

COSTE DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DEBIDA A ENFERMEDADES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS EN ESPAÑA

Un informe de TAISS realizado para la Fundación Abbott
dentro de la iniciativa europea
“Fit for Work?”

Madrid, Septiembre de 2010

Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS)
C/ Cambrils, 49
28034 Madrid
Teléfono: 91-7310380
FAX: 91-7302893
www.taiss.com

COSTE DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DEBIDA A ENFERMEDADES MÚSCULO-ESQUELÉTICAS EN ESPAÑA

Autores:

Pablo Lázaro
Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud.
Madrid.

Elizabeth Parody
Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud.
Madrid.

Rosario Garcia-Vicuña.
Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa.
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa.
Madrid.

Giovanna Gabriele.
Fundación Josep Laporte.
Universidad Autónoma de Barcelona.
Barcelona.

Juan Ángel Jover.
Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos.
Madrid.

Jordi Sevilla.
PricewaterhouseCoopers.
Madrid.

Sugerencia para ser citado:

Lázaro P, Parody E, Garcia-Vicuña R, Gabriele G, Jover JA, Sevilla J. Coste de la incapacidad temporal debida a enfermedades músculo-esqueléticas en España. Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud-Fundación Abbott. Madrid, 2010.

COSTE DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL DEBIDA A ENFERMEDADES MÚSCULO- ESQUELÉTICAS EN ESPAÑA

INDICE

	<u>Página</u>
Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Objetivos	6
Metodología	6
Resultados	9
Discusión	10
Agradecimientos	14
Conflicto de intereses	14
Tablas	15
Referencias	21

RESUMEN

Coste de la incapacidad temporal debida a enfermedades músculo-esqueléticas en España

Objetivo: Estimar el coste anual de la incapacidad temporal (IT) ocasionada por las enfermedades músculo-esqueléticas (EMEs) en España y su variabilidad entre Comunidades Autónomas (CCAA) y entidades pagadoras.

Método: Estudio descriptivo de costes por IT debida a EMEs en las CCAA en 2007. Se utilizaron datos agregados del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) y extrapolaciones a las entidades que realizan el pago de la IT (INSS, mutuas, y empresas).

Resultados: Las EMEs fueron la primera causa de IT en España en 2007, produciendo 908.781 episodios de IT (18% del total), 39.342.857 días de baja (23%) y 1.702 millones de euros de coste (23%). La tasa de procesos de IT por cada 1.000 personas ocupadas fue 45, oscilando entre un máximo de 70 en el País Vasco, Navarra, y Canarias y un mínimo de 28 en Cataluña. El País Vasco (2.429 €) y Asturias (2.374 €) tienen el mayor coste por proceso de IT, siendo el promedio español de 1.873 €. El País Vasco y Navarra fueron las CCAA con mayor coste por IT por persona ocupada, (169 € y 149 € respectivamente), valores superiores a la media española (84 €). El INSS y las Mutuas pagan el 74% de la IT, y las empresas el 26%.

Conclusión: Las EMEs producen anualmente en España más de 39 millones de días de baja por IT con un coste superior a 1.700 millones de euros. El coste de la IT tiene una amplia variabilidad entre CCAA, regímenes de afiliación, y entidades pagadoras.

Palabras clave

Enfermedades músculo-esqueléticas, bajas laborales, costes indirectos, variabilidad

ABSTRACT

Cost of temporary work disability due to musculoskeletal diseases in Spain.

Objective: To estimate the annual cost of temporary work disability (TWD) caused by musculoskeletal diseases (MSDs) in Spain and its variations between regions (autonomous communities: ACs) and payer institutions.

Methods: Descriptive study of the costs of MSD-related TWD in ACs in 2007. The Spanish National Institute of Social Security (NISS) provided aggregate data. Extrapolations to the rest of the TWD payers (Mutual Societies, and employers) were used.

Results: MSDs were the leading cause of TWD in Spain in 2007, causing 908,781 episodes of TWD (18% of the total), 39,342,857 lost days (23%), and a cost of 1,702 million euros (23%). The TWD episodes rate per 1,000 employed was 45, ranging from 70 in the Basque Country, Navarre, and the Canary Islands to 28 in Catalonia. The highest cost per TWD process was found in the Basque Country (2,429 €) and Asturias (2,374 €), with a mean cost in Spain of 1,873 €. The Basque Country and Navarre were the ACs with the greatest TWD costs per employed person (169 € and 149 € respectively), higher than the mean cost in Spain (84 €). Mutual Societies and NISS pay the 74% of the TWD, and employers the 26%.

Conclusion: MSDs produce annually in Spain over 39 million days lost by TWD with a cost of over 1,700 million euros. Wide variations of the TWD cost were observed by regions, affiliate regimes, and payer institutions.

Keywords

Musculoskeletal diseases, work leaves, indirect costs, variability.

Coste de la incapacidad temporal debida a enfermedades músculo-esqueléticas en España

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades músculo-esqueléticas (EMEs) son la causa más común de discapacidad crónica en el mundo¹. Con el envejecimiento de la población es muy probable que aumente la prevalencia de las EMEs, y por tanto el número de personas con discapacidad². Desde el punto de vista sanitario y social, las EMEs producen un impacto considerable, tanto en los costes directos (e.g., consultas médicas, pruebas diagnósticas, tratamiento...), como indirectos (e.g., bajas laborales).

Las bajas laborales en España, cuando son temporales, se conocen como incapacidad laboral (IT). La IT es la situación del trabajador que se encuentra temporalmente impedido para el trabajo y recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social. El responsable de iniciar y finalizar un proceso de IT es el médico de atención primaria del paciente. La IT puede tener una duración máxima de doce meses, prorrogables por otros seis, cuando se presume que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación. A partir de los 18 meses, la incapacidad pasa a ser permanente.

