los que más procesos presentan (valor medio = 10,8 años).

Con todos estos datos nos podemos aventurar a definir cómo sería el **Individuo Tipo que presenta un proceso de IT**, teniendo presente que sólo se le tiene en cuenta a cada individuo un proceso (el último) y no todos los registrados: *Enfermera adscrita a la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil/Insular, con una media de edad de 41 años, soltera, sin hijos, que trabaja en una unidad de Hospitalización con un tipo de contrato Indefinido, con una antigüedad media de 10,8 años, y su diagnóstico sería una Enfermedad del Aparato Respiratorio.*

A continuación se realiza una *comparación de medias*, lo que se va a comparar es la media de la suma de los días de IT de todos los procesos que ha sufrido un individuo. Destacamos los siguientes aspectos (Anexo: *Tabla de Comparación de Medias de Individuos*):

1. Con relación al *tipo de contrato* observamos como los que presentan un contrato de tipo indefinido tienen una duración media de todos sus procesos de 168,71 días.
2. El Personal de Hostelería presenta una duración media de todos sus procesos de 189,38 días, seguido por las Auxiliares de Enfermería con 162,38 días. Caso a destacar es el de las Enfermeras/os, ya que son quienes más individuos presentan en esta base de datos, mientras que su duración media es sólo de 103,16 días.
3. Es la unidad de Hostelería la que mayor duración media tiene con 186,91 días, seguida por las unidades de Urgencias y Hospitalización con una duración media aproximada de 131 días.
4. Como ocurre con la base de datos de todos los procesos, en esta base de datos de individuos, a medida que aumenta la antigüedad en la empresa, aumenta la duración media de todos los procesos de los individuos.
5. Los Viudos y los Divorciados son quienes mayor duración media presentan.
6. Las mujeres presentan una duración media de 130,64 días, mientras que en los hombres la duración media es de 94,78 días.
7. La Dirección Gerencia Complejo Hospitalario Materno-Infantil/Insular es quien mayor duración media presenta con 140,55 días.
8. Los profesionales que tienen entre 3 y 5 hijos son quienes mayor duración media presentan.
9. La edad está directamente correlacionada con la duración media, de modo que a mayor edad mayor duración media.

## ANÁLISIS ECONÓMICO DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES

La cuantificación económica de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes es uno de los objetivos más importantes del presente trabajo, además de ser uno de los de mayor complicación debido a la heterogeneidad que se produce dentro de las diferentes Direcciones Gerencias/Gerencia.

Esta cuantificación pretende ayudar a los lectores del presente estudio a evaluar la importancia de este fenómeno, y a entender la necesidad de introducir medidas correctoras y políticas adecuadas, que permitan reducir dicho coste.

El coste total que hemos calculado, no tiene en cuenta los costes indirectos que se generan en los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, como sería el coste ocasionado por la contratación de personal eventual con la finalidad de sustituir a los profesionales en situación de IT

Evidentemente este fenómeno produce un coste de oportunidad muy elevado, las acciones correctoras serían de gran importancia para la reconducción de esos recursos a la realización de nuevas actividades asistenciales, tanto en cantidad como en calidad.

Para el estudio de la repercusión económica de la Incapacidad Temporal por contingencias comunes, en los centros asistenciales de la provincia de Las Palmas durante el periodo de enero de 1994 a septiembre de 1998, se han utilizado las retribuciones de los diferentes niveles asistenciales facilitadas por la Dirección General de Recursos Económicos del Servicio Canario de la Salud, donde constan los siguientes conceptos retributivos:

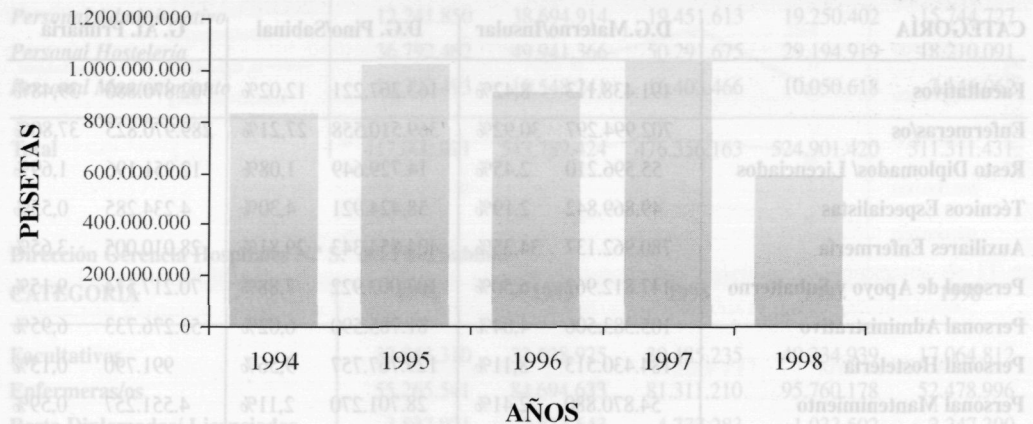
- *Sueldo base*
- *Complemento de destino*
- *Complemento específico*
- *Complemento de productividad fija*
- *Acuerdo sindical*
- *Paga extra*

Se han calculado, en base a los conceptos mencionados, las retribuciones anuales correspondientes a las categorías englobadas en nuestro estudio. A partir de aquí se ha dividido dicho importe por 365 días, obteniendo la retribución diaria de cada categoría profesional. Tomando el coste generado por las diferentes categorías profesionales en cada una de las Direcciones Gerencias/Gerencia, calculamos el coste del total de días de IT multiplicando la retribución/día para cada una de las categorías profesionales por el número de días de IT que presentan, en los diferentes años.

D. GERENCIAS/GERENCIA	1994	1995	1996	1997	1998	Total
D.G. Materno-Infantil/Insular	417.000.021	543.789.424	476.356.163	524.901.420	311.311.431	2.273.358.459
D.G.N <sup>o</sup> S <sup>a</sup> del Pino/Sabinal	274.978.405	309.996.021	296.128.133	304.032.782	172.908.891	1.358.044.232
G. Atención Primaria G.C.	140.839.058	168.951.925	142.958.786	207.432.618	106.892.154	767.074.541
<b>Total</b>	<b>832.817.484</b>	<b>1.022.737.370</b>	<b>915.443.082</b>	<b>1.036.366.820</b>	<b>591.112.476</b>	<b>4.398.477.232</b>

Desde el punto de vista económico la Dirección Gerencia que más coste ha generado en los diferentes años estudiados, es la DG Materno-Infantil /Insular, observándose el coste más alto en el año 1995 con 543.789.424 pesetas. En la Dirección Gerencia N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal es también el año que más coste se ha generado con 309.996.021 pesetas y en la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria es el año 1997 con 207.432.618 pesetas en el que más coste se generó.

### COSTES TOTALES DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES



Si observamos la evolución anual del coste total es 1997 con 1.036.366.820 pesetas, el año que más coste ha generado la Incapacidad Temporal por contingencias comunes. Aunque también es de destacar el año 1995 con un coste total de 1.022.737.370 pesetas.

También y a partir del coste total de cada Dirección Gerencia/Gerencia y su número total de días de IT, se ha calculado el *coste/día de IT* generado para cada año.

D. GERENCIAS/GERENCIA	1994	1995	1996	1997	1998
D.G. Materno-Infantil/Insular	5.064	5.333	5.602	6.461	6.671
D.G.N <sup>a</sup> S <sup>a</sup> del Pino/Sabinal	5.171	5.370	5.733	6.432	6.510
G. Atención Primaria G.C.	6.944	7.843	7.191	8.184	8.886
<b>Total</b>	<b>5.345</b>	<b>5.643</b>	<b>6.697</b>	<b>6.736</b>	<b>6.934</b>

Cabe destacar en este análisis, el caso de la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, ya que, mientras que es la Gerencia que menos coste ha generado, es quien mayor coste/día presenta. Esto puede ser debido a que son los que menos días de IT aportan y a que su plantilla está compuesta principalmente por categorías profesionales de grupos A y B, que son el personal con mayor retribución. En el nivel asistencial de Atención Especializada se observa como el coste día es similar, entre ambas Direcciones Gerencias.

Para el cálculo del coste total de días de IT se ha multiplicado la retribución/día para cada una de las categorías profesionales por el número de días de IT que presenta cada una de ellas en los diferentes años. A continuación se detalla el coste total generado por cada categoría dentro de cada Dirección Gerencia/Gerencia en el periodo de estudio, así como cuál ha sido la contribución de cada una al coste total de las Direcciones Gerencias/Gerencia.

CATEGORÍA	D.G. Materno/Insular		D.G. Pino/Sabinal		G. At. Primaria	
Facultativos	191.438.113	8,42%	163.267.221	12,02%	302.870.880	39,48%
Enfermeras/os	702.994.297	30,92%	369.510.558	27,21%	289.970.825	37,80%
Resto Diplomados/ Licenciados	55.596.210	2,45%	14.729.649	1,08%	12.951.196	1,69%
Técnicos Especialistas	49.869.842	2,19%	58.424.921	4,30%	4.234.285	0,55%
Auxiliares Enfermería	780.962.137	34,35%	404.854.343	29,81%	28.010.005	3,65%
Personal de Apoyo y Subalterno	147.812.962	6,50%	107.002.922	7,88%	70.217.574	9,15%
Personal Administrativo	105.383.506	4,64%	81.785.590	6,02%	53.276.733	6,95%
Personal Hostelería	184.430.513	8,11%	129.767.757	9,56%	991.790	0,13%
Personal Mantenimiento	54.870.880	2,41%	28.701.270	2,11%	4.551.257	0,59%
<b>Total</b>	<b>2.273.358.459</b>	<b>100%</b>	<b>1.358.044.232</b>	<b>100%</b>	<b>767.074.541</b>	<b>100%</b>

De esta tabla se desprende como, en las Direcciones Gerencias del nivel asistencial de Atención Especializada, la categoría de Auxiliares de Enfermería con 780.962.137 pesetas en la DG Complejo Hospitalario Materno-Infantil/Insular (34,35%) y 404.854.343 pesetas en la DG de los Hospitales N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal (29,81%), junto a la de Enfermeras/os con 702.994.297 pesetas (30,92%) en la DG Complejo Hospitalario Materno-Infantil/Insular y 369.510.558 pesetas en la DG de los Hospitales N<sup>a</sup> S<sup>a</sup> del Pino/Sabinal (27,21%), son tanto las categorías que más coste gene-

ran, como las que más contribuyen al coste total de estas Direcciones Gerencias, ya que suponen más del 50 % del coste total generado en dichas Direcciones Gerencias.

En cambio en la Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria, la categoría de Facultativos es la que más coste genera con 302.870.880 pesetas, con una contribución al coste total de la Gerencia del 39,48 %, seguida de las Enfermeras/os con un coste de 289.970.825 pesetas (37,80%). Estas dos categorías suponen casi el 80 % del coste total de esta Gerencia.

No debemos olvidar que las categorías indicadas, son las de mayor dotación de profesionales en las plantillas de sus respectivas Direcciones Gerencias/Gerencia.

Seguidamente se detallan los costes generados por categoría profesional, en cada Dirección Gerencia/Gerencia y en cada año.

#### Dirección Gerencia Complejo Hospitalario Materno-Infantil/Insular

CATEGORÍA	1994	1995	1996	1997	1998
<i>Facultativos</i>	36.629.847	32.595.275	41.210.060	54.203.086	26.799.845
<i>Enfermeras/os</i>	122.774.879	158.624.608	147.475.140	166.084.253	108.035.417
<i>Resto Diplomados/ Licenciados</i>	5.268.077	14.089.728	5.075.910	20.059.740	11.102.755
<i>Técnicos Especialistas</i>	11.040.312	12.327.133	8.283.910	9.830.741	8.387.746
<i>Auxiliares Enfermería</i>	155.152.800	195.131.322	155.206.123	177.881.730	97.590.162
<i>Personal de Apoyo y Subalterno</i>	26.377.301	31.836.836	32.958.266	38.345.931	18.294.628
<i>Personal Administrativo</i>	12.241.850	38.694.914	19.451.613	19.250.402	15.744.727
<i>Personal Hostelería</i>	36.792.462	49.941.366	50.291.675	29.194.919	18.210.091
<i>Personal Mantenimiento</i>	10.722.493	10.548.241	16.403.466	10.050.618	7.146.062
<b>Total</b>	417.000.021	543.789.424	476.356.163	524.901.420	311.311.431

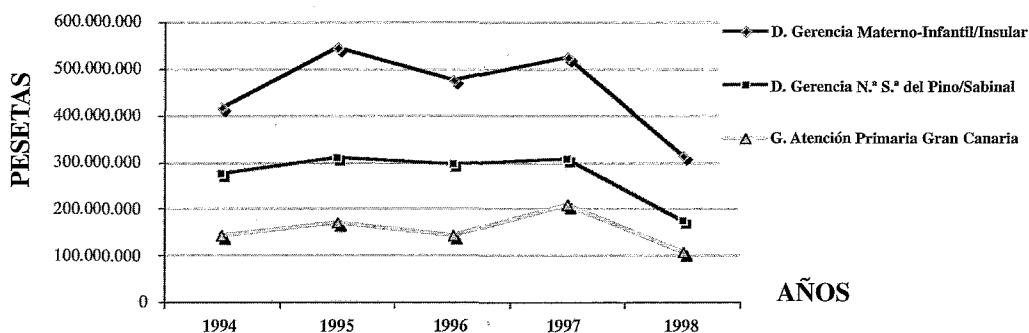
#### Dirección Gerencia Hospitales N.º S.º del Pino/Sabinal

CATEGORÍA	1994	1995	1996	1997	1998
<b>Facultativos</b>	32.843.310	33.538.925	39.485.235	40.334.939	17.064.812
<b>Enfermeras/os</b>	55.265.541	84.694.633	81.311.210	95.760.178	52.478.996
<b>Resto Diplomados/ Licenciados</b>	3.837.921	2.833.643	4.777.283	1.033.502	2.247.300
<b>Técnicos Especialistas</b>	13.282.560	8.740.544	11.682.662	11.989.145	12.730.010
<b>Auxiliares Enfermería</b>	90.379.217	95.213.961	85.214.539	82.299.347	51.747.279
<b>Personal de Apoyo y Subalterno</b>	19.686.667	28.444.161	19.131.859	24.785.590	14.954.645
<b>Personal Administrativo</b>	20.113.896	14.024.224	16.507.913	21.583.802	9.555.755
<b>Personal Hostelería</b>	30.017.582	36.277.954	31.695.407	23.006.886	8.769.928
<b>Personal Mantenimiento</b>	9.551.710	6.227.977	6.322.025	3.239.392	3.360.166
<b>Total</b>	274.978.405	309.996.021	296.128.133	304.032.782	172.908.891

Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria

CATEGORÍA	1994	1995	1996	1997	1998
Facultativos	50.372.658	74.212.074	49.896.973	79.796.303	48.592.872
Enfermeras/os	50.436.606	60.629.379	55.454.752	84.756.427	38.693.661
Resto Diplomados/ Licenciados	2.727.528	4.374.450	1.876.599	2.069.338	1.903.281
Técnicos Especialistas	2.043.936	507.096	227.253	735.125	720.875
Auxiliares Enfermería	6.491.985	4.953.013	8.022.898	5.587.371	2.954.738
Personal de Apoyo y Subalterno	15.183.934	14.612.356	16.461.086	16.192.721	7.767.477
Personal Administrativo	12.670.760	9.599.148	10.190.857	14.628.871	6.187.097
Personal Hostelería	811.941	55.517	101.245	23.087	-
Personal Mantenimiento	99.711	8.893	727.124	3.643.376	72.153
<b>Total</b>	<b>140.839.058</b>	<b>168.951.925</b>	<b>142.958.786</b>	<b>207.432.618</b>	<b>106.892.154</b>

**EVOLUCIÓN COSTE EN DIRECCIONES GERENCIAS / GERENCIA**



## ANÁLISIS PROCESOS INCAPACIDAD TEMPORAL EN LA GERENCIA DE SERVICIOS SANITARIOS DE FUERTEVENTURA

Ante las características de la base de datos de procesos de IT que nos suministran en esta Gerencia de Servicios Sanitarios y la imposibilidad de disponer de la base de datos de plantillas tomamos la decisión de realizar este análisis separado del estudio de los procesos de IT de las Direcciones Gerencias y Gerencia de la isla de Gran Canaria.

De esta Gerencia de Servicios Sanitarios disponemos de 450 procesos de IT entre enero 1997- junio 1998 y nos encontramos con las siguientes variables:

<i>VARIABLE</i>	<i>Válidos</i>	<i>Perdidos Sistema</i>
<b>Centro</b>	450	0
<b>Sexo</b>	450	0
<b>Edad</b>	450	0
<b>Unidad</b>	450	0
<b>Categoría</b>	450	0
<b>Tipo Contrato</b>	450	0
<b>Diagnóstico</b>	166	284
<b>Días IT</b>	450	0
<b>Día semana</b>	450	0
<b>Mes</b>	450	0
<b>Año</b>	450	0

La variable **Centro** hace referencia al nivel asistencial, teniendo 140 procesos de IT en Atención Primaria (31,1% del total) y 310 (68,9 %) procesos en Atención Especializada.

	<i>Total días IT</i>	<i>% días IT</i>	<i>Duración media</i>
<b>Atención Primaria</b>	1.770	18%	12,64
<b>Atención Especializada</b>	8.197	82%	26,44
<b>Total</b>	9.967	100%	22,15

La duración de los procesos es ostensiblemente superior en el nivel asistencial de Atención Especializada con 26,44 días de media. Otro de los datos que llama la atención es que el 82 % de los días de IT se producen a nivel de Atención Especializada, lo que contrasta con la frecuencia de procesos que se sitúa en el 68,9%.



En cuanto a la **Unidad**, es Consultas Externas la que más procesos de IT presenta con 159 (35,3 %), seguida de Hospitalización con 89 procesos de IT (18 % del total).

UNIDAD	Procesos	% del total
Hospitalización	81	18,00
Urgencias	33	7,33
Servicios Centrales	36	8,00
Quirófano y Reanimación	21	4,67
Gerencia y Dirección	31	6,89
Consultas Externas	159	35,33
Hostelería	35	7,78
Mantenimiento	15	3,33
Gestión y Administración	39	8,67
<b>Total</b>	<b>450</b>	<b>100,00</b>

La **Categoría** con más procesos de IT son las Enfermeras/os con 103 procesos de IT (22,9 % del total), seguidos por las Auxiliares de Enfermería con 81 (18% del total).

CATEGORIA	Procesos	% del total
Facultativo	66	14,67
Enfermeras/os	103	22,89
Resto Licenciados / Diplomados	11	2,44
Técnicos Especialistas	13	2,89
Auxiliares de Enfermería	81	18,00
Personal de Apoyo y Subalterno	55	12,22
Personal Administrativo	72	16,00
Personal de Hostelería	34	7,56
Personal de Mantenimiento	15	3,33
<b>Total</b>	<b>450</b>	<b>100,00</b>

En el **Tipo de Contrato** presentan resultados muy cercanos tanto los contratos Indefinidos 217 (48,22 %) como los contratos de Interinidad con 193 procesos (42,89 %). Este resultado sigue la estructura del presentado en las Direcciones Gerencias y Gerencia de los centros asistenciales de Gran Canaria.

TIPO CONTRATO	Procesos	% del Total
Contrato eventual	40	8,89
Contrato Interino	193	42,89
Contrato Indefinido	217	48,22
<b>Total</b>	<b>450</b>	<b>100,00</b>

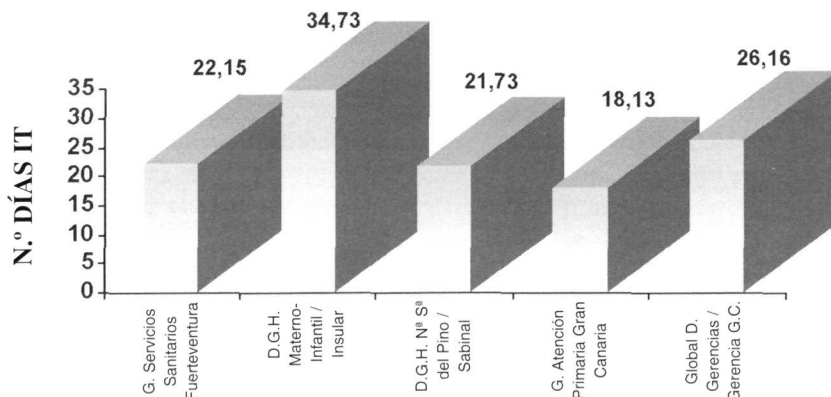
La **Edad** más frecuente entre los que padecen un proceso de IT es de entre 30 y 45 años con 298 procesos (66,2 % del total). La edad media es de 40,06 años, con una moda de 38 y una desviación típica de 8,7.

El **Sexo** se reparte entre 168 hombres con procesos de IT (37,3 % del total) y 282 procesos en mujeres (62,7 %).

El **Diagnóstico** más frecuente es la *Gripe* con casi el 15 % de todos los procesos de IT, seguido por la *Lumbalgia* con el 4,7 % del total. En cuanto a los diagnósticos, la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura sigue la misma pauta que las Direcciones Gerencias/Gerencia de Gran Canaria.

La media de **Días de IT** por proceso es de 22,15 días, con una moda de 3. La duración media de la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura es significativamente inferior a la de las Direcciones Gerencias / Gerencia de Gran Canaria, donde el valor global para el mismo periodo de tiempo, es de 26,16 días.

