

# VALORACIÓN DE LA ETIOPATOGENIA DE LOS CASOS DE IT POR ENFERMEDADES MENTALES



**Autores:**

Dra. María Belén Muñoz Fernández.  
Dr. Javier Oliver Pedreño.

C.A. Toledo. ASEPEYO  
C.A. Murcia. ASEPEYO

**Correspondencia:**

Avd<sup>a</sup>. Don Juan de Borbón, 16 30007 - Murcia  
Correo electrónico: [joliverpedreno@asepeyo.es](mailto:joliverpedreno@asepeyo.es)

Telf. 968 271 423

## 1.- RESUMEN

Las enfermedades mentales son una de las principales causas de incapacidad temporal (IT), tanto de corta como de larga duración, siendo la primera causa de baja médica prolongada en términos absolutos en nuestro país.

Se define la IT como aquella situación en que se encuentra el trabajador que, por causa de enfermedad o accidente, está imposibilitado con carácter temporal para el trabajo y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social (art. 128 de LGSS en el texto refundido en el RD 1/1994 de 29 de junio). Las condiciones que se tienen que dar en el trabajador son, por tanto: tener una lesión, que ésta le incapacite, y que reciba asistencia sanitaria de los Servicios Públicos de Salud.

El impacto económico de la IT es tan difícil de estimar como considerable, conlleva unos costes directos para el sistema sanitaria (gastos en fármacos, pruebas diagnósticas...), así como indirectos para la sociedad (subsidio de la IT pagado de las cotizaciones de la Seguridad Social) y para la empresa (días de trabajo perdidos, sobrecarga de trabajo en la plantilla, disminución de la productividad y la calidad...)

La patología psiquiátrica agrupa cuadros clínicos heterogéneos, amplios y muy variados, siendo los trastornos adaptativos los más numerosos y representativos (suponen el 80 % de los diagnósticos por enfermedades mentales como causa de IT); éstos, en muchas ocasiones, resultan de difícil definición, adoptando una gran variedad de presentaciones clínicas en el contexto de la Atención Primaria, lo cual induce con bastante frecuencia a confusiones y consecuentemente a la emisión de juicios diagnósticos incorrectos.

A todo lo dicho anteriormente hay que añadir el hecho de que algunos trabajadores tratan de alargar la IT por motivos extramédicos (socio-familiares, laborales o por puro rentismo), y la gran dejadez y poco interés con que es gestionada la IT desde la administración pública, así como de la enorme burocracia que genera.

De la mezcla de todos los factores expuestos con anterioridad surge una práctica abusiva de las bajas médicas permitida con demasiada frecuencia, pero con enormes repercusiones económicas.

Nosotros nos centramos en el estudio de las bajas médicas con diagnóstico de trastorno mental pero lo que realmente enmascaran son problemas laborales (mobbing, despidos improcedentes, la empresa no le paga...), puro rentismo (personas sin derecho al paro, autónomos sin trabajo debido a la crisis...) o necesidades socio-familiares no cubiertas con otras herramientas del sistema (cuidado de menores, dependencia de mayores, cuidado de enfermos graves...)

## 2.- INDICE

1.- Resumen	pag. 2
2.- Índice	pag. 4
3.- Introducción	pag. 5
4.- Contenido	pag. 8
5.- Objetivo	pag. 10
6.- Fuentes utilizadas, material y método	pag. 11
7.- Resultados	pag. 15
8.- Discusión	pag. 28
9.- Conclusiones	pag. 35
10.- Bibliografía	pag. 39
11.- Agradecimientos	pag. 41

### 3.- INTRODUCCIÓN

Las enfermedades mentales son una de las principales causas de incapacidad temporal (IT) en nuestro país, y tienen importantes repercusiones desde el punto de vista laboral y de gasto sanitario, así como importantes connotaciones socio-familiares y económicas.

En España han ido aumentando considerablemente en la última década, en la actualidad constituyen la segunda causa de baja laboral, y la primera de baja prolongada en términos absolutos.

Forman un grupo muy heterogéneo, amplio y variado de patologías, siendo los trastornos adaptativos (ansiedad, depresión, trastornos mixtos de ansiedad-depresión, estrés agudo, pánico) los más numerosos y representativos (cerca del 80% de los diagnósticos por enfermedades mentales como causa de IT). Muchas veces de difícil definición como para emitir un juicio clínico (incluso para los especialistas en la materia), adoptando una gran variedad de presentaciones clínicas en el contexto de la Atención Primaria, que se pueden prestar a confusiones y llevar a equívocos y diagnósticos incorrectos.

Las enfermedades mentales, desde un punto de vista funcional, pueden ser divididas en grandes grupos o categorías diagnósticas de características similares:

1. Trastornos mentales orgánicos
2. Trastornos psicóticos, paranoides, esquizofrenia
3. Trastornos del estado de ánimo
4. Trastornos de ansiedad
5. Otros trastornos: trastornos somatomorfos y trastornos de la conducta alimentaria
6. Retraso mental y autismo

7. Trastornos de la personalidad
8. Trastornos por adicción a sustancias

Precisamente por éstas dificultades conceptuales, las enfermedades mentales muchas veces son utilizadas como “cajón desastre”, metiendo en él todo aquello que no sabemos dónde va o que no sabemos dónde meter, es decir, aquellos pacientes que no caben en otras disciplinas médicas o que, sin presentar patología clara, precisan una baja laboral siendo ésta la única forma de justificarles (IT social podríamos llamarla): originar un cuadro clínico y emitir un diagnóstico, sin criterio médico objetivo, como causa de baja laboral, y así obtener un beneficio económico y una protección socio-laboral, que no son cubiertos por ninguna otra modalidad de nuestro estado de bienestar social. También guarda relación, en cierto modo, el rentismo (o fraude): paciente que tiene reconocida y diagnosticada una enfermedad mental previa al inicio de un contrato de trabajo y que utiliza como causa para obtener una incapacidad para el desarrollo del mismo.

Cabe recordar la definición de IT: se entiende aquella situación en que se encuentra el trabajador que, por causa de enfermedad o accidente, está imposibilitado con carácter temporal para el trabajo y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social (art. 128 de LGSS en el texto refundido en el RD 1/1994 de 29 de junio). Las condiciones que se tienen que dar en el trabajador son, por tanto: tener una lesión, que ésta le incapacite, y que reciba asistencia sanitaria reglada de los Servicios Públicos de Salud.

Todos los sistemas de Seguridad Social tratan de proteger a los trabajadores cuando estos no pueden realizar su trabajo y pierden la prestación de su salario: por un lado le prestan la asistencia necesaria para recuperar la capacidad de trabajar y por otro lado, le cubren la falta de

ingresos que se produce mientras dura su situación de imposibilidad para desempeñar el mismo.

Cuando un facultativo de Atención Primaria emite un parte de baja laboral a un trabajador, está emitiendo un documento médico-legal certificando que cumple con lo definido para estar en IT, otorgándole una protección socio-laboral y un beneficio económico. Como fácilmente se comprende, es un acto de extrema seriedad: está dando un certificado médico de incapacidad (y hay pocas cosas más estrictamente médicas que certificar que una persona se encuentra imposibilitada para trabajar por motivos de su salud)

Consideramos importante resaltar lo que **no es una baja**:

- una prescripción de guardar reposo;
- un certificado de enfermedad (la baja no se extiende a las personas enfermas sino a las incapacitadas);
- un permiso para dejar de acudir al trabajo;
- una prestación a demanda del trabajador.