La causa de la IT puede ser la enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo^{3,4}. La prestación económica en las diversas situaciones de IT consiste en un subsidio equivalente a un tanto por ciento sobre la base reguladora, que a su vez depende fundamentalmente del salario. El subsidio se abona a partir del decimosexto día de baja, estando a cargo del empresario el abono de la prestación al trabajador desde los días cuarto al decimoquinto de baja, ambos inclusive³. La prestación del día 1 a 3 del proceso de IT depende del régimen de afiliación y de los acuerdos según convenios laborales y lo paga la empresa. El pago de la prestación, a partir del día 16, corre a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), o de una mutua como empresa autorizada para colaborar en la gestión⁴.

El INSS es una Entidad Gestora adscrita al Ministerio de Empleo y Seguridad Social, con personalidad jurídica propia, que tiene encomendada la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema público de Seguridad Social⁵. Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales son asociaciones empresariales sin ánimo de lucro, constituidas para colaborar con la Seguridad Social en la gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y en la gestión de la prestación económica de IT derivada de contingencias comunes (accidentes no laborales y enfermedades comunes).

Las prestaciones de la Seguridad Social, en cuanto a la IT, son de ámbito nacional y están centralizadas. Sin embargo, la atención sanitaria está descentralizada, y la competencia es de las Comunidades Autónomas (CCAA). Por lo tanto, mientras que la gestión de las bajas laborales la controla el médico de atención primaria, que depende de la Consejería de Sanidad de cada CCAA, la prestación económica de la IT depende de la Seguridad Social, que es centralizada, y depende del INSS.

Según algunas estimaciones, los procesos de IT debidos a las EMEs en España suponen entre el 17% y 19% del total de la IT, y en el periodo de 1990 a 1999 fueron la tercera causa de IT^{6,7}. La lumbalgia es la EME con mayor prevalencia (15%)^{8,9} y la que produce más episodios de IT^{1,6-12}. Otra de las EMEs más relevante, es la artritis reumatoide (AR), cuya prevalencia estimada es del 0,5% en la población general mayor de 20 años en España⁸. La discapacidad laboral en la AR es frecuente, temprana y ocasiona un considerable impacto socioeconómico a largo plazo^{1,7-10,12-21}. La espondilitis anquilosante (EA) también produce un alto coste por discapacidad¹⁹⁻²⁴. En España, el 26% de los pacientes con EA tiene discapacidad laboral permanente²³ y los costes por pérdida de productividad se estiman en el 34% del coste anual por paciente²⁴.

A pesar de los trabajos mencionados, no se ha encontrado información del coste de las bajas laborales por las EMEs en su conjunto, ni de su variabilidad por CCAA o por entidad pagadora de la IT. Por esta razón se decide realizar este estudio cuyo propósito general es estimar el coste anual de la IT ocasionada por las EMEs en España.

OBJETIVOS

1. Estimar el coste anual de la IT ocasionada por las EMEs en España.
2. Conocer la variabilidad del coste anual de la IT ocasionada por las EMEs entre CCAA y entidades financiadoras.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo de estimación de costes de la IT ocasionada por las EMEs en España, a partir de datos secundarios. Los datos sobre los procesos de IT por contingencia común fueron proporcionados por el INSS, correspondientes a sus afiliados y referidos al año 2007. La información proporcionada por el INSS, consistía en tablas de datos agregados de cada provincia

española, en las que constaba el número de procesos de IT, número de días totales de IT y duración media de las bajas, por tramos de edad y sexo. A partir de los valores provinciales, se calcularon los valores de cada CCAA.

Al no poder disponer de datos de ITs por EMEs en las Mutuas, se realizó una estimación del número ITs y su duración en afiliados a las Mutuas a partir de los datos del INSS. Para estimar el número de procesos de IT en los afiliados a las Mutuas, se emplearon los ratios de trabajadores afiliados a las Mutuas y la prevalencia de bajas en las Mutuas con respecto al INSS por cada mil trabajadores protegidos. Para estimar la duración, se usó el ratio de duración de los procesos de IT de las Mutuas con respecto al INSS²⁵.

La distribución de la proporción de procesos de IT en función de su duración presenta sus valores máximos durante los primeros días (el 58% de los procesos de IT duran 15 días o menos) para ir disminuyendo conforme pasa el tiempo. Al no disponer de la distribución real de la duración del proceso de IT, el cálculo se hizo dividiendo la duración en dos periodos: el primero para los primeros 15 días, de los que se disponía de datos que aportó el INSS sobre la distribución para el conjunto de España, y el segundo para el tiempo restante, al cual se imputó la duración media menos los primeros 15 días.

En los datos proporcionados por el INSS referentes al País Vasco y Navarra no constaban los procesos de IT por EMEs, sino el total de todas las enfermedades. Para estas dos CCAA, partiendo de sus datos de episodios de IT totales, se estimó la misma proporción de IT por EMEs que para España, y a cada proceso de IT se le asignó a la duración media de España por grupo de edad y sexo.

Para estimar los costes, se consideró la cuantía y los días de IT que por ley paga el INSS, las Mutuas o las empresas, según el régimen de afiliación^{3,4,26} y el convenio colectivo. El coste de cada episodio de IT se calculó como una función que depende de su duración y de la compensación por día de duración, que varía en función de cada régimen de afiliación. Además, la parte adicional que paga la empresa varía según el tipo de convenio colectivo laboral. Debido a la variabilidad de los convenios colectivos, y tras exploración de los convenios más relevantes, se asumió, que en promedio las empresas pagan el 80% del salario del trabajador los tres primeros días, del día 4 al 20, completan lo que paga el INSS o la mutua hasta el 80%, y del día 21 en adelante, hasta el 90%.