COMPARACIÓN DURACIÓN MEDIA PROCESOS



En cuanto al **Día** que se inicia el proceso de IT, son los lunes con 126 procesos (28 %) y los viernes con 103 procesos (22,9%), los más relevantes, destacando este último dato ya que en las Direcciones Gerencias/Gerencia de Gran Canaria, el viernes ocupa el quinto lugar en cuanto al número de procesos de IT iniciados. El **Mes** de marzo es cuando más procesos se inician

con el 18,4 % del total de procesos. De los **Años** que disponemos (1997-1998) es en el año 1997 donde más procesos se inician con el 60,4 % del total (272 procesos de IT).

Se procede al cálculo del Coste generado por los procesos de IT en la isla de Fuerteventura, obteniéndose la siguiente tabla.

<b>AÑO</b>	<b>Días IT</b>	<b>Coste IT</b>	<b>Coste día IT</b>
<b>1997</b>	5.449	35.192.162	6.458
<b>1998</b>	4.518	31.670.333	7.010

Se puede detectar que a pesar de que en el año 1998 los datos de los que se dispone solamente son de 6 meses en comparación con los días de IT del año 1997, del que se disponen datos de los procesos de IT de todo el año, la diferencia de días es insignificante en relación a la diferencia de duración manifestada en los periodos de estudio.

El coste de los días de IT generados en la isla de Fuerteventura se cuantifican en el año 1997 en 35.192.162 pesetas.

El coste por cada día de IT es de 6.458 días, dato que es inferior al coste global de las Direcciones Gerencias/Gerencia de Gran Canaria, donde el valor global es de 6.736 pesetas por día de IT.

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

- ✓ En el periodo de estudio se han producido 21.598 procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, que se corresponden con 6.176 individuos, lo que hace que cada uno por término medio haya sufrido 3,5 procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes.
- ✓ A mayor edad, se producen procesos de IT más largos pero hay menos procesos, mientras que a menor edad se dan más procesos de IT con menor duración.
- ✓ Los profesionales solteros y casados presentan más procesos de IT pero con duraciones medias más cortas, en relación a los divorciados y viudos, que presentan menos procesos pero de duración media más larga.
- ✓ Los profesionales que no declaran tener hijos, presentan un elevado número de procesos de IT pero con una duración media menor. Sorprendentemente, a medida que aumenta el número de hijos disminuye el número de procesos pero aumenta la duración media de éstos.
- ✓ Son las mujeres las que presentan más procesos de IT, tanto cuantitativamente como si relativizamos con la plantilla por sexos. Además, en este caso, los procesos son de duración superior a los generados por profesionales del sexo masculino.
- ✓ Las *características personales* que definen a los profesionales de los centros asistenciales del Servicio Canario de la Salud, de la isla de Gran Canaria, que con mayor frecuencia presentan uno o más procesos de IT en el periodo de tiempo que va desde el 1 de enero de 1994 hasta el 30 de septiembre de 1998, nos indican, que éstos son **mujeres**, con una edad media de **41** años, **solteras** y que en el momento de presentar el proceso de IT **no declaran tener hijos**.
- ✓ A mayor estabilidad contractual de los profesionales, se observa, un mayor número de procesos de IT caracterizados por una mayor duración media en días de IT de los mismos.
- ✓ En referencia al comportamiento de las diferentes categorías respecto a la presentación de procesos de IT, debemos concluir que,
  - En relación al número de procesos de IT, al número total de días de IT y al número de días de IT por proceso, la categoría profesional con mayores índices es Auxiliares de Enfermería.
  - Relativizando los procesos de IT en relación a la plantilla, la categoría con valores más elevados es Personal de Hostelería.

- ✓ En el nivel asistencial de Atención Especializada, son las categorías de Auxiliares de Enfermería y Enfermeras/os, quienes más coste generan por Incapacidad Temporal por contingencias comunes durante todo el periodo de estudio, aunque esto es lo más racional ya que estas categorías son las que mayor dotación de profesionales tienen en sus respectivas Direcciones Gerencias.
- ✓ En el nivel asistencial de Atención Primaria, es la categoría de Facultativos, la que más coste genera por Incapacidad Temporal por contingencias comunes durante el periodo de estudio.
- ✓ La duración media de los procesos es mayor cuanto mayor sea la antigüedad en la empresa de quien sufre un proceso de Incapacidad Temporal por contingencias comunes.
- ✓ La unidad de Hospitalización es la que mayor número de procesos de IT presenta, no obstante, la relativización en base al número de profesionales nos indica que la unidad más absentista por procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, es la de Hostelería.
- ✓ La duración media de los procesos es mayor en el nivel asistencial de Atención Especializada.
- ✓ Las *características profesionales* que definen a los trabajadores de los centros asistenciales del Servicio Canario de la Salud, de la isla de Gran Canaria, que con mayor frecuencia presentan uno o más procesos de IT en el periodo objeto de estudio, nos indican, que éstos son **Auxiliares de Enfermería**, que prestan sus servicios en una unidad de **Hospitalización** de la **Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario Materno-Infantil/Insular**, con una relación contractual de carácter **Indefinido** y con una antigüedad media de **11,9 años**.
- ✓ Se observa un descenso en el número de procesos de IT a medida que la semana se va acercando al periodo de descanso que representan el sábado y el domingo.
- ✓ El mayor número de procesos se produce en el primer trimestre de los diferentes años de estudio.
- ✓ La duración media más alta se produce en los procesos de Incapacidad Temporal que se inician en el mes de octubre.
- ✓ La duración media de los procesos de IT en las diferentes Direcciones Gerencias/Gerencia tiende a descender a lo largo del periodo de estudio, observándose la duración media más alta en el año 1994 y evolucionando a la convergencia en un valor común.
- ✓ La duración media de los procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, es de 34,1 días, durante el periodo de estudio.
- ✓ Las duraciones medias más altas se producen en Grupos de Diagnóstico que conllevan periodos de convalecencia más largos (Neoplasias, Trastornos Mentales y Enfermedades Endocrinas).
- ✓ Las Enfermedades del Aparato Respiratorio son las más frecuentes en las diferentes Direcciones Gerencias/Gerencia en el periodo de estudio, siendo además su duración media de 12,32 días.

- ✓ Es de destacar el caso del Grupo de Diagnóstico que se ha denominado Listado Complementario asociado a la IT, sobre todo en el caso de aquellos partes de baja donde no se especifica patología o ésta es ilegible, ya que con pequeñas medidas correctoras la información de los procesos sería más clara y concisa.
- ✓ Existe una importante diferencia entre la duración media observada, de determinados procesos de IT, y su duración estándar.
- ✓ Las *características inherentes al proceso* que mejor definen los procesos de IT presentados, con mayor frecuencia, por los profesionales de los centros asistenciales del Servicio Canario de la Salud en la isla de Gran Canaria y que sufren algún proceso de IT, nos indican que éstos son producidos por **Enfermedades del Aparato Respiratorio**, con una duración media de **34,1 días** y que se inician un **lunes** dentro del **primer trimestre** del año **1997**.
- ✓ Tras el análisis de la información de los procesos de IT durante nuestro periodo de estudio, la tipología de un individuo que presente un proceso de Incapacidad Temporal por contingencias comunes estaría definida por ser una *Auxiliar de Enfermería de 41 años, soltera y sin hijos declarados, que presta sus servicios en una unidad de Hospitalización del Complejo Hospitalario Materno-Infantil/Insular, con un tipo de contrato Indefinido, con una antigüedad media de 11,9 años y su diagnóstico sería una Enfermedad del Aparato Respiratorio, con una duración media de 34,1 días y probablemente iniciada un lunes dentro del primer trimestre del año 1997.*
- ✓ Si a los 6.176 individuos que sufren procesos de IT durante nuestro periodo de estudio, sólo le tenemos en cuenta su último proceso (en el caso de presentar más de uno), la tipología de un individuo que presente un proceso de Incapacidad Temporal por contingencias comunes estaría definida por ser una *Enfermera del Complejo Hospitalario Materno-Infantil/Insular, con una media de edad de 41 años, soltera, sin hijos declarados, que trabajaría en Hospitalización con un tipo de contrato Indefinido, con una antigüedad media de 10,8 años y su diagnóstico sería una Enfermedad del Aparato Respiratorio.*
- ✓ El coste total (según los datos analizados), generado en las Direcciones Gerencias /Gerencia de Gran Canarias por procesos de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, en el periodo de estudio, es de 4.398.477.232 pesetas.
- ✓ El coste/día de IT es mayor, durante todo el periodo de estudio, en el nivel asistencial de Atención Primaria. En cambio, se genera más coste en el nivel asistencial de Atención Especializada ya que se consumen más días de Incapacidad Temporal por contingencias comunes.
- ✓ En la Gerencia de Servicios Sanitarios de Fuerteventura, el coste/día de IT es inferior al coste/día de IT medio del total de las Direcciones Gerencias/Gerencia de Gran Canaria.

# ANEXOS



# ANEXO

## Tablas de dotación



## DIRECCIÓN GERENCIA MATERNO-INFANTIL/INSULAR

UNIDAD	CATEGORÍA	DOTACIÓN
Consultas Externas	Auxiliares de Enfermería	67
Consultas Externas	Enfermeras/os	75
Consultas Externas	Facultativos	93
Consultas Externas	Personal Administrativo	42
Consultas Externas	Personal de Apoyo y Subalterno	23
Consultas Externas	Personal Hostelería	1
Consultas Externas	Resto Diplomados/ Licenciados	12
Consultas Externas	Técnicos Especialistas	17
Gerencia y Dirección	Auxiliares de Enfermería	14
Gerencia y Dirección	Enfermeras/os	47
Gerencia y Dirección	Facultativos	18
Gerencia y Dirección	Personal Administrativo	34
Gerencia y Dirección	Personal de Apoyo y Subalterno	3
Gerencia y Dirección	Personal Mantenimiento	1
Gerencia y Dirección	Resto Diplomados/ Licenciados	12
Gestión y Dirección	Enfermeras/os	4
Gestión y Dirección	Facultativos	4
Gestión y Dirección	Personal Administrativo	166
Gestión y Dirección	Personal de Apoyo y Subalterno	121
Gestión y Dirección	Resto Diplomados/ Licenciados	4
Hospitalización	Auxiliares de Enfermería	447
Hospitalización	Enfermeras/os	432
Hospitalización	Facultativos	16
Hospitalización	Personal Administrativo	8
Hospitalización	Personal de Apoyo y Subalterno	10
Hospitalización	Resto Diplomados/ Licenciados	2
Hostelería	Auxiliares de Enfermería	15
Hostelería	Enfermeras/os	5
Hostelería	Facultativos	6
Hostelería	Personal Administrativo	3
Hostelería	Personal de Apoyo y Subalterno	6
Hostelería	Personal Hostelería	159
Hostelería	Resto Diplomados/ Licenciados	7
Hostelería	Técnicos Especialistas	2
Mantenimiento	Facultativos	1
Mantenimiento	Personal Administrativo	14
Mantenimiento	Personal de Apoyo y Subalterno	4
Mantenimiento	Personal Mantenimiento	91
Mantenimiento	Resto Diplomados/ Licenciados	12

## DIRECCIÓN GERENCIA MATERNO-INFANTIL/INSULAR

UNIDAD	CATEGORÍA	DOTACIÓN
Quirófano y Reanimación	Auxiliares de Enfermería	54
Quirófano y Reanimación	Enfermeras/os	102
Quirófano y Reanimación	Facultativos	40
Quirófano y Reanimación	Personal Administrativo	1
Quirófano y Reanimación	Personal de Apoyo y Subalterno	15
Servicios Centrales	Auxiliares de Enfermería	159
Servicios Centrales	Enfermeras/os	129
Servicios Centrales	Facultativos	85
Servicios Centrales	Personal Administrativo	23
Servicios Centrales	Personal de Apoyo y Subalterno	13
Servicios Centrales	Resto Diplomados/ Licenciados	19
Servicios Centrales	Técnicos Especialistas	89
Servicios Médicos	Auxiliares de Enfermería	26
Servicios Médicos	Enfermeras/os	27
Servicios Médicos	Facultativos	158
Servicios Médicos	Personal Administrativo	8
Servicios Médicos	Personal de Apoyo y Subalterno	17
Servicios Médicos	Resto Diplomados/ Licenciados	5
Servicios Médicos	Técnicos Especialistas	13
Servicios Quirúrgicos	Auxiliares de Enfermería	10
Servicios Quirúrgicos	Enfermeras/os	6
Servicios Quirúrgicos	Facultativos	134
Servicios Quirúrgicos	Personal Administrativo	18
UCI	Auxiliares de Enfermería	23
UCI	Enfermeras/os	34
UCI	Facultativos	16
UCI	Personal Administrativo	1
Urgencias	Auxiliares de Enfermería	54
Urgencias	Enfermeras/os	65
Urgencias	Facultativos	32
Urgencias	Personal de Apoyo y Subalterno	24
Urgencias	Resto Diplomados/ Licenciados	1

## DIRECCIÓN GERENCIA N.ª S.ª DEL PINO/SABINAL

UNIDAD	CATEGORÍA	DOTACIÓN
Consultas Externas	Auxiliares de Enfermería	140
Consultas Externas	Enfermeras/os	57
Consultas Externas	Facultativos	45
Consultas Externas	Personal Administrativo	8
Consultas Externas	Personal de Apoyo y Subalterno	15
Consultas Externas	Personal Hostelería	2
Consultas Externas	Resto Diplomados/ Licenciados	20
Gerencia y Dirección	Auxiliares de Enfermería	48
Gerencia y Dirección	Enfermeras/os	73
Gerencia y Dirección	Facultativos	23
Gerencia y Dirección	Personal Administrativo	31
Gerencia y Dirección	Personal de Apoyo y Subalterno	30
Gerencia y Dirección	Personal Hostelería	15
Gerencia y Dirección	Personal Mantenimiento	1
Gerencia y Dirección	Resto Diplomados/ Licenciados	18
Gerencia y Dirección	Técnicos Especialistas	11
Gestión y Dirección	Auxiliares de Enfermería	1
Gestión y Dirección	Enfermeras/os	4
Gestión y Dirección	Facultativos	7
Gestión y Dirección	Personal Administrativo	121
Gestión y Dirección	Personal de Apoyo y Subalterno	46
Gestión y Dirección	Personal Hostelería	7
Gestión y Dirección	Resto Diplomados/ Licenciados	34
Gestión y Dirección	Técnicos Especialistas	1
Hospitalización	Auxiliares de Enfermería	157
Hospitalización	Enfermeras/os	198
Hospitalización	Facultativos	4
Hospitalización	Personal Administrativo	1
Hospitalización	Personal de Apoyo y Subalterno	20
Hostelería	Personal Administrativo	4
Hostelería	Personal de Apoyo y Subalterno	13
Hostelería	Personal Hostelería	111
Hostelería	Resto Diplomados/ Licenciados	6
Mantenimiento	Personal Administrativo	12
Mantenimiento	Personal de Apoyo y Subalterno	3
Mantenimiento	Personal Mantenimiento	39
Mantenimiento	Resto Diplomados/ Licenciados	22
Quirófano y Reanimación	Auxiliares de Enfermería	35
Quirófano y Reanimación	Enfermeras/os	78
Quirófano y Reanimación	Facultativos	16
Quirófano y Reanimación	Personal Administrativo	1
Quirófano y Reanimación	Personal de Apoyo y Subalterno	14
Quirófano y Reanimación	Técnicos Especialistas	1

## DIRECCIÓN GERENCIA N.º S.º DEL PINO/SABINAL

UNIDAD	CATEGORÍA	DOTACIÓN
Servicios Centrales	Auxiliares de Enfermería	114
Servicios Centrales	Enfermeras/os	128
Servicios Centrales	Facultativos	85
Servicios Centrales	Personal Administrativo	40
Servicios Centrales	Personal de Apoyo y Subalterno	20
Servicios Centrales	Técnicos Especialistas	123
Servicios Médicos	Auxiliares de Enfermería	13
Servicios Médicos	Enfermeras/os	10
Servicios Médicos	Facultativos	64
Servicios Médicos	Personal Administrativo	10
Servicios Médicos	Personal de Apoyo y Subalterno	1
Servicios Quirúrgicos	Auxiliares de Enfermería	7
Servicios Quirúrgicos	Enfermeras/os	6
Servicios Quirúrgicos	Facultativos	77
Servicios Quirúrgicos	Personal Administrativo	6
Servicios Quirúrgicos	Resto Diplomados/ Licenciados	1
UCI	Auxiliares de Enfermería	31
UCI	Enfermeras/os	48
UCI	Facultativos	10
UCI	Personal Administrativo	1
UCI	Personal de Apoyo y Subalterno	4
Urgencias	Auxiliares de Enfermería	32
Urgencias	Enfermeras/os	36
Urgencias	Facultativos	13
Urgencias	Personal Administrativo	11
Urgencias	Personal de Apoyo y Subalterno	22
Urgencias	Resto Diplomados/ Licenciados	1

## GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA DE GRAN CANARIA

UNIDAD	CATEGORÍA	DOTACIÓN
Consultas Externas	Auxiliares de Enfermería	39
Consultas Externas	Enfermeras/os	336
Consultas Externas	Facultativos	408
Consultas Externas	Personal Administrativo	172
Consultas Externas	Personal de Apoyo y Subalterno	48
Gerencia y Dirección	Auxiliares de Enfermería	14
Gerencia y Dirección	Enfermeras/os	51
Gerencia y Dirección	Facultativos	44
Gerencia y Dirección	Personal Administrativo	80
Gerencia y Dirección	Personal de Apoyo y Subalterno	49
Gerencia y Dirección	Personal Mantenimiento	6
Gerencia y Dirección	Resto Diplomados/ Licenciados	42
Gerencia y Dirección	Técnicos Especialistas	15
Urgencias	Enfermeras/os	57
Urgencias	Facultativos	58

# **ANEXO**

## **Tablas de frecuencias procesos**

### EDAD

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Menos de 30 años	3096	14,3
	Entre 30 y 35 años	3808	17,6
	Entre 35 y 40 años	3955	18,3
	Entre 40 y 45 años	3885	18,0
	Entre 45 y 50 años	2870	13,3
	Entre 50 y 60 años	2847	13,2
	Más de 60 años	1135	5,3
Total		21596	100,0
Perdidos		2	
Total		21598	

### SEXO

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Hombre	6122	28,3
	Mujer	15476	71,7
Total		21598	100,0

### ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Casado	8186	39,6
	Divorciado	138	,7
	Soltero	12169	58,9
	Viudo	161	,8
	Total	20654	100,0
Perdidos		Sistema	944
Total		21598	

### NÚMERO DE HIJOS

		Frecuencia	Porcentaje	
Válidos	,00	11277	63,9	
	1,00	2081	11,8	
	2,00	2495	14,1	
	3,00	1219	6,9	
	4,00	373	2,1	
	5,00	143	,8	
	6,00	32	,2	
	7,00	17	,1	
	Total		17637	100,0
	Perdidos		3961	
Total		21598		

### ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Menos de 3 años	2419	11,3
	Entre 3 y 6 años	5252	24,5
	Entre 6 y 10 años	5239	24,4
	Entre 10 y 20 años	4938	23,0
	Entre 20 y 30 años	3359	15,6
	Más de 30 años	258	1,2
	Total	21465	100,0
Perdidos		133	
Total		21598	



## UNIDAD DE TRABAJO

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Hospitalización	4614	21,4
	U C I	606	2,8
	Urgencias	1733	8,0
	Servicios Centrales	3231	15,0
	Quirofano y Reanimación	1156	5,4
	Gerencia y Dirección	1474	6,8
	Consultas Externas	4325	20,1
	Hostelería	1574	7,3
	Mantenimiento	541	2,5
	Servicios Médicos	555	2,6
	Servicios Quirúrgicos	385	1,8
	Gestión y Administración	1340	6,2
	Total	21534	100,0
	Perdidos	64	
Total	21598		

## CATEGORIA PROFESIONAL

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Facultativos	2555	11,8
	Enfermeros/as	5952	27,6
	Resto Diplomados/Licenciados	355	1,6
	Técnicos Especialistas	729	3,4
	Auxiliares de Enfermería	6150	28,5
	Personal de Apoyo y Subalterno	2193	10,2
	Personal Administrativo	1802	8,3
	Personal Hostelería	1421	6,6
	Personal Mantenimiento	441	2,0
	Total	21598	100,0

## MES INICIO DEL PROCESO DE IT

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Enero	2389	11,1
	Febrero	2377	11,0
	Marzo	2470	11,4
	Abril	1906	8,8
	Mayo	1988	9,2
	Junio	1931	8,9
	Julio	1459	6,8
	Agosto	1234	5,7
	Septiembre	1421	6,6
	Octubre	1452	6,7
	Noviembre	1591	7,4
	Diciembre	1380	6,4
Total	21598	100,0	

## TIPO DE CONTRATO

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Contrato por tiempo indefinido	13796	64,9
	Contrato de interinidad	6252	29,4
	Contrato eventual	1149	5,4
	Contrato en formación	74	,3
	Total	21271	100,0
	Perdidos	327	
Total	21598		

## DÍA DE LA SEMANA DE INICIO DE LA IT

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Lunes	6017	27,9
	Martes	4177	19,3
	Miércoles	3946	18,3
	Jueves	3406	15,8
	Viernes	2834	13,1
	Sábado	731	3,4
	Domingo	487	2,3
	Total	21598	100,0

## GRUPOS DIAGNÓSTICOS

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	354	1,6
	Neoplasias	72	,3
	Enf. Endocrinas, Nutrición, Metabólicas y Tras. Inmunitarios	140	,6
	Trastornos Mentales	1123	5,2
	Enfermedades del Sistema Nervioso y órganos sensoriales	693	3,2
	Enfermedades del Sistema Circulatorio	490	2,3
	Enfermedades del Aparato Respiratorio	5060	23,5
	Enfermedades del Aparato Digestivo	1711	7,9
	Enfermedades del Aparato Genotourinario	652	3,0
	Enfermedades de la Gestación, Parto y Puerperio	579	2,7
	Enfermedades de la piel	207	1,0
	Enf. del Sist. Osteo-Miarticular y tejido conectivo	3442	16,0
	Síntomas, Signos y estados mal definidos	426	2,0
	Lesiones y envenenamientos	2154	10,0
	Listado complementario relacionado con la IT	4466	20,7
	Total	21569	100,0
	Perdidos	29	
	Total	21598	

