

**ORIGINAL BREVE****TENDENCIA TEMPORAL DE LA INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE EN ESPAÑA (1992-2010) (\*)****Xavier Duran (1), José Miguel Martínez (1,2) y Fernando G. Benavides (1,2).**

(1) Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL). Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España

(2) CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). España

(\*) Financiación del fondo de investigación sanitaria (FIS PI08 /0914 y FIS PI11 /01470). Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**RESUMEN**

**Fundamentos:** La incapacidad permanente (IP) es un problema de salud laboral en el que intervienen factores laborales, sanitarios o legales, los cuales han variado en España a lo largo de los últimos años. El objetivo del presente estudio es describir la tendencia temporal de la IP en España desde 1992 a 2010 por gravedad de la incapacidad y diferentes variables sociodemográficas y de afiliación a la seguridad social.

**Métodos:** A partir de los datos de la Seguridad Social sobre afiliación y altas de IP en España se describió la tendencia temporal de la incidencia anual de la IP en el periodo comprendido entre 1992 y 2010. Para valorar las tendencias se estimó el porcentaje de cambio anual (PCA) y el intervalo de confianza al 95% mediante un modelo de regresión binomial negativa.

**Resultados:** La tendencia de la incidencia de IP se subdividió en tres periodos. El primero (1992 a 1997) presentó una incidencia aproximadamente constante de 75 casos por 10.000 trabajadores (PCA<sub>1</sub> = -0,1; IC 95%: -1,6 a 1,4). Seguidamente las tasas descendieron durante un periodo de tres años (PCA<sub>2</sub>: -12,1%; IC 95%: -13,9 a -10,4), situándose alrededor de 50 nuevos casos por 10.000 trabajadores en el año 2000. A partir de este año la incidencia de IP se mantuvo aproximadamente constante hasta el año 2010 (PCA<sub>3</sub>: 0,4; IC 95%: -0,2 a 1,0).

**Conclusiones:** A pesar del incremento de trabajadores afiliados a la seguridad social en el periodo estudiado, la incidencia de IP se mantiene bastante estable, con un descenso entre 1997 y 2000 que se podría atribuir a las medidas de evaluación y seguimiento de las IP adoptadas en 1995.

**Palabras clave:** Seguridad Social. Evaluación de la discapacidad. Tendencia temporal.

Xavier Duran  
CiSAL-Universitat Pompeu Fabra  
Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona  
Dr. Aiguader 88  
08003 Barcelona  
xavier.duran@upf.edu

**ABSTRACT****Time Series of Permanent Disability in Spain (1992 - 2010)**

**Background:** Permanent disability (PD) is an occupational health problem that involves occupational, healthcare and legal factors that have changed in Spain over recent years. The aim of this study was to describe the trend of the incidence of PD in Spain.

**Methods:** Based on Social Security System data on enrolment and PD in Spain, we graphically described the time trend of the annual incidence of PD in the period between 1992 and 2010. In order to assess the trends, the Annual Percent Change (APC) and its confidence interval (CI 95%) was estimated through a binomial negative regression model.

**Results:** The incidence trend of PD was divided into three periods. The initial period (1992 to 1997) showed a constant incidence of approximately 75 cases per 10,000 workers (ACP= -0.1; IC 95%: -1.6, 1.4). This period was followed by a 3 year period reaching approximately 50 new cases per 10,000 workers in the year 2000 (ACP: -12.1%; IC 95%: -13.9; -10.4). Lastly, there was a 10 year period until the year 2010 in which the incidence was stable (ACP= 0.4; IC 95%: -0.2; 1.0).

**Conclusions:** Despite the increase in social security affiliates in the studied period, the incidence of PD was fairly stable during this period, with a decline between 1997 and 2000, which could be attributed to measures of evaluation and monitoring of IP adopted in 1995.