Para estimar los costes por régimen de afiliación, se consideró la proporción de trabajadores afiliados a cada uno de los regímenes existentes en España: Régimen General (RG), Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), Régimen Especial Agrario por Cuenta Propia (REACP), Régimen Especial Agrario por Cuenta Ajena (REACA), Régimen Especial de Empleados del Hogar (REEH), Régimen Especial de la Minería del Carbón (REMC), y Régimen Especial del Mar (REM)²⁷. Para los cálculos de los costes de los afiliados a regímenes autónomos, no se consideró el coste de la empresa, dado que para estos trabajadores no existe empresa. Se consideró el coste de proceso de IT, a partir de la base media diaria de cotización del INSS del año 2007 por régimen de afiliación (datos proporcionados por el INSS), ajustándola por las variaciones del salario por sexo y CCAA²⁸.

Para calcular los costes, con las asunciones y ajustes descritos, por cada régimen y por cada rango de días, según cuantía establecida, se realizaron los siguientes cálculos: Para los afiliados al INSS, se estimaron las aportaciones realizadas por la empresa y por el INSS con la siguiente fórmula: % afiliados a cada régimen x número de procesos x duración x coste específico de cada día de duración del proceso de IT. Para los afiliados a las Mutuas, se estimaron las aportaciones realizadas por la empresa y por la Mutua multiplicando el valor obtenido en los afiliados al INSS por los ratios Mutua/INSS de número de afiliados, prevalencia de IT, y duración del proceso de IT.

Para estimar el impacto relativo de la IT de las EMEs con respecto a otras enfermedades relevantes, se realizó una estimación de los costes de IT de las enfermedades del aparato respiratorio y trastornos mentales, por ser los siguientes grupos de enfermedades en número de procesos y número días de baja, respectivamente, después de las EMEs.

Para el total nacional y por cada CCAA se calcularon los siguientes indicadores: 1) procesos de IT ocasionados por EMEs con respecto al total de enfermedades; 2) duración medida por proceso de IT por EME; 3) procesos de IT por EMEs cada 1.000 personas ocupadas; 4) coste medio por proceso de IT por EME; 5) coste de IT por EME por sujeto ocupado; y 6) coste de IT por EME por cada 1.000 € de producto interior bruto (PIB). La población ocupada es la formada por todas aquellas personas de 16 ó más años que tienen un trabajo por cuenta ajena o ejercen una actividad por cuenta propia²⁸. La información sobre población, personas ocupadas y PIB se obtuvo del Instituto Nacional de Estadística (INE) para 2007²⁸⁻³⁰.

Finalmente, a partir del salario medio de trabajador/día España³¹ y del número de días de baja por EMEs, se calculó el coste salarial que los trabajadores hubiesen percibido si no estuvieran de baja. Con esta información y los resultados obtenidos de las estimaciones de los costes totales por IT por

EMEs, que es lo que perciben los trabajadores con IT, se calculó el coste salarial que los trabajadores dejarían de percibir por estar de baja.

RESULTADOS

Las EMEs fueron la principal causa de IT en España en 2007, produciendo 908.781 procesos de IT (18% del total), 39.342.857 días de baja (23% de los días perdidos por IT) y un coste de 1.702 millones de euros (23% del coste de toda la IT). El coste medio de un episodio de IT fue de 1.873 €. Las enfermedades respiratorias, las segundas en incidencia (tras las EMEs), tuvieron menor repercusión en los costes, una quinta parte que las EMEs, por la menor duración de su IT. Los procesos de IT de más larga duración fueron los ocasionados por enfermedades mentales que supusieron un 11% de los costes de IT, y con un coste por proceso por IT de 2.663 € (tabla 1). El mayor número de procesos de IT por EME se observó en el rango de 36-45 años de edad, pero los grupos con mayor coste total fueron los de 46-55 años (30% del total), y el mayor coste por proceso de IT, 3.382 €, fue en los mayores de 65 años. La mayor parte de los episodios (57%) de IT y del coste (53%) por EMEs se produjeron en mujeres. Sin embargo, el coste medio de una baja por IT en mujeres fue menor que en los hombres: 1.746 € vs. 2.040 € (tabla 2).

La población ocupada, que es la población que puede tener IT, es variable entre CCAA (tabla 3). Por ejemplo, en promedio en 2007, el 45,36% de la población española era población ocupada, pero osciló entre un máximo de 49,9% en Madrid y un mínimo de 38,3% en Extremadura. La riqueza, en términos de PIB per cápita, también es muy variable entre CCAA. En 2007, el PIB per cápita en España era de 23.460 €, pero oscilaba entre 30.562 € en Madrid y 16.164 € en Extremadura. Madrid, en términos absolutos, es la CCAA con mayor número de procesos de IT (149.696), y mayor coste (336.309.249 €). Andalucía, la CCAA más poblada, fue la segunda CCAA en número de procesos de IT y coste, pero fue la primera en número de días perdidos. La Rioja, la CCAA menos poblada, fue la que tuvo menor número de procesos, días perdidos, y coste.

En España, en promedio, el 18% de todos los procesos de IT con causados por EMEs, sin embargo en Galicia son el 24%, en Canarias, Castilla y León, y Extremadura el 23%, mientras que en Cataluña son sólo el 10%, en Madrid el 15% y en Murcia, el 16% (tabla 4). La duración promedio de una baja laboral por EMEs en España es de 43 días, pero oscila entre unos máximos de 54 y 50 días en Asturias y Galicia, y unos mínimos de 35 y 37 días en La Rioja y Baleares, respectivamente.

