

# Las mutuas de accidentes de trabajo y la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes: eficiencia versus selección adversa

## Work accidents and professional diseases mutual corporations and temporary incapacity by common contingencies management: efficiency versus adverse selection.

MIGUEL ÁNGEL DÍAZ PEÑA

LAURA PÉREZ ORTIZ

SANTOS M. RUESGA BENITO<sup>1</sup>

### Resumen

Este artículo tiene por objeto analizar los niveles de eficiencia en la gestión de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes (ITCC) que alcanzan las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS) y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). En él se, actualizan, profundizan y sintetizan las principales conclusiones obtenidas en una detallada investigación sobre tal cuestión dirigida por el profesor Santos M. Ruesga<sup>2</sup>.

A tales efectos se realizó una revisión exhaustiva de la legislación aplicada y las grandes cifras del sector, rastreando posibles explicaciones a las hipotéticas diferencias en los resultados de la gestión investigada; ahora se han actualizado normas y datos. Y, finalmente se elaboró un modelo econométrico para interpretar las posibles diferencias existentes en la gestión de ambas entidades en cuanto a la probabilidad de incurrir en ITCC y la extensión del periodo de prestación económica que esta contingencia conlleva para el trabajador.

En síntesis, el modelo revela una mayor probabilidad de presentarse un caso de ITCC entre trabajadores en el INSS, por sus características demográfico-laborales. No obstante, con trabajadores homogéneos, la probabilidad de que un trabajador supere 15 días de ITCC resulta mayor en las Mutuas que en el INSS. Se trata, en suma, de un análisis que nos revela la posible presencia de procesos de "selección adversa" más que de eficiencia relativa espuria en la gestión por parte de las Mutuas.

### Abstract

This article aims to analyse levels of efficiency in the management of temporary incapacity by common contingencies (ITCC) that reach the Mutual of accidents of work and professional diseases (MCSS) and the National Institute of Social Security (INSS). In it, update, deepen, and synthesize the main findings in a detailed investigation into this question driven by Professor Santos M. Ruesga.

For this purpose it was carried out a thorough review of applied law and the large figures of the sector, tracking possible explanations to the hypothetical differences in investigated management outcomes; now rules and data have been updated. And finally an econometric model was developed to interpret the hypothetical differences in the management of both entities regarding the probability of incurring ITCC and the extension of the period of economic benefit resulting from this contingency for the worker.

The model shows a bigger likely of a case of ITCC among workers in the INSS, due to labour and demographic characteristics. However, with homogeneous characteristic workers, the probability that a worker exceeds 15 days of ITCC is greater in MCSS than in the INSS. It is, summary, an analysis that reveals the possible presence of "adverse selection" processes rather than spurious relative efficiency in management by the MCSS.

### Palabras clave

Eficiencia, Seguridad Social, Sistema Nacional de Salud, gestión de servicios públicos.

### Keywords

Efficiency, Social Security, National Health System, Public services management

<sup>1</sup> Miguel A. Díaz Peña es economista y fue director General de Ordenación de la Seguridad Social. Laura Pérez Ortiz y Santos M. Ruesga Benito son profesores de la Universidad Autónoma de Madrid.

<sup>2</sup> La investigación que da pie a este artículo fue realizada por Santos M. Ruesga, como director y Domingo Carbajo Vasco, Valeriano Gómez, Sandro E. Monsueto, Carlos Resa Nestares y Julimar da Silva Bichara como investigadores. "Mutuas patronales de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales: la gestión de la incapacidad temporal" (referencia FIPROS/2007/45). La versión global del estudio se puede consultar en <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119786.pdf>. Agradecemos a todos los miembros del equipo de investigación su aquiescencia para editar y publicar este artículo.

## 1. INTRODUCCIÓN

Aunque se habla mucho sobre la eficiencia, o la carencia de ella, de las dos grandes instituciones encargadas de la gestión de la ITCC, las MCSS<sup>3</sup> y el INSS, lo cierto es que no existe un concepto claro, unívoco y consensuado respecto al significado exacto de este término, lo que entorpece un análisis científico del mismo y el estudio comparativo. Analizar cuál de las dos instituciones es más eficiente a la hora de gestionar la ITCC es una materia no sólo relevante para la Seguridad Social sino para la competitividad de las empresas españolas, de un lado, y la gestión de la salud pública en España, de otro, lo que refuerza el interés y la importancia de resolver esta pregunta o, al menos, de plantearse la.

De todas formas, si bien desde las MCSS se ha interpretado la tendencia ascendente en el volumen de empresas en el ámbito de su gestión como una demostración de que son más eficientes a la hora de gestionar la misma, lo cierto es que ni existe información de indicadores de eficiencia entre los empresarios, ni hay transparencia entre los mismos, por lo cual la elección no está basada en una evidencia contrastada de que las MCSS son más eficientes. Más bien se trataría de una percepción apoyada en la convicción de que las Mutuas reducen, en general, el número de días de permanencia en baja por ITCC de los trabajadores. Sin embargo, ni éste es un índice por sí mismo de eficiencia del sistema, ni parece que pueda identificarse eficiencia para la empresa en términos de reducción del absentismo con eficiencia para la sociedad española y el sistema de la Seguridad Social en su conjunto.

Aunque existe una abundante normativa al respecto y se han diseñado, en especial, a través del Sistema de Información Contable de la Seguridad Social (SICOSS), los instrumentos contables e informáticos para disponer de forma rápida y constante de información, datos y ratios sobre la gestión que las MCSS realizan de la ITCC, lo cierto es que tales instrumentos o bien no son totalmente operativos o bien los controles realizados por la Intervención General del Estado (IGAE) y la Intervención General de la Seguridad Social respecto del funcionamiento y gestión de las MCSS son excesivamente formalistas, se centran demasiado en el llamado control de legalidad, parten de datos presupuestarios y no de ejecuciones efectivas. No obstante, en el real decreto de 18 de julio de 2014 sobre gestión y control de la IT se introducen mecanismos para provechar las ventajas de las nuevas tecnologías en el intercambio de información médica y estimación teórica de la duración de las bajas en función de la patología, edad y ocupación.

## 2. LA PRESTACIÓN ECONÓMICA POR INCAPACIDAD TEMPORAL (IT)

Las prestaciones económicas por ITCC en España pueden ser ofrecidos por el sector público (INSS) directamente o por el sector privado (Mutuas), colaborador del sistema de la Seguridad Social. El análisis de la demanda y de la gestión de la Incapacidad Temporal por Contingencia Común (ITCC) exige clarificar mínimamente los condicionamientos sociales, jurídicos y económicos sobre los que opera.

---

<sup>3</sup> Utilizamos la nueva denominación de Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social introducida a partir de la Ley 35/2014, donde se desplaza la anterior denominación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Para un análisis detallado de lo que significa esta norma que modifica diversos aspectos del régimen jurídico y la gestión de las Mutuas, véase en el número 2 de esta revista, Panizo Robles (2015).

La prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal (IT) tiene una larga historia normativa y viene siendo objeto, especialmente a partir de 1992, de múltiples e incisivas reformas legales referidas a todos sus aspectos, desde el propio nombre y concepto, hasta la duración, cuantía y forma de gestión. La notable inestabilidad regulatoria de esta prestación es resultado de su trascendencia, complejidad y conflictividad en relación con su importante peso en el gasto total de la Seguridad Social. Por ello el hilo conductor de las reformas es la preocupación por moderar su crecimiento, llamativo en algunos periodos, y reducir lo más posible su coste. Así las reformas se han dirigido tanto a reducir su alcance y contenido como a trasladar a los empresarios parte del coste, con la obligación del pago de la prestación durante un determinado periodo. Y, especialmente, a incrementar las medidas de control sobre el nacimiento y dinámica de la prestación con el fin de limitar al máximo los posibles fraudes o abusos en esta materia (Gordon, 1988).