## DURACIÓN EN DÍAS DE LOS PROCESOS DE IT

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Menos de 3 días de IT	3097	14,4
	Entre 3 y 10 días de IT	7159	33,3
	Entre 10 y 30 días de IT	5915	27,5
	Entre 30 y 60 días de IT	2283	10,6
	Entre 60 y 180 días de IT	2211	10,3
	Entre 180 y 365 días de IT	599	2,8
	Más de 365 días de IT	219	1,0
	Total	21483	100,0
	Perdidos	115	
	Total	21598	

## DIRECCIONES GERENCIAS Y GERENCIA

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Dirección Gerencia de los Hospitales Materno-Infantil e Insular	9493	44,0
	Dirección Gerencia de los Hospitales Ntra. Sra. del Pino / el Sabinal	7612	35,2
	Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria	4493	20,8
	Total	21598	100,0

## AÑO DE INICIO DEL PROCESO DE IT

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	AÑO 1994	3223	14,9
	AÑO 1995	4363	20,2
	AÑO 1996	4758	22,0
	AÑO 1997	5251	24,3
	AÑO 1998	4003	18,5
	Total	21598	100,0

## ESTADISTICOS

		EDAD	ANTIGUEDAD	DIAS IT
N	Válidos	21596	21465	21483
	Perdidos	2	133	115
	Media	40,7739	11,1912	34,1071
	Moda	41,00	6,00	4,00
	Desv. típ.	10,0022	7,7347	67,2414
Percentiles	25	33,0000	5,0000	5,0000
	50	40,0000	8,0000	11,0000
	75	47,0000	17,0000	30,0000

## ANTIGUEDAD

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	1,00	588	2,7
	2,00	738	3,4
	3,00	1093	5,1
	4,00	1382	6,4
	5,00	1894	8,8
	6,00	1976	9,2
	7,00	1928	9,0
	8,00	1568	7,3
	9,00	1103	5,1
	10,00	640	3,0
	11,00	435	2,0
	12,00	546	2,5
	13,00	529	2,5
	14,00	533	2,5
	15,00	533	2,5
	16,00	451	2,1
	17,00	401	1,9
	18,00	437	2,0
	19,00	500	2,3
	20,00	573	2,7
	21,00	542	2,5
	22,00	599	2,8
	23,00	548	2,6
	24,00	448	2,1
	25,00	398	1,9
	26,00	297	1,4
	27,00	230	1,1
	28,00	128	,6
	29,00	102	,5
	30,00	67	,3
	31,00	56	,3
	32,00	76	,4
	33,00	35	,2
	34,00	26	,1
	35,00	13	,1
	36,00	6	,0
	37,00	5	,0
	38,00	4	,0
	39,00	3	,0
	40,00	8	,0
	41,00	5	,0
	42,00	5	,0
	43,00	8	,0
	44,00	2	,0
	45,00	3	,0
	46,00	1	,0
	47,00	1	,0
	48,00	1	,0
	Total	21465	100,0
	Perdidos	133	
	Total	21598	

## EDAD

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	17,00	1	,0
	18,00	1	,0
	19,00	2	,0
	20,00	3	,0
	21,00	30	,1
	22,00	75	,3
	23,00	110	,5
	24,00	174	,8
	25,00	291	1,3
	26,00	410	1,9
	27,00	495	2,3
	28,00	558	2,6
	29,00	515	2,4
	30,00	851	3,9
	31,00	715	3,3
	32,00	771	3,6
	33,00	841	3,9
	34,00	772	3,6
	35,00	751	3,5
	36,00	752	3,5
	37,00	787	3,6
	38,00	865	4,0
	39,00	840	3,9
	40,00	545	2,5
	41,00	1084	5,0
	42,00	809	3,7
	43,00	758	3,5
	44,00	740	3,4
	45,00	712	3,3
	46,00	626	2,9
	47,00	601	2,8
	48,00	490	2,3
	49,00	482	2,2
	50,00	419	1,9
	51,00	374	1,7
	52,00	344	1,6
	53,00	374	1,7
	54,00	352	1,6
	55,00	277	1,3
	56,00	234	1,1
	57,00	218	1,0
	58,00	175	,8
	59,00	158	,7
	60,00	204	,9
	61,00	187	,9
	62,00	214	1,0
	63,00	155	,7
	64,00	163	,8
	65,00	82	,4
	66,00	80	,4
	67,00	51	,2
	68,00	44	,2
	69,00	13	,1
	70,00	9	,0
	71,00	5	,0
	72,00	4	,0
	74,00	1	,0
	75,00	2	,0
	Total	21596	100,0
Perdidos		2	
Total		21598	

DIAS IT

	Frecuencia	Porcentaje válido	
Válidos	1,00	949	4,4
	2,00	1038	4,8
	3,00	1110	5,2
	4,00	1543	7,2
	5,00	1365	6,4
	6,00	926	4,3
	7,00	877	4,1
	8,00	1108	5,2
	9,00	677	3,2
	10,00	663	3,1
	11,00	742	3,5
	12,00	669	3,1
	13,00	439	2,0
	14,00	375	1,7
	15,00	438	2,0
	16,00	288	1,3
	17,00	247	1,1
	18,00	421	2,0
	19,00	343	1,6
	20,00	239	1,1
	21,00	187	,9
	22,00	237	1,1
	23,00	164	,8
	24,00	174	,8
	25,00	218	1,0
	26,00	176	,8
	27,00	142	,7
	28,00	136	,6
	29,00	159	,7
	30,00	121	,6
	31,00	122	,6
	32,00	166	,8
	33,00	129	,6
	34,00	100	,5
	35,00	97	,5
	36,00	106	,5
	37,00	72	,3
	38,00	90	,4
	39,00	92	,4
	40,00	87	,4
	41,00	69	,3
	42,00	76	,4
	43,00	93	,4
	44,00	52	,2
	45,00	59	,3
	46,00	66	,3
	47,00	97	,5
	48,00	60	,3
	49,00	69	,3
	50,00	70	,3
	51,00	47	,2
	52,00	53	,2
	53,00	63	,3
	54,00	58	,3
	55,00	52	,2
	56,00	48	,2
	57,00	58	,3
	58,00	39	,2
	59,00	47	,2
	60,00	46	,2
	61,00	56	,3
	62,00	48	,2
	63,00	44	,2
	64,00	43	,2
	65,00	32	,1
	66,00	43	,2
	67,00	43	,2
	68,00	39	,2

DIAS IT

	Frecuencia	Porcentaje válido	
Válidos	69,00	42	,2
	70,00	29	,1
	71,00	44	,2
	72,00	24	,1
	73,00	39	,2
	74,00	28	,1
	75,00	34	,2
	76,00	32	,1
	77,00	33	,2
	78,00	34	,2
	79,00	28	,1
	80,00	43	,2
	81,00	33	,2
	82,00	33	,2
	83,00	38	,2
	84,00	33	,2
	85,00	34	,2
	86,00	18	,1
	87,00	19	,1
	88,00	33	,2
	89,00	34	,2
	90,00	14	,1
	91,00	21	,1
	92,00	30	,1
	93,00	21	,1
	94,00	14	,1
	95,00	32	,1
	96,00	23	,1
	97,00	23	,1
	98,00	21	,1
	99,00	16	,1
	100,00	18	,1
	101,00	19	,1
	102,00	18	,1
	103,00	19	,1
	104,00	24	,1
	105,00	32	,1
	106,00	24	,1
	107,00	16	,1
	108,00	18	,1
	109,00	15	,1
	110,00	19	,1
	111,00	14	,1
	112,00	56	,3
	113,00	16	,1
	114,00	12	,1
	115,00	23	,1
	116,00	21	,1
	117,00	14	,1
	118,00	15	,1
	119,00	15	,1
	120,00	11	,1
	121,00	16	,1
	122,00	8	,0
	123,00	9	,0
	124,00	16	,1
	125,00	15	,1
	126,00	14	,1
	127,00	14	,1
	128,00	8	,0
	129,00	11	,1
	130,00	15	,1
	131,00	17	,1
	132,00	9	,0
	133,00	7	,0
	134,00	16	,1
	135,00	11	,1
	136,00	15	,1

DIAS IT

	Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	137,00	9 ,0
	138,00	10 ,0
	139,00	13 ,1
	140,00	10 ,0
	141,00	17 ,1
	142,00	13 ,1
	143,00	6 ,0
	144,00	8 ,0
	145,00	8 ,0
	146,00	7 ,0
	147,00	3 ,0
	148,00	15 ,1
	149,00	10 ,0
	150,00	6 ,0
	151,00	5 ,0
	152,00	11 ,1
	153,00	7 ,0
	154,00	10 ,0
	155,00	11 ,1
	156,00	4 ,0
	157,00	7 ,0
	158,00	12 ,1
	159,00	6 ,0
	160,00	8 ,0
	161,00	5 ,0
	162,00	13 ,1
	163,00	5 ,0
	164,00	9 ,0
	165,00	6 ,0
	166,00	5 ,0
	167,00	5 ,0
	168,00	3 ,0
	169,00	5 ,0
	170,00	6 ,0
	171,00	2 ,0
	172,00	6 ,0
	173,00	13 ,1
	174,00	8 ,0
	175,00	13 ,1
	176,00	6 ,0
	177,00	1 ,0
	178,00	4 ,0
	179,00	3 ,0
	180,00	9 ,0
	181,00	9 ,0
	182,00	5 ,0
	183,00	3 ,0
	184,00	10 ,0
	185,00	5 ,0
	186,00	8 ,0
	187,00	3 ,0
	188,00	6 ,0
	189,00	5 ,0
	190,00	9 ,0
	191,00	5 ,0
	192,00	3 ,0
	193,00	4 ,0
	194,00	3 ,0
	195,00	1 ,0
	196,00	5 ,0
	197,00	6 ,0
	198,00	4 ,0
	199,00	4 ,0
	200,00	3 ,0
	201,00	10 ,0
	202,00	4 ,0
	203,00	3 ,0
	204,00	2 ,0

DIAS IT

	Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	205,00	4 ,0
	206,00	5 ,0
	207,00	2 ,0
	208,00	6 ,0
	209,00	2 ,0
	210,00	6 ,0
	211,00	4 ,0
	212,00	3 ,0
	213,00	3 ,0
	214,00	8 ,0
	215,00	7 ,0
	216,00	9 ,0
	217,00	5 ,0
	218,00	5 ,0
	219,00	7 ,0
	220,00	5 ,0
	221,00	4 ,0
	222,00	5 ,0
	223,00	10 ,0
	224,00	2 ,0
	225,00	5 ,0
	226,00	2 ,0
	227,00	6 ,0
	228,00	8 ,0
	229,00	9 ,0
	230,00	3 ,0
	231,00	2 ,0
	232,00	3 ,0
	233,00	1 ,0
	234,00	4 ,0
	235,00	4 ,0
	236,00	3 ,0
	237,00	5 ,0
	238,00	4 ,0
	239,00	1 ,0
	240,00	3 ,0
	241,00	6 ,0
	242,00	6 ,0
	243,00	4 ,0
	244,00	6 ,0
	245,00	9 ,0
	246,00	7 ,0
	247,00	5 ,0
	248,00	2 ,0
	249,00	6 ,0
	250,00	1 ,0
	251,00	2 ,0
	252,00	4 ,0
	253,00	4 ,0
	254,00	1 ,0
	255,00	2 ,0
	256,00	7 ,0
	257,00	5 ,0
	258,00	3 ,0
	259,00	4 ,0
	260,00	3 ,0
	261,00	2 ,0
	262,00	2 ,0
	263,00	4 ,0
	264,00	5 ,0
	265,00	2 ,0
	266,00	2 ,0
	267,00	1 ,0
	269,00	1 ,0
	270,00	1 ,0
	271,00	1 ,0
	272,00	2 ,0
	274,00	1 ,0

DIAS IT

	Frecuencia	Porcentaje válido	
Válidos	275,00	2	,0
	276,00	4	,0
	277,00	4	,0
	278,00	2	,0
	279,00	2	,0
	280,00	5	,0
	281,00	5	,0
	282,00	2	,0
	283,00	3	,0
	284,00	4	,0
	285,00	2	,0
	286,00	3	,0
	287,00	3	,0
	288,00	5	,0
	289,00	1	,0
	290,00	3	,0
	291,00	3	,0
	292,00	1	,0
	293,00	2	,0
	294,00	2	,0
	295,00	2	,0
	296,00	1	,0
	297,00	5	,0
	299,00	6	,0
	300,00	3	,0
	301,00	1	,0
	302,00	2	,0
	303,00	1	,0
	304,00	2	,0
	305,00	7	,0
	306,00	4	,0
	307,00	2	,0
	309,00	4	,0
	310,00	2	,0
	311,00	4	,0
	312,00	5	,0
	314,00	1	,0
	315,00	3	,0
	316,00	2	,0
	317,00	1	,0
	318,00	1	,0
	319,00	2	,0
	320,00	1	,0
	321,00	3	,0
	322,00	1	,0
	323,00	5	,0
	324,00	3	,0
	325,00	1	,0
	327,00	6	,0
	328,00	1	,0
	329,00	1	,0
	330,00	3	,0
	331,00	3	,0
	333,00	1	,0
	334,00	1	,0
	335,00	1	,0
	336,00	1	,0
	338,00	6	,0
	339,00	4	,0
	340,00	1	,0
	341,00	6	,0
	342,00	1	,0
	343,00	1	,0
	344,00	3	,0
	345,00	1	,0
	347,00	1	,0
	348,00	1	,0
	349,00	3	,0

DIAS IT

	Frecuencia	Porcentaje válido	
Válidos	351,00	1	,0
	352,00	3	,0
	353,00	1	,0
	354,00	2	,0
	355,00	4	,0
	356,00	1	,0
	358,00	2	,0
	359,00	1	,0
	360,00	1	,0
	361,00	1	,0
	362,00	1	,0
	363,00	1	,0
	364,00	3	,0
	365,00	3	,0
	366,00	1	,0
	367,00	1	,0
	368,00	2	,0
	369,00	2	,0
	370,00	2	,0
	373,00	1	,0
	374,00	2	,0
	375,00	1	,0
	376,00	2	,0
	377,00	2	,0
	378,00	1	,0
	379,00	2	,0
	380,00	1	,0
	381,00	3	,0
	382,00	1	,0
	383,00	1	,0
	384,00	2	,0
	385,00	1	,0
	386,00	2	,0
	387,00	1	,0
	388,00	1	,0
	389,00	1	,0
	390,00	1	,0
	391,00	1	,0
	392,00	2	,0
	393,00	1	,0
	394,00	1	,0
	395,00	3	,0
	396,00	1	,0
	399,00	4	,0
	400,00	1	,0
	401,00	3	,0
	404,00	1	,0
	409,00	1	,0
	410,00	1	,0
	411,00	1	,0
	413,00	1	,0
	414,00	2	,0
	416,00	2	,0
	417,00	1	,0
	421,00	2	,0
	425,00	1	,0
	426,00	1	,0
	427,00	1	,0
	428,00	3	,0
	431,00	1	,0
	432,00	1	,0
	435,00	2	,0
	436,00	1	,0
	442,00	1	,0
	443,00	1	,0
	444,00	1	,0
	445,00	1	,0
	449,00	1	,0

## DIAS IT

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	450,00	1	,0
	451,00	1	,0
	457,00	1	,0
	458,00	1	,0
	460,00	3	,0
	461,00	1	,0
	462,00	2	,0
	463,00	1	,0
	464,00	1	,0
	465,00	1	,0
	466,00	1	,0
	467,00	1	,0
	468,00	1	,0
	472,00	1	,0
	473,00	1	,0
	474,00	1	,0
	476,00	1	,0
	477,00	1	,0
	480,00	1	,0
	481,00	1	,0
	482,00	1	,0
	484,00	1	,0
	488,00	1	,0
	491,00	1	,0
	493,00	2	,0
	495,00	1	,0
	496,00	2	,0
	502,00	1	,0
	503,00	1	,0
	504,00	3	,0
	506,00	1	,0
	507,00	1	,0
	512,00	1	,0
	515,00	2	,0
	521,00	1	,0
	522,00	1	,0
	523,00	1	,0
	525,00	1	,0
	526,00	1	,0
	527,00	1	,0
	534,00	3	,0
	536,00	1	,0
	537,00	1	,0
	538,00	2	,0
	539,00	1	,0
	540,00	2	,0
	541,00	1	,0
	542,00	1	,0
	543,00	2	,0
	544,00	4	,0
	545,00	3	,0
	546,00	12	,1
	547,00	22	,1
	548,00	16	,1
	549,00	17	,1
	550,00	3	,0
	Total	21483	100,0
Perdidos	Sistema	115	
Total		21598	



## DIAGNÓSTICOS

	Frecuencia	Porcentaje
Otras infecciones de salmonella	1	,0
Otras intoxicaciones alimentarias (Bacterianas)	8	,0
Tuberculosis pulmonar	9	,0
Tularemia	1	,0
Otras enfermedades bacterianas	27	,1
Varicela	39	,2
Herpes zoster	14	,1
Herpes simple	38	,2
Rubeola	1	,0
Hepatitis vírica	15	,1
Mononucleosis infecciosa	5	,0
Conjuntivitis por virus y Chlamydiae	1	,0
Enfermedades debidas a virus y chlamydiae	68	,3
Infección viral no especificada de otra manera	51	,2
Candidiasis	3	,0
Micosis oportunista	16	,1
Parasitosis intestinal sin especificar	2	,0
Pediculosis e infestación por piojos	1	,0
Enfermedades infecciosas y parasitarias y otras sin especificar	52	,2
Efecto tardio de enfermedades infecciosas y parasitarias	2	,0
Neoplasias malignas nasofaríngeas	1	,0
Neoplasias malignas de Estómago	1	,0
Neoplasias malignas de Laringe	1	,0
Neoplasias malignas de Traquea, Bronquios y pulmón	2	,0
Melanoma maligno de piel	5	,0
Carcinoma primario de mama	15	,1
Neoplasia maligna de Próstata	1	,0
Neoplasia maligna de Cerebro	1	,0
Neoplasia maligna otras glándulas endocrinas y estructuras	1	,0
Neoplasia maligna sin especificar	1	,0
Linfosarcoma y Reticulosarcoma	2	,0
Enfermedad de Hodgkin	1	,0
Neoplasia inmunoproliferativa y mieloma múltiple	1	,0
Leucemias sin especificar tipo de células.	1	,0
Neoplasia benigna ósea y cartilagos articulares	1	,0
Lipoma	8	,0
Neoplasia benigna de mama	3	,0
Otras neoplasias benignas de Útero	5	,0
Neoplasia benigna de ojo	6	,0
Neoplasia benigna otros sitios y sitios no especificados	4	,0
Neoplasias de naturaleza no especificada	11	,1
Bocio simple y no especificado	8	,0
Tirotoxicosis con o sin bocio	19	,1
Hipotiroidismo adquirido	5	,0
Otros trastornos de la Tiroides	4	,0
Diabetes mellitus	17	,1
Otros trastornos de secreciones internas Pancreaticas	2	,0
Trastornos glandulares adrenales	8	,0
Otros trastornos Endocrinos	2	,0
Marasmo nutricional	1	,0
Gota	10	,0
Trastornos del metabolismo minerales	1	,0
Obesidad y otros tipos de hiperalimentaciones	2	,0
Otras anemias y anemias no especificadas	61	,3
Psicosis por Drogas	5	,0
Psicosis orgánicas transitorias	6	,0
Trastornos esquizofrénicos	3	,0
Trastornos neurológicos	11	,1
Síndromes de dependencia del alcohol	6	,0
Dependencias de drogas	2	,0
síntomas o síndromes especiales no clasificados	141	,7
Reacción de adaptación	591	2,7
Trastornos depresivos no clasificados bajo otro concepto	358	1,7
Esclerosis múltiple	4	,0
Otras enfermedades desmielinizantes sistema nervioso central	1	,0
Epilepsia	7	,0
Migrañas	108	,5