El número de procesos anuales de IT por EMEs por cada mil personas ocupadas, fue de 44,6 en España, oscilando entre un máximo de 70 en el País Vasco, Navarra y Canarias (exceptuando Ceuta y Melilla), y unos mínimos de 28 y 33 en Cataluña y Murcia, respectivamente. El coste promedio por proceso de IT por EMEs en España fue de 1.873€, con unos valores máximos en el País Vasco y Asturias (2.429€ y 2.374€, respectivamente), y mínimos en La Rioja y Andalucía (1.391€ y 1.513€, respectivamente)

El coste medio por IT debida a EMEs por persona ocupada en España fue de 83,6 €, en El País Vasco y Navarra fue el más alto (169 € y 149 €, respectivamente), mientras que otras CCAA, como Murcia (54 €) o Cataluña (55 €) tuvieron el menor coste por persona ocupada. El coste de la IT por EMEs en España, representa 1,62 € por cada 1.000 € de PIB. El País Vasco (2,58 €), Asturias (2,56 €) y Navarra (2,44 €) presentaron los mayores costes de IT por EME por cada 1.000 € de PIB, mientras que Cataluña (0,98 €) y Murcia (1,27 €), los menores (tabla 4).

Los regímenes con mayor proporción trabajadores afiliados son el RG (76,87%) y el RETA (16,22%), y consecuentemente son los regímenes en los que se producen los mayores costes en términos absolutos: el 88% (1.498 millones de euros) de los costes de IT por EMEs se produjeron en los afiliados al RG, seguidos por el RETA (8,5% de los costes). Los afiliados al REMC fueron los del menos coste absoluto, pero el mayor coste por afiliado (0,10% de los costes y 0,05% de afiliados). El 39% de los costes los soporta el INSS, el 35% las mutuas (INSS + Mutuas: 74%), y el 26% lo pagan las empresas (tabla 5).

Con las asunciones realizadas, el coste salarial estimado que dejan de percibir los trabajadores por tener IT debida a EMEs fue de 669 millones de euros, lo que representa el 28% del salario que percibirían sin IT (tabla 6).

DISCUSIÓN

Las EMEs fueron la principal causa de IT en España en 2007 representando el 18% de los procesos de IT producidos por todas las enfermedades. Las enfermedades del aparato respiratorio fueron la segunda causa de IT en número de procesos, con una duración media muy inferior a las EMEs, 9 vs. 43 días. El segundo grupo de enfermedades con mayor número de días de IT, fue el grupo de trastornos mentales, y el segundo también en costes (811 millones de euros, el 11% del total). Estos hallazgos son similares a los de otros estudios, que muestran que las EMEs ocasionan el 17% de los procesos de IT y son la segunda³² o tercera causa de IT⁷. Las EMEs representan el 23% del total de

días de baja de todos los procesos de ITs, resultado consistente estudios que lo cifran entre un 21%⁶ y un 28%³². La duración media por episodio de IT por EME en España es de 43 días, algo inferior a la duración media encontrada en otros estudios^{6,7,32}, que fue entre 49 y 58 días.

A pesar de que el mayor número de procesos de IT por EME está entre los trabajadores de rangos de edad de 36-45 años, el mayor coste corresponde al grupo de 46-55 años seguido por el grupo de 56-65 años. Esto se debe a que los procesos y su recuperación son más largos conforme aumenta la edad. Los mayores de 65 años son los que tienen episodios de mayor duración, y por lo tanto mayor coste por proceso. Sin embargo hay muy pocos trabajadores con más de 65 años, por lo que en este segmento de población, hay pocas bajas laborales en términos absolutos.

La proporción de procesos de IT por EME en España fue mayor en mujeres que en hombres, lo cual coincide con el hecho de que las EMEs son más frecuentes en mujeres⁸. Sin embargo, el coste medio por episodio por IT en mujeres (1.746 €) fue menor que en hombres (2.040 €), quizá debido a la diferente distribución del tipo de empleo y salario entre ambos géneros.

Con las estimaciones realizadas se han observado diferencias importantes en el número de procesos, duración y costes entre las CCAA. En Madrid, las EMEs ocasionaron el 15% de las IT producidas por todas las enfermedades, resultado similar al 17% obtenido en un estudio realizado en Madrid con datos del INSS para 1996⁶. En otro estudio que se realizó en la provincia de Guadalajara, las EMEs ocasionaron el 19% de la IT⁷, consistente con nuestro trabajo, en el que en Castilla La Mancha ocasionaron el 21%. Sin embargo, en nuestro estudio la proporción de IT por EME en Cataluña (10%) fue inferior al de un estudio de 2009, donde las EMEs fueron la segunda causa de IT (19% del total)³³. Una posible explicación de esta diferencia podría ser debida a la mejora en la codificación de diagnóstica en los dos últimos años en Cataluña, dado que en los datos de Cataluña del INSS para 2007, el 42% de los procesos de IT no estaban diagnosticados, pudiendo resultar en una infravaloración de la causa real que ocasionó la baja laboral.

En nuestro estudio, la duración media por episodio de IT en Cataluña, Madrid y Castilla La Mancha (40, 41 y 50 días, respectivamente), fue inferior a la encontrada en otros estudios^{6,7,33} en estas CCAA, mencionando una duración entre 49 y 58 días. La variabilidad observada en la duración de IT entre CCAA, ya había sido explorada previamente³³, refiriendo que uno de los factores que influye sobre la reincorporación al trabajo después de una IT es la CCAA, además de la edad, el sexo y la actividad económica del paciente.