Aspecto relevante a tener en cuenta es la estrecha relación con otras prestaciones como la asistencia sanitaria que constituye precisamente el “hecho causante” o puerta de entrada a la prestación económica por IT. Por ello se precisa una especial coordinación con los diversos actores institucionales de la organización sanitaria que no siempre alcanza el nivel exigible. Al ser diferente el órgano que reconoce el derecho a la prestación económica a partir de una calificación médica (Sistema Sanitario descentralizado) del órgano que debe realizar el pago (Seguridad Social), se producen discrepancias de criterio, desfases temporales por la gestión administrativa e incluso repercusión de las listas de espera con incremento siempre del gasto por IT. Todo esto es un elemento decisivo en el aumento innecesario del coste y también del absentismo. Pero también hay que tener en cuenta el papel de los médicos que no deben, ni previsiblemente aceptarían, estar sometidos a presiones para extremar el rigor en función de que presten sus servicios en una mutua o en el Servicio de Salud, lo que echaría por tierra la pretensión de que las Mutuas puedan gestionar esta prestación con más ahorro. Sin tampoco olvidar una posible perspectiva “humanitaria” de cualquier médico que conduce con frecuencia a facilitar las llamadas “bajas de complacencia”.

Igualmente afecta a la complejidad de la IT su directa vinculación con otros aspectos de la relación laboral como la suspensión del contrato de trabajo durante su duración y sus consecuencias en relación con la cotización o el abono del subsidio por el empresario por delegación de la Entidad Gestora.

Finalmente las prestaciones por IT mantienen características heredadas del pasado y ofrecen un trato más favorable para las derivadas de contingencias profesionales (accidente de trabajo o enfermedad profesional: ITATyEP) que para las derivadas de enfermedad común o accidente no laboral.

Actualmente la gestión de la prestación corresponde al INSS o a las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social (MCSS) a opción del empresario, o incluso a la propia empresa como colaboración voluntaria en la gestión (AMAT, 2004). Ya la Ley 4/1990 amplió el campo de aplicación de las Mutuas en la gestión de las contingencias profesionales, eliminando la prohibición que pesaba sobre algunas empresas (especialmente del sector público) para poder optar por una mutua en lugar de la entidad gestora. Posteriormente, la Ley 42/1994 permitiría que las empresas pudieran elegir una mutua en lugar de la entidad gestora para la cobertura de la ITCC de sus trabajadores; y también libertad de opción para los trabajadores por cuenta propia. El pago de la prestación lo realiza

directamente el empresario a los trabajadores a su servicio, como colaboración obligatoria de las empresas<sup>4</sup>.

Con el traslado a cuenta de la empresa del pago de doce días de la prestación, se trataba de descargar, parcialmente, al presupuesto público de la pesada losa de este gasto y, al mismo tiempo, corresponsabilizar al empresario en el control de las ausencias al trabajo por IT. En otros países existe igualmente una tendencia clara a que las primeras semanas sean a cargo del empresario. Así, en Alemania, desde 1969, son las seis primeras semanas de prestación. En Reino Unido, desde 1982, puede llegarse a ocho semanas según la antigüedad.

Sin embargo, se produce la paradoja de que un buen número de empresas complementan por la vía de la negociación colectiva la prestación de IT pagando por su cuenta los tres primeros días de ITCC, en los que no existe derecho a la prestación económica, y completando hasta el cien por cien la cuantía del subsidio, que es de un 60% entre los días 4º y 20º. Esto supone un incentivo de las empresas, especialmente para bajas de corta duración, cuando en más de la mitad de los procesos de baja son de quince días o menos, con una duración media de 8 días. Y conviene también dejar constancia de la presión de los Servicios de Salud para ampliar los diagnósticos de enfermedad profesional, en lugar de la común, con lo que disminuyen su gasto (la asistencia sanitaria por contingencia profesional es contributiva) y, al mismo tiempo, posibilitan al beneficiario una prestación económica superior a la de la ITCC.

Al margen de eufemismos, es frecuente imputar a los trabajadores el uso incorrecto de la IT con incidencia en el absentismo que repercute en la productividad y competitividad de las empresas. En un primer bloque de situaciones se admite que la IT constituye una especie de “refugio protegido” para dar respuesta a una variedad de problemas, como resolver asuntos personales o familiares o para mitigar los efectos de la temporalidad, estacionalidad o rotación en el empleo o cubrir la ausencia de prestaciones por desempleo o el encuadramiento en un régimen especial que carezca de esa protección. Así como para mitigar los efectos económicos, psicológicos y sociales de la extremada crisis económica. Pero también existe otro gran bloque de supuestos constituido por fraudes en el sentido más estricto, realizado directamente por el trabajador, o bien con la colaboración o imposición del empresario (utilizando la IT para cubrir periodos de baja actividad económica, o simplemente para reducir cotizaciones sociales o costes laborales), o bien para afrontar regulaciones de empleo y despidos pactados. Convendría analizar la posible correlación entre ambos tipos de abuso y la duración, corta o larga, de la prestación.

Esta complejidad de situaciones por utilización inadecuada de la ITCC obliga a preguntarse cuáles pueden ser las causas del uso presuntamente indebido de esta prestación y cuáles podrían ser las soluciones que vayan más allá de los puros mecanismos de control al trabajador que, en cualquier caso y por sí solos, no pueden resolver esta diversidad de cuestiones que están en la raíz del problema.

---

<sup>4</sup> Por su parte, el Decreto-ley 5/1992 de Medidas Presupuestarias Urgentes modificó Seguridad Social modificó el artículo 129.1 de la Ley General de Seguridad Social estableciendo que: “El subsidio se abonará, en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja. En caso de enfermedad común o de accidente no laboral, el subsidio se abonará, respectivamente, a partir del decimosexto día de baja en el trabajo ocasionada por la enfermedad o el accidente, estando a cargo del empresario el abono de la prestación al trabajador desde los días cuarto al decimoquinto de baja, ambos inclusive.”

Bajo la hipótesis de que un mayor control conducirá a una reducción del gasto, las reacciones han sido las reformas que han traspasado parte del gasto de la gestión de la IT a los empresarios, se ha obligado a los autónomos a afiliarse en las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la SS, se ha recortado la duración de la prestación misma, se han establecido revisiones obligatorias cada tres meses, se ha establecido el alta a efectos económicos extendiendo la potestad de su declaración a las Mutuas, se han formalizado los partes de baja exigiendo una información más completa y detallada y se han aumentado las posibilidades de control del INSS y de las Mutuas sobre la prestación de IT. Y, por añadidura, se ha introducido en la normativa laboral la figura de la extinción del contrato laboral por absentismo. Esta línea de control, agilización de los procedimientos y mejora de la transmisión de la información se ha completado recientemente con el R D 625/2014 de 18 de julio.

Como consecuencia de las dos decisiones reseñadas más arriba, libre elección de mutua y asunción de parte de la carga por las empresas, se observan, desde mediados de los años noventa, dos líneas de actuación que es necesario tener en cuenta.

En primer lugar, un crecimiento notable y sin precedentes de la cobertura del número de trabajadores por las Mutuas con respecto a la IT que llega a ser prácticamente total para la ITATyEP (96,8 por ciento en 2014), partiendo del 43% en los años ochenta y pasando al 73% en 1993. Por su parte la ITCC alcanza casi el 75% del total de procesos iniciados, partiendo de cero en 1995 (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2013).

Por otra parte, como consecuencia de esta evolución de la cobertura de las Mutuas, las organizaciones empresariales han asumido este asunto con un carácter reivindicativo, transformado en instrumento de lucha contra el absentismo y para la presunta mejora de la productividad. Su presión sobre los distintos gobiernos es persistente tanto para continuar y profundizar en la línea legislativa restrictiva como también para reivindicar compensaciones económicas reduciendo los días de pago de IT por la empresa o bien mediante el retorno a los empresarios de los excedentes de gestión de las MCSS y el reparto de los fondos acumulados que son patrimonio de la Seguridad Social. Del mismo modo, pretenden incrementar el control y las competencias de las Mutuas, como se ha puesto claramente de manifiesto durante la tramitación y debate de la reciente modificación de la legislación sobre mutuas por la Ley 35/2014 de 26 de diciembre.