**Keywords:** Social Security. Disability evaluation. Time series studies. Spain

## INTRODUCCIÓN

La discapacidad y la dependencia subsiguiente representan uno de los retos más importantes a los que se enfrentan los países desarrollados, en gran parte consecuencia del progresivo envejecimiento de la población<sup>1</sup>. En España, las predicciones prevén que la población pase de un 17,4% de personas mayores de 65 años en 2012 al 23,5% en 2030 y la población activa de entre 55 y 65 años, de un 11,2% en 2012 al 14,9% en 2030<sup>2</sup>. El sistema de protección social español, consolidado a lo largo de los últimos 30 años, debe hacer frente a esta situación. Uno de los recursos más importantes de que dispone nuestro sistema para hacer frente a la discapacidad, cuando ésta se produce en una persona que trabaja y está afiliada a la seguridad social, es el subsidio por incapacidad laboral de carácter permanente (IP)<sup>3</sup>. La IP se define, según el artículo 136 de la Ley General de La Seguridad Social (LGSS)<sup>4</sup>, como la “situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral”. Dicha situación puede ser debida a un accidente de trabajo o enfermedad profesional (contingencia profesional) o a un accidente no laboral o enfermedad común (contingencia común). La gestión de la IP es responsabilidad del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), que, a través de los Equipos de Valoración de la Incapacidad (EVIs), ubicados en cada provincia (en Cataluña corresponde al Institut Català d’Avaluacions Mèdiques i Sanitàries -ICAMS-), valora y reconoce en su caso la existencia de una IP<sup>5</sup>. En 2011, el gasto directo originado por el subsidio de la IP fue de 11.627 millones de euros, a lo que hay que añadir los costes de la atención sanitaria y los años de vida productiva perdidos<sup>6</sup>.

Los cambios demográficos señalados, junto a las reformas laborales y de seguridad social habidas (retraso en la edad jubilación, prolongación del periodo de cotización, etc.)<sup>8,9</sup> y que se están produciendo, hace necesario estudiar la evolución temporal de la incidencia de la IP.

El objetivo del presente estudio es describir la tendencia temporal de la IP en España desde 1992 a 2010 según la gravedad de la incapacidad y diferentes variables sociodemográficas y de afiliación a la seguridad social.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos se obtuvieron del Ministerio de Empleo y Seguridad Social<sup>10</sup>, de donde se extrajeron las series de afiliación de trabajadores y altas de pensiones de IP (nuevos casos de IP dentro del apartado de pensiones contributivas de la seguridad social)<sup>11</sup>. Para el caso concreto de las de IP por grado de incapacidad (total, absoluta y gran invalidez) y sexo, se consultaron los anuarios de estadísticas<sup>12</sup>. El periodo estudiado se inició en 1992, ya que a partir ese año los datos están disponibles a nivel de comunidad autónoma, y finalizó en 2010, último año completo disponible. En este estudio se excluyó la IP parcial, ya que no estaba disponible. Por lo tanto, la IP incluida en este estudio es la clasificada como total (incapacidad para su trabajo habitual), absoluta (incapacidad para todo tipo de trabajo) y gran invalidez (incapacidad para la que la persona afectada requiere de ayuda para realizar las tareas más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer, etc.).

Las series temporales analizadas no fueron iguales para todas las variables seleccionadas, debido a la diferente disponibilidad de la información, tanto para el alta de IP como para la afiliación. Las variables analizadas desde 1992 fueron la

comunidad autónoma, el tipo de contingencia (común o profesional) y el régimen asociado a la IP (general, autónomos, especial agrario por cuenta ajena o por cuenta propia, especial de minería del carbón, trabajadores del mar y empleados del hogar). Desde 1995 la edad (agrupada en tres grupos: de 16 a 24, de 25 a 54 y de 55 y más años). Desde 2000 el grado de incapacidad (gran invalidez, absoluta y total) y desde 2006 el sexo. Desde 1992 hasta 2010 hubo un total de 1.704.678 nuevas altas de IP, siendo el número de pensionistas de IP a diciembre de 2010 de 936.895 individuos.

Las tasas de incidencia anual se calcularon como el cociente entre las altas de IP y la afiliación promedio anual a partir de datos mensuales. Para las variables grado de incapacidad, sexo, edad y comunidad autónoma se consideraron las IP conjuntamente por contingencia común y profesional. Por otra parte, el cálculo para cada uno de los regímenes de la seguridad social solo fue posible para las IP por contingencia común, calculando la incidencia como el cociente entre el total de IP por contingencia común de un régimen específico y los afiliados a ese régimen. En el caso de las contingencias profesionales, al no ser posible separar por regímenes, se dividió el total de IP por contingencia profesional por el total de afiliados a todos los regímenes, si bien entre los autónomos la cobertura de las contingencias profesionales es voluntaria.