En los indicadores por CCAA, llama la atención que el País Vasco y Navarra encabecen el número de procesos de IT por EMEs por cada 1.000 personas ocupadas, los costes de IT por EME por trabajador ocupado y por cada 1.000€ de PIB. En estas dos CCAA al trabajar con datos estimados, es posible que haya habido infra o sobreestimación, y en consecuencia los resultados de estas dos CCAA habría que tomarlos con cautela. Sin embargo, al asignar como duración media de un episodio de IT al País Vasco y Navarra, la duración media de España, esta asunción debería tender a llevarles a valores medios, y por lo tanto pensamos que no sobreestima el número de procesos, ni la duración, ni el coste.

Es difícil encontrar una explicación a las diferencias en el número de procesos de IT por EMEs entre CCAA. Podría deberse a factores estructurales, por ejemplo a la diferente composición de la población ocupada respecto a la población general, o a que en unas CCAA predomine un sector de ocupación (e.g., minería, industria pesada, pesca, agricultura,...) en el que sean más probables las EMEs que en otras CCAA. Pero también podrían deberse a factores organizativos, tales como diferencias en las políticas de salud, puesto que puede haber diferencia en el control en las bajas laborales entre CCAA. Lo más verosímil es que se deban a una combinación de factores estructurales (e.g., sector de ocupación, régimen de afiliación) y organizativos (e.g., mecanismos de gestión de la baja laboral). Pero estas posibilidades son solo hipótesis que se salen del alcance de nuestro estudio, y que deberían ser exploradas en estudios posteriores.

Como era de esperar, el mayor número de procesos y coste de IT por EME se observó en los trabajadores afiliados al RG, puesto que es el régimen con más afiliados. Estos resultados son consistentes con otro estudio⁷ realizado en la provincia de Guadalajara, en el que la mayoría (91%) de los procesos de IT por EMEs se dieron en afiliados al RG. El coste por proceso varía mucho en función del régimen de afiliación. Por ejemplo, el coste medio de un proceso de IT por EMEs en los afiliados de REMC es de 3.776 €, el doble que la media, y cinco veces mayor que en un afiliado al REH. Esto es debido, entre otras razones, a que la base media de cotización del REMC es mucho mayor que en el REH (82,86€ vs. 22,18€). Según régimen de afiliación y entidad que paga la IT, el INSS (39%) y las mutuas (35%) soportan la mayor parte del coste de la IT por EMEs, y la empresa (26%) en tercer lugar. El pago por ITS es un poco menor en las mutuas (35% v.s 39% del INSS), debido a que, a pesar de que por cada trabajador con cobertura en el INSS hay 1,35 trabajadores cubiertos por mutuas, la prevalencia y duración de los procesos de IT en las mutuas son un 20% menores en las mutuas con respecto al INSS²⁵.

La información disponible de los episodios de IT, no especificaba la ocupación, o el sector en el que estaba el trabajador, sino que representaban el total de todos los sectores. A partir de esta información no es posible conocer con exactitud qué proporción adicional paga la empresa para completar lo que paga el INSS o las mutuas, puesto que esto depende de los convenios colectivos de cada sector. Por ejemplo, según los convenios del sector de la banca y grandes almacenes, la empresa completa lo que paga el INSS o mutuas hasta llegar al 100% del salario del trabajador. Sin embargo, en el sector de la construcción, la empresa completa hasta el 100% sólo en casos de hospitalización³⁴. Por tal motivo en las asunciones realizadas, para cálculos promedios, no se asumió que la empresa completase hasta el 100%, o que la empresa no aportara nada.

A pesar de la consistencia con otros estudios, y de haber utilizado la mejor información disponible, nuestro estudio no está exento de limitaciones. Por ejemplo, los datos proporcionados por el INSS son válidos para describir la IT y para estimar costes, pero puede haber un sesgo de mala clasificación, puesto que los datos provienen de los “partes de baja” dados por los facultativos, que pueden asignar el proceso de IT a una determinada patología cuando un paciente tiene más de una. Otra posible limitación podría deberse a que no se disponía de información sobre la distribución de la duración de las bajas a partir del día 16. Desde este día, se trabajó con la duración media, adicional a los 15 primeros días, a pesar de que la distribución de la duración no es normal. Sin embargo, como en nuestro estudio se ha considerado la distribución en los días que el pago es diferente, y la media en los días que el pago es idéntico, creemos que no se están infraestimando ni sobreestimando los costes por esta razón.

Probablemente nuestro estudio esté infravalorando el coste social derivado de la IT. Por ejemplo, desde el punto de vista de la empresa, el impacto financiero no se deriva únicamente de los días de IT, sino que también repercute en las tareas específicas que deja de desempeñar el trabajador enfermo, cuyo coste puede llegar a ser muy relevante³⁵⁻³⁸. Por otro lado, el paciente con determinado grado de discapacidad suele requerir un cuidador. Además, dado que las patologías reumáticas son más frecuentes en la mujer, y que muchas de ellas son amas de casa, no son consideradas trabajadoras “activas”, y su discapacidad no se considera baja laboral³⁹.

En todo caso, las potenciales limitaciones del estudio provienen fundamentalmente de la escasa información disponible. En consecuencia, resulta clave mejorar los sistemas de información y realizar proyectos de investigación apropiados que contribuyan a producir conocimiento sobre costes indirectos de la enfermedad en España.