Un elemento de distorsión en la materia que nos ocupa derivará sin duda del marco conceptual de esta reciente Ley de Mutuas que considera la lucha contra el absentismo laboral y la mejora de la competitividad de las empresas como un objetivo esencial de las Mutuas. Así consta en los párrafos primero y último del primer apartado del Preámbulo de la Ley. Y esto a pesar de que el mismo texto legal establece que el *objeto exclusivo* de estas entidades es la colaboración en la gestión de la Seguridad Social y que todas las prestaciones y servicios de las Mutuas son prestaciones y servicios de la Seguridad Social entre los que no aparecen los citados servicios a las empresas.

En la práctica se ha configurado una suerte de polarización INSS-MCSS en lo que se refiere a la IT y más concretamente a la ITCC que nos ocupa. Y, aunque no sea el único elemento de discrepancia, tiene mucho que ver con el coste, ya que la cantidad de la prestación y el pagador dependen del tipo de contingencia y de quién sea el responsable de abonar la prestación: entidad gestora (INSS, ISM) o entidad colaboradora (MCSS).

A este respecto, más allá de las estrategias generales de los diferentes actores que concurren en la prestación económica por ITCC, una de las cuestiones a analizar respecto a la gestión de la misma es la posibilidad de que existan diferencias entre los colectivos protegidos por INSS y MCSS, considerando algunas características individuales que pueden determinar distintos comportamientos ante la ITCC. Convendría analizar también las características de las empresas asociadas, por la tendencia a que las empresas con especial conflictividad o provenientes de sectores en reconversión “defensivo” a la ITCC se asocien en el INSS.

Lamentablemente, buena parte de los conflictos de intereses que subyacen a estas consideraciones parecen haber sido ajenos al debate público, pero en el campo académico no es posible ignorarlos porque condicionan incluso la utilización de conceptos o el manejo de la información (Armendáriz Pérez-Fraile, 1989). Dichos conflictos aconsejan la mayor atención en el análisis del origen y calidad de la información disponible y la búsqueda de los contrastes posibles para evitar el riesgo de contaminación de los datos.

### 3. EL PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ASPECTOS ECONÓMICOS INICIALES

El análisis de la evolución del gasto en IT durante los últimos veinte años y hasta los inicios de la Gran Depresión 2008-2014, presenta niveles mayores de variabilidad que el PIB nominal (a precios corrientes). No obstante, partiendo de niveles de crecimiento muy superiores a lo largo de la primera mitad de la década de los noventa, durante el periodo 1994-99 el gasto en IT registró tasas sensiblemente inferiores a las del PIB llegando incluso a presentar tasas de crecimiento negativas. Durante los años siguientes, hasta 2005, el comportamiento de ambas variables se estabiliza en torno a crecimientos nominales similares y próximos al 6 por ciento. En este periodo y en términos de proporción del gasto en IT respecto del PIB el nivel se sitúa en el 0,7 por ciento durante los últimos años, un nivel prácticamente similar a la media de las dos últimas décadas durante las cuales en ningún momento llega a alcanzar el 1 por ciento del PIB. A partir de 2005 y de modo intenso tras 2009, el nivel relativo de gasto en IT desciende de manera significativa hasta situarse en 2013 por debajo del 0,5 por ciento del PIB. Este descenso es debido en parte a la propia dinámica de la población protegida que desciende intensamente al compás de la caída del empleo, pero también el absentismo laboral experimenta un descenso singular (véase tabla 1, porcentaje de incidencia media mensual por trabajadores protegidos).

Tabla 1. EVOLUCION DE LA ITCC

AÑO	GASTO TOTAL IT (millones euros)	% GASTO TOTAL IT SOBRE PIB NOMINAL	INCIDENCIA MEDIA MENSUAL ITCC POR CIENT TRABAJADORES PROTEGIDOS	POBLACIÓN TOTAL PROTEGIDA ITCC
2005	6.406,70	0,69	18,09	18.209.597
2006	6.850,50	0,68	21,35	17.192.998
2007	7.253,60	0,67	26,38	19.713.238
2008	7.533,87	0,67	31,15	19.429.414
2009	7.176,03	0,67	27,40	18.855.814
2010	6.732,99	0,62	21,48	18.453.431
2011	6.241,07	0,58	21,11	17.975.529
2012	5.360,16	0,51	17,48	17.713.106
2013	5.014,65	0,48	20,16	17.382.643
2014	..	..	20,87	17.503.987

Fuente: Elaboración propia sobre datos Tesorería General SS.

Los datos sobre incidencia de ambas entidades sobre población protegida y procesos en vigor muestran la misma tendencia (tabla 2). Así se observa cómo se ha pasado de un volumen de gestión del 36 por ciento de los procesos de ITCC, en 2002, al 81 por ciento, en 2014, por parte de las Mutuas y del 62 al 84 por ciento de la población protegida por ITCC en el mismo periodo.

**Tabla 2. Incidencia de la IT en España (2002, 2008 y 2014)**

		DURACION MEDIA IT (DIAS)	INCIDENCIA MEDIA MENSUAL* POR MIL TRABAJADORES PROTEGIDOS	PREVALENCIA** POR MIL TRABAJADORES PROTEGIDOS	TRABAJADORES PROTEGIDOS AL FINAL DEL PERIODO CONSIDERADO	% PROCESOS INICIADOS SOBRE TOTALCC	% POBLACIÓN PROTEGIDA SOBRE TOTALCC
2014	CC TOTAL SISTEMA	47,04	20,87	25,04	17.503.987	100	100
	CC REGIMEN GENERAL	37,74	18,88	25,07	14.409.371	90,51	82,3
	INSS	45,9	14,91	25,73	4.831.492	24,56	27,6
	MUTUAS	34,55	20,99	24,6	9.577.879	65,69	54,7
	CC AUTONOMOS	90,36	9,27	24,91	3.094.616	9,49	17,7
	INSS	103,96	9,59	32,45	541.384	1,78	3,1
	MUTUAS	87,05	9,2	23,32	2.553.232	7,70	14,6
	ATYEP	35,23	3,21	3,23	14.065.225	14,82	80,4
	INSS	64,52	1,74	3,57	808.696	0,47	4,6
MUTUAS	34,2	3,3	3,2	13.240.581	14,33	75,6	
2008	CC TOTAL SISTEMA	49,11	25,42	28,98	19369807	100	100
	CC REGIMEN GENERAL	37,88	28,77	27,99	15.808.732	92,33	81,6
	INS	45,73	29,52	30,78	6.797.614	40,10	35,1
	MUTUAS	31,95	28,21	25,89	9.011.118	52,23	46,5
	CC AUTONOMOS	98,99	10,54	33,39	3.561.075	7,67	18,4
	INSS	128,03	10,02	36,86	1.258.961	2,73	6,5
	MUTUAS	83,11	10,83	31,49	2.302.114	4,94	11,9
	ATYEP	31,11	5,21	3,66	15.070.962	16,38	77,8
	INSS	67,91	2,44	3,96	716.475	0,36	3,7
MUTUAS	29,27	5,35	3,64	14.354.487	16,02	74,1	
2002	CC TOTAL SISTEMA	58,20	16,83	34,44	16.101.143	100	100
	CC REGIMEN GENERAL	42,38	15,48	36,12	13.299.815	91,92	82,6
	INSS	48,00	22,39	48,64	6.269.847	62,33	38,9
	MUTUAS	37,37	9,32	24,96	7.029.968	29,60	43,7
	CC AUTONOMOS	133,30	6,42	26,44	2.801.328	8,08	17,4
	INSS	151,28	6,83	29,83	1.586.342	5,01	9,9
	MUTUAS	109,82	5,89	22,02	1.214.986	3,07	7,5
	ATYEP	27,87	6,71	4,73	13.439.591	40,38	83,5
	INSS	68,03	2,08	5,95	862.817	0,83	5,4
MUTUAS	25,12	7,03	4,65	1.2576.774	39,55	78,1	

\* INCIDENCIA MEDIA: Procesos iniciados en el periodo con relación a la población protegida por mil.  
 \*\* PREVALENCIA: procesos registrados como en vigor, con relación a la población protegida, por mil.  
 Fuente: Elaboración propia sobre datos TGSS.