Es preciso que existan elementos clínicos objetivos de incapacidad para extender la baja, y no sólo el poner un diagnóstico. Además de ser esencialmente un acto médico (responsabilidad personal del facultativo que la firma), y puesto que la Seguridad Social es una parte de la Administración Pública, la baja laboral es también un acto administrativo que genera derechos de diversa índole a favor de la persona incapacitada.

Aquí es donde entra en juego el “cajón desastre” de las enfermedades mentales, de las bajas laborales, y el uso indebido que se hace de ello, sin olvidar el coste que supone para unos y el beneficio para otros.

#### 4.- CONTENIDO

El presente trabajo va a realizar un análisis global de las enfermedades mentales como causa de baja laboral, y se va a centrar en el uso abusivo de éstas como causa enmascarada para dar cobertura del absentismo laboral.

La incapacidad temporal laboral (ITL) tiene su origen y toma naturaleza desde que surgen las relaciones laborales basadas en el trabajo por cuenta ajena. La alta tasa de ITL, en los países industrializados, supone y conlleva una importante carga socio-sanitario, y un elevado coste económico.

La causa más frecuente de ITL es por enfermedad común (CC); dentro de las patologías que concentran el mayor porcentaje y de mayor duración de la ITL son los procesos oncológicos, las lesiones osteomusculares y las enfermedades mentales.

El impacto económico de la ITL es tan difícil de estimar como considerable, pues conlleva unos costes directos en la asistencia sanitaria (gastos en fármacos, pruebas diagnósticas...), así como indirectos para la sociedad (subsidio de la IT pagado de las cotizaciones de la Seguridad Social) y para la empresa (días de trabajo perdidos, sobrecarga de trabajo en la plantilla, disminución de la productividad y la calidad...)

Todos los estudios llevados a cabo coinciden en la alta incidencia de las enfermedades psiquiátricas en los trabajadores. El problema surge cuando algunos de estos trabajadores tratan de alargar la IT por motivos extramédicos, como son los socio-familiares, los laborales o por puro rentismo (nosotros nos centraremos en éstos dos últimos puntos), con el

añadido de la gran dejadez y desidia, y porque no decirlo, de la ignorancia con que es gestionada, a veces, la IT desde la Administración Pública, así como de la enorme burocracia que genera. De esta mezcla surge una práctica abusiva permitida con demasiada frecuencia.

## 5.- OBJETIVO

Nos proponemos varios objetivos:

- Mostrar la existencia de lo que hemos llamado bajas sociales (al no cumplir con alguno o todos los requisitos de la IT), y la protección y el beneficio que se obtienen de ellas.
- Señalar la existencia del rentismo (patología de curso crónico que, sin haber sufrido agudización ni variación clínica, es usada para obtener una renta o beneficio económico)
- Señalar el elevado uso que se hace de los diagnósticos de enfermedades mentales como causa que “justifica” la IT .
- Mostrar el elevado coste económico asociado (teniendo sólo en cuenta la base reguladora diaria/días de IT, sin mención de los gastos sanitarios ni de los empresariales), así como el beneficio que se puede obtener de ellos.

## 6.- FUENTES UTILIZADAS, MATERIAL Y MÉTODO

El material: hemos diseñado y creado una base Excel con los datos recogidos en el historial clínico.

Los datos recogidos fueron:

- Nº de historia de Chaman
- NIE/DNI
- Apellidos, nombre
- Sexo (H/M)
- Edad
- Puesto de trabajo u oficio desempeñado
- Tipo de contrato (antigüedad – tipo de contrato – alta en la Tesorería General de la Seguridad Social)
- Sector (unidad administrativa y asistencial que gestiona recursos de la Mutua correspondiente a una determinada zona dentro del territorio nacional)
- Diagnóstico que figura en Chaman (según criterio del médico responsable del expediente, que no siempre coincide con el emitido por el facultativo de Atención Primaria)
- Etiología: la referida por el paciente y reflejada en la historia clínica de Chaman, y que se fundamenta en la entrevista clínica, en los informes aportados por el trabajador y en los informes periciales de los especialistas consultores (patología previa-renta / duelo / familiar-pareja / malos tratos / laboral-acoso-económico / conflicto no especificado-sin desencadenante conocido / secundaria a enfermedad-gestación...)
- Base reguladora diaria (BRD)

- Días total de duración de la baja
- Coste económico de la IT (BRD x días en baja)

El método: hemos seleccionado unos parámetros y hemos aplicado marcos comparativos.

Los parámetros seleccionados fueron:

- Por sexo (H/M)
- Por sector (GJ-Murcia; DK-Toledo)
- Régimen de alta en la TGSS (General – Autónomo)
- Por edad
- Por puesto de trabajo (profesión o trabajo desempeñado)
- Por diagnóstico (aplicando el CIE-9 de Chaman)
- Por el tipo de contrato
- Por la BRD

La fuente: los datos utilizados son los recogidos de las historias clínicas de los pacientes en incapacidad temporal por contingencia común (ITCC) con seguimiento en los Centros Asistenciales de ASEPEYO MATEPSS de la región de Murcia y la provincia de Toledo. Las historias son obtenidas de Chaman (el sistema operativo de gestión asistencial de la entidad), siendo aportadas a través del sistema Q-Info, y siendo acotadas éstas a las que figuren con los códigos diagnósticos CIE-9 (3004A: depresión con ansiedad; 3004B: depresión neurótica; 3004C: distimia; 3004D: depresión reactiva; 3000A: reacción de ansiedad; 3000B: neurosis de ansiedad; 3000C: reacción de ansiedad; 30159: trastorno de la personalidad,

emocionalmente inestables; 3019A: trastorno de la personalidad; 3069D: trastorno psicossomático; 3089A: reacción aguda de estrés; 3003: neurosis obsesivo-compulsiva)

Ahora bien, al comparar códigos diagnósticos de Chaman (que utiliza el CIE-9) con las nomenclaturas y códigos actualizados y utilizados por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) vimos que existían diferencias para definir el mismo cuadro médico, así como varias formas de definirlo, lo cual nos originaba un problema. A esto hay que añadir el hecho de que, en la mayoría de los casos, el médico de la Mutua, no tiene acceso al diagnóstico real (el dado por el facultativo de Primaria de Servicio Público de Salud), siendo lo habitual que elija, bajo su criterio, el diagnóstico según la clínica referida por el propio paciente durante su entrevista que se codifica según el sistema Internacional CIE-9 que es el vigente en nuestro sistema operativo Chaman.

