UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS
DE GRAN CANARIA

Departamento de Ciencias Clínicas

DIAGNÓSTICO DE SALUD LABORAL

Autor:
Oscar González Morera

Directores:
J.F. Loro Ferrer
J.M. Limiñana Cañal
T.R. Ramírez Lorenzo

Las Palmas de Gran Canaria 2015

UNIVERSIDAD DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS CLÍNICAS
PROGRAMA DE DOCTORADO DE SALUD PÚBLICA Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

DIAGNÓSTICO DE SALUD LABORAL

TESIS DOCTORAL PRESENTADA POR D. OSCAR GONZÁLEZ MORERA
DIRIGIDA POR EL DR. JUAN FRANCISCO LORO FERRER, DR. JOSE MARÍA LIMIÑANA CAÑAL Y DRA. TERESA ROSA RAMIREZ LORENZO

EL DIRECTOR **EL DIRECTOR** **EL DIRECTOR**

EL DOCTORANDO

Las Palmas de Gran Canaria, septiembre 2015

A Nuncy
A nuestra hija Sara
A mis padres

AGRADECIMIENTOS

Al Profesor Dr. D. Juan Francisco Loro Ferrer por haber aceptado la dirección de este trabajo y por su dedicación incondicional.

Al Profesor Dr. D. José María Limiñana Cañal por su amistad y por el tratamiento estadístico del estudio.

A la Dra. Dña. Teresa Rosa Ramírez Lorenzo por su constante apoyo y ánimo en el desarrollo de esta aventura.

Al Abogado D. José Ramón Pérez Meléndez por su asesoramiento jurídico.

A la Dra. Dña. Mª Dolores Fiuza Pérez por su valoración inicial.

Al Dr. D. Luis Bello Luján por su colaboración en la preparación de esta tesis.

A D. Nicolás Betancor López por su constante ayuda en la búsqueda de resultados.

Al Profesor Dr. D. Luis Serra Majem por su destacada colaboración.

Al Profesor Dr. D. Javier Cabrera Oliva, mi profundo agradecimiento por el definitivo empuje dado a esta tesis, durante la última etapa de su vida.

ÍNDICES

ÍNDICE GENERAL

Página

I.- INTRODUCCIÓN 3

1.1. Medicina del Trabajo: antecedentes históricos 3

1.2. Marco legal de la Incapacidad Temporal en España 17

1.2.1. La Seguridad Social 17

1.2.2. El Régimen General 24

1.2.3. El Régimen Especial Agrario 38

1.2.4. El Régimen Especial de los Trabajadores del Mar 44

1.2.5. El Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos 55

1.2.6. El Régimen Especial de los Empleados del Hogar. 66

1.3. Gestión y control de la prestación por Incapacidad Temporal 69

1.3.1. La gestión de la Incapacidad Temporal. 69

1.3.2. Competencias del Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre incapacidades laborales. 75

1.3.3. Funciones y estructura de los equipos de valoración de incapacidades. 76

1.3.4. Declaraciones médicas de baja y alta a efectos de la prestación de Incapacidad Temporal 78

1.3.5. Actos de control y seguimiento de la prestación por Incapacidad Temporal. 86

1.4. Factores relacionados con la incidencia y duración de la Incapacidad Temporal. 89

ÍNDICE GENERAL

	Página
II.- OBJETIVOS	109
III.- MATERIAL Y MÉTODO	113
1. Diseño del estudio	113
2. Participantes	113
3. Variables del estudio	113
4. Procedimiento	115
4.1. Análisis Estadístico	115
5. Consideraciones Éticas	116
IV.- RESULTADOS	119
V.- DISCUSIÓN	147
VI.- CONCLUSIONES	159
VII.- BIBLIOGRAFÍA	163
VIII.- ANEXOS	181

ÍNDICE DE TABLAS

Página

Tabla 4.1.1.	Total de IT por intervalo de edad y sexo (2003 y 2013)	120
Tabla 4.2.1.	Descriptiva de la edad por sexo de los individuos que han tenido IT durante el año 2003	124
Tabla 4.2.2.	Descriptiva de la edad por sexo de los individuos que han tenido IT durante el año 2013	126
Tabla 4.3.1.	Mes de inicio del proceso de IT en el año 2003	128
Tabla 4.3.2.	Mes de inicio del proceso de IT en el año 2013	129
Tabla 4.4.1.	Duración de los procesos de IT en el año 2003	130
Tabla 4.4.2.	Duración de los procesos de IT en el año 2013	131
Tabla 4.5.1.	Tasas de incidencia (x100) de los procesos de IT por intervalos de edad y sexo (2003)	133
Tabla 4.5.2.	Tasas de incidencia (x100) de los procesos de IT por intervalos de edad y sexo (2013)	135
Tabla 4.5.3.	Tasas de incidencia (x100) de los procesos de IT por intervalo de edad y años de estudio (2003 y 2013)	137
Tabla 4.6.1.	Distribución de las IT según código CIE en los años 2003 y 2013	138
Tabla 4.6.2.	Diagnósticos más frecuentes que han causado IT durante el año 2003	140
Tabla 4.6.3.	Diagnósticos más frecuentes que han causado IT durante el año 2013	141
Tabla 4.6.4.	Significado de los códigos de la gráfica 4.6.1	143
Tabla 4.6.5.	Significado de los códigos de las patologías que marcan más diferencia en la IT entre los años 2003 y 2013	144

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Página
Gráfica 4.1.1.	% de IT por sexo e intervalos de edad (año 2003)	121
Gráfica 4.1.2.	**%** de IT por sexo e intervalos de edad (año 2013)	122
Gráfica 4.1.3.	**%** de IT totales años 2003 y 2013	123
Gráfica 4.2.1.	Distribución de la edad por sexo de las IT en el año 2003	125
Gráfica 4.2.2.	Distribución de la edad por sexo de las IT en el año 2013	127
Gráfica 4.3.1.	Mes de inicio del proceso de IT	129
Gráfica 4.4.1.	Duración de los procesos de la IT en el año 2003	131
Gráfica 4.4.2.	Duración de los procesos de la IT en el año 2013	132
Gráfica 4.5.1.	Tasas de incidencia de los procesos de IT por intervalo de edad y sexo (año 2003)	134
Gráfica 4.5.2.	Tasas de incidencia de los procesos de IT por intervalo de edad y sexo (año 2013)	136
Gráfica 4.5.3.	Tasas de incidencia de los procesos de IT por intervalo de edad y años de estudio (2003, 2013)	137
Gráfica 4.6.1.	Diagnósticos más frecuentes que han causado IT durante los años 2003 y 2013	142

ABREVIATURAS

CC AA	Comunidades Autónomas
CAC	Comunidad Autónoma Canaria
CIE 9 - MC	Clasificación Internacional de Enfermedades Novena Revisión y Modificación Clínica
INS	Instituto Nacional de Salud
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
ILT	Incapacidad Laboral Transitoria
IP	Incapacidad Permanente
IPT	Incapacidad Permanente Total
IPA	Incapacidad Permanente Absoluta
IT	Incapacidad Temporal
LGS	Ley General de Sanidad
LGSS	Ley General de la Seguridad Social
OIT	Organización Internacional del Trabajo
SCS	Servicio Canario de la Salud
SOVI	Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez
SPS	Servicio Público de Salud
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SS	Seguridad Social
TGSS	Tesorería General de la Seguridad Social

INTRODUCCIÓN

I.- INTRODUCCIÓN

1.1. Medicina del Trabajo: antecedentes históricos

Desde tiempos inmemoriales, las sociedades humanas se han estructurado en función de las características del trabajo desarrollado en su seno. Así, en una obra publicada en 1936, denominada "Historical Background of Industrial and Occupational Diseases", Henry E. Sigerist (1) expresaba las ventajas que suponía el estudio de la evolución de las sociedades humanas a través de la revisión de la historia del trabajo. El trabajo constituye una característica que identifica la etapa evolutiva de la especie humana. La situación en la que vivían los esclavos y los penados que trabajaban en las minas de cobre de Cartagena descrita por Galeno fue la siguiente: vivían encadenados, sometidos a temperaturas insoportables o a gases irrespirables y no tenían ningún tipo de derecho a la salud. Descripción absolutamente pintoresca y sin el más mínimo sentido crítico.

De igual forma en la Edad Media, la literatura médica, basada en recomendaciones dietéticas, estaba dirigida a las clases poderosas, la nobleza, el clero y los gobernantes.

Es hacia el siglo XV, cuando la medicina toma en consideración a las clases trabajadoras, en particular a los mineros de la Europa Central, pero hasta finales del siglo XIX o principios del XX no aparece como especialidad profesional, la medicina del trabajo.

Las primeras publicaciones que hacen referencia a las enfermedades producidas en el trabajo, datan de comienzos de la Edad Moderna con las "morbi metallici" o enfermedades derivadas del contacto con los metales. Más tarde, Ulrich Ellenbog en un trabajo manuscrito en 1473, describió los efectos del trabajo de los orfebres en Augsburgo. Otros autores ponían su atención en la alta frecuencia con que se producían los accidentes traumáticos y las enfermedades respiratorias entre la población minera como es el caso del

tratado de minería de Georg Agrícola titulado “De Re Metallica”, de 1556 o el “tratado sobre La Epidemia de los Mineros y otras Enfermedades de la Minas” escrito por Paracelso y publicado en 1567. La aparición de las llamadas enfermedades nuevas, es decir, aquellas debidas al contacto con los metales, ocurría por el empuje comercial que obligaba a la producción de metales preciosos, la fabricación de las armas de fuego y en definitiva por la instauración de una economía monetaria.

En la Edad Moderna, la puesta en marcha del trabajo en la minas de Centroeuropa propició asimismo la aparición de enfermedades que exigieron a los poderes públicos la contratación de médicos para su control. Hacia 1700 se crearon los Bergmedicus o médicos de minas. En este contexto aparecieron los primeros fondos de compensación para casos de accidente, enfermedad o muerte que gestionaban las propias asociaciones mineras. En esta época la enfermedad consecuencia del trabajo, se consideraba inevitable y su tratamiento se basaba en dejar de ir al trabajo durante un tiempo determinado.
Durante el siglo XVII, la relación de la medicina con el mundo minero y metalúrgico facilitó el estudio de la naturaleza nociva y toxica de los metales con los que se contactaba. Así, el plomo fue descrito por Samuel Stockhausen en su “De Lythargyrii Fumo Noxio Morbífico” en 1656 y el mercurio por Walter Pope en su “Ectract of a Letter Concerning the Mines of Mercury in Friuli” en 1665. En esta época se iniciaron los estudios no solo de los tóxicos de las minas, sino también de determinadas actividades laborales como la marinería, reflejada en el “Tract de Toutes les Maladies qui Arrivent Sur la Mer de Nicolas Vernette”, publicado en 1671, que hablaba de los riesgos de los viajes transoceánicos. Posteriormente, el escorbuto era descrito por William Cockburn en: “An Account of the Nature, Causes, Symtoms and Cure of the Distempers that are Incident to Seafaring People” en 1696 y 1706.

El trabajo artesanal y manufacturero se relacionaba con el padecimiento de enfermedades, sin embargo la respuesta de la sociedad se limitaba a la caridad porque eran actividades necesariamente de los pobres. El “Tratado de las Enfermedades de los Artesanos” o “De Morbis Artificum Diatriba”, obra escrita por Bernardino Ramazzini y publicada en Módena en el año 1700 es

considerado como el arranque científico de la Higiene y Medicina del Trabajo. En su última edición, publicada en Padua en 1713, su autor revisa 54 oficios y analiza los riesgos derivados de la práctica de cada uno de ellos así como las medidas preventivas más adecuadas para poder evitarlos. Para el estudio de las enfermedades, Ramazzini visitó los centros de trabajo, interrogaba a los trabajadores y mediante estas observaciones directas, diferenció entre enfermedades ocasionadas por el uso de materiales y enfermedades cuya causa radicaba en el proceso de producción.

A medida que Europa Central extiende su proceso de industrialización y los Estados se percatan de la eficacia de las acciones de la medicina entre los trabajadores, cobra mayor importancia la salud laboral entendida como bienestar de los Estados. Así, podemos constatar cómo los trabajadores de los astilleros dedicados a la construcción de buques de guerra, necesarios para las campañas de los territorios de ultramar, tenían derecho a la asistencia hospitalaria. También en Almadén hacia 1755, aparecen los primeros escritos médicos españoles dedicados a la salud laboral de la mano de Francisco López de Arévalo describiendo las lesiones padecidas por los mineros (2,3).

Más tarde en 1778, José Parés y Franqués, que también trabajó como médico, elaboró una sistemática de la patología laboral derivada del trabajo en las minas de Almadén y realizó una descripción de las condiciones de vida y trabajo de los mineros en una obra titulada “Catástrofe morboso de las Minas Mercuriales de la Villa de Almadén del Azogue”. Fue tal el realismo con el que el autor describía los padecimientos de los mineros, que su obra no vio la luz hasta nuestros días (4). Sin embargo, en 1752, se fundó el Real Hospital de Mineros que fue concebido para la curación y recuperación de la capacidad laboral de los trabajadores de las minas, fundación probablemente influida por la necesidad de tener siempre en plantilla a mineros con experiencia, toda vez que la minería es una actividad que precisa de trabajadores cualificados.

La continua conexión entre médicos y trabajadores en el inicio de la Edad Moderna, dio lugar al desarrollo de propuestas tendentes a evitar la aparición de enfermedades debidas al trabajo, es decir, en este contexto nace

la higiene o salud pública. En realidad se plantea en sus comienzos como policía médica, que informaba a las autoridades del estado de salud de los trabajadores y su relación con el medio laboral y a su vez las autoridades decidían a través de disposiciones legislativas y de la actividad de los inspectores médicos territoriales. En 1802 se fundó en Francia, el Consejo de la Prefectura de París, formado por médicos, farmacéuticos, químicos y veterinarios, que intervenía sobre la salubridad de las industrias, entendida como el impacto que producía en la colectividad urbana, con especial preocupación por los humos y los olores.

En España, fue Cataluña la primera región que planteó la necesidad de poner atención en el crecimiento poblacional especialmente concentrado en ciudades, y el impacto sobre la salud urbana de las nuevas industrias. El Ayuntamiento de Barcelona prohibió en 1784, la apertura de nuevas fábricas de indianas hasta que se promulgasen nuevas normas reguladoras de desarrollo urbano. Sin embargo, la presión del ideario mercantilista que justificaba su actitud en los beneficios generadores de riqueza de la industria, hizo que José Masdevall Terrades, inspector general de epidemias del Principado, minimizara los riesgos en la salud pública de las fábricas de algodón y lana y que por el contrario la actividad fabril mejoraría las condiciones de vida derivadas del empleo manufacturero.

Los cambios sociales que se producían a principios de la Edad Moderna como consecuencia del desarrollo industrial, supusieron la aparición de las primeras investigaciones sobre la clase trabajadora urbana de varios países de la Europa Central. Así, en Inglaterra estudiaron los brotes de fiebre pútrida ocurridos entre 1781 y 1784 en la región de Lancashire (5, 6). En un informe sobre la fiebre de Radcliff Mill se concluyó que para evitar la presencia de nuevos brotes era necesario mejorar las condiciones de trabajo en las industrias textiles con medidas como la ventilación continua, la limpieza y desinfección de las salas de trabajo, el descanso mínimo o la supresión del trabajo infantil. Hasta ese momento el tifus había sido considerado como una enfermedad propia de las instituciones cerradas del tipo de hospitales,

cárceles, barcos, o asociadas a las guerras, y ahora aparecía entre las poblaciones cerca de las fábricas.

Philippe Patissier en una revisión del texto de Ramazzini realizada en 1822 en Paris, expresó la necesidad de elaborar estadísticas de mortalidad específicas por oficio, prohibir los trabajos peligrosos o reservarlos exclusivamente para los condenados a muerte, mejorar las condiciones de vida de los trabajadores y establecer medidas de compensación económica para accidentados y jubilados. Siguiendo el primero de estos criterios, Charles Turner Thackrah, cirujano de Leeds, publicó en 1831 un estudio sobre los efectos de los principales oficios, actividades comerciales y profesiones y de los estados civiles y hábitos de vida, sobre la salud y la longevidad de la población, donde comparaba los datos de mortalidad entre la población del casco urbano de Leeds y la de las zonas rurales cercanas en función de la profesión u oficio y dando como resultado una mayor incidencia negativa entre los trabajadores de las industrias y zonas urbanas. De esta manera Thackrah pone de manifiesto que el desarrollo industrial supone para la sociedad y el Estado una garantía de progreso, pero con importantes costes humanos.

Pedro Felipe Monlau, en un folleto titulado Higiene industrial publicado en 1856, afirmaba que el desarrollo industrial estaba ocasionando un impacto negativo en la salud de los trabajadores, aunque esta opinión fue posteriormente modificada en su trabajo de 1871 denominado: “Elementos de Higiene Pública”, donde manifestaba la necesidad de consumir productos industriales, al tiempo que exigía la prevención de sus males.

Juan Giné Partagás, en su trabajo titulado: “Curso Elemental de Higiene Privada y Pública”, publicado en Barcelona en 1871, reclamaba la implantación de medidas de higiene en el trabajo, con el fin de mejorar el desarrollo industrial y la salud individual y pública.

Durante la primera mitad del siglo XIX, el desarrollo industrial supuso para Thomas Robert Malthus, un aumento de la prosperidad que conduciría inexorablemente a la degradación de los individuos y al abandono del trabajo

que solo se mantendría por la necesidad o por el temor. Por el contrario, Adam Smith entendía el desarrollo de la sociedad al mismo tiempo que sus componentes. Dos maneras de explicar las relaciones industriales: la primera pone el acento en los derechos de los trabajadores y la segunda hace hincapié en el beneficio como finalidad de toda empresa.

La aparición de la estadística pudo poner en evidencia el aumento de la mortalidad entre la población de esa época y que la mortalidad era directamente proporcional al grado de desarrollo industrial. La puesta en funcionamiento de los servicios médicos de la beneficencia y su posterior extensión, logró identificar una elevada frecuencia de enfermedades y accidentes que ocasionaban un gran número de exenciones del servicio militar, creándose la idea de que el trabajo ocasionaba la degeneración física de los trabajadores industriales. Estos aspectos físicos se relacionaban con una situación de degeneración moral que se manifestaba con fenómenos de rebeldía e insubordinación entre los trabajadores, así como con el aumento de la prostitución y el alcoholismo. La confluencia de estos fenómenos era interpretada por las sociedades industriales de finales del siglo XIX como la degeneración de la raza.

Una aproximación al análisis de este estado de cosas ya había sido realizado por Louis René Villermé en un trabajo publicado en París en 1840 y titulado: “Sobre el estado físico y moral de los obreros de las manufacturas textiles”, por Edwin Chadwick en su “Encuesta sobre el estado sanitario de la población trabajadora inglesa”, publicado en Londres en 1842 y por John Griscom en su trabajo titulado: “Las condiciones sanitarias de la población trabajadora de Nueva York” publicado en 1845. Todos coincidían en señalar que la mejora de las condiciones sanitarias de los trabajadores pasaba por su educación y formación elementales y por el establecimiento de medidas ambientales en las ciudades y en sus viviendas. Sin embargo, influidos por la ideología liberal del momento, poco se indagaba sobre las condiciones sanitarias de los talleres.

A comienzos de la Edad Moderna en Francia, la acumulación de conocimientos relacionados con los efectos nocivos de las sustancias utilizadas en los talleres, junto con la aplicación de la química moderna y el método experimental a la medicina legal, dio lugar a la aparición de la toxicología o ciencia que estudia los venenos. Mateo Orfila es el autor más importante que recogió estos conocimientos en un texto denominado: "Tratado de los venenos" o "Toxicología general" publicado por vez primera en 1813.

Louis Tanquerel Des Planches publicó en París en 1839 un magnífico trabajo, "Le Traité des maladies du plomb ou saturnines" donde afirmaba que el cólico saturnino era un riesgo importante que podían sufrir los pintores o alfareros, y explicaba experimentalmente que la puerta de entrada del plomo en el organismo era la vía respiratoria. Más tarde, A. Tardieu, en su obra publicada en París en 1854, "Diccionario de higiene pública", explicaba la frecuente aparición entre los pintores, alfareros, impresores, pulidores de cristal, fabricantes de barnices y en el ámbito doméstico por la utilización de pintura de paredes, utensilios de cocina y tuberías, de un cuadro clínico caracterizado por cólicos, neuralgias, parálisis, nefropatías y encefalopatías.

La Conferencia Internacional del Trabajo de 1921 acordó la prohibición del blanco de plomo para las pinturas de interiores y éste acuerdo fue aplicado en varios países entre ellos España, mientras que en Estados Unidos, su uso continuó autorizado en la mayoría de sus estados hasta 1970.

Alicia Hamilton, médica norteamericana experta en higiene industrial, criticaba en 1919 la idea extendida entre los médicos de empresa de la época de que los trabajadores se iban envenenando a sí mismos por la falta de higiene. Para ella esto era una especie de superstición y que al contrario, había que tener en cuenta el polvo y otras sustancias producidas en las fábricas como causantes de las enfermedades de entonces.

"Las enfermedades de los trabajadores" o "Die Krankheiten Der Arbeiter", obra escrita y publicada entre 1871 y 1878 por Ludwin Hirt, es considerada como el primer tratado de patología laboral de la era industrial. Su

contenido se dividía en cuatro grandes apartados: el polvo y las partículas sólidas, los gases, la contaminación ambiental y por último los traumatismos. Hirt propuso la conveniencia de la creación de equipos multidisciplinarios formados por médicos, químicos e ingenieros con el fin de estudiar estos temas. Pensaba que la actividad médica en el medio industrial debía centrarse en el estudio de la influencia del medio laboral en las funciones biológicas del organismo humano y para la ello proponía la formación de equipos de trabajo constituidos por médicos, químicos e ingenieros.

En España los primeros tratados de patología laboral aparecieron a principios del siglo pasado. Como ejemplo podemos destacar el trabajo de Ambrosio Rodríguez Rodríguez, cirujano de sociedades de socorros mutuos, publicado en Gijón en 1902 y titulado "La Higiene Industrial" (7). Es una contribución al estudio de la higiene de los trabajadores y sus enfermedades y al mismo tiempo establece medidas de carácter preventivo contra los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de los obreros.

La toxicología industrial se desarrolló al mismo tiempo que la industria química, con la continua incorporación de sustancias tóxicas en las fábricas. A finales del siglo XIX, la industria alemana crecía con la incorporación de numerosos colorantes apareciendo la necesidad de cuantificar que cantidad de sustancias químicas eran necesarias para producir efectos sobre la salud de los trabajadores de las fábricas o lo que es lo mismo determinar el nivel seguro de exposición a las sustancias químicas. Karl Bernhard Lehmann fue el primer autor que realizó los primeros trabajos que consistían en determinaciones químicas ambientales en los lugares de trabajo y su influencia en la salud y propuso los primeros estándares para los disolventes orgánicos en 1886. Posteriormente, a principios del siglo XX este modelo de enfrentarse a los riesgos químicos se extendió a otras sustancias contaminantes industriales como la radiactividad y las sustancias pulvígenas, estableciendo los niveles máximos de exposición como herramienta fundamental de intervención en la higiene industrial. El caso del amianto que ha producido una alta mortalidad, morbilidad y discapacidad cuyo valor límite de exposición fue fijado en el Reino

Unido en 1930 es un ejemplo de las limitaciones que posee esta manera de enfocar el control sobre la exposición a las sustancias tóxicas (8).

El intercambio de conocimientos y procedimientos es una de las características fundamentales de la ciencia moderna bien a través de la comunicación interpersonal entre profesionales, organización de congresos, creación de sociedades o agrupaciones científicas internacionales o mediante la constitución de entidades especializadas supranacionales.

Con motivo de la construcción de los túneles entre Italia y Suiza, obra que produjo numerosas pérdidas humanas por anquilostosomiasis como la del Túnel de Simplón entre 1898 y 1906, se iniciaron en Italia los primeros estudios para la prevención de las enfermedades del trabajo. Sus impulsores aprovecharon la celebración de una Exposición Internacional en Milán en 1906, para convocar un Congreso Internacional de Enfermedades del Trabajo al que asistieron representantes de 6 países, creándose la Comisión Internacional Permanente para el Estudio de las enfermedades profesionales con sede en Milán a la que se fueron adhiriendo otros países, permaneciendo en activo en la actualidad con el nombre de Internacional Commission on Occupational Health. Esta comisión produjo gran actividad hasta que en 1914 fue suspendida por el inicio de la primera guerra mundial. Entre 1926 y 1927 se reanuda su actividad con la celebración de nuevos congresos en colaboración con el Comité Internacional para el Estudio de los Accidentes de Trabajo a lo largo de la década de 1930.

Tras los acuerdos del tratado de Versalles, fue la Sección de Higiene del Trabajo creada en la oficina Internacional del Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo surgida de la Sociedad de Naciones, la única institución que sobrevivió a la Segunda Guerra Mundial debido a su localización en Canadá y a su composición no solo gubernamental (9).

También en otros países europeos la resistencia de los empresarios a la apertura de sus fábricas y talleres a la entrada de agentes extraños al mundo estrictamente laboral fue una constante, como también lo fue la resistencia a

cualquier tipo de regulación de su funcionamiento, hasta que se produjo el cambio político liberal a finales del siglo XIX consecuencia de la llamada segunda revolución industrial, caracterizada por el proceso de concentración de capitales y la lucha por el control de los mercados. En este contexto encontramos dos figuras históricas representativas de la difícil relación entre las empresas y el estado que intentaba regular su existencia. Por un lado, los cirujanos certificadores, figura exclusivamente británica, y por otro los inspectores médicos del trabajo. Por otra parte también, la exigencia de una dirección paternalista en las empresas y la conveniencia de fijar la mano de obra especializada y la visión biologicista expresada por autores como Ludwig Hirt, permitió la aparición de los servicios médicos de las empresas, que se extendieron por toda la siderometalúrgica, ferrocarriles, y la industria química que se desarrolló sobre todo a partir de la segunda oleada de la industrialización en 1870, especialmente en Alemania.

La aprobación de una de las primeras leyes reguladoras del trabajo industrial en Inglaterra, se debió a la influencia de la creación de la figura del cirujano certificador nombrado por los inspectores de trabajo, con el fin de comprobar que los obreros de la industria textil poseían la edad mínima legal. Se acompañaban medidas para evitar accidentes en el manejo de máquinas, pero no se generalizaron a toda la industria hasta 1867. A partir de ese momento, los médicos permanecieron en las empresas como asesores de higiene, y más tarde en 1906, asumieron tareas de peritaje en relación con el grado de incapacidad de los trabajadores tras un accidente y desde 1937 su presencia en las empresas se generalizó, con el fin de informar sobre el estado de salud de los obreros antes de ser contratados, así como para realizar exámenes de salud periódicos a los trabajadores que realizaban tareas peligrosas.

Durante esta etapa, la medicina aparece en la escena laboral con la constitución de las cajas de seguro libre, iniciativa llevada a cabo por los empresarios en Francia entre 1830 y 1840 y en Alemania a partir de 1879 donde se generalizó a toda la industria química.

En España la normativa sanitaria que ordenaba el sector de la minería añadió desde 1873 la obligación que tenían las empresas de contratar a un cirujano y al mismo tiempo se les exigía estar dotadas de botiquines en las explotaciones. Por iniciativa de los propios empresarios, se construyeron hospitales en las distintas zonas mineras de nuestro país como fueron los de Riotinto, Triano, Galdames, Matamoros, Saltacaballos y Almadén entre otros, siempre con un carácter marcadamente paternalista (6).

Al comienzo del siglo XX, durante el transcurso de 1900, aparece la Ley sobre accidentes de trabajo, lo que supuso para las empresas la obligación de tener cubierto en estos casos la atención sanitaria de sus trabajadores, así como la exigencia de una compensación económica, lo que conllevó a la expansión de los servicios médicos y al mismo tiempo su especialización. Fue en estos momentos cuando nacieron las mutuas patronales, sobre todo para que los empresarios pudieran hacer frente a la necesidad de disponer de múltiples recursos sanitarios tales como puestos de socorro, ambulancias y hospitales.

La medicina de accidentes nace por la preocupación de los empresarios para que los trabajadores accidentados se recuperaran de sus lesiones y se reincorporaran a sus puestos de trabajo en el menor tiempo posible. Según esta idea, a los médicos les correspondía analizar los nuevos fenómenos clínicos, mecánicos, anatómicos y fisiológicos, por si pudieran ser consecuencia de la actividad laboral.

La prevención de las consecuencias de la actividad laboral fue relegada a un segundo plano y estaban limitadas a la realización de reconocimientos previos y periódicos a los trabajadores, encuestas sobre higiene y campañas de educación sanitaria. Así que, en los países industriales, durante los primeros años del siglo XX, los trabajadores tenían la idea de que la medicina laboral era usada como mecanismo de selección de personal (10, 11).

La inspección médica del trabajo se crea por primera vez en Bélgica, en 1895 con el objetivo de garantizar el periodo de descanso maternal de las

trabajadoras, establecer un estricto control para evitar el empleo de niños, garantizar la existencia de los primeros auxilios en la empresa, vigilancia de la observación de normas específicas en la industria, realización de exámenes de salud, así como la comprobación del buen estado higiénico de los locales de trabajo. Enseguida este tipo de actuación pública se extendió por toda Europa y por algunos estados norteamericanos como Massachussets y Nueva York (12).

En Estados Unidos, como evolución de aquellos inicios sobre la higiene en el ámbito laboral, existe hoy el Instituto de Sanidad Ambiental, cuya actividad es la investigación de los agentes tóxicos (13). Pero también en España se creó la Inspección Médica del Trabajo. Fue en 1934 y dependía de la Dirección General de Sanidad, organismo que por vez primera aparecía en nuestro país, si bien duró muy poco debido al estallido de la Guerra civil (14).

En España fue Antonio Oller Martínez (1887-1937), quien institucionalizó la nueva especialidad de la medicina del trabajo con sus actividades profesionales realizadas en la Clínica del Trabajo fundada en 1933. Publicó el primer manual de la especialidad, denominado “Su Medicina del Trabajo” (Madrid, 1934). Trabajó anteriormente como cirujano ortopédico, pero evolucionó profesionalmente hacia una medicina más integral conjuntamente con el desarrollo de las ideas sobre salud de la Segunda República, colaborando en la elaboración de la Ley de Enfermedades Profesionales promulgada en julio de 1936 (15).

En 1944, una vez acabada la guerra civil, se crea el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, organismo que reorganizó los servicios de salud en el trabajo y en cuyo seno se ubicó la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. A esta escuela se adscribió la Clínica de Enfermedades Profesionales. El Instituto mantuvo una concepción de la medicina laboral fundamentalmente asistencial, neutralizando el impulso de la medicina social que defendía la Segunda República (16).

Más tarde, España adoptó las Recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) 97 y 112 de 1953 y 1956, que instaban a tomar

medidas sobre la vigilancia de la salud de los trabajadores en el trabajo tales como el control de factores ambientales, la realización de exámenes de salud a los trabajadores antes de su incorporación al trabajo y periódicamente, declaración de enfermedades profesionales, estudio de los puestos de trabajo, creación de servicios de urgencias, la adaptación de los trabajadores a los puestos de trabajo, campañas de educación sanitaria, así como la recopilación de datos para la elaboración de estudios epidemiológicos. La aceptación e integración de estas medidas en el ordenamiento jurídico español, llevó a que en 1959 se crearan los Servicios Médicos de Empresa, mediante la aprobación del Decreto de 10 de junio de 1959 y posterior desarrollo reglamentario en la Orden Ministerial de 21 de noviembre de 1959, sirviendo como base de la estructura de recursos de salud laboral hasta el cambio de régimen de gobierno.

La aprobación de la Constitución Española de 1978, supone el primer gran acuerdo normativo de convivencia nacional tras la contienda civil. Su artículo 40.2 recoge los principios que se pretenden legislar en relación a la salud laboral y concretamente dice: “Asimismo, los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesional, velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados”.

Este mandato constitucional se materializa por primera vez en la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), donde se establece que “la actuación sanitaria en el ámbito de la salud laboral comprenderá los siguientes aspectos:

a) Promover con carácter general la salud integral del trabajador.

b) Actuar en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales.

c) Asimismo se vigilarán las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres durante los períodos de embarazo y

lactancia de la mujer trabajadora, acomodando su actividad laboral, si fuera necesario, a un trabajo compatible durante los períodos referidos.

d) Determinar y prevenir los factores de microclima laboral en cuanto puedan ser causantes de efectos nocivos para la salud de los trabajadores.

e) Vigilar la salud de los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos.

f) Elaborar junto con las autoridades laborales competentes un mapa de riesgos laborales para la salud de los trabajadores. A estos efectos, las empresas tienen obligación de comunicar a las autoridades sanitarias pertinentes, las sustancias utilizadas en el ciclo productivo. Asimismo se establece un sistema de información sanitaria que permita el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional.

g) Promover la información, formación y participación de los trabajadores y empresarios en cuanto a los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la salud laboral.

La Ley 14/86, expresa también, que todas estas acciones se desarrollarán desde las Áreas de Salud, como estructuras fundamentales del sistema sanitario responsables de la gestión de los centros y establecimientos de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CC AA), así como de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos y el ejercicio de estas competencias se llevará a cabo bajo la dirección de las autoridades sanitarias, que actuarán en estrecha coordinación con las autoridades laborales y con los órganos de participación, inspección y control de las condiciones de trabajo y seguridad e higiene en las empresas.

Finalmente, la misma Ley 14/86, manifiesta que los empresarios y trabajadores a través de sus organizaciones representativas participarán en la planificación, programación, organización y control de la gestión relacionada con la salud laboral, en los distintos niveles territoriales.

Un paso más hacia la concreción de la política sobre salud laboral expresada en la mencionada LGS lo supuso la aprobación de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Esta Ley consagra definitivamente el cambio de mentalidad, desde una actitud claramente asistencial hacia una posición preferentemente preventiva, poniendo especial énfasis en la vigilancia de la salud de los trabajadores y en la importancia de que la medicina del trabajo esté realmente integrada en la actividad de la empresa. La Ley manifiesta a través de su articulado, que la responsabilidad de la salud y seguridad de los trabajadores así como de la actividad preventiva, es compartida por los empresarios, la Administración, los técnicos de prevención y los propios trabajadores.

1.2. Marco legal de la Incapacidad Temporal en España

1.2.1. La Seguridad Social

La Constitución Española (17) dispone en su artículo 41 que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social (SS) para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres. El derecho de los españoles a estar protegidos por la SS se ajusta, a lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General la Seguridad Social (LGSS) (18). El Sistema, configurado por la acción protectora en sus modalidades contributiva y no contributiva, se fundamenta en los principios de universalidad, unidad, solidaridad e igualdad según la Ley 52/2003, de 10 de diciembre, de disposiciones específicas en materia de SS (19).

De acuerdo a la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y de Orden Social (20), están comprendidos en el Sistema de la Seguridad Social (SSS), a efectos de las prestaciones de modalidad contributiva, cualquiera que sea su sexo, estado civil y profesión, los españoles que residan en España y los extranjeros que residan o se encuentren

legalmente en España, siempre que en ambos supuestos, ejerzan su actividad en territorio nacional y estén incluidos en algunos de los apartados siguientes:

a) Trabajadores por cuenta ajena o asimilados a ellos.
b) Trabajadores por cuenta propia o autónomos, sean o no titulares de empresas individuales o familiares.
c) Socios trabajadores de cooperativas de trabajo asociado.
d) Estudiantes
e) Funcionarios públicos, civiles y militares.

Asimismo, están incluidos en el campo de aplicación del SSS, a efectos de las prestaciones de la modalidad no contributiva, todos los españoles residentes en territorio nacional.

Los hispanoamericanos, portugueses, brasileños, andorranos y filipinos que residen en España se equiparan a los españoles a efectos de las prestaciones no contributivas. En relación a los nacionales de otros países se aplican las normas establecidas en los respectivos Tratados, Convenios, Acuerdos internacionales (21).

El SSS se estructura en el Régimen General y los Regímenes especiales. En el Régimen General se integra la mayor parte de la población trabajadora que conforma la mayoría de las profesiones y actividades laborales. Son considerados Regímenes Especiales:

a) Trabajadores agrícolas, forestales, pecuarios y titulares de pequeñas explotaciones que las cultiven directa y personalmente.
b) Trabajadores del mar.
c) Trabajadores por cuenta propia o autónomos.
d) Funcionarios públicos, civiles y militares.
e) Empleados de hogar.
f) Estudiantes.

La afiliación a la SS es obligatoria para las personas relacionadas anteriormente, como comprendidas en su Sistema, y será única para la vida de las mismas y para todo el Sistema, sin perjuicio de las altas y bajas en los distintos Regímenes que lo integran, así como de las demás variaciones que puedan producirse con posterioridad a la afiliación (18).

La cotización es obligatoria en todos los Regímenes de la SS. La obligación de cotizar nace desde el momento en que se inicia la actividad laboral correspondiente, especificándose en las normas reguladoras de cada Régimen las personas responsables de llevarla a efecto.

En cuanto a la acción protectora que fija La LGSS (18), incluye los siguientes servicios y prestaciones:

a) La asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo.
b) La recuperación profesional, procedente de cualquiera de los casos del apartado anterior.
c) Prestaciones económicas en las situaciones de incapacidad temporal, maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural, invalidez en sus modalidades contributiva y no contributiva, jubilación en sus modalidades contributiva y no contributiva, desempleo en sus niveles contributivo y asistencial y muerte y supervivencia.
d) Prestaciones familiares de la SS, en sus modalidades contributiva y no contributiva.
e) Prestaciones de Servicios Sociales en materia de reeducación y rehabilitación de inválidos, de asistencia a la tercera edad y de asistencia social.

En la modalidad contributiva, la acción protectora puede ser mejorada voluntariamente en la forma y condiciones que se establecen en las normas reguladoras del Régimen General y de los Regímenes Especiales.

Las prestaciones de la SS no pueden ser objeto de retención, cesión total o parcial, compensación o descuento, salvo en los casos en los que el asegurado tenga que cumplir con obligaciones a favor del cónyuge e hijos, o cuando se trate de obligaciones con la propia SS.

Las percepciones derivadas de la acción protectora de la SS están sujetas a tributación en los términos establecidos en las normas reguladoras de cada impuesto.

Las pensiones contributivas derivadas de contingencias comunes de cualquiera de los Regímenes de la SS están divididas en catorce pagas, correspondientes a cada uno de los meses del año y dos pagas extraordinarias que se devengan en los meses de julio y noviembre.

La gestión y administración de la SS se efectúa, bajo la dirección de los respectivos departamentos ministeriales, con arreglo a los principios de simplificación, racionalización, economía de costes, solidaridad financiera y unidad de caja, eficacia social y descentralización por las siguientes entidades gestoras:

a) El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), para la gestión y administración de las prestaciones económicas de la Seguridad Social.
b) El INSALUD para la administración y gestión de servicios sanitarios.
c) El Instituto Nacional de Servicios Sociales, para la gestión de las pensiones de invalidez y de jubilación, en sus modalidades no contributivas, así como de los servicios complementarios.

La Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) es un servicio común con personalidad jurídica, en donde se unifican todos los recursos financieros aplicando los principios de solidaridad financiera y unidad de caja, teniendo a su cargo la custodia de los fondos, valores y créditos y los servicios de recaudación de derechos y pagos de las obligaciones del sistema de la Seguridad Social.

Los datos obtenidos por la administración de la SS en el ejercicio de sus funciones tienen carácter reservado y solo pueden utilizarse para los fines encomendados a las distintas entidades gestoras y servicios comunes de la SS, sin que puedan ser cedidos a terceros, salvo que la cesión tenga alguna de las siguientes razones (19):

a) La investigación ó persecución de delitos públicos por los órganos jurisdiccionales, el Ministerio Público o la administración de la SS.
b) La colaboración con las administraciones tributarias a efectos del cumplimiento de obligaciones fiscales.
c) La colaboración con la Inspección de Trabajo y SS en el ejercicio de la función inspectora.
d) La colaboración con cualquier otra administración pública en la lucha contra el fraude en la obtención o percepción de ayudas o subvenciones con cargo a fondos públicos o en la obtención o percepción de prestaciones incompatibles en los distintos regímenes de la SS.
e) La colaboración con las comisiones parlamentarias de investigación en el marco legalmente establecido.
f) La protección de los derechos e intereses de los menores o incapacitados por los órganos jurisdiccionales o el Ministerio Público.
g) La colaboración con el Tribunal de Cuentas en el ejercicio de sus funciones de fiscalización de la administración de la SS.
h) La colaboración con los jueces y tribunales en el curso del proceso y para la ejecución de resoluciones judiciales firmes.

La colaboración en la gestión del sistema de la Seguridad Social se lleva a cabo por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS y por empresas, de acuerdo con lo que se establece en la LGSS de 1994 (18).

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS, son asociaciones sin ánimo de lucro autorizadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que se constituyen por empresarios que asumen

una responsabilidad mancomunada con el objetivo fundamental de realizar la colaboración con la Seguridad Social.

La colaboración en la gestión de la SS comprende las siguientes funciones:

a) La gestión de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedades profesionales.
b) La realización de actividades de prevención y recuperación.
c) La colaboración en la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.

Para la protección frente a las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional del personal a su servicio, los empresarios pueden optar entre la entidad gestora o asociarse a una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS.

Los empresarios asociados a una Mutua deben proteger en la misma entidad a todos sus trabajadores correspondientes a centros de trabajo situados en la misma provincia, siempre que esta se encuentre en el ámbito territorial de la Mutua (redacción dada por Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social) (21).

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS están dirigidas y tuteladas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Las Mutuas están obligadas a destinar sus excedentes anuales a la constitución de una reserva, y a fines generales de prevención y rehabilitación, entre los que se encuentra el fomento de las actuaciones extraordinarias de las empresas en la prevención de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, dedicándose a estos fines no menos de 80% del exceso una vez cubierta la reserva. Un 15% del referido 80% puede ser dedicado por las Mutuas a incentivar la adopción de medidas y procesos que contribuyan

eficazmente y de forma contrastable a la reducción de los accidentes de trabajo (22).

La LGSS de 1994 (18) autoriza a que las empresas puedan colaborar en la gestión de la SS en alguna de las siguientes formas:

a) Asumiendo directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones por incapacidad laboral transitoria derivada de accidente de trabajo y enfermedad profesional y las prestaciones de asistencia sanitaria y recuperación profesional, incluido el subsidio que corresponda durante la indicada situación.
b) Asumiendo la colaboración en las gestiones de la asistencia sanitaria y de la incapacidad laboral transitoria derivadas de enfermedad común y accidente no laboral, con derecho a percibir por ello una participación en la fracción de la cuota correspondiente a tales situaciones.
c) Pagando a sus trabajadores, a cargo de la entidad gestora correspondiente, la prestación económica por incapacidad laboral transitoria y las determinadas reglamentariamente.
d) Asumiendo directamente el pago, a su cargo, de la prestación económica por incapacidad laboral transitoria derivada de enfermedad común o accidente no laboral. Las empresas acogidas a esta forma de colaboración tienen derecho a una reducción de la cuota a la Seguridad Social, mediante la aplicación de un coeficiente.

Los recursos para la financiación de la SS se obtienen de las siguientes fuentes:

a) Aportaciones progresivas del Estado, consignadas con carácter especial.
b) Las cuotas de las personas obligadas.
c) Las cantidades recaudadas en concepto de recargos o sanciones.
d) Los frutos, rentas, intereses o cualquier otro producto de sus recursos patrimoniales.

La acción protectora de la SS, en su modalidad no contributiva y universal, se financia mediante las aportaciones del Estado al Presupuesto de la SS con excepción de las prestaciones y servicios de asistencia sanitaria de la SS y servicios sociales cuya gestión se halle transferida a las CC AA, en cuyo caso, la financiación se realiza de conformidad con el sistema de financiación autonómica vigente en cada momento (23).

El sistema financiero de todos los regímenes que integran el sistema de la SS es el de reparto para todas las contingencias y situaciones asumidas por cada uno de ellos, excepto para las pensiones causadas por incapacidad permanente o muerte derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional, en donde la responsabilidad corresponde asumirla las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS o las empresas declaradas responsables (19).

Este sistema de reparto se gestiona en la Tesorería General, a través da la constitución de un fondo de estabilización único, que tiene por finalidad atender las necesidades originadas por desviaciones entre ingresos y gastos.

1.2.2. El Régimen General

El Régimen General de la SS viene regulado en el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la LGSS (18).