Según la Seguridad Social, en 2014, la tasa de incidencia (incidencias medias mensuales por mil trabajadores protegidos) de la ITCC, en contingencias comunes, ha sido del 18,8 con una media de 37,7 días de bajas en conjunto; para el INSS, del 14,9, con una media de 45,9 días de baja, frente a una tasa de incidencia del 21,0 y 34,6 días en las Mutuas

(Tabla 2). Tales incidencias representan un coste importante tanto para la empresa como para el sistema de Seguridad Social, como se refleja para esta última entidad en las tablas 1 y 2.

A la altura del año 2007 el INSS seguía siendo la principal entidad en cuanto al gasto de ITCC gestionado, pero la situación habría cambiado seis años después, mostrando en 2013 unas cifras de gasto gestionando bastante superior por parte de estas últimas, alcanzando el 70 por ciento del total. El tamaño del gasto total de ambas contingencias (CC y ATyEP) gestionadas por el INSS y las MCSS será prácticamente igual en 2007, pero en 2013 es superada ampliamente por estas últimas. Las diferencias relativas, en cuanto a volumen de población gestionada por parte del INSS y la cubierta a través de las MCSS en relación con las observadas para el gasto realizado muestran la existencia de distintos costes medios por afiliado en uno y otro ámbito de la gestión (tabla 3).

Los resultados agregados muestran que el gasto medio total por afiliado cubierto en IT de contingencias comunes era en 2013 de 272,1 euros/año, más de 5 veces mayor que el correspondiente a la IT de contingencias por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (53,6 euros). Por su parte las diferencias totales entre contingencias comunes y profesionales en duración, incidencia y prevalencia, son también muy significativas puesto que son las que explican el desigual comportamiento del gasto en ambas contingencias. En los citados tres indicadores relevantes para la evolución del gasto los resultados son más altos en la IT derivada de contingencias comunes que en la causada por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

El INSS tenía en 2007 unos costes medios por afiliado de 501,8 euros/año, en la materia que nos ocupa, la ITCC, que duplicaban largamente a los correspondientes a las Mutuas (235,3 euros/año). En 2013, estas cifras han cambiado sustancialmente, en función de la ampliación de cobertura que han experimentado las Mutuas; tales cifras pasan a ser de 274 y 271€, respectivamente, lo que indica que ha ido cambiando la estructura de la población asistida por ambas entidades, reduciéndose para el INSS la carga de los colectivos con mayor incidencia de ITCC y aumentando en las Mutuas. Sin embargo, como más adelante se indica, es necesario subrayar que ello no tiene porqué reflejar un grado equivalente de superioridad o equidad en la eficiencia de la gestión de las MCSS sobre la que se realiza a cargo del INSS.

Si acudimos a un indicador más preciso, como sería el gasto en IT por día de baja las diferencias también son escasas entre ambos tipos de entidades gestoras, ligeramente más elevado, en unos 3,7€ por día y baja, en 2013, a favor de las Mutuas, en el conjunto de la IT. Según el tipo de baja, el INSS muestra una posición favorable, menores costes por día en materia de ATyEP –que en su conjunto resultan más caras de subsidiar que las bajas por contingencia común–, con una escasa incidencia sobre el total de la cobertura por esta contingencia y algo mayor en materia de contingencias comunes, espacio en el que mantiene mayor presencia relativa.

**Tabla 3. Distribución de los gastos de la IT por contingencias y entidad gestora (2013)**

	GASTO IT (MILLONES €)	% SOBRE TOTAL GASTO IT	GASTO POR POBLACIÓN PROTEGIDA (€)	% POBLACION PROTEGIDA SOBRE TOTAL	GASTO POR INCIDENCIA (€)	GASTO POR INCIDENCIA Y POR DÍA (€)	% INDICENCIAS S SOBRE TOTAL
<b>GASTO TOTAL IT</b>	5.465	100,0	175,6	100,0	16.457,4	405,7	100,0
INSS	1.649	30,2	243,0	21,8	19.285,3	409,4	25,8
MUTUAS	3.816	69,8	156,8	78,2	15.529,3	406,9	74,2
<b>GASTO IT POR ATyEP</b>	736	100,0	53,5	100,0	17.659,5	514,0	100,0
INSS	40	5,5	44,5	6,6	25.412,4	453,5	3,8
MUTUAS	695	94,5	54,2	93,4	17.378,5	519,2	96,2
<b>GASTO IT CC</b>	4.729	100,0	272,1	100,0	16.284,9	354,8	100,0
INSS	1.609	34,0	273,7	33,8	19.169,0	408,4	28,9
MUTUAS	3.120	66,0	271,2	66,2	15.169,3	388,2	71,2

FUENTE: Elaboración propia sobre datos TGSS

Aunque el agregado de MCSS forma parte del sistema español de Seguridad Social, el régimen de provisión se realiza en términos competitivos entre las distintas entidades que lo conforman. Ello ha originado un proceso de concentración empresarial del sector en la búsqueda permanente de ganancias de escala entre las principales entidades, auspiciado también desde las Administraciones Públicas competentes. El número actual de Mutuas es el resultado de múltiples procesos de fusión, absorción y disolución, partiendo de las 276 Mutuas que se llegaron a crear desde su momento inicial, en 1901. A comienzos de 2008 quedaban ya solo 20 Mutuas (frente a las 28 existentes en 2005), pero las 6 primeras agrupaban más del 75 por ciento de los servicios proporcionados por el sector. Todos los indicadores parecen señalar la consolidación de este proceso de concentración; en 2014 el número de Mutuas registradas era de 22 y con niveles similares de concentración en los servicios prestados a los alcanzados en 2008.

#### 4. LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN DE LA ITCC

En la actualidad las Mutuas gestionan las ILT de casi las dos terceras partes de la población protegida por contingencias comunes (más de las dos terceras partes), habiéndose hecho cargo del 67 por ciento de los episodios de baja contabilizados. Asimismo la gestión de la ILT por las Mutuas ha experimentado un crecimiento importante en estas cifras respecto a una década anterior (en 2002 abarcaban al 53 por ciento de la población protegida, teniendo a su cargo en aquel momento tan solo el 32 por ciento de las bajas registradas). Los cambios cuantitativos experimentados en la gestión de la ITCC que se han reflejado en el epígrafe anterior, no son ajenos a una cierta percepción social generalizada de una “mejor

gestión” de las mismas por parte de las Mutuas, atendiendo a una cierta “leyenda”<sup>5</sup> que les atribuye, sin cuestionar, como derivada de su carácter semiprivado (aunque en realidad son entidades de derecho público). Vamos a tratar de analizar el fenómeno, para ver lo que de cierto tiene tal “leyenda”.

Para evaluar la eficiencia relativa de los organismos gestores de la prestación de la ITCC se estiman las demandas de servicios de ITCC de cada una de estas instituciones y se compara la eficiencia relativa en función del número de días de baja laboral. Según los datos de la tabla 2 anterior, si midiéramos la eficiencia de la prestación del servicio por el número de días de baja por cada episodio de ILT, las Mutuas ofrecerían cifras mas ajustadas en todas las categorías de contingencias y regímenes que gestionan. Aquí nos vamos a limitar a profundizar en los episodios que afectan a las contingencias comunes, que suponen la mayor parte del gasto por ITC.