La evolución temporal se describió mediante las tasas de IP, que muestra gráficamente para el total de IP dos claros puntos de inflexión en la tendencia en 1997 y 2000. Finalmente, se calculó el porcentaje de cambio anual (PCA) de las tasas y su intervalo de confianza al 95% (IC 95%) mediante un modelo de regresión binomial negativa que consideró dichos puntos de inflexión. En concreto, se estimaron los PCA para 1992-1997

(PCA<sub>1</sub>), 1997-2000 (PCA<sub>2</sub>) y 2000-2010 (PCA<sub>3</sub>) y sus respectivos IC 95%. Para ello se asumió que el número de altas de IP,  $y_t$  registradas en el año  $t$  ( $t=1991, \dots, 2010$ ), siguió una distribución binomial negativa con la siguiente media log-lineal:

$$\log(E[y_t]) = \beta_0 + \beta_1(t-1991) + \beta_2(t-1997)^+ + \beta_3(t-2000)^+ + \log(N_t)$$

donde  $N_t$  es el total de afiliados en el año  $t$ . La expresión  $(t-\tau)^+$  es igual a 0 si  $t \leq \tau$ ; e igual a  $(t-\tau)$  si  $t > \tau$ , donde  $\tau$  puede ser el año 1997 ó 2000. El PCA<sub>1</sub> se obtendrá como  $(\exp(\beta_1)-1) \times 100$ , el PCA<sub>2</sub> como  $(\exp(\beta_1 + \beta_2)-1) \times 100$  y el PCA<sub>3</sub> como  $(\exp(\beta_1 + \beta_2 + \beta_3)-1) \times 100$ . El paquete estadístico utilizado fue el Stata 10.1.

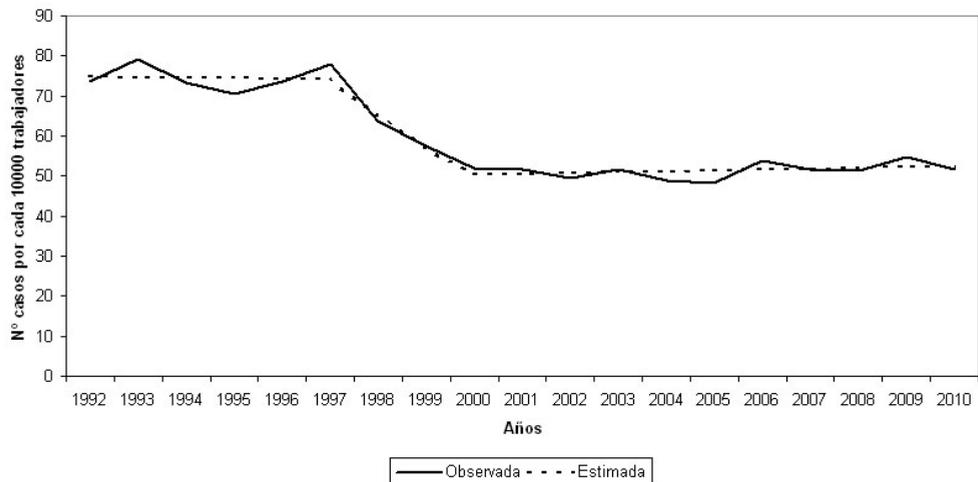
## RESULTADOS

El número total de IP iniciado cada año a lo largo de los 19 de estudio osciló entre los 92.248 casos en 1992 y los 90.949 en 2010. Sin embargo, la incidencia osciló entre los 73,6 por 10.000 trabajadores afiliados en 1992 hasta 51,7 por 10.000 en 2010.

De acuerdo a los tres subperiodos considerados (figura 1), entre 1992 y 1997 la incidencia osciló entre los 70 y 80 nuevos casos por cada 10.000 trabajadores afiliados (PCA<sub>1</sub>=-0,1%; IC 95%: -1,6 a 1,4), entre 1997 y 2000 se observó un descenso hasta situarse en 52 casos por 10.000 trabajadores afiliados en 2000 (PCA<sub>2</sub>= -12,1%; IC 95%: -13,9 a -10,4). Finalmente, desde 2000 a 2010 la incidencia se mantuvo en torno a 50 nuevos casos por cada 10.000 trabajadores (PCA<sub>3</sub>= 0,4%; IC 95%: -0,2 a 1,0).

Para las variables analizadas (tabla 1), empezando por las que se dispuso de datos desde 1992, se observó que la incidencia más elevada en el inicio de la serie correspondió al régimen especial de empleados del hogar (294,0 por 10.000

**Figura 1**  
**Tendencia temporal de las altas de incapacidad permanente (1992-2010)**



trabajadores). Es importante subrayar que para este régimen la incidencia de IP pasó a ser la más baja en 2010, con disminuciones significativas en los tres periodos analizados ( $PCA_1 = -6,4\%$ ; IC 95% = -10,0 a -2,6;  $PCA_2 = -21,8$ ; IC 95% = -25,8 a -17,6;  $PCA_3 = -8,7$ ; IC 95% = -10,2 a -7,3). En el caso de las contingencias profesionales, la incidencia en el año 1992 fue de 5,7 casos por 10.000 trabajadores situándose finalmente en los 3,3 en el año 2010.