En conclusión, las EMEs fueron la principal causa de IT en España en 2007, produciendo más de novecientos mil episodios de IT, 39 millones de días de baja laboral, y un coste considerable para el INSS, mutuas, y empresas, que sumado asciende a mil setecientos millones de euros. Existe una amplia variabilidad por CCAA en los diferentes indicadores analizados y en función del régimen de afiliación. A pesar de las limitaciones del presente estudio, se considera que sus resultados son una buena estimación de los costes de IT ocasionadas por las EMEs en España en 2007.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la valiosa colaboración del INSS, por la información proporcionada, por su asesoría, y por su dedicación en este trabajo. También agradecemos a Asepeyo, por facilitarnos información de su Mutua, que nos sirvió para verificar la consistencia de nuestras asunciones. Este estudio ha sido financiado por la Fundación Abbott, que no ha participado en el análisis ni en la elaboración del manuscrito. El trabajo de Juan Ángel Jover y Rosario García-Vicuña fue financiado parcialmente por el programa de investigación RETICS, RD08/0075 (RIER) del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

TABLAS

Tabla 1. Incapacidad temporal y coste ocasionados por enfermedad en España en 2007

Grupo de enfermedades	Procesos de IT		Días de IT			Costes de IT		Coste por proceso (euros)
	Procesos	%	Días de IT	%	Días por proceso	Euros	%	
Trastornos mentales	304.407	5,9	17.773.920	10,6	58,39	810.717.060	11,1	2.663
Enfermedades respiratorias	826.563	15,9	7.507.918	4,5	9,08	324.818.744	4,4	393
EMEs	908.781	17,5	39.342.857	23,5	43,29	1.702.109.314	23,3	1.873
Todas las enfermedades	5.190.836	100,0	167.700.469	100,0	32,31	7.300.989.890	100,0	1.407

Tabla 2. Incapacidad temporal y costes ocasionadas por las EMEs por rangos de edad y sexo en España en 2007

Rango de edad (años)	Número de Procesos	% Procesos	Días	Duración media (días)	Coste total EMEs (euros)	% coste	Coste por proceso de IT (euros)
16-25	69.103	7,60	1.273.622	18,43	46.323.753	2,72	670
26-35	213.608	23,50	6.158.093	28,83	277.178.615	16,28	1.298
36-45	242.033	26,63	9.036.707	37,34	400.629.347	23,54	1.655
46-55	237.587	26,14	12.085.053	50,87	515.588.136	30,29	2.170
56-65	143.425	15,78	10.541.646	73,50	452.162.356	26,56	3.153
>65	3.024	0,33	247.737	81,92	10.227.106	0,60	3.382
Hombre	393.343	43,28	15.626.959	39,73	15.626.958	47,14	2.040
Mujer	515.437	56,72	23.715.898	46,01	23.715.898	52,86	1.746
Total	908.781	100	39.342.857	43,29	1.702.109.314	100	1.873

Tabla 3. Población, riqueza, y carga ocasionada por IT de las EMEs por CCAA (año 2007).

CCAA	Población	Población ocupada	% población ocupada	PIB per cápita (€)	Carga de la IT por EMEs		
					Procesos de IT	Días perdidos	Coste (€)
Andalucía	7.989.013	3.219.300	40,30	18.134	149.388	6.297.744	225.982.757
Aragón	1.286.285	610.800	47,49	25.541	29.262	1.119.913	46.326.222
Asturias	1.058.743	433.300	40,93	21.650	23.710	1.271.741	56.296.866
Baleares	1.028.635	508.000	49,39	25.420	28.736	1.066.048	44.241.845
Canarias	2.019.299	915.400	45,33	20.717	63.604	2.535.868	100.295.054
Cantabria	567.088	258.500	45,58	23.534	13.213	611.044	24.287.278
Castilla La Mancha	1.951.388	843.100	43,21	18.200	31.692	1.572.541	59.963.731
Castilla y León	2.492.034	1.073.000	43,06	22.645	45.164	2.049.964	78.258.768
Cataluña	7.166.031	3.510.600	48,99	27.526	99.513	3.998.482	192.792.507
Extremadura	1.076.695	412.500	38,31	16.164	17.076	839.638	27.154.667
Galicia	2.728.772	1.193.400	43,73	19.829	60.080	3.045.212	113.282.093
La Rioja	309.360	145.900	47,16	25.008	8.282	293.540	11.521.601
Madrid	6.112.078	3.052.600	49,94	30.562	149.696	6.087.044	336.309.249
Murcia	1.392.368	632.800	45,45	19.401	20.665	978.469	34.194.183
Navarra	600.646	289.800	48,25	29.526	20.165	861.961	43.293.590
País Vasco	2.130.375	990.600	46,50	30.561	69.095	3.230.762	167.846.886
Comunidad Valenciana	4.824.568	2.220.500	46,02	21.275	75.897	3.351.804	134.101.450
Ceuta	71.797	24.700	34,40	21.721	1.892	69.175	3.199.601
Melilla	68.392	21.200	31,00	21.099	1.651	61.907	2.760.965
España	44.873.567	20.356.000	45,36	23.460	908.781	39.342.857	1.702.109.314

EME: Enfermedad músculo-esquelética. CCAA: Comunidad Autónoma. IT: Incapacidad temporal. PIB: Producto Interior Bruto.