Dado que nuestro objetivo no es profundizar en los diagnósticos ni en las variaciones que se dan en las clasificaciones utilizadas (CIE-10 utiliza 10 apartados, con más de 50 subapartados, y el DSM-IV clasifica en 5 grupos con más de 30 subgrupos), sino tratar de mostrar el uso indebido que se hace, en ocasiones, para cubrir el absentismo laboral y obtener derecho a una prestación económica, hemos hecho un compendio (con todos los respetos) y los hemos agrupado en 3 categorías:

- Trastornos del estado de ánimo:
  - ◆ Depresión reactiva
  - ◆ Depresión neurótica
  - ◆ Depresión con ansiedad
  - ◆ Distimia

- ◆ Trastornos bipolares (fase depresiva)
- ◆ Trastornos propios del estado de ánimo
  
- Trastornos de ansiedad:
  - ◆ Reacción de ansiedad
  - ◆ Neurosis de ansiedad
  - ◆ Estado de ansiedad
  - ◆ Crisis de angustia
  - ◆ Trastorno por estrés agudo
  - ◆ Trastorno de ansiedad generalizada
  
- Trastorno adaptativo:
  - ◆ Con ánimo depresivo
  - ◆ Con ansiedad
  - ◆ Mixto, con ansiedad y depresión

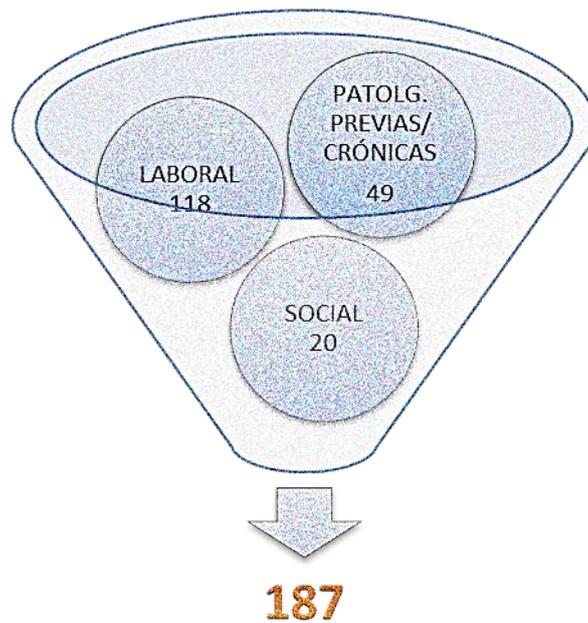
El período estudiado comprende el año natural 2009, ampliado por abajo al 2008 y por arriba al 2010, para aquellos expedientes que se les concedió prórroga de 6 meses tras agotar plazo.

## 7.- RESULTADOS

Partimos de un total de 335 expedientes, de los cuales hemos rechazado los procesados de forma nula o erróneamente, los que corresponden a accidente laboral, los que se encuentran repetidos y los que están jubilados a fecha de hoy (pues por la Ley de Protección de Datos desaparecen sus historiales de nuestros ficheros), de tal forma que nos quedamos con 318 expedientes válidos.

Ordenando los expedientes según la causas reflejadas en las historias obtenemos distintas etiologías: secundarias a gestación, secundarias a enfermedad, duelo, desintoxicación alcohólica, estrés no laboral, pánicos, secundarias a psicobiografía negativa, violencia de género, familiares-matrimonio, origen desconocido, sin desencadenante aparente, las de origen laboral (discusiones con el jefe, acoso-mobbing, no le pagan, los van a despedir...), las patologías previas (con un diagnóstico previo, y un tratamiento ya instaurado) y las que tiene una causa social (dependencia de mayores, cuidado de enfermos, cuidados de menores...)

Nosotros nos hemos centrado en los expedientes cuyo origen es laboral (118 casos), los que son una patología previa-crónica (49), y los sociales (20), en total suman 187 expedientes. Nos referiremos a ellos como No Justificados.

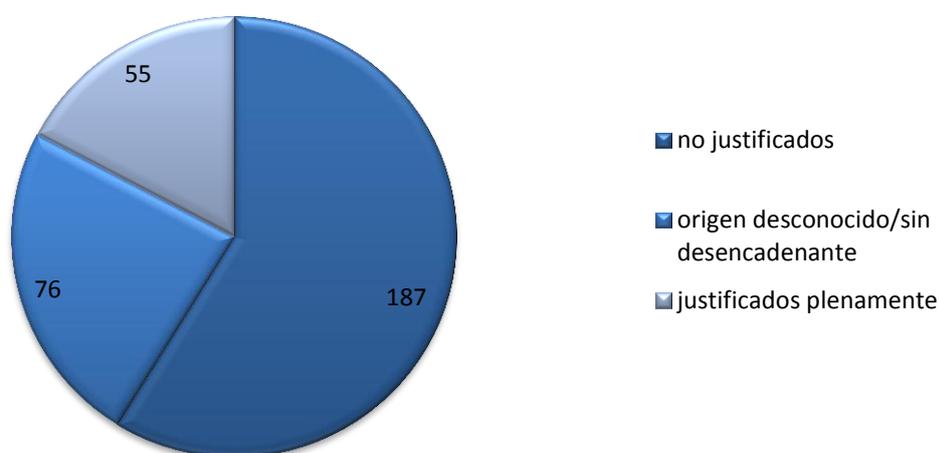


También consideramos importante señalar que 76 expedientes tienen un origen incierto, concretamente 29 expedientes su origen es desconocido (no hay mención alguna reflejada en la historia médica), y 47 no tienen desencadenante concreto (según lo referido por el paciente al preguntar sobre el origen); cabe la posibilidad que alguno de éstos pudieran formar parte de los No Justificados.

Así pues tenemos:

- 318 expedientes totales, de los cuales:
  - 187 casos corresponden a No Justificados
  - 131 expedientes estarían justificados, de los cuales:
    - 76 expedientes de origen desconocido
    - 55 casos serían los realmente justificados

### 318 expedientes estudiados

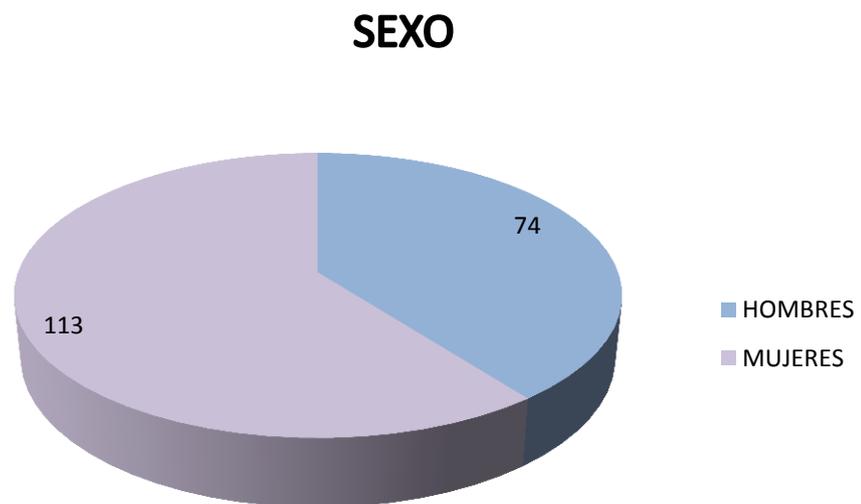


De los 187 expedientes No Justificados hemos observado su distribución atendiendo a sexo, sector, régimen de alta en la Tesorería de la Seguridad Social, edad, ocupación laboral, diagnósticos, tipo de contrato y base reguladora diaria, y hemos obtenido:

## REPARTO POR SEXO

La distribución por sexo:

- 74 hombres
- 113 mujeres

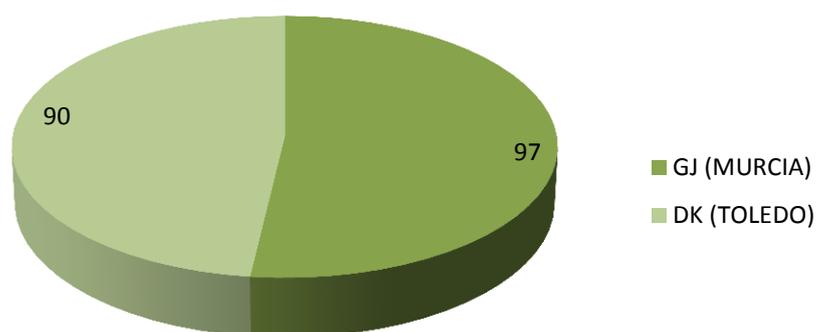


## REPARTO POR SECTOR

La distribución por sector:

- Sector GJ (Murcia) 97 casos
- Sector DK (Toledo) 90 casos

### SECTOR

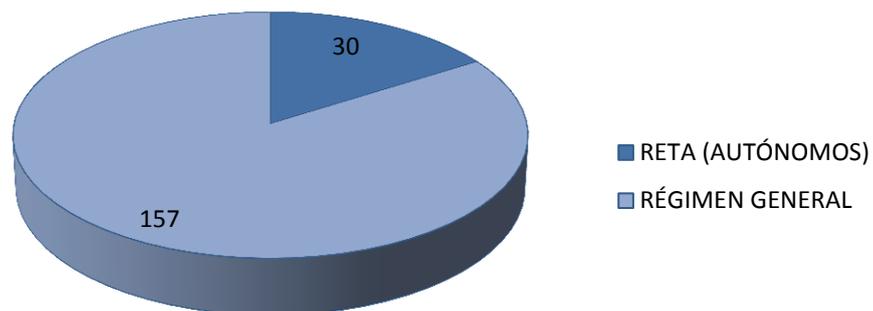


## REPARTO POR RÉGIMEN DE ALTA EL LA TGSS

El reparto según el alta en la Tesorería General de la Seguridad Social:

- Régimen general (RG) 157 casos
- Régimen especial del trabajadores autónomo (RETA) 30 casos

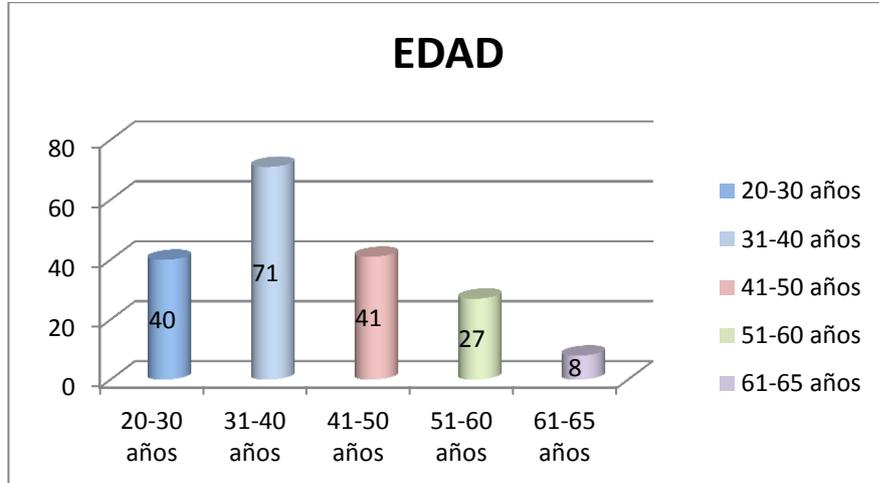
### RÉGIMEN DE ALTA EN TGSS



## REPARTO POR EDADES

La distribución según grupos de edades:

- De 20 a 30 años: 40 casos
- De 31 a 40 años: 71 casos
- De 41 a 50 años: 41 casos
- De 51 a 60 años: 27 casos
- De 61 a 65 años: 8 casos

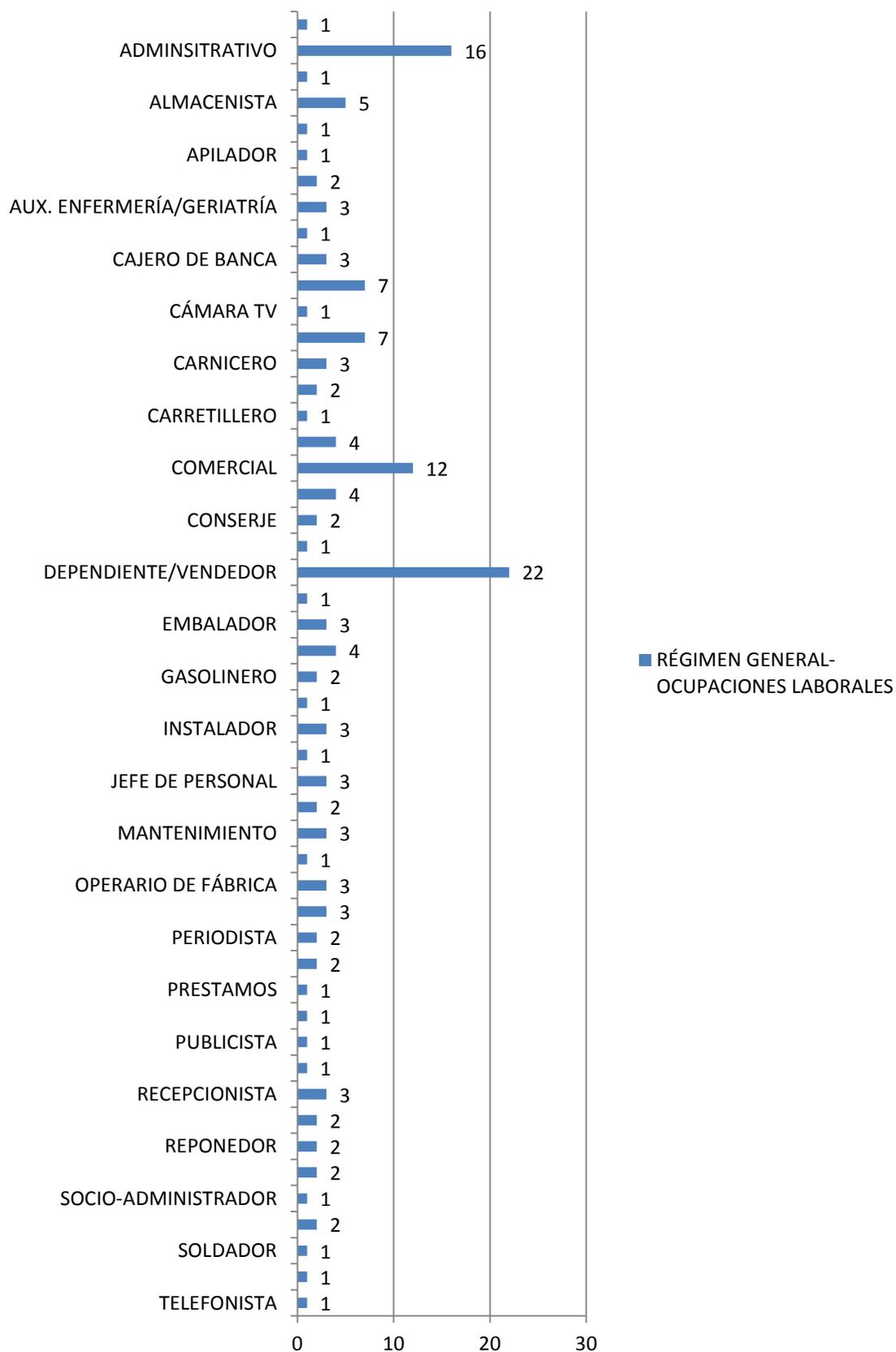


## REPARTO POR OCUPACIÓN LABORAL – RÉGIMEN GENERAL

El reparto según las ocupaciones laborales o puesto de trabajo:

- Abogado	1 caso
- Administrativos	16 casos
- Albañil	1 caso
- Almacenista	4 casos
- Alquiler de coches	1 caso
- Apilador	1 caso
- Atención al cliente	2 casos
- Aux. enfermería/geriatria	3 casos
- Basurero	1 caso
- Cajero de banca	3 casos
- Cajero-reponedor	7 casos
- Cámara de TV	1 caso
- Camarero	7 casos
- Carnicero	3 casos
- Carpintero	2 casos
- Carretillero	1 caso
- Cocinero	4 casos
- Comercial	12 casos
- Conductor	4 casos
- Conserje	2 casos
- Decorador de espadas	1 caso
- Dependiente/vendedor	22 casos
- Desconocido	1 caso
- Embalador	3 casos
- Encargado	4 casos
- Gasolinero	2 casos
- Impresor	1 caso
- Instalador	3 casos
- Jardinero	1 caso
- Jefe de personal	3 casos
- Limpiador	1 caso
- Mantenimiento	3 casos
- Mecánico	1 caso
- Operario de fábrica	3 casos
- Peón de congelados	3 casos
- Periodista	2 casos
- Pescadero	2 casos
- Préstamos	1 caso
- Psicólogo	1 caso
- Publicista	1 caso
- Químico	1 caso
- Recepcionista	3 casos
- Repartidor	2 casos
- Reponedor	2 casos
- Sastre	2 casos
- Socio-administrador	1 caso
- Socorrista	2 casos
- Soldador	1 caso
- Taquillero cines	1 caso
- Telefonista	1 caso

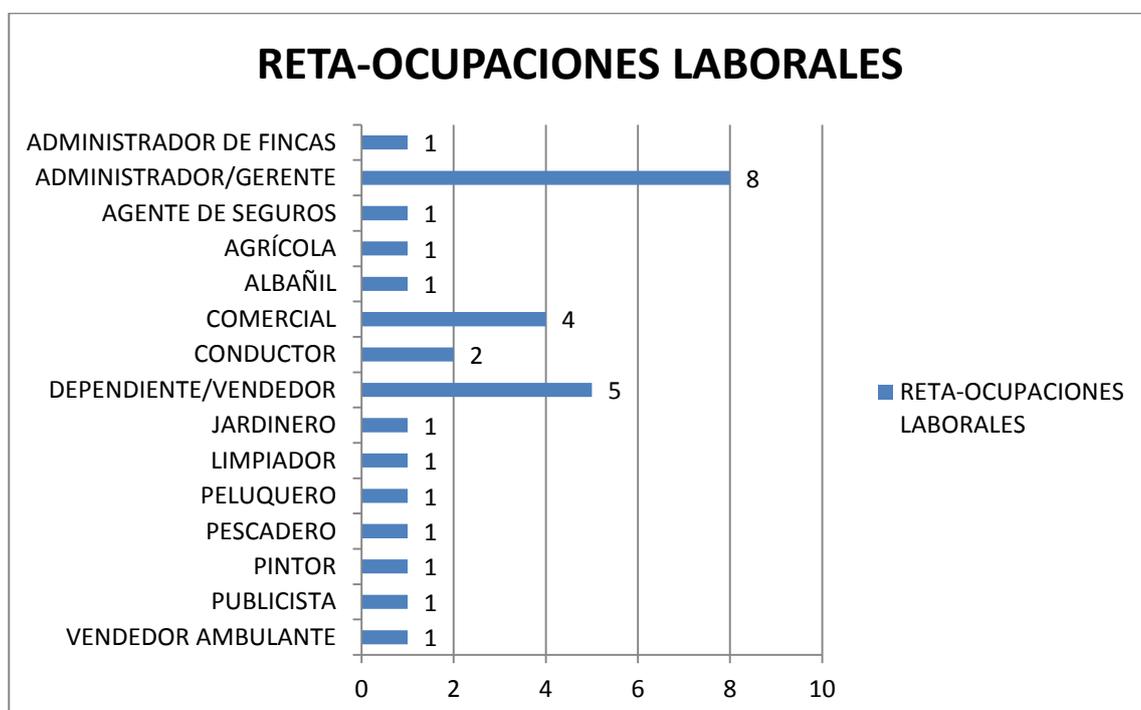
## RÉGIMEN GENERAL-OCUPACIONES LABORALES



## REPARTO POR OCUPACIONES LABORALES – RÉGIMEN AUTÓNOMO

La distribución por ocupaciones laborales:

- administrador de fincas	1 caso
- administrador/gerente	8 casos
- agente de seguros	1 caso
- agrícola	1 caso
- albañil	1 caso
- comercial	4 casos
- conductor	2 casos
- dependiente/vendedor	5 casos
- jardinero	1 caso
- limpiador	1 caso
- peluquero	1 caso
- pescadero	1 caso
- pintor	1 caso
- publicista	1 caso
- vendedor ambulante	1 caso

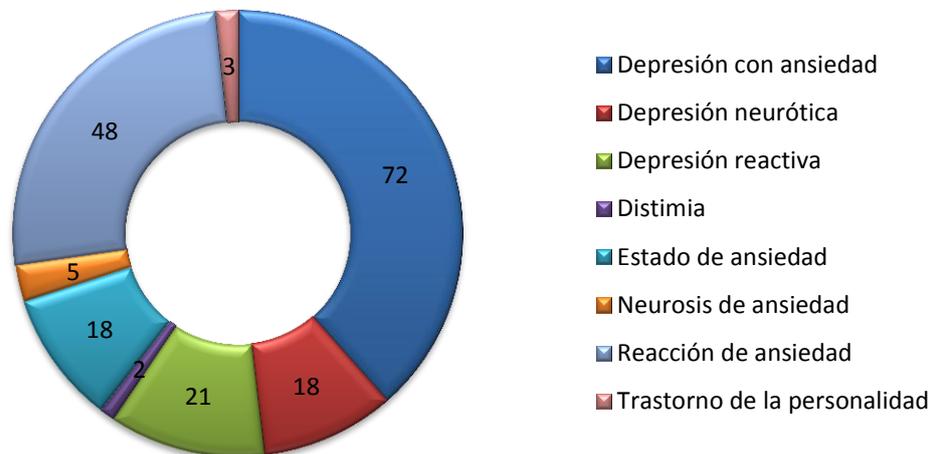


## REPARTO POR DIAGNÓSTICOS

La distribución según los diagnósticos agrupados:

- depresión con ansiedad	72 expedientes
- depresión neurótica	18 expedientes
- depresión reactiva	21 expedientes
- distimia	2 expedientes
- estado de ansiedad	18 expedientes
- neurosis de ansiedad	5 expedientes
- reacción de ansiedad	48 expedientes
- trastorno de la personalidad	3 expedientes

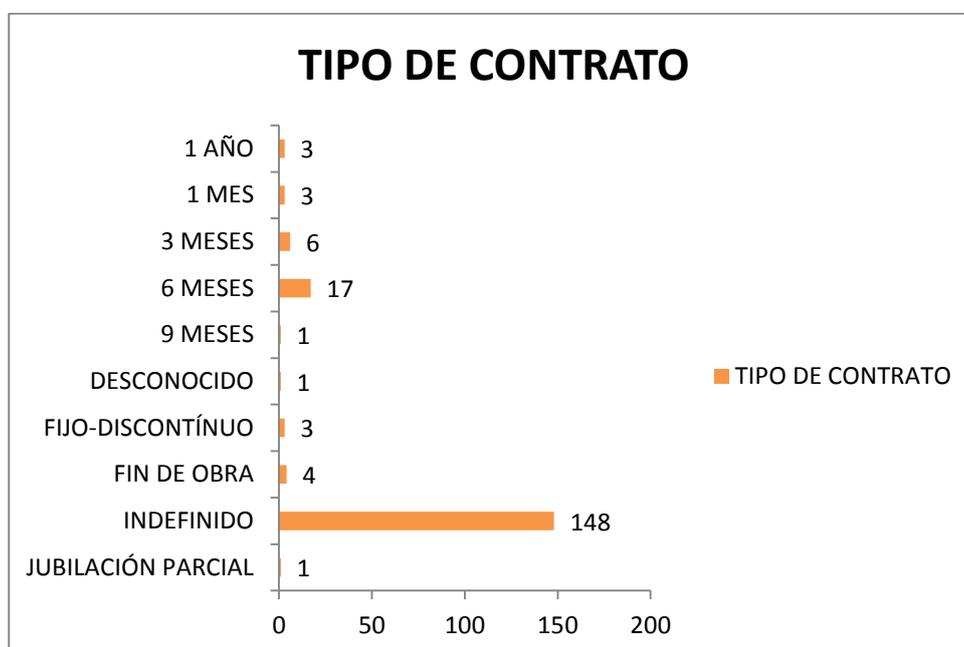
### DIAGNÓSTICOS



## REPARTO POR TIPO DE CONTRATO

El reparto basado en la duración del contrato:

- contrato de 1 año	3 casos
- contrato de 1 mes	3 casos
- contrato de 3 meses	6 casos
- contrato de 6 meses	17 casos
- contrato de 9 meses	1 caso
- desconocido	1 caso
- fijo-discontinuo	3 casos
- fin de obra	4 casos
- indefinido	148 casos
- jubilación parcial	1 caso

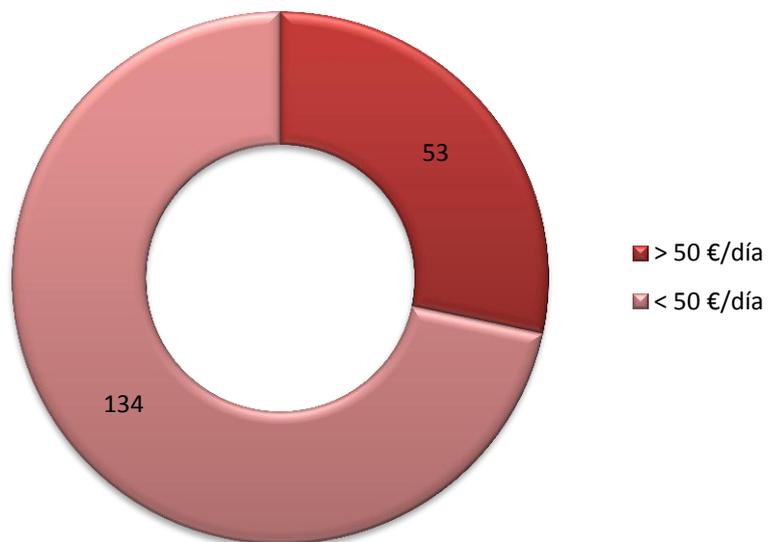


## REPARTO POR BRD

Reparto según la base reguladora diaria:

- 53 pacientes que cobran en IT más de 50 €/día.
- 134 pacientes que cobran en IT menos de 50 €/día.

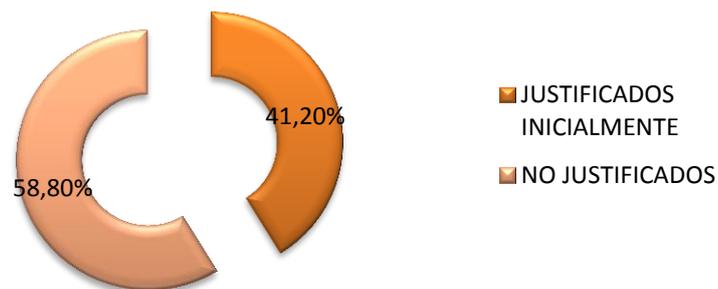
### BRD



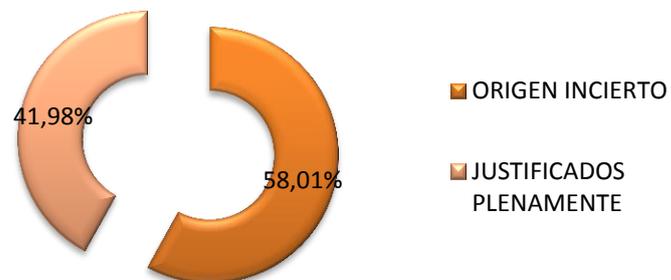
## 8.- DISCUSIÓN

Dado que no tenemos estudios previos de naturaleza similar al nuestro, no ha sido posible realizar ninguna comparación, por lo que ofrecemos unos datos fríos:

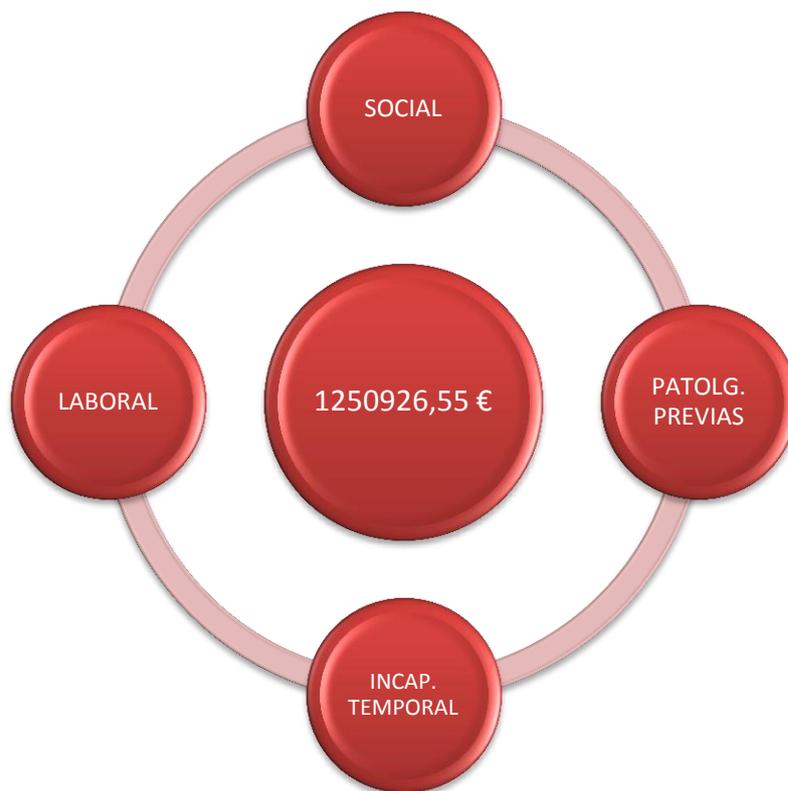
- Del total de expedientes, los justificados inicialmente suponen un 41,20 %
- Del total de expedientes, los que tienen origen social-laboral-previos, es decir, los no justificados suponen un 58,8 %