En España, pocos trabajos evalúan la ITCC y sus diferencias de gestión entre el INSS y las Mutuas. Merece destacarse, sin embargo, un estudio para Cataluña, en el que se muestra una finalización más rápida de los casos de ITCC, de más de 15 días, en las Mutuas que en el INSS (Benavides, et al., 2010). Sin embargo, este estudio advierte, además, que sería preciso investigar los determinantes de la IT para llegar a conclusiones relevantes en este terreno. Ese es, precisamente, el objetivo de este trabajo. Para ello se estima la demanda de ITCC, considerando las características demográficas y laborales de los trabajadores, es decir: edad, género, sectores de actividad, educación, tipo de contrato (García, Herranz y Toharia, 2007) y de jornada laboral.

El indicador de eficiencia que aquí se utiliza, se refiere a la tasa de incidencia o la necesidad de generar un caso de ITCC, y el tiempo medio de baja laboral. Ambos elementos, según Andersen (1978), son el resultado del proceso en el cual la necesidad del trabajador y su decisión de buscar cuidados médicos son atendidas. Constituyen, por lo tanto, la determinación de una demanda por servicios sanitarios que, según los análisis del médico responsable, dan origen a la baja laboral.

La necesidad, sin embargo, es un factor subjetivo. Por un lado, frente a problemas de salud semejantes, sólo una parte de la población busca el servicio médico y la baja laboral (Andersen, 1995). Por otro lado, existen personas que demandan el servicio sin justificaciones claras desde el punto de vista médico. De este modo, las necesidades y la demanda por cuidados médicos no son homogéneas entre personas y tampoco los factores que generan dichas necesidades. Trabajadores de diferentes edades, regiones, sectores de actividad, tiempo o turnos de trabajo e incluso de distintos hábitos de vida y en épocas diferentes del año, debido a que algunas enfermedades presentan un carácter estacional, se ven afectados de modo diferenciado en sus necesidades y solicitan cantidades distintas de tiempo de descanso. El análisis agregado de la ITCC puede, por lo tanto, conducir a resultados sesgados, pues existe una heterogeneidad en los factores que actúan tanto sobre la incidencia como en el tiempo de baja según el grupo de trabajadores cotizantes considerados.

---

<sup>5</sup> Se utiliza aquí el término “leyenda” para describir la asunción por parte de gran parte de la sociedad de una situación (mayor eficiencia en la gestión de una función económica, la prestación económica por IT) sin que ésta hubiera sido contrastada empíricamente con suficiente evidencia y análisis subsecuente “ad hoc”.

De igual modo, cuando se trata de relacionar distintas variables que contribuyen a definir el grado de eficiencia de los gastos en IT en, por ejemplo, distintos países europeos hemos de introducir las cautelas propias de una comparación a este nivel, con fuentes estadísticas dispares e instituciones muy heterogéneas. Con estas precauciones, se observan a tales efectos, al menos, tres evidencias de interés. En primer lugar, la tasa de absentismo por motivos de salud (enfermedad común) en España es baja con respecto a la media europea. En segundo lugar, la tasa de reposición, es decir, el valor de la prestación económica con respecto al salario anterior es relativamente bajo. Y, finalmente también, cuando se incorpora el gasto total del sistema, tanto de las empresas como de la SS, en la prestación en comparación con otras variables macroeconómicas, ya sea con los costes laborales totales de la economía o el Producto Interior Bruto, la resultante es que los gastos en protección económica a la IT son relativamente bajos con respecto a la media europea.

Esta evaluación global del sistema en España no ha mejorado a lo largo del tiempo, lo cual supone una contrariedad con la participación ascendente de las Mutuas a lo largo del periodo. Bien al contrario, la contrastada dificultad para la reducción de la cuantía de la prestación en relación, por ejemplo, al PIB se ha producido en un contexto en el que la mayor parte de los países europeos mejoraban este ratio. En esta tarea han sido discípulos particularmente aventajados aquellos estados miembros de la UE que utilizan anclajes institucionales públicos, muy por encima de los que encargan su gestión a entidades de carácter similar a las Mutuas españolas. En Alemania, por ejemplo, la reducción de los costes generales del sistema en términos reales y como proporción del gasto total de la SS ha sido más el resultado de políticas eficaces contra el absentismo laboral en general, en el cual sí que cuentan con instrumentos adecuados las Mutuas, que el producto de una mejor gestión de las estas entidades. Por el contrario, la sustancial mejora de la eficacia en Francia ha sido más el resultado de la imposición de mayores controles, circunstancia que se ha producido sin abandonar el carácter público de su gestión mediante funcionarios, que de una reducción del absentismo, que apenas se ha producido<sup>6</sup>.

Es interesante contrastar, asimismo, que los datos apuntan a que se produciría un mejor comportamiento en materia de absentismo en aquellos países en los que una misma institución gestionara simultáneamente las prestaciones sanitarias y las económicas, probablemente porque esta situación permitiría un mejor control y seguimiento de los niveles de absentismo.

Así pues, el control de algunas de las características de los individuos ayuda a entender la estructura de la demanda por servicios de salud que generan nuevos casos de ITCC. A este respecto, conviene señalar ya de antemano que, las características demográficas y sociolaborales de los trabajadores cubiertos por los sistemas INSS y Mutuas no son homogéneas. De esta forma, las diferencias en los factores globales de gestión y de financiación de la ITCC pueden no ser el resultado de una gestión y de un control diferenciados, sino que puede estar escondiendo una estructura diferenciada en cuanto a las características de la población asistida o en cuanto al tipo de contingencia específica que se atiende, lo que motiva la necesidad de desarrollar un análisis de las diferencias entre las dos demandas.

---

<sup>6</sup> Un detallado análisis de la gestión de la IT en diversos países europeos se lleva a cabo en la investigación que sirve de base a este artículo, véase la reseña al mismo en la nota a pie de página 2.

Es habitual que las Mutuas aleguen que su gestión resultaba más eficiente que la realizada por el INSS, en materia de ITCC, apoyándose en el dato de que el gasto medio por cotizante es menor en el primer caso que en el segundo (cosa que en el último año no está tan clara, véase tabla 3). También se argumenta, en este sentido, que los mecanismos actuales no permiten un control efectivo sobre la concurrencia de los dos requisitos inherentes al proceso, es decir, la necesidad de recibir asistencia sanitaria y la imposibilidad de trabajar, lo cual aumenta el número de días de baja laboral (AMAT, 2004).

Sin embargo, es también necesario considerar que las estructuras de las poblaciones protegidas por cada sistema pueden esconder significativas diferencias que influyen de modo distinto la demanda y la intensidad de uso de los servicios médicos. Es, por ejemplo, el caso en que un seguro de salud atiende a una población de edad media más avanzada, donde el número de visitas al médico es considerablemente más elevado. En otras palabras, un sistema de protección de ITCC puede presentar una elevada incidencia de casos porque su grupo de protegidos presenta características que, en sí mismas, aumentan la demanda.

Por ello, se hace preciso tener un conocimiento más detallado de las características de la población asistida en cada sistema, INSS o de MCSS, para llevar a algún tipo de conclusión acerca de la eficiencia relativa de una u otra forma de gestión. En este sentido, un análisis de las diferencias de la incidencia de la ITCC entre estos dos grandes grupos de trabajadores protegidos puede colaborar en la identificación de las diferencias en los costes y en la eficiencia. A estos efectos, se analizan aquí dos de los componentes que interfieren en los costes de las entidades gestoras de ITCC, es decir, la incidencia y la duración de las bajas laborales, intentando caracterizar los factores clave que determinan el uso por parte del trabajador de los servicios de asistencia sanitaria que generan episodios de ITCC. En otras palabras, el análisis está centrado en la incidencia de las diferentes características del trabajador incurrido en procesos de baja que se reflejan en los dos aspectos fundamentales de los episodios de ITCC: la necesidad del trabajador en demandar una baja médica y la cantidad de días necesarios para su recuperación y reincorporación a las actividades laborales.