Por comunidad autónoma, la mayor incidencia inicial correspondió a Asturias (136,0 por 10.000 trabajadores), manteniéndose entre las más altas al final del periodo (60,7 por 10.000 trabajadores). Por otra parte, la Comunidad de Madrid fue la que presentó una menor incidencia (54,1 por 10.000 trabajadores) manteniéndose como tal al final del periodo (29,2 por 10.000 trabajadores), si bien la diferencia entre la mayor y la menor incidencia se redujo: 88,1 en 1992 frente a 45,9 en 2010. Algo similar ocurrió en relación al régimen, la diferencia

entre la mayor y la menor incidencia fue de 242,2 en 1992, mientras que en 2010 fue de 64,2.

Por grupo de edad, con datos disponibles desde 1995, la mayor incidencia correspondió al grupo de los mayores de 55 años (288,8 por 10.000 trabajadores), que siguió una tendencia descendente en los dos subperiodos siguientes ( $PCA_2 = -10,9\%$ ; IC 95% = -12,7 a -9,1 y  $PCA_3 = -1,6\%$ ; IC 95% = -2,2 a -1,1). Por lo que respecta a los menores de 25 años, se observó una tendencia creciente en la incidencia de IP a partir de 2001 (5,0 por 10.000 trabajadores;  $PCA_3 = 5,0\%$ ; IC 95% = 2,9 a 7,1).

Por grado de incapacidad, con datos disponibles desde 2000, la mayor incidencia correspondió a la IP total (31,6 por 10.000 trabajadores,  $PCA_3 = 0,2\%$ ; IC 95% = -0,4 a 0,9), que se mantuvo estable, y la menor correspondió a la gran invalidez (1,0 por 10.000 trabajadores) pero con una tendencia ascendente esta última ( $PCA_3 = 2,6\%$ ; IC 95% = 2,1 a 3,2).

**Tabla 1**  
**Incidencia por 10.000 afiliados de incapacidad permanente (primer año del periodo) y porcentaje de cambio anual (PCA) y su intervalo de confianza (IC95%) según grado de incapacidad y variables sociodemográficas**