Las personas que están obligatoriamente incluidas en el Régimen General de la SS son las siguientes (24):

a) Trabajadores por cuenta ajena y socios trabajadores de sociedades mercantiles capitalistas, excepto que por razón de su actividad marítimo-pesquera, les corresponda el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar.
b) Conductores de vehículos de turismo al servicio de particulares.

c) Personal civil no funcionario dependiente de organismos, servicios o entidades del Estado.

d) Personal civil no funcionario al servicio de organismos y entidades de la administración local, siempre que no estén incluidos por Ley en otro régimen obligatorio de previsión social.

e) Los laicos o seglares que presten servicios retribuidos en instituciones eclesiásticas.

f) Las personas que presten servicios retribuidos en las instituciones de carácter benéfico-social.

g) El personal contratado al servicio de Notarías, Registros de la Propiedad y demás oficinas o centros similares.

h) Los funcionarios en prácticas que aspiren a incorporarse a Cuerpos o Escalas de funcionarios que no estén sujetos al Régimen de Clases Pasivas y los altos cargos de las Administraciones Públicas que no sean funcionarios públicos, así como los funcionarios de nuevo ingreso de las comunidades Autónomas.

i) Los funcionarios del Estado transferidos a las CC AA que hayan ingresado voluntariamente en Cuerpos o Escalas propios de la Comunidad Autónoma de destino, cualquiera que sea el sistema de acceso.

j) Los miembros de las corporaciones locales y los miembros de las juntas generales de los Territorios Históricos Forales, Cabildos Insulares Canarios y Consejos Insulares Baleares que desempeñen sus cargos con dedicación exclusiva o parcial, excepto lo previsto en los artículos 74 y 75 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de Bases de Régimen Local (25, 26).

k) Los consejeros y administradores de sociedades mercantiles capitalistas, como asimilados a trabajadores por cuenta ajena, con exclusión de la protección por desempleo y del Fondo de Garantía Salarial, siempre que no posean el control de aquellas, cuando asuman funciones de dirección o gerencia y sean retribuidos por ello, excepto que por razón de su actividad marítimo-pesquera corresponda su inclusión en el Régimen Especial de Trabajadores del Mar.

l) Los cargos representativos de los sindicatos constituidos al amparo de la Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto de Libertad Sindical que ejerzan funciones sindicales de dirección con dedicación exclusiva o parcial y perciban una retribución (27, 26).

m) Obligatoriamente están incluidos en el Régimen General de la SS los trabajadores que realicen las operaciones de manipulación, empaquetado, envasado y comercialización del plátano, tanto si se realizan en el lugar de producción como fuera del mismo, provengan de explotaciones propias o de terceros o se realicen individualmente o en común, mediante cualquier tipo de asociación o agrupación, incluidas las cooperativas en sus restantes clases (18).

Antes de iniciar su actividad, los empresarios tienen que solicitar su inscripción en el Régimen General de la SS, haciendo constar la entidad gestora o en su caso, la Mutua de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS que haya de asumir las contingencias profesionales del personal a su servicio.

Asimismo, los empresarios están obligados a solicitar la afiliación al SSS de los trabajadores que entran a su servicio o a comunicar el ingreso o cese en la empresa. Si el empresario incumple esta obligación, el trabajador puede solicitar su afiliación, alta o baja en la SS.

Los trabajadores y asimilados comprendidos en el campo de aplicación de este Régimen General y los empresarios por cuya cuenta trabajen, están obligados a cotizar. Sin embargo por las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, la cotización corre a cargo exclusivamente del empresario.

El empresario es responsable del cumplimiento de la obligación de cotización y debe ingresar la aportación propia y la de sus trabajadores en su totalidad. Posteriormente, el empresario descuenta a sus trabajadores, en el momento de hacerles efectivas sus retribuciones, la aportación que le corresponda a cada uno de ellos.

La obligación de cotizar continúa en la situación de incapacidad temporal, cualquiera que sea su causa y cesa durante las situaciones de huelga y cierre patronal.

El tipo de cotización tiene carácter único para todo el ámbito de protección del Régimen General. Su establecimiento y distribución para determinar las aportaciones respectivas del empresario y del trabajador se efectúa anualmente en la Ley de Presupuestos Generales del Estado.

La cotización por las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional se efectúa con sujeción a primas, que pueden ser diferentes para las distintas actividades, industrias y tareas.

La base de cotización para todas las contingencias y situaciones protegidas por el Régimen General, está constituida por la remuneración total que con carácter mensual tiene derecho a percibir el trabajador o asimilado (28), quedando excluidos los siguientes conceptos (21):

a) Las dietas y asignaciones para gastos de viaje en desplazamientos a centros de trabajo distintos al habitual, así como los pluses de transporte urbano y de distancia por desplazamiento del trabajador desde su domicilio al centro de trabajo habitual.
b) Las indemnizaciones por fallecimiento, por traslados, suspensiones y despidos.
c) Las cantidades abonadas por quebranto de moneda, desgaste de útiles o herramientas y adquisición de prendas de trabajo normalmente utilizadas.
d) Los productos en especie concedidos voluntariamente por las empresas.
e) Las percepciones por matrimonio.
f) Las prestaciones de la SS y las asignaciones asistenciales concedidas por las empresas.

g) Las horas extraordinarias, salvo para la cotización por accidente de trabajo y enfermedad profesional.

El tope máximo de la base de cotización es también único para todas las actividades, categorías profesionales y contingencias incluidas en este Régimen, y es fijado anualmente en la Ley de Presupuestos Generales del Estado. El tope mínimo corresponde con la cuantía del salario mínimo interprofesional vigente incrementado en 1/6.

Los empresarios y los trabajadores están exentos de cotizar a la SS por contingencias comunes, salvo por Incapacidad Temporal (IT) derivada de las mismas respecto de los trabajadores por cuenta ajena con contratos de trabajo de carácter indefinido y los socios trabajadores de las cooperativas, cuando tengan cumplidos 65 o más años y acrediten 35 o más años de cotización efectiva a la SS, sin computar a estos efectos las partes proporcionales de pagas extraordinarias (29). Estas exenciones no son aplicables a los trabajadores que presten sus servicios en las administraciones públicas.

Las prestaciones que pueden recibirse en este Régimen General son las que ya han sido señaladas anteriormente para el SSS, excepto las de la modalidad no contributiva, es decir:

a) La asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo.
b) La recuperación profesional, cuya procedencia se aprecie en cualquiera de los casos mencionados en el apartado anterior.
c) Prestaciones económicas en las situaciones de IT, maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural, invalidez en su modalidad contributiva, desempleo en su nivel contributivo y asistencial, muerte y supervivencia.
d) Prestaciones familiares de la SS en su modalidad contributiva.
e) Prestaciones de servicios sociales establecidas en materia de reeducación y rehabilitación de inválidos y de asistencia a la tercera edad.

Las contingencias o riesgos que en relación a la salud protege el Régimen General son las siguientes:

a) Los accidentes de trabajo. Accidente de trabajo es toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena.

Son considerados accidentes de trabajo las siguientes situaciones:

- Los que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar del trabajo.
- Los que sufra el trabajador por el desempeño de cargos electivos sindicales así como los ocurridos al ir o al volver del lugar donde se realizan las funciones propias de dichos cargos.
- Los ocurridos con ocasión o como consecuencia de las tareas, que aún siendo distintas a las de su categoría profesional, realice el trabajador cumpliendo órdenes del empresario o por propia iniciativa en interés del buen funcionamiento de la empresa.
- Los ocurridos en actos de salvamento y otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
- Las enfermedades no incluidas en la lista de enfermedades profesionales, 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 del accidente.
- Las consecuencias del accidente que resulten modificadas por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en que se haya situado el paciente para su curación.

En general tienen la consideración de accidente de trabajo, salvo prueba en contrario, las lesiones que el trabajador sufra durante el tiempo y en el lugar

del trabajo. Sin embargo, no tienen la consideración de accidente de trabajo los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo (excepto la insolación, el rayo y otras fuerzas análogas de la naturaleza) y los que sean debidos a dolo o imprudencia temeraria del trabajador accidentado.

Son considerados también accidentes de trabajo las lesiones producidas en el contexto de la imprudencia profesional que es consecuencia del ejercicio habitual del trabajo y se deriva de la confianza que este inspira, así como las lesiones que se produzcan en el contexto de la existencia de culpabilidad civil o criminal del empresario, de un compañero de trabajo del accidentado o de un tercero, salvo que no guarde relación alguna con el trabajo.

b) Las enfermedades profesionales. Enfermedad profesional es aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades laborales especificadas en el cuadro aprobado mediante disposición de desarrollo y provocada por la acción de los elementos o sustancias que se indican para cada enfermedad.

El período de observación de la enfermedad profesional es aquel necesario para el estudio médico de la misma, cuando haya necesidad de aplazar el diagnóstico definitivo.

c) Los accidentes no laborales. Accidente no laboral es aquel que ocurre fuera del lugar de trabajo, excepto si ocurre en el trayecto de ida y vuelta al lugar de trabajo.

d) Las enfermedades comunes. Enfermedad común son aquellas alteraciones de la salud que no tienen la condición de accidente de trabajo ni de enfermedad profesional. No obstante existe algún episodio de alteración de la salud, que por ocurrir súbitamente en el lugar de trabajo, puede ser considerado accidente de trabajo, tal es el caso del infarto agudo de miocardio.

La cuantía de las prestaciones se fija en los reglamentos de desarrollo y se determina en función de la totalidad de las bases reguladoras por las que se haya efectuado la cotización durante los períodos señalados en el reglamento correspondiente.

En los casos de pluriempleo, la base reguladora de las prestaciones se determina en función de la suma de las bases por las que haya cotizado en las distintas empresas con un tope máximo establecido anualmente en la Ley de Presupuestos Generales del Estado.

Las prestaciones económicas que se deriven de los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales se aumentarán, según la gravedad de la falta entre un 30% y un 50%, cuando la lesión esté producida por máquinas, artefactos o en instalaciones de trabajo que carezcan de las medidas preventivas reglamentarias, estén inutilizadas o en malas condiciones o no dispongan de las elementales medidas de salubridad o adecuación del personal al puesto de trabajo, teniendo en cuenta sus características personales, edad, sexo y demás condiciones del trabajador.

Los trabajadores incluidos en el Régimen General de la SS tienen derecho a percibir las prestaciones del mismo (IT, etc.) cuando entre otros requisitos, cumplan las condiciones de estar afiliados y en alta a este Régimen o en situación asimilada al alta.

Son situaciones asimiladas a la de alta las siguientes:

1.- La situación legal de desempleo total durante la que el trabajador perciba prestación económica, así como el período de vacaciones anuales retribuidas que aquel no haya disfrutado con anterioridad a la finalización del contrato (30).
2.- Los casos de excedencia forzosa, suspensión del contrato de trabajo por servicio militar o prestación social sustitutoria, traslado de la empresa fuera del territorio nacional o convenio especial con la administración de la SS.
3.- Los casos en que el empresario hubiera incumplido sus obligaciones de asistencia sanitaria por enfermedad común, maternidad y accidente no laboral.
4.- Durante las situaciones de huelga y cierre patronal el trabajador permanecerá en situación de alta especial en la SS.

El artículo 128 de la Ley 1/1994 LGSS considera las siguientes situaciones como determinantes de IT:

1.- Aquellas debidas a enfermedad común o accidente no laboral y las debidas a enfermedad profesional o accidente de trabajo, mientras el trabajador precise asistencia sanitaria y se encuentre impedido para el trabajo, con una duración máxima de doce meses, prorrogables por otros seis cuando se presuma que durante el transcurso de estos el trabajador pueda ser dado de alta por curación.

Agotado el plazo de duración de doce meses anteriormente previsto, el INSS, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prorroga expresada anteriormente también, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica, a los efectos previstos en los párrafos siguientes.

En los casos de alta médica referida anteriormente, frente a la resolución dictada por el INSS, el interesado podrá manifestar su disconformidad ante la inspección médica del servicio público de salud en el plazo máximo de cuatro días naturales. En el caso de que la citada inspección discrepara del criterio de la entidad gestora (INSS), tendrá la facultad de proponer, en el plazo máximo de siete días naturales, la reconsideración de aquella decisión, manifestando las razones de su discrepancia.

Si la inspección médica se pronunciara confirmando la decisión de la entidad gestora o si no se produjera pronunciamiento alguno en el plazo de once días naturales siguientes a la fecha de la resolución, la mencionada alta adquiere plenos efectos. Durante el tiempo transcurrido entre la fecha de alta médica y aquella en la que la misma adquiere plenos efectos se considerará prorrogada la incapacidad temporal.

Si en el citado plazo máximo, la inspección médica hubiera manifestado su discrepancia con la resolución de la entidad gestora, esta se pronunciará en el plazo máximo de siete días naturales siguientes, debiendo notificar la correspondiente resolución al interesado y a la inspección médica. Si la entidad gestora, en función de la propuesta formulada, reconsidera el alta médica, se reconocerá al interesado la prórroga de la IT a todos los efectos. Si por el contrario, la entidad gestora se reafirma en su decisión, para lo cual deberá aportar las pruebas complementarias que la fundamenten, se prorrogará la IT hasta la fecha de la última resolución (31).

2.- Los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos con una duración máxima de seis meses prorrogables por otros seis cuando se estime necesario para el estudio y diagnostico de la enfermedad.

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

La Ley 35/2010 de Reforma del Mercado Laboral (32) añade una nueva disposición adicional, la quincuagésima segunda, al R.D. Legislativo 1/1994 por el que se aprueba el texto refundido de la LGSS. En ella se establece que hasta el cumplimiento de la duración máxima de 365 días de los procesos de incapacidad temporal del SSS, el INSS, y, en su caso, el Instituto Social de la Marina, a través de los Inspectores Médicos adscritos a dichas entidades, ejercerán las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, para emitir un alta médica a todos los efectos. Cuando el alta haya sido expedida por el INSS o el Instituto Social de la Marina, estos serán los únicos competentes para emitir una nueva baja médica si esta se produce en el plazo de 180 días siguientes a la citada alta médica por la misma o similar patología.

La prestación económica que se otorga en las distintas situaciones constitutivas de IT consiste en un subsidio equivalente a un tanto por ciento sobre la base reguladora concretado en disposición de desarrollo de la LGSS.

El caso de enfermedad común, para poder ser beneficiario del subsidio de incapacidad temporal, es requisito haber cotizado por un período de ciento ochenta días dentro de los cinco años anteriores al hecho causante. Sin embargo en el caso de accidente, sea o no de trabajo, o de enfermedad profesional no se exige ningún período previo de cotización.

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, la prestación económica se abona desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la expedición de la baja. Sin embargo en el caso de enfermedad común o accidente no laboral, la prestación económica se abona a partir del decimosexto día de baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario correspondiente desde los días cuarto al decimoquinto de baja, ambos inclusive, excepto en las situaciones de huelga y cierre patronal en donde el trabajador no tiene derecho a la citada prestación.

El derecho al abono de la prestación económica por IT se pierde en las siguientes situaciones (33):

a) Al transcurrir el plazo máximo de la situación de IT.
b) Al ser dado de alta médica con o sin declaración de incapacidad permanente (IP).
c) Por haber sido reconocido al beneficiario la pensión de jubilación.
d) Por la incomparecencia injustificada a cualquier convocatoria de reconocimiento establecida por los médicos adscritos al INSS o a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS.
e) Por fallecimiento.

En el caso de que se agote el período máximo de la IT y el trabajador sea dado de alta médica sin declaración de IP, solo puede generarse un nuevo proceso de incapacidad temporal por la misma o similar patología si transcurre un período de actividad laboral superior a seis meses o si el INSS, a través del organismo competente para evaluar, calificar y revisar la situación de IP del

trabajador (Equipo de Valoración de Incapacidades), emite la baja a los exclusivos efectos de la prestación económica de IT (34).

Cuando la situación de IT se extinga por el transcurso del plazo máximo de dieciocho meses anteriormente citado, el incapacitado se examinará en el plazo máximo de tres meses, a los efectos de su calificación, en el grado de IP que corresponda. No obstante, en aquellos casos en los que se presuma que el trabajador tiene posibilidades de recuperación para reincorporarse a su actividad laboral, la citada calificación puede retrasarse por el período preciso, que en ningún caso podrá rebasar los veinticuatro meses siguientes a la fecha en la que se haya iniciado la IT. Durante los períodos mencionados, no existirá la obligación de cotizar (34).

Cuando la extinción de la IT se produce por el transcurso de su período máximo de dieciocho meses o por alta médica con declaración de IP, los efectos de la situación de IT se prorrogan hasta el momento de la calificación de la IP, fecha en la que se inician las prestaciones económicas de esta, salvo que sean superiores a las que venía percibiendo el trabajador en cuyo caso se retrotraerán aquellas al momento en que se haya agotado la IT (33).

En el caso de alta médica antes del agotamiento del plazo máximo de duración de IT sin que exista declaración de incapacidad permanente, continuará la obligación de cotizar mientras no se extinga la relación laboral o hasta el plazo máximo de duración de la IT, en el supuesto que su produzca con posterioridad la declaración de inexistencia de IP. En este caso los efectos de la situación de IT se prorrogan hasta la calificación de la IP, fecha en la que se inicia el abono de su prestación económica.

El derecho al subsidio por incapacidad temporal puede ser denegado, anulado o suspendido cuando el beneficiario haya actuado mediante fraude para obtener o conservar la prestación, cuando el beneficiario trabaje por cuenta propia o ajena, o cuando el beneficiario sin causa razonable rechace o abandone el tratamiento prescrito.

En los casos en los que un trabajador se encuentre en situación de IT derivada de contingencias comunes y durante la misma se produzca la extinción del contrato de trabajo, seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal en una cantidad igual a la prestación por desempleo hasta que finalice el derecho a percibir la prestación económica por IT. Posteriormente, el trabajador se encontrará en la situación legal de desempleo teniendo derecho a percibir, si reúne los requisitos necesarios, la prestación por desempleo contributivo correspondiente, siempre y cuando la percepción económica se iniciase en la misma fecha de extinción del contrato de trabajo, o el subsidio por desempleo.

En tal caso, al período de percepción de la prestación por desempleo se le descuenta el tiempo que haya permanecido en la situación de IT a partir de la fecha de extinción del contrato de trabajo (31).

En los casos en los que un trabajador se encuentre en situación de IT derivada de contingencias profesionales y durante la misma se extinga su contrato de trabajo, este continúa percibiendo la prestación por IT en la cantidad que tenga reconocida hasta que se extinga tal situación, pasando entonces, en su caso, a la situación legal de desempleo y a percibir, si reúne los requisitos necesarios, la prestación por desempleo, sin que en este caso se descuente al período de percepción de desempleo el tiempo que haya estado en situación de IT tras la extinción del contrato, o el subsidio por desempleo (31).

Cuando el trabajador esté percibiendo la prestación por desempleo total y pase a la situación de IT que constituya recaída de un proceso anterior que se haya iniciado durante la vigencia del contrato de trabajo, percibirá la prestación por esta contingencia en cuantía igual a la prestación por desempleo. En este caso, en el supuesto de que el trabajador continuase en la situación de IT tras haber finalizado el período de duración de la situación de desempleo, seguirá percibiendo la prestación por IT en la misma cuantía en la que venía percibiendo (35).

Cuando el trabajador esté percibiendo la prestación de desempleo total y pase a la situación de IT pero que no constituya recaída de un proceso anterior iniciado durante la vigencia de un contrato de trabajo, percibirá la prestación por esta contingencia en cuantía igual a la prestación por desempleo. En este caso, en el supuesto de que el trabajador continuase en situación de IT una vez finalizado el período establecido para el desempleo, este continua percibiendo la prestación por IT en una cuantía igual al 75% del salario mínimo interprofesional, excluida la parte proporcional de las pagas extras (36).

Cuando el empresario haya decidido formalizar la protección respecto de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional con una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS podrá optar porque la cobertura de la prestación económica por IT derivada de contingencias comunes de ese mismo personal se lleve a cabo por la misma Mutua o por el INSS (18).

En el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos y los trabajadores por cuenta propia incluidos en el Régimen Especial Agrario, los interesados pueden optar entre acogerse o no a la cobertura de la protección del subsidio por IT. Pues bien, los trabajadores que hayan optado por acogerse al subsidio, pueden elegir a su vez, entre formalizar la cobertura de la prestación con la entidad gestora o con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS. No obstante, los trabajadores que soliciten el alta en uno de los citados Regímenes a partir del 1 de enero de 1998 y opten por acogerse a la citada cobertura, deberán formalizarla con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y sólo pueden modificar su opción a favor de otra mutua (18).

En los procedimientos de declaración de la IP a los efectos de sus correspondientes prestaciones económicas, así como en lo que respecta al reconocimiento o mantenimiento del percibo de las prestaciones económicas por IT, orfandad o asignaciones familiares por hijos a cargo, se entiende otorgado el consentimiento del interesado o de su representante legal, a los efectos de la remisión por parte de las instituciones sanitarias de los informes

médicos o cualquier otra documentación clínica relacionada con las lesiones o dolencias padecidas por el interesado que sean relevantes para la resolución del procedimiento, salvo que conste oposición expresa y por escrito de aquel (18).

Las entidades gestoras de la SS, en el ejercicio de sus competencias de control y reconocimiento de las prestaciones, pueden solicitar la remisión de los partes médicos de IT expedidos por los Servicios Públicos de Salud, mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y empresas colaboradoras con el fin de tratar los datos contenidos en ellos (18).

1.2.3. El Régimen Especial Agrario

La ley 38/1966, de 31 de mayo (37), estableció por primera vez el Régimen Especial Agrario de la SS. Más tarde la Ley 41/1970, de 22 de diciembre (38), mejoró su acción protectora, modificó el sistema de financiación y en su disposición adicional tercera facultó al gobierno la aprobación del texto refundido de las normativas anteriormente mencionadas.

El Decreto 2123/1971 de 23 de julio (39), promulgó el Texto Refundido de las Leyes 38/1966 de 31 de mayo y 41/1970, de 22 de diciembre, normativa que regula el Régimen Especial Agrario actualmente vigente.

Están incluidos en este Régimen los trabajadores españoles independientemente del sexo o estado civil, que tengan como medio fundamental de vida las labores agrarias, sean propiamente agrícolas, forestales o pecuarias dentro del territorio nacional y en particular los siguientes:

a) Trabajadores por cuenta ajena mayores de 14 años fijos o eventuales.
b) Trabajadores por cuenta propia que sean titulares de pequeñas explotaciones agrarias y realicen la actividad de forma personal y directa, aun cuando se agrupen con otros titulares para ejecutar labores en común u ocupen a otros trabajadores por cuenta ajena.

c) Trabajadores por cuenta propia que sean el cónyuge o parientes de consanguinidad o afinidad hasta el tercer grado inclusive del titular de una explotación agraria.

d) Pastores que custodien ganado de distintos propietarios sin dependencia laboral con los mismos y tengan libertad para celebrar contratos con otros particulares.

En el censo del Régimen Especial Agrario de la SS figuraban todos los trabajadores comprendidos en el campo de aplicación separados en dos secciones: trabajadores por cuenta ajena y trabajadores por cuenta propia.

El concepto de las contingencias que se protegen en esta Ley es el fijado para cada una de ellas en el Régimen General de la SS. A los efectos de esta Ley, se entiende como accidente de trabajo de los trabajadores por cuenta propia el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realizan y que determine su inclusión en el Régimen Especial Agrario de la SS, en la explotación de la que sean titulares. De la misma manera se entiende por enfermedad profesional, la contraída a consecuencia del trabajo conceptuado anteriormente y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias y en las actividades que se especifiquen en el cuadro legalmente establecido.

Para tener derecho a las prestaciones, además de los requisitos exigidos para cada una de ellas, el trabajador deberá estar al corriente en el pago de las cuotas.

Las prestaciones que se otorguen a este Régimen Especial no pueden ser objeto de retención, tienen la misma naturaleza y caracteres y gozan de las mismas exenciones tributarias que las del Régimen General. Asimismo, se establecen diferencias en las condiciones de acceso a las prestaciones, y en particular a las prestaciones económicas por IT, entre los trabajadores por cuenta ajena y los trabajadores por cuenta propia. Así, para los trabajadores por cuenta ajena las prestaciones económicas por IT se otorgan con la misma

extensión, forma, términos y condiciones que las establecidas en el Régimen General.

El derecho a la prestación de asistencia sanitaria por enfermedad común o accidente no laboral se mantendrá, aún en el caso de que el trabajador no estuviera al corriente en el pago de las cuotas a la SS. Sin embargo, para percibir la prestación económica por IT será condición indispensable que el trabajador se encuentre prestando servicios por cuenta ajena en la fecha en la que se inicie la enfermedad común o se produzca el accidente no laboral.

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional se otorgan las correspondientes prestaciones a los trabajadores por cuenta ajena que reúnan las condiciones necesarias para estar incluidos en el campo de aplicación del Régimen Especial Agrario de la SS y a aquellas personas que, sin reunir tales condiciones, se encuentren de hecho prestando servicio como trabajadores por cuenta ajena en labores agropecuarias.

Los trabajadores por cuenta propia y en su caso, sus familiares beneficiarios, tienen derecho a las prestaciones de asistencia sanitaria, prestaciones por invalidez, prestación económica por vejez, prestación económica por muerte y supervivencia, prestación económica de protección a la familia, indemnización a tanto alzado por lesiones derivadas de accidente de trabajo o enfermedad profesional que no causen incapacidad y prestaciones y servicios sociales en atención a contingencias y situaciones especiales.

No obstante, los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario, podrán mejorar de manera voluntaria la acción protectora que se les dispensa, incorporando la correspondiente a la contingencia de incapacidad laboral transitoria (ILT), en las condiciones y requisitos reglamentariamente determinados (39, 40).

En ningún caso, el nivel de protección de los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario será inferior al establecido para los trabajadores por cuenta propia de la industria y de los servicios (39, 40).

Las prestaciones por invalidez permanente derivadas de enfermedad común o accidente no laboral se conceden a los trabajadores por cuenta propia, de acuerdo con lo que se determine sobre esta materia en el Régimen General.

Los trabajadores con 55 o más años perciben la prestación económica correspondiente al grado de incapacidad permanente total (IPT) para la profesión habitual incrementada en un porcentaje fijado reglamentariamente.

Para el reconocimiento del incremento citado, es requisito imprescindible que el pensionista no ejerza actividad retribuida tanto por cuenta ajena como por cuenta propia, ni sea titular de una explotación agraria o marítimo-pesquera o de un establecimiento mercantil o industrial, como propietario, arrendatario o usufructuario (39, 28).

En los casos de accidente de trabajo y enfermedad profesional, el asegurado tiene derecho a la asistencia sanitaria completa, incluida la dispensación gratuita de medicamentos.

En estas contingencias profesionales, la prestación económica por ILT se otorga como mejora voluntaria con las condiciones establecidas reglamentariamente (39, 40).

Los trabajadores con 55 o más años perciben en contingencias profesionales, la prestación económica de IPT para la profesión habitual con el incremento establecido reglamentariamente (39, 28).

Formalizar la adecuada y suficiente cobertura de las contingencias derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional es obligatoria para los empresarios en lo referido a los trabajadores por cuenta ajena que contraten y asimismo para los trabajadores por cuenta propia, en lo que se refiere a sí mismos al cónyuge y los parientes de consanguinidad o afinidad hasta el tercer grado inclusive, del titular de una explotación agraria, sin

perjuicio de la obligación que como empresarios les corresponda respecto a los trabajadores que puedan tomar a su servicio en labores agrarias.

El sistema financiero del Régimen Especial Agrario de la SS es de reparto, revisable periódicamente para mantener la necesaria adecuación entre los ingresos y las obligaciones del mismo.

Los recursos económicos de este Régimen son los provenientes de las cotizaciones de los trabajadores por cuenta propia y ajena, de la cotización empresarial, de la aportación del Régimen General de la SS, de las aportaciones del Estado que se consignan en sus Presupuestos Generales, de la imposición sobre los productos importados o nacionales derivados del campo, así como cualquier otro ingreso.

Las cuotas mensuales de cotización de los trabajadores se calculan aplicando la fracción del tipo de cotización a su cargo a bases tarifadas, que en función de las categorías profesionales son aprobadas por el Gobierno a propuesta del Ministerio de Trabajo.

La base mínima de la tarifa correspondiente a trabajadores mayores de dieciocho años, debe coincidir con el salario mínimo aprobado para los mismos. La cuantía de la cotización de los trabajadores consiste en una cuota fija mensual para cada categoría profesional que es fijada por el Gobierno. Cualquier cotización realizada fuera del plazo establecido requerirá un recargo en su cuantía. La cotización al Régimen Especial Agrario de la SS es obligatoria para todos los empresarios comprendidos en el campo de aplicación de esta Ley. La cotización para las contingencias de accidente de trabajo y enfermedades profesionales se efectúa por cada empresario a su exclusivo cargo, determinándose la base de cotización según la normativa establecida para los trabajadores del Régimen General de la SS (39, 41).

Tras la aprobación de la Ley 18/2007, de 4 de julio, por la que se procede a la integración de los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario de la SS en el Régimen Especial de la SS de los Trabajadores

por Cuenta Propia o Autónomos (42), han quedado derogados todos los preceptos referidos a los trabajadores por cuenta propia contenidos en el citado Decreto 2123/1971 (39).

Con la aprobación de la Ley 28/2011, de 22 de septiembre, por la que se procede a la integración del Régimen Especial Agrario de la SS en el Régimen General de la SS (43), los trabajadores por cuenta ajena incluidos en el Régimen Especial Agrario de la SS, así como los empresarios a los que prestan sus servicios quedan integrados en el Régimen General de la SS. También se integran en el Régimen General, los trabajadores por cuenta ajena que, tras la entrada en vigor de esta Ley, realicen labores agrarias, sean propiamente agrícolas, forestales o pecuarias o sean complementarias o auxiliares de las mismas en explotaciones agrarias, así como los empresarios a los que presten sus servicios. A los trabajadores y empresarios descritos, se les aplica la normativa establecida en el Régimen General de la SS, con la excepción de algunas peculiaridades establecidas en la Ley 28/2011. Asimismo, los trabajadores anteriormente descritos, forman parte del Sistema Especial para Trabajadores por Cuenta Ajena Agrarios, que a su vez está integrado en el Régimen General de la SS.

La cotización de los trabajadores agrarios por cuenta ajena y los empresarios a los que presta sus servicios, se rige por la normativa establecida en el Régimen General de la SS, con algunas excepciones descritas en la Ley 28/2011. La inclusión de los trabajadores por cuenta ajena agrarios en el Sistema Especial determina la obligación de cotizar, tanto durante los períodos de actividad por la realización de labores agrarias como durante los períodos de inactividad con el consiguiente alta en el Régimen General de la SS. Durante las situaciones de IT, el empresario está obligado a ingresar únicamente las aportaciones a su cargo, mientras que las aportaciones a cargo del trabajador, deben ser ingresadas por la entidad que efectúa el pago directo de las prestaciones correspondientes a la situación de IT.

Durante los períodos de inactividad, la acción protectora del Sistema Especial de los Trabajadores por Cuenta Ajena Agrarios, no incluye la prestación económica por IT.

En las situaciones de IT, el abono de la prestación económica a los trabajadores por cuenta ajena agrarios del Sistema Especial le corresponde a la entidad encargada de la gestión, excepto en los casos en los que los trabajadores estén percibiendo la prestación contributiva por desempleo y pasen a la situación de IT donde se realiza pago delegado por la misma entidad encargada de la gestión.

1.2.4. El Régimen Especial de los Trabajadores del Mar

La dureza de las condiciones del trabajo marítimo y pesquero, su peligrosidad, las largas estancias fuera del domicilio familiar, la dispersión de la población trabajadora en pequeños núcleos de las zonas costeras de la geografía nacional e internacional, el carácter intermitente del trabajo con temporadas de escasez y temporadas de abundancia en las capturas pesqueras, así como la inexistencia de una organización empresarial adecuada, son factores que influyeron en la necesidad de establecer un régimen de SS específico para los trabajadores del mar.

En la Ley de Bases de la SS 193/1963, de 28 de diciembre (44), ya se previó la necesidad de regular de manera específica el Régimen Especial de la SS de los Trabajadores del Mar, atendiendo al principio de solidaridad nacional con la participación económica del Estado, determinándose la realización de acciones tendentes a la homologación de los derechos y prestaciones con el Régimen General.

Para dar cumplimiento a esta declaración, en 1970 se dicta el decreto 1867/1970, de 9 de julio, que aprueba el Reglamento General de la Ley 116/1969, de 30 de diciembre, por el que se regula el Régimen Especial de la SS de los Trabajadores del Mar (45). De esta manera se dio solución normativa a los problemas técnico, administrativo y financiero que presentaba la gestión

de la SS en este ámbito, estableciendo, dentro de las posibilidades que permitían los distintos sectores del trabajo en el mar, la paridad requerida en cuanto a prestaciones y derechos, representando estos hechos un avance importante hacia el aseguramiento de todos los trabajadores españoles.

Más tarde, con el objetivo de actualizar la normativa vigente, al haberse introducido importantes modificaciones en el SSS en la Ley 24/1972, de 21 de Junio (46), aparece el Decreto 2864/1974, de 30 de agosto, por el que se aprueba el Texto Refundido de las Leyes 116/1969, de 30 de diciembre, y 24/1972, de 21 de junio, por el que se regula el Régimen Especial de la SS de los Trabajadores del Mar (47). Este texto es el actualmente vigente y fue elaborado por la necesidad de alcanzar los siguientes objetivos:

a) Ampliar a los trabajadores del mar la cobertura precisa para alcanzar el mismo grado de protección social que los trabajadores de la industria y los servicios.
b) Estimular el trabajo en el sector, la continuidad de su actividad y la formación y especialización de los trabajadores del mar para conseguir un mayor rendimiento y remuneración.
c) Fomentar iniciativas encaminadas a que la población trabajadora marítimo-pesquera esté constituida por personas en edades adecuadas para conseguir un rendimiento óptimo y evitar el peligroso envejecimiento de la población activa en el mar.

El Decreto 2864/1974 (47) se inspiró en los principios de la Ley de Bases de la SS (44) y definió su campo de aplicación con un criterio poco objetivable al considerar trabajador del mar a aquel que ligaba su vida a las tareas marítimo-pesqueras y no al que dedicaba más o menos horas de trabajo a lo largo del año. En definitiva, la norma pretendía proteger a aquellos trabajadores que dependieran económica y exclusivamente del trabajo en el mar.

Este Régimen Especial, quedó constituido por dos grupos diferenciados de trabajadores: los trabajadores por cuenta ajena y los trabajadores por

cuenta propia o autónomo. Además se incorporó a este Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, a los estibadores portuarios, es decir, a los trabajadores dedicados a la carga y descarga de buques, por tratarse de un colectivo vinculado directamente a las tareas del mar, cuyos graves riesgos quedaban más ampliamente cubiertos en el sistema de previsión social.

También quedó incorporado a este Régimen, el personal que realiza trabajos de carácter administrativo, técnico y subalterno al servicio de las empresas marítimas y pesqueras y de las embarcaciones deportivas y de recreo y el personal administrativo de las cooperativas del mar y de las cofradías de pescadores que hasta el momento no estaban protegidos por el SSS y que sin embargo, contribuían de manera eficaz a la mejora de la actividad pesquera.

En relación a los trabajadores por cuenta propia o autónomos, la norma incluyó a quienes realizan de forma directa y personal las actividades marítimo-pesqueras, como medio habitual de subsistencia, siempre y cuando se trate de propietarios de pequeñas embarcaciones, extendiéndose el concepto a los dedicados a la extracción de los productos del mar o a los rederos que no realicen sus faenas por cuenta de una empresa determinada.

El artículo 2º del Decreto 2864/1974 (47) especifica el campo de aplicación del Régimen Especial de la SS de los Trabajadores de Mar, comprendiendo los trabajadores o asimilados que, estando incluidos en el artículo 7 del Texto Refundido de la LGSS aprobado por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo (48), se dediquen a la realización de alguna de las actividades marítimo-pesqueras siguientes:

a) Trabajadores por cuenta ajena, retribuidos a salario o a la parte, empleados en cualquiera de las siguientes actividades:

1- Marina mercante.

2- Pesca marítima en cualquiera de sus modalidades.

3- Extracción de otros productos del mar.

4- Tráfico interior de puertos, embarcaciones deportivas y de recreo y practicaje (49).

5- Trabajos de carácter administrativo técnico y subalterno de las empresas dedicadas a las actividades anteriores.

6- Trabajos de estibadores portuarios.

7- Servicio auxiliar sanitario y de fonda y cocina prestado a los emigrantes españoles a bordo de las embarcaciones.

8- Personal al servicio de las cofradías sindicales de pescadores y sus federaciones y de las cooperativas del mar.

9- Cualquier otra actividad marítimo pesquera, cuya inclusión en este Régimen sea determinada por el Ministerio de Trabajo, previo informe de la Organización Sindical.

b) Son trabajadores asimilados por cuenta ajena, los armadores que presten servicios en embarcaciones y perciban como retribución una participación en el "Monte Menor" o un salario como tripulantes, sin perjuicio de las obligaciones que les correspondan como empresarios.

El Monte Menor es una cantidad resultada por descontarle al Monte Mayor o total bruto de la pesca, los gastos y la participación del armador.

Se asimilan a trabajadores por cuenta ajena también, los prácticos de puerto que se constituyan en corporaciones de prácticos de puertos o entidades que las sustituyan para la realización de su actividad de practicaje (50).

c) Trabajadores por cuenta propia o autónomos que realicen de forma habitual personal y directa alguna de las actividades que a continuación se detallan, siempre que la misma constituya su medio fundamental de vida y concurran las demás condiciones que se determinan reglamentariamente respecto a cada una de ellas:

1.- Armadores de pequeñas embarcaciones que trabajen a bordo de ellas.

2.- Trabajadores dedicados a la extracción de productos del mar.

3.- Rederos que no realicen sus faenas por cuenta de una empresa pesquera determinada.

Se supone que las anteriores actividades constituyen su medio fundamental de vida, siempre que de ellas se obtengan ingresos para atender a sus propias necesidades o a las de la unidad familiar, aún cuando con carácter ocasional o permanente, se realicen otros trabajos que no sean marítimo-pesqueros (31).

d) Trabajadores por cuenta propia o autónomos son también el cónyuge y parientes por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado (18) inclusive de los trabajadores por cuenta propia incluidos en el apartado c inmediatamente anterior, que trabajen con ellos en sus explotaciones habitualmente y reúnan las condiciones determinadas reglamentariamente.

En el Texto Refundido por el Decreto 2864/1974 (47), los trabajadores de las actividades marítimo-pesqueras y los demás comprendidos en el campo de aplicación del Régimen Especial requieren una justificación de su condición y con este fin se introducen dos innovaciones. Por un lado, la afiliación se realizará en el Instituto Nacional de Previsión a través del Instituto Social de la Marina, con el objetivo de evitar inclusiones indebidas, que en el supuesto de producirse no consolidarían derecho alguno. Por otro lado, la necesidad de hacer constar las circunstancias de afiliación del personal embarcado en la Libreta de inscripción Marítima, o en su historial si se trata de personal titulado, y que el registro de las empresas se efectúe en el registro especial que a tal efecto llevará el Instituto Social de la Marina.

La cotización se fija en general y salvo excepciones sobre las mismas bases y tipos que la establecida en el Régimen General, con la diferencia en la distribución del tipo de cotización entre las distintas contingencias. Las diferencias se establecen en razón de las circunstancias que concurren en cada uno de los sectores y grupos comprendidos en el campo de aplicación de este Régimen Especial. La Ley los clasifica en tres grupos:

1º) Aquellos que están obligados a cotizar mediante el mismo tipo que el Régimen General y que incluye a las empresas y trabajadores no dedicados a

la pesca marítima y a las pesqueras que reúnan ciertas condiciones y concurran determinadas circunstancias.

2º) Aquellas empresas y trabajadores, que sin tener el carácter de autónomos, por sus características especiales de su actividad, no pueden afrontar el tipo general de cotización, estableciéndose para ellos un coeficiente corrector.

3º) Aquellos trabajadores autónomos quienes cotizarán mediante una cuota ajustada a un coeficiente corrector más elevado.

El mecanismo recaudatorio de este Régimen es muy especial, utilizando procedimientos administrativos simples y de eficacia práctica, facilitando la liquidación y pago de las cuotas, a las posibilidades, conveniencias y circunstancias de los cotizantes.

Están obligados a cotizar en este Régimen Especial de la SS de los Trabajadores del Mar, los trabajadores por cuenta ajena comprendidos en su campo de aplicación y los empresarios por cuya cuenta trabajen, así como los trabajadores por cuenta propia o autónomos incluidos en dicho campo. La cotización comprende dos aportaciones, una de los empresarios y otra de los trabajadores.

Para los trabajadores por cuenta ajena el empresario es el responsable de la obligación de la cotización de ambas aportaciones, ingresando las mismas y realizando los correspondientes descuentos a los trabajadores. Si no efectúa los descuentos en el momento procedente, el empresario no puede realizarlo con posterioridad y queda obligado a ingresar las cuotas a su exclusivo cargo.

Los trabajadores por cuenta propia o autónomos son responsables de la cotización, que comprende el pago a su cargo de las dos aportaciones que integran la cuota. La obligación de cotizar sin interrupción existe hasta la fecha en la que se presenta la baja del trabajador en la SS.

El tipo de cotización en el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, así como la distribución de las aportaciones entre los empresarios y los trabajadores es el mismo que el establecido para el Régimen General. Los trabajadores de este Régimen Especial se clasifican a efectos de cotización y por consiguiente por su nivel de protección, en tres grupos:

a) Trabajadores por cuenta ajena, retribuidos mediante salario o a la parte que coticen en iguales períodos y cuantía que los anteriores.
b) Pescadores a la parte no incluidos en el grupo anterior.
c) Trabajadores por cuenta propia o autónomos.

La cotización en el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar para las contingencias de accidente de trabajo y enfermedades profesionales se realiza teniendo en cuenta las siguientes normas:

1.- La cotización se efectúa de acuerdo con las tarifas de primas aprobadas al efecto y pueden ser diferentes para las distintas actividades, modalidades y tareas.
2.- El pago de las primas es a cargo exclusivo de la empresa.
3.- La cotización se efectúa sobre las remuneraciones percibidas, según los criterios establecidos en el Régimen General.

La idea de la acción protectora se centra en la homologación de los trabajadores del mar con los protegidos por el Régimen General, posibilitando la protección de aquellas contingencias que puedan exigir las necesidades más importantes de los grupos protegidos, teniendo en cuenta las desigualdades económicas y las características propias de los distintos sectores integrados en este Régimen General. Así, mientras en unos casos las prestaciones son iguales para todos los grupos, en otros son distintas, pero con la idea de que las diferencias de la cotización repercuta en el equilibrio de las prestaciones para todos los grupos, basándose en el principio de redistribución de la renta, a través de las aportaciones del Estado y de las del Régimen General.

La gestión del Régimen Especial se le atribuye al Instituto Social de la Marina, organismo de derecho público dependiente del Ministerio de Trabajo, donde se integran todas las funciones relacionadas con la SS de los trabajadores del mar, que hasta ahora venían realizando distintas entidades.

El Régimen Especial de la SS de los Trabajadores del Mar establecido en el Decreto 2864/1974 (47), dispone en su artículo 28.2 que el concepto de las contingencias protegidas en la citada norma, es el determinado respecto a cada una de ellas en el Régimen General de la SS, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 41.2 que conceptúa el accidente de trabajo de los trabajadores por cuenta propia como el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realizan por su propia cuenta y que determina su inclusión en el Régimen Especial de la SS de los Trabajadores del Mar.

El artículo 29.1 dispone, que a los trabajadores comprendidos en el campo de aplicación de este Régimen Especial y en su caso, a sus familiares o asimilados, se les concederá entre otras prestaciones y en la extensión, términos y condiciones que se establecen en esta norma, la prestación económica por IT.

El artículo 35.1 establece que la prestación económica por ILT derivada de enfermedad común o accidente no laboral se otorga a los trabajadores por cuenta ajena durante el tiempo y con los requisitos que la regulan en el Régimen General. La cuantía de la prestación se determina al aplicar el mismo porcentaje establecido para el Régimen General sobre la base de cotización individual que corresponde a la efectivamente realizada en el periodo determinado reglamentariamente.

Para poder percibir esta prestación, el artículo 35.2 de este decreto establece que el trabajador deberá estar prestando servicios por cuenta ajena o en situación asimilada al alta en la fecha en que se inicie la enfermedad común o se produzca el accidente no laboral y asimismo, deberá estar al corriente en el pago de las cuotas y tener cubierto el periodo de carencia determinado reglamentariamente.

Según establece el artículo 36 del mismo decreto, las prestaciones económicas por invalidez permanente debida a enfermedad común o a accidente no laboral de los trabajadores de este Régimen Especial, se rigen por las mismas normas establecidas en el Régimen General.

Los trabajadores por cuenta propia de 55 o más años perciben, en las condiciones reglamentarias requeridas, la prestación económica de IPT para la profesión habitual incrementada en un porcentaje fijado reglamentariamente, siendo requisito para ello que el pensionista no ejerza una actividad retribuida, por cuenta ajena o propia, ni ostente la titularidad de una explotación marítimo-pesquera o agraria o de un establecimiento mercantil o industrial como propietario, arrendatario, usufructuario u otro concepto análogo (28).

Las declaraciones de invalidez permanente son revisables en cualquier momento por agravación, mejoría o error diagnóstico, salvo cuando el incapacitado haya cumplido la edad mínima para tener derecho a la pensión de jubilación.