El control de dicha heterogeneidad en los casos de ITCC y del tiempo de baja laboral necesario para la recuperación del individuo, puede ser parcialmente implementado por medio de la consideración de la estructura demográfica y sectorial de los trabajadores protegidos. Entre las características de la población, la edad y el género son dos de las variables más utilizadas como medida de control en los estudios de oferta y demanda de servicios de salud (Van de Ven y Ellis, 2000). A lo largo del ciclo de vida del trabajador, el estado de salud y la predisposición a contraer enfermedades sufren alteraciones, provocando también cambios en la frecuencia de cuidados médicos y en el tiempo de restablecimiento. Del mismo modo, las alteraciones fisiológicas asociadas a la fertilidad son fundamentales en los diferenciales de demanda de los hombres y de las mujeres<sup>7</sup>.

Por otro lado, Vistnes (1997), observa que factores como la presencia de niños en el hogar y la renta familiar afectan de modo distinto a la cantidad de días de baja laboral de hombres y de mujeres americanos. Machnes (2006) revela que la demanda de servicios privados de salud es una función de factores como la edad, el nivel de educación, la

---

<sup>7</sup> Véase a este respecto del análisis demográfico cuantitativo, Preston, Heuveline y Guillot (2001).

condición civil y la profesión de los individuos. Ribeiro (2005) utiliza la edad y el género como variables clave para explicar la demanda de servicios de salud en Brasil, constatando que el número de episodios de baja es creciente con la edad y más frecuente entre las mujeres en edad reproductiva. Tovar y Arias (2005) también observan, para el caso colombiano, que la edad y el género son factores importantes en la determinación de la demanda de servicios sanitarios, además de la región geográfica y factores educacionales.

Para el caso específico de España, Angulo et al. (2007) observan que, entre otros factores, la edad y la nacionalidad española influyen positivamente en la demanda de servicios médicos y en los gastos que dicha demanda genera. También constatan que las mujeres presentan mayor nivel de gastos y que existen significativas diferencias en función de la zona geográfica. Álvarez (2001) observa que los individuos sin estudios tienen una probabilidad de acudir al médico menor que las personas con estudios primarios y que la mayor densidad de médicos por habitante incrementa la demanda. Corrales et al. (2008) encuentran diferencias importantes en la duración de las bajas por accidentes de trabajo entre las Comunidades Autónomas. Hay también evidencias para Aragón que muestran que la edad y la nacionalidad española influyen positivamente en la demanda de servicios médicos y en los gastos que dicha demanda genera. También constatan que las mujeres presentan mayor nivel de gastos y que existen significativas diferencias en función de la zona geográfica (Álvarez, 2001). De modo similar, se observan diferencias importantes en la duración de las bajas por accidentes de trabajo entre las diferentes Comunidades Autónomas (Corrales et al., 2008).

La literatura sobre la decisión y el nivel de uso de los servicios de salud considera dos enfoques generales para estimar las necesidades y la demanda (Trías, 2004). El denominado enfoque tradicional se basa en la teoría del consumidor y argumenta que la demanda de atención sanitaria se determina por un problema de maximización de utilidad del paciente, considerando una función de producción de salud (Grossman, 1972). En dicho modelo, el trabajador toma la decisión de demandar o no la atención médica y la cantidad de servicios sanitarios que necesita. El enfoque de la agencia (Zweifel, 1981), alternativamente, argumenta que el uso de los servicios de salud se determina en dos etapas. En una primera etapa, el paciente toma la decisión de demandar o no el servicio y, en la segunda, una vez accionado el sistema de atención sanitaria, el médico decide el tratamiento o el tiempo de baja. Este es el enfoque utilizado en el estudio que aquí se referencia<sup>8</sup>. Una vez que se conocen los principales determinantes de la ITCC, se estiman los determinantes del número de días de baja.

A partir de la Muestra Continua de Vida Laboral (MCVL) de 2007<sup>9</sup> y de una muestra sobre IT elaborada “ad hoc” por el Ministerio de Trabajo<sup>10</sup>, se hace un análisis, desde tres razonamientos distintos, de la protección de las ITCC en España, para el periodo 2005 y

<sup>8</sup> Considerando la literatura empírica existente (Clavero y González, 2005 y Álvarez, 2001), y las características del sistema español de cobertura de la ITCC, se estimó (en la investigación referida en la nota a pie de página 2 la demanda de ésta a partir de un modelo de probabilidad de demandar un servicio. El modelo estima la probabilidad de que un trabajador, con determinadas características, tenga la necesidad de requerir atención médica, a partir de un modelo *probit*. Posteriormente, para la determinación de los días de baja, se utiliza un modelo de *count data*, fundamentado sobre todo en las distribuciones de *Poisson* o *Binomial negative*. Véase estudio referenciado en nota a pie 2.

<sup>9</sup> Véase, para una descripción detallada de esta Encuesta Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2007) y Argimón y González (2006).

<sup>10</sup> No se ha podido llevar más allá de este año la elaboración de tal muestra, de ahí que el análisis econométrico no se haya podido reproducir para años posteriores.

2006. Se caracteriza la cobertura de la protección, según sexo, edad, sector de actividad, tipo de contrato y régimen de cotización, tanto para la Mutuas como para el INSS. Se analiza la incidencia de ITCC por ambas instituciones, evaluando los números de casos y el tiempo de la baja, por características personales de los protegidos, sectores de actividad, tipo de contrato y régimen de cotización. Por último, se utiliza un modelo econométrico con el objetivo de estimar la eficiencia del sistema de ITCC en la óptica del modo como los trabajadores entran en el sistema de baja.

Con relación a la protección de ITCC, las Mutuas abarcan el 53,5 por ciento de las relaciones de trabajo protegidas frente al 43,7 por ciento del INSS; el 2,9 por ciento de las relaciones laborales no tendrían protección de ITCC. Por género, las Mutuas poseen una concentración más elevada de hombres, cuando se compara con la composición de las relaciones laborales gestionadas por el INSS. En cuanto a la estructura de edades, las Mutuas mantienen una edad media menor para los trabajadores protegidos respecto a la correspondiente al colectivo gestionado por el INSS, tanto entre los hombres como entre las mujeres (dentro del INSS la edad media de los hombres es de 38,5 años, mujeres 37,8 años y la total de 38,1 años; de la Mutuas es de 35,9 para los varones, 34,5 para las mujeres y de 35,3 para el total de la población). Además, las diferencias de edad son más acentuadas en la cobertura de la ITCC cuando se comparan por tramos de edad: la población más joven, hasta los 42 años, está atendida principalmente por las Mutuas, mientras que a partir de esta edad se observa una inversión en la cobertura a favor del INSS.

Por tipo de contrato, se observa que el INSS tiene una presencia más significativa en los contratos de trabajo temporal a tiempo completo; por otra parte, en la Mutuas predominan las relaciones de trabajo con contratos fijo, tanto de jornada parcial como a jornada completa, así como en los contratos temporales a tiempo parcial.

Por sector de actividad, las Mutuas protegen por ITCC mayoritariamente las relaciones laborales de los sectores de la industria, construcción y comercio, con un porcentaje superior al 68 por ciento; para el sector agrícola, más del 90 por ciento de los trabajadores están protegidos por el INSS. Utilizando la clasificación CNAE 93 se puede constatar una sobre representación del INSS en los sectores de agricultura y pesca, con un 90,8 por ciento de los contratos. La participación del INSS también es destacable en la Administración Pública y Defensa, además de las actividades sanitarias, veterinarias y servicio social. Las Mutuas tienen principal representación dentro del sector de industrias manufactureras diversas, en la industria del cuero y calzado y en la industria de la madera. Los sectores más equitativos en términos de distribución de los contratos entre las Mutuas y el INSS son la industria extractiva, el de educación y los servicios al hogar.