- De los que tiene un origen inicial justificado, los desconocidos/sin desencadenante suponen un 58,01 %; y los que tiene una justificación plena suponen un 41,98 %.



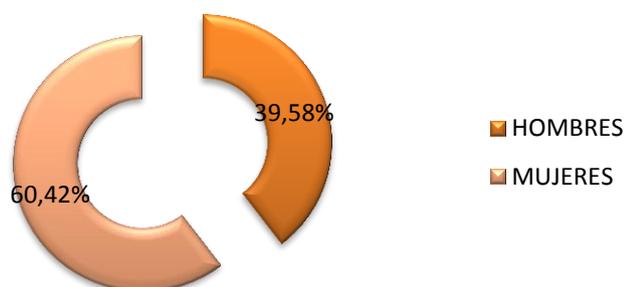
- Los 187 expedientes no justificados han supuesto un coste económico total (sólo en el líquido percibido por los trabajadores en concepto de IT) de 1.250.926,55 €



De estos:

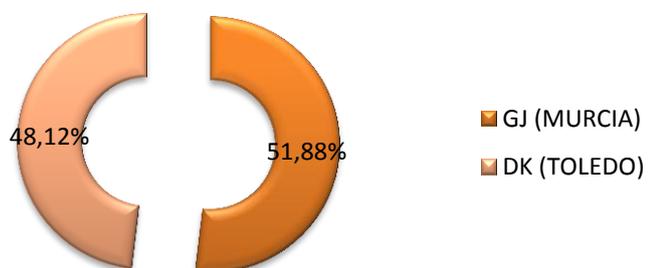
74 casos se dan en hombres, lo que suponen un 39,58 %

113 casos son de mujeres, suponen un 60,42 %



Los del sector GJ (Murcia) suponen un 51,88 %

Los del sector DK (Toledo) suponen un 48,12 %



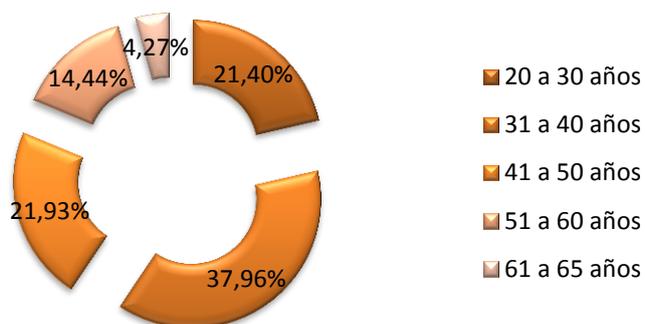
El 16,05% corresponden a altas en la TGSS como RETA

El 83,95% corresponden a altas en la TGSS como RG



Por edades:

- ✓ De los 20 a los 30 años suponen el 21,4 %
- ✓ De los 31 a los 40 años suponen el 37,96 %
- ✓ De los 41 a los 50 años suponen el 21,93 %
- ✓ De los 51 a los 60 años suponen el 14,44 %
- ✓ De los 61 a los 65 años suponen el 4,27 %



Por puesto de trabajo en alta en régimen general:

- 16 expedientes son administrativos, lo que suponen un 10,19 %
- 5 casos son almacenistas, lo que suponen un 3,18 %
- hay 7 expedientes de cajeros/reponedores y otros 7 casos en camareros, lo que suponen un 4,45 % respectivamente
- 12 son comerciales, lo que suponen un 7,64 %
- 22 son dependientes/vendedores lo que suponen un 14,01 %
- El resto de las ocupaciones laborales oscila de 1 a 4 casos, lo que supone entre un 0,63 % y un 2,54 %

Por puesto de trabajo en alta en régimen autónomo (RETA):

- 8 expedientes corresponden a administrador/gerente, lo que suponen un 26,66 %
- 4 casos se dan en comercial, lo que suponen un 13,33 %
- 5 casos hemos visto en vendedor/dependiente, lo que suponen un 16,66 %
- El resto de las ocupaciones oscila de 1 a 2 casos, lo que suponen entre un 3,33 % y 6,66 %

72 diagnósticos de DEPRESION CON ANSIEDAD suponen un 38,50 %

18 diagnósticos de DEPRESIÓN NEURÓTICA suponen un 9,62 %

21 diagnósticos de DEPRESIÓN REACTIVA suponen un 11,22 %

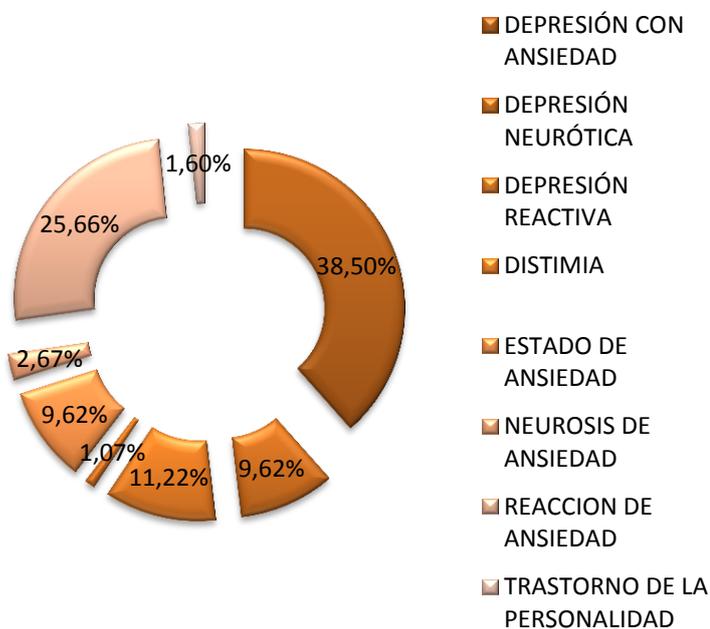
2 diagnósticos de DISTIMIA suponen un 1,07 %

18 diagnósticos de ESTADO DE ANSIEDAD suponen un 9,62 %

5 diagnósticos de NEUROSIS DE ANSIEDAD suponen un 2,67 %

48 diagnósticos de REACCIÓN DE ANSIEDAD suponen un 25,66 %

3 diagnósticos de TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD suponen un 1,6 %