En el caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, el artículo 40 del mismo decreto 2864/1974 dispone, que los trabajadores por cuenta ajena, así como los armadores y prácticos asimilados a trabajadores por cuenta ajena, que reúnan los requisitos exigidos para estar incluidos en este Régimen Especial del Mar, podrán recibir una prestación económica en el supuesto de IT, mientras reciban asistencia sanitaria de la SS y estén impedidos para el trabajo y con los mismos límites de tiempo que los del Régimen General. Podrán recibir también las prestaciones económicas por invalidez permanente en los casos, términos, condiciones y cuantía iguales a las del Régimen General de la SS. Y finalmente reciben, entre otras prestaciones, una indemnización a tanto alzado y según baremo establecido en el Régimen General, en aquellos casos en los que se produzcan lesiones permanentes no constitutivas de incapacidad. Para tener derecho a las prestaciones derivadas de accidente de trabajo y enfermedad profesional, no se exige período de carencia.

Los trabajadores por cuenta ajena, estarán protegidos contra las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional, aún cuando los empresarios no hubiesen cumplido con las obligaciones mantenidas con la Entidad Gestora o Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social correspondiente. En estos casos, la responsabilidad del empresario será la determinada para los mismos supuestos en el Régimen General, y los derechos de los trabajadores se harán efectivos con cargo al Fondo de Garantía de Accidentes de Trabajo en las mismas condiciones que las del Régimen General.

Los trabajadores por cuenta propia que hayan cumplido con sus obligaciones contra las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales tienen derecho a las mismas prestaciones señaladas para los trabajadores por cuenta ajena con las siguientes diferencias:

a) Las prestaciones económicas se calculan sobre la base de cotización individual efectiva.
b) Si el trabajador por cuenta propia no ha constituido la protección suficiente contra las contingencias profesionales o se encuentra al descubierto en el pago de las primas por un período superior a tres meses no tendrá derecho a ninguna de las prestaciones y no podrá solicitarlas al Fondo de Garantía (51).
c) Los trabajadores por cuenta propia con 55 o más años pueden percibir la prestación económica por IPT para la profesión habitual con el incremento reglamentario establecido para las contingencias comunes.
d) Se entiende por accidente de trabajo de los trabajadores por cuenta propia el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realizan por su propia cuenta y que determina su inclusión en el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar.

El Instituto Social de la Marina realiza la gestión del Régimen Especial de la SS de los Trabajadores del Mar, incluida la de accidentes de trabajo y

enfermedades profesionales y tiene a estos efectos el carácter de Entidad Gestora de la SS.

En relación con la gestión de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, el Instituto Social de la Marina colabora con las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS en las condiciones establecidas para las mismas en el Régimen General.

La disposición adicional decimoquinta de la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y del Orden Social (52), establece que para los trabajadores por cuenta propia incluidos en el Régimen Especial de los Trabajadores del Mar, los porcentajes aplicables a la base reguladora para la determinación de la cuantía de la prestación económica por incapacidad temporal, son los mismos que los exigidos en los procesos derivados de contingencias comunes en el Régimen General.

El artículo 26 de la Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y del Orden Social (53), viene a decir que lo dispuesto en el párrafo segundo del apartado 1 del artículo 131 bis del texto refundido de la LGSS aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, sobre expedición de altas médicas en los procesos de IT a los exclusivos efectos de las prestaciones económicas de la SS por los médicos adscritos al INSS, también es de aplicación a los médicos adscritos al Instituto Social de la Marina con relación a los trabajadores del Régimen Especial de la SS de los Trabajadores del Mar. Asimismo son de aplicación al Instituto Social de la Marina, las referencias hechas al INSS en el desarrollo reglamentario del citado artículo 131 bis de la Ley 1/1994.

El sistema financiero de la SS de los Trabajadores del Mar es el mismo que el establecido para el Régimen General y sus recursos económicos son los siguientes:

a) Las cotizaciones de los empresarios y trabajadores por cuenta propia y ajena.

b) Las aportaciones del Estado consignadas en sus presupuestos generales.
c) La aportación del Régimen General.
d) Las rentas e intereses de sus fondos.
e) Cualquier otro ingreso.

1.2.5. El Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos

El Decreto 1167/1960, de 23 de junio, por el que se aplican los beneficios del mutualismo laboral a los trabajadores independientes (54), extendió los beneficios del Mutualismo Laboral a los trabajadores independientes y autónomos. De esta manera quedaron protegidos estos trabajadores en regímenes anteriores al sistema de la SS.

El Decreto 907/1966, de 21 de abril, por el que se aprueba el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la SS (55), incluyó dentro del campo de aplicación del sistema, a los trabajadores por cuenta propia o autónomos, previniendo para los mismos un Régimen Especial que sería dictado por el Gobierno a propuesta del Ministerio de Trabajo, mediante el Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el Régimen Especial de la SS de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (56).

El Decreto 2530/1970 (56) establece en su artículo 2.1 el concepto de trabajador por cuenta propia o autónomo y lo define como aquél que realiza de forma habitual, personal y directa una actividad económica de tipo lucrativo, sin contrato de trabajo y aunque sea remunerado por terceras personas. La habitualidad para los trabajadores que se ocupan de los trabajos de temporada es referida a la duración normal de esta.

Se considera trabajador por cuenta propia o autónoma, a aquel que ostente la titularidad de un establecimiento abierto al público como propietario, arrendatario, usufructuario u otro concepto análogo. Las personas que

obligatoriamente están incluidas en este Régimen Especial de la SS, son aquellos españoles mayores de 18 años, que residan y ejerzan su actividad en el territorio nacional y se hallen incluidos en alguno de los siguientes grupos (57):

a) Los trabajadores por cuenta propia o autónomos que sean titulares o no de empresas individuales o familiares.
b) El cónyuge y los parientes por consanguinidad o afinidad hasta el tercer grado inclusive de los trabajadores mencionados anteriormente, que de forma habitual, personal y directa, colaboren con ellos mediante la realización de trabajos en la actividad que se trate y que no sean asalariados de aquellos.
c) Los socios de las compañías regulares colectivas y los socios colectivos de las compañías comanditarias que trabajan en el negocio a título lucrativo y de forma, personal, habitual y directa.

El decreto dejó abierta la posibilidad de incluir también en este Régimen Especial, a aquellos trabajadores que para el ejercicio de su actividad profesional necesiten integrarse en un Colegio o Asociación Profesional (57).

Los trabajadores hispanoamericanos, portugueses, brasileños, andorranos y filipinos que residan legalmente en territorio español, también son incluidos en este Régimen Especial de la SS, tal como estableció la Ley 118/1969, de 30 de diciembre (58).

Obligatoriamente están incluidos en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta propia o Autónomos quienes ejerzan funciones de dirección y gerencia que conlleva el desempeño del cargo de consejero o administrador o presten servicios para una sociedad mercantil capitalista, a título lucrativo y de forma habitual, personal y directa, siempre que posean el control directo de aquella entendiéndose tal circunstancia cuando las acciones o participaciones del trabajador supongan al menos la mitad del capital social (18).

En el artículo 27 del Decreto 2530/1970, modificado por Real Decreto 1074/1977, de 23 de abril (56, 59) se especificó el alcance de la acción protectora en la que se incluía entre otras, la prestación económica por invalidez en los grados de IPT para la profesión habitual, IPA para todo trabajo y gran invalidez, quedando fuera en aquel momento la prestación económica por ILT. Posteriormente en 1978, mediante la publicación del Real Decreto 1774/1978, de 23 de junio (60), se modificó este artículo para incluir la citada prestación, como mejora voluntaria en la acción protectora del Régimen Especial de la SS de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos.

Los conceptos de IPT para la profesión habitual, IPA para todo tipo de trabajo y gran invalidez son los determinados para el Régimen General de la Seguridad Social y la profesión habitual es aquella entendida como la actividad inmediata y anterior desempeñada por el interesado y por la que estaba en alta en este Régimen Especial al producirse la IP protegida por el mismo.

Para ser beneficiario de las prestaciones por invalidez se exigirá un período mínimo de cotización de 60 meses dentro de los 10 años inmediatamente anteriores a la fecha en la que se entiende causada la prestación. Sin embargo, aquellos que su correspondiente sector profesional hubiera sido declarado obligatoriamente dado de alta en este Régimen Especial con posterioridad al 1 de octubre de 1970, se les exige un período de cotización equivalente a la mitad de los meses transcurridos entre la fecha de incorporación a este Régimen Especial de los sectores profesionales correspondientes y aquella en la que se entienda causada la prestación con un período mínimo, en todo caso, de 30 meses.

Para ser beneficiario de las prestaciones exclusivamente económicas en los casos de invalidez por IPT para la profesión habitual, se requiere además que el trabajador haya cumplido los 45 años de edad en la fecha en que se entienda causada la prestación.

En el caso de invalidez en el grado de IPT para la profesión habitual, el beneficiario tiene derecho a una cantidad a tanto alzado equivalente a 40

mensualidades de la base reguladora, calculada conforme se establece en este Régimen Especial o a una pensión vitalicia equivalente al 55% de la mencionada base (61).

La pensión de IPT para la profesión habitual se incrementa en un 20% de la base reguladora, en aquellos casos en los que el pensionista tenga cumplidos los 55 o más años, que asimismo no ejerza una actividad retribuida por cuenta ajena o por cuenta propia que obligue a su inclusión en cualquiera de los regímenes de la SS, y que además no ostente la titularidad de un establecimiento mercantil o industrial ni de una explotación agraria o marítimo pesquera como propietario, arrendatario, usufructuario u otro concepto análogo.

En los casos de invalidez en los grados de IPA para todo trabajo y gran invalidez, el beneficiario tiene derecho a una pensión vitalicia que se determina con los mismos porcentajes establecidos en el Régimen General. Las declaraciones de incapacidad se podrán revisar en cualquier momento y mientras el beneficiario no haya cumplido la edad establecida para la pensión de vejez, por causa de agravación, mejoría o error diagnóstico. La solicitud puede ser realizada por el interesado, bien por la Entidad Gestora o por la Inspección de Trabajo.

El Decreto que regula este Régimen Especial dispone en su artículo 33, que las prestaciones económicas otorgadas por este Régimen, de acuerdo a lo establecido en el artículo 22 del Decreto 907/1966 que aprueba el texto articulado I de la Ley de Bases de la SS (55), no pueden ser objeto de cesión total o parcial, embargo, retención, compensación o descuento, con excepción de los casos en que existan obligaciones alimenticias a favor del cónyuge e hijos o cuando se trate de obligaciones o responsabilidades contraídas por el beneficiario dentro de la SS. Las percepciones derivadas de la acción protectora de este Régimen Especial están exentas de toda contribución, impuesto, tasa o exacción parafiscal.

La Orden de 28 de julio de 1978 (62) por la que se desarrolla lo dispuesto en el Real Decreto 1774/1978, de 23 de junio (60), que incluye la ILT como mejora voluntaria en el Régimen Especial de la SS de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, dispone que esta mejora se rige por lo dispuesto en la citada Orden y en lo no previsto en ella por la normativa aplicable a dicha prestación en el Régimen General de la SS. La misma Orden de 1978 considera que son situaciones determinantes de ILT las debidas a enfermedad o accidente, cualquiera que sea su causa, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la SS y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima igual a la establecida en el Régimen General de la SS.

Siguiendo la Orden de 28 de julio de 1978, los trabajadores por cuenta propia o autónomos, tienen derecho a la prestación económica por ILT, cuando estén afiliados a la SS y en alta a este Régimen Especial, sean titulares del derecho a la asistencia sanitaria, estén al corriente en el pago de las cuotas y hayan ingresado en concepto de las mismas y como mejora voluntaria, un mínimo de seis mensualidades inmediatamente anteriores al hecho causante.

La prestación económica en todas las situaciones constitutivas de ILT consiste en un subsidio equivalente al 75% de la base mensual por la que viniesen cotizando los mutualistas. Se tiene derecho al subsidio por ILT, tanto en caso de enfermedad como de accidente, a partir del decimoquinto día de la baja en el trabajo por dichas contingencias. Los trabajadores autónomos que se acojan a la mejora de la ILT, deben abonar una cuota complementaria, que consiste en la cantidad que resulte de aplicar el tipo del 2,2% a la base de cotización de cada mutualista. Los trabajadores incluidos en este régimen especial podrán mejorar voluntariamente su protección incorporando las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional, siempre que los interesados hayan optado por incluir la prestación económica por IT (28).

Se entiende como accidente de trabajo del trabajador autónomo el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por su propia cuenta y que determina su inclusión en el campo de aplicación del Régimen Especial de la Seguridad de los Trabajadores por Cuenta Propia o

Autónomos (28). Se entiende como enfermedad profesional del trabajador autónomo aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta propia que esté provocada por la acción de los elementos, sustancias o en las actividades que se especifican en la lista de enfermedades profesionales aprobadas en el Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales del SSS (28).

Para los trabajadores por cuenta propia o autónomos, cualquiera que sea el Régimen Especial de la SS en el que se encuentren, el nacimiento de la prestación económica por IT se produce a partir del cuarto día de la baja, salvo en los casos en los que hubiese optado por la cobertura de las contingencias profesionales o las tenga cubiertas de forma obligatoria y el subsidio se hubiese originado a causa de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, en cuyo caso la prestación nacerá a partir del día siguiente al de la baja (63).

Las personas incluidas en el campo de aplicación de este Régimen Especial están obligadas por sí mismas a la cotización a este Régimen. El tipo de cotización, fijado por el Gobierno, es único para todo el ámbito de cobertura de este Régimen y asimismo, las bases de cotización son las que el Gobierno, a propuesta del Ministerio de Trabajo establezca por Decreto. En la fijación de las cuantías de las bases mínima y máxima se tiende a la equiparación con las de la base mínima de los trabajadores adultos y tope máximo de la base de cotización del Régimen General de la SS, respectivamente.

Una característica propia de este Régimen es la posibilidad del interesado de cotizar por otra base superior a la mínima obligatoria para todos dentro de las establecidas en el momento de su alta. La obligación de pagar las cuotas a este Régimen prescribe a los 5 años, contados a partir de la fecha en que debieron ser ingresadas y la prescripción queda interrumpida en todo caso por acta de liquidación o por el requerimiento de pago del descubierto, según establece el artículo 57 de la Ley de Bases de la SS (55).

El sistema financiero de este Régimen Especial es el de reparto, y su cuota se revisa periódicamente con el fin de mantener el equilibrio entre los recursos y las obligaciones. Los períodos de reparto coinciden con los del Régimen General.

Los recursos económicos que se disponen para la financiación de este Régimen Especial y su asignación a las Entidades Gestoras de la SS son los derivados de las personas obligadas normativamente, los derivados de los frutos, rentas e intereses y cualquier otro producto de sus respectivos recursos patrimoniales, así como los derivados de las donaciones, legados, subvenciones u otro tipo de ingreso otorgado a cada una de ellas.

En los últimos decenios el trabajo autónomo se ha venido configurando dentro de un contexto de relaciones jurídicas propio del derecho privado. Este hecho ha significado que las normas desarrolladas al respecto se encuentren muy dispersas por todo el ordenamiento jurídico, de ahí la necesidad de aprobar la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo.

La Constitución Española de 1978 (17) menciona en alguno de sus preceptos, derechos que son aplicables a los trabajadores autónomos sin hacer una referencia expresa al trabajo por cuenta propia. Así por ejemplo el artículo 35.1 reconoce para todos los españoles el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia, sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación por razón de sexo; el artículo 38 reconoce la libertad de empresa en el marco de una economía de mercado; el artículo 40.2 establece que los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales, velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y garantizarán el descanso necesario mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas y la promoción de centros adecuados; por fin el artículo 41 encomienda a los poderes públicos el mantenimiento de un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad.

Estas referencias de la Constitución no tienen porqué limitarse al trabajo por cuenta ajena, pues así lo quiere entender cuando emplea el término "españoles" en el artículo 35 o el de "ciudadanos" en el artículo 41, o cuando encomienda a los poderes públicos la ejecución de determinadas políticas sin precisar que sus destinatarios deban ser exclusivamente trabajadores por cuenta ajena.

Tanto en España como en los restantes países de la Unión Europea las referencias normativas a la figura del trabajador autónomo se encuentran dispersas por toda la legislación de carácter social, en particular, en la legislación de SS y de prevención de riesgos laborales. Por ello es importante resaltar el hecho de que se trata de la primera ley que persigue la regulación sistemática y unitaria del trabajo autónomo en la Unión Europea, lo que constituye un importante hito para el ordenamiento jurídico español.

Durante el siglo pasado, el trabajo en general, era dependiente y asalariado, ajeno a la rentabilidad y a los riesgos que supone cualquier actividad empresarial. El trabajo autónomo, con frecuencia, estaba centrado en actividades de poca rentabilidad, reducida dimensión y que no precisaba de una gran inversión económica, como por ejemplo, la agricultura, la artesanía o el pequeño comercio. En la actualidad la situación es bien distinta, tanto que el trabajo autónomo ha ido ganando terreno en los países con importantes niveles de renta, en actividades de alta rentabilidad, como consecuencia de nuevos tipos organizativos, desarrollo de la informática y las telecomunicaciones, constituyendo hoy una opción importante para muchas personas que valoran su capacidad para no depender de nadie.

Hoy más del 90% de los trabajadores autónomos que realizan una actividad económica o profesional fuera del marco jurídico de la empresa, no tienen trabajadores asalariados o tan solo disponen de uno o dos, por lo que nos encontramos ante un colectivo profesional que arriesga sus propios recursos económicos aportando su trabajo personal pero que también demanda un nivel de protección similar al de los trabajadores por cuenta ajena.

Por todas estas razones, las Cortes Generales Españolas aprueban la Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del Trabajo Autónomo (64) y en su artículo 1.1 define como trabajador autónomo a las personas físicas que realizan de forma habitual, personal, directa, por cuenta propia y fuera del ámbito de dirección y organización de otra persona, una actividad económica o profesional a título lucrativo, den o no ocupación a trabajadores por cuenta ajena.

Son considerados trabajadores autónomos también, los familiares de las personas anteriormente citadas que realicen sus trabajos de manera habitual y no tengan la consideración de trabajadores por cuenta ajena, conforme a lo establecido en el artículo 1.3.e del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo (65).

El artículo 1.2 de la Ley 20/2007, del Estatuto del Trabajo Autónomo (64) declara que son también trabajadores autónomos, las siguientes personas que además cumplan con la descripción del artículo 1.1:

a) Los socios industriales de sociedades regulares colectivas y de sociedades comanditarias.

b) Los comuneros de las comunidades de bienes y los socios de las sociedades civiles irregulares, salvo que su actividad se limite a la mera administración de los bienes puestos en común.

c) Los que realicen funciones de dirección y gerencia que conlleva el desempeño del cargo de consejero o administrador, o presten otros servicios para una sociedad mercantil capitalista, a titulo lucrativo y de forma habitual, personal y directa, cuando posean el control efectivo, directo o indirecto de aquella, en los términos previstos en la disposición adicional vigésimo séptima del texto refundido de la LGSS aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio (18).

d) Los trabajadores autónomos económicamente dependientes a los que se refiere el capítulo III del Título II de la presente Ley.

El artículo 1.4 considera trabajadores autónomos, también, a los trabajadores autónomos extranjeros que reúnan los requisitos previstos en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social (66).

Una de las novedades de esta Ley es la consideración como trabajadores autónomos también, a aquellos trabajadores que son económicamente dependientes de terceras personas pero cumpliendo unos requisitos determinados, cumpliendo con la nueva realidad social anteriormente descrita. Así, el artículo 11.1 de la Ley del Estatuto del Trabajo Autónomo (64), define a los trabajadores autónomos económicamente dependientes como aquellos que realizan una actividad económica o profesional a título lucrativo y de forma habitual, personal, directa y predominante para una persona física o jurídica, denominada cliente, del que dependen económicamente por percibir de él como mínimo, el 75% de sus ingresos por rendimientos del trabajo y de actividades económicas o profesionales.

El mismo artículo 11.1 establece que para ser considerado trabajador autónomo económicamente dependiente, se deberán cumplir simultáneamente con los siguientes requisitos:

1.- No tener a su cargo trabajadores por cuenta ajena ni contratar o subcontratar toda o parte la actividad con terceros.

2.- No ejecutar su actividad de manera indiferenciada con los trabajadores que presten servicios bajo cualquier modalidad de contratación laboral por cuenta del cliente.

3.- Disponer de infraestructura productiva y material propios necesarios para el ejercicio de su actividad y sean relevantes económicamente.

4.- Desarrollar su actividad con criterios organizativos propios, sin perjuicio de las indicaciones técnicas que pudiera recibir de su cliente.

5.- Recibir una contraprestación económica en función del resultado de su actividad y de acuerdo con lo pactado con su cliente.

En cuanto a lo que se refiere a la protección social del trabajador autónomo la Ley 20/2007 (64) en su artículo 26.1 establece que la acción protectora de este Régimen, en los términos y en las condiciones legalmente previstas, comprende, en todo caso y entre otras, las prestaciones económicas en las situaciones de IT e IP.

Los trabajadores autónomos económicamente dependientes deberán incorporar, como el resto de los trabajadores autónomos, la cobertura de la IT así como la de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS.

Se entiende por accidente de trabajo del trabajador autónomo económicamente dependiente a toda lesión corporal que sufra con ocasión o por consecuencia de la actividad profesional, al ir o al volver del lugar de la prestación de la actividad o por causa o por consecuencia de la misma. Asimismo, el artículo 26.5 indica que la acción protectora de este Régimen tenderá a converger en aportaciones, derechos y prestaciones con la existente para los trabajadores por cuenta ajena del Régimen General de la SS.

La Ley del Estatuto del Trabajo Autónomo (64) da un paso más hacia la equiparación de los derechos de los trabajadores autónomos con los trabajadores por cuenta ajena del Régimen General y a partir del 1 de enero de 2008 es obligatorio optar por la cobertura de las prestaciones de incapacidad temporal, siempre que no tengan derecho a dicha prestación en razón de la actividad realizada en otro Régimen de la SS. Asimismo es obligatorio, en determinadas actividades laborales de mayor riesgo, que los trabajadores autónomos dispongan de la cobertura de accidente de trabajo y enfermedad profesional. Sin embargo, según la disposición adicional tercera de la Ley 20/2007, los trabajadores por cuenta propia agrarios, incorporados al Sistema Especial de Trabajadores Agrarios por Cuenta Propia, tienen la posibilidad de asumir voluntariamente la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal y las contingencias profesionales.

1.2.6. El Régimen Especial de los Empleados del Hogar

El Régimen Especial de la Seguridad Social de los Empleados de Hogar fue aprobado a través del decreto 2346/1969 de 25 de septiembre (67), fue previsto en el artículo 10.2.h del Decreto 907/1966, de 21 de abril, por el que se aprueba el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre sobre Bases de la Seguridad Social (55) y se rige, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1.1 del citado decreto 2346/1969, por lo establecido en el Título I de dicha Ley (actual Ley General de la Seguridad Social de 1994), por el mismo Decreto y sus disposiciones de aplicación y desarrollo, así como por las restantes normas generales de obligada observancia en el sistema de la Seguridad Social.

Más tarde, en diciembre de 2010, la disposición final tercera, nueve, de la Ley 39/2010, de 22 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2011 (68), añade la disposición adicional quincuagésima tercera al texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, mediante la cual se extiende, con efectos de 1 de enero de 2011, la acción protectora por contingencias profesionales a los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Empleados de Hogar.

Están incluidos en este Régimen Especial de los Empleados de Hogar, todos los españoles mayores de 16 años, cualquiera que sea su sexo y estado civil, que cumplan con los siguientes requisitos:

1.- Que se dediquen en territorio nacional a servicios exclusivamente domésticos para uno o varios cabezas de familia.

2.- Que estos servicios sean prestados en la casa que habite el cabeza de familia y demás personas que componen el hogar.

3.- Que reciba por este servicio un sueldo o remuneración de cualquier clase.

Se considera cabeza de familia, a los efectos de este Régimen Especial, a toda persona natural que tenga algún empleado de hogar a su servicio en su domicilio y sin ánimo de lucro.

Además están incluidos en este Régimen, aquellos trabajadores que presten servicios a un grupo de personas que sin constituir una familia vivan como tales en el mismo hogar y cumplan con los requisitos anteriormente descritos.

También están incluidos, los empleados de hogar españoles residentes en el extranjero, al servicio de los representantes diplomáticos, consulares y funcionarios del Estado destinados fuera de España. Inicialmente, el Decreto 2346/1969, permitía incluir en este Régimen, a los españoles mayores de 14 años, pero posteriormente el Real Decreto-Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el quedó aprobado el Estatuto de los Trabajadores (65), prohibió la admisión al trabajo a los menores de 16 años.

El concepto de las contingencias protegidas por este Régimen Especial, es el fijado por el Régimen General de la Seguridad Social para cada una de las que son comunes a ambos regímenes.

Desde la publicación del Decreto 2346/1969, de 25 de septiembre, las contingencias protegidas en este Régimen Especial han sido las establecidas en el Régimen General de la Seguridad Social por contingencias comunes, con independencia de que la enfermedad o el accidente tuvieran carácter común o profesional.

A partir de la publicación del Real Decreto 1596/2011, de 4 de noviembre (69), por el que se desarrolla la disposición adicional quincuagésima tercera del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social aprobado mediante Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, se consideran protegidas las contingencias por accidente de trabajo y enfermedad profesional en los mismos términos y condiciones que los establecidos para la cobertura de las contingencias profesionales en el Régimen General.

Las prestaciones que concede este Régimen Especial, no pueden ser objeto de cesión total o parcial, embargo, retención compensación o descuento, excepto en el caso que el trabajador tenga que responder con obligaciones alimenticias a favor del cónyuge e hijos o cuando se trate de responsabilidades contraídas por el beneficiario dentro de la Seguridad Social. Cualquier percepción con origen en las prestaciones de este Régimen Especial, está exenta de toda contribución, impuesto, tasa o exacción parafiscal. A los empleados de hogar y en su caso, a sus familiares o asimilados, se les concede, en la extensión, términos y condiciones que se establecen en su Régimen Especial, entre otras, la prestación económica por incapacidad temporal y la prestación por incapacidad permanente.

Hasta la aprobación del Real Decreto 1596/2011, de 4 de noviembre, la prestación económica de incapacidad temporal derivada de enfermedad o accidente se concedía durante el tiempo y con los requisitos regulados en el Régimen General. Sin embargo, la prestación se comenzaba a percibir desde el vigésimo noveno día, contado a partir de la fecha en que se iniciaba la enfermedad o se producía el accidente.

Tras la aprobación del Real Decreto 1596/2011, de 4 de noviembre, y con efectos de 1 de enero de 2011, el subsidio por incapacidad temporal en los casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional se abona a partir del noveno día de la baja en el trabajo, estando a cargo del empleador el abono de la prestación del trabajador desde los días cuarto al octavo, ambos inclusive. La cuantía diaria del subsidio derivado de contingencias profesionales es la que corresponde al resultado de aplicar el 75% a la base reguladora. La gestión y el control de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales se llevan a cabo por la entidad gestora o la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, según se haya formalizado la cobertura de estas contingencias. Las prestaciones de incapacidad permanente e indemnizaciones por lesiones permanentes no invalidantes derivadas de contingencias profesionales están sujetas a lo establecido en el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio (70).

A partir de la aprobación del Real Decreto 1596/2011, de 4 de noviembre, los conceptos de accidente de trabajo y de enfermedad profesional son los establecidos en el Régimen General de la Seguridad Social, artículos 115 y 116 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio.

El Régimen Especial de Funcionarios Civiles del Estado y El Régimen Especial del Personal Militar no son motivo de trabajo de esta tesis, por no estar incluidas las personas protegidas por ambos regímenes en la población de estudio. El Régimen Especial de Estudiantes, concretado desde el punto de vista normativo en la Ley de 17 de julio de 1953 de creación del Seguro Escolar (71), tampoco es objeto de mención en esta tesis, por no tener derecho los estudiantes, a la prestación económica por incapacidad temporal y no estar incluidos por tanto, en la población de estudio.

1.3. Gestión y control de la prestación por Incapacidad Temporal

1.3.1. La gestión de la IT.

La gestión y el control de la prestación económica por IT, se regula en el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril (72), modificado por Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio (73). En La Orden de 19 junio de 1997 se precisan algunos detalles de la gestión de los partes de baja, confirmación de la baja y alta de la situación de incapacidad temporal y se establecen reglas especiales aplicables a los trabajadores por cuenta propia y a los afiliados al Régimen Especial de Empleados de Hogar (74, 75).

Los partes médicos de IT se confeccionan con arreglo a un modelo que permite su gestión informatizada, con participación de los servicios públicos de salud, las entidades gestoras de la SS, las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y las empresas.

El Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS (76) establece en su artículo 69 que los

empresarios que hayan optado por contratar la cobertura de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de sus trabajadores, con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, tienen obligatoriamente que formalizar la cobertura de la prestación económica por IT derivada de contingencias comunes para sus trabajadores con la misma Mutua.

El convenio de asociación con la Mutua que la empresa haya establecido, se debe mantener al menos por un período de un año, prorrogándose tácitamente por períodos anuales, si bien el empresario puede renunciar a la cobertura de la prestación económica por IT por contingencias comunes al vencimiento de los períodos aludidos, sin que ello implique alterar sus restantes derechos y obligaciones como asociado de la entidad.

En el referido Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, asimismo establece en su artículo 74, que los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos que de forma obligatoria u opcional, para los trabajadores agrarios en este último caso, tengan incluida en su acción protectora la prestación económica por IT, deben formalizar su protección con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS.

Asimismo y a los efectos de la prestación económica por IT, las mutuas deben aceptar las solicitudes de adhesión que les formulen los trabajadores autónomos en las mismas condiciones que las entidades gestoras de la SS. La adhesión tiene un plazo de vigencia de un año natural y se entiende prorrogado tácitamente, salvo que el interesado exprese denuncia antes del 1 de octubre del ejercicio anterior al que haya de surtir efectos la misma.

Los trabajadores por cuenta propia incluidos en el Régimen Especial de la SS de los Trabajadores del Mar pueden optar por formalizar la cobertura de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS. La adhesión tiene un plazo de vigencia de un año y se prorroga tácitamente por

períodos anuales salvo denuncia del trabajador por cuenta propia notificada con un mes de antelación como mínimo.

Los trabajadores incluidos en el régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos que protejan voluntariamente, en el caso de trabajadores agrarios, u obligatoriamente, las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, deben formalizar la citada cobertura con la misma mutua con la que tengan formalizada la prestación económica por IT derivada de contingencias comunes.

Le corresponde a la mutua la expedición de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta, así como la declaración del derecho al subsidio, su denegación, suspensión, anulación y declaración de extinción, en los procesos de IT derivados de las referidas contingencias profesionales de los trabajadores por cuenta propia adheridos. Asimismo le corresponde acordar las sucesivas bajas, confirmación de baja y alta, expedidas en los procesos ocasionados por las mismas patologías que causaron procesos derivados de las mencionadas contingencias de los citados trabajadores, así como la declaración del derecho al subsidio, denegación, suspensión, anulación y declaración de extinción.

A partir de la publicación del Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la SS de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (77), estos tienen derecho a la prestación económica por IT derivada de contingencias profesionales. Previamente fue preciso modificar el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, con su disposición adicional trigésima cuarta introducida en el artículo 40.cuatro de la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social (28).

Los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la SS de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos que hayan mejorado voluntariamente la acción protectora incorporando las contingencias de

accidente de trabajo y enfermedades profesionales, siempre que hayan optado por incluir la prestación económica por IT, tienen derecho a las prestaciones originadas por dichas contingencias, con la misma extensión, forma, términos y condiciones que en el Régimen General.

Se entiende como accidente de trabajo del trabajador autónomo el ocurrido como consecuencia directa e inmediata del trabajo que realiza por su propia cuenta y que determina su inclusión en el campo de aplicación del Régimen Especial.

Tienen la consideración de accidentes de trabajo del trabajador autónomo los siguientes:

a) Los ocurridos en actos de salvamento y otros de naturaleza análoga, cuando unos y otros tengan conexión con el trabajo.
b) Las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo, cuando se pruebe la conexión con el trabajo realizado por cuenta propia.
c) Las enfermedades, no incluidas como profesionales, que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que fue por causa exclusiva la ejecución de aquel.
d) Las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.
e) Las consecuencias del accidente que resulten modificadas en su naturaleza, duración, gravedad o terminación, por enfermedades intercurrentes, que constituyan complicaciones derivadas del proceso patológico determinado por el accidente mismo o tengan su origen en afecciones adquiridas en el nuevo medio en el que se haya situado el paciente para su curación.

No tienen la consideración de accidentes de trabajo en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos los siguientes:

a) Los que sufra el trabajador a ir o al volver del lugar de trabajo.

b) Los que sean debidos a fuerza mayor extraña al trabajo, entendiéndose por tal la que no guarde ninguna relación con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente.

c) Los que sean debidos a dolo o imprudencia temeraria del trabajador.

Se califica también como accidente de trabajo, cuando concurra culpabilidad civil o criminal de un tercero, salvo que no exista relación alguna con el trabajo.

Se entiende como enfermedad profesional de los trabajadores del Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos aquella que se contrae a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta propia, en la actividad en virtud de la cual el trabajador está incluido en el campo de aplicación del régimen especial, que esté originada por la acción de los elementos y sustancias y en las actividades contenidos en la lista de enfermedades profesionales con las relaciones de las principales actividades capaces de producirlas, especificadas en el Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la SS (78).

A los trabajadores de este Régimen Especial no se aplica el recargo de las prestaciones económicas en caso de accidente de trabajo y enfermedad profesional por no tener las medidas de prevención de riesgos laborales a las que se refiere el artículo 123 del texto refundido de la LGSS.

El reconocimiento del derecho y el pago de las prestaciones derivadas de contingencias profesionales se llevarán a cabo en iguales términos y en las mismas situaciones que en el Régimen General de la SS por el INSS o por la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS en función de que la formalización de la cobertura de la IT haya sido con una u otra entidad.

Los trabajadores por cuenta propia que tengan cubierta la cobertura de las contingencias profesionales de forma voluntaria u obligatoria y tengan derecho a la prestación económica por IT, reciben este subsidio a partir del día siguiente al de la baja y en una cuantía que constituye el 75% de la base reguladora.

Las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS conceden la prestación económica por IT derivada de contingencias comunes en la misma cuantía y condiciones que resultan de las normas aplicables al régimen de la Seguridad Social en el que se encuentran adscritos los trabajadores de las empresas asociadas y dispensan la prestación con igual alcance que lo hacen las entidades gestoras de la SS.

A las mutuas les corresponde declarar el derecho al subsidio en estos casos, así como la denegación, suspensión, anulación y declaración de extinción de los procesos de IT correspondientes a los trabajadores dependientes de las empresas asociadas y de los trabajadores por cuenta propia adheridos.

Las mutuas asumen el coste del subsidio de IT, el de la gestión administrativa de estas prestaciones, el de las actuaciones de control y seguimiento de la prestación económica y de la situación de IT, así como el de las actuaciones sanitarias de urgencia. Estas últimas, son aquellas pruebas diagnósticas o tratamientos médicos o quirúrgicos prescritos por el Servicio de Salud correspondiente y que son llevados a cabo por las mutuas previo consentimiento informado del trabajador y con la conformidad de la autoridad sanitaria del Servicio de Salud correspondiente, una vez comprobada la adecuación y calidad de los mismos y en las condiciones establecidas en los acuerdos y convenios entre el Servicio Público de Salud y las mutuas.

Cuando se expide el alta médica, se extingue el derecho al subsidio con efectos del día siguiente al de su expedición, salvo que la fecha sea festivo o víspera de festivo, días durante los que se mantiene el derecho.

1.3.2. Competencias del INSS sobre incapacidades laborales.

El INSS con independencia de la entidad gestora o colaboradora que cubra la contingencia, tiene asignadas las siguientes funciones:

a) Evalúa, califica y revisa la incapacidad y reconoce el derecho a las prestaciones económicas contributivas de la SS por invalidez permanente, y asimismo determina las contingencias causantes de la misma.
b) Comprueba la existencia de lesiones, mutilaciones y deformidades de carácter definitivo y no invalidantes, que son causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional y reconoce el derecho a las indemnizaciones correspondientes.
c) Resuelve sobre la prórroga del período de observación médica correspondiente.
d) Determina, en su caso, la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS o empresa colaboradora responsable de las prestaciones económicas que procedan derivadas de incapacidades laborales o lesiones permanentes no invalidantes.
e) Declara la responsabilidad empresarial que proceda por falta de alta, cotización o medidas de seguridad e higiene en el trabajo y determina el porcentaje en que en su caso, tengan que incrementarse las prestaciones económicas.
f) Evalúa la incapacidad para el trabajo a los efectos del reconocimiento de la condición de beneficiario del derecho a las prestaciones económicas por muerte y supervivencia, así como de las prestaciones por invalidez del extinguido Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI).
g) Declara la extinción de la prórroga de los efectos económicos de la situación de IT, en el momento en el que recaiga la resolución por la que se reconozca o deniegue el derecho a la prestación por invalidez.

Estas funciones son ejercidas por el director provincial del INSS de la provincia donde tiene su domicilio el interesado.

1.3.3. Funciones y estructura de los equipos de valoración de incapacidades.

Los equipos de valoración de incapacidades examinan la situación de incapacidad del trabajador y elevan al director provincial del INSS los dictámenes-propuestas preceptivos y no vinculantes en relación a los siguientes asuntos:

a) Pérdida o disminución de la capacidad para el trabajo por existencia de situaciones de invalidez permanente, calificación de estas situaciones en los distintos grados, su revisión por agravación, mejoría o error diagnóstico y contingencia determinante.
b) Determinación del plazo a partir del cual se puede solicitar la revisión del grado de invalidez por agravación o mejoría.
c) Procedencia de la revisión por previsible mejoría de la situación de incapacidad permanente del trabajador a efectos de la posible reincorporación a su puesto de trabajo, teniendo en cuenta que existe obligación de la empresa a reservar el puesto de trabajo en estas situaciones, según lo dispuesto en el artículo 48.2 del texto refundido del Estatuto de las Trabajadores aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo.
d) Disminución de la integridad física del trabajador por existencia de lesiones permanentes no invalidantes, causadas por accidente de trabajo o enfermedad profesional.
e) Determinación de la incapacidad para el trabajo que se exige para ser beneficiario de las prestaciones económicas por muerte y supervivencia, así como de las prestaciones por invalidez del SOVI.
f) Determinación del carácter común o profesional de la enfermedad que origine la situación de IT o muerte del trabajador cuando se le solicite tal dictamen.
g) Procedencia de prorrogar el período de observación médica en enfermedades profesionales.

Los equipos de valoración de incapacidades realizan el seguimiento de los programas de control de las prestaciones económicas por IT y proponen al director provincial del INSS la adopción de medidas adecuadas en coordinación con los órganos competentes en esta materia. Prestan asistencia técnica y asesoramiento en materia de incapacidad temporal, en los procedimientos contenciosos en los que sea parte el INSS y si así lo requiere su director provincial. Están constituidos en cada una de las direcciones provinciales del Instituto nacional de la SS y dependen orgánica y funcionalmente de las mismas.

El funcionamiento de los equipos de valoración de incapacidades está reglamentado en el capítulo II del Título II de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (79).

Están compuestos por un presidente y cuatro vocales. El presidente es el subdirector provincial de invalidez del INSS o funcionario que designe el director general del INSS y los vocales que son nombrados por el director general del INSS son los siguientes:

a) Un médico inspector en representación del Servicio Público de Salud (SPS) de la Comunidad Autónoma correspondiente.
b) Un facultativo médico perteneciente al INSS.
c) Un inspector de trabajo y seguridad social en representación de la Inspección de Trabajo y SS.
d) Un funcionario titular de la unidad que tramita las prestaciones de invalidez de la correspondiente dirección provincial del INSS que actúa como secretario.

Cada uno de los miembros del equipo dispone de un suplente designado de la misma manera que lo son los titulares, para aquellos casos en los que se produce ausencia, vacante o enfermedad de los mismos.

También son designados por el correspondiente director provincial del INSS vocales del Equipo de Valoración de Incapacidades las siguientes personas:

a) Un experto en recuperación y rehabilitación propuesto por el Instituto Nacional de Servicios Sociales o por el órgano competente de la Comunidad Autónoma respectiva en aquellos casos donde la situación clínica del paciente induzca a pensar en la posible recuperación del trabajador.
b) Un experto en seguridad e higiene en el trabajo propuesto por el órgano competente del Estado o de la respectiva Comunidad Autónoma cuando existan indicios de incumplimiento de las medidas de seguridad e higiene en el trabajo.

1.3.4. Declaraciones médicas de baja y alta a efectos de la prestación de incapacidad temporal.

La declaración de la baja médica, a los efectos de la prestación económica por incapacidad temporal, se formula en un parte médico de baja expedido por el médico del SPS que realiza el reconocimiento al trabajador afectado. Este parte de baja es el acto que da origen a la iniciación de las actuaciones encaminadas a la declaración o denegación del derecho al subsidio.

En su anexo I, La Orden de 19 junio de 1997 establece el modelo de parte médico de baja/alta de IT derivada de contingencias comunes, en el que figuran datos del trabajador, situación laboral, régimen de la SS al que pertenece, datos de la empresa, descripción de la limitación de la capacidad funcional en caso de baja, resultado del reconocimiento médico en caso de alta, diagnóstico, código de Clasificación Internacional de Enfermedades en su novena revisión y Modificación Clínica (CIE 9-MC), duración probable de la baja y duración estándar de la misma, fecha en la que se produce la baja o alta, tipo de contingencia (accidente no laboral o enfermedad común), existencia o no de recaída, datos del facultativo que realiza el reconocimiento

médico, así como la causa del alta. En el reverso del parte de baja figuran, la declaración del trabajador en la que asegura tener cotizados 180 días en los últimos 5 años para el caso de enfermedad, datos a cumplimentar por la empresa relativos al contrato con el trabajador, así como notas aclaratorias. Este parte está constituido por un cuadruplicado ejemplar que incluye el destinado al SPS, otro para el INSS, ISM o MUTUA, el ejemplar para el trabajador y finalmente el destinado a la empresa que posteriormente deberá remitir al INSS, ISM o MUTUA. En este último ejemplar no aparecen datos médicos.

Si el facultativo que expide el parte médico de baja por contingencias comunes no puede determinar la entidad gestora o colaboradora con la que la empresa tenga concertada la cobertura de la prestación económica por IT, entregará al trabajador en sobre cerrado la copia destinada a las citadas entidades para que este la haga llegar a la entidad que corresponda, bien presentando la copia mencionada en la empresa junto con la destinada a la misma para que en el plazo de cinco días desde la presentación la empresa remita la copia a la entidad gestora o colaboradora que corresponda o bien remitiendo directamente por el medio que considere más idóneo y que le permita dejar constancia de su recepción, la copia destinada a la entidad gestora o colaboradora correspondiente, en el plazo de cinco días desde la entrega de la mencionada copia por el facultativo.

El original del parte de baja y la copia que se remite a la entidad gestora o a la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en su caso, deben contener el diagnóstico y la descripción de las limitaciones de la capacidad funcional del trabajador, así como una previsión del proceso patológico.

En el caso de que la baja derive de enfermedad común o accidente no laboral y la empresa hubiese concertado la cobertura de esta prestación económica por IT con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, la empresa debe remitir la citada copia del parte de baja destinada a ella a la respectiva mutua.

En los casos en que la empresa asume el pago de la citada prestación económica en régimen de colaboración voluntaria, no es necesario que la misma remita el citado parte de baja a la entidad gestora.

Tras el reconocimiento médico del trabajador, el facultativo emite el parte de baja para que el SPS remita una copia a la entidad gestora o Mutua, según corresponda la responsabilidad de la prestación económica por IT, en el plazo de cinco días contados desde el momento de su expedición. El facultativo, a su vez debe entregar dos copias al trabajador, una para el interesado y otra con destino a la empresa.

El trabajador debe entregar en la empresa la copia del parte de baja destinada a ella, en el plazo de tres días contados a partir del día de su expedición. La empresa a continuación, después de cumplimentar los apartados correspondientes, lo remite a la entidad gestora en el plazo de cinco días contados a partir del día de su recepción, pudiendo utilizar cualquier medio autorizado que permita dejar constancia de la comunicación.

El parte en el que se confirma la baja se extiende el cuarto día del inicio de la situación de incapacidad y posteriormente cada siete días contados a partir del primer parte de confirmación, mientras la misma se mantenga. El contenido del parte de confirmación de la baja es igual al del parte de baja.

En el anexo II se establece el modelo de parte médico de confirmación de la baja derivada de contingencias comunes, en el que figuran datos del trabajador, datos de la empresa, diagnóstico con descripción de la limitación de la capacidad funcional, informe complementario a cumplimentar con el tercer parte de confirmación coincidente con el día 18 de la baja y sucesivamente cada cuatro partes, informe a efectos de prórroga de IT a los doce meses a cumplimentar en el parte 51, datos del facultativo que realiza el reconocimiento médico, número de parte de confirmación y fecha. Este parte asimismo está constituido por un cuadruplicado ejemplar que incluye el destinado al SPS, otro para el INSS, ISM, o MUTUA, el ejemplar para el trabajador y el destinado a la

empresa que posteriormente deberá remitir al INSS, ISM, o MUTUA. En este último ejemplar no se reflejan datos médicos.