Tabla 4. Incapacidad temporal y costes ocasionadas por las EMEs por CCAA (año 2007)

CCAA	Ratio procesos de IT por EMEs/Total enfermedades	Duración media por proceso de IT por EMEs (días)	Procesos de IT por EMEs cada 1.000 personas ocupadas	Coste de IT por EMEs (€)		
				Coste medio por proceso de IT	Coste por sujeto ocupado	Coste por cada 1.000 euros de PIB
Andalucía	0,21	42,16	46,4	1.513	70,20	1,56
Aragón	0,17	38,27	47,9	1.583	75,85	1,41
Asturias	0,20	53,64	54,7	2.374	129,93	2,46
Baleares	0,21	37,10	56,6	1.540	87,09	1,69
Canarias	0,23	39,87	69,5	1.577	109,56	2,40
Cantabria	0,17	46,24	51,1	1.838	93,95	1,82
Castilla La Mancha	0,21	49,62	37,6	1.892	71,12	1,69
Castilla y León	0,23	45,39	42,1	1.733	72,93	1,39
Cataluña	0,10	40,18	28,3	1.937	54,92	0,98
Extremadura	0,23	49,17	41,4	1.590	65,83	1,56
Galicia	0,24	50,69	50,3	1.886	94,92	2,09
La Rioja	0,20	35,45	56,8	1.391	78,97	1,49
Madrid	0,15	40,66	49,0	2.247	110,17	1,80
Murcia	0,16	47,35	32,7	1.655	54,04	1,27
Navarra	0,20	42,75	69,6	2.147	149,39	2,44
País Vasco	0,20	46,76	69,8	2.429	169,44	2,58
Comunidad Valenciana	0,18	44,16	34,2	1.767	60,39	1,31
Ceuta	0,19	36,56	76,6	1.691	138,51	2,05
Melilla	0,22	37,49	77,9	1.672	121,09	1,91
España	0,18	43,29	44,6	1.873	83,62	1,62

EME: Enfermedad músculo-esquelética. CCAA: Comunidad Autónoma. IT: Incapacidad temporal.

PIB: Producto Interior Bruto.

Tabla 5. Coste de IT de EMEs por regímenes y entidad pagadora

Régimen	% Afiliados	Coste (euros)					% Coste total
		Empresa	INSS	Mutuas	INSS + Mutuas	Total	
General	76,87	427.424.946	556.875.540	514.082.600	1.070.958.140	1.498.383.086	88,03%
Trabajadores Autónomos	16,22	0	76.572.384	68.583.976	145.156.360	145.156.360	8,53%
Agrario Cuenta Propia	1,29	0	4.926.647	4.159.820	9.086.467	9.086.467	0,53%
Agrario Cuenta Ajena	3,76	8.400.243	12.273.694	8.935.064	21.208.758	29.609.001	1,74%
Empleados del Hogar	1,44	1.668.275	4.186.766	4.154.609	8.341.375	10.009.650	0,59%
Minería y Carbón	0,05	468.022	754.840	523.715	1.278.555	1.746.577	0,10%
Especial del Mar	0,37	2.267.246	3.302.539	2.548.386	5.850.925	8.118.171	0,48%
Todos los regímenes	100	440.228.733	658.892.410	602.988.171	1.261.880.581	1.702.109.314	100%
% Coste total		25,86%	38,71%	35,43%	74,14%	100%	

Tabla 6. Estimación del salario (euros) que los trabajadores dejaron de percibir por estar de baja por EME en España en 2007

Salario medio trabajador/día España (euros) [a]	60
Número de días de baja por EMEs en INSS [b]	20.835.664
Número de días de baja por EMEs en Mutuas [c]	18.507.193
Número de días de baja por EMEs Total (INSS+Mutuas) [d=b+c]	39.342.857
Salario que los trabajadores recibirían si no estuvieran de baja (euros) [e=axd]	2.370.800.536
Coste Total: Empresa+INSS+Mutua (euros) [f]	1.702.109.314
Salario que los trabajadores dejarían de percibir (euros) [g=e-f]	668.691.222
Porcentaje que deja de percibir el trabajador [h=g/e]	28%

REFERENCIAS

1. Connelly LB, Wolf A, Brooks P. Cost-Effectiveness of interventions for musculoskeletal conditions: chapter 51. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB et al, eds. Disease control priorities in developing countries. 2^o ed. Oxford: Oxford University Press; 2006. p.963-80.
2. WHO. The burden of musculoskeletal conditions at the start of the new millenium. WHO Technical Report Series: 919. Geneva: WHO; 2003.
3. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Ley general de la Seguridad Social 2009. Madrid: Ministerio de Trabajo e Inmigración; 2009.
4. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Incapacidad temporal: prestaciones. 6^a ed. Madrid: INSS; 2008.
5. Instituto Nacional de la Seguridad Social. [Acceso 7 de julio de 2010]. Disponible en http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/Quienessomos/InstitutoNacionalde29413/index.htm
6. Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañares A, Jover JA. Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año. Rev Esp Reumatol. 2000;27:48-53.
7. Tornero J, Piqueras JA, Carballo LF, Vidal J. Epidemiología de la discapacidad laboral debida a las enfermedades reumáticas. Rev Esp Reumatol 2002;29:373-84.
8. Carmona L, Ballina FJ, Gabriel R, Laffon A, EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a nation-wide study. Ann Rheum Dis 2001;60:1040-5.
9. Sáinz de Murieta E, Fernández Variabar J, Pascual I, Mena A, Martínez-Zubiri A, Condón MJ. Incapacidad laboral por patología del aparato locomotor en la Comunidad Foral de Navarra. Aspectos epidemiológicos. Anales Sis San Navarra 2005;28:83-92.
10. Abásolo L, Carmona L, Hernández-García C, Lajas C, Loza E, Blanco M, et al. Musculoskeletal work disability for clinicians: time course and effectiveness of a specialized intervention program by diagnosis. Arthritis & Rheum 2007;57:335-42.
11. Ocaña Jiménez U. Lumbalgia ocupacional y discapacidad laboral. Rev fisioter (Guadalupe) 2007;6:17-26.
12. González Viejo MA, Condón Huerta MJ. Coste de la compensación por incapacidad temporal por dolor lumbar en España. Rehabilitación (Madr) 2001;35:28-34.
13. de Azevedo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. Indirect Costs of Rheumatoid Arthritis in Brazil. Value Health 2008;11:869-77.
14. Barrett EM, Scott DGI, Wiles NJ, Symmons DPM. The impact of rheumatoid arthritis on employment status in the early yEMEs of disease: a UK community-based study. Rheumatology 2000;39:1403-9.