## DIAGNÓSTICOS

	Frecuencia	Porcentaje
Otras enfermedades cerebrales	2	,0
trastornos del nervio facial	8	,0
Trastornos de la raíz del plexo nervioso	4	,0
Mononeuritis del miembro superior y múltiple	4	,0
Neuropatía periférica hereditaria e idiopática	12	,1
Neuropatía Inflamatoria y Tóxica	24	,1
Trastornos del globo ocular	18	,1
Desprendimiento y defectos de la retina	4	,0
Otros trastornos retinarios	2	,0
Cataratas	8	,0
Trastornos de refracción y de acomodación	1	,0
Perturbaciones visuales	1	,0
Ceguera y baja visión	3	,0
Queratitis	28	,1
Opacidad corneal y otros trastornos corneales	21	,1
Trastornos de la conjuntiva	63	,3
Inflamación de los párpados	2	,0
Otros trastornos de los párpados	7	,0
Otras alteraciones oculares	17	,1
Otitis media no supurativa y alteraciones trompas Eustaquio	85	,4
Síndrome de vértigo y otros trastornos aparato vestibular	247	1,1
Otras alteraciones del oído	11	,1
Pérdida del oído	1	,0
Fiebre reumática sin complicaciones cardiacas	1	,0
Enfermedades de la válvula mitral y aórtica	2	,0
Hipertensión arterial esencial	179	,8
Infarto agudo de miocardio	10	,0
Angina inestable	24	,1
Otras formas de enfermedad cardiaca isquémica crónica	19	,1
Enfermedad cardiopulmonar aguda	12	,1
Pericarditis aguda	1	,0
Otras enfermedades del Pericardio	1	,0
Alteraciones de la conducción	1	,0
Disrritmias cardiacas	32	,1
Descripciones y complicaciones de enfermedades cardiacas	3	,0
Isquemia cerebral transitoria	5	,0
Enfermedad cerebro vascular aguda mal definida	13	,1
Embolia y trombosis arteriales	10	,0
Otros trastornos de arterias y arteriolas	1	,0
Enfermedades de capilares	1	,0
Flebitis y Tromboflebitis	34	,2
Otras embolias o trombosis venosas	7	,0
Venas varicosas de las extremidades inferiores	34	,2
Hemorroides	93	,4
Otras alteraciones del aparato circulatorio	7	,0
Nasofaringitis aguda (Resfriado común)	70	,3
Sinusitis aguda	116	,5
Faringitis aguda	489	2,3
Amigdalitis aguda	280	1,3
Laringitis y traqueitis aguda	133	,6
Infec. aguda vías respira. superiores localización múltiple	25	,1
Bronquitis y bronquiolitis aguda	446	2,1
Tabique nasal desviado	2	,0
Faringitis y nasofaringitis crónica	6	,0
Enfermedad crónica de amígdalas y adenoides	2	,0
Absceso peritonsilar	1	,0
Laringitis y laringotraqueitis crónica	20	,1
Rinitis alérgica	41	,2
Otras enfermedades del tracto respiratorio superior	28	,1
Otras neumonías bacterianas	19	,1
bronconeumonía por organismos sin especificar	183	,8
Neumonías por organismos no especificados	65	,3
Gripe	2971	13,8
Asma	57	,3
Alveolitis alérgica extrínseca	5	,0
Otras obstrucciones crónicas vías respir. no clasificadas	27	,1
Pleurésia	1	,0

## DIAGNÓSTICOS

	Frecuencia	Porcentaje
Neumotorax	3	,0
Congestión e hipóstaxis pulmonar	1	,0
Fibrosis pulmonar postinflamatoria	2	,0
Otras enfermedades pulmonares	36	,2
Otras enfermedades del aparato respiratorio	31	,1
Trastornos del desarrollo y erupción en los dientes	60	,3
Enfermedades del tejido duro de los dientes	82	,4
Enfermedades de la pulpa y tejido periapical	19	,1
Enfermedades gingivales y periodontales	82	,4
Anomalías dentofaciales, incluido maloclusión	76	,4
Otras enfermedades y alteraciones de dientes y estruc. apoyo	9	,0
Enfermedades de los maxilares	24	,1
Enfermedades de las glándulas salivares	1	,0
Enf. de los tejidos blandos, boca, no encías y dientes	9	,0
Enfermedades y otros estados de la lengua	1	,0
Enfermedades del esófago	10	,0
Úlcera gástrica	38	,2
Úlcera péptica, sitio no especificado	3	,0
Gastritis y duodenitis	402	1,9
Alteración funcional del estómago	4	,0
Otras alteraciones funcionales gastroduodenales	36	,2
Apendicitis aguda	17	,1
Hernia inguinal	31	,1
Otras hernias abdominales sin obstrucción ni gangrena	10	,0
Enteritis regional	509	2,4
Colitis ulcerosa	62	,3
Obstrucción intestinal sin hernia	4	,0
Alteración funcional digestiva no clasificada otro concepto	33	,2
Fisura y fístula anal	33	,2
Absceso de la región anal y rectal	19	,1
Peritonitis	25	,1
Otras alteraciones intestinales	32	,1
Enfermedades hepáticas y cirrosis crónica	10	,0
Otras alteraciones hepáticas	25	,1
Colelitiasis	21	,1
Otras alteraciones del tracto biliar	10	,0
Enfermedades pancreáticas	3	,0
Hemorragias gastrointestinales	11	,1
Nefritis y nefropatía no especificada como aguda ni crónica	18	,1
Insuficiencia renal aguda	1	,0
Infecciones renales	37	,2
Cálculos de riñón	224	1,0
Otras alteraciones de riñón y uretra	5	,0
Cálculos en vía urinaria inferior	9	,0
Cistitis	45	,2
Otras alteraciones vesicales	4	,0
Uretritis no de transmisión sexual y síndrome uretral	7	,0
Otras alteraciones de uretra y vías urinarias	3	,0
Hiperplasia prostática	4	,0
Enfermedades inflamatorias prostáticas	14	,1
Otras alteraciones protáticas	8	,0
Hidrocele	1	,0
Orquitis y epididimitis	14	,1
Prepacio redundante y fimosis	1	,0
Otras alteraciones de genitales masculinos	2	,0
Displasia mamaria benigna	2	,0
Otras alteraciones mamarias	14	,1
Inflamación de órganos y tejidos pélvicos	15	,1
Inflamación de útero salvo cervix	15	,1
Endometritis	8	,0
Alteración de útero no clasificable en otros conceptos	13	,1
Trastornos no inflamatorios de vulva y perineo	3	,0
Dolor y otros síntomas de órganos genitales femeninos	122	,6
Trastornos menopáusicos y post-menopáusicos	12	,1
Esterilidad femenina	23	,1
Otros trastornos de órganos genitales femeninos	28	,1
Aborto espontáneo	55	,3

## DIAGNÓSTICOS

	Frecuencia	Porcentaje
Hemorragia en fase temprana de embarazo	111	,5
Parto prematuro o amenaza de parto	148	,7
Otras complicaciones del embarazo no clasificables	248	1,1
Otras enfermedades que complican embarazo, parto o puerperio	16	,1
Otros traumas obstétricos	1	,0
Carbunco y forúnculo	50	,2
Celulitis y absceso de los dedos, mano/pie	14	,1
Otras celulitis y abscesos	47	,2
Linfadenitis aguda	5	,0
Otras infecciones locales de la piel y tejido subcutáneo	2	,0
Dermatitis eritematosescamosa	1	,0
Dermatitis atópica y estados relacionados	16	,1
Dermatitis por contacto y otros eczemas	24	,1
Dermatitis por sustancias ingeridas	3	,0
Enfermedades eritematosas	2	,0
Prurito y enfermedades afines	18	,1
Otras enfermedades atróficas e hipertróficas de la piel	3	,0
Otras dermatosis	2	,0
Enfermedades de la uñas	10	,0
Enfermedades del pelo y los folículos pilosos	4	,0
Alteración de las glándulas sudoríparas	1	,0
Enfermedades de glándulas sebáceas	1	,0
Úlceras crónicas de la piel	4	,0
Artropatías asociadas con infección	4	,0
Artropatía cristalina	58	,3
Osteoartritis y trastornos conexos	96	,4
Otras artropatías y artropatías no especificadas	45	,2
Trastornos internos de la rodilla	164	,8
Otros desarreglos articulares	18	,1
Otros trastornos y trastornos articulares no especificados	3	,0
Espondilitis anquilosante y otras espondilitis inflamatorias	10	,0
Espondilosis y trastornos conexos	16	,1
Trastornos del disco intervertebral	91	,4
Otros trastornos de la región cervical	614	2,8
Otros trastornos de la espalda no especificados	1918	8,9
<i>Poliinalgia reumática</i>	41	,2
Tendinitis inserciones periféricas y síndromes conexos	260	1,2
Otros trastornos de sinovial, tendón y bursa	2	,0
Trastornos de músculos, ligamentos y fascias	10	,0
Otros trastornos de tejidos blandos	6	,0
Osteomielitis, periostitis y otras infecciones de huesos	3	,0
Osteitis deformante y osteopatías con otros trastornos	30	,1
Osteocondropatías	13	,1
Otros trastornos de cartílagos y huesos	5	,0
Pie plano	1	,0
Otras deformaciones adquiridas de extremidades	19	,1
Otras anomalías congénitas de extremidades	15	,1
Síntomas generales	295	1,4
Síntomas que afectan sist. nervioso/ap. musculoesquelético	13	,1
Síntomas relacionados con nutrición/metabolismo/desarrollo	11	,1
Síntoma que afectan a la cabeza y cuello	27	,1
Síntomas afectan al Ap. cardiovascular	5	,0
Síntomas del aparato respiratorio y sint. torácicos	17	,1
Síntomas del aparato digestivo	50	,2
Síntomas que afectan al aparato urinario	8	,0
Fractura mal definida de miembros superiores	3	,0
Fractura de huesos no especificados	316	1,5
Otras luxaciones, lux. múltiples y lux. mal definidas	25	,1
Esguinces y torceduras de rodilla y piernas	13	,1
Esguince y torcedura partes de la espalda no especificada	349	1,6
Otros esguinces y torceduras, también los mal definidos	576	2,7
Contusión ( incluye conmoción cerebral)	91	,4
Lesión interna de órganos, org. mal definidos, no especific.	16	,1
Herida abierta de globo ocular	5	,0
Herida abierta múltiple y miembros superiores no especific.	108	,5
Herida abierta de pie salvo dedo	68	,3
Herida abierta de dedos del pie	5	,0

## DIAGNÓSTICOS

	Frecuencia	Porcentaje
Amputación traumática de pie	8	,0
Lesión de vasos sanguíneos de abdomen y pelvis	1	,0
Efectos tardíos de lesión musculoesquelética/tej. conectivo	13	,1
Efecto tardío, otras causas externas/causas no especificadas	5	,0
Lesión superficial cara, cuello y cuero cabelludo	1	,0
Lesión superficial ojo y anejos	1	,0
Lesión superficial de otro sitio, sitios múltiple	2	,0
Contusión de miembro inferior y no especificado	151	,7
Lesión aplastamiento múltiple o no especificada	28	,1
Cuerpo extraño en la superficie ocular	9	,0
Quemadura limitada a ojo y anejos	2	,0
Quemadura de cara, cabeza y cuero cabelludo	2	,0
Quemadura de miembros superiores, no muñeca y manos	27	,1
Quemaduras de muñecas y manos	25	,1
Quemaduras de miembros inferiores	6	,0
Quemaduras de múltiples sitios especificados	1	,0
Quemaduras sin especificar	10	,0
Complicaciones precoces de los traumatismos	85	,4
Otros traumatismos y los no especificados	170	,8
Ciertos efectos adversos no especificados	23	,1
Complicaciones propias de ciertos proced. especificados	8	,0
Otras complicaciones procedimientos no clasificados	1	,0
En estudio	428	2,0
Intervención quirúrgica	560	2,6
Partes sin diagnósticos	2427	11,3
Diagnóstico ilegible	758	3,5
Ingreso en hospital	29	,1
Procedimiento médico -quirúrgico terapéutico	139	,6
Procedimiento diagnóstico	114	,5
Accidente de tráfico	11	,1
Total	21569	100,0
Perdidos Sistema	29	
Total	21598	

# **ANEXO**

## **Tablas comparación medias de los procesos**

TIPO DE CONTRATO  
DÍAS IT

TIPO DE CONTRATO	Media	Procesos	Desv. tít.	Suma
Contrato por tiempo indefinido	40,2438	13715	74,6139	551944,00
Contrato de interinidad	22,9590	6226	45,0482	142943,00
Contrato eventual	13,6734	1142	32,5299	15615,00
Contrato en formación	16,3836	73	16,3177	1196,00
Total	33,6405	21156	65,9436	711698,00

CATEGORÍAS  
DÍAS IT

CATEGORÍA	Media	Procesos	Desv. tít.	Suma
Facultativos	21,8666	2533	49,4583	55388,00
Enfermeros/as	30,2246	5918	58,2481	178869,00
Resto Diplomados/Licenciados	28,6751	354	68,1035	10151,00
Técnicos Especialistas	27,2143	728	51,6229	19812,00
Auxiliares de Enfermería	41,7410	6128	77,5813	255789,00
Personal de Apoyo y Subalterno	32,7941	2185	65,5588	71655,00
Personal Administrativo	28,9585	1785	60,2054	51691,00
Personal Hostelería	49,6636	1415	85,4422	70274,00
Personal Mantenimiento	43,6934	437	81,9367	19094,00
Total	34,1071	21483	67,2414	732723,00

UNIDADES DE TRABAJO  
DÍAS IT

UNIDADES	Media	Procesos	Desv. tít.	Suma
Hospitalización	37,2529	4602	70,3869	171438,00
U C I	27,3003	606	47,7632	16544,00
Urgencias	33,0424	1720	64,3510	56833,00
Servicios Centrales	35,8865	3226	68,8065	115770,00
Quirofano y Reanimación	31,3166	1153	58,6231	36108,00
Gerencia y Dirección	27,7772	1459	60,6126	40527,00
Consultas Externas	25,8626	4278	54,1661	110640,00
Hostelería	49,4668	1566	86,2767	77465,00
Mantenimiento	40,2775	537	77,4765	21629,00
Servicios Medicos	40,5307	554	82,2659	22454,00
Servicios Quirúrgicos	37,7584	385	73,7932	14537,00
Gestión y Administración	36,2581	1333	72,9236	48332,00
Total	34,1882	21419	67,3240	732277,00

DIRECCIÓN GERENCIA/GERENCIA  
DÍAS IT

DIRECCIONES GERENCIAS /	Media	Procesos	Desv. tít.	Suma
Dirección Gerencia Hospitales Materno-Infantil/ Insular	42,0648	9444	77,7312	397260,00
Dirección Gerencia Hospitales Ntra. Sra. del Pino / el Sabinal	31,0541	7612	62,0721	236384,00
Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria	22,3806	4427	46,2570	99079,00
Total	34,1071	21483	67,2414	732723,00

## ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA

## DÍAS IT

Antigüedad	Media	Procesos	Desv. tfp.	Suma
Menos de 3 años	26,7007	2412	59,0477	64402,00
Entre 3 y 6 años	27,5614	5239	53,8081	144394,00
Entre 6 y 10 años	25,7776	5194	50,4473	133889,00
Entre 10 y 20 años	43,9141	4914	80,4440	215794,00
Entre 20 y 30 años	47,5130	3337	85,6243	158551,00
Más de 30 años	52,9333	255	90,4246	13498,00
Total	34,2152	21351	67,4026	730528,00

## GRUPO DE DIAGNÓSTICO

## DÍAS IT

Grupo diagnóstico	Media	Procesos	Desv. tfp.	Suma
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	27,5537	354	56,7444	9754,00
Neoplasias	97,0704	71	147,0030	6892,00
Enf. Endocrinas, Nutrición, Metabólicas y Tras. Inmunitarios	74,5540	139	93,4422	10363,00
Trastornos Mentales	92,2395	1115	115,9181	102847,00
Enfermedades del Sistema Nervioso y órganos sensoriales	31,6151	691	69,0468	21846,00
Enfermedades del Sistema Circulatorio	52,2541	488	91,9092	25500,00
Enfermedades del Aparato Respiratorio	12,3158	5057	28,5929	62281,00
Enfermedades del Aparato Digestivo	17,1451	1709	41,0908	29301,00
Enfermedades del Aparato Genitourinario	25,7791	652	49,5553	16808,00
Enfermedades de la Gestación, Parto y Puerperio	51,7249	578	56,4894	29897,00
Enfermedades de la piel	32,9614	207	61,7614	6823,00
Enf. del Sist. Osteo-Mioarticular y tejido conectivo	51,1811	3429	84,3893	175500,00
Síntomas, Signos y estados mal definidos	25,3451	426	56,9425	10797,00
Lesiones y envenenamientos	39,7517	2151	62,2617	85506,00
Listado complementario relacionado con la IT	31,4883	4387	61,9018	138139,00
Total	34,1314	21454	67,2793	732254,00

## EDAD

## DÍAS IT

EDAD	Media	Procesos	Desv. tfp.	Suma
Menos de 30 años	25,6988	3088	52,3914	79358,00
Entre 30 y 35 años	31,9100	3787	61,4849	120843,00
Entre 35 y 40 años	32,9518	3938	65,3503	129764,00
Entre 40 y 45 años	34,0070	3864	68,4334	131403,00
Entre 45 y 50 años	38,2123	2850	75,3346	108905,00
Entre 50 y 60 años	41,0321	2834	75,5511	116285,00
Más de 60 años	41,2107	1120	76,8841	46156,00
Total	34,1099	21481	67,2439	732714,00

## ESTADO CIVIL

## DÍAS IT

Estado civil	Media	Procesos	Desv. tfp.	Suma
Casado	40,7417	8146	77,8235	331882,00
Divorciado	60,8116	138	113,3575	8392,00
Soltero	29,3642	12100	57,7022	355307,00
Viudo	56,0250	160	85,0652	8964,00
Total	34,2944	20544	67,4031	704545,00

## SEXO

## DÍAS IT

SEXO	Media	Procesos	Desv. tfp.	Suma
Hombre	28,6647	6081	60,7067	174310,00
Mujer	36,2559	15402	69,5375	558413,00
Total	34,1071	21483	67,2414	732723,00



AÑO  
DÍAS IT

AÑO	Media	N	Desv. tfp.	Suma
1994,00	48,3410	3223	83,5204	155803,00
1995,00	41,5495	4362	78,8432	181239,00
1996,00	32,9128	4757	67,7909	156566,00
1997,00	29,3796	5237	60,3099	153861,00
1998,00	21,8376	3904	35,9226	85254,00
Total	34,1071	21483	67,2414	732723,00

MES  
DÍAS IT

MES	Media	Procesos	Desv. tfp.	Suma
Enero	35,8931	2386	75,6168	85641,00
Febrero	29,7231	2369	62,9304	70414,00
Marzo	30,7747	2463	62,1744	75798,00
Abril	36,2116	1900	64,1171	68802,00
Mayo	34,1417	1976	64,4601	67464,00
Junio	29,7542	1924	56,2269	57247,00
Julio	32,1127	1446	65,2143	46435,00
Agosto	33,4712	1214	65,9581	40634,00
Septiembre	35,7310	1394	68,2659	49809,00
Octubre	46,6524	1447	88,6573	67506,00
Noviembre	36,7517	1587	70,2610	58325,00
Diciembre	32,4241	1377	60,3795	44648,00
Total	34,1071	21483	67,2414	732723,00

DÍA DE LA SEMANA DE INICIO DE LA IT  
DÍAS IT

Día semana	Media	Procesos	Desv. tfp.	Suma
Lunes	33,2405	5984	64,1686	198911,00
Martes	35,4263	4150	71,4229	147019,00
Miércoles	34,1009	3925	68,1951	133846,00
Jueves	33,6374	3389	65,4088	113997,00
Viernes	36,2221	2818	69,7599	102074,00
Sábado	31,4507	730	65,7698	22959,00
Domingo	28,5770	487	58,7426	13917,00
Total	34,1071	21483	67,2414	732723,00

NÚMERO DE HIJOS  
DÍAS IT

Nº HIJOS	Media	Procesos	Desv. tfp.	Suma
,00	34,3104	11254	67,0575	386129,00
1,00	40,0728	2074	75,8240	83111,00
2,00	38,5568	2482	74,1953	95698,00
3,00	43,1733	1212	78,6752	52326,00
4,00	47,3342	371	85,6179	17561,00
5,00	48,6056	142	92,1772	6902,00
6,00	38,3125	32	72,4290	1226,00
7,00	33,2941	17	37,5945	566,00
Total	36,5968	17584	70,7361	643519,00

# **ANEXO**

## **Tablas de contingencia procesos**

TABLA DE CONTINGENCIA: CATEGORÍA POR UNIDAD

		UNIDAD											Total	
		Hosp	U C I	Urg	Ser Cen	Quir y Rean	Ger y Direc	Cons Ext	Host	Mant	Ser Med	Ser Quir		Gest y Adm
Facultativos	Frec	41	27	301	151	87	393	1190		1	181	159	24	2555
	% Cat.	1,6%	1,1%	11,8%	5,9%	3,4%	15,4%	46,6%		,0%	7,1%	6,2%	,9%	100,0%
	% Total	,2%	,1%	1,4%	,7%	,4%	1,8%	5,5%		,0%	,8%	,7%	,1%	11,9%
Enfermeras	Frec	1744	292	538	874	583	498	1247	23		89	23	11	5942
	% Cat.	29,4%	4,9%	9,4%	14,7%	9,8%	8,4%	21,0%	4%		1,5%	,4%	,2%	100,0%
	% Total	8,1%	1,4%	2,6%	4,1%	2,7%	2,3%	5,8%	,1%		,4%	,1%	,1%	27,6%
Resto Dipl/Lic	Frec	25		11	72	2	28	103	26	37	25	19	7	355
	% Cat.	7,0%		3,1%	20,3%	,6%	7,9%	29,0%	7,3%	10,4%	7,0%	5,4%	2,0%	100,0%
	% Total	,1%		,1%	,3%	,0%	,1%	,5%	,1%	,2%	,1%	,1%	,0%	1,6%
Téc Esp	Frec		7		559	6	25	95	6		9		13	720
	% Cat.		1,0%		77,6%	,8%	3,5%	13,2%	,8%		1,3%		1,8%	100,0%
	% Total		,0%		2,6%	,0%	,1%	,4%	,0%		,0%		,1%	3,3%
Aux Enf	Frec	2610	246	452	1208	389	203	649	41		165	126	35	6124
	% Cat.	42,6%	4,0%	7,4%	19,7%	6,4%	3,3%	10,6%	,7%		2,7%	2,1%	,6%	100,0%
	% Total	12,1%	1,1%	2,1%	5,6%	1,8%	,9%	3,0%	,2%		,8%	,6%	,2%	28,5%
P Apoy y Sub	Frec	165	31	330	459	82	147	500	73	12	33	14	634	2180
	% Cat.	7,6%	1,4%	15,1%	7,3%	3,8%	6,7%	22,9%	3,3%	,6%	1,5%	,6%	29,1%	100,0%
	% Total	,8%	,1%	1,5%	,7%	,4%	,7%	2,3%	,3%	,1%	,2%	,1%	2,9%	10,1%
P Adm	Frec	14	3	80	208	7	169	519	20	65	53	44	616	1798
	% Cat.	,8%	,2%	4,4%	11,6%	,4%	9,4%	28,9%	1,1%	3,6%	2,9%	2,4%	34,3%	100,0%
	% Total	,1%	,0%	,4%	1,0%	,0%	,8%	2,4%	,1%	,3%	,2%	,2%	2,9%	8,3%
P Host	Frec	15					7	12	1385					149
	% Cat.	1,1%					,5%	,8%	97,6%					100,0%
	% Total	,1%					,0%	,1%	6,4%					6,6%
P Man	Frec			1			4	10		426				441
	% Cat.			,2%			,9%	2,3%		96,6%				100,0%
	% Total			,0%			,0%	,0%		2,0%				2,0%
Total	Frec	4614	606	1733	3231	1156	1474	4325	1574	541	555	385	1340	21534
	% Cat.	21,4%	2,8%	8,0%	15,0%	5,4%	6,8%	20,1%	7,3%	2,5%	2,6%	1,8%	6,2%	100,0%
	% Total	21,4%	2,8%	8,0%	15,0%	5,4%	6,8%	20,1%	7,3%	2,5%	2,6%	1,8%	6,2%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47762,622 <sup>a</sup>	88	,000
Razón de verosimilitud	23860,760	88	,000
Asociación lineal por lineal	1501,161	1	,000
N de casos válidos	21534		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,35.