En el supuesto de que la incapacidad derive de accidente de trabajo o de enfermedad profesional, el parte de confirmación de la baja se extiende a los siete días naturales siguientes al inicio de la incapacidad y posteriormente cada siete días contados a partir del primer parte de confirmación.

Los partes de confirmación de baja y alta deben remitirse a la entidad gestora o a la Mutua, según corresponda, en la forma descrita en los párrafos anteriores.

En el tercer parte de confirmación de la baja se cumplimenta un informe complementario elaborado por el médico que extiende la baja, en el que se recogen las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento prescrito, la evolución de las dolencias y su incidencia sobre la capacidad funcional y la duración probable del proceso. El informe médico complementario mencionado debe acompañar al cuarto parte de confirmación y a los sucesivos, con una periodicidad de cuatro semanas.

En los casos en que la situación de IT derivada de contingencias comunes deba prorrogarse más allá de los doce meses, los médicos de los SPS deben formalizar un informe en el que se especifique las lesiones padecidas por el interesado, las limitaciones de su capacidad funcional, así como la presunción de que en los próximos seis meses tendrá posibilidades de ser dado de alta por curación. Este informe acompaña al parte de confirmación de la baja que se remite a la Entidad Gestora.

El parte médico de alta se extiende, tras el reconocimiento médico del trabajador por el facultativo correspondiente del SPS, debiéndose hacer constar en todo caso, el resultado del reconocimiento y la causa del alta médica. El parte también puede ser extendido por el facultativo del INSS, tras el reconocimiento del trabajador, debiendo comunicar a la Inspección Médica u Órgano similar del SPS su intención de extenderlo con el fin de que en el plazo

de tres días hábiles este órgano pueda manifestar su disconformidad. Si no se recibe en el plazo mencionado la disconformidad, el parte de alta será efectivo, debiendo contener siempre el resultado del reconocimiento y la causa del alta.

En el anexo V se establece el modelo de comunicación de la intención del facultativo del INSS de expedir el parte médico de alta de incapacidad temporal por contingencias comunes, en la que figuran datos del trabajador, situación laboral, régimen de la SS al que pertenece, datos de la empresa, diagnóstico, código de la CIE 9 - MC del reconocimiento médico, fecha de la baja, fecha del reconocimiento médico, fecha de efectos del alta, tipo de contingencia (enfermedad común o accidente no laboral), causa del alta y datos del facultativo. Esta comunicación consta de un único ejemplar destinado a la Inspección Médica u órgano competente del SPS.

En este anexo V, asimismo, se establece el modelo de parte médico de alta de IT por contingencias comunes a expedir por los facultativos adscritos al INSS en el que figuran los mismos datos relacionados en la comunicación de la intención antes mencionada. Este parte está constituido por un quintuplicado ejemplar que incluye el destinado al INSS, otro para el SPS, el ejemplar para la Mutua, el ejemplar para el trabajador y el destinado a la empresa en el que no se reflejan datos médicos.

El parte médico de alta por contingencias comunes debe ser presentado por el trabajador en la empresa dentro de las veinticuatro horas siguientes a su emisión y la empresa remite la copia destinada a la entidad gestora o mutua, en el plazo de cinco días contados a partir del día de su recepción. En el caso de que se haya extinguido la relación laboral, el trabajador debe presentar la copia del parte médico de alta por contingencias comunes en la entidad gestora o mutua, en el plazo de cinco días contados a partir del día de su recepción.

El SPS debe remitir a la entidad gestora o mutua la copia del parte médico de alta por contingencias comunes destinada a ellas, en el plazo de cinco días contados a partir de su expedición.

Si en el transcurso del período de baja se produce la finalización del contrato de trabajo, el trabajador está obligado a presentar ante la Entidad Gestora o la Mutua, según corresponda, en el mismo plazo fijado para la empresa, las copias de los partes de confirmación de baja y alta.

En las situaciones de IT de los trabajadores por cuenta propia y de los afiliados al Régimen Especial de Empleados de Hogar, los trabajadores deben remitir a la entidad gestora la copia de los partes médicos de baja, de confirmación de la baja o de alta por contingencias comunes destinada a la empresa en el plazo de cinco días contados a partir de la expedición del citado parte. En los casos en los que los trabajadores por cuenta propia hayan concertado la prestación económica con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS deberán remitir la copia citada a la mutua correspondiente.

En el caso que la causa de la baja médica sea debida a un accidente de trabajo o a una enfermedad profesional y el trabajador preste servicios a una empresa que tenga concertada la cobertura de las citadas contingencias con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, o se trate de un trabajador por cuenta propia que también haya concertado con una mutua la cobertura de la prestación económica de incapacidad temporal, los partes de baja correspondientes, así como los de confirmación de la baja o de alta son expedidos por los servicios médicos de la propia mutua.

En el anexo III se establece el modelo de parte médico de baja/alta de IT por contingencias profesionales, en el que figuran datos del trabajador, situación laboral, régimen de la SS al que pertenece, datos de la empresa, descripción de la limitación de la capacidad funcional en caso de baja, resultado del reconocimiento médico en caso de alta, diagnóstico, código de CIE 9 - MC, duración probable de la baja y duración estándar de la misma, fecha del accidente de trabajo, de la enfermedad profesional y de la baja o alta, tipo de contingencia (accidente de trabajo, enfermedad profesional o período de observación de enfermedad profesional), datos del facultativo y finalmente causa del alta. En el reverso del parte de baja figuran datos a cumplimentar por

la empresa y notas aclaratorias. Este parte está constituido por un cuadruplicado ejemplar que incluye el destinado al SPS, otro para el INSS o ISM, el ejemplar para el trabajador y el destinado a la empresa que posteriormente deberá remitir al INSS o ISM. En este último ejemplar no aparecen datos médicos.

En el anexo IV se establece el modelo de parte médico de confirmación de IT por contingencias profesionales, en el que figuran datos del trabajador, datos de la empresa, diagnóstico con descripción de la limitación de la capacidad funcional, informe complementario a cumplimentar en el tercer parte de confirmación coincidente con el día 21 de la baja y sucesivamente cada cuatro partes, informe a efectos de prórroga de IT a los doce meses a cumplimentar en el parte 50, fecha y número de parte de confirmación y datos del facultativo que realiza el reconocimiento médico. Este parte también está constituido por un cuadruplicado ejemplar que asimismo incluye el destinado al SPS, otro para el INSS o ISM, el ejemplar para el trabajador y el destinado a la empresa que posteriormente deberá remitir al INSS o ISM. En este último ejemplar no se reflejan datos médicos.

Si la situación de IT deriva de accidente de trabajo o enfermedad profesional el informe médico anteriormente citado es realizado por los servicios médicos de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS.

La prórroga de los efectos de la incapacidad temporal requiere el dictamen de los servicios médicos del INSS.

En el anexo VI se establece el modelo de Comunicación de la intención del facultativo del INSS de expedir el parte médico de alta de incapacidad temporal por contingencias profesionales en el que figuran datos del trabajador, situación laboral, régimen de la SS al que pertenece, datos de la empresa, diagnóstico, código de la CIE 9 - MC, resultado del reconocimiento médico, fecha de la baja, fecha del reconocimiento médico, fecha de efectos del alta, tipo de contingencia (accidente de trabajo, enfermedad profesional o período

de observación), causa del alta y datos del facultativo. Esta comunicación consta de un único ejemplar destinado a la Inspección Médica u órgano competente del SPS.

En este anexo VI, asimismo se establece el modelo de parte médico de IT por contingencias profesionales a expedir por los facultativos adscritos al INSS en el que figuran los mismos datos relacionados en la comunicación de la intención mencionada. Este parte está constituido por un cuadruplicado ejemplar que incluye el destinado al INSS, otro para el SPS, el ejemplar para el trabajador y el destinado a la empresa en el que no constan datos médicos.

Cuando el parte médico de alta sea expedido por el facultativo del INSS se envía una copia al SPS y se entrega al trabajador dos copias, una para el interesado y otra para la empresa.

En los casos en los que el parte médico de alta expedido por el facultativo del INSS se hubiese formulado a iniciativa de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades de la SS se le envía a la misma, en el plazo de cinco días a partir de la expedición del parte de alta, una copia destinada a ella junto con otra destinada al SPS para que la Entidad Colaboradora lo remita al citado Servicio Público. Además se entrega al trabajador una copia para él y otra para la empresa.

En las situaciones de IT de los trabajadores por cuenta propia, los trabajadores deben remitir a la entidad gestora la copia de los partes médicos de baja, de confirmación de la baja o de alta por contingencias profesionales destinada a la empresa en el plazo de cinco días contados a partir de la expedición del citado parte.

En los casos en los que las empresas o los trabajadores por cuenta propia, concierten la prestación económica por IT derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS, los partes médicos de baja, de confirmación de la baja o de alta y los informes médicos complementarios, son

formalizados directamente por los servicios médicos de la mutua. En estas situaciones no es preciso remitir las copias de los partes médicos al SPS ni a la entidad gestora.

Tras un alta expedida por los servicios médicos del INSS, durante los seis meses siguientes a la fecha en que se expidió aquella, solo se podrá extender una nueva baja derivada de la misma patología del proceso anterior, por la Inspección Sanitaria del SPS.

El parte médico de alta por contingencias profesionales debe ser presentado por el trabajador en la empresa dentro de las veinticuatro horas siguientes a su emisión y aquella remite la copia a la entidad gestora en el plazo de cinco días contados a partir del día de su recepción. En el caso de que se haya extinguido la relación laboral, el trabajador debe presentar en la entidad gestora la copia del parte médico de alta por contingencias profesionales en el plazo de cinco días contados a partir de la fecha de su recepción.

El SPS debe remitir a la entidad gestora la copia del parte médico de alta por contingencias profesionales destinada a ella en el plazo de cinco días contados a partir del día de su expedición.

1.3.5. Actos de control y seguimiento de la prestación por IT.

Los médicos de los SPS, de las Entidades Gestoras y de las Mutuas, pueden llevar a cabo actos de comprobación de la incapacidad basándose en los datos que figuran en los partes de baja, de confirmación de la baja y en los propios reconocimientos y dictámenes realizados a los trabajadores, estarán por tanto facultados para acceder a los informes y diagnósticos relativos a las situaciones de IT con el fin de ejercer las funciones encomendadas.

Los datos obtenidos en las actuaciones médicas para la comprobación de la incapacidad deben ser tratados por las personas con acceso a los mismos por su condición profesional, con el deber de secreto profesional,

estando protegidos según lo establecido en la Ley 5/1992, de 29 de octubre, sobre tratamiento automatizado de los datos de carácter personal (80).

Las Entidades Gestoras o las Mutuas, según corresponda, ejercen el control y seguimiento de la prestación económica por IT y realizan a estos efectos las actividades que tienen por objeto comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originaron el derecho al subsidio, desde el momento en que les corresponde asumir la gestión del gasto de la prestación económica por IT, todo ello, sin perjuicio de las facultades que les corresponde en materia de declaración, suspensión, anulación o extinción del derecho, así como de las competencias asumidas pos los SPS en relación al control sanitario de las bajas y altas médicas.

Los médicos de las Entidades Gestoras o de las Mutuas, a partir de la información obtenida en los partes médicos de baja, confirmación de la baja, así como en los reconocimientos efectuados a los trabajadores, si consideran que el trabajador no está impedido para el trabajo, pueden realizar propuestas motivadas de alta médica, que son dirigidas a los facultativos de los SPS, a través de la Inspección Médica de los mismos. Los facultativos citados deben pronunciarse en el plazo de diez días confirmando la baja médica, señalando las atenciones médicas necesarias o admitiendo la propuesta de alta expidiendo el correspondiente parte de alta.

En caso de no recibir la respuesta mencionada en el plazo señalado o en caso de discrepar con las mismas, la Inspección Médica puede acordar el alta médica inmediata comunicando en el plazo de los cinco días siguientes la actuación realizada a la Entidad Gestora o a la Mutua, según a quién le corresponda la prestación económica.

Las Entidades Gestoras y las Mutuas, según corresponda el pago de la prestación económica por IT derivada de contingencias comunes, pueden disponer que los trabajadores que se encuentren en situación de IT sean reconocidos por los médicos adscritos a las mismas. Estos reconocimientos se llevan a cabo respetando el derecho a la intimidad y a la dignidad de los

trabajadores y con la garantía de confidencialidad de la información referida a su estado de salud, respetando el deber de secreto profesional, así como lo dispuesto en la Ley 5/1992, de 29 de octubre. En el caso de que el trabajador se niegue a someterse al reconocimiento médico la entidad gestora o mutua podrá realizar una propuesta de alta médica.

En el caso de que la Mutua reitere la propuesta de alta al SPS y no obtenga respuesta del mismo, puede presentar la propuesta ante los servicios médicos del INSS.

La entidad gestora, o la mutua respecto a los casos de situaciones de IT derivadas de contingencias comunes, pueden realizar a través de sus propios servicios médicos, propuestas motivadas de alta médica a través de la Inspección de Servicios Sanitarios del correspondiente SPS, a los facultativos que expidieron los partes de baja o de confirmación de la baja, quienes deben pronunciarse en el plazo de diez días, contados a partir de la fecha en la que la propuesta se haya puesto a disposición de la Inspección. En el caso de que el facultativo no se pronuncie o la Inspección discrepe de su pronunciamiento, esta última puede acordar el alta, dentro del plazo de quince días contados a partir del siguiente a la fecha en la que se puso a su disposición la propuesta y comunica la actuación a la entidad gestora o mutua. En todo caso, la Inspección de Servicios Sanitarios del SPS puede acordar el alta médica en cualquier momento.

Cuando la propuesta de alta realizada por la Mutua no se resuelva en los plazos señalados al efecto, esta entidad puede optar entre reiterar la citada propuesta o plantear la intención de alta médica ante los servicios médicos del INSS.

Los servicios médicos de las mutuas pueden reconocer a los trabajadores que se encuentren en IT derivada de contingencias profesionales y que sus respectivas empresas formen parte de la mutua.

Por último, los reconocimientos médicos y otros actos de comprobación de la IT deben fundamentarse tanto en los datos incluidos en los partes de baja, de confirmación de baja, en los informes médicos complementarios, así como en otros reconocimientos y dictámenes médicos realizados.

1.4. Factores relacionados con la incidencia y duración de la Incapacidad Temporal

El análisis de las causas que originan la IT es absolutamente necesario con el fin de detectar los factores que en ella influyen, para la puesta en marcha de medidas tendentes a limitarla y acotarla (81). Estos factores son múltiples y de carácter diverso. Al margen de la enfermedad, condición imprescindible, se estima de indudable interés el análisis de otras variables como justificantes del nivel absentismo laboral de una población. Se encuentran entre ellas: el nivel de ingresos, el nivel educativo, los requerimientos físicos de cada ocupación, la actitud ante el trabajo, el nivel de desempleo, los factores ambientales y psicológicos o las características demográficas (82, 83, 84).

Desde el punto de vista socioempresarial, y de acuerdo a Benavides et al. (85) y Úbeda et al. (86) dichos factores se pueden clasificar de la siguiente forma:

1. Factores relacionados con la empresa, entre los que destacan: la ubicación y sector en el que se encuadra la misma.
2. Factores relacionados con las condiciones de trabajo: Cuanto más ergonómico y cómodo sea el mismo, menos absentismo producirá. La peligrosidad, turno de trabajo, el pluriempleo y las condiciones desfavorables pueden ser otras causas.
3. Factores relacionados con el trabajador como el sexo, la edad, el estado civil, la cualificación, el nivel socioeconómico, la antigüedad en la empresa, la responsabilidad; los problemas físicos (fatiga, minusvalía, etc.) así como los problemas psicológicos (adaptación, insatisfacción, drogadicción, problemas familiares, etc.) pueden ser motivo de absentismo.

4. Factores relacionados con el mercado de trabajo y la protección social, ya que las situaciones sociopolíticas influyen de manera importante.

Para Grandal et al. (87) la clasificación de los mencionados factores sería como sigue:

- Factores personales: capacidad, insatisfacción, actitud.
- Factores laborales: condiciones del trabajo, sector de actividad, protección del trabajador, etc.
- Factores asistenciales: entre los que se encuentran motivos estrictamente médicos tales como enfermedad común, enfermedad profesional, accidente común, accidente laboral y maternidad, y no estrictamente médicos pero que se justifican médicamente como pueden ser desajustes sociales, laborales intimidatorios (facultativos, medios de diagnóstico, masificación).

Estas clasificaciones se refieren a aquellos factores que determinan o predisponen a la aparición de procesos de absentismo, esto es, factores que claramente determinan la incidencia de procesos. La causa última sería siempre la enfermedad en un escenario ideal donde la IT declarada se correspondiera perfectamente con aquellos para los que fue prevista.

Desde el punto de vista puramente organizativo (83), las causas del absentismo en el trabajo podrían dividirse en dos grandes grupos:

1. Ausencias previsibles: Permisos, cursillos de formación, actividades dentro de la empresa.
2. Ausencias no previsibles, que son el origen de importantes perturbaciones en el funcionamiento de las colectividades de trabajo: enfermedades, permisos por maternidad, ausencias autorizadas de corta duración, ausencias no autorizadas, accidentes de trabajo, huelgas.

En el absentismo, junto con aspectos sociales y clínicos, interviene otro factor mucho más importante de naturaleza psicológica. La auténtica causalidad del absentismo, se deberá a más de un factor, potencialmente dos, e incluso a tres, pero siempre actuará el aspecto psicológico como potenciador de los otros dos, así se tendría:

1. Absentismo por causa social: Existen una serie de ausencias que son debidas a las relaciones sociales que tienen los individuos. Entre ellas se encuentran las de tipo familiar y social.
2. Absentismo por causa psicológica: Cuantitativamente es el más numeroso. Las principales estructuras de la personalidad ante una situación concreta, pueden provocar una conducta inadecuada que da lugar al absentismo. La predisposición de la persona, unida a la motivación contraria al trabajo, potencia el absentismo y se resume en dos grandes grupos:

- El debido a falta de motivación.
- El debido a ciertas características de la persona.

Desde el punto de vista de la Seguridad e Higiene Laboral, la causa más importante de ausencia al trabajo la constituye la enfermedad o el accidente (89). Éstos generan tal alteración en la producción de las empresas que su coste supera ampliamente al derivado de la propia baja médica. Sólo una parte de estas bajas, puede justificarse por la propia patología del paciente.

Martínez Quintana (90), señala como factores que, de manera más frecuente, son causa de absentismo los siguientes:

1. Enfermedad, maternidad, lactancia.
2. Permisos varios permitidos.
3. Accidentes.
4. Motivos y causa fingida.
5. Control de ausencias.
6. Condiciones físicas del trabajo.
7. Estado civil.
8. Trabajo monótono.
9. Relaciones sociales.
10. Pluriempleo.

En cualquier caso y tomando como base el trabajo de Romay (82), las variables relacionadas con la IT, que permiten profundizar en su explicación, podrían sintetizarse como a continuación se expone:

1) *Factores individuales*. Diversos autores han señalado los factores directamente ligados a la persona como modificadores de los niveles de absentismo. Variables como la edad y el sexo han sido ampliamente estudiadas, sin embargo, los factores psicológicos han sido considerados en un menor número de estudios.

En relación con el sexo diversos estudios han comunicado una mayor tasa de absentismo en el sexo femenino (91, 92, 93). Según Allen (94), esta mayor tasa de absentismo es debida a que el cuidado de los hijos y parientes suele recaer en la mujer. Otros estudios (83, 84, 95, 96) señalan causas diferentes: padecimiento de mayor número de pequeñas enfermedades, razones culturales como puede ser su mayor dedicación al cuidado de la casa y de familiares enfermos, menores probabilidades de movilidad o ascenso que los hombres, quizá como consecuencia de las razones anteriores, aumentando por ello tal y como señala Martínez (90) su insatisfacción en el trabajo. Algunos estudios indican también proporciones más altas de ausencias en mujeres solteras (97).

En el estudio de Romay (98) se observa que la duración de la baja en la mujer a igualdad de todas las demás variables contempladas (edad, régimen de afiliación, etc.), es superior en tres días cuando se considera la totalidad del periodo estudiado (de 1989 a 2001). No obstante, se observa una disminución de la duración de la baja a lo largo del tiempo, llegando a ser un día inferior entre 1995 y 2001.

Las tasa de absentismo de la mujer en relación al hombre ha sido cifrada por Frieyro et al. (99) entre el 25 y 33% superior en las mujeres que en los hombres. El estudio de Arriba et al. (100) de las diferencias en la incapacidad laboral en los Trabajadores del Mar en relación con el sexo, concluye que, aun considerando la escasa participación de la mujer en la población estudiada, es

clara la importante incidencia de las bajas laborales por enfermedad común en la mujer. Los autores encuentran esta mayor tasa de absentismo, coherente con los datos de otros estudios y países. Existen también estudios (101, 102, 103, 104) que parecen indicar una mayor incidencia de absentismo en varones. Otros autores, sin embargo, no han hallado diferencia del índice de absentismo entre sexos. Así, el estudio realizado por Peirats et al. (105) sobre los factores indicadores del índice de incidencia de bajas laborales en una empresa de proceso continuo, no muestra diferencias dependientes de la residencia del trabajador, el sexo y el tipo de jornada realizada.

La edad media de la población femenina en baja laboral suele ser más joven que la masculina, lo que es atribuido a dos razones: la IT de causa obstétrica y la reciente incorporación de la mujer al mundo laboral por lo que existe una mayor proporción de mujeres trabajadoras jóvenes (99). Los picos de máxima incidencia de IT en función del sexo del trabajador encontrados por Alfonso et al. (96) fueron de los 20 a los 29 años para las mujeres y entre los 40 y los 49 para los varones. En el caso de las mujeres el intervalo de edad en el que se produce una mayor tasa de absentismo generalmente coincide con las edades en que éstas suelen tener hijos a su cargo (90). Respecto a los accidentes de trabajo, incluidos los acaecidos durante el trayecto (in itinere), se ha observado menor incidencia en la mujer aunque la razón puede estar en la naturaleza del trabajo que ejecutan (83).

En relación a la edad del trabajador, parece constituir un factor fundamental (98, 105). En general, suele haber una tendencia absentista mayor durante la juventud, para posteriormente disminuir durante la edad adulta y finalmente aumentar en el período de prejubilación. Una causa fundamental de este comportamiento podría ser que durante los primeros años de la vida laboral el sentido de la profesionalización suele ser menor, con una mayor incidencia de los accidentes de trabajo, mientras que en la etapa de prejubilación el deterioro del estado de salud suele ser frecuente (84). Por otra parte, aunque las personas jóvenes presentan una mayor incidencia de ausencias, sin embargo la duración de estas es menor que la de las personas mayores. Las diferencias en la duración de la baja según la edad son muy

notables, incrementándose desde la duración media de 16 días en el grupo de menor edad, trabajadores de 16 a 24 años, a 68 días en el de mayor edad, 55 y más años (89, 95, 97, 98). Entre los varones de más edad, existe un predominio de la IT por enfermedades osteoarticulares, cardiocirculatorias y respiratorias. Entre los varones jóvenes son más frecuentes los accidentes no laborales (99). En cuanto a la distribución por edad de los accidentes laborales, incluidos los acaecidos durante el trayecto (in itinere), tienen claro predominio en los grupos de edad de 20-29 y 40-49 años (83).

En el absentismo laboral inciden también factores de carácter psicosociológico, que derivan de la actitud del individuo y de la sociedad ante el trabajo (106). El estudio realizado por Peirats et al. (105) concluye que el índice de incidencia de bajas parece estar más influenciado por variables psicológicas que por los correlatos fisiológicos del trabajador. En relación con estas variables Grandal et al. (87) diferencia:

- El desajuste entre la vocación y la capacidad del individuo.
- La naturaleza de la actividad a realizar y el grado de insatisfacción personal.
- La actitud negativa ante el trabajo.

Lo anterior viene también a poner de manifiesto la utilización de la baja laboral por parte de los pacientes para encubrir situaciones personales. En este caso la baja se puede convertir, en ocasiones, en un elemento de protección del trabajador frente a agentes de insatisfacción (107, 108, 109, 110, 111).

2) *Factores laborales*. Entre los factores laborales que han sido descritos como determinantes de IT cabe mencionar:

a) Régimen de afiliación. La diferente regulación de cada régimen en cuanto a la percepción del subsidio por IT se refleja en la incidencia y duración de las bajas de los trabajadores para cada uno de estos regímenes. El régimen de afiliación es una de las variables con mayor influencia, junto con la edad, en la incidencia y duración de los procesos de IT: en general, cuando se diferencia por sexo, por edad, e incluso cuando se distingue por patologías. Esto es, en

las bajas producidas por una misma patología, el hecho de pertenecer a uno u otro régimen de afiliación hace que la incidencia y la duración de la baja sean totalmente diferentes e inversamente relacionadas (98).

b) Sector económico: los distintos sectores de producción ofrecen unas tasas de absentismo claramente diferentes entre sí, tanto en lo que se refiere a procesos de IT por contingencias comunes como profesionales (87). Los sectores de producción que mayor porcentaje de trabajadores ocupan en un área geográfica pueden ser causa determinante en gran medida de los indicadores de absentismo que en dicho área se encuentren. El desplazamiento de población ocupada de un sector a otro puede ser motivo de variaciones en los indicadores de IT.

En el contexto español esto sucede, por ejemplo, con el sector minero de Asturias y León en el que la gravedad y cronicidad de las afecciones propias del mismo condicionan los indicadores de absentismo provincial.

Las cifras de absentismo en la industria de nuestro país oscilan generalmente entre un 5 y un 13% de las jornadas trabajadas, cifras, que a pesar de ser altas, son superadas ampliamente por parte de otros sectores como puede ser el mismo sector sanitario (95). Lo que es innegable es que las tasas de absentismo son diferentes entre sectores económicos distintos, por lo que este puede ser considerado como una variable fundamental a valorar, a la hora de considerar los indicadores de absentismo que una empresa concreta ofrece.

Son escasos los estudios que comparan diferencias, en cuanto a absentismo por incapacidad, entre el sector público y privado. En el estudio de Canga et al. (112) es considerada exclusivamente la incidencia de IT, por esguince de tobillo, en dos colectivos pertenecientes a dos grupos de empresas, privadas y públicas, encontrando una mayor incidencia de esta patología en las industrias privadas pero sin diferencias en lo que se refiere a la duración de los procesos de incapacidad.

c) Condiciones laborales en la empresa. Algunos factores de importancia, vinculados a las condiciones laborales, y de los que ha sido

señalada su relación con el absentismo son: la situación geográfica, el tipo de actividad, tamaño (pequeña, mediana o grande), las relaciones humanas, el nivel de salarios, seguridad e higiene en el trabajo, la siniestralidad, métodos de trabajo, etc.

El modelo teórico propuesto por Álvarez (113) indica que, cuando una empresa no tiene sistemas de vigilancia adecuados para controlar y verificar el cumplimiento de la jornada laboral, sus empleados tienen mayor propensión a caer en conductas de absentismo fraudulento, esto es, causar ausencias en el puesto de trabajo no justificadas normativamente, simulando ausencias por enfermedad simplemente no informando de la misma. Algunos resultados sugieren que las empresas disponen de un cierto grado de control sobre la ausencia debida a esta causa. Por ejemplo, por alguna razón, los horarios de jornada partida conducen a mayores niveles de absentismo, mientras que el hecho de garantizar un sistema de control resulta un acicate para realizar la jornada laboral completa.

Por otra parte, los trabajadores de grandes empresas muestran una mayor propensión a perder horas de trabajo por enfermedad. Dado que este resultado se obtiene una vez controlados los factores que afectan de manera directa la salud del trabajador, esta interpretación debe relacionarse con el hecho de que resulta más fácil simular un episodio de Incapacidad Laboral en éste tipo de compañías. Esta facilidad para la comisión de conductas fraudulentas puede incluso ser una decisión interna de la empresa. En empresas grandes, los costes de control, comparados con modificaciones temporales de la plantilla, pueden hacer que la implantación de mecanismos de vigilancia sea menos atractiva. Este resultado atribuye un grado muy alto de responsabilidad al empresario en el control de este comportamiento.

Los resultados obtenidos en el trabajo de Álvarez (113) también muestran, entre las condiciones laborales con repercusión en las tasas de absentismo, la relevancia de las condiciones de salud laboral, la insatisfacción en el puesto de trabajo y el tipo de jornada laboral llevada a cabo por el empleado.

Como factores importantes en relación con la empresa, Grandal et al. (87) señalan:

1. Las condiciones bajo las que se presta el trabajo, es decir, las relacionadas con la Higiene y Seguridad en el Trabajo.
2. La escala jerárquica o el sector de actividad en que se está enmarcado.
3. La falta de futuro y de incentivación en el trabajo.
4. La falta de promoción y reciclajes.

A modo de resumen podría decirse que la relación del tamaño de la empresa con el absentismo se presume desde hace muchos años, aunque aún no está claro si es el tamaño del grupo de trabajo lo que importa o la magnitud de toda la organización. En líneas generales la tasa de absentismo se eleva progresivamente con el tamaño de la organización (114). Los departamentos con más personal presentan la mayor tasa de absentismo y quizá la razón tenga que ver con el conocimiento por parte del trabajador de que su ausencia será suplida por el resto de compañeros (90).

d) Política de salarios. La importancia de la política de salarios en el absentismo ha sido puesta de manifiesto por distintos autores (95, 114). Aquellas empresas cuyos salarios están vinculados a la producción, tienen una incidencia que oscila entre el 1,8 y el 2,5% de absentismo, mientras que en empresas del sector público, con salarios "igualitaristas", los mismos indicadores oscilan entre el 8 y el 12%, (87, 115). Otros factores indirectamente relacionados con los salarios como promoción personal, vinculación del trabajador con la empresa, movimientos sindicales, política social, seguridad e inseguridad en el puesto de trabajo, conflictividad social, etc., también parecen ser de influencia en las tasas de absentismo (95).

e) Relaciones dentro de la empresa. Los grupos de trabajo y su grado de cohesión, mediante la formación de una "cultura de ausencia" son factores importantes como motivantes del fenómeno del absentismo (114). Las industrias muy conflictivas, política, laboral o socialmente son más absentistas (84, 106), posiblemente, porque muchas personas débiles o poco

comprometidas buscan la baja médica cuando existe riesgo de conflicto. En este sentido, el absentismo por patología se modifica antes y después de un convenio colectivo (88).

La propia organización del trabajo (tareas en cadena, trabajos a turnos,…etc.) también influye en el absentismo (95, 114) si bien las mejoras de las condiciones de trabajo en algunas ocasiones parecen tener un efecto paradójico y así, por ejemplo, es frecuente que trabajadores que son retirados de una estancia pequeña, vieja e inadecuada para ubicarlos en un nuevo puesto mejor y más espacioso, presenten un incremento pasajero de los índices de absentismo por enfermedad de corta duración.

f) Categoría profesional. Los niveles de absentismo en función de la categoría profesional han sido frecuentemente estudiadas (106, 90, 114). En líneas generales las categorías ocupacionales más incidentes son por este orden: los trabajadores no cualificados, los cualificados, otros técnicos y mandos medios (90). Puede decirse que existe una relación inversa entre el nivel de cualificación y la frecuencia y duración del absentismo (95).

En el estudio realizado por Peirats et al. (105) sobre los factores predictores del índice de incidencia de bajas laborales, el segundo factor predictor fue el nivel jerárquico que ocupa el trabajador en la empresa (precedido de la edad del trabajador). Con el análisis de la varianza se observaron diferencias muy significativas entre el número de bajas por enfermedad y el nivel jerárquico que está ocupando, así como del ejercicio físico requerido o no en el departamento al que se pertenece y el tipo constitucional.

En cuanto a la duración de los procesos según la categoría profesional, Canga et al. (112) encuentran el esguince de tobillo de origen laboral más frecuente entre peones especialistas, si bien no encuentran la duración de la ILT relacionada con la cualificación profesional. También los accidentes de trabajo, incluidos los acaecidos in itinere representan unas tasas de absentismo que se muestran más altas en los obreros (83).

g) Condiciones del puesto de trabajo. Otros factores relacionados con la empresa que favorecen la reducción del absentismo son las condiciones higiénicas y ambientales, sistemas de seguridad en los puestos de trabajo y condiciones ergonómicas (86, 87). El trabajo duro y peligroso provoca mayor absentismo. El aumento de la carga de trabajo de la empresa o del grupo de trabajo se asocia a un mayor absentismo. La mejora en las condiciones de trabajo y del puesto de trabajo produce una disminución del absentismo. En líneas generales, la organización del trabajo influye en el absentismo, como señala Blasco (95), observándose diferencias entre distintos centros productivos de la misma empresa organizados de manera distinta. También el pluriempleo en las distintas modalidades se ha mostrado como un factor muy influyente (106).

En relación con lo anterior, el trabajo realizado por Martínez (90) muestra como causa más numerosa de horas perdidas, bajas, etc., la "enfermedad", seguido de permisos varios (retribuidos y no retribuidos), en tercer lugar los accidentes de trabajo incluyendo los in itinere, agudizándose más en los departamentos donde existía alta peligrosidad, riesgo, fatiga física y psíquica, excesiva monotonía y regulares condiciones de seguridad e higiene en el trabajo; en cuarto lugar los "motivos disciplinarios y los de Comité" y en quinto lugar los "retrasos y falta de puntualidad". Respecto a la opinión de los trabajadores encuestados de las dos empresas estudiadas en relación con la multiplicidad de factores relacionados con los incentivos en el trabajo las respuestas se centraron en aspectos relacionados con cuestiones ambientales o el clima sociolaboral:

- Las condiciones físicas de trabajo son descritas por más de la mitad de los encuestados como "aspectos deficitarios" y, concretamente las medidas de seguridad e higiene, ventilación, temperatura, luz, hacinamiento, ruido, horarios y turnos. Las empleadas declaran en mayor proporción este deterioro.
- El ruido y las máquinas hacían sentirse aislados a la cuarta parte de la población de la muestra de la primera empresa y el ruido producía la fatiga física y psíquica a un 20,9% de mujeres y 10,7% de hombres de la segunda empresa.

h) Requerimientos del trabajo. Para Blasco (95) cuando los requerimientos del trabajo exceden las capacidades del individuo se producen desequilibrios, desajustes y desadaptaciones que pueden dar lugar a alteraciones funcionales, psíquicas y anatómicas, que son causas de incapacidades laborales. Los trabajos penosos o de riesgo elevado tienen los mayores índices de absentismo, como por ejemplo la industria minera (106).

i) Tipología del trabajo. Realizada una entrevista entre absentistas de dos empresas, el 50% de entrevistados referían tener tareas demasiado detalladas, iguales o uniformes y sobre todo en trabajos no cualificados (84).
Las industrias con departamentos que trabajan en cadena tienen un índice elevado de absentismo precisamente en aquellos puestos de trabajo monótonos y repetitivos (106). Sin embargo, en el estudio realizado por Peirats et al. (105), no se encontraron diferencias significativas según el tipo de trabajo que se realizaba.

j) Localización del trabajo. Normalmente hay menos absentismo en las fábricas localizadas en pequeños núcleos urbanos que en las localizadas en grandes núcleos urbanos o comarcas muy industrializadas. La causa hay que buscarla en la facilidad de control social del absentista, que es mayor en el núcleo pequeño (84). Además, el trabajo en las grandes ciudades conlleva, en general, un mayor absentismo por las mayores distancias y el tiempo a emplear en los desplazamientos al trabajo (95).

Sin embargo, Peirats et al. (105) no hallaron diferencias significativas en función del lugar de residencia del trabajador en su estudio de factores predictores del índice de incidencia de bajas laborales.

Para evitar el absentismo por causas relacionadas con la empresa, Úbeda et al. (86) proponen que debería cuidarse la ubicación de los centros de trabajo, así como prever los medios de transporte necesarios en el diseño y planificación de nuevas plantas.

k) Seguridad o estabilidad de empleo. Las condiciones laborales tienen una influencia muy notoria: en general, cuanto mayor es la seguridad del empleo, mayor es el absentismo (106). Para Grandal et al. (87), el proteccionismo del trabajador genera absentismo. Sin embargo, los factores

que más influyen en el absentismo son las condiciones del mercado de trabajo, crisis económicas, situaciones políticas, y sistemas de protección social (86). El estudio de Pérez Chaves (103) sobre absentismo laboral por enfermedad en un área de Atención Primaria de Madrid demostró que los trabajadores fijos presentaron mayor absentismo y de mayor duración que los contratados.

Comparando los indicadores de absentismo entre distintos países, se observa que es cierto que, a mayores niveles de SS, sobre todo en lo que se refiere a enfermedad o accidente, aumenta el absentismo (84, 86).

3) *Factores socioeconómicos*. Como señala Gili (106), el absentismo es un problema sociológico inherente al desarrollo económico e industrial, al bienestar, al aumento del nivel de vida y directamente vinculado a la actitud de la sociedad y del individuo ante el trabajo. Prueba de ello es que se han observado diferencias regionales en los índices de absentismo, al hacer comparaciones entre las diferentes factorías de una empresa. Fundamentalmente se deben a factores de tipo social, político, económico y regional de la nación o región en que se encuentra la empresa (95).

Las ausencias al trabajo no son en ningún caso producidas únicamente por el azar o por la morbilidad natural de la población, sino que constituyen un fenómeno que conecta con otros fenómenos sociales propios del tipo de sociedad donde vive el trabajador. El trabajador absentista está más insatisfecho en una serie de facetas de su vida laboral y podríamos añadir probablemente, también con su vida social (116).

Cuando los índices de absentismo se disparan, las causas son siempre socioeconómicas y no médicas. En el estudio Whitehall II (117) resultó evidente una fuerte relación inversa entre el nivel socioeconómico y las ausencias por enfermedad. Los varones de nivel socioeconómico inferior tuvieron más ausencias por enfermedad, tanto de corta duración (inferiores a 7 días) como de larga duración (superior a 7 días), en una proporción 6:1 con respecto a los varones de superior nivel socioeconómico. Para las mujeres, los ratios eran 3.0 (periodos cortos) y 4.2 (largos). Entre los trabajadores absentistas, se

identificaron varios factores de riesgo, incluyendo los relacionados con la salud (consumo de alcohol y tabaco), características del trabajo (bajos niveles de control, variedad y uso de habilidades, ritmo del trabajo y apoyo en el mismo), bajos niveles de satisfacción laboral y circunstancias sociales extralaborales adversas (95). Estos factores explicaron alrededor de un tercio de las diferencias encontradas. Las grandes diferencias encontradas en las ausencias por enfermedad son paralelas a diferencias socioeconómicas en morbilidad y mortalidad encontradas en otros estudios. En el mismo sentido, se han observado que los colectivos de inmigrantes presentan tasas de absentismo superiores a la población autóctona (97).

En relación con otro aspecto como es el estado civil, no se han observado, en el hombre, diferencias significativas entre el absentismo de solteros y casados.

En la mujer sí suele haber diferencias. Arquier et al. (84) reportan una mayor incidencia de bajas entre las mujeres casadas, que achacan a razones familiares; mientras que Isacsson et al. (97) refieren mayor incidencia de ausencias en mujeres solteras.

4) *Causa determinante de la incapacidad*. En el conjunto de los procesos de incapacidad de cualquier población se debe prestar una especial atención a las tasas de frecuencia y de gravedad de los Accidentes de Trabajo y de las enfermedades ligadas directa o indirectamente a la vida profesional (83). Para Fernández et al (118), los accidentes de trabajo vienen a representar, según las empresas, un absentismo entre seis y diez veces menor que el producido por enfermedad común. Según el mismo autor, la lucha contra los accidentes suele obtener resultados francamente satisfactorios, en plazos relativamente cortos, cuando se aplica un buen programa de prevención, pero no todas las empresas lo aplican. En su estudio se comprueba un incremento en el número de accidentes, tanto graves como mortales, en un porcentaje superior al aumento de la población activa trabajadora. Mientras la población activa ocupada aumentó el 13,50%, el aumento del número de accidentes graves fue del 23,39% y el de accidentes mortales del 22,67%.

Según Caillard et al. (83), los accidentes de trabajo, incluidos los acaecidos durante el trayecto in itinere representan unas tasas de absentismo muy variables, pues dependen del tipo de actividad por una parte (en la construcción y obras públicas fue 8 veces mayor que en la industria de la confección) y la categoría profesional por otra (menor en las mujeres por la naturaleza del trabajo que ejecutan, los empleados, mayor en los obreros, y más frecuente en los jóvenes).

Las conclusiones derivadas del estudio realizado por García et al. (119) sobre los accidentes laborales en el sector eléctrico fueron los siguientes:

- La mitad de los accidentes producidos fueron lesiones de tipo traumatológico y responsables de la pérdida de la tercera parte de las jornadas laborales.
- Los accidentes en trayecto supusieron el 3% del total.
- Más de la mitad de los accidentes traumatológicos ocurrieron en la edad comprendida entre los 35 y 54 años, y en aquellos trabajadores con más antigüedad en el puesto.
- La accidentalidad fue mayor en la 3ª y 4ª hora de jornada laboral.
- El principal factor de los accidentes fueron las caídas, así como las lesiones derivadas de esfuerzos excesivos.
- Las lesiones más frecuentes tanto en miembros superiores como inferiores fueron las luxaciones, torceduras y esguinces.

En cuanto a las medidas de intervención estas deberían ir orientadas a promover la seguridad mediante: formación, cursos de reciclaje profesional, estudio ergonómico del puesto de trabajo, realización de inspecciones periódicas por distintos equipos y elaboración de procedimientos y métodos de trabajo para los trabajos de especial riesgo.

Las enfermedades profesionales como causa de absentismo, son menos incidentes que los accidentes de trabajo, aunque el sistema de notificación ha sido bastante deficiente, excepto en el caso de la silicosis, cuya eficacia de control ha sido consecuencia de la preocupación existente tanto por parte de la

administración como de los trabajadores y empresas (118). Estas diferencias podrían ser consecuencia de la disparidad de criterios de clasificación y el subregistro de estas enfermedades cuya orientación, en España, es más administrativa que epidemiológica. Sería necesario prestar una mayor atención a los procesos de enfermedad profesional dada su fuerte repercusión sanitaria. Baste como ejemplo la consideración de que entre un 10 y un 20% de las neoplasias son de origen laboral (20, 120).

5) *Factores sanitarios*. Según Blasco (95) y Caillard et al. (83) las razones médicas, son la primera causa de absentismo. Para estos autores, representan entre el 65 y el 80% del mismo, siendo aún superior si se incluyen los permisos de maternidad. Fabrés et al. (121) estudiaron el grado de distorsión que el profesional médico pudiera inducir en los niveles de absentismo. En su estudio realizado sobre 4821 partes de baja expedidos por 93 médicos de atención primaria de las áreas de Vich y Granollers refieren no haber encontrado correlación alguna entre la incidencia de las bajas en cada cupo y variables relacionadas con el facultativo como edad, años de profesión, lugar de ejercicio (ambulatorio urbano, consultorio municipal, medio rural, etc.). En cambio, sí hallaron correlación entre el número de trabajadores activos en el cupo médico y la incidencia de procesos de IT. Otras variables tales como la formación del médico, turno de trabajo o tipo de contrato también se ha encontrado que pueden influir en el tipo y la duración de la IT.

En todo caso, se debe tener en cuenta que debido al poco tiempo disponible en las consultas, a la masificación existente, carencia de medios de diagnóstico, así como a la falta de práctica de medicina preventiva, resulta difícil a los facultativos que extienden partes de baja comprobar si, efectivamente, el enfermo que solicita la baja laboral lo es, o por el contrario, se está ante la presencia de un "profesional de la baja". Por otro lado, Grandal et al. (87) apuntan que se han dado casos de amenazas por parte del trabajador a algunos facultativos al negarse éste a extender la baja laboral.

En otro orden de cosas, existen también algunos factores externos que al influir en la morbilidad pueden modificar la incidencia de las bajas laborales

en una población, uno importante, como denotan Frieyro et al. (99) es la climatología. En general, las bajas por todas las contingencias descienden en verano como consecuencia de la generalización de los periodos vacacionales. Los meses que más ausencias registran por enfermedad y accidente son: enero, febrero, marzo, noviembre y mayo, siendo un factor clave el clima y la lejanía o proximidad de vacaciones como señala Martínez (90).

OBJETIVOS

II.- OBJETIVOS

El estudio que se presenta pretende como **Objetivo General** analizar la situación de IT en la Comunidad Autónoma de Canarias (CAC) durante los periodos 2003 y 2013, y como **Objetivos Específicos**:

1º. Describir la incidencia de las IT producidas por lesiones y enfermedades según la CIE 9 – MC.

2º. Determinar la duración de los procesos de IT causadas por lesiones y enfermedades según la CIE 9 – MC.

3º. Mostrar la evolución de los comportamientos de la IT entre los dos periodos estudiados.

