

DESPIDOS DISCIPLINARIOS POR FRAUDE EN INCAPACIDADES TEMPORALES: ¿QUÉ SIMULAMOS Y POR QUÉ?

Susana Blanco Fernández

Judith Velasco Rodríguez

Carmen González Pais

Psicólogas forenses. Gabinete de psicología «Recursos»

Este trabajo ha sido finalista en el **Premio Estudios Financieros 2016** en la modalidad de **Trabajo y Seguridad Social**.

El jurado ha estado compuesto por: don FRANCISCO CONDE VIÑUELAS, don FRANCISCO FERNÁNDEZ DÍEZ, don ÁLVARO NÚÑEZ GUTIÉRREZ, don LUIS PÉREZ CAPTÁN, don JOSÉ PRIETO y don EDUARDO ROJO TORRECILLA.

Los trabajos se presentan con seudónimo y la selección se efectúa garantizando el anonimato de los autores.

EXTRACTO

La obtención/prolongación de las incapacidades temporales de modo fraudulento es una de las causas de despidos disciplinarios según el Estatuto de los Trabajadores y los convenios colectivos. Aunque no disponemos de cifras unánimes, algunos estudios estiman la prevalencia de la simulación en torno al 23-54 %, apreciándose como patologías más susceptibles de engaño los trastornos mentales (p. ej. ansiedad y depresión) junto con cervicalgias o lumbalgias. El gasto en incapacidad temporal duplica el de las prestaciones no contributivas y triplica el de las familiares, con un presupuesto de 5.397 millones de euros para hacer frente a estas contingencias. Sin embargo, la problemática del uso perverso de estos subsidios no solo perjudica las arcas del Estado, sino a todos los ámbitos de la sociedad masificando las consultas médicas, provocando pérdidas en las empresas, llegando incluso a los juzgados por desacuerdos en el diagnóstico, en el alta o, como hemos mentado, por sospecha de fraude. En este sentido, el análisis de sentencias a través del estudio de las motivaciones, estimando o no las demandas (trabajador vs. empresa), se presenta como una herramienta adecuada para arrojar luz sobre este fenómeno: existencia de un perfil de simulador, características, diferencias de género, a qué destinan el tiempo de descanso que han obtenido de modo espurio, etc. Por lo que el conocimiento de estas variables ayudará a mejorar la detección de la simulación en estadios tempranos, disminuyendo así el gasto y la maquinaria necesaria para su descubrimiento.

Palabras clave: despidos disciplinarios, incapacidad temporal, simulación, evaluación y género.

Fecha de entrada: 03-05-2016 / Fecha de aceptación: 12-07-2016

DISCIPLINARY DISMISSAL AS A CONSEQUENCE OF TEMPORARY INCAPACITY FRAUD: WHY DO WE MALINGER AND HOW?

Susana Blanco Fernández

Judith Velasco Rodríguez

Carmen González Pais

ABSTRACT

To obtain or to prolong temporary incapacities fraudulently is a cause of disciplinary dismissal according to the Worker's Statute and the collective bargaining. Even though there are not absolute data regarding this issue, some studies reckon its prevalence around 23-54 %, being the most frequently feigned mental disorders (i. e., anxiety, depression) in addition to neck and back pain. Public expenditures in temporary incapacity doubles the non-contributory benefit one and triplicates family benefits with a budget of 5,397 millions of euros.

However, the misuse of these benefits not just affect the State, it has impact in society as a whole as it contributes to the massification of primary care services, it generates substantial losses to companies that even end up in courts because of diagnosis dissension, or as it was mentioned before, fraud suspicion. In this sense, the analysis of sentences through the study of the motivations, analysing the claims (workers v. companies) is a useful tool to shed light over this phenomenon as it may help to identify the existence of a profile of the malinger, gender differences, to which activities malingers dedicate their time, etc. Hence, knowing these variables may help to improve the identification of malingering in its early stages, lessening the expenses and the steps to its identification.

Keywords: disciplinary dismissal, temporary disability, malingering, assessment and gender.

Sumario

Introducción

1. Conceptos básicos sobre la incapacidad temporal
 - 1.1. Concepto de incapacidad temporal, duración y beneficiarios
 - 1.2. Causas que producen incapacidad temporal
 - 1.3. Cese de la prestación
 - 1.3.1. Jurisprudencia menor sobre despidos disciplinarios
2. Gasto derivado de las incapacidades temporales y prevalencia de la simulación
 - 2.1. Gasto y número de procesos de incapacidad temporal en España
 - 2.2. Prevalencia de la simulación en incapacidad temporal
 - 2.3. Duraciones medias de los procesos de incapacidad temporal por comunidades, años y patologías
3. Necesidad de mejora de la evaluación de los procesos de incapacidad temporal
 - 3.1. Datos sobre la gestión y control de la incapacidad temporal
 - 3.2. La necesidad de formación para la mejora de las evaluaciones de incapacidad temporal
4. Perspectiva de género en las incapacidades temporales
 - 4.1. Diferencias de género en cuanto al padecimiento de trastornos mentales
 - 4.2. Causas de las desigualdades
 - 4.2.1. La discriminación salarial
 - 4.2.2. La incorporación de la mujer al mercado laboral
 - 4.2.3. Otros factores explicativos
5. Indicadores de simulación de incapacidad temporal en trastornos mentales
 - 5.1. Variables asociadas a circunstancias que rodean las incapacidades temporales
6. Requisitos de la valoración de los trastornos mentales en relación con la incapacidad temporal
 - 6.1. Objetivos de la evaluación
 - 6.2. Consideraciones en cuanto a la valoración del puesto de trabajo
 - 6.3. Consideraciones finales
7. Prevención