TABLA DE CONTINGENCIA: CATEGORÍA POR ANTIGÜEDAD

		ANTIGÜEDAD						Total
		< 3 años	3-6 años	6-10 años	10-20 años	20-30 años	>30 años	
Facultativos	Frec	268	884	1110	198	77		2537
	% Cat	10,6%	34,8%	43,8%	7,8%	3,0%		100,0%
	%Total	1,2%	4,1%	5,2%	,9%	4%		11,8%
Enfermeros/as	Frec	902	1560	1430	1481	528	35	5936
	% Cat	15,2%	26,3%	24,1%	24,9%	8,9%	,6%	100,0%
	%Total	4,2%	7,3%	6,7%	6,9%	2,5%	,2%	27,7%
Resto Diplomados/Licenciados	Frec	35	56	100	91	60	7	349
	% Cat	10,0%	16,0%	28,7%	26,1%	17,2%	2,0%	100,0%
	%Total	,2%	,3%	,5%	,4%	,3%	,0%	1,6%
Técnicos Especialistas	Frec	104	292	255	49	29		729
	% Cat	14,3%	40,1%	35,0%	6,7%	4,0%		100,0%
	%Total	,5%	1,4%	1,2%	,2%	1%		3,4%
Auxiliares de Enfermería	Frec	456	938	1109	1690	1827	127	6147
	% Cat	7,4%	15,3%	18,0%	27,5%	29,7%	2,1%	100,0%
	%Total	2,1%	4,4%	5,2%	7,9%	8,5%	,6%	28,6%
Personal de Apoyo y Subalterno	Frec	282	542	459	600	204	41	2128
	% Cat	13,3%	25,5%	21,6%	28,2%	9,6%	1,9%	100,0%
	%Total	1,3%	2,5%	2,1%	2,8%	1,0%	,2%	9,9%
Personal Administrativo	Frec	228	614	490	261	176	10	1779
	% Cat	12,8%	34,5%	27,5%	14,7%	9,9%	,6%	100,0%
	%Total	1,1%	2,9%	2,3%	1,2%	,8%	,0%	8,3%
Personal Hostelería	Frec	105	265	197	436	388	28	1419
	% Cat	7,4%	18,7%	13,9%	30,7%	27,3%	2,0%	100,0%
	%Total	,5%	1,2%	,9%	2,0%	1,8%	,1%	6,6%
Personal Mantenimiento	Frec	39	101	89	132	70	10	441
	% Cat	8,8%	22,9%	20,2%	29,9%	15,9%	2,3%	100,0%
	%Total	,2%	,5%	,4%	,6%	,3%	,0%	2,1%
Total	Frec	2419	5252	5239	4938	3359	258	21465
	% Cat	11,3%	24,5%	24,4%	23,0%	15,6%	1,2%	100,0%
	%Total	11,3%	24,5%	24,4%	23,0%	15,6%	1,2%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3457,634 <sup>a</sup>	40	,000
Razón de verosimilitud	3579,041	40	,000
Asociación lineal por lineal	624,598	1	,000
N de casos válidos	21465		

a. 1 casilla (1,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,19.

TABLA DE CONTINGENCIA: CATEGORÍA POR EDAD AGRUPADA EN INTERVALOS

		EDAD							Total
		< 30 años	30-35 años	35-40 años	40-45 años	45-50 años	50-60 años	>60 años	
Facultativos	Frec	108	263	564	680	370	350	220	2555
	%Cat	4,2%	10,3%	22,1%	26,6%	14,5%	13,7%	8,6%	100,0%
	% Total	,5%	1,2%	2,6%	3,1%	1,7%	1,6%	1,0%	11,8%
Enfermeros/as	Frec	1062	1063	1054	1094	782	623	273	5951
	%Cat	17,8%	17,9%	17,7%	18,4%	13,1%	10,5%	4,6%	100,0%
	% Total	4,9%	4,9%	4,9%	5,1%	3,6%	2,9%	1,3%	27,6%
Resto Diplomados/Licenciados	Frec	26	67	53	60	66	70	13	355
	%Cat	7,3%	18,9%	14,9%	16,9%	18,6%	19,7%	3,7%	100,0%
	% Total	,1%	,3%	,2%	,3%	,3%	,3%	,1%	1,6%
Técnicos Especialistas	Frec	240	161	118	97	39	43	31	729
	%Cat	32,9%	22,1%	16,2%	13,3%	5,3%	5,9%	4,3%	100,0%
	% Total	1,1%	,7%	,5%	,4%	,2%	,2%	,1%	3,4%
Auxiliares de Enfermería	Frec	657	989	1177	1240	932	868	286	6149
	%Cat	10,7%	16,1%	19,1%	20,2%	15,2%	14,1%	4,7%	100,0%
	% Total	3,0%	4,6%	5,5%	5,7%	4,3%	4,0%	1,3%	28,5%
Personal de Apoyo y Subalterno	Frec	351	492	439	275	234	284	118	2193
	%Cat	16,0%	22,4%	20,0%	12,5%	10,7%	13,0%	5,4%	100,0%
	% Total	1,6%	2,3%	2,0%	1,3%	1,1%	1,3%	,5%	10,2%
Personal Administrativo	Frec	431	460	294	198	154	196	69	1802
	%Cat	23,9%	25,5%	16,3%	11,0%	8,5%	10,9%	3,8%	100,0%
	% Total	2,0%	2,1%	1,4%	,9%	,7%	,9%	,3%	8,3%
Personal Hostelería	Frec	157	216	216	178	199	347	108	1421
	%Cat	11,0%	15,2%	15,2%	12,5%	14,0%	24,4%	7,6%	100,0%
	% Total	,7%	1,0%	1,0%	,8%	,9%	1,6%	,5%	6,6%
Personal Mantenimiento	Frec	64	97	40	63	94	66	17	441
	%Cat	14,5%	22,0%	9,1%	14,3%	21,3%	15,0%	3,9%	100,0%
	% Total	,3%	,4%	,2%	,3%	,4%	,3%	,1%	2,0%
Total	Frec	3096	3808	3955	3885	2870	2847	1135	21596
	%Cat	14,3%	17,6%	18,3%	18,0%	13,3%	13,2%	5,3%	100,0%
	% Total	14,3%	17,6%	18,3%	18,0%	13,3%	13,2%	5,3%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1550,846 <sup>a</sup>	48	,000
Razón de verosimilitud	1551,996	48	,000
Asociación lineal por lineal	13,042	1	,000
N de casos válidos	21596		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 18,66.

**TABLA DE CONTINGENCIA: CATEGORÍA POR LA DURACIÓN EN DÍAS DE  
LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL**

		DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL							Total
		<3 días	3-10 días	10-30 días	30-60 días	60-180 días	180-365 días	>365 días	
Facultativos	Frec	527	964	659	189	150	31	13	2533
	%Cat	20,8%	38,1%	26,0%	7,5%	5,9%	1,2%	,5%	100,0%
	%Total	2,5%	4,5%	3,1%	,9%	,7%	,1%	,1%	11,8%
Enfermeros/as	Frec	957	2060	1544	600	573	147	37	5918
	%Cat	16,2%	34,8%	26,1%	10,1%	9,7%	2,5%	,6%	100,0%
	%Total	4,5%	9,6%	7,2%	2,8%	2,7%	,7%	,2%	27,5%
Resto Diplomados/Licenciados	Frec	49	149	92	26	30	4	4	354
	%Cat	13,8%	42,1%	26,0%	7,3%	8,5%	1,1%	1,1%	100,0%
	%Total	,2%	,7%	,4%	,1%	,1%	,0%	,0%	1,6%
Técnicos Especialistas	Frec	112	266	193	85	51	19	2	728
	%Cat	15,4%	36,5%	26,5%	11,7%	7,0%	2,6%	,3%	100,0%
	%Total	,5%	,9%	,9%	,4%	,2%	,1%	,0%	3,4%
Auxiliares de Enfermería	Frec	706	1805	1789	740	774	218	96	6128
	%Cat	11,5%	29,5%	29,2%	12,1%	12,6%	3,6%	1,6%	100,0%
	%Total	3,3%	8,4%	8,3%	3,4%	3,6%	1,0%	,4%	28,5%
Personal de Apoyo y Subalterno	Frec	299	697	659	251	209	47	23	2185
	%Cat	13,7%	31,9%	30,2%	11,5%	9,6%	2,2%	1,1%	100,0%
	%Total	1,4%	3,2%	3,1%	1,2%	1,0%	,2%	,1%	10,2%
Personal Administrativo	Frec	283	654	475	156	170	35	12	1785
	%Cat	15,9%	36,6%	26,6%	8,7%	9,5%	2,0%	,7%	100,0%
	%Total	1,3%	3,0%	2,2%	,7%	,8%	,2%	,1%	8,3%
Personal Hostelería	Frec	127	417	381	183	203	79	25	1415
	%Cat	9,0%	29,5%	26,9%	12,9%	14,3%	5,6%	1,8%	100,0%
	%Total	,6%	1,9%	1,8%	,9%	,9%	,4%	,1%	6,6%
Personal Mantenimiento	Frec	37	147	123	53	51	19	7	437
	%Cat	8,5%	33,6%	28,1%	12,1%	11,7%	4,3%	1,6%	100,0%
	%Total	,2%	,7%	,6%	,2%	,2%	,1%	,0%	2,0%
Total	Frec	3097	7159	5915	2283	2211	599	219	21483
	%Cat	14,4%	33,3%	27,5%	10,6%	10,3%	2,8%	1,0%	100,0%
	%Total	14,4%	33,3%	27,5%	10,6%	10,3%	2,8%	1,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	569,465 <sup>a</sup>	48	,000
Razón de verosimilitud	574,219	48	,000
Asociación lineal por lineal	245,850	1	,000
N de casos válidos	21483		

a. 2 casillas (3,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,61.

TABLA DE CONTINGENCIA: DIAGNÓSTICO POR CATEGORÍA

		CATEGORÍA									Total
		Facult.	Enferm.	Resto Dip/Lic.	Téc. Espec.	Aux. Enferm.	Pers. Apo/Sub.	Pers. Admon.	Per. Hostel.	Pers. Mant.	
Enf. Infecciosas y Parasitarias	Fre	47	110	3	11	90	32	40	16	5	354
	% Diag.	13,3%	31,1%	,8%	3,1%	25,4%	9,0%	11,3%	4,5%	1,4%	100,0%
	% Total	,2%	,5%	,0%	,1%	,4%	,1%	,2%	,1%	,0%	1,6%
Neoplasias	Fre	11	27	1	3	15	7	5	3		72
	% Diag.	15,3%	37,5%	1,4%	4,2%	20,8%	9,7%	6,9%	4,2%		100,0%
	% Total	,1%	,1%	,0%	,0%	,1%	,0%	,0%	,0%		,3%
Enf. Endocrinas, Nutrición, Metabólicas y Tras. Inmunitarios	Fre	16	37	6	4	48	11	11	7		140
	% Diag.	11,4%	26,4%	4,3%	2,9%	34,3%	7,9%	7,9%	5,0%		100,0%
	% Total	,1%	,2%	,0%	,0%	,2%	,1%	,1%	,0%		,6%
Trastornos Mentales	Fre	95	299	6	43	361	114	122	66	17	1123
	% Diag.	8,5%	26,6%	,5%	3,8%	32,1%	10,2%	10,9%	5,9%	1,5%	100,0%
	% Total	,4%	1,4%	,0%	,2%	1,7%	,5%	,6%	,3%	,1%	5,2%
Enf. del Sistema Nervioso y organos sensoriales	Fre	88	175	3	23	241	59	62	29	13	693
	% Diag.	12,7%	25,3%	,4%	3,3%	34,8%	8,5%	8,9%	4,2%	1,9%	100,0%
	% Total	,4%	,8%	,0%	,1%	1,1%	,3%	,3%	,1%	,1%	3,2%
Enf. del Sistema Circulatorio	Fre	89	109	14	10	136	56	40	27	9	490
	% Diag.	18,2%	22,2%	2,9%	2,0%	27,8%	11,4%	8,2%	5,5%	1,8%	100,0%
	% Total	,4%	,5%	,1%	,0%	,6%	,3%	,2%	,1%	,0%	2,3%
Enf. del Aparato Respiratorio	Fre	638	1426	97	184	1361	499	453	300	102	5060
	% Diag.	12,6%	28,2%	1,9%	3,6%	26,9%	9,9%	9,0%	5,9%	2,0%	100,0%
	% Total	3,0%	6,6%	,4%	,9%	6,3%	2,3%	2,1%	1,4%	,5%	23,5%
Enf. del Aparato Digestivo	Fre	251	478	38	50	424	189	164	87	30	1711
	% Diag.	14,7%	27,9%	2,2%	2,9%	24,8%	11,0%	9,6%	5,1%	1,8%	100,0%
	% Total	1,2%	2,2%	,2%	,2%	2,0%	,9%	,8%	,4%	,1%	7,9%
Enf. del Aparato Genitourinario	Fre	110	207	5	7	178	56	44	32	13	652
	% Diag.	16,9%	31,7%	,8%	1,1%	27,3%	8,6%	6,7%	4,9%	2,0%	100,0%
	% Total	,5%	1,0%	,0%	,0%	,8%	,3%	,2%	,1%	,1%	3,0%
Enf. de la Gestación, Parto y Puerperio	Fre	85	203	9	44	142	16	67	13		579
	% Diag.	14,7%	35,1%	1,6%	7,6%	24,5%	2,8%	11,6%	2,2%		100,0%
	% Total	,4%	,9%	,0%	,2%	,7%	,1%	,3%	,1%		2,7%
Enf. de la piel	Fre	16	57	3	5	57	21	19	19	10	207
	% Diag.	7,7%	27,5%	1,4%	2,4%	27,5%	10,1%	9,2%	9,2%	4,8%	100,0%
	% Total	,1%	,3%	,0%	,0%	,3%	,1%	,1%	,1%	,0%	1,0%
Enf. del Sist. Osteo-Mioarticular y tejido conectivo	Fre	297	911	36	85	1088	389	220	324	92	3442
	% Diag.	8,6%	26,5%	1,0%	2,5%	31,6%	11,3%	6,4%	9,4%	2,7%	100,0%
	% Total	1,4%	4,2%	,2%	,4%	5,0%	1,8%	1,0%	1,5%	,4%	16,0%
Síntomas, Signos y estados mal definidos	Fre	48	143	9	12	112	38	34	24	6	426
	% Diag.	11,3%	33,6%	2,1%	2,8%	26,3%	8,9%	8,0%	5,6%	1,4%	100,0%
	% Total	,2%	,7%	,0%	,1%	,5%	,2%	,2%	,1%	,0%	2,0%
Lesiones y envenenamientos	Fre	163	531	31	89	661	279	139	183	78	2154
	% Diag.	7,6%	24,7%	1,4%	4,1%	30,7%	13,0%	6,5%	8,5%	3,6%	100,0%
	% Total	,8%	2,5%	,1%	,4%	3,1%	1,3%	,6%	,8%	,4%	10,0%
Listado complementario relacionado con la IT	Fre	599	1232	94	158	1228	423	376	290	66	4466
	% Diag.	13,4%	27,6%	2,1%	3,5%	27,5%	9,5%	8,4%	6,5%	1,5%	100,0%
	% Total	2,8%	5,7%	,4%	,7%	5,7%	2,0%	1,7%	1,3%	,3%	20,7%
Total	Fre	2553	5945	355	728	6142	2189	1796	1420	441	21569
	% Diag.	11,8%	27,6%	1,6%	3,4%	28,5%	10,1%	8,3%	6,6%	2,0%	100,0%
	% Total	11,8%	27,6%	1,6%	3,4%	28,5%	10,1%	8,3%	6,6%	2,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint.
Chi-cuadrado de Pearson	619,842 <sup>a</sup>	112	,000
Razón de verosimilitud	646,211	112	,000
Asociación lineal por lineal	10,647	1	,001
N de casos válidos	21569		

a. 9 casillas (6,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,19.

TABLA DE CONTINGENCIA: DIAGNÓSTICO POR UNIDAD

		UNIDAD											Total	
		Hospit.	U C I	Urgen	Serv. Centr.	Quiro. Rea	Gerenc. Direc.	Cons. Exter.	Hostel	Manten.	Serv. Medic	Ser Quir.		Gest. Admo
Enf. Infecciosas y Parasitarias	Fre	90	12	20	52	19	32	63	18	6	7	7	27	353
	%Diag	25,5%	3,4%	5,7%	14,7%	5,4%	9,1%	17,8%	5,1%	1,7%	2,0%	2,0%	7,6%	100,0%
	%Total	,4%	,1%	,1%	,2%	,1%	,1%	,3%	,1%	,0%	,0%	,0%	,1%	1,6%
Neoplasias	Fre	11	1	9	5	3	5	15	6		6	2	9	72
	%Diag	15,3%	1,4%	12,5%	6,9%	4,2%	6,9%	20,8%	8,3%		8,3%	2,8%	12,5%	100,0%
	%Total	,1%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,1%	,0%		,0%	,0%	,0%	,3%
Enf. Endocrinas, Nutrición, Metabólicas y Tras. Inmunitarios	Fre	36		16	12	9	7	35	9		6	3	6	139
	%Diag	25,9%		11,5%	8,6%	6,5%	5,0%	25,2%	6,3%		4,3%	2,2%	4,3%	100,0%
	%Total	,2%		,1%	,1%	,0%	,0%	,2%	,0%		,0%	,0%	,0%	,6%
Trastornos Mentales	Fre	224	30	73	189	68	83	229	77	19	22	26	81	1121
	%Diag	20,0%	2,7%	6,5%	16,9%	6,1%	7,4%	20,4%	6,9%	1,7%	2,0%	2,3%	7,2%	100,0%
	%Total	1,0%	,1%	,3%	,9%	,3%	,4%	1,1%	,4%	,1%	,1%	,1%	,4%	5,2%
Enfermedades del Sistema Nervioso y organos sensoriales	Fre	165	15	52	98	36	56	148	32	14	19	15	42	692
	%Diag	23,8%	2,2%	7,3%	14,2%	5,2%	8,1%	21,4%	4,6%	2,0%	2,7%	2,2%	6,1%	100,0%
	%Total	,8%	,1%	,2%	,5%	,2%	,3%	,7%	,1%	,1%	,1%	,1%	,2%	3,2%
Enfermedades del Sistema Circulatorio	Fre	90	8	43	69	16	37	104	31	15	31	13	33	490
	%Diag	18,4%	1,6%	8,8%	14,1%	3,3%	7,6%	21,2%	6,3%	3,1%	6,3%	2,7%	6,7%	100,0%
	%Total	,4%	,0%	,2%	,3%	,1%	,2%	,5%	,1%	,1%	,1%	,1%	,2%	2,3%
Enfermedades del Aparato Respiratorio	Fre	1074	159	425	803	270	313	1036	338	133	117	80	295	5033
	%Diag	21,3%	3,2%	8,4%	15,9%	5,4%	6,2%	20,5%	6,7%	2,6%	2,3%	1,6%	5,8%	100,0%
	%Total	5,0%	,7%	2,0%	3,7%	1,3%	1,5%	4,8%	1,6%	,6%	,5%	,4%	1,4%	23,5%
Enfermedades del Aparato Digestivo	Fre	291	53	153	246	83	123	428	97	33	45	30	123	1705
	%Diag	17,1%	3,1%	9,0%	14,4%	4,9%	7,2%	25,1%	5,7%	1,9%	2,6%	1,8%	7,2%	100,0%
	%Total	1,4%	,2%	,7%	1,1%	,4%	,6%	2,0%	,5%	,2%	,2%	,1%	,6%	7,9%
Enfermedades del Aparato Genitourinario	Fre	131	21	57	99	34	73	120	31	14	20	20	30	650
	%Diag	20,2%	3,2%	8,8%	15,2%	5,2%	11,2%	18,5%	4,8%	2,2%	3,1%	3,1%	4,6%	100,0%
	%Total	,6%	,1%	,3%	,5%	,2%	,3%	,6%	,1%	,1%	,1%	,1%	,1%	3,0%
Enfermedades de la Gestación, Parto y Puerperio	Fre	147	22	26	107	30	46	118	18	2	11	17	33	577
	%Diag	25,5%	3,8%	4,5%	18,5%	5,2%	8,0%	20,5%	3,1%	,3%	1,9%	2,9%	5,7%	100,0%
	%Total	,7%	,1%	,1%	,5%	,1%	,2%	,5%	,1%	,0%	,1%	,1%	,2%	2,7%
Enfermedades de la piel	Fre	35	5	16	28	8	12	54	21	12	4	1	11	207
	%Diag	16,9%	2,4%	7,7%	13,5%	3,9%	5,8%	26,1%	10,1%	5,8%	1,9%	,5%	5,3%	100,0%
	%Total	,2%	,0%	,1%	,1%	,0%	,1%	,3%	,1%	,1%	,0%	,0%	,1%	1,0%
Enf. del Sist. Osteo-Miarticul y tejido conectivo	Fre	731	77	289	501	196	226	601	344	109	85	55	217	3451
	%Diag	21,3%	2,2%	8,4%	14,6%	5,7%	6,6%	17,5%	10,0%	3,2%	2,5%	1,6%	6,3%	100,0%
	%Total	3,4%	,4%	1,3%	2,3%	,9%	1,1%	2,8%	1,6%	,5%	,4%	,3%	1,0%	16,5%
Síntomas, Signos y estados mal definidos	Fre	89	13	39	78	33	32	63	27	9	13	7	22	425
	%Diag	20,9%	3,1%	9,2%	18,4%	7,8%	7,5%	14,8%	6,4%	2,1%	3,1%	1,6%	5,2%	100,0%
	%Total	,4%	,1%	,2%	,4%	,2%	,1%	,3%	,1%	,0%	,1%	,0%	,1%	2,0%
Lesiones y envenenamientos	Fre	547	70	156	324	119	107	278	203	95	56	39	148	2142
	%Diag	25,5%	3,3%	7,3%	15,1%	5,6%	5,0%	13,0%	9,5%	4,4%	2,6%	1,8%	6,9%	100,0%
	%Total	2,5%	,3%	,7%	1,5%	,6%	,5%	1,3%	,9%	,4%	,3%	,2%	,7%	10,0%
Listado complementario relacionado con la I.T.	Fre	948	119	354	616	230	318	1032	321	79	112	70	259	4458
	%Diag	21,3%	2,7%	7,9%	13,8%	5,2%	7,1%	23,1%	7,2%	1,8%	2,5%	1,6%	5,8%	100,0%
	%Total	4,4%	,6%	1,6%	2,9%	1,1%	1,5%	4,8%	1,5%	,4%	,5%	,3%	1,2%	20,7%
Total	Fre	4609	605	1728	3227	1154	1470	4324	1573	540	554	385	1336	21505
	%Diag	21,4%	2,8%	8,0%	15,0%	5,4%	6,8%	20,1%	7,3%	2,5%	2,6%	1,8%	6,2%	100,0%
	%Total	21,4%	2,8%	8,0%	15,0%	5,4%	6,8%	20,1%	7,3%	2,5%	2,6%	1,8%	6,2%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	549,767 <sup>a</sup>	154	,000
Razón de verosimilitud	553,493	154	,000
Asociación lineal por lineal	,764	1	,382
N de casos válidos	21505		

a. 12 casillas (6,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,29.