MATERIAL Y MÉTODO

III.- MATERIAL Y MÉTODO

1. Diseño del estudio: Se ha realizado un estudio observacional analítico de corte transversal y retrospectivo.

2. Población de estudio: Se trata de los procesos de IT registrados en Servicio de Salud Laboral del Servicio Canario de la Salud (SCS) en el ámbito de la CAC, durante los años 2003 y 2013.

La población afiliada debe entenderse como la población afiliada en alta en la Seguridad Social. En nuestro estudio se corresponde con la población expuesta al riesgo de sufrir un proceso de I.T.

Criterios de inclusión:

Los partes de procesos de IT por enfermedad común o accidente no laboral cumplimentados por los médicos de Atención Primaria.

Los partes de procesos de I.T. por enfermedad profesional o accidente laboral de los trabajadores pertenecientes a aquellas empresas que han elegido asumir la cobertura de las contingencias profesionales con el INSS.

Criterios de exclusión:

Los partes de procesos de IT por enfermedad profesional o accidente laboral de trabajadores pertenecientes a empresas que tienen asumido estos riesgos con las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS.

Los partes de procesos de IT pertenecientes a trabajadores incluidos en el régimen especial de funcionarios civiles del estado así como el régimen militar.

3. Variables de estudio: Las variables incluidas en el estudio están relacionadas con las contempladas en la base de datos de la IT y que se

registra en el Servicio de Salud Laboral del SCS y que a continuación se relacionan:

- Número de codificación de cada proceso
- Centro de Salud de expedición de la IT
- Régimen de la Seguridad Social:
  - Régimen general
  - Autónomos
  - Carbón
  - Régimen especial agrario por cuenta ajena
  - Empleado del hogar
  - Régimen especial agrario por cuenta propia
  - Régimen especial del Mar
- Fecha que se inicia el proceso de IT (baja)
- Fecha que concluye el proceso de IT (alta)
- Duración del proceso de IT
- Causa del alta:
  - Curación
  - Mejoría
  - Fallecimiento
  - Inspección
  - Incomparecencia
  - Jubilación
  - Agotamiento de IT
  - Traslado
  - Invalidez permanente
  - Propuesta de invalidez
- Sexo del paciente con IT: Hombre – Mujer
- Fecha de nacimiento del trabajador
- Edad
- Diagnóstico según la CIE 9 MC:
  - Enfermedades infecciosas y parasitarias
  - Neoplasias
  - Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad

Enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos
Trastornos mentales
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos
Enfermedades del sistema circulatorio
Enfermedades del aparato respiratorio
Enfermedades del aparato digestivo
Enfermedades del aparato genitourinario
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Enfermedades del sistema oseo-mio-articular y tejido conectivo
Anomalías congénitas
Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal
Síntomas, signos y estados mal definidos
Lesiones y envenenamientos

4. Procedimiento: Para la recogida de los datos, variables descritas, se ha procedido a revisar y extraer aquellos de interés de estudio que se reflejan en la base de datos de IT y que se registra en el Servicio de Salud Laboral del SCS, introduciéndose los mismos en una hoja de datos, diseñada para tal fin, en Microsoft Excell 2007 y posteriormente volcados al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0 para Windows.

4.1 Análisis Estadístico: El tratamiento de los datos se ha realizado de tal manera que las variables cuantitativas se determinaron medidas de centralización (media, mediana, moda) y dispersión (desviación típica y amplitud intercuartílica). Para las variables cualitativas se fijaron las frecuencias relativas y porcentajes.

Para la comparación de variables cuantitativas se empleó el T- Test para dos muestras independiente. Para la comparación de variables cualitativas se utilizó el test de independencia de la ji-cuadrado.

Dada la naturaleza del estudio, en el que se analiza la totalidad de los

partes de IT emitidos, y por tanto se trata de la población completa, se han omitido en todos los contrastes de variables la significación estadística, ya que este parámetro carece de sentido en este tipo análisis.

Para realizar el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS en su versión 22.0 para Windows, para lo cual tiene licencia la ULPGC.

5. Consideraciones Éticas: El estudio se ha regido por los principios de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal (122).

La confidencialidad de los datos de los pacientes está garantizada y su identidad codificada. Sólo las personas autorizadas han tenido acceso a detallas personales que puedan identificar al paciente si los procesos de verificación de los datos así lo han requerido. De la misma manera, las personas que han tenido acceso a los datos de carácter personal son conscientes del deber de secreto profesional.

RESULTADOS

IV.- RESULTADOS

Se analizaron un total de 358.893 procesos de IT correspondientes a los partes emitidos desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2003 (235.422 procesos) y desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2013 (123.471 procesos). Estos datos fueron obtenidos por los médicos del Servicio Canario de la Salud.

El 81.5% de toda la población afiliada del año 2003 está acogida al Régimen General de la Seguridad Social frente al 79.2% en el año 2013.

La población afiliada correspondiente a los años 2003 y 2013 viene recogida en el Anexo 1, donde observamos que en el año 2003 existían 703.500 afiliados de los que 426.900 (60.7%) eran varones y 276.600 (39.3%) mujeres. Mientras que en el año 2013 estas cifras resultaron ser de 651.160 afiliados repartidos de la siguiente manera: 347.971 (53.4%) varones y 303.189 (46.6%) mujeres. Viendo estos resultados se aprecia que la población afiliada ha disminuido de forma significativa en 52.340 individuos, sin embargo también se observa que en el año 2013 el porcentaje de mujeres afiliadas se aproxima significativamente al de los hombres, del 39.3% en el año 2003 al 46.6% en el año 2013 ($p<0.010$).

4.1. Número de procesos de IT por intervalo de edad y sexo

La Tabla 4.1.1 representa el número de procesos de IT según el intervalo de edad de los afiliados y el sexo, tanto en el año 2003 como en el año 2013. Donde se observa que en el año 2003 en el grupo de edad entre 30-34 y en el hombre presenta mayor número de procesos de IT, 19.942 (15.9%), al igual que en la mujer con 19.377 (17.7%). Sin embargo, en el año 2013 es el grupo de edad de 35-39 años en que el hombre presenta el mayor número de procesos de IT 9.075 (16.3%) y en la mujer 11.680 (17.2%).

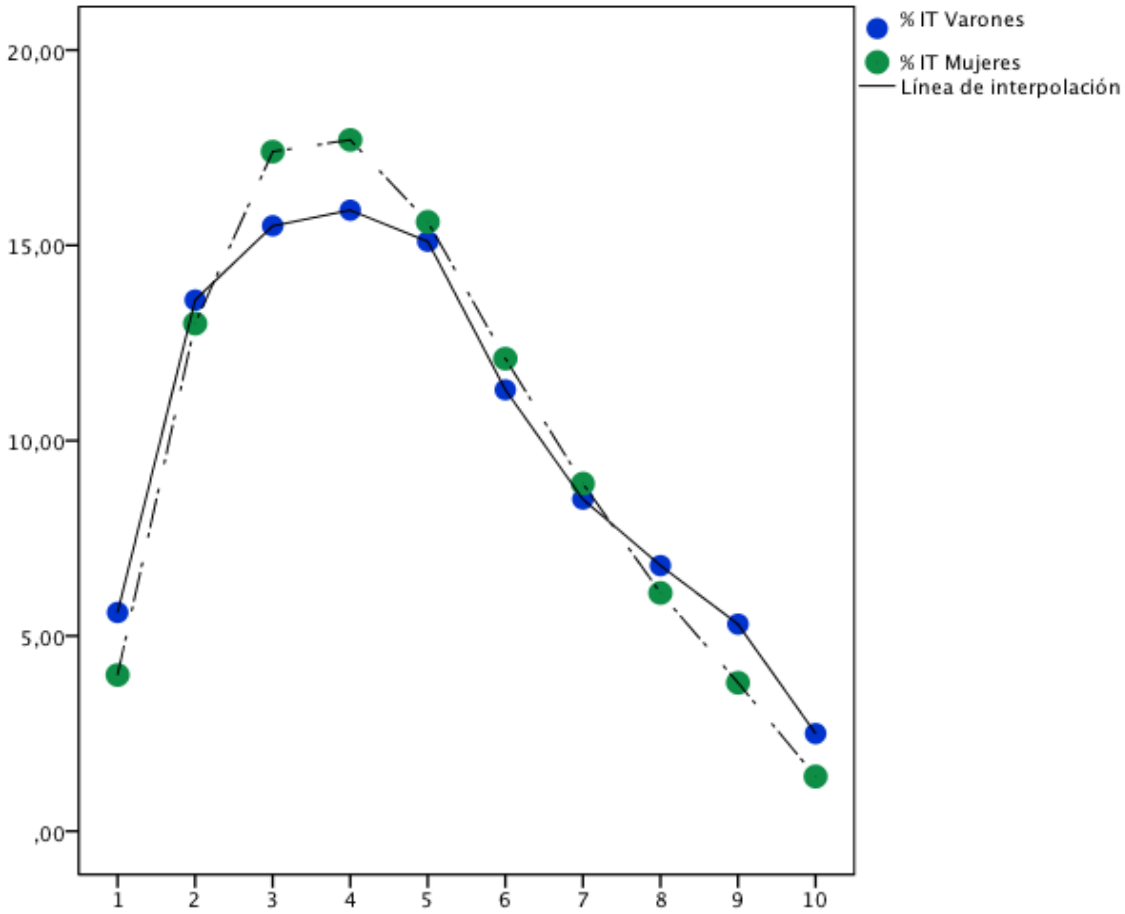
Tabla 4.1.1. Total de IT por intervalo de edad y sexo (2003 y 2013)

	2003		2013	
	Hombre	**Mujer**	**Hombre**	**Mujer**
	n (%)	**n (%)**	**n (%)**	**n (%)**
16-19	7024 (5.6)	4379 (4.0)	222 (0.4)	204 (0.3)
20-24	17057 (13.6)	14232 (13.0)	2445 (4.4)	2988 (4.4)
25-29	19440 (15.5)	19049 (17.4)	4945 (8.9)	7198 (10.6)
30-34	19942 (15.9)	19377 (17.7)	7334 (13.2)	11069 (16.3)
35-39	18939 (15.1)	17078 (15.6)	9057 (16.3)	11680 (17.2)
40-44	14173 (11.3)	13346 (12.1)	8557 (15.4)	9847 (14.5)
45-49	10661 (8.5)	9743 (8.9)	7945 (14.3)	8896 (13.1)
50-54	8529 (6.8)	6678 (6.1)	6723 (12.1)	7334 (10.8)
55-59	6647 (5.3)	4160 (3.8)	4945 (8.9)	5365 (7.9)
> 60	3010 (2.4)	1533 (1.4)	3389 (6.1)	3328 (4.9)
Total	125947	109475	55562	67909

Por otro lado, se presentan por separados los años de estudio de los totales de IT según los intervalos de edad y año, en los que en la Gráfica 4.1.1 se observa dos puntos más elevados en las mujeres que corresponden a los grupos de edad de 25-29 años y 30-34 años en el año 2003. En la Gráfica 4.1.2 donde se representa las IT por sexo e intervalo de edad del año 2013, la incidencia más alta en la mujer es en el grupo de edad de 35-39 años.

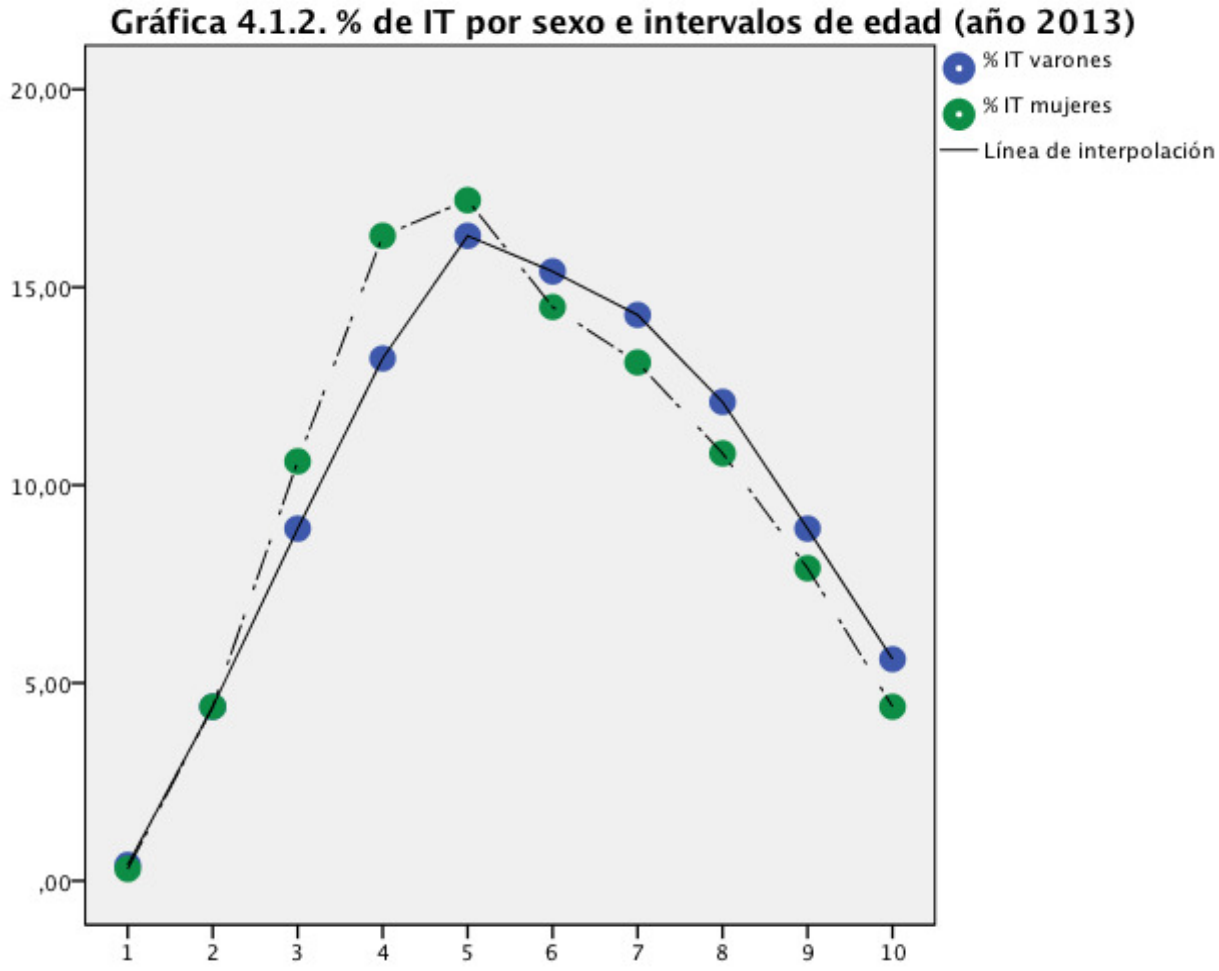
Cuando se compara el porcentaje global de IT en los años estudiados, en la Gráfica 4.1.3, apreciamos la disminución significativa de los procesos en el año 2013 con respecto al 2003. De la misma manera que la mayor frecuencia de IT en el 2003 ocurre en los grupos de edad de 25-29 años y 30-34 años, mientras que en el 2013 la mayor frecuencia está centrada en el grupo de edad de 35-39 años (Gráfica 4.1.3).

Gráfica 4.1.1. % de IT por sexo e intervalos de edad (año 2003)



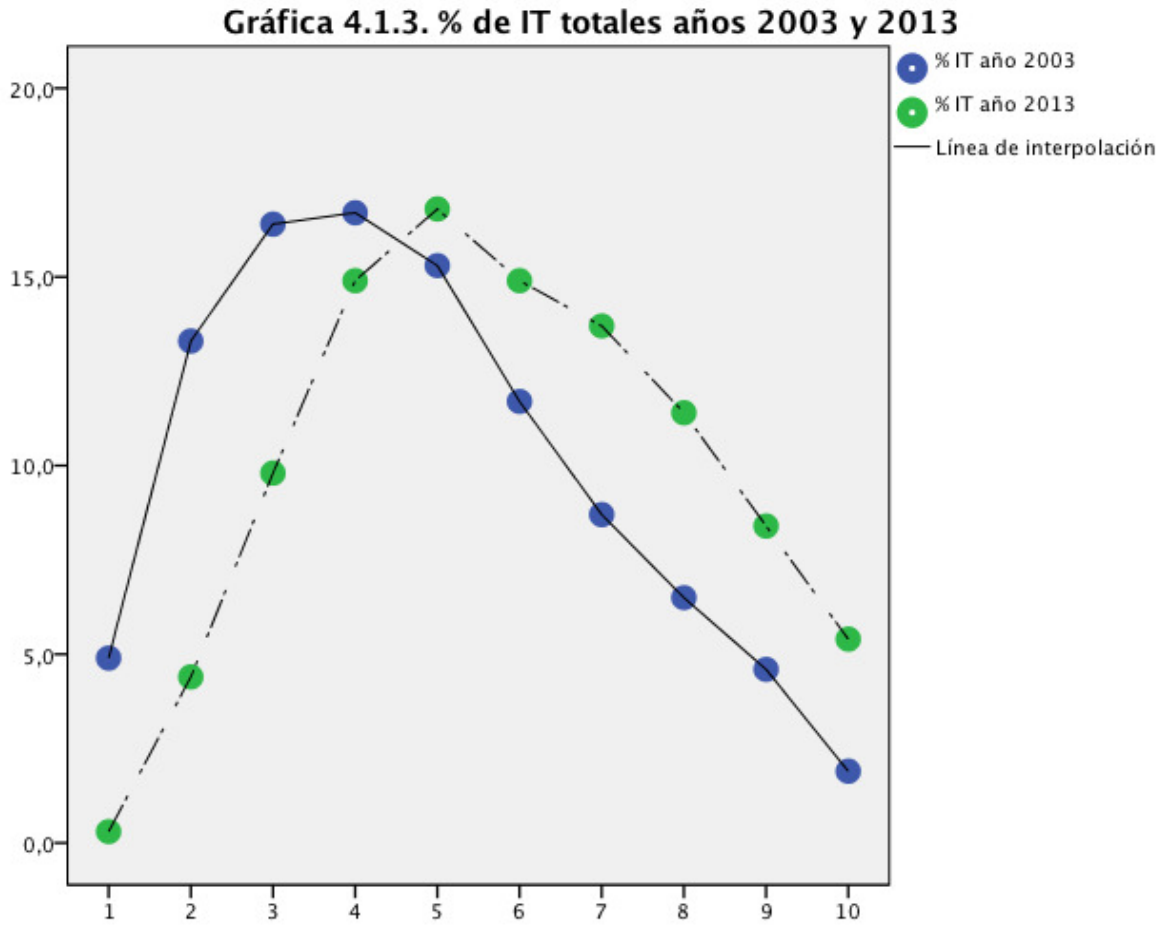
Significado de los códigos

Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Años	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60



Significado de los códigos

Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Años	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60



Significado de los códigos

Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Años	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60

4.2 Distribución de la edad de los individuos que han tenido alguna IT por sexo y año de estudio

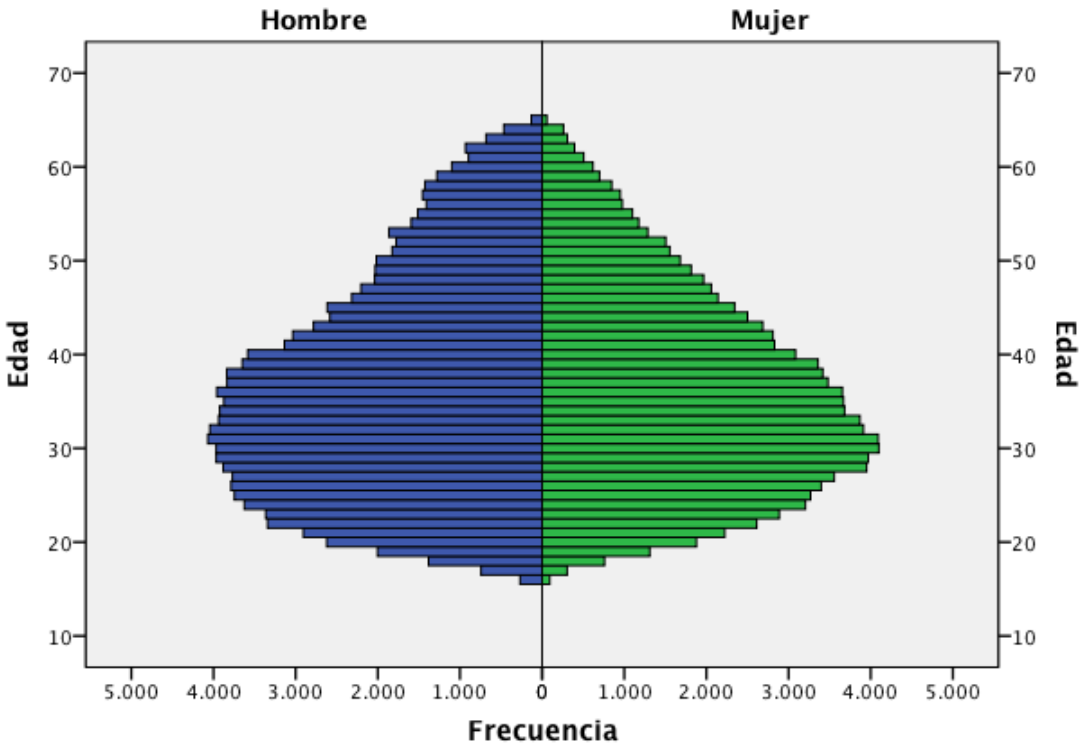
Del análisis de la distribución de la edad de los individuos en IT, como muestra la Tabla 4.2.1, se desprende que la edad media de los varones y mujeres que han tenido alguna IT son similares en el año 2003.

Tabla 4.2.1. Descriptiva de la edad por sexo de los individuos que han tenido IT durante el año 2003

Sexo			Estadístico	Error
Hombre	**Media**		36.6	0.032
	Intervalo de confianza para la media al 95%	**Inferior**	36.5	
		Superior	3.,7	
	Media recortada al 5%		36.3	
	Mediana		35.0	
	Varianza		132.2	
	Desv. típ.		11.5	
	Mínimo		16	
	Máximo		65	
	Rango		49	
	Amplitud intercuartil		18	
	Asimetría		0.4	0.007
	Curtosis		-0.7	0.014
Mujer	**Media**		36.1	0.032
	Intervalo de confianza para la media al 95%	**Inferior**	36.0	
		Superior	36.2	
	Media recortada al 5%		35.8	
	Mediana		35.0	
	Varianza		111.0	
	Desv. típ.		10.5	
	Mínimo		16	
	Máximo		65	
	Rango		49	
	Amplitud intercuartil		15	
	Asimetría		0.4	0.007
	Curtosis		-0.5	0.015

Todo lo anterior también se refleja en la Gráfica 4.2.1, donde el comportamiento por sexo de las IT en el mismo año 2003, se muestra con una edad media de los hombres de 36.6 años y la mujer de 36.1 años.

Gráfica 4.2.1. Distribución de la edad por sexo de las IT en el año 2003

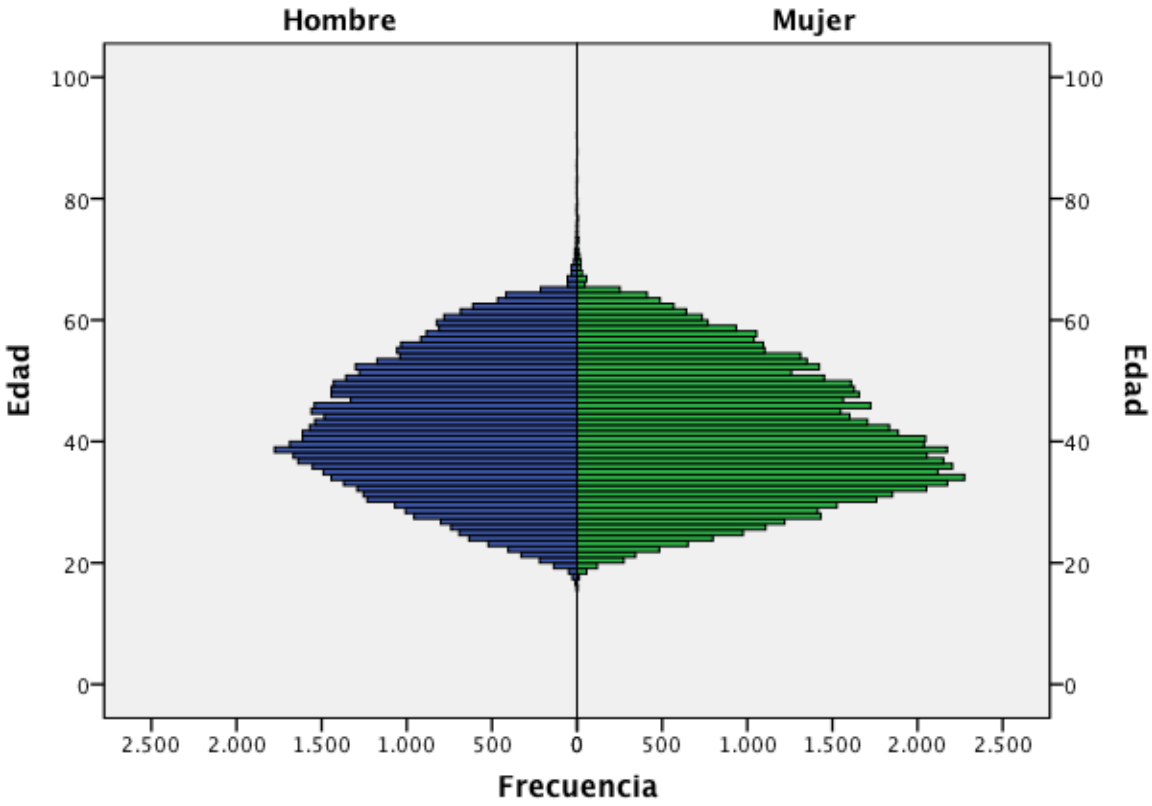


Al estudiar la descriptiva de la edad y sexo de las personas con IT en el año 2013, vemos que la edad media de los varones y de las mujeres que han tenido alguna IT son similares (Tabla 4.2.2). Siendo la media de edad en los hombres de 42.6 años y de la mujer de 41.4 años. Datos que también quedan reflejados en la Gráfica 4.2.2.

Tabla 4.2.2. Descriptiva de la edad por sexo de los individuos que han tenido IT durante el año 2013

Sexo			Estadístico	Error
Hombre	Media		42.6	0.046
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Inferior	42.5	
		Superior	42.7	
	Media recortada al 5%		42.6	
	Mediana		42.2	
	Varianza		117.6	
	Desv. típ.		10.8	
	Mínimo		16	
	Máximo		90	
	Rango		74	
	Amplitud intercuartil		16	
	Asimetría		0,1	0.010
	Curtosis		-0.7	0.021
Mujer	Media		41.4	0.041
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Inferior	41.3	
		Superior	41.5	
	Media recortada al 5%		41.3	
	Mediana		40.4	
	Varianza		114.0	
	Desv. típ.		10.7	
	Mínimo		16	
	Máximo		87	
	Rango		71	
	Amplitud intercuartil		16	
	Asimetría		0.2	0.009
	Curtosis		-0.8	0.019

Gráfica 4.2.2. Distribución de la edad por sexo de las IT en el año 2013



Por todo ello, y atendiendo a los datos contenidos en las Tablas 4.2.1 y la 4.2.2, nos refleja que la edad media de los individuos que tuvieron alguna IT durante el año 2003, 36 años, es significativamente inferior que la edad media en el año 2013, 42 años.

4.3. Distribución de las IT por meses, y años (2003 y 2013)

En las Tablas 4.3.1 y 4.3.2 se aprecia claramente el aumento de la incidencia de los procesos en los primeros y últimos meses del año 2003, descendiendo entre los meses de abril a agosto. Sin embargo en el año 2013 el descenso se observa en los meses de enero, febrero, octubre y noviembre y crece en el resto del año.

Todo lo descrito anteriormente se observa con mayor claridad en la Gráfica 4.3.1.

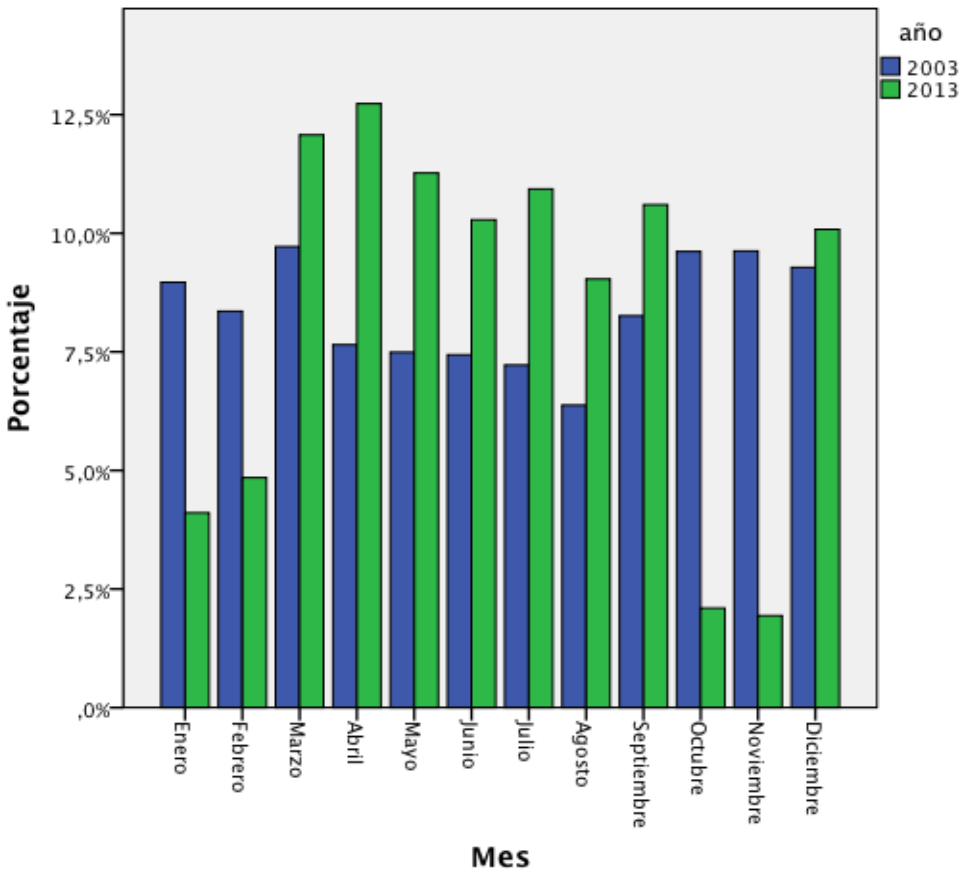
Tabla 4.3.1. Mes de inicio del proceso de IT en el año 2003

		Recuento	%	% acumulado
Mes	**Enero**	21188	9.0	9.0
	Febrero	19775	8.4	17.4
	Marzo	22836	9.7	27.1
	Abril	17892	7.6	34.7
	Mayo	17657	7.5	42.2
	Junio	17421	7.4	49.6
	Julio	16950	7.2	56.8
	Agosto	15067	6.4	63.2
	Septiembre	19540	8.3	71.5
	Octubre	22601	9.6	81.1
	Noviembre	22601	9.6	90.7
	Diciembre	21894	9.3	100.0
	Total	**235422**	**100.0**	

Tabla 4.3.2. Mes de inicio del proceso de IT en el año 2013

		Recuento	%	% acumulado
Mes	**Enero**	5062	4.1	4.1
	Febrero	5927	4.8	8.9
	Marzo	14940	12.1	21.0
	Abril	15681	12.7	33.7
	Mayo	13952	11.3	45.0
	Junio	12718	10.3	55.3
	Julio	13458	10.9	66.2
	Agosto	11112	9.0	75.2
	Septiembre	13088	10.6	85.8
	Octubre	2593	2.1	87.9
	Noviembre	2346	1.9	89.8
	Diciembre	12594	10.2	100.0
	Total	**123471**	**100.0**	

Gráfico 4.3.1. Mes de inicio del proceso de IT



4.4. Estudio descriptivo de la duración de los procesos de la IT

La distribución de la duración en días de la IT sigue un patrón unimodal con un pico en los procesos de tres días en el año 2003 y de 0 días en el 2013. La mayor parte de los procesos de IT se resuelven en menos de un mes, mediana de 8 días en el año 2003 y de 9 días en el año 2013. Tablas 4.4.1, 4.4.2 y Gráficas 4.4.1 y 4.4.2.

Tabla 4.4.1. Duración de los procesos de la IT en el año 2003

año			Estadístico	Error
2003	Media		27.1	0.107
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Inferior	26.9	
		Superior	27.4	
	Media recortada al 5%		18.3	
	Mediana		8.0	
	Varianza		2611.9	
	Desviación típica		51.1	
	Mínimo		0	
	Máximo		365	
	Rango		365	
	Amplitud intercuartil		21.0	
	Asimetría		3.5	0.005
	Curtosis		14.1	0.010

Gráfico 4.4.1. Duración de los procesos de la IT en el año 2003

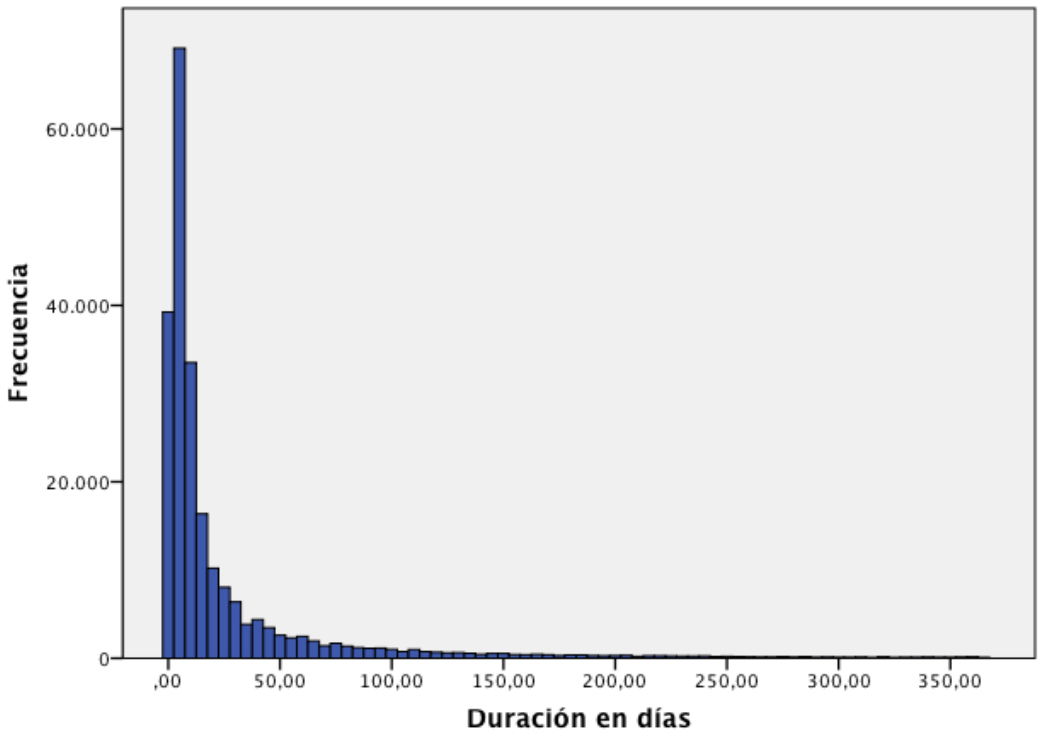
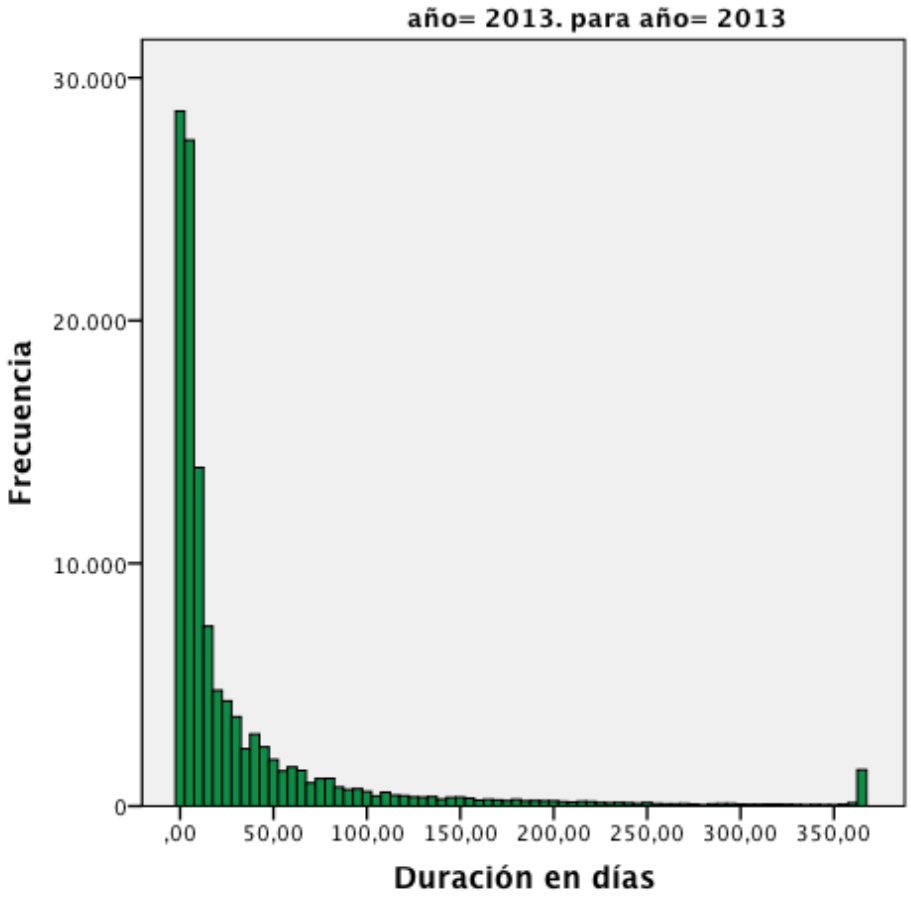


Tabla 4.4.2. Duración de los procesos de la IT en el año 2013

año			Estadístico	Error
2013	Media		34.7	0.187
	Intervalo de confianza para la media al 95%	Inferior	34.3	
		Superior	35.1	
	Media recortada al 5%		23.4	
	Mediana		9.0	
	Varianza		4235.7	
	Desviación típica		65.1	
	Mínimo		0	
	Máximo		365	
	Rango		365	
	Amplitud intercuartil		31.0	
	Asimetría		3.2	0.007
	Curtosis		11.2	0.014

Gráfica 4.4.2. Duración de los procesos de la IT en el año 2013



4.5. Tasas de incidencia de los procesos de la IT en los años 2003 y 2013

En el Anexo 1 se recogen la población afiliada en la CAC, por intervalos de edad y por sexo, durante los años de nuestro estudio 2003 y 2013. Estos datos fueron facilitados por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

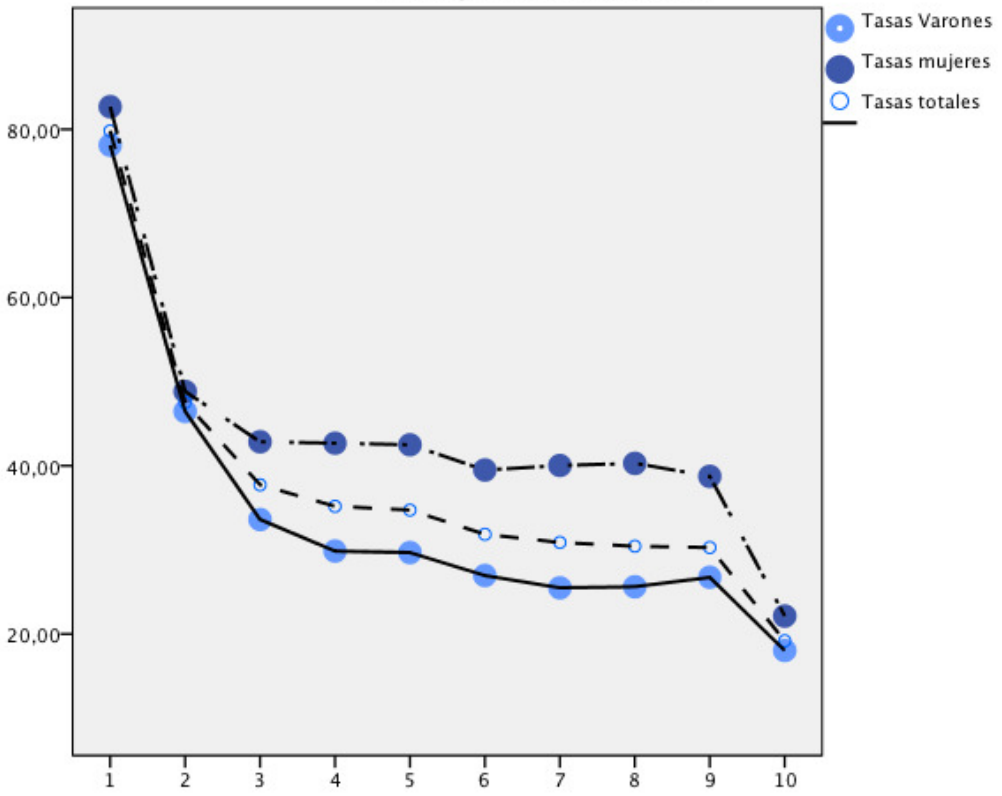
En las Tablas 4.5.1, 4.5.2, 4.5.3 y las Gráficas 4.5.1, 4.5.2 y 4.5.3 vienen representadas las estadísticas descriptivas de las tasas de incidencia, las cuales se obtuvieron dividiendo las IT en cada uno de los intervalos de edad y sexo por la población afiliada correspondiente y el resultado multiplicándolo por 100 (Tasas por cada 100 individuos activos).

En el año 2003 el grupo constituido por las mujeres presentaron unas tasas de incidencia muy superiores que las correspondientes a los varones, situándose en 42.7. Encontrándose estas diferencias a partir de los 25 años hasta los 60 (Tabla 4.5.1 y Gráfica 4.5.1).

Tabla 4.5.1. Tasas de incidencia (x100) de los procesos de IT por intervalos de edad y sexo (año 2003)

		Varones	Mujeres	Total
EDAD_R	16 - 19	78.1	82.7	79.8
	20 - 24	46.5	48.8	47.5
	25 - 29	33.6	42.8	37.7
	30 - 34	29.9	42.7	35.2
	35 - 39	29.7	42.5	34.7
	40 - 44	26.9	39.5	31.8
	45 - 49	25.5	40.0	30.9
	50 - 54	25.6	40.3	30.4
	55 - 59	26.7	38.7	30.3
	>60	18.0	22.1	19.2
	Total	**31.0**	**42.7**	**35.6**

Gráfica 4.5.1. Tasas de incidencia de los procesos de IT por intervalo de edad y sexo (año 2003)



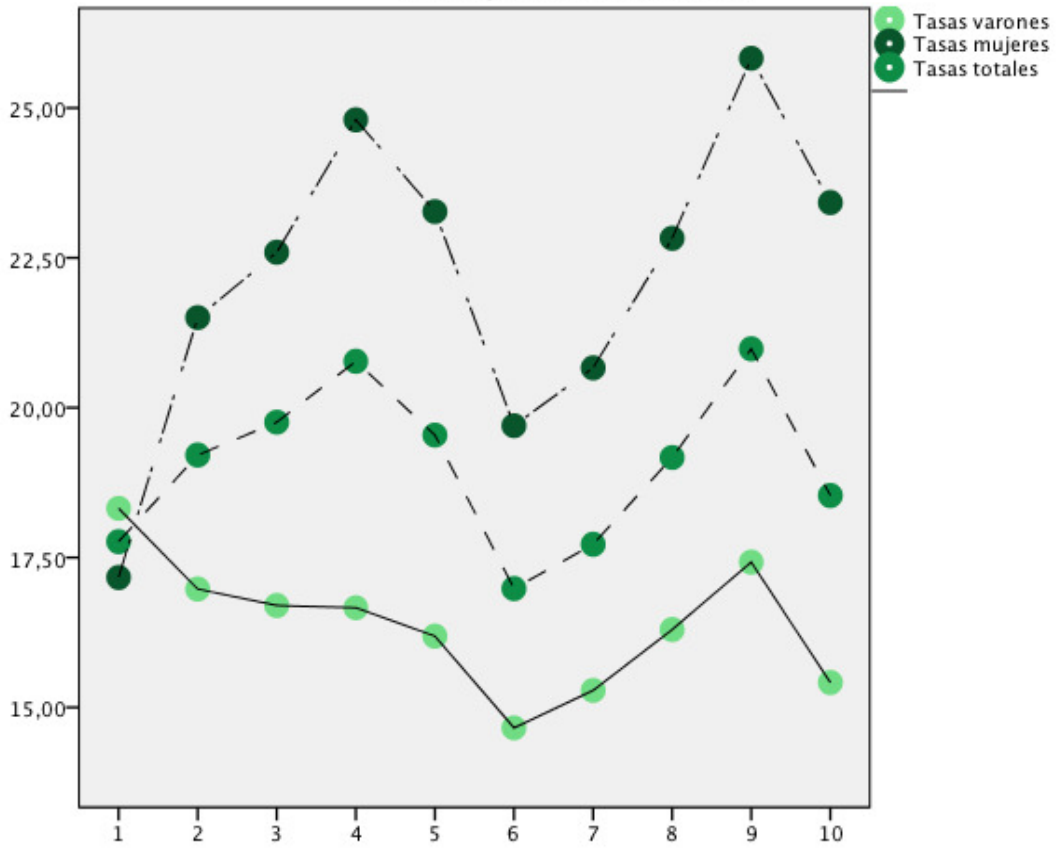
Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Años	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60

La situación en el año 2013 es similar a la anterior, a partir de los 20 años hasta los 60 años las tasas de incidencia del grupo constituido por las mujeres son muy superiores a la de los hombres (Tabla 4.5.2 y Gráfica 4.5.2).