Considerando ahora las características de la protección únicamente de los trabajadores ocupados en noviembre de 2006, para obtener las del trabajador tipo, según género y de acuerdo con el tipo de entidad gestora de la ITCC, las Mutuas administran el 56 por ciento de la cobertura de ITCC y abarcan casi un 60 por ciento de los varones. La distribución por edad es semejante a la del análisis anterior por relaciones laborales, es decir, los individuos protegidos contra ITCC tienen una edad media 3,6 años inferior en las Mutuas (38,6 años) que el en INSS (42,2 años). Además, el 75 por ciento de los trabajadores menores de 40 años se encuentran protegidos por las Mutuas, mientras que el INSS absorbe la cobertura de los trabajadores de mayor edad (a partir de los 52 años de edad es el INSS el que protege a un mayor número de trabajadores).

Por sectores de actividad, la distribución de la protección revela que los sectores de agricultura y de servicios son los que presentan el mayor porcentaje de trabajadores cubiertos por el INSS, mientras los trabajadores de la construcción civil y las actividades de comercio concentran su cobertura de ITCC en la gestión de las Mutuas. Utilizando la clasificación CNAE93, el INSS es el principal gestor de ITCC en sólo los sectores de actividades públicas, de seguridad y en las actividades de agricultura.

Con relación a la incidencia y a la duración de los procesos de ITCC, la muestra revela que existe una mayor tasa de incidencia entre los protegidos del INSS que en el de las Mutuas, en el total, por género, por tipo de contrato y por sectores de actividad, tanto cuando se refiere a la incidencia total como a la subsidiada; aunque la diferencia entre ambas instituciones disminuye sensiblemente cuando se refiere solo a los días subsidiados. Es decir, la tasa media de incidencia ha sido, en 2006, de 28,3 por mil en el caso del INSS, mientras en el caso de las Mutuas ha sido de 17,5 por mil; sin embargo, cuando se consideran solo los casos subsidiados, la diferencia disminuye para solo 3,4 punto por mil, derivado de una tasa de 12,7 por mil en el INSS y de 9,3 por mil en las Mutuas. Esa diferencia se explicaría especialmente por la incidencia subsidiada para las mujeres, que es de 5,1 puntos por mil, mientras que entre los varones la diferencia se reduce a solo 1,9 puntos por mil.

Cuando se analiza la distribución de frecuencia de días de baja de los procesos gestionados en los dos años estudiados, se constata una concentración en los procesos de corta duración, hasta 15 días. Pese a presentar una distribución muy similar, las Mutuas gestionan procesos de duración media más elevada, reflejando también la cantidad más elevada de días subsidiados, principalmente entre los trabajadores autónomos. Considerando exclusivamente a los trabajadores que generan casos de ITCC, se observa una reincidencia más elevada entre los trabajadores gestionados por el INSS. En media, cada trabajador que solicita una baja médica por el INSS, lo hace 1,58 veces, mientras entre los que solicitan en la gestión de las Mutuas, generan 1,41 procesos en media. Esta diferencia entre una y otra forma de gestión es más acentuada dentro del Régimen General.

También se ha investigado sobre los casos en los que el protegido ha cambiado de institución protectora durante los dos años estudiados. Se observa que cuando los trabajadores tienen una edad más elevada la dirección del cambio se produce hacia el INSS. Este hecho es consistente con la distribución de la gestión de ITCC en función de la edad. Además, se observa también que han cambiado hacia el INSS los trabajadores que presentan una duración total de sus procesos más elevada. Sin embargo, las Mutuas han recibido trabajadores que han cobrado la prestación por IL una media superior de días.

La última parte de este análisis utiliza la econometría para estimar los determinantes de la ITCC, tanto en términos de probabilidad de un caso de baja laboral por ITCC como el número de días de baja. Las variables explicativas son la edad, el sexo, la educación, el sector de actividad, el tipo de jornada laboral, el tipo de contrato y el tamaño del centro de trabajo.

La estimación de un modelo *probit* de la probabilidad de que un trabajador tipo presente un caso de ITCC a lo largo de 2006 confirma que entre los contratos gestionados por el INSS existe una probabilidad más elevada de casos de baja laboral por motivos médicos. En media, un trabajador tipo con contrato temporal tiene un 26 por ciento de probabilidad de iniciar un episodio de ITCC bajo la administración del INSS y un 17 por ciento bajo la gestión de alguna

Mutua Patronal. Entre los trabajadores con contrato temporal, dichas probabilidades de un 5 por ciento y un 8 por ciento respectivamente para INSS y Mutuas, mientras los trabajadores autónomos presentan probabilidades de 11 por ciento y 15 por ciento.

Esta diferencia de probabilidad de un caso de ITCC estaría explicada por la presencia de trabajadores de más edad entre los protegidos por el INSS. Otro factor importante es la distribución sectorial, donde la concentración de las actividades de administración pública en el INSS eleva las diferencias entre los dos sistemas de gestión de ITCC.

Con relación a la determinación del número de días de baja, se estima que los principales factores que aumentan los días de baja en un trabajador tipo son la edad, las mujeres y el tamaño del centro de trabajo. Cuando se considera la entidad gestora, se estima que los casos de ITCC gestionados por el INSS tienen una menor duración (45 días) que los de las Mutuas (47 días). También se constata que los procesos administrados por el INSS tienen una probabilidad inferior de generar costes al sistema, es decir, de un 55 por ciento de que un caso superar los 15 días de baja en el INSS y de un 58 por ciento entre las Mutuas.

Por lo tanto, no parece que sea, en primera instancia, la relación ingresos-gastos en la gestión de la ITCC la que explica la mayor o menor eficiencia en su gestión, ni el que haya una tendencia a que las MCSS incrementen, en los últimos años, el número de trabajadores cuya gestión de ITCC cubren, la población protegida, sino que serían otros factores ajenos al análisis espurio de ingresos-gastos. Con la información disponible no resulta factible demostrar que la MCSS realizan la prestación de ITCC para un mismo individuo tipo con menores costes que el INSS por razones atribuibles a una posible mejor gestión empresarial; lo que sería debido a una combinación de la probabilidad de baja de cada individuo protegido y de la duración del periodo subsidiado en la baja, que diera como resultado un coste menor. Como se ha mostrado en los resultados de los modelos desarrollados; con los datos analizados y para el período considerado no es posible demostrar una diferencia significativa en la eficiencia en la gestión de la ITCC que realizan ambas entidades.

En esta línea argumental, cabe establecer una hipótesis alternativa sobre de la existencia de un principio de selección adversa para el INNS, en tanto que las MCSS, compitiendo entre ellas, podrían tratar de seleccionar a las empresas con menores niveles de absentismo y/o duración de los procesos de baja, atendiendo a las características propias de la empresa (tamaño, sector, etc.) y a las de los trabajadores en ella ocupados (edad, sexo, nivel educativo, cualificación, etc.). Esto convertiría al INNS en el destinatario, residual, de los “malos” a efectos del gasto en ITCC. No quiere decir esto que la información sea asimétrica a estos efectos entre el INSS y las MCSS, sino que la praxis de selección la ejercerían estas últimas y no el primero; eso sí, serían los usuarios del sistema de protección, las empresas las que no gozarían del mismo nivel de información que las instituciones gestoras y, por tanto, su decisión de afiliación a una u otra entidad podría estar condicionada por factores inducidos por la entidad que practica actuaciones de selección adversa. Esto podría llevarse a cabo a pesar de que la normativa vigente no admite que una entidad gestora rechace la adscripción de una empresa que solicita vincularse a efectos de la ITCC (siempre que la entidad también le gestione la prestación por ITAEP). Si esto fuera así, se explicaría el hecho de que los datos reflejen un coste medio inferior por episodio de baja en el caso de las MCSS, respecto al INNS, en media, lo que no refleja, por tanto diferencias en los resultados de la gestión, sino diferentes estructuras en la población empresarial protegida

De ser cierto lo apuntado en el párrafo anterior, la hipotética situación de competencia en el sector no sería tal, en tanto que los elementos para competir no son identificables, sino que estaríamos hablando de mercados con información asimétrica entre tomadores y prestadores del seguro y prácticas colusivas entre los prestadores, con situaciones de asimetría en su praxis.