Porcentaje de cambio anual	Incidencia*	1992 - 1997 % (IC 95%)	1997- 2000 % (IC 95%)	2000 - 2010 % (IC 95%)
<b>Grado incapacidad (desde 2000)</b>				
Total	31,6			0,2 (-0,4 , 0,9)
Absoluta	19,4			0,4 (-0,2 , 1,1)
Gran invalidez	1			2,6 (2,1 , 3,2)**
<b>Sexo (desde 2006)</b>				
Hombre	58,0			3,1 (0,8 , 5,5)**
Mujer	47,5			-5,2 (-5,9 , -4,4)**
<b>Edad (desde 1995)</b>				
Menos de 25 años	6	0,3 (-13,1 , 15,8)	-10,1 (-16,4 , -3,3)**	5,0 (2,9 , 7,1)**
De 25 a 54 años	44,6	9,3 (4,4 , 14,4)**	-12,4 (-14,5 , -10,3)**	0,0 (-0,6 , 0,7)
De 55 y más años	288,8	2,0 (-1,9 , 6,1)	-10,9 (-12,7 , -9,1)**	-1,6 (-2,2 , -1,1)**
<b>Tipo de contingencia (desde 1992)</b>				
Común	69	0,0 (-1,5 , 1,6)	-13,0 (-14,7 , -11,2)**	0,6 (0,0 , 1,2)
Profesional	5,7	-6,7 (-8,8 , -4,6)**	0,6 (-2,3 , 3,7)	-2,0 (-2,9 , -1,1)**
<b>Régimen (desde 1992)</b>				
General	51,8	3,2 (1,0 , 5,4)**	-13,4 (-15,9 , -10,9)**	1,3 (0,4 , 2,1)**
Autónomos	56,4	-1,3 (-3,6 , 1,0)	-9,5 (-12,2 , -6,6)**	2,4 (1,5 , 3,4)**
Especial Agrario (cuenta ajena)	122,8	1,4 (-2,1 , 5,0)	-12,6 (-16,6 , -8,4)**	-0,3 (-1,7 , 1,2)
Especial Agrario (cuenta propia)	244,4	-8,2 (-9,7 , -6,7)**	-4,8 (-7,1 , -2,5)**	-1,4 (-2,5 , -0,3)**
Especial de Minería del Carbón	240,1	-7,2 (-9,0 , -5,3)**	-13,3 (-16,5 , -10,0)**	-0,1 (-1,8 , 1,6)
Trabajadores del mar	116,4	0,9 (-1,9 , 3,8)	-7,8 (-11,2 , -4,1)**	0,6 (-0,6 , 1,8)
Empleados del hogar	294	-6,4 (-10 , -2,6)**	-21,8 (-25,8 , -17,6)**	-8,7 (-10,2 , -7,3)**
<b>Comunidad Autónoma (desde 1992)</b>				
Andalucía	92,9	3,3 (1,2 , 5,3)**	-14,4 (-16,6 , -12,0)**	-0,5 (-1,3 , 0,3)**
Aragón	77,2	-6,3 (-9,2 , -3,2)**	-8,0 (-12 , -4,0)**	-0,7 (-2,0 , 0,6)
Asturias	136	-5,5 (-9,1 , -1,8)**	-4,9 (-9,7 , 0,1)**	-3,0 (-4,6 , -1,4)**
Cantabria	89	-3,2 (-6,2 , -0,1)*	-3,9 (-7,8 , 0,3)	-1,4 (-2,7 , -0,1)*
Castilla-La Mancha	62,8	1,4 (-3,2 , 6,2)	-8,8 (-14,3 , -2,8)**	1,0 (-0,9 , 3,0)
Castilla y León	87,1 <sup>o</sup>	-7,7 (-9,9 , -5,5)**	-7,9 (-10,8 , -4,9)**	-0,4 (-1,3 , 0,6)
Cataluña	56,9	4,6 (1,8 , 7,4)**	-14,6 (-17,6 , -11,5)**	1,3 (0,2 , 2,5)**
Comunidad Valenciana	59,5	6,6 (3,9 , 9,4)**	-16,1 (-18,8 , -13,2)**	2,3 (1,2 , 3,3)**
Extremadura	82,1	-5,7 (-8,3 , -2,9)**	-7,0 (-10,5 , -3,4)**	1,4 (0,2 , 2,6)**
Galicia	103,2	-2,5 (-3,7 , -1,2)**	-4,4 (-6,1 , -2,8)**	-0,5 (-1,0 , 0,0)

Tabla 1 (continuación)

Porcentaje de cambio anual	Incidencia*	1992 - 1997 % (IC 95%)	1997- 2000 % (IC 95%)	2000 - 2010 % (IC 95%)
Islas Baleares	75,8	-0,7 (-7,4 , 6,4)	-8,9 (-17 , 0,0)	-4,3 (-6,9 , -1,5)**
Islas Canarias	47,9	2,6 (0,1 , 5,3)**	-10,8 (-13,7 , -7,7)**	2,7 (1,7 , 3,8)**
La Rioja	110,6	-14 (-17,7 , -10,1)**	-5,3 (-11,0 , 0,7)	-2,4 (-4,2 , -0,6)**
Madrid	54,1	-7,4 (-10,0 , -4,8)**	-11,7 (-15,0 , -8,3)**	1,8 (0,6 , 3,0)**
Murcia	98,4	0,4 (-3,6 , 4,6)	-20,6 (-24,7 , -16,2)**	1,7 (0,1 , 3,4)**
Navarra	65,2	-4,9 (-9,0 , -0,6)**	-9,1 (-14,2 , -3,6)**	-1,2 (-2,9 , 0,6)
País Vasco	78,3	-3,0 (-5,3 , -0,6)**	-13,9 (-16,7 , -11)**	0,5 (-0,5 , 1,5)
Ceuta y Melilla	86,4	-3,9 (-7,9 , 0,3)	-9,1 (-14,2 , -3,7)**	-3,4 (-5,1 , -1,6)**
Total	73,6	-0,1 (-1,6 , 1,4)	-12,1 (-13,9 , -10,4)**	0,4 (-0,2 , 1,0)

\* Corresponde al año inicial indicado. Por 10000 trabajadores año.

\*\* : PCA estadísticamente distinto de 0.

Finalmente, por sexo, con datos sólo desde 2006, la mayor incidencia correspondió a los hombres (58,0 por 10.000 trabajadores) en los que aumentó (PCA= 3,1%; IC 95%= 0,8 a 5,5) frente a las mujeres, en las que disminuyó (PCA= -5,2%; IC 95%= -5,9 a -4,4).

## DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, esta es la primera vez que se describe la evolución temporal de la incidencia de la IP en España a lo largo de los últimos casi 20 años. En dicha evolución, estable al principio (1992-1997) y al final del periodo (2001-2010), destaca el descenso entre 1997 y 2000 que se observa en la mayoría de todos los grupos de edad, Comunidades Autónomas (CCAA) y regímenes de la seguridad social. Un descenso relativo, ya que el número absoluto de IP es bastante estable a lo largo del período estudiado (92.248 en 1992 y 90.949 en 2010), pues habría que haber esperado un aumento en el número de IP con el incremento de los trabajadores afiliados a la seguridad social que pasaron de 12,5 millones en 1992 a 19 millones en 2007, si bien descendió a partir de este año situándose en 17,5 millones en 2010.

Una posible explicación al descenso observado entre 1997 y 2000 podría ser la firma del Pacto de Toledo en 1995<sup>14</sup>, en el que se separaron y clarificaron las fuentes de financiación del sistema de protección social y que en su recomendación decimotercera subrayó la necesidad de una mejora de la gestión en el acceso y la permanencia de la IP, estableciéndose un régimen de incompatibilidades con otras retribuciones laborales o profesionales, así como incrementándose los recursos humanos y desarrollando programas especiales de actuación de los EVIs para contener el “crecimiento inusitado” de la IP. A lo que siguió el desarrollo de normas específicas de gestión, entre las cuales destaca la creación de los EVIs en cada provincia<sup>15</sup>.

No obstante, y sin excluir la anterior hipótesis explicativa, hemos de mirar en toda su complejidad el fenómeno que representa la IP, ya que su evolución puede estar afectada por múltiples factores, ya sean relacionados con los cambios en la ocupación (feminización, envejecimiento, desempleo, contratación, etc.), la calidad de la asistencia sanitaria (especialmente la rehabilitación, que facilita la reinserción laboral), además de las modificaciones legales señaladas

para acceder y valorar la pensión por IP, a lo que debemos añadir la posible variabilidad en la aplicación de estas normas por parte de los EVIs, tal como ocurre en otras prescripciones médicas<sup>16</sup>. Un hecho que conviene recordar, ya que la estructura territorial del INSS es provincial y puede estar sujeta a una variabilidad similar.

Así, el descenso de la incidencia que se observa en todos los regímenes, lo que produce una convergencia entre ellos, al menos en parte puede ser también resultado de otra de las recomendaciones del Pacto de Toledo, que apuntaba sobre la necesidad de integrar y simplificar los diferentes regímenes de la seguridad social. En esta convergencia se pueden establecer tres grupos diferenciados. Por una parte están el régimen general y el de autónomos que, aún siendo regímenes distintos, han tenido un comportamiento similar. Por otra parte están los regímenes especiales de la agricultura, pesca y minería del carbón con una incidencia a lo largo de los años muy por encima de los regímenes general y de autónomos, lo que podría ser explicado, por una parte, porque implican unas ocupaciones con condiciones de trabajo de alto riesgo para la salud y, por otra, por ser poblaciones en proceso de envejecimiento con respecto a otros regímenes, todo lo cual hace esperable una mayor incidencia de IP, como así se observa al inicio el periodo de estudio. Finalmente, observamos en el régimen especial de empleados del hogar un marcado cambio de tendencia que lo sitúa en 2010 en la incidencia más baja entre todos los regímenes, lo que puede ser debido al cambio de perfil de los trabajadores de este régimen, pasando a ser puestos de trabajo ocupados fundamentalmente por mujeres jóvenes inmigrantes, especialmente en los últimos 10 años<sup>17</sup>.

A su vez, observamos una clara disminución en la incidencia de IP por contingencia profesional desde el principio del periodo estudiado, que en parte podría ser explicado por la reducción de las

lesiones por accidentes de trabajo observada sobre todo desde el año 2000, lo que ha sido atribuido parcialmente a la efectividad de las políticas de prevención de riesgos laborales<sup>18</sup>. Esta posible relación entre la reducción de las lesiones por accidentes de trabajo y la IP, en caso de verificarse en un estudio más específico, supondría otro resultado positivo de las políticas de prevención llevadas a cabo en España, de manera destacada las relacionadas con los planes de actuación preferente<sup>19</sup>.