Tabla 4.5.2. Tasas de incidencia (x100) de los procesos de IT por intervalos de edad y sexo (año 2013)

		Varones	Mujeres	Total
EDAD_R	16 - 19	18.3	17.2	17.8
	20 - 24	17.0	21.5	19.2
	25 -29	16.7	22.6	19.8
	30 - 34	16.7	24.8	20.8
	35 - 39	16.2	23.3	19.5
	40 - 44	14.7	19.7	17.0
	45 - 49	15.3	20.7	17.7
	50 - 54	16.3	22.8	19.2
	55 - 59	17.4	25.8	21.0
	>60	15.4	23.4	18.5
	Total	**16.0**	**22.5**	**19.0**

Gráfica 4.5.2. Tasas de incidencia de los procesos de IT por intervalo de edad y sexo (año 2013)



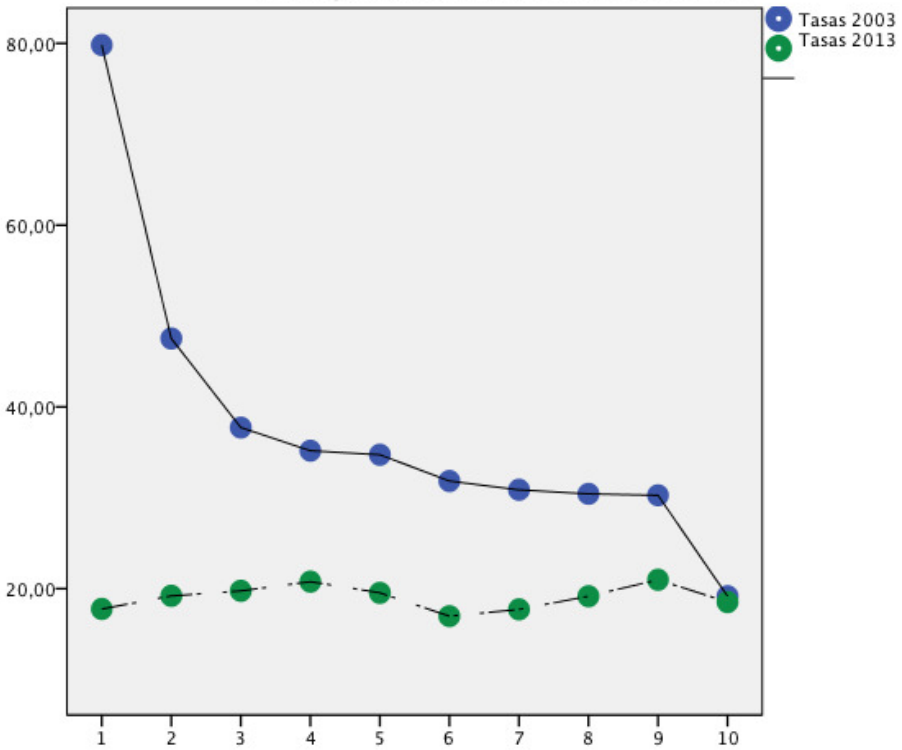
Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Años	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60

Con respecto a las tasas de incidencia totales se observa que en el 2013 estas tasas son muy inferiores a las del 2003 en todos los grupos de edad igualándose solamente en el último tramo >60 años. (Tabla 4.5.3 y Gráfica 4.5.3).

Tabla 4.5.3. Tasas de incidencia (x100) de los procesos de IT por intervalo de edad y años en estudio (2003, 2013)

	2003	2013
16 - 19	79.8	17.8
20 - 24	47.5	19.2
25 - 29	37.7	19.8
30 - 34	35.2	20.8
35 - 39	34.7	19.5
40 - 44	31.8	17.0
45 - 49	30.9	17.7
50 - 54	30.4	19.2
54 - 59	30.3	21.0
>60	19.2	18.5
Total	37.8	19.0

Gráfica 4.5.3. Tasas de incidencia de los procesos de IT por intervalo de edad y años en estudio (2003, 2013)



Código	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Años	16-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	>60

4.6. Análisis de los procesos de la IT por código CIE 9 - MC

Dado el elevado número de casos estudiados todos los contrastes son estadísticamente significativos ($p<0.01$), aunque las diferencias encontradas sean desde el punto de vista clínico absolutamente irrelevantes. Por tanto sólo se destacan aquellas diferencias que a nuestro entender si tienen la condición de relevantes.

En la Tabla 4.6.1 se presenta la distribución de los procesos de IT según el código CIE 9 - MC tanto en el año 2003 como en el año 2013.

Tabla 4.6.1. Distribución de las IT según código CIE en los años 2003 y 2013

	Año			
	2003		2013	
	n	%	n	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	18840	8.0	6434	5.1
Neoplasias	2159	0.9	2289	1.8
Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	1265	0.5	4125	3.3
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	421	0.2	217	0.2
Trastornos mentales	17652	7.5	8947	7.1
Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	10245	4.4	5880	4.6
Enfermedades del sistema circulatorio	6399	2.7	7297	5.8
Enfermedades del aparato respiratorio	63032	26.9	24810	19.6
Enfermedades del aparato digestivo	12018	5.1	10905	8.6
Enfermedades del aparato genitourinario	5538	2.4	7319	5.8
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	5050	2.2	3300	2.6
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	5210	2.2	2071	1.6
Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo	48889	20.9	20291	16.0
Anomalías congénitas	225	0.1	256	0.2
Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal	296	0.1	73	0.1
Síntomas, signos y estados mal definidos	11731	5.0	11766	9.3
Lesiones y envenenamientos	25334	10.8	10790	8.5
Total	**234304**	**100.0**	**126770**	**100.0**

A continuación se presentan los diagnósticos que con más frecuencia aparecen como motivo de la IT. En el Anexo 2 están registradas de manera exhaustiva todas las patologías que fueron motivo de IT durante los años 2003 y 2013.

En las Tablas 4.6.2 y 4.6.3 vemos que las patologías más frecuentes en los años del estudio son similares pero sin embargo reflejan algunas diferencias que se ven en la Gráfica 4.6.1.

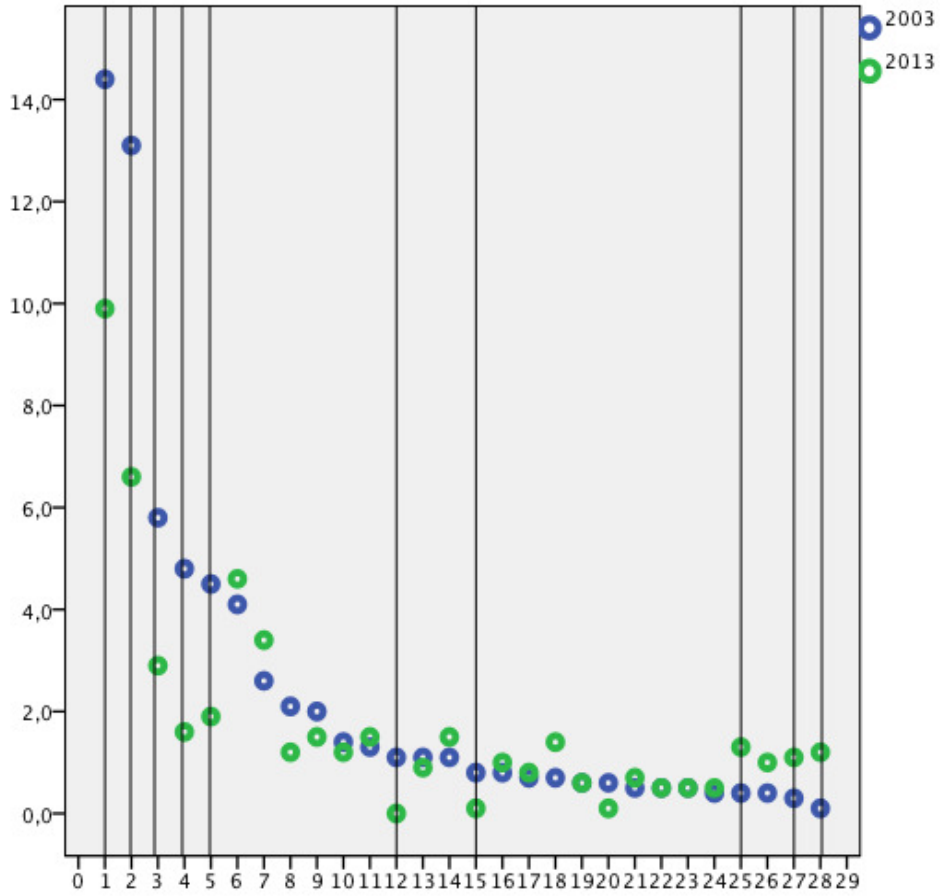
Tabla 4.6.2. Diagnósticos más frecuentes que han causado IT durante el año 2003

	n	% total IT
Trastornos vertebrales y otros trastornos de espalda	33769	14.4
Gripe	30629	13.1
Infecciones intestinales no salmonella	13519	5.8
Infección aguda vía respiratoria superior, bronquitis y bronquiolitis	11190	4.8
Trastornos neuróticos	10510	4.5
Faringitis o amigdalitis aguda	9451	4.1
Resfriado común	6089	2.6
Esguinces y torceduras de tobillo y pié	5037	2.1
Trastornos depresivos	4603	2.0
Tendinitis y síndromes conexos	3315	1.4
Síntomas generales	2988	1.3
Otros trastornos de articulación	2633	1.1
Síndrome de vértigo	2575	1.1
Otros síntomas del abdomen y pelvis	2526	1.1
Contusión del miembro inferior y sitio no especificado	1936	0.8
Síntomas del aparato urinario	1846	0.8
Hemorragia en fase temprana del embarazo	1663	0.7
Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas	1641	0.7
Síntomas de cabeza y cuello	1463	0.6
Enfermedades tejidos duros dientes	1299	0.6
Migrañas	1275	0.5
HTA esencial	1258	0.5
Otras celulitis y accesos	1189	0.5
Hemorroides	1052	0.4
Síntomas del aparato respiratorio	946	0.4
Reacción de adaptación	937	0.4
Otras patologías víricas	601	0.3
Síntomas del aparato digestivo	339	0.1
Total diagnósticos más frecuentes	**156279**	**66.7**
Total de IT en el año 2003	**235422**	

Tabla 4.6.3. Diagnósticos más frecuentes que han causado IT durante el año 2013

	n	% total IT
Trastornos vertebrales y otros trastornos de espalda	12563	9.9
Gripe	8407	6.6
Faringitis o amigdalitis aguda	5781	4.6
Resfriado común	4280	3.4
Infecciones intestinales no salmonella	3713	2.9
Trastornos neuróticos	2408	1.9
Infección aguda vía respiratoria superior, bronquitis y bronquiolitis	2070	1.6
Contusión de miembro inferior y sitio no especificado	1936	1.5
Trastornos depresivos	1925	1.5
Síntomas generales	1910	1.5
Otros síntomas del abdomen y pelvis	1843	1.5
Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas	1762	1.4
Síntomas del aparato respiratorio	1636	1.3
Esquinces y torceduras de tobillo y pie	1579	1.2
Síntomas del aparato digestivo	1541	1.2
Tendinitis y síndromes conexos	1515	1.2
Otras patologías víricas	1335	1.1
Reacción de adaptación	1320	1.0
Síntomas del aparato urinario	1277	1.0
Síndrome de vértigo	1115	0.9
Hemorragia en fase temprana del embarazo	951	0.8
Migrañas	902	0.7
Síntomas cabeza y cuello	792	0.6
Hemorroides	659	0.5
Otras celulitis	622	0.5
HTA esencial	603	0.5
Enfermedades tejidos duros dientes	158	0.1
Contusión de miembro inferior	130	0.1
Total diagnósticos más frecuentes	**64733**	**51.0**
Total de IT en el año 2013	**123471**	

Gráfica 4.6.1. Diagnósticos más frecuentes que han causado IT durante los años 2003 y 2013



A continuación en la Tabla 4.6.4 se relaciona el significado de cada uno de los códigos contenidos en la Gráfica 4.6.1 sobre los diagnósticos más frecuentes motivos de IT durante los años 2003 y 2013.

Tabla 4.6.4. Significado de los códigos de la Gráfica 4.6.1

1 = Trastornos vertebrales y otros trastornos de espalda
2 = Gripe
3 = Infecciones intestinales no salmonella
4 = Infección aguda vía respiratoria superior, bronquitis y bronquiolitis
5 = Trastornos neuróticos
6 = Faringitis o amigdalitis aguda
7 = Resfriado común
8 = Esguinces y torceduras de tobillo y pié
9 = Trastornos depresivos
10 = Tendinitis y síndromes conexos
11 = Síntomas generales
12 = Otros trastornos de articulación
13 = Síndrome de vértigo
14 = Otros síntomas del abdomen y pelvis
15 = Contusión del miembro inferior y sitio no especificado
16 = Síntomas del aparato urinario
17 = Hemorragia en fase temprana del embarazo
18 = Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas
19 = Síntomas de cabeza y cuello
20 = Enfermedades tejidos duros dientes
21 = Migrañas
22 = HTA esencial
23 = Otras celulitis y abcesos
24 = Hemorroides
25 = Síntomas del aparato respiratorio
26 = Reacción de adaptación
27 = Otras patologías víricas
28 = Síntomas del aparato digestivo

Observando la Gráfica 4.6.1 encontramos las mayores diferencias en cuanto al motivo de las IT durante los años en estudio en las siguientes patologías que se muestran en la Tabla 4.6.5:

Tabla 4.6.5. Significado de los códigos de las patologías que marcan mas diferencia en las IT entre los años 2003 y 2013

1 = Trastornos vertebrales y otros trastornos de espalda
2 = Gripe
3 = Infecciones intestinales no salmonella
4 = Infección aguda vía respiratoria superior, bronquitis y bronquiolitis
5 = Trastornos neuróticos
15 = Contusión del miembro inferior y sitio no especificado
25 = Síntomas del aparato respiratorio
27 = Otras patologías víricas
28 = Síntomas del aparato digestivo

Vemos que los porcentajes más relevantes para las patologías causantes de la IT (Síntomas del aparato respiratorio, otras patologías víricas y síntomas del aparato digestivo) son superiores en el año 2013 que en el 2003, mientras que para las patologías trastornos vertebrales y otros trastornos de espalda, gripe, infecciones intestinales no salmonella, infección aguda vía respiratoria superior, trastornos neuróticos y las contusiones del miembro inferior y sitio no especificado, las proporciones en el 2003 son mayores que en el 2013.

DISCUSIÓN

V.- DISCUSIÓN

En el sistema de salud español resulta llamativo que la información de I.T. proviene de los partes de baja que son cumplimentados por los médicos de los distintos sistemas de salud de las CC AA, en nuestro caso el SCS, particularmente en el ámbito de Atención Primaria, que posteriormente son evaluados por los servicios de Inspección.

Aún siendo válidos estos datos para la descripción general de las IT y para el control de aquellos aspectos administrativos básicos, existen limitaciones para el análisis de las IT desde una perspectiva clínica y/o sociolaboral. Además, como consecuencia de las funciones de los médicos al cumplimentar los partes de baja actúan de forma heterogénea, por tanto carecen de aquellos datos sobre el tipo de actividad, la presencia de comorbilidad y los aspectos sociolaborales, por lo que generan mayor limitación en cuanto a la fiabilidad y utilidad de los mismos. En particular no se realiza una historia clínica laboral en los servicios de Atención Primaria y en este sentido se debería cumplimentar estos datos en la recepción administrativa en el primer contacto del paciente con los servicios de salud, de manera que en la historia clínica se reflejen datos imprescindibles para los estudios epidemiológicos de la población y que pudieran formar parte de la historia clínica global de la persona.

Por todo ello, es fundamental insistir en la mejora de la calidad de los registros de la historia clínica, aunque en la actualidad no se niega la utilidad de los mismos tal y como se recogen, para los estudios epidemiológicos en España, si bien seguimos con unos registros insuficientes para llevar a cabo estudios con el rigor científico requerido en algunos casos.

A pesar de la importancia clínica y socioeconómica que constituye la IT, los estudios realizados y publicados hasta el momento continúan siendo escasos y con insuficientes datos que nos permitan conocer lo que supone su impacto sobre el Sistema de Salud y Seguridad Social Español.

En nuestro país, desde el año 1994, se han llevado a cabo modificaciones legislativas desde el Ministerio de Trabajo en materia de gestión de la IT, que han dado la potestad para dar altas laborales a los facultativos del INSS. Posteriormente, y tras la decisión del Consejo de Ministros de 5 de junio de 1998, también los médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS realizan controles de IT, con lo que no sólo los médicos de cabecera realizan el seguimiento clínico del paciente y control de la misma. El INSS y las CC AA vienen suscribiendo desde 1996 convenios de colaboración para el control de la IT, en los que fijan objetivos de ajuste en el coste global de la prestación económica. Mediante estos convenios que se renuevan en la actualidad cada tres años, los médicos de Atención Primaria y la inspección médica deben resolver con rapidez las propuestas de alta de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales; a cambio los servicios de salud obtienen una dotación del fondo de ahorro. El INSS pedirá a los servicios de salud desarrollar programas de formación del personal sanitario, administrativo e informatización de los servicios.

Cuando un paciente no puede realizar su trabajo habitual, los médicos gestionan la IT con indicación de reposo como parte del tratamiento de su problema de salud. Se trata de una prescripción médica que realizan con el fin último de mejorar la salud del paciente. Esta gestión implica el acto de producir la baja, la confirmación de la misma y concretar el momento del alta en función de la evolución clínica del proceso que afecta al paciente. Todo ello, con un seguimiento continuo del médico en el proceso de enfermedad del paciente.

Además, se puede pensar que los médicos de cabecera, celosos de su lealtad hacia el paciente, no sean conscientes de su responsabilidad social y las implicaciones económicas de cada IT. A todo ello, se suma la excesiva labor administrativa en la gestión de la IT, lo que hace que el médico pierda de vista la importancia clínica del proceso y sus implicaciones sociales.

En relación a la gestión de la IT en las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales hay que decir que los empresarios pueden estar

tentados en controlar las bajas laborales de sus empleados a través de estas organizaciones y de la misma manera la administración intenta ahorrar el gasto por la prestación económica de la IT a través de los médicos de familia, un tema tan complejo como el que nos ocupa donde se entrecruzan tres niveles normativos: el de la asistencia sanitaria, la relación laboral y la prestación económica de la IT.

La tasa de incidencia de IT del año 2003 se sitúa en el 35.6% mientras que en el año 2013 la tasa disminuye significativamente alcanzando el 19.0%. Este drástico descenso creemos es debido a los cambios normativos que se han venido produciendo desde la década de los 90, donde la Unión Europea tras realizar algunos trabajos sobre evaluación del gasto social, pudo comprobar el crecimiento que se venía sucediendo en la protección por incapacidad, tanto temporal como permanente, por lo que se acordó poner en marcha determinadas medidas en el marco de cada uno de los países miembros. Así, en España se aprobó en 1994 la Ley 42/1994 que estableció la posibilidad de que la prestación económica por contingencias comunes pudiese ser gestionada por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS.

Así mismo el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, estableció en su artículo 9 la disminución del complemento de la prestación económica en la situaciones de IT del personal al servicio de las administraciones públicas (123), lo que conlleva a que la reducción de las retribuciones del trabajador en caso de IT durante los tres primeros días se reduce en el 50% el complemento retributivo; del cuarto al vigésimo día de IT no puede superar el 75% de la retribución del total que venía percibiendo y a partir del vigésimo al nonagésimo día, se podrá reconocer la totalidad de las retribuciones dependiendo de la decisión de cada comunidad autónoma.

En el ámbito de la relación contractual laboral, estimamos que ha influido de manera decisiva en la reducción de la IT la supresión en los convenios colectivos del complemento salarial que se mantenía en estas situaciones de manera que el trabajador sólo percibe la prestación económica de la SS.

Por último, no podemos dejar de tener en cuenta que la población afiliada ha disminuido en un 7.5% en el año 2013 respecto al 2003, por lo que este es otro factor que estaría influyendo en la disminución de la tasa de incidencia de la IT.

En relación al sexo, en el año 2003, el análisis realizado muestra una mayor tasa de incidencia ajustada de los procesos de IT en las mujeres frente a los hombres, situándose en las mujeres en un 42.7% frente al 31.0% en los hombres, datos que coinciden con los hallados por otros autores (91) (92) (93). Ésta misma tendencia se constata en el año 2013, siendo las diferencias porcentuales entre hombres y mujeres inferiores, 22.5% en mujeres y 16.0% en hombres. Estas diferencias por sexo nos hacen pensar en otros factores de orden social como son las cargas domésticas y familiares, causas que también señala en el año 1999 el estudio realizado por Martínez (90).

La incidencia de IT en el año 2003 aumenta hasta los 40 años de edad, año en el que comienza a descender tanto en hombres como en mujeres. En el año 2013, el punto de inflexión se retrasa hasta los 45 años con independencia del sexo. Estas observaciones podrían estar relacionadas con las modificaciones normativas y del propio mercado laboral que se produjeron en el año 2013 que trajeron como consecuencias una disminución de las contrataciones laborales en edades jóvenes y un aumento de la contratación temporal en edades medianas. Según la Encuesta de Población Activa (EPA) del tercer trimestre de 2013 y realizada por el Instituto Nacional de Estadística, en España el paro de los menores de 25 años sigue siendo superior al 50%, concretando que la cifra total de personas sin empleo en esta franja de edad es de 943.100. Si comparamos con los datos del tercer trimestre de 2012, la tasa de paro juvenil es de dos puntos superiores, pasando de 52.3 % a un 54.3% en el tercer trimestre de 2013.

Nuestra población de estudio en IT durante el año 2003, tiene una edad media de 36.0 años, mostrando una edad inferior que la encontrada en el estudio realizado en el año 2002 por García Díaz y cols. (124), que obtuvo una media de 40.3 años en la población de Lugo. Esta diferencia en los resultados entre ambos estudios pudiera ser debida a las características de la población estudiada, a las patologías y a otros factores sociales y laborales.

Asimismo la incidencia de IT es muy superior en el año 2003 respecto al 2013 en todos los grupos de edad y para ambos sexos. Si se analiza la distribución de la población afiliada durante los años de estudio, se puede observar que en el año 2003 existe un mayor número de afiliados en los grupos de edad más bajos respecto al 2013 y por el contrario mayor número de afiliados en los grupos de edad más altos en el año 2013 respecto al 2003. Concretamente en el grupo de edad de 35-39 años hay un aumento de mujeres afiliadas en el año 2013, hecho que quizás pudiera estar relacionado con el aumento de la incorporación de la mujer al mundo laboral.

En el año 2013 la edad media de la población en IT es mayor que la del año 2003, es decir, la IT se presenta con mayor frecuencia en edades más tardías, destacando que en el grupo de edad de 30-34 años existe cierta diferencia en favor de la mujer, en la que aumenta la IT frente al hombre, respecto al año 2003, año en el que no existe diferencia entre hombres y mujeres. En un análisis más profundo de los datos, se observa que en ese grupo de edad, la mujer en el periodo de 2013, presenta mayor número de procesos de IT relacionados con las complicaciones del embarazo y abortos en comparación con el año 2003, hechos en los que podría estar influyendo el aumento de la edad de la mujer embarazada, los tratamientos de infertilidad y por otro lado su incorporación al mercado laboral en edades más tardías.

Respecto a la distribución por meses de inicio de IT durante los años 2003 y 2013, nuestros datos muestran no ser homogéneos en ambos periodos, siendo llamativo un mayor contraste en los meses de octubre y noviembre donde la incidencia de la IT del año 2013 es menos acusada, con una

proporción del 2.1% y 1.9% respectivamente, frente a la incidencia del año 2003, donde se alcanzó una proporción del 9.6% en ambos meses. Entendemos que aún siendo el año 2013 un período en el que se inician las IT por procesos gripales en una proporción del 13.1% anual, en el 2013 la proporción sólo llega a un 6.6%, lo que nos hace pensar que la reforma laboral que incluye la restricción en la prestación económica en las situaciones de IT condiciona que haya una tendencia a no solicitar la baja laboral por estos procesos que por sus características clínicas no impedirían desarrollar la labor profesional, de manera que los trabajadores en estos casos acuden al puesto de trabajo con el consiguiente riesgo que puedan transmitir la enfermedad al resto de trabajadores ó a otras personas del entorno.

Asimismo, en relación a los meses de inicio de la IT, se observa que existe un descenso total en la IT del año 2013 respecto a la del año 2003, pero al hacer la distribución temporal por meses observamos que esa disminución no es homogénea, concentrándose en los meses de enero/febrero y octubre/noviembre del año 2013. En este sentido, otros trabajos realizados como el de Lugo (124) destaca que en la población de estudio referida al bienio 2000-2002, el mes de enero se marca como el de mayor incidencia de IT y el trabajo realizado en Valencia por F. Antón-García y cols. (125) durante los años 2001 - 2004 encontramos que el periodo invernal se sitúa con mayor frecuencia de IT respecto al resto del año, datos coincidentes con nuestros hallazgos en el año 2003. Se confirma la tendencia en España de una mayor frecuencia de procesos de IT en períodos invernales y primaverales siempre que no existan importantes medidas económicas penalizadoras como las que se han venido aplicando en estos últimos años de crisis económica.

La duración media de los procesos por IT en nuestro estudio, sigue el mismo patrón en los años estudiados, resolviéndose en 30 días en la mayoría de los casos, resultado menor que los observados por otros autores (124) (125) que obtienen una media de 66.7 días y 50.3 días respectivamente. De la misma manera el estudio realizado sobre población correspondiente a los años 2002 y 2006 por González y cols. (126) alcanza una media de 74.0 días, dato que es similar al obtenido por Jordi Delclós y cols. (127) en el estudio referido al

cuatrienio 2002 – 2006 que obtenía 73.0 días como duración media y el menor de ellos, el obtenido por Esther Álvarez Theurer y cols. (128) que se sitúa en 41.7 días. Otros autores como M. A. Royo Bordonada (129), han obtenido una duración media de 44.5 días.

La duración de los procesos de IT se relaciona con el diagnóstico de la enfermedad y su gravedad, el nivel socioeconómico de quien la padece, la formación del trabajador, el estado civil, factores soiolaborales como el horario y contratos laborales, así como la organización de los servicios sanitarios. Cuanto mejores son las condiciones de los factores mencionados, la recuperación de la salud del trabajador se producirá con mayor prontitud, de tal forma que con ello se consigue una más rápida incorporación a su trabajo. Pero también es cierto que el tipo de actividad laboral es otro factor influyente en la duración de la IT. Se observa en general que a menor requerimiento físico, más rápida será la recuperación y la reincorporación del trabajador al trabajo.

Por otro lado, también los procesos en IT se suelen asociar al sexo y edad de los trabajadores. En las tasas por cada 100 individuos afiliados de nuestra serie, según los intervalos de edad y sexo, la mujer se muestra en situación de IT con mayor frecuencia que los hombres en el intervalo de edad entre 20 – 60 años, de forma general en ambos periodos estudiados (año 2002 y 2013) frente a los obtenidos en otros estudios (124) donde la tasa de IT media se sitúa en 14.7 % (14.2 hombres y 15.5 mujeres). Así mismo estos autores, observan un aumento progresivo según los intervalos de edad hasta los 45 años, a partir de los cuales decrece la tasa de incidencia de IT, pudiendo confirmar que los datos presentados en éste estudio y comparados con los obtenidos por nosotros en el año 2013 son similares, excepto para el intervalo de edad entre 36 – 45 años, siendo en este caso nuestra cifra inferior. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Arquier Poncell y cols. (84), quienes manifiestan que en general suele haber una tendencia absentista durante la juventud, disminuye en la edad adulta y finalmente aumenta en el periodo de prejubilación. Las diferencias observadas entre las tasas de IT de nuestra

población, podrían ser debidas en parte a que las causas de IT son diferentes según sea el sexo.

Siguiendo la CIE-9 MC, las enfermedades que originan mayor número de procesos en el año 2003 han sido, en primer lugar las del aparato respiratorio, seguidas de las del sistema osteo-mio-articular y las derivadas de las lesiones y envenenamientos. Sin embargo en el año 2013 el tercer lugar lo ocupa el apartado constituido por Síntomas, signos y estados mal definidos. Al comparar los datos obtenidos en ambos años estudiados, aún refiriéndonos a las patologías de mayor incidencia, el porcentaje de IT disminuye de forma significativa en el 2013. Pensamos que esto pudiera ser debido a los cambios normativos producidos en el marco de la reforma laboral durante el último período de crisis económica. Hasta este momento cuando un trabajador entraba en un proceso de IT recibía el 75% de la base reguladora como prestación económica de la Seguridad Social y generalmente los convenios de las empresas con los trabajadores completaban el salario hasta el 25% restante, llegando de esta manera a cobrar el 100% del salario, sin embargo a partir de la citada reforma todo esto ha cambiado descontándose del salario cada día no trabajado a pesar de que la baja sea justificada con un parte de IT. Como consecuencia de ello, los trabajadores se sienten obligados a acudir al puesto de trabajo, aún sin estar en óptimas condiciones de salud y padeciendo incluso enfermedades infecciosas con el consiguiente riesgo de contagio a otros trabajadores.

Si se observa la tabla 4.6.1 de distribución por diagnósticos más frecuentes, durante el año 2013 se aprecia una disminución de los porcentajes de frecuencias para las enfermedades respiratorias y osteo-mio-articulares, estas últimas enfermedades susceptibles de simulación. Apreciándose además un incremento de otras patologías de carácter crónico y grave, casos en los que algunos trabajadores pudieran estar aprovechando para alargar los períodos de baja laboral por estar afectados de enfermedades en las que la simulación sería más complicada.

En cuanto a las enfermedades del aparato respiratorio, primer grupo por frecuencia de aparición como causa de IT en nuestra serie, las cifras son superiores a las obtenidas en otros estudios (124) (126) (129) (128) que oscilan entre el 15.6% y el 22.2%, cuando nuestros datos alcanzan un 26.9% en el año 2003 y 19.6% en el año 2013. Desconocemos realmente los motivos de estas diferencias pero quizás sean debidas a una combinación de factores sanitarios, sociales y climáticos.

Las enfermedades osteo-mio-articulares, se sitúan en el segundo grupo de enfermedades más frecuentes de los procesos de IT estudiados, reflejando para el año 2003 un 20.9% y para el año 2013 un 16%, datos inferiores a los obtenidos en otros estudios (124) (125) (126) y similares a los obtenidos en el realizado en Alcalá de Henares (129) y al llevado a cabo en la Comunidad Autónoma de Andalucía (128) que alcanzan el 20.0% y 21.8% respectivamente del total de las IT producidas en los años de estudio. Desde nuestro punto de vista las diferencias obtenidas en las distintas poblaciones de estudio, pudieran obedecer al hecho de que las enfermedades osteo-mio-articulares aparecen como más frecuentes en muestras obtenidas en zonas rurales y las menos frecuentes en zonas urbanas, coincidiendo estas últimas con las características encontradas en nuestro estudio.

En el año 2003, las enfermedades que ocupan el tercer lugar son las lesiones y envenenamientos (10.8%) y en el año 2013 pasan al quinto lugar (8.5%), ya que las IT que ocupan el tercer lugar son las clasificadas en el grupo de síntomas, signos y estados mal definidos (9.3%) y en cuarto lugar las enfermedades del aparato digestivo (8.6%). Aunque las diferencias no son llamativas, no disponemos de una explicación clara para ellas. En cualquier caso en lo relativo al grupo de síntomas, signos y estados mal definidos, es evidente que en estos procesos no se ha podido llegar a un diagnóstico certero y esto quizás podría estar influenciado por los recortes presupuestarios durante estos años que han supuesto una disminución del personal sanitario, tanto en Atención Primaria como en Especializada.

Asimismo, en los estudios realizados por García Díaz y cols. (124), González Barcala y cols. (126) y Royo Bordonada (129), estos autores han encontrado en el apartado de lesiones y envenenamientos de la CIE9-MC porcentajes de frecuencias significativamente más altas que los obtenidos en los dos períodos anuales estudiados por nosotros. Concretamente los resultados fueron 16.20%, 19,4% y 18% respectivamente, a distancia de los nuestros que han sido un 10.8% y un 8.5% para los años 2003 y 2013 respectivamente.

Atendiendo al apartado identificado como Síntomas, signos y estados mal definidos de la CIE9-MC el resultado obtenido en el estudio llevado a cabo por García Díaz y cols. (124) ha alcanzado un 5.80%, cifra similar a la obtenida en el año 2003 en nuestro estudio que supuso un 5%. Asimismo, el trabajo realizado por González Barcala y cols. (126) encontró una cifra similar un 3.6%. Sin embargo en el estudio llevado a cabo por Esther Álvarez y cols. (128) en una muestra de la población de la Comunidad Autónoma de Andalucía referida al período 2002-2006 se obtuvo un 10.1%. Este último dato nos llama la atención al ser una cantidad que no alcanza a la obtenida en el año 2013 en nuestro estudio que fue un 9.3%, por lo que nos hace pensar que alguna dificultad para llegar a un diagnóstico definitivo pudiera haber existido en la Comunidad Andaluza en ese momento, teniendo en cuenta que aún no se había hecho presente la crisis económica y los consiguientes recortes de personal y demás necesidades sanitarias.

CONCLUSIONES

VI.- CONCLUSIONES

1ª.En la C. A. C, la IT constituye un importante problema desde el punto de vista económico y social, y sin embargo difícilmente encontramos estudios que aborden su análisis.

2ª Durante el año 2003, la incidencia de los procesos de IT en la C.A.C. ha sido del 35,6% respecto a la población de riesgo.

3ª En el año 2013 la incidencia de los procesos de IT en la C.A.C., ha sido del 19.0% respecto a la población de riesgo.

4ª En la C.A.C. la incidencia de los procesos de IT es mayor en la mujer que en el hombre.

5ª Existen otros factores distintos a la causa diagnóstica de la IT que influyen en la incidencia y en la duración de la misma en la CAC.

6ª Los procesos de IT en la C.A.C. han evolucionado en los últimos años hacia una mayor duración y menor incidencia.

7ª La edad media de las personas en IT es similar en ambos sexos en los años estudiados, en cambio la IT ha evolucionado a lo largo de los años hacia un aumento de la edad media. Concretamente en el año 2003 se sitúa en 36 años y en el año 2013 alcanza los 42 años.

8ª En el año 2003 la incidencia de I.T. fue más alta durante los meses con temperaturas ambientales más bajas (primer y último trimestre del año), meses en los cuales las infecciones respiratorias de vías altas y la gripe tienen mayor incidencia, sin embargo durante el año 2013, en esos meses la incidencia de I.T. fue más baja que en el resto del año, excepto diciembre que se mantuvo en un porcentaje similar al del año 2003. Esta variación podría estar relacionada con las medidas salariales penalizadoras con el absentismo laboral

establecidas a lo largo del período de crisis económica que comenzó en el año 2008.

9ª En el grupo de edad entre 30-34 años la mujer presenta durante el año 2013 un mayor número de procesos de I.T. relacionados con las complicaciones del embarazo y abortos en comparación con el año 2003, hechos en los que podría estar influyendo el aumento de la edad de la mujer embarazada y por otro lado la incorporación de la mujer al mercado laboral en edades más tardías.

BIBLIOGRAFÍA

VII.- BIBLIOGRAFÍA

1- Sigerist HE. Historical Background of Industrial and Occupational Diseases. Bulletin of the New York Academy of Medicine, 1936; 12: 597-609.

2- Bleiberg G. El «informe secreto» de Mateo Alemán sobre el trabajo forzoso en las minas de Almadén. Estudios de Historia Social, 1977; Nº 2-3: 357-443.

3- Menéndez Navarro A. Un mundo sin sol. La salud de los trabajadores de las Minas de Almadén, 1750-1900. Granada: Universidad de Granada, Universidad de Castilla-La Mancha, 1996.

4- Menéndez Navarro A. «Catástrofe morboso de las minas mercuriales de la villa de Almadén del Azogue» (1778) de José Parés y Franqués. Edición anotada. Cuenca: Universidad de Castilla-La Mancha, 1998.

5- Webster Ch. Two-Hundredth Anniversary of the 1784 Report on Fever at Radcliffe Mill. Society for the Social History of Medicine Bulletin, 1984; 35: 65-70.

6- Menéndez Navarro A, Rodríguez Ocaña E. Aproximación al estudio de los recursos asistenciales sanitarios en los establecimientos minero-metalúrgicos españoles a comienzos del siglo xx. En: Huertas R, Campos R. editores. Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX). Madrid: FIM, 1992; 263-93.

7- Rodriguez Ocaña E. Paz, Trabajo, Higiene. Los enunciados acerca de la higiene industrial en la España del siglo XIX. En: Huertas R, Campos R. editores. Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX). Madrid: FIM, 1992; 383-406.

8- Tweedale G. Magic Mineral to Killer Dust. Turner & Newall and the Asbestos Hazard. Oxford: Oxford University Press, 2000.

9- Grieco A, Fano D, Carter T, Iavicoli S. Origins of Occupational Health Associations in the World. Amsterdam: Elsevier, 2003.

10- Sellers CC. The Public Health Service's Office of Industrial Hygiene and the transformation of industrial medicine. Bulletin of the History of Medicine 1991; 65: 42-73.

11- Sellers CC. Hazards of the job: from industrial disease to environmental health science. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1997.

12- Bemabeu Mestre J, Perdiguero Gil E, Zaragoza Ferrández P. Medicina del trabajo en España. Aspectos normativos: de la inspección a la inspección médica del trabajo (1906- 1935). En: Huertas R, Campos R, editores. Medicina social y clase obrera en España (siglos XIX y XX). Madrid: FIM, 1992; 295-320.

13- Nugent A**.** Fit for Work. The Introduction of Physical Examinations in Industry. Bulletin of the History of Medicine 1983; 57: 578-95.

14- Cohen A, Fleta A. Trabajadores rechazados: «riesgo profesional» y gestión patronal del trabajo. Peñarroya, 1904-1950. Ería 1995; 37: 129-42.

15- Rodriguez Ocaña E. Industrielle Gesundheitsgefahrdung und Medizin in Spanien, 1850-1936. Eine Annaherunq an den medizinischen Diskurs. En: Milles D, editor. Gesundheitsrisiken, Industriegesellschah und soziale Sicherungen in der Geschichte. Bremerhailen: Wirtschahsverlag NW, 1993; 419-40.

16- Menéndez Navarro A, Rodriguez Ocaña E. From «Accident Medicine» to «Factory Medicine»: Spanish Occupational Medicine in the Twentieth Century. En: Grieco A, Fano D, Carter T, Lavicoli S, editors. Origins of Occupational Health Associations in the World. Amsterdam: Elsevier Science, 2003; 207- 16.

17. Constitución Española de 1978. Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de

octubre de1978. Ratificada por el pueblo español en referéndum de 6 de diciembre de 1978. Sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978.

18. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE número 154 de 29/6/1994.

19. Ley 52/2003, de 10 de diciembre, de disposiciones específicas en materia de Seguridad Social. BOE número 296 de 11/12/2003.

20. Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y de orden Social. BOE número 313 de 31/12/1997.

21. Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. BOE número 315 de 31/12/1996.

22. Ley 51/2007, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2008. BOE número 310 de 27/12/2007.

23. Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía. BOE número 313 de 31/12/2001.

24. Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE número 312 de 30/12/1999.

25.- Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de Bases del Régimen Local. BOE número 80 de 3/12/1985.

26.- Ley 37/2006, de 7 de diciembre, relativa a la inclusión en el Régimen General de la Seguridad Social y a la extensión de la protección por desempleo a determinados cargos públicos y sindicales. BOE número 293 de 8/12/2006.

27.- Ley Orgánica 11/1985, de 2 de agosto, de Libertad Sindical. BOE número 189 de 08/08/1985.

28.- Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE número 313 de 31/12/2002.

29.- Ley 35/2002, de 12 de julio, de medidas para el establecimiento de un sistema de jubilación gradual y flexible. BOE número 167 de 13/07/2002.

30.- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE número 71 de 23/03/2007.

31.- Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social. BOE número 291 de 05/12/2007.

32.- Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. BOE número 227 de 18/09/2010.

33.- Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE número 313 de 31/12/2001.

34.- Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006. BOE número 312 de 30/12/2005.

35.- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE número 65 de 16/3/2007.

36.- Real Decreto-ley 3/2004, de 25 de junio, para la racionalización de la regulación del salario mínimo interprofesional y para el incremento de su cuantía. BOE número 154 de 26/06/2004

37- Ley 38/1966, de 31 de mayo, sobre Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social. BOE número 131 de 2 de junio de 1966.

38- Ley 41/1970, de 22 de diciembre (Jefatura), por la que se perfecciona la acción protectora y se modifica la financiación del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social. BOE número 313 de 31 de diciembre de 1970.

39- Decreto 2123/1971, de 23 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de las leyes 38/1966, de 31 de mayo, y 41/1970, de 22 de diciembre, por las que se establece y regula el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social. BOE núm. 226, de 21 de septiembre de 1971.

40- Real Decreto-Ley 9/1982, de 30 de abril, por el que se modifican los artículos 23 y 31.2 del Decreto 2123/1971, de 23 de julio, por el que se aprueba el texto refundido regulador del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social. BOE número 114 de 13/05/1982.

41- Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social. BOE número 312 de 30/12/1999.

42- Ley 18/2007, de 4 de julio, por la que se procede a la integración de los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos. BOE número 160 de 05/07/2007.

43- Ley 28/2011, de 22 de septiembre, por la que se procede a la integración del Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social en el Régimen General de la Seguridad Social. BOE número 229 de 23/09/2011.

44- Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre bases de la Seguridad Social. BOE número 312 de 30/12/1963.

45- Decreto 1867/1970, de 9 de julio, que aprueba el Reglamento General de Ley 116/1969, de 30 de diciembre, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar. BOE número 313 de 31/12/1969.

46- Ley 24/1972, de 21 de junio, de financiación y perfeccionamiento de la acción protectora del Régimen General de la Seguridad Social. BOE número 149 de 22/06/1972.

47- Decreto 2864/1974, de 30 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de las Leyes 116/1969, de 30 de diciembre y 24/1972 de 21 de junio, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar. BOE número 243 de 10/10/1974.

48- Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE número 173 de 20/07/1974.

49- Ley 48/2003, de 26 de noviembre, de régimen económico y de prestación de servicios de los puertos de interés general. BOE núm. 284 de 27/11/2003.

50- Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. BOE núm. 313 de 31/12/2003.

51- Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, sobre gestión institucional de la Seguridad Social, la salud y el empleo. BOE número 276 de 18/11/1978.

52- Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales Administrativas y del Orden Social. BOE número 313 de 31/12/1997.

53- Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. BOE número 312 de 30/12/1999.

54- Decreto 1167/1960, de 23 de junio, por el que se aplican los beneficios del mutualismo laboral a los trabajadores independientes. BOE número 153 de 27/06/1960. Derogado por decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos. BOE número 221 de 15/09/1970.

55- Decreto 907/1966, de 21 de abril, por el que se aprueba el texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. BOE números 196 y 197 de 22 y 23/04/1966.

56- Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos. BOE número 221 de 15/09/1970.

57- Real Decreto 2504/1980, de 24 de octubre, por el se modifican los artículos 2º y 3º del decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos. BOE número 277 de 18/11/1980.

58- Ley 118/1969, de 30 de diciembre, sobre igualdad de derechos sociales de los trabajadores de la comunidad iberoamericana y filipina empleados en el territorio nacional. BOE número 313 de 31/12/1969.

59- Real Decreto 1074/1977, de 23 de abril, por el que se da nueva redacción al artículo 27 de Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos. BOE número 117 de 17/05/1977.

60- Real Decreto 1774/1978, de 23 de junio, por el que se incluye la prestación de incapacidad laboral transitoria como mejora voluntaria en la acción protectora del Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos. BOE número 179 de 28/07/1978.

61- Real Decreto 463/2003, de 25 de abril, sobre reconocimiento del incremento de la pensión de incapacidad permanente total para la profesión habitual para los trabajadores por cuenta propia. BOE número 100 de 26/04/2003.