TABLA DE CONTINGENCIA: DIAGNÓSTICO POR DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

		DÍAS DE INCAPACIDAD TEMPORAL							Total
		< 3 días	3-10 días	10-30 días	30-60 días	60-180 días	180- 365 días	> 365 días	
Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	Fre	34	133	115	39	23	8	2	354
	% Diag	9,6%	37,6%	32,5%	11,0%	6,5%	2,3%	,6%	100,0%
	%Total	,2%	,6%	,5%	,2%	,1%	,0%	,0%	1,7%
Neoplasias	Fre	2	16	24	7	6	12	4	71
	% Diag	2,8%	22,5%	33,8%	9,9%	8,5%	16,9%	5,6%	100,0%
	%Total	,0%	,1%	,1%	,0%	,0%	,1%	,0%	,3%
Enf. Endocrinas, Nutrición, Metabólicas y Tras. Inmunitarios	Fre	6	16	36	32	33	13	3	139
	% Diag	4,3%	11,5%	25,9%	23,0%	23,7%	9,4%	2,2%	100,0%
	%Total	,0%	,1%	,2%	,1%	,2%	,1%	,0%	,6%
Trastornos Mentales	Fre	25	105	287	241	286	120	51	1115
	% Diag	2,2%	9,4%	25,7%	21,6%	25,7%	10,8%	4,6%	100,0%
	%Total	,1%	,5%	1,3%	1,1%	1,3%	,6%	,2%	5,2%
Enfermedades del Sistema Nervioso y organos sensoriales	Fre	135	224	190	51	66	15	10	691
	% Diag	19,5%	32,4%	27,5%	7,4%	9,6%	2,2%	1,4%	100,0%
	%Total	,6%	1,0%	,9%	,2%	,3%	,1%	,0%	3,2%
Enfermedades del Sistema Circulatorio	Fre	48	108	164	67	65	25	11	488
	% Diag	9,8%	22,1%	33,6%	13,7%	13,3%	5,1%	2,3%	100,0%
	%Total	,2%	,5%	,8%	,3%	,3%	,1%	,1%	2,3%
Enfermedades del Aparato Respiratorio	Fre	909	2764	1115	141	95	28	5	5057
	% Diag	18,0%	54,7%	22,0%	2,8%	1,9%	,6%	,1%	100,0%
	%Total	4,2%	12,9%	5,2%	,7%	,4%	,1%	,0%	23,6%
Enfermedades del Aparato Digestivo	Fre	472	708	331	100	78	14	6	1709
	% Diag	27,6%	41,4%	19,4%	5,9%	4,6%	,8%	,4%	100,0%
	%Total	2,2%	3,3%	1,5%	,5%	,4%	,1%	,0%	8,0%
Enfermedades del Aparato Genitourinario	Fre	137	213	170	68	49	13	2	652
	% Diag	21,0%	32,7%	26,1%	10,4%	7,5%	2,0%	,3%	100,0%
	%Total	,6%	1,0%	,8%	,3%	,2%	,1%	,0%	3,0%
Enfermedades de la Gestación, Parto y Puerperio	Fre	32	84	178	104	145	35		578
	% Diag	5,5%	14,5%	30,8%	18,0%	25,1%	6,1%		100,0%
	%Total	,1%	,4%	,8%	,5%	,7%	,2%		2,7%
Enfermedades de la piel	Fre	26	51	81	23	17	8	1	207
	% Diag	12,6%	24,6%	39,1%	11,1%	8,2%	3,9%	,5%	100,0%
	%Total	,1%	,2%	,4%	,1%	,1%	,0%	,0%	1,0%
Enf. del Sist. Osteo-Miarticlar y tejido conectivo	Fre	209	785	1130	541	548	151	65	3429
	% Diag	6,1%	22,9%	33,0%	15,8%	16,0%	4,4%	1,9%	100,0%
	%Total	1,0%	3,7%	5,3%	2,5%	2,6%	,7%	,3%	16,0%
Síntomas, Signos y estados mal definidos	Fre	82	181	95	27	26	13	2	426
	% Diag	19,2%	42,5%	22,3%	6,3%	6,1%	3,1%	,5%	100,0%
	%Total	,4%	,8%	,4%	,1%	,1%	,1%	,0%	2,0%
Lesiones y envenenamientos	Fre	113	499	787	374	299	62	17	2151
	% Diag	5,3%	23,2%	36,6%	17,4%	13,9%	2,9%	,8%	100,0%
	%Total	,5%	2,3%	3,7%	1,7%	1,4%	,3%	,1%	10,0%
Listado complementario relacionado con la IT	Fre	859	1262	1206	464	474	82	40	4387
	% Diag	19,6%	28,8%	27,5%	10,6%	10,8%	1,9%	,9%	100,0%
	%Total	4,0%	5,9%	5,6%	2,2%	2,2%	,4%	,2%	20,4%
Total	Fre	3089	7149	5909	2279	2210	599	219	21454
	% Diag	14,4%	33,3%	27,5%	10,6%	10,3%	2,8%	1,0%	100,0%
	%Total	14,4%	33,3%	27,5%	10,6%	10,3%	2,8%	1,0%	100,0%

## Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4743,928 <sup>a</sup>	84	,000
Razón de verosimilitud	4847,475	84	,000
Asociación lineal por lineal	69,405	1	,000
N de casos válidos	21454		

a. 8 casillas (7,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,72.

TABLA DE CONTINGENCIA: DIAGNÓSTICO POR CATEGORÍA, POR DIRECCIÓN GERENCIA/GERENCIA<sup>a</sup>

		CATEGORÍA									Total
		Facult.	Enferm.	Resto Dip/Lic	Téc. Esp	Aux Enf.	P Apo/ Sub	Per. Adm.	Per. Hostel	Per. Mant.	
Enf. Infecciosas y Parasitarias	Fre-	8	51	1	4	53	9	19	9		154
	%Diag.	5,2%	33,1%	,6%	2,6%	34%	5,8%	12,3%	5,8%		100,0%
	%Total	,1%	,5%	,0%	,0%	,6%	,1%	,2%	,1%		1,6%
Neoplasias	Fre	4	7		2	7	3	2	2		27
	%Diag.	14,8%	25,9%		7,4%	26%	11,1%	7,4%	7,4%		100,0%
	%Total	,0%	,1%		,0%	,1%	,0%	,0%	,0%		,3%
Enf. Endocrinas, Nutrición, Metabólicas y Tras. Inmunitarios	Fre	3	15	5	1	30	4	5	7		70
	%Diag.	4,3%	21,4%	7,1%	1,4%	43%	5,7%	7,1%	10,0%		100,0%
	%Total	,0%	,2%	,1%	,0%	,3%	,0%	,1%	,1%		,7%
Trastornos Mentales	Fre	22	148	3	21	222	43	50	33	9	551
	%Diag.	4,0%	26,9%	,5%	3,8%	40%	7,8%	9,1%	6,0%	1,6%	100,0%
	%Total	,2%	1,6%	,0%	,2%	2,3%	,5%	,5%	,3%	,1%	5,8%
Enf. del Sistema Nervioso y órganos sensoriales	Fre	13	66	1	7	113	13	27	11	6	257
	%Diag.	5,1%	25,7%	,4%	2,7%	44%	5,1%	10,5%	4,3%	2,3%	100,0%
	%Total	,1%	,7%	,0%	,1%	1,2%	,1%	,3%	,1%	,1%	2,7%
Enfermedades del Sistema Circulatorio	Fre	18	47	9	4	97	23	16	16	6	236
	%Diag.	7,6%	19,9%	3,8%	1,7%	41%	9,7%	6,8%	6,8%	2,5%	100,0%
	%Total	,2%	,5%	,1%	,0%	1,0%	,2%	,2%	,2%	,1%	2,5%
Enf. del Aparato Respiratorio	Fre	96	621	53	68	773	143	136	174	52	2116
	%Diag.	4,5%	29,3%	2,5%	3,2%	37%	6,8%	6,4%	8,2%	2,5%	100,0%
	%Total	1,0%	6,5%	,6%	,7%	8,1%	1,5%	1,4%	1,8%	,5%	22,3%
Enf. del Aparato Digestivo	Fre	38	189	15	20	240	50	60	47	18	677
	%Diag.	5,6%	27,9%	2,2%	3,0%	35%	7,4%	8,9%	6,9%	2,7%	100,0%
	%Total	,4%	2,0%	,2%	,2%	2,5%	,5%	,6%	,5%	,2%	7,1%
Enf. del Aparato Genitourinario	Fre	23	69	4	1	81	9	10	16	8	221
	%Diag.	10,4%	31,2%	1,8%	,5%	37%	4,1%	4,5%	7,2%	3,6%	100,0%
	%Total	,2%	,7%	,0%	,0%	,9%	,1%	,1%	,2%	,1%	2,3%
Enf. de la Gestación, Parto y Puerperio	Fre	21	100	4	17	70	7	17	6		242
	%Diag.	8,7%	41,3%	1,7%	7,0%	29%	2,9%	7,0%	2,5%		100,0%
	%Total	,2%	1,1%	,0%	,2%	,7%	,1%	,2%	,1%		2,6%
Enf. de la piel	Fre	2	30		2	35	7	2	13	8	99
	%Diag.	2,0%	30,3%		2,0%	35%	7,1%	2,0%	13,1%	8,1%	100,0%
	%Total	,0%	,3%		,0%	,4%	,1%	,0%	,1%	,1%	1,0%
Enf. del Sist. Osteo-Miarticular y tejido conectivo	Fre	70	397	25	46	603	142	70	190	58	1601
	%Diag.	4,4%	24,8%	1,6%	2,9%	38%	8,9%	4,4%	11,9%	3,6%	100,0%
	%Total	,7%	4,2%	,3%	,5%	6,4%	1,5%	,7%	2,0%	,6%	16,9%
Síntomas, Signos y estados mal definidos	Fre	9	61	7	4	68	15	10	16	5	195
	%Diag.	4,6%	31,3%	3,6%	2,1%	35%	7,7%	5,1%	8,2%	2,6%	100,0%
	%Total	,1%	,6%	,1%	,0%	,7%	,2%	,1%	,2%	,1%	2,1%
Lesiones y envenenamientos	Fre	50	300	16	34	413	98	59	109	52	1131
	%Diag.	4,4%	26,5%	1,4%	3,0%	37%	8,7%	5,2%	9,6%	4,6%	100,0%
	%Total	,5%	3,2%	,2%	,4%	4,4%	1,0%	,6%	1,1%	,5%	11,9%
Listado complementario relacionado con la IT	Fre	109	485	36	50	726	162	108	190	46	1912
	%Diag.	5,7%	25,4%	1,9%	2,6%	38%	8,5%	5,6%	9,9%	2,4%	100,0%
	%Total	1,1%	5,1%	,4%	,5%	7,7%	1,7%	1,1%	2,0%	,5%	20,1%
Total	Fre	486	2586	179	281	3531	728	591	839	268	9489
	%Diag.	5,1%	27,3%	1,9%	3,0%	37%	7,7%	6,2%	8,8%	2,8%	100,0%
	%Total	5,1%	27,3%	1,9%	3,0%	37%	7,7%	6,2%	8,8%	2,8%	100,0%

a. Dirección Gerencia Hospitales Materno-Infantil/Insular.

 Pruebas de chi-cuadrado<sup>b</sup>

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	318,597 <sup>a</sup>	112	,000
Razón de verosimilitud	324,886	112	,000
Asociación lineal por lineal	11,767	1	,001
N de casos válidos	9489		

a. 23 casillas (17,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,51.

b. Dirección Gerencia Hospitales Materno-Infantil/Insular.

TABLA DE CONTINGENCIA: DIAGNÓSTICO POR CATEGORÍA, POR DIRECCIÓN GERENCIA/GERENCIA<sup>a</sup>

		CATEGORÍA										Total
		Facult.	Enferm.	Resto Dip/Lic	Téc. Esp.	Aux. Enf.	Per. Apo/Sub	Per. Adm.	Per. Host.	Per. Mant.		
Enf. Infecciosas y Parasitarias	Fre	12	43		5	33	21	13	7	4	138	
	%Diag	8,7%	31,2%		3,6%	24%	15,2%	9,4%	5,1%	2,9%	100,0%	
	%Total	,2%	,6%		,1%	,4%	,3%	,2%	,1%	,1%	1,8%	
Neoplasias	Fre	3	11	1	1	7	3	1	1	28		
	%Diag	10,7%	39,3%	3,6%	3,6%	25%	10,7%	3,6%	3,6%	100,0%		
	%Total	,0%	,1%	,0%	,0%	,1%	,0%	,0%	,0%	,4%		
Enf. Endocrinas, Nutrición, Metabólicas y Tras. Inmunitarios	Fre		9		3	15	3	1		31		
	%Diag		29,0%		9,7%	48%	9,7%	3,2%		100,0%		
	%Total		,1%		,0%	,2%	,0%	,0%		,4%		
Trastornos Mentales	Fre	21	77		20	127	48	40	32	8	373	
	%Diag	5,6%	20,6%		5,4%	34%	12,9%	10,7%	8,6%	2,1%	100,0%	
	%Total	,3%	1,0%		,3%	1,7%	,6%	,5%	,4%	,1%	4,9%	
Enf. del Sistema Nervioso y organos sensoriales	Fre	20	71	2	14	117	27	18	18	4	291	
	%Diag	6,9%	24,4%	,7%	4,8%	40%	9,3%	6,2%	6,2%	1,4%	100,0%	
	%Total	,3%	,9%	,0%	,2%	1,5%	,4%	,2%	,2%	,1%	3,8%	
Enf del Sistema Circulatorio	Fre	20	34	3	6	37	18	12	11	3	144	
	%Diag	13,9%	23,6%	2,1%	4,2%	26%	12,5%	8,3%	7,6%	2,1%	100,0%	
	%Total	,3%	,4%	,0%	,1%	,5%	,2%	,2%	,1%	,0%	1,9%	
Enfermedades del Aparato Respiratorio	Fre	106	503	16	107	535	219	168	126	50	1830	
	%Diag	5,8%	27,5%	,9%	5,8%	29%	12,0%	9,2%	6,6%	2,7%	100,0%	
	%Total	1,4%	6,6%	,2%	1,4%	7,1%	2,9%	2,2%	1,7%	,7%	24,1%	
Enf. del Aparato Digestivo	Fre	39	152	5	28	173	85	56	40	9	587	
	%Diag	6,6%	25,9%	,9%	4,8%	29%	14,5%	9,5%	6,8%	1,5%	100,0%	
	%Total	,5%	2,0%	,1%	,4%	2,3%	1,1%	,7%	,5%	,1%	7,7%	
Enf. del Aparato Genitourinario	Fre	13	86		5	91	35	19	16	4	269	
	%Diag	4,8%	32,0%		1,9%	34%	13,0%	7,1%	5,9%	1,5%	100,0%	
	%Total	,2%	1,1%		,1%	1,2%	,5%	,3%	,2%	,1%	3,5%	
Enf. de la Gestación, Parto y Puerperio	Fre	23	65	1	27	68	6	32	7		229	
	%Diag	10,0%	28,4%	,4%	12%	30%	2,6%	14,0%	3,1%		100,0%	
	%Total	,3%	,9%	,0%	,4%	,9%	,1%	,4%	,1%		3,0%	
Enf. de la piel	Fre	4	11	2	1	20	9	7	6	1	61	
	%Diag	6,6%	18,0%	3,3%	1,6%	33%	14,8%	11,5%	9,8%	1,6%	100,0%	
	%Total	,1%	,1%	,0%	,0%	,3%	,1%	,1%	,1%	,0%	,8%	
Enf. del Sist. Osteo-Mioarticular y tejido conectivo	Fre	54	281	5	33	455	156	90	131	33	1238	
	%Diag	4,4%	22,7%	,4%	2,7%	37%	12,6%	7,3%	10,6%	2,7%	100,0%	
	%Total	,7%	3,7%	,1%	,4%	6,0%	2,1%	1,2%	1,7%	,4%	16,3%	
Síntomas, Signos y estados mal definidos	Fre	17	55	1	8	43	14	18	8	1	165	
	%Diag	10,3%	33,3%	,6%	4,8%	26%	8,5%	10,9%	4,8%	,6%	100,0%	
	%Total	,2%	,7%	,0%	,1%	,6%	,2%	,2%	,1%	,0%	2,2%	
Lesiones y envenenamientos	Fre	37	156	8	51	235	135	59	74	26	781	
	%Diag	4,7%	20,0%	1,0%	6,5%	30%	17,3%	7,6%	9,5%	3,3%	100,0%	
	%Total	,5%	2,1%	,1%	,7%	3,1%	1,8%	,8%	1,0%	,3%	10,3%	
Listado complementario relacionado con la IT	Fre	73	395	23	96	462	136	119	99	19	1422	
	%Diag	5,1%	27,8%	1,6%	6,8%	32%	9,6%	8,4%	7,0%	1,3%	100,0%	
	%Total	1,0%	5,2%	,3%	1,3%	6,1%	1,8%	1,6%	1,3%	,3%	18,7%	
Total	Fre	442	1949	67	405	2418	915	653	576	162	7587	
	%Diag	5,8%	25,7%	,9%	5,3%	32%	12,1%	8,6%	7,6%	2,1%	100,0%	
	%Total	5,8%	25,7%	,9%	5,3%	32%	12,1%	8,6%	7,6%	2,1%	100,0%	

a. Dirección Gerencia Hospitales Ntra. Sra. del Pino/Sabinal.

Pruebas de chi-cuadrado<sup>b</sup>

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	325,379 <sup>a</sup>	112	,000
Razón de verosimilitud	340,010	112	,000
Asociación lineal por lineal	2,122	1	,145
N de casos válidos	7587		

a. 30 casillas (22,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

b. Dirección Gerencia Hospitales Ntra. Sra. del Pino/Sabinal.