Otro resultado destacable, aunque esperable, es el gradiente observado por edad, constante a lo largo de los años. La incidencia de IP en el tramo que va de los 55 a los 65 años es muy superior a la incidencia en los tramos anteriores, si bien ha ido disminuyendo. Este hecho pone de manifiesto cómo en la medida en que la edad aumenta son más frecuentes los problemas de salud de carácter crónico<sup>20</sup>, lo que lógicamente incrementaría el riesgo de una IP. Un efecto que con toda probabilidad se verá incrementado con el retraso en la edad de jubilación de 65 a 67 años y una progresiva desincentivación de la jubilación anticipada<sup>9</sup>. Por otra parte, aún siendo la incidencia muy baja, la tendencia creciente observada en el tramo de edad que comprende a los menores de 25 años puede ser explicada por la evolución de los accidentes de tráfico graves ocurrida en los últimos 20 años y que ha afectado especialmente a los más jóvenes<sup>21</sup>. Igualmente, cabe destacar una modificación de la normativa en el año 2007, que redujo el período mínimo de cotización exigible a los menores de 31 años<sup>22</sup>, lo que pudo haber incrementado la IP en este grupo de edad en el último período.

Al observar los resultados por sexo, encontramos que aún teniendo datos de incidencia correspondientes solamente a los 5 últimos años de la serie, lo que no deja de sorprender, se observan dos

tendencias diferenciadas (creciente en los hombres y decreciente en las mujeres) y, para todos los años, una mayor incidencia en los hombres. Este es un hecho mostrado ya en un trabajo anterior<sup>23</sup>, aunque el mismo trabajo señala que la mayor incidencia en los hombres dejaba de ser estadísticamente significativa cuando se ajustaba por edad, aspecto que no hemos podido replicar en este estudio al no disponer de datos, pero en el que se deberá seguir profundizando en estudios futuros.

Según la gravedad de la incapacidad, se observa en toda la serie un gradiente inverso, es decir, la incidencia disminuye con la gravedad. Si bien, aún siendo muy baja la incidencia de la gran invalidez, se constata una tendencia creciente significativa. Lo que puede estar indicando que se están incrementando los problemas de salud más grave y/o el reconocimiento de la IP se produce en un estadio más avanzado de la enfermedad. Hipótesis que por su interés deberán ser evaluadas en próximos estudios, aunque para ello se debe registrar el diagnóstico médico de la IP, lo que no ocurre en la actualidad.

Finalmente, del análisis por CCAA vemos en primer lugar que las comunidades con mayor y menor incidencia a lo largo de todo el período (Asturias y Comunidad de Madrid, respectivamente), coinciden en el mismo sentido con las señaladas en un estudio anterior<sup>23</sup>, si bien, un hecho destacable es que se está produciendo una convergencia entre todas las CCAA, lo que, como señalábamos anteriormente, puede ser debido a una creciente uniformidad en la aplicación de los criterios de la evaluación de la IP por parte de los EVIs.

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta, algunas ya señaladas, como la ausencia de datos para obtener series completas en todas las variables analizadas. Además, al

no disponer de los microdatos, ha sido imposible ajustar algunas de las comparaciones, como la edad cuando se compara por sexo. Igualmente, el diagnóstico es una variable clave en este tipo de investigación desde la salud laboral, ya que, como ocurre con la incapacidad temporal<sup>24</sup>, será posiblemente también la variable predictora de IP más importante. Finalmente, el no disponer del número de individuos en riesgo que tienen cobertura de las contingencias profesionales (como se ha indicado anteriormente, en el caso del régimen de autónomos es voluntaria) implica que la incidencia de IP por contingencia profesional puede estar infravalorada.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos y los estudios que de él se deriven para probar la validez de algunas de las hipótesis planteadas, pueden ser útiles para mejorar la gestión de la IP. No olvidemos que la prestación económica prevista por nuestro sistema de seguridad social en caso que una persona padezca un problema de salud que le produzca una IP para trabajar es uno de los principales mecanismos de protección social disponible en España que, sin duda, contribuye a prevenir posibles desigualdades sociales en salud<sup>25</sup>, al menos parcialmente.

En síntesis, el análisis de los factores estudiados, que podemos agrupar en laborales, sanitarios y legales, constituye un plan de investigación que justo ahora comenzamos y que esperamos vaya dando sus frutos en los próximos años. Mientras tanto, las variables que se han analizado en el presente trabajo nos ofrecen importantes pistas sobre la evolución de la IP en los últimos años y su distribución.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Oliva J, Zunzunegui MV, Garcia-Gomez P, Herrera E. Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor. Resumen. Gac Sanit 2011; 25 Suppl 2:1-4.

2. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de población a largo plazo. 2009-2049. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?L=0&type=pca-xis&path=%2Ft20%2Fp251&file=inebase>.
3. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Prestaciones Incapacidad permanente. 2010; Disponible en : <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/47093.pdf>.
4. Boletín Oficial del Estado. 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 núm 167 de 13/7/2002.
5. Boletín oficial del Estado. Orden de 18 de enero de 1996 para la aplicación y desarrollo del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, sobre incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social. BOE núm 23, de 26/01/1996.
6. Duran X, Martínez JM, Benavides FG. Occupational factors associated with the potential years of working life lost due to a non-work related permanent disability. Work. En prensa 2013.
7. Boletín Oficial de Estado. Real Decreto-Ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. BOE núm 36 de 11/02/2012.
8. Fundación 1º de Mayo. Las reformas laborales en España y su repercusión en materia de contratación y empleo. Cincuenta y dos reformas desde la aprobación del Estatuto de los Trabajadores en 1980. Madrid: Fundación 1º de Mayo; 2012.
9. Boletín Oficial de Estado. Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social. BOE núm 184 de 2/08/2011.
10. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Disponible en [www.seg-social.es/](http://www.seg-social.es/).
11. Seguridad social. Mercado de trabajo y pensiones contributivas de la Seguridad Social. Disponible en <http://www.meyss.es/series/>.
12. Seguridad social. Anuario de estadísticas del Ministerio de Trabajo e Inmigración. Disponible en <http://www.meyss.es/es/estadisticas/contenidos/anuario.htm>
13. Benavides FG, Rodrigo F, Garcia AM, Lopez-Ruiz M, Gil J, Boix P, et al. Evaluación de la efectividad de las actividades preventivas (planes de actuación preferente) sobre la incidencia de las lesiones traumáticas no mortales con incapacidad laboral por accidentes de trabajo en jornada en España (1994-2004). Rev Esp Salud Publica. 2007;81(6):615-624.
14. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Aprobación por el pleno del Congreso de los diputados del texto aprobado por la Comisión de Presupuestos en relación al informe de la ponencia para el análisis de los problemas estructurales del Sistema de la Seguridad Social y de las principales reformas que deberán acometerse. Boletín Oficial de las Cortes Generales núm 134 de 12/04/1995.
15. Boletín Oficial de Estado. 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 núm 198 de 19/08/1995.
16. Román R, Comas M, Mar J, Bernal E, Jimenez-Puente A, Gutierrez-Moreno S, et al. Geographical variations in the benefit of applying a prioritization system for cataract surgery in different regions of Spain. BMC Health Serv Res. 2008; 4;8:32.
17. Parella, S. La inserción laboral de la mujer inmigrante en los servicios de proximidad en Cataluña. Rev Intern Sociol. 2003;36:85-113.
18. Benavides FG, Velarde JM, López-Ruiz M, Rodrigo F. Una década de éxito en la prevención de las lesiones por accidentes de trabajo en España. Seguridad y Salud en el Trabajo. 2011;62:22-27.
19. López-Ruiz M, Martínez JM, Gil JM, Boix P, García AM, Rodrigo F, et al. Evaluation of the effectiveness of occupational injury prevention programs at the company level. Saf Sci. 2013 1;51(1):250-256.
20. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF): OMS y MTAS; 2001. Disponible en : <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-clasificacion-01.pdf>.
21. Observatorio Nacional de Seguridad Vial, Dirección General de Tráfico. Las principales cifras de la Siniestralidad Vial. España 2010. Disponible en: [http://www.dgt.es/was6/portal/contenidos/es/seguridad\\_vial/estadistica/publicaciones/princip\\_cifras\\_siniestral/cifras\\_siniestralidad011.pdf](http://www.dgt.es/was6/portal/contenidos/es/seguridad_vial/estadistica/publicaciones/princip_cifras_siniestral/cifras_siniestralidad011.pdf).
22. Boletín Oficial de Estado. Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social. BOE núm. 291 de 5/12/2007.

23. Benavides FG, Durán X, Martínez JM, Jódar P, Boix P, Amable M. Incidencia de incapacidad permanente en una cohorte de trabajadores afiliados a la Seguridad Social, 2004-2007. *Gac Sanit.* 2010;24(5):385-390.

24. Delclòs J, García S, López JC, Sempere M, Serra C, Plana M, Vila D, Benavides FG. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2010; 13(4): 180-187.

25. Benavides FG. Salud pública y seguridad social, dos componentes básicos del estado del bienestar. *Gac Sanit.* 2011;25(2):91-93.