62- Orden de 28/07/1978 por la que se desarrolla lo dispuesto en el Real Decreto 1774/1978, de 23 de junio, por el que se incluye la incapacidad laboral transitoria como mejora voluntaria en el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos. BOE número 191 de 11/08/1978.

63- Ley 36/2003, de 11 de noviembre, de medidas de reforma económica. BOE número 271 de 12/11/2003.

64.- Ley 20/2007, de 11 de julio, del Estatuto del trabajo autónomo. BOE número 166 de 12/07/2007.

65.- Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE número 75 de 29/03/1995.

66.- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración. BOE número 10 de 12/01/2000.

67.- Decreto 2346/1969, de 25 de septiembre, por el que se regula el Régimen Especial de la Seguridad Social del Servicio Doméstico. BOE número 247 de 15/10/1969.

68.- Ley 39/2010, de 22 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2011. BOE número 311 de 23/12/2010.

69.- Real Decreto 1596/2011, de 4 de noviembre, por el que se desarrolla la disposición adicional quincuagésima tercera del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, en relación con la extensión de la acción protectora por contingencias profesionales a los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Empleados de Hogar. BOE número 290 de 02/12/11.

70.- Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del Sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. BOE número 198 de 19/08/1995.

71.- Ley de 17 de julio de 1953 (Jefatura del Estado) sobre el establecimiento del Seguro Escolar en España. BOE número 199 de 18/07/1953

72.- Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. BOE número 98 de 24/04/1997.

73.- Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, por el que se modifica el Real Decreto 575/1997, en desarrollo del apartado 1, párrafo segundo, del artículo 131 bis) de la Ley General de la Seguridad Social. BOE número 145 de 18/06/1998.

74.- Orden de 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. BOE número 150 de 24/06/1997.

75 .- Orden de 18 de septiembre de 1998 por la que se modifica la Orden de 19 de junio de 1997, que desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. BOE número 230 de 25/09/98

76.- Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre Colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades de la Seguridad Social. BOE número 296 de 12/12/1995.

77.- Real Decreto 1273/2003, de 10 de octubre, por el que se regula la cobertura de las contingencias profesionales de los trabajadores incluidos en el

Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, y la ampliación de la prestación por incapacidad temporal para los trabajadores por cuenta propia. BOE número 253 de 22/10/2003.

78.- Real Decreto 1995/1978, de 12 de mayo, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social. BOE número 203 de 25/08/1978.

79.- Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, modificada por la Ley 4/1999, de 13 de enero. BOE número 285 de 27/11/92.

80.- Ley 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal. BOE número 262 de 31/10/1992.

81- Bou Camps F. Absentismo laboral. Medicina de Empresa, 1984; 27-28

82- Romay López R, Santín González D. Nuevas herramientas para gestionar el gasto público por incapacidad temporal. Madrid. Instituto de Estudios Fiscales, 2003; 39- 58

83- Caillard, J F, Frimal P y Furón D. El absentismo. Estadísticas. Método de cálculo. Archives des maladies professionelles, 1978; 39: 271-285.

84- Arquier Porcell A, Ballesteros Fernández C, Gayenes Paou E y LLanso Nores J. Absentismo laboral. Medicina de empresa, 1990; Julio: 57-78.

85- Benavides FG, Bolumar F, Mur P, Vioque J. Ferrandiz E y Herrero JF. ILT Una fuente de datos para el conocimiento del estado de salud de la comunidad. Atención Primaria, 1986; 1(3): 19-23.

86- Úbeda Asensio R y López Martínez A. Absentismo Laboral, Visión Retrospectiva 1974-1984. Salud y Trabajo, 1986; 54:19-26.

87- Grandal M C, García JM y Medrano MP. El absentismo laboral. Revista Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo, 1988; 8: 81-84.

88- Martí Mercadal JA. Absentismo y medicina del trabajo. Enciclopedia de Medicina Higiene y Seguridad en el Trabajo, 1974; Vol I: 9-17.

89- Fortuin JG. Absentismo y medicina del trabajo. Enciclopedia de Medicina Higiene y Seguridad en el Trabajo,1974; vol I: 4-6.

90- Martínez Quintana V. Origen y evolución del Absentismo Laboral en España desde la perspectiva de la sociología. Esic Market, 1990; 2(68): 129-160.

91- Allen WD. Family Illness and Temporary Work Absence. Applied Economics,1996; 28:1177- 1180.

92- Sánchez Tabar MA, Canga Alonso A y García Cueto E. Absentismo Laboral en medio Hospitalario, Medicina y Seguridad del Trabajo, 1989; 146: 71-74.

93- Mann K J, Abramson JH, Camrass I y Alon J. Sckiness absenteeism in a hospital in Israel. Hospital, 1971; September: 307-311.

94- García de Salazar JC y Elola B. Niveles de Absentismo en empresas pertenecientes al sector servicios. Salud y Trabajo, 1985; 49: 40-47

95- Blasco Huelva P. Absentismo laboral. Medicina del Trabajo. Masson. Barcelona, 1986: 155-169.

96- Alfonso Sánchez J L y Sanchís-Bayarri Vallant V. Contribución al estudio del Absentismo Laboral en la Atención Primaria, 1987; 4 (180): 216-220.

97- Isacsson A, Hanson BS, Janzon L y Kugelberg G. The epidemiology of sick-leave in an urban population in Malmo, Sweden. Scand. J. Soc. Med., 1992; 4(20): 234-239.

98- Romay López R. Análisis de la prestación por Incapacidad Temporal. Propuestas de Gestión. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid, 2003.

99- Frieyro JE, Escudero G, De La Cueva, M, Ibarrola B y García Pascual E. Incidencia de ILT en la población adscrita a una unidad docente de medicina familiar (1983-84), Atención Primaria, 1985; 6(2): 325-328.

100- Arriba Valdés MN, Moreira Sánchez-Alarcos JL y García Prendes-Pando M. Diferencias en la ILT en relación con el sexo en los trabajadores del mar. Actas del Primer Congreso Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid, 1987; 405-415.

101- González González M, Martín Martín MV y González Casado MJ. Estudio de la Incapacidad Laboral Transitoria por contingencias comunes en Salamanca. Medicina y Seguridad del Trabajo, 1992; 38(154): 67-70.

102- Castro Burón J, Jiménez Lasheras J y Roca Maseda R. Expresión laboral de la patología lumbar. Medicina y Seguridad del Trabajo, 1991; 38(153): 55-62.

103- Pérez Chaves MV. Análisis descriptivo del absentismo laboral por enfermedad correspondiente al Área III de Atención Primaria de Madrid. Medicina y Seguridad del Trabajo, 1994; 41(161): 3-21.

104- García E. Evaluación de las bajas laborales producidas durante un año en la población adscrita a una Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria, 1984; 5: 228-232.

105- Peirats Mecho M, Martí Félis N y Ros Tarancón MJ. Estudio de absentismo laboral en una empresa de proceso continuo. Medicina y Seguridad del Trabajo, 1991; 38(151): 53-70.

106- Gili Maluquer S. Problemática del absentismo laboral. Enciclopedia de Medicina Higiene y Seguridad del Trabajo, 1974; Vol. I: 9-38.

107- Álvarez Nebreda C. Enfermería Hospitalaria I.L.T. Morbilidad, duración y coste. Madrid: Consejo General de Colegios de D.U.E., 1990: 13-22.

108- Aragón Peña AJ, Arrazola MP, García de Codes A y De Juanes Pardo JR. Características y hábitos del personal de mantenimiento de un Hospital General. Medicina del Trabajo, 1994; Mar (número especial): 24.

109- Canga Alonso A, Sánchez Tabar MA, García Cueto E. Variables influyentes en la duración media de la ILT entre personal de un centro hospitalario. Actas II Congreso Nacional de Medicina del Trabajo, 1987; Vol. I: 653-657.

110- Llario Moscardó J. Salud laboral en el entorno Sanitario", Diario Médico, 1994; 21 abril.

111- Tafalla M, Escortell E, Caso Pita C, Insausti Macarrón D. Morbilidad atendida en el servicio de salud laboral. Medicina del Trabajo, 1994; 22 (núm. especial).

112- Canga Alonso A, Laspra García C, Espina Álvarez C y Alameda Bailén JR. Estudio comparativo de la patología traumática del tobillo como causante de Accidentes de Trabajo en empresa. Medicina y Seguridad del Trabajo, 1991; 38 (154): 15-45.

113- Álvarez García B. Can we identify fraudulent behaviour? An application to sickness absence in Spain. Documento de Traballo 0011. Departamento de Economía Aplicada. Universidad de Vigo, 2000; 2-4.

114- Ganaza Vargas J y Valle Cabrera R. El Absentismo como manifestación de un comportamiento individual. Temas Laborales: Revista Andaluza de Trabajo y Bienestar Social, 1987; 13: 21-35

115- Álvarez Nebreda C. Incapacidad laboral transitoria: costes, desviaciones y control. Jornadas sobre mutuas. Madrid, 1994; 433-436.

116- Delgado Montero F. Un estudio psicológico sobre Absentismo Laboral. Medicina de empresa, 1981); septiembre (7-28): 27.

117- North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ y Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. BMJ, 1993; 306: 361-366.

118- Fernández Conradi L, Fernández Granda A. Incapacidad médico-laboral, Absentismo. Revista Castellana de Medicina y Seguridad del Trabajo, 1992; 4(24): 4-12.

119- García Escandón F, Laynez Rubio J, Bernar Solano J, Fernández González A. Estudio para la prevención de incapacidades laborales por accidentes traumatológicos en el sector eléctrico (1984-90). Medicina del trabajo, 1993; 2: 249-262.

120- Moncada S, Escribá V, Sánchez A. Enfermedades relacionadas con el trabajo que son motivo de hospitalización. Workshop: vigilancia y monitorización de la salud. Barcelona: Instituto Municipal de la Salud, 1991.

121- Fabrés Quesada J, Portella Arguelaguet E. Utilidad epidemiológica de los partes de Incapacidad Laboral Transitoria, Revista de Sanidad e Higiene Pública, 1982; 56: 1237-1247.

122- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE número 298 de 14/09/1999.

123- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad. BOE número 168 de 13/07/2012.

124- A.M. García-Díaz, S. Pértega-Dáz, S. Pita-Fernández, C. santos-García y J. Vazquez Vazquez. Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el periodo 2000-2002. Aten Primaria.2006; 37 (1): 22-9.

125- F. Antón-Gracía, G. Llorens-Ortells, J. B. Catalán-Macian y M. Rodríguez-Montes. Características evolutivas de incapacidad temporal en un centro de salud. SEMERGEN. 2009; 35 (6): 265-9.

126- F. J. González-Barcala, C. Cadarso-Suárez, L. Valdés Cuadrado, M. E. Lado-Lema, R. Bugarin-González, C. Vilariño-Pombo y X. Hervada-Vidal. Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. Aten Primaria. 2006; 37 (8): 431-8.

127- Jordi Delclós, Silvia García, Juan Carlos López, Maite Sampere, Consol Serra, Manel Plana, Dolors Vila, Fernándo G. de Benavides. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. Art. Prev Riesgos Lobor 2010; 13 (4): 180-7.

128- Esther Álvarez Theurer, Antonio Llegó Muñoz y Manuel Vaquero Abellán. Análisis de la duración de los periodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados. Aten Primaria. 2009; 41 (7):387-93.

129- M. A. Royo-Bordonada. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. Gac Sanit 1999; 13 (3): 177-84.

ANEXOS

VIII.- ANEXOS. Tablas de datos

Anexo 1. Población Afiliada 2003 y 2013

Tabla 1.1. Población afiliada 2003 por grupos de edad y sexo

		POBLACIÓN 2003		
		Hombres	Mujeres	Total
		Recuento (%)	Recuento (%)	Recuento (%)
Grupos de edad (años)	16 - 19	9300 (2.2)	5500 (2.0)	14800 (2.1)
	20 - 24	38100 (8.9)	31000 (11.2)	69100 (9.8)
	25 - 29	60300 (14.1)	48500 (17.5)	108800 (15.5)
	30 - 34	70200 (16.4)	49900 (18.0)	120100 (17.1)
	35 - 39	67400 (15.9)	43900 (15.9)	111300 (15.8)
	40 - 44	55600 ((13.0)	35600 (12.8)	91200 (13.0)
	45 - 49	44000 (10.3)	25900 (9.4)	69900 (9.9)
	50 - 54	36000 (8.4)	17600 (6.4)	53600 (7.6)
	55 - 59	27000 (6.3)	11300 (4.1)	38300 (5.4)
	> 60	19000 (4.5)	7400 (2.7)	26400 (3.8)
	Total	**426900 (100.0)**	**276600 (100.0)**	**703500 (100.0)**

Tabla 1.2. Población afiliada 2013 por grupos de edad y sexo

		POBLACIÓN 2013		
		Varones	Mujeres	Total
		Recuento (%)	Recuento (%)	Recuento (%)
Grupos de edad (años)	16 - 19	1250 (0.4)	1131 (0.4)	2381 (0.3)
	20 - 24	14454 (4.2)	14100 (4.7)	28554 (4.4)
	25 - 29	29521 (8.5)	31881 (10.5)	61402 (9.4)
	30 - 34	43986 (12.6)	44882 (14.6)	88868 (13.6)
	35 - 39	56059 (16.1)	50408 (16.7)	106467 (16.4)
	40 - 44	58540 (16.8)	50040 (16.5)	108580 (16.7)
	45 - 49	52267 (15.0)	43292 (14.3)	95559 (14.7)
	50 - 54	41202 (11.8)	32362 (10.7)	73564 (11.3)
	55 - 59	28479 (8.2)	20910 (6.9)	49389 (7.6)
	> 60	22213 (6.4)	14183 (4-7)	36396 (5.6)
	Total	**347971 (100.0)**	**303189 (100.0)**	**651160 (100.0)**

Anexo 2. Procesos 2003 y 2013 según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 9 MC)

Tabla 2.1. Enfermedades infecciosas y parasitarias (2003)

	Recuento	%
Infecciones por salmonella	93	0.5
Infecciones intestinales no salmonella	13519	71.8
Tuberculosis pulmonar	48	0.3
Angina estreptocócica y fiebre escarlatina	1980	10.5
Erisipela	71	0.4
Varicela	513	2.7
Herpes zoster	313	1.7
Herpes simplex	150	0.8
Hepatitis viral	91	0.5
Paperas	60	0.3
Mononucleosis infecciosa	74	0.4
Enfermedades de la conjuntiva por virus y Chlamydiae	529	2.8
Otras viriasis y Chlamydiae	601	3.2
Fiebre intermitente	5	0.0
Micosis	377	2.0
Cólera	8	0.0
Fiebre tifoidea y paratifoidea	2	0.0
Shigelosis	4	0.0
Infección tuberculosa primaria	12	0.1
Otras tuberculosis respiratorias	6	0.0
Tuberculosis de meninges y Sistema Nervioso Central	1	0.0
Tuberculosis de intestinos, peritoneo y glándulas mesentéricas	2	0.0
Tuberculosis ósea y articular	5	0.0
Tuberculosis del aparato genitourinario	2	0.0
Tuberculosis de otros órganos	6	0.0
Tuberculosis miliaria	1	0.0
Turalemia	6	0.0
Brucelosis	16	0.1
Muermo	7	0.0
Otras zoonosis bacterianas	1	0.0
Difteria	12	0.1
Tosferina	4	0.0
Infección meningocócica	4	0.0

Tabla 2.1. Enfermedades infecciosas y parasitarias (2003)

	Recuento	%
Tétanos	1	0.0
Septicemia	19	0.1
Actinomicosis	2	0.0
Otras enfermedades bacterianas	3	0.0
Infección bacteriana de otro tipo y sitio no especificado	29	0.2
Enfermedad por VIH	15	0.1
Infección por VIH con afecciones específicas	3	0.0
Otra infección por VIH	2	0.0
Poliomielitis aguda	3	0.0
Infección del Sistema Nervioso Central por virus lento	4	0.0
Meningitis enterovírica	18	0.1
Otras enfermedades del S.N.C. no portadas por artrópodos	9	0.1
Vacuna y paravaccinia	8	0.0
Sarampión	10	0.1
Otros exantemas virales	28	0.2
Fiebre amarilla	14	0.1
Dengue	3	0.0
Encefalitis viral por garrapatas	2	0.0
Encefalítis viral por artrópodos no especificados	2	0.0
Fiebre hemorrágica por artrópodos	6	0.0
Otras enfermedades virales por artrópodos	12	0.1
Tracoma	1	0.0
Tifus por piojos	3	0.0
Otros tifus	2	0.0
Rickettsiosis por garrapatas	1	0.0
Otras rickettsiosis	9	0.1
Malaria	3	0.0
Leishmaniasis	4	0.0
Tripanosomiasis	5	0.0
Otras enfermedades por artrópodos	1	0.0
Sífilis congénita	1	0.0
Sífilis precoz sintomática	3	0.0
Sífilis cardiovascular	1	0.0
Otras sífilis tardías sintomáticas	1	0.0
Sífilis tardía latente	1	0.0
Infecciones gonocócicas	10	0.1

Tabla 2.1. Enfermedades infecciosas y parasitarias (2003)

	Recuento	%
Otras enfermedades venéreas	6	0.0
Leptospirosis	1	0.0
Angina de Vincent	5	0.0
Yaws	3	0.0
Mal de Pinto	1	0.0
Histoplasmosis	1	0.0
Otras infecciones por tremátodos	1	0.0
Equinococosis	3	0.0
Otras infecciones intestinales por tenia	8	0.0
Filariasis y dracunculosis	1	0.0
Anquilostomiasisy necatoriasis	1	0.0
Otras helmintiasis intestinales	1	0.0
Otras helmintiasis no especificadas	1	0.0
Parasitismo intestinal no especificado	2	0.0
Toxoplasmosis	6	0.0
Pediculosis	4	0.0
Acariasis	18	0.1
Efectos tardíos de tuberculosis	2	0.0
Efectos tardíos de poliomielitis aguda	1	0.0
Efectos tardíos de otras enfermedades infecciosas y parasitarias	1	0.0
Ornitosis	2	0.0
Enfermedades por virus coxsackie	5	0.0
Total	**18840**	**100.00**

Tabla 2.2. Enfermedades infecciosas y parasitarias (2013)

	Recuento	%
Infecciones por salmonella	15	0.2
Infecciones intestinales no salmonella	3713	57.7
Tuberculosis pulmonar	21	0.3
Angina estreptocócica y fiebre escarlatina	92	1.4
Erisipela	54	0.8
Varicela	258	4.0
Herpes zoster	176	2.7
Herpes simplex	62	1.0
Hepatitis viral	23	0.4
Paperas	44	0.7
Mononucleosis infecciosa	44	0.7
Enfermedades de la conjuntiva por virus y Chlamydiae	73	1.1
Otras viriasis y Chlamydiae	1335	20.7
Shigelosis	6	0.1
Infección tuberculosa primaria	1	0.0
Tuberculosis de meninges y Sistema Nervioso Central	11	0.2
Tuberculosis del aparato genitourinario	1	0.0
Turalemia	12	0.2
Ántrax	2	0.0
Brucelosis	9	0.1
Muermo	5	0.1
Melioidosis	1	0.0
Otras zoonosis bacterianas	2	0.0
Otras enfermedades micobacterianas	2	0.0
Difteria	1	0.0
Tosferina	51	0.8
Infección meningocócica	3	0.0
Tétanos	2	0.0
Septicemia	21	0.3
Actinomicosis	6	0.1
Otras enfermedades bacterianas	1	0.0
Infección bacteriana de otro tipo y sitio no especificado	14	0.2
Enfermedad por VIH	8	0.1
Infección por VIH con afecciones específicas	3	0.0
Otra infección por VIH	2	0.0
Poliomielitis aguda	5	0.1

Tabla 2.2. Enfermedades infecciosas y parasitarias (2013)

	Recuento	%
Infección del Sistema Nervioso Central por virus lento	3	0.0
Meningitis enterovírica	9	0.1
Otras enfermedades del S.N.C. no portadas por artrópodos	9	0.1
Vacuna y paravaccinia	10	0.2
Sarampión	7	0.1
Rubeola	1	0.0
Otros exantemas virales	10	0.2
Fiebre amarilla	3	0.0
Dengue	1	0.0
Encefalitis viral por garrapatas	11	0.2
Encefalitis viral por artrópodos no especificados	3	0.0
Fiebre hemorrágica por artrópodos	11	0.2
Otras enfermedades virales por artrópodos	6	0.1
Tracoma	1	0.0
Tifus por piojos	28	0.4
Otros tifus	21	0.3
Rickettsiosis por garrapatas	6	0.1
Otras rickettsiosis	10	0.2
Malaria	10	0.2
Leishmaniasis	20	0.3
Tripanosomiasis	14	0.2
Sífilis congénita	2	0.0
Neurosífilis	3	0.0
Otras sífilis tardías sintomáticas	1	0.0
Sífilis tardía latente	1	0.0
Infecciones gonocócicas	4	0.1
Otras enfermedades venéreas	6	0.1
Angina de Vincent	5	0.1
Yaws	15	0.2
Mal de Pinto	1	0.0
Micosis oportunistas	6	0.1
Otras infecciones intestinales por tenia	1	0.0
Otras helmintiasis intestinales	1	0.0
Toxoplasmosis	2	0.0
Pediculosis	1	0.0
Acariasis	14	0.2

Tabla 2.2. Enfermedades infecciosas y parasitarias (2013)

	Recuento	%
Otras infectaciones	2	0.0
Sarcoidosis	4	0.1
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias no especificadas	3	0.0
Efectos tardíos de poliomielitis aguda	2	0.0
Encefalitis viral por mosquito	1	0.0
Enfermedades por virus coxsackie	1	0.0
Total	**6434**	**100.0**

Tabla 2.3. Neoplasias (2003)

	Recuento	%
Otros	927	43.0
Neoplasia maligna de estómago	8	0.4
Neoplasia maligna de colon	32	1.5
Neoplasia maligna de recto, sigma y ano	20	0.9
Neoplasia maligna de laringe	22	1.0
Melanoma de piel	41	1.9
Neoplasia maligna de mama femenina	69	3.2
Neoplasia maligna de cervix uterino	15	0.7
Neoplasia maligna de próstata	40	1.9
Neoplasia maligna de vejiga	34	1.6
Neoplasia maligna de tiroides	22	1.0
Enfermedad de Hodgkin	29	1.3
Lipomas	299	13.9
Neoplasia benigna de piel	146	6.8
Neoplasia benigna de mama	72	3.3
Leiomioma uterino	132	6.1
Otras neoplasias benignas de útero	83	3.8
Neoplasia benigna de ovario	48	2.2
Neoplasia benigna del cerebro	23	1.1
Neoplasia benigna de tiroides	14	0.7
Carcinoma in situ de aparato digestivo	23	1.1
Carcinoma in situ de aparato respiratorio	19	0.9
Carcinoma in situ de piel	41	1.9
Total	**2159**	**100.00**

Tabla 2.3. Neoplasias (2013)

	Recuento	%
Neoplasia maligna de estómago	7	0.3
Neoplasia maligna de colon	61	2.7
Neoplasia maligna de recto, sigma y ano	17	0.7
Neoplasia maligna de laringe	10	0.4
Melanoma de piel	44	1.9
Neoplasia maligna de mama femenina	194	8.5
Neoplasia maligna de cervix uterino	24	1.0
Neoplasia maligna de próstata	82	3.6
Neoplasia maligna de vejiga	48	2.1
Neoplasia maligna de tiroides	49	2.1
Enfermedad de Hodgkin	17	0.7
Lipomas	377	16.5
Neoplasia benigna de piel	124	5.4
Neoplasia benigna de mama	49	2.1
Leiomioma uterino	300	13.1
Otras neoplasias benignas de útero	3	0.1
Neoplasia benigna de ovario	22	1.0
Neoplasia benigna del cerebro	14	0.6
Neoplasia benigna de tiroides	5	0.2
Carcinoma in situ de órganos digestivos	31	1.4
Carcinoma in situ de aparato respiratorio	9	0.4
Carcinoma in situ de piel	8	0.3
Neoplasia maligna de traquea, bronquios y pulmón	24	1.0
Neoplasia maligna de tejidos blandos	6	0.3
Otras neoplasias malignas de la piel	108	4.7
Neoplasia maligna de ovario y anejos	16	0.7
Neoplasia maligna de riñón y órganos urinarios	16	0.7
Neoplasia maligna del encéfalo	17	0.7
Neoplasia maligna de otros sitios	2	0.1
Otras neoplasias malignas de tejidos linfoides e histiocíticos	45	2.0
Neoplasia benigna de labio, cavidad oral y faringe	29	1.3
Neoplasia benigna de otras partes del aparato digestivo	57	2.5
Neoplasia benigna de órganos respiratorios e intratorácicos	2	0.1
Neoplasia benigna ósea y cartílagos articulares	8	0.3
Otras neoplasias benignas de tejidos blandos	1	0.0
Neoplasia benigna de otros órganos genitales femeninos	1	0.0

Tabla 2.3. Neoplasias (2013)

	Recuento	%
Neoplasia benigna de órganos genitales masculinos	9	0.4
Neoplasia benigna del riñón y órganos urinarios	12	0.5
Neoplasia benigna de otros sitios del cerebro y sistema nervioso	1	0.0
Carcinoma in situ de mama y aparato genitourinario	147	6.4
Carcinoma in situ de otros sitios	5	0.2
Neoplasia de evolución incierta del aparato digestivo y respiratorio	1	0.0
Neoplasia de evolución incierta de órganos genitourinarios	12	.5
Neoplasia no especificada	68	3.0
Neoplasia maligna de labio	2	0.1
Neoplasia maligna de lengua	6	0.3
Neoplasia maligna glándulas salivares mayores	4	0.2
Neoplasia maligna otras partes de la boca	7	0.3
Neoplasia maligna de orofaringe	5	0.2
Neoplasia maligna de nasofaringe	2	0.1
Neoplasia maligna de intestino delgado	1	0.0
Neoplasia maligna de hígado y conductos intrahepáticos	1	0.0
Neoplasia maligna de vesicular biliar y conductos extrahepáticos	1	0.0
Neoplasia maligna páncreas	4	0.2
Neoplasia maligna retroperitoneo y peritoneo	1	0.0
Neoplasia maligna fosas nasales, oído medio y senos paranasales	3	0.1
Neoplasia maligna timo, corazón y mediastino	3	0.1
Neoplasia maligna huesos y cartílagos intraarticulares	5	0.2
Neoplasia maligna mama masculina	1	0.0
Sarcoma de kaposi	3	0.1
Neoplasia maligna útero	5	0.2
Neoplasia maligna cuerpo uterino	9	0.4
Neoplasia maligna otros órganos genitales femeninos	2	0.1
Neoplasia maligna testículo	17	0.7
Neoplasia maligna del ojo	7	0.3
Neoplasia maligna de otras partes del sistema nervioso	2	0.1
Neoplasia maligna secundaria de ganglios linfáticos	1	0.0
Neoplasia maligna del ap. respiratorio y digestivo	2	0.1
Neoplasia maligna de otros sitios especificados	4	0.2

Tabla 2.3. Neoplasias (2013)

	Recuento	%
Neoplasia maligna sin especificar sitio	17	0.7
Linfosarcoma y reticulosarcoma	10	0.4
Neoplasias inmunoproliferativas y mieloma múltiple	11	0.5
Leucemia linfoide	8	.3
Leucemia mieloide	9	.4
Neoplasia benigna del ojo	1	.0
Neoplasia benigna de otras glándulas endocrinas	8	.3
Hemangioma y linfangioma	18	.8
Neoplasia evolución incierta glándulas endocrinas	4	.2
Neoplasia evolución incierta de otros sitios	10	.4
Neoplasia maligna de esófago	7	.3
Total	**2289**	**100.0**

Tabla 2.4. Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad (2003)

	Recuento	%
Bocio simple	35	2.8
Bocio nodular no tóxico	58	4.6
Tirotoxicosis	70	5.5
Hipotiroidismo adquirido	48	3.8
Tiroiditis	20	1.6
Otros trastornos de la tiroides	23	1.8
Diabetes Melitus	431	34.1
Otros trastornos de secreciones internas pancreáticas	45	3.6
Trastornos de la paratiroides	10	0.8
Trastornos de la pituitaria y su control hipotalámico	3	0.2
Enfermedades del timo	4	0.3
Trastornos de las suprarrenales	2	0.2
Disfunción ovárica	18	1.4
Disfunción testicular	24	1.9
Disfunción poliglandular	2	0.2
Otros trastornos endocrinos	10	0.8
Marasmo nutritivo	1	0.1
Carencia de vitamina A	1	0.1
Otras carencias nutritivas	2	0.2
Trastornos del transporte y metabolismo de aminoácidos	1	0.1
Trastornos del metabolismo de carbohidratos	4	0.3
Trastornos del metabolismo de lípidos	5	0.4
Gota	389	30.8
Trastornos del metabolismo mineral	1	0.1
Trastornos del equilibrio osmótico, electrolítico y ácido-básico	3	0.2
Otros trastornos	6	0.5
Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	36	2.9
Trastorno con implicación inmunitaria	3	0.2
Hipotiroidismo congénito	10	0.8
Total	**1265**	**100.00**

Tabla 2.5. Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad (2013)

	Recuento	%
Bocio simple	20	2.4
Bocio nodular no tóxico	132	16.0
Tirotoxicosis	43	5.2
Hipotiroidismo adquirido	21	2.5
Tiroiditis	11	1.3
Otros trastornos de la tiroides	34	4.1
Diabetes Mellitus	170	20.6
Otros trastornos de secreciones internas pancreáticas	25	3.0
Trastornos de la paratiroides	21	2.5
Trastornos de la pituitaria y su control hipotalámico	9	1.1
Trastornos de las suprarrenales	3	0.4
Disfunción ovárica	17	2.1
Disfunción testicular	2	0.2
Otros trastornos endocrinos	1	0.1
Otras carencias nutritivas	6	0.7
Trastornos del transporte y metabolismo de aminoácidos	2	0.2
Trastornos del metabolismo de carbohidratos	1	0.1
Trastornos del metabolismo de lípidos	20	2.4
Gota	195	23.6
Trastornos del metabolismo mineral	1	0.1
Trastornos del equilibrio electrolítico y ácido-básico	13	1.6
Otros trastornos	4	0.5
Obesidad y otros tipos de hiperalimentación	74	9.0
Total	**825**	**100.0**

Tabla 2.6. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (2003)

	Recuento	%
Otros	132	32.2
Anemia por carencia de hierro	248	60.5
Anemia hemolítica adquirida	15	3.7
Anemia aplásica	8	1.9
Alteraciones de la coagulación	7	1.7
Total	**410**	**100.00**

Tabla 2.7. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos (2013)

	Recuento	%
Anemia por carencia de hierro	136	62.7
Otras anemias por carencias	4	1.8
Anemia hemolítica adquirida	2	0.9
Anemia aplásica	2	0.9
Otras anemias no especificadas	25	11.5
Defectos de coagulación	3	1.4
Púrpura y otras condiciones hemorrágicas	22	10.1
Otras enfermedades de la sangre	7	3.2
Anemia hemolítica hereditaria	1	0.5
Enfermedades de glóbulos blancos	15	6.9
Total	**217**	**100.0**

Tabla 2.8. Trastornos mentales (2003)

	Recuento	%
Psicosis alcohólica	77	0.4
Psicosis por droga	111	0.6
Psicosis orgánica transitoria	45	0.3
Esquizofrenia	125	0.7
Psicosis afectiva	217	1.2
Trastornos neuróticos	10510	59.5
Síndrome de dependencia alcohólica	70	0.4
Dependencia de drogas	84	0.5
Reacción aguda al estrés	407	2.3
Reacción de adaptación	937	5.3
Trastorno depresivo	4603	26.1
Perturbación emocional de la infancia y adolescencia	70	0.4
Psicosis orgánica crónica	9	0.1
Síntomas especiales no incluidos en otros conceptos	203	1.2
Psicosis orgánica senil y presenil	7	0.0
Estados paranoides	21	0.1
Otras psicosis no orgánicas	17	0.1
Trastornos de personalidad	67	0.4
Abuso de drogas sin dependencia	23	0.1
Disfunción fisiológica de origen mental	32	0.2
Trastornos mentales no psicóticos por lesión cerebral orgánica	8	0.0
Perturbación del comportamiento	5	0.0
Retardo específico del desarrollo	1	0.0
Otro retraso mental especificado	1	0.0
Total	**17650**	**100.0**

Tabla 2.9. Trastornos mentales (2013)

	Recuento	%
Psicosis alcohólica	4	0.0
Psicosis por droga	1	0.0
Psicosis orgánica transitoria	2145	24.0
Esquizofrenia	52	0.6
Psicosis afectiva	354	4.0
Trastornos neuróticos	2408	26.9
Síndrome de dependencia alcohólica	10	0.1
Dependencia de drogas	18	0.2
Reacción aguda al estrés	252	2.8
Reacción de adaptación	1320	14.8
Trastorno depresivo	1925	21.5
Perturbación emocional de la infancia y adolescencia	61	0.7
Psicosis orgánica crónica	3	0.0
Síntomas especiales no incluidos en otros conceptos	231	2.6
Psicosis orgánica senil y presenil	1	0.0
Estados paranoides	8	0.1
Otras psicosis no orgánicas	56	0.6
Trastornos de personalidad	35	0.4
Abuso de drogas sin dependencia	40	0.4
Disfunción fisiológica de origen mental	3	0.0
Perturbación del comportamiento	19	0.2
Retraso mental no especificado	1	0.0
Total	**8947**	**100.0**

Tabla 2.10. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (2003)

	Recuento	%
Enfermedad de Parkinson	12	0.1
Esclerosis múltiple	67	0.7
Epilepsia	226	2.3
Migrañas	1275	12.7
Trastornos del nervio trigémino	73	0.7
Trastorno del nervio facial	172	1.7
Mononeuritis del miembro superior y mononeuritis múltiple	797	8.0
Neuropatía inflamatoria tóxica	35	0.3
Desprendimientos y defectos de la retina	117	1.2
Glaucoma	52	0.5
Cataratas	272	2.7
Ceguera y baja visión	32	0.3
Queratitis	388	3.9
Otosclerosis	21	0.2
Pérdida del oído	21	0.2
Meningitis bacteriana	4	0.0
Meningitis causa no especificada	8	0.1
Encefalitis, mielitis y encefalomielitis	4	0.0
Abscesos intracraneales e intraespinales	4	0.0
Flebitis y tromboflebitis de senos venosos intracraneales	1	0.0
Efectos tardíos de absceso intracraneal o infección piogénica	1	0.0
Otras degeneraciones cerebrales	4	0.0
Otra enfermedad extrapiramidal	11	0.1
Enfermedad espinocerebelosa	3	0.0
Enfermedad de células del asta anterior	8	0.1
Otras enfermedades de médula espinal	5	0.0
Trastorno del sistema nervioso autónomo	6	0.1
Mononeuritis del miembro inferior y no especificadas	28	0.3
Otras enfermedades desmielinizantes del SNC	7	0.1
Hemiplejía y hemiparesia	17	0.2
Otros síndromes paralíticos	23	0.2
Otras enfermedades cerebrales	27	0.3
Otros trastornos del sistema nervioso	26	0.3
Trastornos de otros nervios craneales	79	0.8
Trastornos de raíces y plexos nerviosos	33	0.3

Tabla 2.10. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (2003)

	Recuento	%
Neuropatía periférica hereditaria e idiopática	2	0.0
Trastornos mioneurales	4	0.0
Distrofias musculares y otras miopatías	38	0.4
Trastornos del globo	102	1.0
Otros trastornos retinianos	67	0.7
Inflamación y cicatrices corioretinianas y otros trastornos coroides	26	0.3
Trastornos del iris y cuerpo ciliar	127	1.3
Trastornos de refracción y acomodación	126	1.3
Perturbaciones visuales	154	1.5
Opacidad corneana y trastornos de la cornea	31	0.3
Trastornos de la conjuntiva	797	8.0
Inflamación de parpados	210	2.1
Otros trastornos de parpados	21	0.2
Trastornos del aparato lagrimal	22	0.2
Trastornos de la orbita	14	0.1
Trastornos del nervio y vías ópticas	27	0.3
Estrabismo y otros trastornos de movimientos binoculares	23	0.2
Otros trastornos de los ojos	102	1.0
Trastornos del oído externo	601	6.0
Otitis media no supurativa y alteración trompa de eustaquio	134	1.3
Otitis media supurativa y no especificada	667	6.7
Mastoiditis y enfermedades conexas	13	0.1
Otros trastornos de la membrana timpánica	73	0.7
Otros trastornos del oído medio y mastoides	30	0.3
Síndrome de vértigo y otros trastornos del aparato vestibular	2575	25.7
Otros trastornos del oído	163	1.6
Total	**10008**	**100.0**

Tabla 2.11. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (2013)

	Recuento	%
Enfermedad de Parkinson	18	0.3
Esclerosis múltiple	93	1.6
Epilepsia	86	1.5
Migrañas	902	15.3
Trastornos del nervio trigémino	24	0.4
Trastorno del nervio facial	102	1.7
Mononeuritis del miembro superior y mononeuritis múltiple	574	9.8
Neuropatía inflamatoria tóxica	41	0.7
Desprendimientos y defectos de la retina	125	2.1
Glaucoma	55	0.9
Cataratas	419	7.1
Ceguera y baja visión	67	1.1
Queratitis	208	3.5
Otosclerosis	22	0.4
Pérdida del oído	30	0.5
Meningitis bacteriana	2	0.0
Meningitis por otros organismos	1	0.0
Meningitis causa no especificada	2	0.0
Encefalitis, mielitis y encefalomielitis	1	0.0
Otras degeneraciones cerebrales	3	0.1
Otra enfermedad extrapiramidal	42	0.7
Enfermedad espinocerebelosa	1	0.0
Enfermedad de células del asta anterior	8	0.1
Otras enfermedades de médula espinal	10	0.2
Trastorno del sistema nervioso autónomo	2	0.0
Mononeuritis del miembro inferior y no especificadas	56	1.0
Otras enfermedades desmielinizantes del SNC	6	0.1
Hemiplejía y hemiparesia	24	0.4
Otros síndromes paralíticos	4	0.1
Cataplejia y narcolepsia	1	0.0
Otras enfermedades cerebrales	7	0.1
Otros trastornos del sistema nervioso	8	0.1
Trastornos de raíces y plexos nerviosos	22	0.4
Neuropatía periférica hereditaria e idiopática	1	0.0
Trastornos mioneurales	10	0.2

Tabla 2.11. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (2013)

	Recuento	%
Distrofias musculares y otras miopatías	9	0.2
Trastornos del globo	22	0.4
Otros trastornos retinianos	55	0.9
Inflamación y cicatrices corioretinianas y otros trastornos	14	0.2
Trastornos del iris y cuerpo ciliar	39	0.7
Trastornos de refracción y acomodación	139	2.4
Perturbaciones visuales	37	0.6
Opacidad corneana y trastornos de la cornea	37	0.6
Trastornos de la conjuntiva	490	8.3
Inflamación de parpados	118	2.0
Otros trastornos de parpados	87	1.5
Trastornos del aparato lagrimal	21	0.4
Trastornos de la orbita	18	0.3
Trastornos del nervio y vías ópticas	12	0.2
Estrabismo y otros trastornos de movimientos binoculares	12	0.2
Otros trastornos de los ojos	157	2.7
Trastornos del oído externo	168	2.9
Otitis media no supurativa y alteración trompa de eustaquio	64	1.1
Otitis media supurativa y no especificada	176	3.0
Mastoiditis y enfermedades conexas	6	0.1
Otros trastornos de la membrana timpánica	38	0.6
Otros trastornos del oído medio y mastoides	22	0.4
Síndrome de vértigo y otros trastornos del aparato vestibular	1115	19.0
Otros trastornos del oído	47	0.8
Total	**5880**	**100.0**

Tabla 2.12. Enfermedades del sistema circulatorio (2003)

	Recuento	%
HTA esencial	1258	19.7
Cardiopatía hipertensiva	35	0.5
Enfermedad renal hipertensiva	70	1.1
HTA secundaria	59	0.9
IAM	341	5.3
Angina de pecho	235	3.7
Enfermedad cardiopulmonar aguda	23	0.4
Pericarditis aguda	55	0.9
Miocardiopatía	58	0.9
Trastornos de la conducción	33	0.5
Disritmias cardiacas	232	3.6
Insuficiencia cardiaca	55	0.9
Oclusión de arterias cerebrales	18	0.3
Isquemia cerebral transitoria	40	0.6
Aterosclerosis	28	0.4
Aneurisma aórtico y disección aórtica	24	0.4
Embolia y trombosis arteriales	18	0.3
Flebitis y tromboflebitis	712	11.1
Otra embolia o trombosis venosa	94	1.5
Varices de extremidades inferiores	764	11.9
Hemorroides	1052	16.4
Trastornos no infecciosos de canales linfáticos	47	0.7
Hipotensión	110	1.7
Fiebre reumática	11	0.2
Corea reumática	1	0.0
Pericarditis reumática crónica	1	0.0
Enfermedad de la válvula mitral	12	0.2
Enfermedad de la válvula aórtica	13	0.2
Enfermedad de las válvulas mitral y aórtica	5	0.1
Enfermedad otras estructuras endocárdicas	6	0.1
Enfermedad renal hipertensiva	11	0.2
Infarto antiguo miocárdico	12	0.2
Otras enfermedades de la circulación pulmonar	5	0.1
Endocarditis aguda y subaguda	3	0.0
Miocarditis aguda	5	0.1
Otras enfermedades del pericardio	7	0.1

Tabla 2.12. Enfermedades del sistema circulatorio (2003)

	Recuento	%
Otras enfermedades del endocardio	10	0.2
Hemorragia subaracnoidea	8	0.1
Hemorragia intracerebral	10	0.2
Otras hemorragias intracraneanas	5	0.1
Oclusión y estenosis de arterias precerebrales	5	0.1
Efectos tardíos de enfermedades cerebro-vasculares	1	0.0
Poliartritis nodosa y enfermedades conexas	3	0.0
Otros trastornos de arterias y arteriolas	10	0.2
Enfermedades de capilares	9	0.1
Trombosis de vena porta	1	0.0
Otras alteraciones del aparato circulatorio	173	2.7
Otras formas de cardiopatía isquémica crónica	63	1.0
Enfermedad cardiaca mal definida	125	2.0
Enfermedad cerebro vascular aguda mal definida	110	1.7
Otras enfermedades cerebrovasculares	97	1.5
Otros aneurismas	15	0.2
Otras enfermedades vasculares periféricas	46	0.7
Enfermedad cardio-pulmonar crónica	3	0.0
Venas varicosas de otros sitios	129	2.0
Otras formas de cardiopatía isquémica aguda y subaguda	123	1.9
Total	**6399**	**100.0**

Tabla 2.13. Enfermedades del sistema circulatorio (2013)

	Recuento	%
HTA esencial	603	15.1
Cardiopatía hipertensiva	13	0.3
HTA secundaria	22	0.6
IAM	330	8.3
Angina de pecho	109	2.7
Enfermedad cardiopulmonar aguda	23	0.6
Pericarditis aguda	41	1.0
Miocardiopatía	18	0.5
Trastornos de la conducción	35	0.9
Disritmias cardiacas	272	6.8
Insuficiencia cardiaca	50	1.3
Oclusión de arterias cerebrales	91	2.3
Isquemia cerebral transitoria	61	1.5
Aterosclerosis	27	0.7
Aneurisma aórtico y disección aórtica	13	0.3
Embolia y trombosis arteriales	13	0.3
Flebitis y tromboflebitis	271	6.8
Otra embolia o trombosis venosa	83	2.1
Varices de extremidades inferiores	559	14.0
Hemorroides	659	16.5
Trastornos no infecciosos de canales linfáticos	17	0.4
Hipotensión	45	1.1
Fiebre reumática	1	0.0
Enfermedad de la válvula mitral	5	0.1
Enfermedad renal hipertensiva	1	0.0
Infarto antiguo miocárdico	4	0.1
Miocarditis aguda	2	0.1
Otras enfermedades del pericardio	4	0.1
Otras enfermedades del endocardio	26	0.7
Hemorragia subaracnoidea	12	0.3
Hemorragia intracerebral	24	0.6
Otras hemorragias intracraneanas	8	0.2
Oclusión y estenosis de arterias precerebrales	4	0.1
Efectos tardíos de enfermedades cerebro-vasculares	4	0.1
Poliartritis nodosa y enfermedades conexas	5	0.1
Otros trastornos de arterias y arteriolas	13	0.3

Tabla 2.13. Enfermedades del sistema circulatorio (2013)

	Recuento	%
Enfermedades de capilares	4	0.1
Trombosis de vena porta	1	0.0
Otras alteraciones del aparato circulatorio	108	2.7
Otras formas de cardiopatía isquémica crónica	75	1.9
Enfermedad cardiaca mal definida	47	1.2
Enfermedad cerebro vascular aguda mal definida	46	1.2
Otras enfermedades cerebrovasculares	11	0.3
Otros aneurismas	1	0.0
Otras enfermedades vasculares periféricas	25	0.6
Enfermedad cardio-pulmonar crónica	4	0.1
Venas varicosas de otros sitios	143	3.6
Otras formas de cardiopatía isquémica aguda y subaguda	64	1.6
Total	**3997**	**100.0**