TABLA DE CONTINGENCIA: DIAGNÓSTICO POR CATEGORÍA, POR DIRECCIÓN GERENCIA/GERENCIA\*

		CATEGORÍA									Total
		Facult.	Enferm.	Resto Dip/Lic	Téc. Esp.	Aux. Enf.	Per. Apo/Su b.	Per. Adm.	Per. Host.	Per. Mant.	
Enf. Infecciosas y Parasitarias	Fre	27	16	2	2	4	2	8		1	62
	%Diag	43,5%	25,8%	3,2%	3,2%	6,5%	3,2%	12,9%		1,6%	100,0%
	%Total	,6%	,4%	,0%	,0%	,1%	,0%	,2%		,0%	1,4%
Neoplasias	Fre	4	9			1	1	2			17
	%Diag	23,5%	52,9%			5,9%	5,9%	11,8%			100,0%
	%Total	,1%	,2%			,0%	,0%	,0%			,4%
Enf. Endocrinas, Nutrición, Metabólicas y Tras. Inmunarios	Fre	13	13	1		3	4	5			39
	%Diag	33,3%	33,3%	2,6%		7,7%	10,3%	12,8%			100,0%
	%Total	,3%	,3%	,0%		,1%	,1%	,1%			,9%
Trastornos Mentales	Fre	52	74	3	2	12	23	32	1		199
	%Diag	26,1%	37,2%	1,5%	1,0%	6,0%	11,6%	16,1%	,5%		100,0%
	%Total	1,2%	1,6%	,1%	,0%	,3%	,5%	,7%	,0%		4,4%
Enf. del Sistema Nervioso y órganos sensoriales	Fre	55	38		2	11	19	17		3	145
	%Diag	37,9%	26,2%		1,4%	7,6%	13,1%	11,7%		2,1%	100,0%
	%Total	1,2%	,8%		,0%	,2%	,4%	,4%		,1%	3,2%
Enf. del Sistema Circulatorio	Fre	51	28	2		2	15	12			110
	%Diag	46,4%	25,5%	1,8%		1,8%	13,6%	10,9%			100,0%
	%Total	1,1%	,6%	,0%		,0%	,3%	,3%			2,4%
Enf. del Aparato Respiratorio	Fre	436	302	28	9	53	137	149			1114
	%Diag	39,1%	27,1%	2,5%	,8%	4,8%	12,3%	13,4%			100,0%
	%Total	9,7%	6,7%	,6%	,2%	1,2%	3,0%	3,3%			24,8%
Enf. del Aparato Digestivo	Fre	174	137	18	2	11	54	48		3	447
	%Diag	38,9%	30,6%	4,0%	,4%	2,5%	12,1%	10,7%		,7%	100,0%
	%Total	3,9%	3,0%	,4%	,0%	,2%	1,2%	1,1%		,1%	9,9%
Enf. del Aparato Genitourinario	Fre	74	52	1	1	6	12	15		1	162
	%Diag	45,7%	32,1%	,6%	,6%	3,7%	7,4%	9,3%		,6%	100,0%
	%Total	1,6%	1,2%	,0%	,0%	,1%	,3%	,3%		,0%	3,6%
Enf. de la Gestación, Parto y Puerperio	Fre	41	38	4		4	3	18			108
	%Diag	38,0%	35,2%	3,7%		3,7%	2,8%	16,7%			100,0%
	%Total	,9%	,8%	,1%		,1%	,1%	,4%			2,4%
Enf. de la piel	Fre	10	16	1	2	2	5	10		1	47
	%Diag	21,3%	34,0%	2,1%	4,3%	4,3%	10,6%	21,3%		2,1%	100,0%
	%Total	,2%	,4%	,0%	,0%	,0%	,1%	,2%		,0%	1,0%
Enf. del Sist. Osteo-Mioarticular y tejido conectivo	Fre	173	233	6	6	30	91	60	3	1	603
	%Diag	28,7%	38,6%	1,0%	1,0%	5,0%	15,1%	10,0%	,5%	,2%	100,0%
	%Total	3,9%	5,2%	,1%	,1%	,7%	2,0%	1,3%	,1%	,0%	13,4%
Síntomas, Signos y estados mal definidos	Fre	22	27	1		1	9	6			66
	%Diag	33,3%	40,9%	1,5%		1,5%	13,6%	9,1%			100,0%
	%Total	,5%	,6%	,0%		,0%	,2%	,1%			1,5%
Lesiones y envenenamientos	Fre	76	75	7	4	13	46	21			242
	%Diag	31,4%	31,0%	2,9%	1,7%	5,4%	19,0%	8,7%			100,0%
	%Total	1,7%	1,7%	,2%	,1%	,3%	1,0%	,5%			5,4%
Listado complementario relacionado con la IT	Fre	417	352	35	12	40	125	149	1	1	1132
	%Diag	36,8%	31,1%	3,1%	1,1%	3,5%	11,0%	13,2%	,1%	,1%	100,0%
	%Total	9,3%	7,8%	,8%	,3%	,9%	3,3%	3,3%	,0%	,0%	25,2%
Total	Fre	1625	1410	109	42	193	546	552	5	11	4493
	%Diag	36,2%	31,4%	2,4%	,9%	4,3%	12,2%	12,3%	,1%	,2%	100,0%
	%Total	36,2%	31,4%	2,4%	,9%	4,3%	12,2%	12,3%	,1%	,2%	100,0%

a. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

 Pruebas de chi-cuadrado<sup>b</sup>

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	215,080 <sup>a</sup>	112	,000
Razón de verosimilitud	206,739	112	,000
Asociación lineal por lineal	,019	1	,891
N de casos válidos	4493		

a. 63 casillas (46,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

b. Gerencia de Atención Primaria de Gran Canaria.

# **ANEXO**

## **Tablas frecuencia individuos**

### FRECUENCIA DE LA EDAD

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Menos de 30 años	1018	16,5
	Entre 30 y 35 años	1135	18,4
	Entre 35 y 40 años	1057	17,1
	Entre 40 y 45 años	1086	17,6
	Entre 45 y 50 años	739	12,0
	Entre 50 y 60 años	748	12,1
	Más de 60 años	393	6,4
	Total	6176	100,0

### FRECUENCIA DE TIPO DE CONTRATO

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Contrato por tiempo indefinido	3363	55,1
	Contrato de interinidad	2155	35,3
	Contrato eventual	536	8,8
	Contrato en formación	52	,9
	Total	6106	100,0
	Perdidos	70	
	Total	6176	

### FRECUENCIA DE CATEGORÍA PROFESIONAL

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Facultativos	818	13,2
	Enfermeros/as	1729	28,0
	Resto Diplomados/Licenciados	125	2,0
	Técnicos Especialistas	230	3,7
	Auxiliares de Enfermería	1603	26,0
	Personal de Apoyo y Subalterno	572	9,3
	Personal Administrativo	597	9,7
	Personal Hostelería	365	5,9
	Personal Mantenimiento	137	2,2
	Total	6176	100,0

### FRECUENCIA DE UNIDAD DE TRABAJO

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Hospitalización	1354	22,0
	U C I	198	3,2
	Urgencias	432	7,0
	Servicios Centrales	933	15,2
	Quirófano y Reanimación	319	5,2
	Gerencia y Dirección	435	7,1
	Consultas Externas	1067	17,4
	Hostelería	410	6,7
	Mantenimiento	178	2,9
	Servicios Médicos	202	3,3
	Servicios Quirúrgicos	152	2,5
	Gestión y Administración	462	7,5
	Total	6142	100,0
	Perdidos	34	
	Total	6176	

## FRECUENCIA DE ANTIGÜEDAD

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Menos de 3 años	850	13,8
	Entre 3 y 6 años	1320	21,5
	Entre 6 y 10 años	1794	29,2
	Entre 10 y 20 años	1173	19,1
	Entre 20 y 30 años	920	15,0
	Más de 30 años	84	1,4
	Total	6141	100,0
	Perdidos	35	
	Total	6176	

## FRECUENCIA DEL GRUPO DE DIAGNÓSTICO

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Enfermedades infecciosas y parasitarias	99	1,6
	Neoplasias	23	,4
	Enf. Endocrinas, Nutrición, Metabólicas y Tras. inmunitarios	24	,4
	Trastornos mentales	321	5,2
	Enfermedades del Sist. Nervioso y órganos sensoriales	148	2,4
	Enfermedades del Sistema Circulatorio	99	1,6
	Enfermedades del Aparato Respiratorio	1170	19,0
	Enfermedades del Aparato Digestivo	376	6,1
	Enfermedades del Aparato Genitourinario	135	2,2
	Enfermedades de la Gestación, parto y puerperio	169	2,7
	Enfermedades de la Piel	40	,6
	Enf. del Sist. Osteo-mioarticular y tejido conectivo	828	13,4
	Síntomas, Signos y estado mal definidos	103	1,7
	Lesiones y Envenenamiento	625	10,1
	Listado complementario relacionado con la IT	2006	32,5
	Total	6166	100,0
	Perdidos	10	
	Total	6176	

## FRECUENCIA DE ESTADO CIVIL

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Casado/a	2225	38,6
	Divorciado/a	39	,7
	Soltero/a	3467	60,1
	Viudo/a	38	,7
	Total	5769	100,0
	Perdidos	407	
	Total	6176	

## FRECUENCIA DE SEXO

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Hombre	1847	29,9
	Mujer	4329	70,1
	Total	6176	100,0

## FRECUENCIA DE LAS DIRECCIONES GERENCIAS/GERENCIAS

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	D.G. Materno-Infantil/Insular	2870	46,5
	D.G N° 5ª El Pino/El Sabinal	2333	37,8
	Gerencia Atención Primaria de Gran Canaria	973	15,8
	Total	6176	100,0

## FRECUENCIAS POR AÑOS

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	1994,00	302	4,9
	1995,00	562	9,1
	1996,00	784	12,7
	1997,00	1684	27,3
	1998,00	2844	46,0
	Total	6176	100,0

## FRECUENCIA POR MESES

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	enero	541	8,8
	febrero	658	10,7
	marzo	743	12,0
	abril	523	8,5
	mayo	644	10,4
	junio	639	10,3
	julio	485	7,9
	agosto	425	6,9
	septiembre	543	8,8
	octubre	331	5,4
	noviembre	329	5,3
	diciembre	315	5,1
Total	6176	100,0	

## FRECUENCIA POR DÍA DE LA SEMANA

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Lunes	1729	28,0
	Martes	1152	18,7
	Miércoles	1089	17,6
	Jueves	1000	16,2
	Viernes	847	13,7
	Sábado	215	3,5
	Domingo	144	2,3
	Total	6176	100,0

## FRECUENCIA DE NÚMERO DE HIJOS

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	,00	3622	68,2
	1,00	578	10,9
	2,00	696	13,1
	3,00	288	5,4
	4,00	86	1,6
	5,00	28	,5
	6,00	9	,2
	7,00	4	,1
Total	5311	100,0	
Perdidos		865	
Total		6176	



# **ANEXO**

## **Tablas comparación medias individuos**

**EDAD**  
Suma de días IT

EDAD	Media	Procesos	Desv. ttp.	Suma
Menos de 30 años	72,7711	1018	126,2222	74081,00
Entre 30 y 35 años	102,2009	1135	155,1043	115998,00
Entre 35 y 40 años	113,7994	1057	168,9912	120286,00
Entre 40 y 45 años	126,2705	1083	172,4847	136751,00
Entre 45 y 50 años	159,2554	736	283,9728	117212,00
Entre 50 y 60 años	164,0428	747	214,0520	122540,00
Más de 60 años	130,3974	390	174,3336	50855,00
Total	119,6437	6166	187,3725	737723,00

**NÚMERO DE HIJOS**  
Suma de días IT

NUMERO HIJOS	Media	procesos	Desv. ttp.	Suma
,00	106,8828	3617	165,7118	386595,00
1,00	143,8789	578	190,5650	83162,00
2,00	143,6715	694	282,7512	99708,00
3,00	183,5000	288	221,0594	52848,00
4,00	203,9651	86	228,2847	17541,00
5,00	255,6296	27	258,0201	6902,00
6,00	136,2222	9	190,2405	1226,00
7,00	141,5000	4	158,7671	566,00
Total	122,2983	5303	194,1169	648548,00

**DÍA DE LA SEMANA DE INICIO DE LA IT**  
Suma de días IT

DÍA SEMANA	Media	Procesos	Desv. ttp.	Suma
Lunes	116,4123	1722	168,8497	200462,00
Martes	126,8299	1152	242,2340	146108,00
Miercoles	123,5460	1088	181,3891	134418,00
Jueves	111,5966	999	163,9726	111485,00
Viernes	126,6478	846	181,5206	107144,00
Sabado	111,3442	215	171,0310	23939,00
Domingo	98,3819	144	141,4138	14167,00
Total	119,6437	6166	187,3725	737723,00

**MES INICIO DE LA IT**  
Suma de días IT

MES	Media	Procesos	Desv. ttp.	Suma
enero	109,4399	541	159,9063	59207,00
febrero	100,9043	658	157,2823	66395,00
marzo	114,9946	741	169,8122	85211,00
abril	116,6973	522	159,0131	60916,00
mayo	115,2597	643	164,9702	74112,00
junio	126,6348	638	176,2662	80793,00
julio	139,1876	485	194,3337	67506,00
agosto	131,9100	422	207,9033	55666,00
septiembre	131,8690	542	178,5100	71473,00
octubre	105,4350	331	183,1216	34899,00
noviembre	113,5350	329	158,5253	37353,00
diciembre	140,7389	314	360,5248	44192,00
Total	119,6437	6166	187,3725	737723,00

## SEXO

## Suma de días IT

SEXO	Media	Procesos	Desv. tít.	Suma
Hombre	94,7852	1839	150,1487	174310,00
Mujer	130,2087	4327	200,2005	563413,00
Total	119,6437	6166	187,3725	737723,00

## DIRECCIONES GERENCIAS/GERENCIA

## Suma de días IT

DIRECCIONES	Media	Procesos	Desv. tít.	Suma
D.G. Materno-Infantil/Insular	140,5521	2862	222,5065	402260,00
D.G N° S° El Pino/El Sabinal	101,3219	2333	152,9091	236384,00
Gerencia Atención Primaria de Gran Canaria	102,0381	971	135,9872	99079,00
Total	119,6437	6166	187,3725	737723,00

## ESTADO CIVIL

## Suma de días IT

ESTADO CIVIL	Media	Procesos	Desv. tít.	Suma
Casado/a	151,4108	2220	230,5798	336132,00
Divorciado/a	230,0513	39	283,5487	8972,00
Soltero/a	102,6192	3464	153,7340	355473,00
Viudo/a	235,8947	38	227,5493	8964,00
Total	123,1628	5761	190,4653	709541,00

## GRUPO DIAGNÓSTICO

## Suma de días IT

GRUPO DIAGNÓSTICO	Media	Procesos	Desv. tít.	Suma
Enfermedades Infecciosas y parasitarias	71,9394	99	116,1279	7122,00
Neoplasias	225,3913	23	200,8622	5184,00
Enf.Endocrinas, Nutrición, Metabólicas y Tras. Inmunitarios	236,5000	24	285,0730	5676,00
Trastornos mentales	218,3053	321	236,6520	70076,00
Enfermedades del Sist. Nervioso y órganos sensoriales	102,1149	148	170,7831	15113,00
Enfermedades del Sistema Circulatorio	170,3673	98	184,0354	16696,00
Enfermedades del Aparato Respiratorio	70,1779	1169	122,6944	82038,00
Enfermedades del Aparato Digestivo	87,1277	376	159,1878	32760,00
Enfermedades del Aparato Genitourinario	86,3556	135	117,7246	11658,00
Enfermedades de la Gestación, parto y puerperio	95,1538	169	113,0994	16081,00
Enfermedades de la Piel	106,7250	40	148,6270	4269,00
Enf. del Sist. Osteo-mioarticular y tejido conectivo	152,1268	828	268,8932	125961,00
Síntomas, Signos y estado mal definidos	94,4369	103	198,4968	9727,00
Lesiones y Envenenamiento	107,2408	623	160,6447	66811,00
Listado complementario relacionado con la IT	133,8050	2000	181,1537	267610,00
Total	119,6852	6156	187,4087	736782,00

**DURACIÓN MEDIA POR ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA**

Suma de días IT

ANTIGÜEDAD	Media	Procesos	Desv. ttp.	Suma
Menos de 3 años	39,9553	850	89,4963	33962,00
Entre 3 y 6 años	69,8423	1319	116,7008	92122,00
Entre 6 y 10 años	107,1307	1791	144,2626	191871,00
Entre 10 y 20 años	170,1289	1171	256,3576	199221,00
Entre 20 y 30 años	218,4138	916	236,0971	200067,00
Más de 30 años	218,5119	84	229,0747	18355,00
Total	119,9801	6131	187,6898	735598,00

**DURACIÓN MEDIA POR UNIDAD DE TRABAJO**

Suma de días IT

UNIDAD DE TRABAJO	Media	Procesos	Desv. ttp.	Suma
Hospitalización	131,6849	1352	238,7781	178038,00
U C I	82,1667	198	110,8412	16269,00
Urgencias	131,8565	432	177,6013	56962,00
Servicios Centrales	123,0451	932	173,7059	114678,00
Quirófano y Reanimación	113,0721	319	146,6732	36070,00
Gerencia y Dirección	90,0507	434	147,3830	39082,00
Consultas Externas	103,8730	1063	146,8108	110417,00
Hostelería	186,9120	409	241,7429	76447,00
Mantenimiento	121,5112	178	181,2006	21629,00
Servicios Médicos	111,9653	202	180,3999	22617,00
Servicios Quirúrgicos	95,9671	152	153,0001	14587,00
Gestión y Administración	109,5033	461	167,0752	50481,00
Total	120,2343	6132	187,7175	737277,00

**DURACIÓN MEDIA POR CATEGORÍA**

Suma de días IT

CATEGORÍA	Media	Procesos	Desv. ttp.	Suma
Facultativos	68,7641	814	112,5845	55974,00
Enfermeros/as	103,1696	1728	152,8085	178277,00
Resto Diplomados/Licenciados	82,0161	124	141,6158	10170,00
Técnicos Especialistas	86,8821	229	128,5974	19896,00
Auxiliares de Enfermería	162,3804	1601	244,4996	259971,00
Personal de Apoyo y Subalterno	127,9790	572	182,7649	73204,00
Personal Administrativo	87,2701	596	133,7227	52013,00
Personal Hostelería	189,3808	365	239,9195	69124,00
Personal Mantenimiento	139,3723	137	188,7934	19094,00
Total	119,6437	6166	187,3725	737723,00

**TIPO DE CONTRATO**

Suma de días IT

TIPO DE CONTRATO	Media	Procesos	Desv. ttp.	Suma
Contrato por tiempo indefinido	168,7183	3355	224,8029	566050,00
Contrato de interinidad	66,4849	2153	103,8752	143342,00
Contrato eventual	29,8657	536	58,2130	16008,00
Contrato en formación	22,3462	52	24,1644	1162,00
Total	119,1539	6096	187,1758	726362,00

**AÑO**

Suma de días IT

AÑO	Media	Procesos	Desv. ttp.	Suma
1994,00	81,7781	302	139,6989	24697,00
1995,00	73,5890	562	137,8178	41357,00
1996,00	92,0536	784	157,0305	72170,00
1997,00	117,8812	1683	218,0321	198394,00
1998,00	141,4832	2835	185,0709	401105,00
Total	119,6437	6166	187,3725	737723,00

# **ANEXO**

## **Tablas frecuencias Fuerteventura**

**SEXO**

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Hombre	168	37,3
	Mujer	282	62,7
	Total	450	100,0

**EDAD**

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Menos de 30 años	50	11,1
	Entre 30 y 35 años	96	21,3
	Entre 35 y 40 años	109	24,2
	Entre 40 y 45 años	93	20,7
	Entre 45 y 50 años	40	8,9
	Entre 50 y 60 años	53	11,8
	Más de 60 años	9	2,0
Total		450	100,0

**CENTRO DE TRABAJO**

		Frecuencia	Porcentaje válido
A. Primaria Fuerteventura		140	31,1
A. Especializada Fuerteventura		310	68,9
Total		450	100,0

**UNIDAD**

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Hospitalización	81	18,0
	Urgencias	33	7,3
	Servicios Centrales	36	8,0
	Quirófano y Reanimación	21	4,7
	Gerencia y Dirección	31	6,9
	Consultas Externas	159	35,3
	Hostelería	35	7,8
	Mantenimiento	15	3,3
	Gestión y Administración	39	8,7
	Total		450

**TIPO CONTRATO**

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	Contrato eventual	40	8,9
	Contrato interino	193	42,9
	Contrato indefinido	217	48,2
	Total	450	100,0

**AÑO DE INICIO DE LA IT**

		Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos	1997,00	272	60,4
	1998,00	178	39,6
	Total	450	100,0

**DIAGNÓSTICO**

	Frecuencia	Porcentaje válido
	284	63,1
Amenaza aborta	1	,2
Abceso perineal	1	,2
Abdomen agudo	2	,4
Aborto	1	,2
Amigdalitis	3	,7
Ansiedad	2	,4
Apendicitis	1	,2
Artritis	1	,2
Bronquitis	5	1,1
Cervicoartrosis	4	0,9
Colico nefritico	1	,2
Conjuntivitis	3	,7
Cordales	4	,9
Dental flemón	1	,2
Depresion	7	1,5
Esguince de rodilla	1	,2
Fractura osea	6	1,3
Gastropatía	1	,2
G.E.A	7	1,6
Gripe	67	14,9
Hepatitis	1	,2
Hta	3	,7
I.R.A	4	,9
Intervencion miopia	2	,4
Intervencion rodilla	1	,2
Lumbalgia	21	4,7
Mielopatía cervical	1	,2
Neumonía	1	,2
Otorrino	1	,2
Policontusiones	2	0,4
Retinopatía	1	,2
Sinusitis	5	1,1
Stres	1	,2
Ulcera cornea	1	,2
Vertigo	2	,4
Total	450	100,0

**CONTRATO**

	Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos Contrato tiempo indefinido	217	48,2
Contrato interinidad	193	42,9
Contrato de formación	40	8,9
Total	450	100,0

**DÍA DE LA SEMANA EN QUE SE INICIA LA IT**

	Frecuencia	Porcentaje válido
Válidos 1,00	126	28,0
2,00	58	12,9
3,00	59	13,1
4,00	45	10,0
5,00	103	22,9
6,00	28	6,2
7,00	31	6,9
Total	450	100,0

# ANEXO

## Tablas análisis multivariable





```

-> PRINCALS
-> /VARIABLES=catego4(9) diagno5(16) diasit1(7) edad1(7) rnhijos(8)
-> unida5(12) ecivil2(4) hospil(3)
-> /ANALYSIS=catego4(SNOM) diagno5(SNOM) diasit1(ORDI) edad1(ORDI)
-> rnhijos(ORDI) unida5(SNOM) ecivil2(SNOM) hospil(SNOM)
-> /DIMENSION=3
-> /PRINT FREQ EIGEN LOADINGS QUANT
-> /PLOT QUANT OBJECT NDIM(ALL,MAX)
-> /MAXITER = 100
-> /CONVERGENCE = .00001 .