Según la duración del contrato:

- 148 de los expedientes tienen contratos indefinidas, lo que supone un 79,14 %
- 17 de los casos las contrataciones son de duración de 6 meses, lo que supone un 9,09 %
- El resto de los contrataciones de los expedientes oscila entre 1 y 6, lo que supone entre un 0,53 % y un 3,2 %

Según la BRD de los trabajadores:

- los de BRD mayor de 50 € son 53 y suponen el 28,35 %
- y los de BRD inferior a 50 € son 134 y suponen el 71,65 %



## 9.- CONCLUSIONES

1. Los resultados obtenidos corresponden a expedientes de trabajadores en IT por CC que han sido limitados a un periodo de tiempo concreto (solo al año 2009), y a unos sectores administrativos-asistenciales que corresponden a unas determinadas zonas geográficas dentro del territorio nacional (la Comunidad de Murcia y a la Provincia de Toledo).
2. De un total de 318 expedientes estudiados, casi el 60 % (concretamente el 58,8 %) serían bajas no justificadas técnicamente, por no cumplir con alguno o con todos los requisitos que definen la IT: tener una lesión, que ésta sea incapacitante para su trabajo habitual, y que reciba asistencia sanitaria de los Servicios Públicos de Salud. En éstas bajas no justificadas hemos considerado a las que tiene origen en un conflicto laboral, las que tienen un trasfondo de necesidad social y las que tiene un curso crónico, siendo previas al desempeño del trabajo.
3. Hay más expedientes no justificados de mujeres que de hombres, siendo esto un dato frío (60 %, y 40 % respectivamente)
4. No hay diferencia porcentual según los territorios geográficos estudiados (prácticamente al 50%)
5. Los expedientes no justificados en alta en la TGSS como RG superan con creces a los de alta como RETA (en una estadística global el colectivo RETA siempre es minoritario)

con respecto al RG, y en nuestro estudio ésta desproporción se mantiene)

6. De 30 a 40 años es la edad donde concurren el mayor número de casos no justificados (más del 1/3 del total). En el caso del sexo femenino coincide, además, con la edad fértil de la mujer, y la difícil conciliación laboral-familiar que se da en nuestra sociedad.
7. Los colectivos de dependientes/vendedores y administrativos, seguido de comerciales, y de cajero/reponedor y de camareros, son los que centran el grueso de los casos no justificados en el RG (denominadores comunes de estos trabajos son la atención al público, el alto nivel de exigencia que se le pide y las tareas sistemáticas y repetitivas, todo esto lleva a la falta de motivación e implicación en el trabajo y en muchas ocasiones al uso abusivo de la baja laboral como única vía de escape ante las insatisfacciones personales)
8. En el RETA se agrupan la mayoría de los expedientes en los que ocupan cargos de gerente/administrador, seguidos de los vendedores/dependientes (en éste régimen hay ocasiones en las cuales el paciente puede intentar sacar beneficio de la IT al compaginar ésta con seguir desarrollando parte de su trabajo)
9. Los diagnósticos más usados para justificar estos expedientes son los de depresión con ansiedad, reacción de ansiedad y depresión reactiva (es decir por ansiedad-depresión y estrés), que corresponden al 75 % del total de los diagnósticos. Son usados de una forma muy superficial y amplia, dándoles un

uso polivalente e indeterminado, desconceptuando a éstas entidades clínicas y convirtiéndolas en un auténtico cajón desastre.

10. Los casos de expedientes que tienen un contrato indefinido superan en mucho al resto de los tipos de contrataciones (suponen casi el 80 %). La percepción de seguridad que da un contrato indefinido (que no es sinónimo de un contrato blindado) puede llevar a error y a abuso de la IT.

11. Los casos de BRD inferiores a 50 € acaparan el mayor porcentaje de no justificados (más del 71 %). Se puede interpretar que como son pequeñas cantidades de dinero no van a ser trascendentes en las arcas de la TGSS, siendo esto lo más alejado de la realidad: éste 71% ha supuesto un coste de 896.288 €.

Así pues, el perfil del paciente correspondería a: una mujer de entre 30 y 40 años, que trabaja como dependienta o administrativa, dada de alta en el régimen general, con un contrato indefinido, que cobra menos de 50 €/día, y que se le ha diagnosticado de sufrir ansiedad-depresión.

**Todo esto ha costado a la Seguridad Social  
1.250.926,55 €**

## 10.- BIBLIOGRAFÍA

- Bel P, Borén E, Altozano LI, Puentes Y, Redondo R, Sánchez F.: “Psiquiatría: Guía de gestión asistencial Contingencias Comunes”. DAS ASEPEYO, 2009.
- Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud, 9ª revisión (CIE-9) de la OMS.
- Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud, 10ª revisión (CIE-10) de la OMS.
- DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masson, 1995
- “Guía de práctica clínica en Contingencias Comunes: Psiquiatría”. ASEPEYO Universidad Corporativa, 2010.
- Manual de tiempos estándar de incapacidad temporal (2ª edición). Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- Pérez A, Izquierdo de la Torre JA, Cavero M, Sánchez JM., editors. “Trastornos de la ansiedad en Atención Primaria”. Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. 1ª edición. Noviembre 1995.

-Saiz Ruíz J, editors. “El médico ante la depresión ¿cómo diagnosticarla? ¿cómo tratarla? “ Madrid. Edición Duphar Farmacéutica, S.A. EMIS, 1989.

- Secretaria de Salud Laboral Unión Sindical de CC.OO de Castilla-León. Guía de consulta sobre incapacidades temporales. Reedición de Comfia Asturias. Octubre 2005. Apartado 4, página 2.

[www.capitalemocional.com/Textos\\_Psico/Clasifica%F3n\\_de\\_trastornos\\_mentales\\_CIE\\_10.pdf](http://www.capitalemocional.com/Textos_Psico/Clasifica%F3n_de_trastornos_mentales_CIE_10.pdf). Fecha de acceso: 27-07-11

[www.personal.telefonioco.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv\\_nd.html](http://www.personal.telefonioco.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv_nd.html).  
Fecha de acceso: 28-07-11

[www.seg-social.es/Internet\\_1/Normativa/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Normativa/index.htm). Fecha de acceso: 05-07-11

[www.tuabogadodefensor.com/01ecd193e40c23259/index.htm](http://www.tuabogadodefensor.com/01ecd193e40c23259/index.htm). Última modificación: 30/03/2011. Fecha de acceso: 05-07-11

## **11.- AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Antonio García Barreiro, por el formidable compañerismo y profesionalidad mostrados.

Al Dr. Gabriel Martí Amengual, por su magnífica tutoría durante el desarrollo del Master y el inmenso conocimiento que tiene en la materia.

Al Departamento de Contingencias Comunes del Centro Asistencial de Murcia, concretamente a la Sección Administrativa, por la paciencia y la enorme diligencia que han demostrado.

A los compañeros la Dra. María Isabel Almarcha Vicente (Asepeyo-Elche), el Dr. José Vicente Aparicio Navarro (Asepeyo-Lorca), y el Dr. Vicente Enguix Monzó (Asepeyo-Alicante), por el trabajo realizado en 2009, que nos ha servido de guía y referencia en todo momento.