Tabla 2.14. Enfermedades del aparato respiratorio (2003)

	Recuento	%
Sinusitis aguda	1337	2.1
Faringitis aguda	3886	6.1
Amigdalitis aguda	5565	8.7
Laringitis y traqueítis aguda	930	1.5
Infección aguda de vía respiratoria superior múltiple	2914	4.6
Bronquitis y bronquiolítis aguda	8276	13.0
Tabique nasal desviado	26	0.0
Pólipos nasales	61	0.1
Faringitis y nasofaringitis crónica	79	0.1
Sinusitis crónica	51	0.1
Absceso peritonsilar	99	0.2
Laringitis y laringotraqueítis crónica	28	0.0
Rinitis alérgica	109	0.2
Neumonía viral	70	0.1
Neumonía neumocócica	54	0.1
Otras neumonías bacterianas	207	0.3
Gripe	30629	48.0
Bronquitis crónica	168	0.3
Enfisema	91	0.1
Asma	1651	2.6
Obstrucción crónica de vía aérea	70	0.1
Pleuresía	49	0.1
Neumotórax	111	0.2
Resfriado común o nasofaringitis aguda	6089	9.5
Enfermedad crónica de amígdala y adenoide	25	0.0
Otras enfermedades del tracto respiratorio superior	232	0.4
Bronquitis no especificada	379	0.6
Otras enfermedades pulmonares	24	0.0
Otras enfermedades del aparato respiratorio	209	0.3
Neumonía por otros organismos especificados	46	0.1
Bronconeumonía no especificada	58	0.1
Neumonía no especificada	184	0.3
Neumonía en enfermedades infecciosas	5	0.0
Bronquiectasia	11	0.0
Alveolitis alérgicas extrínsecas	2	0.0
Neumoconiosis de trabajadores del carbón	1	0.0

Tabla 2.14. Enfermedades del aparato respiratorio (2003)

	Recuento	%
Neumopatía por inhalación de otro tipo de polvo	1	0.0
Neumoconiosis no especificada	2	0.0
Enfermedad respiratoria por humos y vapores químicos	5	0.0
Neumonitis por sólidos o líquidos	1	0.0
Enfermedades respiratorias por otros agentes externos	1	0.0
Empiema	6	0.0
Absceso de pulmón y mediastino	8	0.0
Fibrosis pulmonar y postinflamatoria	13	0.0
Otra neumopatía alveolar y parietoalveolar	2	0.0
Neumopatía en otras enfermedades	2	0.0
Total	**63767**	**100.0**

Anexo 2.15. Enfermedades del aparato respiratorio (2013)

		Recuento	%
Diagnóstico	Sinusitis aguda	488	2.0
	Faringitis aguda	2957	11.9
	Amigdalitis aguda	2824	11.4
	Laringitis y traqueítis aguda	405	1.6
	Infección aguda de vía respiratoria superior múltiple	926	3.7
	Bronquitis y bronquiolitis aguda	2070	8.3
	Tabique nasal desviado	305	1.2
	Pólipos nasales	97	0.4
	Faringitis y nasofaringitis crónica	34	0.1
	Sinusitis crónica	31	0.1
	Absceso peritonsilar	85	0.3
	Laringitis y laringotraqueítis crónica	2	0.0
	Rinitis alérgica	29	0.1
	Neumonía viral	1	0.0
	Neumonía neumocócica	1	0.0
	Otras neumonías bacterianas	13	0.1
	Gripe	8407	33.9
	Bronquitis crónica	122	0.5
	Enfisema	10	0.0
	Asma	691	2.8
	Obstrucción crónica de vía aérea	6	0.0
	Pleuresía	16	0.1
	Neumotórax	43	0.2
	Resfriado común o nasofaringitis aguda	4280	17.3
	Enfermedad crónica de amígdala y adenoide	76	0.3
	Otras enfermedades del tracto respiratorio superior	300	1.2
	Bronquitis no especificada	5	0.0
	Otras enfermedades pulmonares	10	0.0
	Otras enfermedades del aparato respiratorio	15	0.1
	Neumonía por otros organismos especificados	1	0.0
	Bronconeumonía no especificada	60	0.2
	Neumonía no especificada	466	1.9
	Bronquiectasia	19	0.1
	Alveolítis alérgicas extrínsecas	2	0.0
	Enfermedad respiratoria por humos y vapores químicos	1	0.0

Anexo 2.15. Enfermedades del aparato respiratorio (2013)

	Recuento	%
Empiema	5	0.0
Absceso de pulmón y mediastino	1	0.0
Fibrosis pulmonar y postinflamatoria	4	0.0
Otra neumopatía alveolar y parietoalveolar	2	0.0
Total	**24810**	**100.0**

Tabla 2.16. Enfermedades del aparato digestivo (2003)

	Recuento	%
Trastornos del desarrollo de los dientes	25	0.2
Enfermedades tejidos duros dientes	1299	10.8
Enfermedades pulpa y tejido periapical	787	6.6
Enfermedades gingivales y periodontales	411	3.4
Anomalías dentofaciales	37	0.3
Enfermedades maxilares	90	0.8
Enfermedades glándulas salivares	27	0.2
Enfermedades de los tejidos blandos boca	100	0.8
Enfermedades del esófago	111	0.9
Úlcera gástrica	78	0.7
Úlcera duodenal	78	0.7
Gastritis y duodenitis	1630	13.6
Trastornos funcionales estómago	452	3.8
Apendicitis aguda	246	2.1
Hernia inguinal	805	6.7
Enteritis regional	196	1.6
Colitis ulcerosa	98	0.8
Otras gastroenteritis y colitis no infecciosas	1641	13.7
Divertículos intestinales	87	0.7
Trastornos funcionales digestivos no clasificados en otros conceptos	280	2.3
Fisura y fístula anal	667	5.6
Absceso anal y rectal	402	3.3
Peritonitis	18	0.2
Colelitiasis	307	2.6
Hemorragia gastrointestinal	244	2.0
Malabsorción intestinal	4	0.0
Otras enfermedades de los dientes	328	2.7
Otros trastornos de estómago y duodeno	29	0.2
Otra hernia abdominal obstructiva sin gangrena	21	0.2
Otra hernia abdominal no obstructiva sin gangrena	410	3.4
Obstrucción intestinal sin hernia	37	0.3
Otros trastornos intestinales	579	4.8
Enfermedad hepática y cirrosis crónicas	192	1.6
Otros trastornos hepáticos	49	0.4
Otros trastornos de vesícula biliar	44	0.4
Enfermedades pancreáticas	120	1.0

Tabla 2.16. Enfermedades del aparato digestivo (2003)

	Recuento	%
Enfermedades de la lengua	13	0.1
Ulcera péptica no especificada	8	0.1
Ulcera gastroyeyunal	11	0.1
Apendicitis no calificada	4	0.0
Otra apendicitis	1	0.0
Otras enfermedades del apéndice	1	0.0
Otra hernia abdominal gangrenada	4	0.0
Insuficiencia vascular intestinal	4	0.0
Otros trastornos del peritoneo	3	0.0
Absceso hepático y secuela de enfermedad hepática crónica	21	0.2
Otros trastornos del tracto biliar	19	0.2
Total	**12018**	**100.00**

Tabla 2.17. Enfermedades del aparato digestivo (2013)

	Recuento	%
Trastornos del desarrollo de los dientes	266	2.4
Enfermedades tejidos duros dientes	158	1.4
Enfermedades pulpa y tejido periapical	976	9.0
Enfermedades gingivales y periodontales	85	0.8
Anomalías dentofaciales	127	1.2
Enfermedades maxilares	50	0.5
Enfermedades glándulas salivares	977	9.0
Enfermedades de los tejidos blandos boca	161	1.5
Enfermedades del esófago	145	1.3
Úlcera gástrica	296	2.7
Úlcera duodenal	204	1.9
Gastritis y duodenitis	819	7.5
Trastornos funcionales estómago	155	1.4
Apendicitis aguda	421	3.9
Hernia inguinal	891	8.2
Enteritis regional	162	1.5
Colitis ulcerosa	88	0.8
Otras gastroenterítis y colitis no infecciosas	1762	16.2
Divertículos intestinales	206	1.9
Trastornos funcionales digestivos no clasificados en otros conceptos	159	1.5
Fisura y fístula anal	274	2.5
Absceso anal y rectal	261	2.4
Peritonitis	22	0.2
Colelitiasis	437	4.0
Hemorragia gastrointestinal	59	0.5
Malabsorción intestinal	15	0.1
Otras enfermedades de los dientes	324	3.0
Otros trastornos de estómago y duodeno	10	0.1
Otra hernia abdominal obstructiva sin gangrena	30	0.3
Otra hernia abdominal no obstructiva sin gangrena	663	6.1
Obstrucción intestinal sin hernia	29	0.3
Otros trastornos intestinales	172	1.6
Enfermedad hepática y cirrosis crónicas	31	0.3
Otros trastornos hepáticos	26	0.2
Otros trastornos de vesícula biliar	219	2.0
Enfermedades pancreáticas	71	0.7

Tabla 2.17. Enfermedades del aparato digestivo (2013)

	Recuento	%
Enfermedades de la lengua	9	0.1
Ulcera péptica no especificada	2	0.0
Ulcera gastroyeyunal	50	0.5
Apendicitis no calificada	5	0.0
Otra apendicitis	2	0.0
Otras enfermedades del apéndice	19	0.2
Otra hernia abdominal gangrenada	5	0.0
Insuficiencia vascular intestinal	3	0.0
Otros trastornos del peritoneo	8	0.1
Absceso hepático y secuela de enfermedad hepática crónica	3	0.0
Otros trastornos del tracto biliar	48	0.4
Total	**10905**	**100.0**

Tabla 2.18. Enfermedades del aparato genitourinario (2003)

	Recuento	%
Glomerulonefritis aguda	21	0.4
Síndrome nefrótico	11	0.2
Glomerulonefritis crónica	1	0.0
Nefritis y nefropatías no especificadas	20	0.4
Insuficiencia renal aguda	36	0.7
Insuficiencia renal crónica	36	0.7
Fallo renal no especificado	1	0.0
Esclerosis renal no especificada	1	0.0
Trastornos por función renal deteriorada	3	0.1
Infecciones renales	429	7.8
Hidronefrosis	5	0.1
Cálculos de riñón y uréter	791	14.3
Otros trastornos del riñón y uréter	10	0.2
Cálculo del tracto urinario inferior	87	1.6
Cistitis	756	13.7
Otros trastornos de la vejiga	18	0.3
Uretritis no trasmitidas sexualmente	24	0.4
Estenosis uretral	23	0.4
Otros trastornos de uretra y tracto urinario	370	6.7
Hiperplasia prostática	39	0.7
Enfermedad inflamatoria prostática	111	2.0
Otros trastornos prostáticos	25	0.5
Hidrocele	72	1.3
Orquitis y epididimitis	298	5.4
Prepucio redundante y fimosis	178	3.2
Esterilidad masculina	4	0.1
Trastornos del pene	40	0.7
Otros trastornos de órganos genitales masculinos	34	0.6
Displasia mamaria benigna	68	1.2
Otros trastornos mamarios	476	8.6
Endometriosis	113	2.0
Prolapso genital	38	0.7
Fistula que implica tracto genital femenino	12	0.2
Trastornos no inflamatorios de ovarios, trompa y ligamento ancho	180	3.3
Otros trastornos del útero	22	0.4
Trastornos no inflamatorios de cérvix	24	0.4

Tabla 2.18. Enfermedades del aparato genitourinario (2003)

	Recuento	%
Trastornos no inflamatorios de vagina	38	0.7
Trastorno no inflamatorio de vulva y perineo	2	0.0
Dolor y otros síntomas asociados con los órganos genitales femeninos	265	4.8
Trastornos de la menstruación y otras hemorragias anormales	731	13.2
Trastornos menopáusicos y postmenopáusicos	11	0.2
Esterilidad femenina	95	1.7
Otros trastornos de órganos genitales femeninos	19	0.3
Total	5538	100.00

Tabla 2.19. Enfermedades del aparato genitourinario (2013)

	Recuento	%
Glomerulonefritis aguda	123	1.7
Síndrome nefrótico	84	1.1
Glomerulonefritis crónica	447	6.1
Nefritis y nefropatías no especificadas	21	0.3
Insuficiencia renal aguda	74	1.0
Insuficiencia renal crónica	71	1.0
Fallo renal no especificado	979	13.4
Esclerosis renal no especificada	78	1.1
Trastornos por función renal deteriorada	92	1.3
Riñón pequeño de causa desconocida	264	3.6
Infecciones renales	365	5.0
Hidronefrósis	627	8.6
Cálculos de riñón y uréter	106	1.4
Otros trastornos del riñón y uréter	134	1.8
Cálculo del tracto urinario inferior	3	0.0
Cistitis	185	2.5
Otros trastornos de la vejiga	16	0.2
Uretritis no trasmitidas sexualmente	4	0.1
Estenosis uretral	31	0.4
Otros trastornos de uretra y tracto urinario	495	6.8
Hiperplasia prostática	73	1.0
Enfermedad inflamatoria prostática	43	0.6
Otros trastornos prostáticos	48	0.7
Hidrocele	107	1.5
Orquítis y epididimitis	119	1.6
Prepucio redundante y fimosis	179	2.4
Esterilidad masculina	230	3.1
Trastornos del pene	30	0.4
Otros trastornos de órganos genitales masculinos	90	1.2
Displasia mamaria benigna	26	0.4
Otros trastornos mamarios	596	8.1
Enfermedades inflamatorias de ovario, trompa y tejido celular pélvico	69	0.9
Enfermedad inflamatoria del útero salvo cérvix	1	0.0
Enfermedad inflamatoria del cérvix, vagina y vulva	0	0.0
Endometriosis	80	1.1
Prolapso genital	137	1.9

Tabla 2.19. Enfermedades del aparato genitourinario (2013)

	Recuento	%
Fistula que implica tracto genital femenino	2	0.0
Trastornos no inflamatorios de ovarios, trompa y ligamento ancho	196	2.7
Otros trastornos del útero	216	3.0
Trastornos no inflamatorios de cérvix	51	0.7
Trastornos no inflamatorios de vagina	7	0.1
Trastornos no inflamatorios de vulva y perineo	1	0.0
Dolor y otros síntomas asociados con los órganos genitales femeninos	139	1.9
Trastornos de la menstruación y otras hemorragias anormales	368	5.0
Trastornos menopáusicos y postmenopáusicos	23	0.3
Esterilidad femenina	287	3.9
Otros trastornos de órganos genitales femeninos	2	0.0
Total	**7319**	**100.0**

Tabla 2.20. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (2003)

	Recuento	%
Aborto diferido	106	2.0
Embarazo ectópico	70	1.3
Aborto expontáneo	533	10.2
Aborto legalmente inducido	34	0.7
Aborto no especificado	73	1.4
Complicaciones aborto, embarazo ectópico o molar	25	0.5
Hemorragia en fase temprana de embarazo	1663	31.9
Hemorragia anteparto, desprendimiento placenta y placenta previa	85	1.6
HTA embarazo, parto y puerperio	117	2.3
Hiperemésis	535	10.3
Parto prematuro o amenaza parto prematuro	427	8.2
Otras complicaciones embarazo	361	6.9
Enfermedad infecciosa y parasitaria que complica embarazo, parto y puerperio	48	0.9
Otras enfermedades de la madre que complica embarazo, parto y puerperio	577	11.1
Parto normal	16	0.3
Problemas asociados con líquido amniótico	47	0.9
Problemas del trabajo de parto	331	6.4
Mola hidatiforme	2	0.0
Aborto ilegal	2	0.0
Intento fallido de aborto	3	0.1
Embarazo múltiple	12	0.2
Presentación anómala del feto	23	0.4
Desproporción	4	0.1
Anomalías de tejidos blandos pelvis	19	0.4
Anomalía fetal que afecta al tratamiento madre	2	0.0
Otros problemas fetales y placenta	7	0.1
Polihidramnios	5	0.1
Anomalías de las contracciones	16	0.3
Trauma del perineo y vulva	3	.06
Otro trauma obstétrico	6	0.1
Hemorragia postparto	1	0.0
Complicaciones de la anestesia durante parto	1	0.0
Otras complicaciones de parto	17	0.3
Infección puerperal grave	1	0.0
Complicaciones venosas en embarazo y puerperio	14	0.3

Tabla 2.20. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (2003)

	Recuento	%
Fiebre de origen desconocido en puerperio	1	0.0
Otras complicaciones del puerperio	7	0.1
Infecciones de mama y pezón asociadas al parto	10	0.2
Otros trastornos de mama y lactancia asociados al parto	2	0.0
Total	**5206**	**100**

Tabla 2.21. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio (2013)

	Recuento	%
Aborto diferido	116	3.5
Embarazo ectópico	80	2.4
Aborto espontáneo	439	13.3
Aborto legalmente inducido	5	0.2
Aborto no especificado	66	2.0
Complicaciones aborto, embarazo ectópico o molar	2	0.1
Hemorragia en fase temprana de embarazo	951	28.8
Hemorragia anteparto, desprendimiento placenta y placenta previa	78	2.4
HTA embarazo, parto y puerperio	90	2.7
Hiperemesis	264	8.0
Parto prematuro o amenaza parto prematuro	190	5.8
Otras complicaciones embarazo	608	18.4
Enfermedad infecciosa y parasitaria que complica embarazo, parto y puerperio	2	0.1
Otras enfermedades de la madre que complica embarazo, parto y puerperio	114	3.5
Problemas asociados con líquido amniótico	41	1.2
Problemas del trabajo de parto	1	0.0
Otro producto anormal de concepción	5	0.2
Embarazo prolongado	2	0.1
Embarazo múltiple	55	1.7
Presentación anómala del feto	1	0.0
Desproporción	1	0.0
Anomalías de tejidos blandos pelvis	14	0.4
Anomalía fetal que afecta al tratamiento madre	6	0.2
Otros problemas fetales y placenta que afecta a la madre	26	0.8
Polihidramnios	9	0.3
Anomalías de las contracciones	69	2.1
Parto prolongado	1	0.0
Otro trauma obstétrico	1	0.0
Hemorragia postparto	1	0.0
Otras complicaciones de parto	50	1.5
Complicaciones venosas en embarazo y puerperio	4	0.1
Otras complicaciones del puerperio	6	0.2
Infecciones de mama y pezón asociadas al parto	2	0.1
Total	**3300**	**100.0**

Tabla 2.22. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (2003)

	Recuento	%
Impétigo	29	0.6
Quiste pilonidal	476	9.3
Dermatosis eritematoescamosa	45	0.9
Dermatitis atópica	84	1.6
Dermatitis de contacto	464	9.0
Psoriasis y similares	93	1.8
Callosidades	30	0.6
Enfermedades de las uñas	436	8.5
Enfermedades del pelo	50	1.0
Enfermedades de las glándulas sudoríparas	201	3.9
Enfermedades de las glándulas cebaceas	563	11.0
Úlcera crónica de la piel	80	1.6
Urticaria	332	6.5
Carbunco y forúnculo	318	6.2
Celulitis y abscesos dedos de mano y pie	259	5.0
Otras celulitis y abscesos	1189	23.2
Otras infecciones de piel y tejido subcutáneo	188	3.7
Dermatosis ampollosas	29	0.6
Estados eritomatosos	48	0.9
Prurito y estados relacionados	46	0.9
Otros procesos hipertróficos y atróficos piel	23	0.4
Otros trastornos de piel y tejido subcutáneo	133	2.6
Linfadenitis aguda	8	0.2
Dermatitis por sustancias ingeridas	4	0.1
Liquen	5	0.1
Otras dermatosis	1	0.0
Total	**5134**	**100.0**

Tabla 2.23. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (2013)

	Recuento	%
Impétigo	19	0.9
Quiste pilonidal	192	9.3
Dermatosis eritematoescamosa	7	0.3
Dermatitis atópica	12	0.6
Dermatitis de contacto	129	6.2
Psoriasis y similares	48	2.3
Callosidades	13	0.6
Enfermedades de las uñas	104	5.0
Enfermedades del pelo	19	0.9
Enfermedades de las glándulas sudoríparas	96	4.6
Enfermedades de las glándulas cebáceas	315	15.2
Úlcera crónica de la piel	87	4.2
Urticaria	120	5.8
Carbunco y forúnculo	36	1.7
Celulitis y abscesos dedos de mano y pie	55	2.7
Otras celulitis y abscesos	622	30.0
Otras infecciones de piel y tejido subcutáneo	39	1.9
Dermatosis ampollosas	3	0.1
Estados eritomatosos	27	1.3
Prurito y estados relacionados	19	0.9
Otros procesos hipertróficos y atróficos piel	7	0.3
Otros trastornos de piel y tejido subcutáneo	23	1.1
Linfadenitis aguda	60	2.9
Dermatitis por sustancias ingeridas	2	0.1
Liquen	1	0.0
Otras dermatosis	16	0.8
Total	**2071**	**100.0**

Tabla 2.24. Enfermedades del sistema osteo-mio-articular y tejido conectivo (2003)

	Recuento	%
Artropatía infecciosa	39	0.1
Artritis reumatoides e inflamatorias	579	1.2
Osteoartrosis y conexos	613	1.2
Trastorno interno de rodilla	1870	3.8
Espondilitis anquilosante e inflamatorias	128	0.3
Espondilosis y trastornos conexos	248	0.5
Trastorno del disco intervertebral	1787	3.6
Otros trastornos de región cervical	7428	15.1
Otros trastornos de espalda	24554	50.0
Tendinitis y síndromes conexos	3315	6.7
Trastornos de sinovial, tendón y bursa	1567	3.2
Osteomielitis y periostitis y otras infecciones de huesos	24	0.0
Deformaciones adquiridas del primer dedo del pie	109	0.2
Desviación de columna vertebral	60	0.1
Enfermedad sistémica tejido conjuntivo	44	0.1
Artropatía asociada a otros trastornos	54	0.1
Otras artropatías	203	0.4
Otros trastornos articulación	657	1.3
Trastornos de músculo, ligamento y facsia	1063	2.2
Otros trastornos de tejido blando	1522	3.1
Osteitis deformante y osteopatía asociada	18	0.0
Osteocondropatías	313	0.6
Otros trastornos de hueso y cartílagos	123	0.3
Otras deformidades adquiridas de miembros	46	0.1
Otras deformidades adquiridas	95	0.2
Artropatía cristalina	11	0.0
Polimialgia reumática	17	0.0
Otros trastornos de articulación	2633	5.4
Pie plano	4	0.0
Total	**49124**	**100.0**

Tabla 2.25. Enfermedades del sistema osteo-mio-articular y tejido conectivo (2013)

	Recuento	%
Artropatía infecciosa	9	0.0
Artritis reumatoides e inflamatorias	145	0.7
Osteoartrosis y conexos	364	1.8
Trastorno interno de rodilla	594	2.9
Espondilitis anquilosante e inflamatorias	65	0.3
Espondilosis y trastornos conexos	82	0.4
Trastorno del disco intervertebral	798	3.9
Otros trastornos de región cervical	2694	13.3
Otros trastornos de espalda	9071	44.7
Tendinitis y síndromes conexos	1515	7.5
Trastornos de sinovial, tendón y bolsa	637	3.1
Osteomielitis y periostitis y otras infecciones de huesos	7	0.0
Deformaciones adquiridas del primer dedo del pie	208	1.0
Desviación de columna vertebral	35	0.2
Enfermedad sistémica tejido conjuntivo	4067	20.0
Total	**20291**	**100.0**

Tabla 2.26. Anomalías congénitas (2003)

	Frecuencia	%
Anomalías del sistema nervioso	78	34.67
Anomalías del sistema circulatorio	27	12.00
Anomalías del tegumento	20	8.89
A determinar	100	44.44
Total	**225**	**100,00**

Tabla 2.26. Anomalías congénitas (2013)

	Recuento	%
Espina bífida	2	0.8
Otras anomalías congénitas del sistema nervioso	1	0.4
Anomalías congénitas del ojo	32	12.5
Anomalías congénitas del oído, cara y cuello	6	2.3
Anomalías de bulbo arterioso y cierre septal cardiaco	7	2.7
Otras anomalías congénitas cardiacas	11	4.3
Otras anomalías congénitas del aparato circulatorio	15	5.9
Anomalías congénitas del aparato respiratorio	9	3.5
Fisura palatina y labio leporino	2	0.8
Otras anomalías congénitas del tracto digestivo superior	12	4.7
Otras anomalías congénitas del aparato digestivo	5	2.0
Anomalías congénitas de órganos genitales	54	21.1
Anomalías congénitas del aparato urinario	25	9.8
Ciertas deformidades músculoesqueléticas congénitas	6	2.3
Otras anomalías congénitas de miembros	6	2.3
Otras anomalías músculoesqueléticas congénitas	43	16.8
Anomalías congénitas del tegumento	9	3.5
Anomalías cromosómicas	1	0.4
Otras anomalías congénitas	10	3.9
Total	**256**	**100.0**

Tabla 2.27. Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal (2003)

	Frecuencia	%
Otros	45	21.6
Desnutrición fetal	19	9.1
Alteraciones metabólicas y endocrinas	24	11.5
A determinar	120	57.7
Total	**208**	**100.00**

Tabla 2.28. Ciertas enfermedades con origen en el período perinatal (2013)

	Recuento	%
Otros	46	63.0
Desnutrición fetal	27	37.0
Total	**73**	**100.00**

Tabla 2.29. Síntomas, signos y estados mal definidos (2003)

	Recuento	%
Síntomas generales	2988	25.1
Síntomas del sistema nervioso y músculo esquelético	102	0.9
Síntomas de piel y tegumento	294	2.5
Síntomas del metabolismo y endocrino	30	0.3
Síntomas de cabeza y cuello	1463	12.3
Síntomas cardiovasculares	198	1.7
Síntomas del aparato respiratorio	946	7.9
Síntomas del aparato digestivo	339	2.8
Síntomas del aparato urinario	1846	15.5
Otros síntomas de abdomen y pelvis	2526	21.2
Hallazgos inespecíficos en sangre	70	0.6
Hallazgos inespecíficos en orina	65	0.5
Hallazgos inespecíficos anormales en otras sustancias corporales	1	0.0
Hallazgos inespecíficos anormales en Rx	5	0.0
Hallazgos inespecíficos anormales en estudios funcionales	10	0.1
Hallazgos histológicos e inmunológicos anormales	12	0.1
Otros hallazgos inespecíficos anormales	73	0.6
Otras causas de mortalidad y morbilidad	932	7.8
Total	**11900**	**100.0**

Tabla 2.30. Síntomas, signos y estados mal definidos (2013)

	Recuento	%
Síntomas generales	1910	16.2
Síntomas del sistema nervioso y músculo esquelético	100	0.8
Síntomas de piel y tegumento	671	5.7
Síntomas del metabolismo y endocrino	23	0.2
Síntomas de cabeza y cuello	792	6.7
Síntomas cardiovasculares	127	1.1
Síntomas del aparato respiratorio	1636	13.9
Síntomas del aparato digestivo	1541	13.1
Síntomas del aparato urinario	1277	10.9
Otros síntomas de abdomen y pelvis	1843	15.7
Hallazgos inespecíficos en sangre	233	2.0
Hallazgos inespecíficos en orina	616	5.2
Hallazgos inespecíficos anormales en otras sustancias corporales	18	0.2
Hallazgos inespecíficos anormales en Rx	979	8.3
Total	**11766**	**100.0**

Tabla 2.31. Lesiones y envenenamientos (2003)

	Recuento	%
Fractura de bóveda craneal	11	0.0
Fractura de base de cráneo	39	0.2
Fracturas de huesos faciales	162	0.6
Otras fracturas craneales	4	0.0
Fracturas múltiples de cráneo o cara y otros huesos	100	0.4
Fracturas de columna vertebral sin mención medular	128	0.5
Fracturas de columna vertebral con mención medular	17	0.1
Fracturas de costilla, esternón, laringe y tráquea	313	1.2
Fracturas de pelvis	44	0.2
Fracturas mal definidas de huesos del tronco	36	0.1
Fracturas de clavícula	68	0.3
Fracturas de escápula	12	0.1
Fracturas del húmero	69	0.3
Fracturas de radio y cubito	486	1.9
Fracturas de huesos carpianos	218	0.9
Fracturas de huesos metacarpianos	517	2.0
Fracturas de falanges de manos	361	1.4
Fracturas múltiples huesos de la mano	20	0.1
Fracturas mal definidas del miembro superior	250	1.0
Fracturas múltiples de ambos miembros superiores, costilla y esternón	29	0.1
Fracturas del cuello del fémur	30	0.1
Fracturas no especificada del fémur	11	0.0
Fracturas de rótula	133	0.5
Fracturas de tibia y peroné	325	1.3
Fracturas de tobillo	257	1.0
Fracturas de huesos tarsianos y metatarsianos	472	1.9
Fracturas de falanges del pié	333	1.3
Otras fracturas del miembro inferior	182	0.7
Fractura múltiple de miembro inferior, miembro superior, esternón y costillas	49	0.2
Fracturas de huesos no especificados	79	0.3
Luxación de mandíbula	14	0.1
Luxación de hombro	335	1.3
Luxación de codo	52	0.2
Luxación de muñeca	69	0.3
Luxación de dedo mano	155	0.6
Luxación de cadera	8	0.0

Tabla 2.31. Lesiones y envenenamientos (2003)

	Recuento	%
Luxación de rodilla	321	1.3
Luxación de tobillo	66	0.3
Luxación de pié	29	0.1
Otras luxaciones	64	0.3
Esguinces y torceduras de hombro y brazo	142	0.6
Esguinces y torceduras de codos y antebrazos	20	0.1
Esguinces y torceduras de muñeca y mano	456	1.8
Esguinces y torceduras de cadera y muslos	24	0.1
Esguinces y torceduras de rodilla y pierna	716	2.8
Esguinces y torceduras de tobillo y pié	5037	19.9
Esguinces y torceduras de región sacroilíaca	254	1.0
Esguinces y torceduras de parte espalda no especificada	993	3.9
Otros esguinces	235	0.9
Contusión	53	0.2
Laceración y contusión cerebrales	6	0.0
Hemorragia subaracnoidea, subdural y extradural postlesión	3	0.0
Otra hemorragia intracraneal postlesión	3	0.0
Otra lesión intracraneal	235	0.9
Neumotórax y hemotórax traumático	2	0.0
Lesión de corazón y pulmón	2	0.0
Lesión de órganos intratorácicos	206	0.8
Lesión del tubo gastrointestinal	1	0.0
Traumatismo del bazo	18	0.1
traumatismo del riñón	7	0.0
Traumatismos de órganos pélvicos	41	0.2
Lesión de otros órganos intraabdominales	7	0.0
Lesión interna de órganos no especificados o mal definidos	4	0.0
Heridas de anexos oculares	101	0.4
Herida abierta de globo ocular	28	0.1
Herida abierta del oído	16	0.1
Otra herida abierta de cabeza	178	0.7
Heridas abiertas del cuello	9	0.0
Herida abierta del tórax	14	0.1
Herida abierta de región dorsal	13	0.1
Herida abierta de región glútea	9	0.0
Herida abierta de genitales externos	11	0.0

Tabla 2.31. Lesiones y envenenamientos (2003)

	Recuento	%
Herida abierta de otras localizaciones	593	2.3
Herida abierta de hombro y brazo	82	0.3
Herida abierta de codo, antebrazo y muñeca	84	0.3
Herida abierta de mano	435	1.7
Herida abierta de dedo-mano	461	1.8
Herida de miembro superior no especificada	99	0.4
Amputación traumática del pulgar	4	0.0
Amputación traumática dedos de la mano excepto pulgar	45	0.2
Amputación traumática del brazo y mano	7	0.0
Herida abierta de cadera y muslo	14	0.1
Herida abierta de rodilla, pierna y tobillo	128	0.5
Herida abierta del pié	151	0.6
Herida abierta de los dedos del pié	107	0.4
Herida abierta múltiple y no especificada de miembro inferior	157	0.6
Amputación de dedos del pié	9	0.0
Amputación traumática del pié	12	0.1
Amputación traumática de pierna	8	0.0
Lesión de vasos sanguíneos de cabeza y cuello	10	0.0
Lesión de vasos sanguíneos del tórax	2	0.0
Lesión de vasos sanguíneos de abdomen y pelvis	4	0.0
Lesión de vasos sanguíneos de extremidad superior	2	0.0
Lesión de vasos sanguíneos de extremidad inferior y no especificados	1	0.0
Efectos tardíos de lesiones músculoesqueléticas y tejidos conectivos	12	0.1
Efectos tardíos de lesiones de piel y tejido subcutáneo	17	0.1
Efectos tardíos de lesiones del Sistema Nervioso	2	0.0
Efectos tardíos de otras lesiones	57	0.2
Efectos tardíos de otras causas externas y no especificadas	38	0.2
Lesión superficial de cara, cuello y cuero cabelludo	46	0.2
Lesión superficial del tronco	45	0.2
Herida superficial de hombro y brazo	48	0.2
Lesión superficial de codo, antebrazo y muñeca	40	0.2
Lesión superficial de mano	84	0.3
Lesión superficial de dedo mano	98	0.4
Lesión superficial de cadera, muslo, pierna y tobillo	137	0.5
Lesión superficial del pié y dedos del pié	148	0.6
Lesión superficial del ojo y anexos	62	0.2

Tabla 2.31. Lesiones y envenenamientos (2003)

	Recuento	%
Lesión superficial de otros sitios	64	0.3
Contusión de cara, cuello y cuero cabelludo	229	0.9
Contusión del ojo y anexos	94	0.4
Contusión del tronco	488	1.9
Contusión del miembro superior	950	3.8
Contusión del miembro inferior y sitio no especificado	1936	7.6
Lesión aplastamiento de cara, cuello y cuero cabelludo	2	0.0
Lesión aplastamiento del tronco	12	0.1
Lesión aplastamiento del miembro superior	30	0.1
Aplastamiento del miembro inferior	56	0.2
Aplastamientos múltiples	1063	4.2
Cuerpo extraño en superficie ocular	144	0.6
Cuerpo extraño en nariz	84	0.3
Cuerpo extraño en faringe y laringe	2	0.0
Cuerpo extraño en traquea, bronquio y pulmón	1	0.0
Cuerpo extraño en aparato digestivo	1	0.0
Cuerpo extraño en aparato genitourinario	8	0.0
Quemadura en ojo y anexos	9	0.0
Quemadura en cara, cabeza y cuero cabelludo	15	0.1
Quemadura en tronco	12	0.1
Quemadura en miembro superior, salvo muñeca y mano	59	0.2
Quemadura en muñeca y mano	157	0.6
Quemadura en miembro inferior	85	0.3
Quemaduras múltiples	90	0.4
Quemaduras de órganos internos	1	0.0
Quemaduras según extensión	42	0.2
Quemadura no especificada	249	1.0
Lesión nervio óptico y vías nerviosas del ojo	2	0.0
Lesión de otro nervio craneal	4	0.0
Lesión de medula espinal	2	0.0
Lesiones de raíces de nervios y plexo espinal	7	0.0
Lesión de otro nervio de tronco, excepto cintura escapular y pelviana	1	0.0
Lesión nervio periférico cintura escapular y miembro superior	9	0.0
Lesión de nervio periférico de cintura pelviana y miembro inferior	114	0.5
Lesión de otros nervios y no especificados	1	0.0
Complicaciones precoces de traumatismos	28	0.1

Tabla 2.31. Lesiones y envenenamientos (2003)

	Recuento	%
Otros traumatismos	866	3.4
Envenenamiento por antibiótico	3	0.0
Envenenamiento por hormonas y sustitutos sintéticos	1	0.0
Envenenamiento por agentes sistémicos	3	0.0
Envenenamiento por analgésicos, antipiréticos y antireumáticos	2	0.0
Envenenamiento por anticonvulsivos y antiparkinsonianos	1	0.0
Envenenamiento por otros depresores y anestésicos del S.N.C.	1	0.0
Envenenamiento por psicotropos	3	0.0
Envenenamiento por agentes que afectan al aparato gastrointestinal	1	0.0
Envenenamiento por otras vacunas y sustancias biológicas	1	0.0
Efecto tóxico del alcohol	4	0.0
Efecto tóxico de productos del petróleo	1	0.0
Efecto tóxico de disolventes no derivados del petróleo	1	0.0
Efecto tóxico de aramáticos corrosivos, ácidos y alcaloides caústicos	8	0.0
Efecto tóxico de otros metales	2	0.0
Efecto tóxico del monóxido de carbono	1	0.0
Efecto tóxico de otros gases, humos y vapores	4	0.0
Efecto tóxico de sustancias nocivas ingeridas como alimentos	3	0.0
Efecto tóxico de otras sustancias	13	0.1
Efectos de baja temperatura	2	0.0
Efectos del calor y luz	11	0.0
Efectos de la presión atmosférica	10	0.0
Efectos de otras causas externas	26	0.1
Ciertos efectos adversos	222	0.9
Complicaciones de procedimientos especificados	58	0.2
Complicaciones de sistemas determinados	58	0.2
Otras complicaciones de procedimientos	18	0.1
Complicaciones de cuidados médicos	3	0.0
Cuerpo extraño en boca, esófago y estómago	4	0.0
Total	**25334**	**100.00**

Tabla 2.32. Lesiones y envenenamientos (2013)

	Recuento	%
Fractura de bóveda craneal	118	0.8
Fractura de base de cráneo	81	0.6
Fracturas de huesos faciales	496	3.5
Otras fracturas craneales	5	0.0
Fracturas múltiples de cráneo o cara y otros huesos	66	0.5
Fracturas de columna vertebral sin mención medular	58	0.4
Fracturas de columna vertebral con mención medular	956	6.8
Fracturas de costilla, esternón, laringe y tráquea	202	1.4
Fracturas de pelvis	106	0.8
Fracturas mal definidas de huesos del tronco	264	1.9
Fracturas de clavícula	307	2.2
Fracturas de escápula	612	4.3
Fracturas del húmero	80	0.6
Fracturas de radio y cubito	551	3.9
Fracturas de huesos carpianos	83	0.6
Fracturas de huesos metacarpianos	343	2.4
Fracturas de falanges de manos	254	1.8
Fracturas múltiples huesos de la mano	9	0.1
Fracturas mal definidas del miembro superior	6	0.0
Fracturas del cuello del fémur	35	0.2
Fracturas no especificadas del fémur	22	0.2
Fracturas de rótula	46	0.3
Fracturas de tibia y peroné	351	2.5
Fracturas de tobillo	152	1.1
Fracturas de huesos tarsianos y metatarsianos	364	2.6
Fracturas de falanges del pié	258	1.8
Otras fracturas del miembro inferior	7	0.0
Fractura múltiple de miembro inferior, miembro superior, esternón y costillas	26	0.2
Fracturas de huesos no especificados	21	0.1
Luxación de mandíbula	2	0.0
Luxación de hombro	232	1.6
Luxación de codo	21	0.1
Luxación de muñeca	6	0.0
Luxación de dedo mano	23	0.2
Luxación de cadera	3	0.0
Luxación de rodilla	137	1.0

Tabla 2.32. Lesiones y envenenamientos (2013)

	Recuento	%
Luxación de tobillo	50	0.4
Luxación de pié	3	0.0
Otras luxaciones	9	0.1
Esguinces y torceduras de hombro y brazo	16	0.1
Esguinces y torceduras de codos y antebrazos	7	0.0
Esguinces y torceduras de muñeca y mano	128	0.9
Esguinces y torceduras de cadera y muslos	3	0.0
Esguinces y torceduras de rodilla y pierna	375	2.7
Esguinces y torceduras de tobillo y pié	1579	11.2
Esguinces y torceduras de región sacroiliaca	1	0.0
Esguinces y torceduras de parte espalda no especificada	1077	7.6
Otros esguinces	23	0.2
Contusión	130	0.9
Hemorragia subaracnoidea, subdural y extradural postlesión	3	0.0
Otra lesión intracraneal	5	0.0
Neumotórax y hemotórax traumático	6	0.0
Lesión de corazón y pulmón	1	0.0
Lesión de órganos intratorácico	18	0.1
Lesión del tubo gastrointestinal	2	0.0
traumatismo del riñón	3	0.0
Lesión de otros órganos intraabdominales	3	0.0
Heridas de anexos oculares	2	0.0
Herida abierta de globo ocular	7	0.0
Herida abierta del oído	3	0.0
Otra herida abierta de cabeza	96	0.7
Heridas abiertas del cuello	1	0.0
Herida abierta de genitales externos	6	0.0
Herida abierta de otras localizaciones	78	0.6
Herida abierta de hombro y brazo	6	0.0
Herida abierta de codo, antebrazo y muñeca	65	0.5
Herida abierta de mano	125	0.9
Herida abierta de dedo-mano	303	2.2
Herida de miembro superior no especificada	24	0.2
Amputación traumática del pulgar	1	0.0
Amputación traumática dedos de la mano excepto pulgar	11	0.1
Herida abierta de cadera y muslo	7	0.0

Tabla 2.32. Lesiones y envenenamientos (2013)

	Recuento	%
Herida abierta de rodilla, pierna y tobillo	76	0.5
Herida abierta del pié	76	0.5
Herida abierta de los dedos del pié	42	0.3
Herida abierta múltiple y no especificada de miembro inferior	39	0.3
Amputación de dedos del pié	3	0.0
Amputación traumática del pié	1	0.0
Amputación traumática de pierna	4	0.0
Lesión de vasos sanguíneos de cabeza y cuello	1	0.0
Lesión de vasos sanguíneos de abdomen y pelvis	2	0.0
Lesión de vasos sanguíneos de extremidad inferior y no especificados	10	0.1
Efectos tardíos de lesiones músculoesqueléticas y tejidos conectivos	2	0.0
Efectos tardíos de lesiones de piel y tejido subcutáneo	6	0.0
Efectos tardíos de otras lesiones	1	0.0
Efectos tardíos de otras causas externas y no especificadas	4	0.0
Lesión superficial de cara, cuello y cuero cabelludo	4	0.0
Lesión superficial del tronco	1	0.0
Herida superficial de hombro y brazo	1	0.0
Lesión superficial de codo, antebrazo y muñeca	4	0.0
Lesión superficial de mano	6	0.0
Lesión superficial de dedo mano	5	0.0
Lesión superficial de cadera, muslo, pierna y tobillo	4	0.0
Lesión superficial del pié y dedos del pié	14	0.1
Lesión superficial del ojo y anexos	44	0.3
Lesión superficial de otros sitios	627	4.4
Contusión de cara, cuello y cuero cabelludo	81	0.6
Contusión del ojo y anexos	30	0.2
Contusión del tronco	226	1.6
Contusión del miembro superior	364	2.6
Contusión del miembro inferior y sitio no especificado	649	4.6
Aplastamiento del miembro inferior	2	0.0
Aplastamientos múltiples	2	0.0
Cuerpo extraño en superficie ocular	88	0.6
Cuerpo extraño en nariz	1	0.0
Cuerpo extraño en faringe y laringe	6	0.0
Cuerpo extraño en aparato digestivo	1	0.0
Cuerpo extraño en aparato genitourinario	1	0.0

Tabla 2.32. Lesiones y envenenamientos (2013)

	Recuento	%
Quemadura en ojo y anexos	5	0.0
Quemadura en cara, cabeza y cuero cabelludo	8	0.1
Quemadura en tronco	4	0.0
Quemadura en miembro superior, salvo muñeca y mano	2	0.0
Quemadura en muñeca y mano	16	0.1
Quemadura en miembro inferior	19	0.1
Quemaduras según extensión	2	0.0
Quemadura no especificada	132	0.9
Lesión nervio óptico y vías nerviosas del ojo	1	0.0
Lesión de otro nervio craneal	1	0.0
Lesión de medula espinal	2	0.0
Lesiones de raíces de nervios y plexo espinal	4	0.0
Lesión nervio periférico cintura escapular y miembro superior	11	0.1
Lesión de nervio periférico de cintura pelviana y miembro inferior	6	0.0
Lesión de otros nervios y no especificados	1	0.0
Complicaciones precoces de traumatismos	6	0.0
Otros traumatismos	494	3.5
Envenenamiento por otros depresores y anestésicos del S.N.C.	1	0.0
Envenenamiento por otros fármacos y no especificados	6	0.0
Efecto tóxico del alcohol	1	0.0
Efecto tóxico de aramáticos corrosivos, ácidos y alcaloides caústicos	1	0.0
Efecto tóxico del monóxido de carbono	1	0.0
Efecto tóxico de otros gases, humos y vapores	2	0.0
Efecto tóxico de otras sustancias	2	0.0
Efecto de radiación no especificado	1	0.0
Efectos de baja temperatura	1	0.0
Efectos del calor y luz	9	0.1
Efectos de otras causas externas	39	0.3
Ciertos efectos adversos	119	0.8
Complicaciones de procedimientos especificados	98	0.7
Complicaciones de sistemas determinados	80	0.6
Otras complicaciones de procedimientos	105	0.7
Complicaciones de cuidados médicos	2	0.0
Cuerpo extraño en boca, esófago y estómago	1	0.0
Total	**14091**	**100.0**