```

P R I N C A L S - V E R S I O N 0 . 6  
 BY  
 DEPARTMENT OF DATA THEORY  
 UNIVERSITY OF LEIDEN, THE NETHERLANDS

The number of observations used in the analysis = 21598

List of Variables  
 =====

Variable	Variable Label	Number of Categories	Measurement Level
CATEGO4	CATEGO4	9	Single Nominal
DIAGNO5	DIAGNO5	16	Single Nominal
DIASIT1	DIASIT1	7	Ordinal
EDAD1	EDAD1	7	Ordinal
RNHIJOS	RNHIJOS	8	Ordinal
UNIDA5	UNIDA5	12	Single Nominal
ECIVIL2	ECIVIL2	4	Single Nominal
HOSPI1	HOSPI1	3	Single Nominal

Marginal Frequencies  
 =====

Variable	Missing	Categories								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
CATEGO4	0	2555	5952	355	729	6150	2193	1802	1421	441
DIAGNO5	29	354	72	140	1123	693	490	5060	1711	652
DIASIT1	115	3097	7159	5915	2283	2211	599	219		
EDAD1	2	3096	3808	3955	3885	2870	2847	1135		
RNHIJOS	3961	11277	2081	2495	1219	373	143	32	17	
UNIDA5	64	4614	606	1733	3231	1156	1474	4325	1574	541
ECIVIL2	944	8186	138	12169	161					
HOSPI1	0	9493	7612	4493						

Marginal Frequencies (cont'd)  
 =====

Variable	Categories									
	10	11	12	13	14	15	16			
CATEGO4										
DIAGNO5	579	207	3442	0	426	2154	4466			
DIASIT1										
EDAD1										
RNHIJOS										
UNIDA5	555	385	1340							
ECIVIL2										
HOSPI1										

The iterative process stops because the convergence test value is reached.

Dimension Eigenvalue

1	.3148
2	.1935
3	.1760

Variable: CATEGO4 CATEGO4

Type: Single Nominal Missing: 0

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1	Facultativos	2555 -2.15
2	Enfermeros/as	5952 -.24
3	Resto Diplomados/Lic	355 -.41
4	Técnicos Especialist	729 .57
5	Auxiliares de Enferm	6150 .64
6	Personal de Apoyo y	2193 -.34
7	Personal Administrat	1802 -.56
8	Personal Hostelería	1421 1.83
9	Personal Mantenimien	441 1.55

Single Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	1.62	-.31	.11
2	.18	-.03	.01
3	.31	-.06	.02
4	-.43	.08	-.03
5	-.48	.09	-.03
6	.26	-.05	.02
7	.42	-.08	.03
8	-1.37	.27	-.09
9	-1.17	.23	-.08

Multiple Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	1.58	-.53	.05
2	.21	.13	.05
3	.29	-.21	-.21
4	-.32	.68	.06
5	-.50	.00	-.01
6	.25	-.09	.06
7	.45	.06	.03
8	-1.41	.04	-.20
9	-1.20	.00	-.26

Variable: DIAGNOS      DIAGNOS

Type: Single Nominal      Missing:      29

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1. Enfermedades Infecci	354	-.08
2 Neoplasias	72	1.44
3 Enf. Endocrinas, Nut	140	2.06
4 Trastornos Mentales	1123	2.16
5 Enfermedades del Sis	693	-.23
6 Enfermedades del Sis	490	.81
7 Enfermedades del Apa	5060	-1.25
8 Enfermedades del Apa	1711	-1.02
9 Enfermedades del Apa	652	-.33
10 Enfermedades de la G	579	1.45
11 Enfermedades de la p	207	.27
12 Enf. del Sist. Osteo	3442	.89
13	0	.00
14 Síntomas, Signos y e	426	-.63
15 Lesiones y envenenam	2154	.78
16 Listado complementar	4466	-.03

Single Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	.02	.02	-.07
2	-.29	-.30	1.17
3	-.41	-.44	1.67
4	-.43	-.46	1.76
5	.05	.05	-.19
6	-.16	-.17	.66
7	.25	.27	-1.02
8	.20	.22	-.83
9	.06	.07	-.27
10	-.29	-.31	1.18
11	-.05	-.06	.22
12	-.18	-.19	.72
13	.00	.00	.00
14	.12	.13	-.51
15	-.15	-.17	.63
16	.01	.01	-.03

## Multiple Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	.08	-.19	.00
2	-.03	-.36	1.23
3	-.10	-.59	1.71
4	-.32	-.51	1.77
5	.09	-.05	-.20
6	.01	-.37	.65
7	.24	-.26	-1.02
8	.36	.25	-.78
9	.20	-.02	-.26
10	-.06	.06	1.33
11	-.04	-.15	.20
12	-.23	-.27	.69
13	.00	.00	.00
14	.06	.18	-.52
15	-.30	-.04	.63
16	.15	-.02	.00

Variable: DIASITI' DIASITI

Type: Ordinal Missing: 115

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 Menos de 3 días	3097	-1.11
2 Entre 3 y 10 días	7159	-.90
3 Entre 10 y 30 días	5915	.34
4 Entre 30 y 60 días	2283	1.23
5 Entre 60 y 180 días	2211	1.47
6 Entre 180 y 365 días	599	1.92
7 Más de 365 días	219	2.00

## Single Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	.36	.31	-.83
2	.29	.25	-.67
3	-.11	-.10	.25
4	-.39	-.35	.91
5	-.47	-.41	1.09
6	-.62	-.54	1.42
7	-.64	-.56	1.48

## Multiple Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	.52	.32	-.75
2	.25	.24	-.68
3	-.07	-.12	.26
4	-.32	-.31	.95
5	-.43	-.40	1.11
6	-.63	-.62	1.39
7	-.74	-.73	1.38

Variable: EDAD1 EDAD1

Type: Ordinal Missing: 2

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 Menos de 30 años	3096	-2.07
2 Entre 30 y 35 años	3808	-.62
3 Entre 35 y 40 años	3955	.12
4 Entre 40 y 45 años	3885	.80
5 Entre 45 y 50 años	2870	.80
6 Entre 50 y 60 años	2847	.80
7 Más de 60 años	1135	.80

Single Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	-.03	1.13	.12
2	-.01	.34	.04
3	.00	-.07	-.01
4	.01	-.44	-.05
5	.01	-.44	-.05
6	.01	-.44	-.05
7	.01	-.44	-.05

Multiple Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	.02	1.13	.11
2	-.02	.33	.07
3	.11	-.06	-.01
4	.21	-.47	-.05
5	.00	-.47	-.05
6	-.17	-.41	-.03
7	.11	-.31	.00

Variable: RNHIJOS NHIJOS

Type: Ordinal	Missing: 3961		
Category:	Marginal	Frequency	Quantification
1	.00	****	-.83
2	1.00	2081	.89
3	2.00	2495	1.57
4	3.00	1219	1.78
5	4.00	373	1.92
6	5.00	143	1.92
7	6.00	32	2.17
8	7.00	17	2.17

Single Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	.10	.65	.23
2	-.11	-.70	-.25
3	-.19	-1.23	-.44
4	-.22	-1.40	-.50
5	-.23	-1.51	-.54
6	-.23	-1.51	-.54
7	-.26	-1.71	-.61
8	-.26	-1.71	-.61

Multiple Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	-.25	.72	.19
2	-.52	-.61	-.32
3	-.51	-1.16	-.51
4	-.51	-1.35	-.52
5	-.84	-1.44	-.61
6	-.62	-1.35	-.45
7	-.80	-1.69	-.45
8	-.69	-1.73	-.33

Variable: UNIDAS UNIDAS  
 Type: Single.Nominal Missing: 64

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 Hospitalización	4614	.64
2 U.C.I	606	.54
3 Urgencias	1733	-.76
4 Servicios Centrales	3231	.53
5 Quirofano y Reanimac	1156	.46
6 Gerencia y Dirección	1474	-1.09
7 Consultas Externas	4325	-1.61
8 Hostelería	1574	1.48
9 Mantenimiento	541	1.23
10 Servicios Medicos	555	.05
11 Servicios Quirúrgico	385	-.06
12 Gestión y Administra	1340	.23

## Single Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	-.56	.14	-.08
2	-.47	.12	-.07
3	.67	-.17	-.09
4	-.46	.11	-.06
5	-.40	.10	-.06
6	.95	-.24	.13
7	1.40	-.35	.20
8	-1.29	.32	-.18
9	-1.07	.27	-.15
10	-.05	.01	-.01
11	.05	-.01	.01
12	-.20	.05	-.03

## Multiple Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	-.54	.24	-.03
2	-.35	.63	-.03
3	.66	-.18	-.14
4	-.44	.19	-.07
5	-.42	-.01	-.15
6	.95	-.25	.14
7	1.40	-.38	.18
8	-1.36	.05	-.20
9	-1.12	.01	-.28
10	-.10	-.19	-.01
11	-.02	-.34	-.04
12	-.20	.07	-.01

Variable: ECIVIL2 ECIVIL2  
 Type: Single Nominal Missing: 944

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 Casado	8186	-1.19
2 Divorciado	138	-1.86
3 Soltero	****	.86
4 Viudo	161	-1.86

## Single Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	-.60	-.72	-.36
2	-.94	-1.13	-.56
3	.44	.53	.26
4	-.94	-1.13	-.56

## Multiple Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	-.56	-.75	-.37
2	-.87	-1.28	-.38
3	.48	.49	.26
4	-.91	-1.24	-.39

Variable: HOSP11 HOSP11  
 Type: Single Nominal Missing: 0

Category:	Marginal Frequency	Quantification
1 Gerencia de los Hosp	9493	-.52
2 Gerencia de los Hosp	7612	-.40
3 Gerencia de Atención	4493	1.99

Single Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	-.45	.14	-.04
2	-.36	.11	-.03
3	1.76	-.52	.16

Multiple Category Coordinates

Category	Dimension		
	1	2	3
1	-.49	.03	.01
2	-.31	.25	-.09
3	1.75	-.53	.16

Summary of Analysis

Multiple Fit

Variable	Row Sums	Dimension		
		1	2	3
CATEGO4	.628	.567	.055	.006
DIAGN05	.770	.053	.054	.663
DIASIT1	.740	.108	.080	.551
EDAD1	.318	.015	.299	.004
RNH1J05	.823	.119	.623	.082
UNIDA5	.846	.762	.068	.016
ECIVIL2	.721	.258	.372	.091
HOSP11	.869	.779	.081	.008
Mean:	.714	.333	.204	.178

Single Fit

Variable	Row Sums	Dimension		
		1	2	3
CATEGO4	.590	.566	.021	.003
DIAGN05	.746	.039	.045	.662
DIASIT1	.732	.103	.080	.550
EDAD1	.301	.000	.297	.003
RNH1J05	.713	.015	.618	.080
UNIDA5	.822	.760	.047	.015
ECIVIL2	.718	.257	.371	.090
HOSP11	.853	.778	.069	.006
Mean:	.684	.315	.193	.176

Component Loadings

Variable	Dimension		
	1	2	3
CATEGO4	-.752	.145	-.051
DIAGN05	-.198	-.212	.814
DIASIT1	-.321	-.282	.742
EDAD1	.014	-.545	-.057
RNH1J05	-.122	-.786	-.282
UNIDA5	-.872	.216	-.121
ECIVIL2	.507	.609	.300
HOSP11	.882	-.262	.078

Iteration Number	Total Fit	Total Loss	Multiple Loss	Single Loss
38	.6843	2.3157	2.2857	.0300

## Hi-Res Chart # 53:Puntuaciones de objetos

## Summary of multiple points in chart #54

Dim1	Dim2	Dim3	Actual label or name
.01	-.44	-.05	Entre 40 y 4
.01	-.44	-.05	Entre 45 y 5
.01	-.44	-.05	Entre 50 y 6
.01	-.44	-.05	Más de 60 añ
-.23	-1.51	-.54	4.00
-.23	-1.51	-.54	5.00
-.26	-1.71	-.61	6.00
-.26	-1.71	-.61	7.00

## Hi-Res Chart # 54:Todas las coordenadas de categorías

## BIBLIOGRAFÍA



## BIBLIOGRAFÍA

- ABAT DINARES, J.; UNZETA LÓPEZ, M.** (1996): *Implantación práctica de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en la empresa: Médica-Europea*.
- ALMANSA PASTOR, J.M.** (1976): *Derecho de la Seguridad Social*. Madrid, Tecnos.
- ÁLVAREZ JUNCO, J.** (1986): *La acción social pública en España. Beneficencia y prevención*. Madrid: Ministerio de Trabajo.
- ÁLVARO ESTRAMIANA, J.L. y A. GARRIDO LUQUE** (1995): *Análisis de datos con SPSS / PC*. Madrid: Centro Investigaciones Sociológicas.
- ANDER EGG, E.** (1983): *Técnicas de Investigación Social*. Buenos Aires: Humanitas.
- AUSERÓN SOTERAS, J.L., J.M. BALTAR TRABAZO y S. DE FUNES BARRAGÁN** (1998): «*Servicios Sanitarios*» en *Gran Canaria Siglo XXI. Diagnóstico de situación*. Las Palmas de Gran Canaria.
- BORRAJO DACRUZ, E.** (1978): *Introducción al Derecho Español del Trabajo*. 4.ª Edición. Madrid: Tecnos.
- BRAVO MORANTE, F.** (1960): *Revista de Sanidad e Higiene Pública*.
- CASAS CAMPO, M.** (1960): «El Absentismo en el Sector Público». Auditoría Pública. *Revista de los Órganos Autonómicos de Control Externo*.
- COMPLEJO HOSPITALARIO MATERNO / INSULAR** (1998): *Memoria 1995/1996*. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DIPLOMADOS EN TRABAJO SOCIAL Y ASISTENTES SOCIALES** (1986): *De la Beneficencia al Bienestar social. Cuatro siglos de acción social*. Madrid: Siglo XXI.
- DE LA CALLE, Mª D.** (1989): *La comisión de Reformas Sociales 1883-1903*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- DEL REY GUANTER, S.** (1999): *Legislación del personal al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social*. Madrid: Tecnos.
- DIRECCIÓN GERENCIA HOSPITALES Nª Sª DEL PINO / EL SABINAL** (1997): *Memoria Anual 1996*. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud.
- DIRECCIÓN GERENCIA HOSPITALES Nª Sª DEL PINO / EL SABINAL** (1998): *Memoria Anual 1997*. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud.

- DOMENECH, J. M.** (1982): *Bioestadística. Métodos Estadísticos para Investigadores*. Barcelona: Herder.
- ELOLA SOMOZA, J.; F. DE LAMATA COTANDA, J. ROMA I RODRIGUEZ y L. SANFRUTOS VELÁZQUEZ** (1995): *Coste y Calidad de los servicios sanitarios*. Madrid: Fundación Pedro García Cabrera. —
- ESQUEDA CALDERÓN, M.** (1978): «Antecedentes de la Medicina del Trabajo». *Revista Condiciones de Trabajo*. México: (Internet).
- GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA DE GRAN CANARIA** (1978): *Memoria 1997*. Las Palmas de Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud.
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL, B.** (1991): *Análisis Multivariante. Aplicación al ámbito sanitario*. Barcelona: SG Editores S.A.
- GRAJEL, L.S.** (1968): *Humanismo y Medicina (Estudios de la Medicina Española Vol. II)*. Salamanca: Cátedra Historia de la Medicina Española.
- GUERRA, F.** (1982): *Historia de la Medicina*. Madrid: Norma S.A.
- INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN. (INP).** (1971): *Tratado de Higiene y Seguridad del Trabajo*. Tomo I. Madrid.
- KISH, L.** (1995): *Diseño estadístico para la investigación*. Centro Investigaciones Sociológicas. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- LAÍN ENTRALGO, P.** y col. (1974): *Historia Universal de la Medicina*. Vol VII. Barcelona: Salvat.
- LESKY, E.** (1984): *Medicina social. Estudios y Testimonios Historicos*. Traducción español J.M. López Piñero. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- LIZASOÁIN, L. y L. JOARISTI** (1999): *SPSS para Windows*. Madrid: Paraninfo.
- LÓPEZ I CASASNOVAS, G. y V. ORTÚN RUBIO** (1998): *Economía y Salud. Fundamentos y políticas*. Madrid: Encuentros.
- LÓPEZ PIÑERO, J.M.** (1966): *La Historia de la Medicina Española*. Madrid: Guadarrama.
- MARTÍN-GUZMÁN, M.P. y F.J. MARTÍN PLIEGO** (1989): *Curso básico de Estadística Económica*. 3ª edición. Madrid: A.C.
- MARTÍN SALAZAR, M.** (1918): *La sanidad y los seguros sociales*. Madrid: Ministerio de la Gobernación.
- MESANZA-ZUFIAURRE DE OCIO, I.** (1998): «Mercado de Trabajo» en *Gran Canaria Siglo XXI. Diagnóstico de situación*. Las Palmas de Gran Canaria.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO:** Información y Estadística Sanitaria. «Clasificación Internacional de Enfermedades, Modificación Clínica (CIE-9-MC)». 9.ª Revisión.
- MUÑOZ MACHADO, S.** (1975): *La Sanidad Pública en España. Evolución Histórica y Situación Actual*. Madrid: Instituto de Estudios Administrativos.

- ORTEGA VILLALOBOS, J.** (1998): *Antecedentes históricos de medicina laboral*. Medspain. México: (Internet).
- PALACIO MORENA, I.** (1988): *La Institucionalización de la Reforma Social en España (1883-1924). La Comisión e Instituto Reformas Sociales*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- PARIAS, P.H.** (1969): *Historia General del Trabajo*. Tomo I. Barcelona: Grijaldo.
- POLIT D. y B. HUNGLER** (1985): *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México: Interamericana.
- RIBAYA MALLADA, F.J.** (1996): *La Gestión del Absentismo Laboral*. Madrid: Montecorvo S.A.
- RIERA, J.** (1985): *Historia, Medicina y Sociedad*. Madrid: Pirámide S.A.
- RILTER, G. A.** (1991): *El Estado Social, su origen y desarrollo en una comparación internacional*. España: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- RODRÍGUEZ, A., C. SAMANIEGO y Y. ORTIZ** (1996): «Causas y Efectos del Absentismo Laboral». *Auditoría Pública. Revista de los Órganos Autonómicos de Control Externo*.
- ROSANDER, A. C.** (1994): *Los catorce puntos de Deming aplicados a los servicios*. Madrid: Díaz de Santos.
- RUBIO LARA, M.J.** (1991): *La formación del Estado Social*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- SÁNCHEZ CREUS, F. y E. ARÉVALO EIZAGUIRRE** (1983): *Estudio sociolaboral de la empresa española (Segundo análisis)*. Madrid: A.P.D.
- SANTANA, I., F. DE LAS HERAS y J.M. ÁLVAREZ** (1996): «Gestión de Enfermería en Recursos Humanos. Mecanismos de incentivación» *VII Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería*. Vigo.
- SERVICIO DE SALUD LABORAL** (1999): *Memoria 1998*. Las Palmas de Gran Canaria: Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.
- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA** (1997): *Manual de la Gestión de la Incapacidad Temporal*. Madrid: INSALUD.
- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INSPECCIÓN SANITARIA** (1994): *Manual de Ayuda al médico para la gestión de la Incapacidad Temporal*. Madrid: INSALUD.
- TEMES MONTES, J. L. y J. GIL REDRADO** (1997): *Sistema Nacional de Salud*. Madrid: McGraw Hill-Interamericana.
- VISANTA VINACUA, B.** (1997): *Análisis Estadístico con SPSS para Windows*. Madrid: McGraw Hill.
- VISANTA VINACUA, B.** (1989): *Técnicas de Investigación Social. Recogida de datos*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.

# LA INCAPACIDAD TEMPORAL

El mundo laboral es uno de los campos más importantes en el desarrollo del individuo y, por lo tanto, de la sociedad como tal. Fruto del esfuerzo científico y de los avances realizados a lo largo de la historia de la Humanidad, se ha conseguido determinar que el concepto de salud/enfermedad viene considerablemente marcado por las condiciones sociológicas y económicas en las que vivimos y trabajamos.

No podemos olvidar que el absentismo laboral implica que individuos potencialmente productivos, en determinado momento, dejan de serlo para pasar a engrosar la lista de aquéllos que deben de ser sustentados por el colectivo productor restante. Esta situación lleva asociado un coste social y económico importante, este convencimiento nos ha llevado a plantear la idoneidad de realizar un proyecto al respecto con la finalidad principal de aportar información que permita una adecuada toma de decisiones en consecuencia y más concretamente dentro del Servicio Canario de la Salud.



Servicio Canario  
de la Salud



Grupo Empresas HD



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA



# LA INCAPACIDAD TEMPORAL

El mundo laboral es uno de los campos más importantes en el desarrollo del individuo y, por lo tanto, de la sociedad como tal. Fruto del esfuerzo científico y de los avances realizados a lo largo de la historia de la Humanidad, se ha conseguido determinar que el concepto de salud/enfermedad viene considerablemente marcado por las condiciones sociológicas y económicas en las que vivimos y trabajamos.

No podemos olvidar que el absentismo laboral implica que individuos potencialmente productivos, en determinado momento, dejan de serlo para pasar a engrosar la lista de aquéllos que deben de ser sustentados por el colectivo productor restante. Esta situación lleva asociado un coste social y económico importante, este convencimiento nos ha llevado a plantear la idoneidad de realizar un proyecto al respecto con la finalidad principal de aportar información que permita una adecuada toma de decisiones en consecuencia y más concretamente dentro del Servicio Canario de la Salud.



Servicio Canario  
de la Salud



Grupo Empresas HD



UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

ISBN: 84-95286-62-9



9 788495