15. Newhall-Perry K, Law NJ, Ramos B, Sterz M, Wong W K, Bulpitt K J, Park G, Lee M, Clements P, Paulus H E. Direct and indirect costs associated with the onset of seropositive rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology* 2000;27:1156-63.
16. Hallert E, Suber M, Skogh T. Costs and course of disease and function in early rheumatoid arthritis: a 3-year follow-up (the Swedish TIRA project). *Rheumatology* 2006;45:325-31.
17. Merkesdal S, Ruof J, Schöffski O, Bernitt K, Zeidler H, Mau W. Indirect medical costs in early rheumatoid arthritis. Composition of and changes in indirect costs within the first three years of disease. *Arthritis & Rheumatism* 2001;44:528-34.
18. García Vadillo JA, Santos Castañeda S, Carrasco Prieto Al, Jimeno Carruez A. Costes económicos de la artritis reumatoide de corta evolución. *Rev Esp Reumatol* 2001;28:9-11.
19. Boonen A, Mau W. The economic burden of disease: comparison between rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27(4 Suppl 55):S112-7.
20. Franke LC, Ament AJ, van de Laar MA, Boonen A, Severens JL. Cost-of-illness of rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27(4 Suppl 55):S118-23.
21. Bevan S, Passmore E, Mahdon M. *Fit For Work? Musculoskeletal Disorders and Labour Market Participation*. London: Abbot, The Work Foundation;2007.
22. Cakar E, Taskaynatan MA, Dincer U, Kiralp MZ, Durmus O, Ozgül A. Work disability in ankylosing spondylitis: differences among working and work-disabled patients. *Clin Rheumatol* 2009;28:1309-14.
23. Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Collantes E, Batlle E, Fernández-Sueiro JL, Gratacós J, et al. Work disability in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol*. 2009;36:2512-6.
24. Kobelt G, Sobocki P, Mulero J, Gratacos J, Pocovi A, Collantes-Estevez E. The burden of ankylosing spondylitis in Spain. *Value Health*. 2008;11:408-15.
25. Incapacidad temporal. Ejercicio 2007 [Base de datos en Internet]. Madrid: Seguridad Social; 2007- [Acceso 7 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otras_Prestaciones_de_la_Seguridad_Social/Incapacidad_Temporal/Ejercicio_2007/index.htm.
26. Incapacidad temporal. Regímenes especiales [Sede Web]. Madrid: Seguridad Social; 1995 [Acceso 7 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadtemporal/RegimenesEspeciales/index.htm#6111.
27. Situación de afiliados en alta por regímenes y autonomías. Media del año 2007 [Sede Web]. Madrid: Seguridad Social; 2007 [Acceso 7 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=82.
28. Encuesta de Población Activa. Resultados Provinciales [Sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2006 [Acceso 7 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=12&type=db&divi=EPA&idtab=492>.
29. Encuesta trimestral de coste laboral. Cuarto trimestre [Sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística;2007 [Acceso 14 de marzo de 2008]. Disponible en: <http://www.ine.es/metodologia/t22/t2230187.htm>.

30. Contabilidad Regional de España - Base 2000. Cifra de Población a 1 de Julio. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. [Acceso 7 de julio de 2010]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft35%2Fp010&file=inebase&L=0>.
31. Encuesta de estructura salarial. Medias por sexo y CCAA [Sede Web]. Instituto Nacional de Estadística; 2006 [Acceso 7 de julio de 2010]. Disponible en:
<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft22/p133&file=inebase&L=0>.
32. Institut Català d'Avaluacions Mèdiques. Comentaris a propòsit de la IT a Catalunya, Balanç 2009. Barcelona: Generalitat de Catalunya;2010.
33. Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S, et al. Reincorporación al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la comunidad autónoma. *Rev Esp Salud Pública* 2007;81:183-90.
34. Convenios-juridicas.com, Buscador de convenios [Sede Web]. Zaragoza: Convenios-juridicas.com; [Acceso 17 de marzo de 2009]. Disponible en:
<http://convenios.juridicas.com/convenios-sectores.php>.
35. Li X, Gignac MA, Anis AH. The indirect costs of arthritis resulting from unemployment, reduced performance, and occupational changes while at work. *Med Care*. 2006;44(4):304-10.
36. Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Morganstein D, Lipton Richard. Lost productivity time and cost due to common pain conditions in the US workforce. *JAMA* 2003;290(18):2443-54.
37. Rat AC, Boissier MC. Rheumatoid arthritis: direct and indirect costs. *Joint Bone Spine*. 2004;71(6):518-24.
38. Birnbaum HG, Barton M, Greenberg PE, Sisitsky T, Auerbach R, Wanke LA, Buatti MC. Direct and indirect costs of rheumatoid arthritis to an employer. *J Occup Environ Med*. 2000;42:588-96.
39. Gallardo L, Martín A, BallinaFJ. "El coste de la artritis reumatoide se estima en 6.000 euros por paciente y año". *Rev Esp Econ Salud* 2003;2:192-3.