## 5. RESULTADOS

Este trabajo ha tratado de contribuir al debate sobre la gestión de la ITCC en España, presentando evidencias acerca de los determinantes de las diferencias en la gestión de entidades del sistema de ITCC en España. Aunque la evidencia existente en la literatura parece mostrar una menor eficiencia del INSS, gran parte de esa diferencia se debe a la heterogeneidad de las poblaciones protegidas en el INSS y las Mutuas.

No obstante el proceso de fuerte expansión de la cobertura por parte de las Mutuas de la IC en general y de la ITCC en particular, ha ido cambiando el perfil de tales signos de mayor eficiencia en la gestión. La incorporación al ámbito de gestión de las mutuas de sectores y empresas con mayores niveles de absentismo iría en detrimento de esa percepción de bondad en la gestión empresarial de tales prestaciones económicas. No obstante, los resultados obtenidos para finales de la pasada década, acerca de cómo enfocar el análisis de la gestión en este tipo de prestaciones, siguen siendo válidos en los momentos actuales; lo que ha ido cambiando, al compás de dicha expansión es el perfil sociosanitario de la población protegida por dichas entidades y, por tanto, se han ido elevando los costes de su atención, como muestran los datos más recientes.

Así, cuando se compara un trabajador tipo, homogéneo, con las mismas características, tanto el número de días de baja esperado como la probabilidad de que la ITCC supere los 15 días, se muestra estadísticamente inferior para el INSS. En consecuencia, cualquier evaluación de la eficiencia de ambas instituciones debe tener en cuenta, no sólo la tasa de incidencia y los días medios de baja, sino también las características demográficas-laborales de la población protegida por cada una de las instituciones gestoras de la ITCC en España.

La conclusión es sumamente relevante pues pone en cuestión la extendida creencia, en el ámbito de las Administraciones Públicas, pero también en el académico, de que la Mutuas gestionan con mayor eficiencia esta prestación del sistema de la Seguridad Social, cuando lo que está ocurriendo es que las características de la población cotizante atendida por ambas entidades difiere sustancialmente. Ello abre pie a un debate que lleva detrás una polémica intensa, la posibilidad de realizar prácticas de selección adversas, cuando la regulación lo permite, buscando los cotizantes cuyo perfil defina una menor probabilidad de iniciar episodios de ITCC.

No obstante a la vista de los datos más recientes, las posibles diferencias en el nivel de eficiencia en la gestión que se derivarían de ratios globales, como el número de días de baja por episodio o incluso el coste medio del día de baja, no avalan ya de manera inmediata la tesis favorable a las Mutuas. El avance de éstas en cuanto al grado de cobertura de la ITCC que gestionan está homogeneizando las características de las poblaciones atendidas con relación al INSS, lo que cercena paulatinamente el menor gasto por baja o por día de baja e incluso las diferencias en cuanto a los días de baja medios.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, Begoña (2001). “La demanda atendida de consultas médicas y servicios urgentes en España”, *Investigaciones Económicas*, XXV(1), 93-138.

AMAT – Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (2004). *Las mutuas de accidentes de trabajo y la prestación económica de incapacidad temporal por contingencias comunes*. Disponible en <http://www.amat.es/Ficheros/15077.pdf>

Andersen, Ronald (1978). “Health status indices and access to medical care”, *American Journal of Health*, 68(5), 458-463.

Andersen, Ronald M. (1995). “Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?”, *Journal of Health Social Behaviour*, 36: 1-10.

Angulo, Ana María et al. (2007). “Los determinantes sociodemográficos del gasto sanitario. Análisis con microdatos individuales”. *Fundación de las Cajas de Ahorros*. Documento de Trabajo n. 333/2007.

Argimón, Isabel y González, Clara Isabel (2006). “La muestra continua de vidas laborales de la Seguridad Social”, *Boletín Económico*, Banco de España, nº5, 39-54.

Armendáriz Pérez-Fraile (1989). “Problemas centrales de la sociología en torno a la salud pública”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 46, 141-164

Benavides, Fernando G. et al. (2010). “Evaluación de la gestión de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días en Cataluña”, *Gaceta Sanitaria*, vol. 24, nº 3, 215-219.

Cameron, A. Colin & Trivedi, Pravin K. (2005). *Microeconometrics: methods and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.

Clavero, Antonio y González, M<sup>a</sup> Luz (2005). “Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios”, *Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública*, Instituto de Estudios Fiscales, 173(2), 129-162.

Corrales, Helena; Martín Román, Ángel L. y Moral De Blas, Alfonso (2008). “La duración de las bajas por accidente laboral en España: ¿Se justifican las diferencias entre comunidades autónomas?”, *Revista de Economía Laboral*, Universidad de Oviedo, 5 (1), 73-98.

García, Carlos; Herranz, Virginia y Toharia, Luis (2007). “Análisis de las siniestralidad en el mercado de trabajo español con especial referencia al caso de las empresas de trabajo temporal”, *Jornadas FEDEA de Usuarios de la Muestra Continua de Vidas Laborales*.

Gordon, Margaret S. (1988). *Social security policies in industrial countries*, Cambridge U.P. Cambridge.

Grossman, Michael (1972). “The demand for Health: a theoretical and empirical investigation”, *National Bureau of Economic Research*, Columbia University Press.

Machnes, Y. (2006). “The demand for private health care under national health insurance: the case of the self-employed”, *European Journal of Health Economics*, 7, Issue 4, 265-269.

Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2007), *La muestra continua de vidas laborales. Descripción general* [consultado el 28/02/2015] Disponible en <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/190306.pdf>

Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2013). *Estadísticas de Contingencias Comunes – Duración Media e incidencia* [consultado el 28/02/2015]. Disponible en: [http://www.seg-social.es/Internet\\_1/Estadistica/Est/Otras\\_Prestaciones\\_de\\_la\\_Seguridad\\_Social/Incapacidad\\_Temporal/Incapacidadtemporal/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otras_Prestaciones_de_la_Seguridad_Social/Incapacidad_Temporal/Incapacidadtemporal/index.htm)

Panizo Robles, José Antonio (2015): “La reforma del régimen jurídico de las mutuas: otra ocasión perdida”, *Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum*, 1º trimestre, 19-44.

Preston, Samuel H.; Heuveline, Patrick y Guillot, Michel (2001). *Demography – measuring and modelling population processes*, Oxford: Blackwell Publishers.

Ribeiro, Mirian M. (2005). *Utilização de serviços de saúde no Brasil: uma investigação do padrão etário por sexo e cobertura por plano de saúde*, Belo Horizonte: CEDEPLAR.

Trías, Julieta (2004). “Determinantes de la Utilización de los Servicios de Salud: El Caso de los Niños en la Argentina”. *Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales*, Universidad de La Plata, Buenos Aires. Documento de Trabajo nº 9.

Vistnes, Jessica P. (1997). “Gender differences in days lost from work due to illness”, *Industrial and Labor Relations Review*, 50 (2), 304-323.

Zweifel, Peter (1981). “Supplier-induced demand in a model of physician behavior”, en Van der Gaag, Jacques y Perlman, Mark (eds.), *Health, Economics, and Health Economics*, Amsterdam: North Holland, 245-267.