Estudio empírico

1. Justificación del estudio y carácter innovador
 - 1.1. Objetivo
 - 1.2. Carácter innovador del estudio
2. Método
 - 2.1. Participantes
 - 2.2. Procedimiento
3. Resultados
 - 3.1. Resultados mediados por la variable género
4. Conclusiones y discusión

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

La incapacidad temporal (IT) es una de las prestaciones de la Seguridad Social que tiene un lugar destacado por su importancia social, laboral, sanitaria y económica. El presupuesto de la Seguridad Social destinado a dicha prestación solo en el régimen general (exceptuando autónomos, agrarios, del mar, carbón y hogar) en el año 2016 fue de 5.397 millones de euros, siendo la depresión y ansiedad junto con el esguince cervical y la lumbalgia las patologías que causaron mayor número de bajas laborales (SANTAMARÍA *et al.*, 2013). Al mismo tiempo, las patologías que acumulan una mayor frecuencia y reincidencia son las de carácter respiratorio, traumatológico, infecciones intestinales y trastornos mentales (AEVAL, 2009). Una de las consecuencias derivadas de la IT son las ausencias en los centros de trabajo, lo que provoca pérdidas de competitividad y producción, la necesidad de sustitución de las bajas con sus consecuentes problemas de organización, la disminución de la experiencia adquirida, etc. En relación con el absentismo en las empresas, un estudio realizado en 2012 pone de manifiesto que existe un 6,5% de la población trabajadora que no produce ningún día al año, lo que supone un promedio de 50,2 horas perdidas por trabajador y año a causa de la IT (VILLAPLANA, 2012). Un problema añadido a la casuística de las IT es el de la simulación o prolongación indebida de las mismas, que según diversos estudios llega a alcanzar una incidencia del 50% (DOMÍNGUEZ *et al.*, 2013). Este hecho se hace más patente en trastornos con síntomas de carácter más subjetivo y de gran prevalencia clínica en la sociedad actual como pueden ser fibromialgia, cervicalgia y lumbalgia crónica, depresión o ansiedad (SANTAMARÍA *et al.*, 2013), ya que es altamente probable que los sujetos tengan conocimiento de los mismos por experiencia propia o por conocidos que los hayan padecido, lo que facilita en cierto modo la simulación de la sintomatología. Estos datos coinciden con otros estudios que afirman que en el contexto médico-legal, la simulación y los patrones de exageración de síntomas se asocian al dolor, a la ansiedad y a la depresión, con objetivo de alcanzar incentivos económicos (MITTENBERG *et al.*, 2002). Además, se ha constatado que la presencia de trastornos mentales aumenta el número de días de baja (VELÁZQUEZ *et al.*, 2002). Por todo, estimamos necesario ahondar en el conocimiento de las características que acompañan a las IT obtenidas de modo fraudulento, para poder realizar las evaluaciones mediante una metodología estandarizada que contemple la posibilidad de estar fingiendo como hipótesis alternativa al trastorno, es decir, que se evalúe la simulación dado que es un contexto propicio para que se produzca (APA, 2014).

Por otra parte, existen variables tanto personales como organizacionales y sociales que influyen diferencialmente en hombres y mujeres ante la posibilidad de desarrollar una baja temporal, y no solo en cuanto al trastorno que la causa, sino también en cuanto al tiempo de duración y al modo de afrontamiento de la misma. Por este motivo, para realizar una adecuada valoración de cada casuística, nos parece importante conocer también si existen diferencias en las estrategias de simulación que utilizan, o si, al igual que señala la literatura, tienden a fingir unas patologías

u otras en función de si son mujeres u hombres. Además, siguiendo las recomendaciones y conclusiones del Tribunal de Cuentas de 2014, quedan claros los puntos débiles de las valoraciones: por un lado, la ingente cantidad de procesos que se deben evaluar a lo largo del año desborda a los profesionales y, por otro, que no existe formación suficiente respecto a la IT, no disponiendo de protocolos estandarizados para la valoración de la simulación. Es decir:

- Desde atención primaria se echa en falta un plan estructurado de investigación y de formación que estudie la adecuación de la baja al problema de salud, elabore guías en favor de la eficacia y de la valoración de los efectos adversos de la situación de baja, y que ayude a establecer un plan de formación continuada y la renovación de conocimientos y prácticas de probada eficacia (sobre todo, en lo que se refiere a los episodios que son con mayor frecuencia causas de abuso y fraude») (RODRÍGUEZ y MOROTE, 2008).
- Los profesionales de la medicina responsables de prescribir la baja laboral deben disponer de herramientas y procedimientos adecuados para valorar la posible relación de una enfermedad con las condiciones de trabajo.
- El fraude médico más frecuente es el de prolongar la situación de la baja, bien por la denominada medicina defensiva o bien por la falta de protocolos estructurados multimétodo para la detección de la simulación en las patologías más susceptibles de engaño (DANIEL, 2007).
- El Tribunal de Cuentas (2014), en cuanto a los procesos controlados y comprobados por el INSS durante el periodo fiscalizado mediante su envío mensual a la Tesorería General de la Seguridad Social para su cruce informático en la base de datos de recaudación, resalta que solo fueron enviados el 36 % de los que eran susceptibles de control.
- Una de las comprobaciones efectuadas sobre la base de datos del INSS del periodo 2010 a 2013, en la que se revisaba la información que constaba en la misma (datos médicos, datos médicos y económicos, datos económicos y partes de alta sin parte de baja) reveló que de 13 millones y medio de procesos analizados, 12 millones corresponden a contingencias comunes. De estos, 3 millones solo contenían información parcial, de lo que se deduce que más de un 23 % están incumpliendo o, por lo menos, presentan ciertas irregularidades con respecto a la normativa de remisión de los partes prevista en el [Real Decreto 625/2014](#). Este incumplimiento legal acarrea una merma de información que va en detrimento del control de las prestaciones (Tribunal de Cuentas, 2014).
- En lo tocante a los trabajadores asegurados por las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social por contingencias comunes, se observó una demora en los Servicios Públicos de Salud respecto a la prestación de la asistencia sanitaria, lo que provocó que diversos procesos de IT se prolongaran de forma innecesaria, ocasionando un incremento del importe de la prestación a cargo de las mutuas por causas ajenas a su control y gestión.

- En el ejercicio del 2011, en relación con los procesos de IT que sobrepasaban los 365 días, se llevaron a cabo en España 205.386 reconocimientos. De ellos, se concedió prórroga en 98.150 casos (el 47,78%), causando alta médica 61.794 y dando lugar al inicio de 45.442 expedientes de incapacidad permanente.

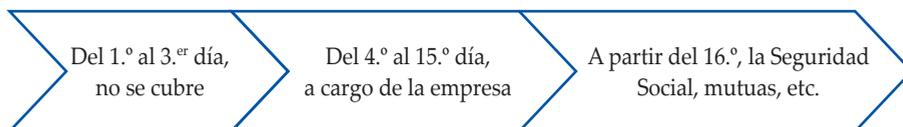
Por todo lo aquí expuesto, nos hemos propuesto mejorar el conocimiento sobre la simulación de IT y el mal uso que, mediante fraude, hombres y mujeres hacen de dichas prestaciones. Con ello, se mejorará la detección del uso perverso de estas bajas y el gasto asociado a las mismas a todos los niveles.

1. CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Antes de comenzar a desarrollar nuestro estudio, vamos a exponer brevemente las principales características legales de la IT.

1.1. CONCEPTO DE INCAPACIDAD TEMPORAL, DURACIÓN Y BENEFICIARIOS

Según el [Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre](#), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), se establece que tendrá la consideración de situación determinante de IT cualquier enfermedad común, profesional o accidente sea o no de trabajo mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el desarrollo del trabajo. Los beneficiarios serán aquellas personas integradas en el régimen de la Seguridad Social al que estén afiliadas y en alta en la fecha del hecho causante, mientras reciban asistencia sanitaria de la Seguridad Social y estén impedidas para el trabajo, salvo disposición legal expresa en contrario ([art. 172 LGSS](#)). Debemos tener en cuenta que en caso de enfermedad común, el trabajador ha de tener cubierto un periodo de cotización de 180 días dentro de los 5 años previos al hecho causante. Ahora bien, en caso de accidente, sea o no de trabajo, y de enfermedad profesional, no se exige periodo previo de cotización ([art. 172 b LGSS](#)). El objetivo de la prestación es el de cubrir la falta de ingresos que se producen durante la baja, consistiendo en un subsidio equivalente a un tanto por ciento sobre la base reguladora, que se fijará y se hará efectiva en los términos establecidos en la ley y los reglamentos generales para su desarrollo ([art. 171](#)). El pago se realizará del siguiente modo:



La duración máxima de una IT podrá ser de 12 meses prorrogables por otros 6 meses más si se presume alta médica por curación. Si transcurrido dicho periodo no se ha producido el alta, el equipo de valoración de incapacidades (EVI) tendrá que valorar el inicio de un proceso de incapacidad permanente (parcial, total, total cualificada, absoluta o gran invalidez) o bien un informe de denegación, siendo susceptible de recurso ante el Juzgado de lo Social .

1.2. CAUSAS QUE PRODUCEN INCAPACIDAD TEMPORAL

Existen cuatro tipos de contingencias que pueden dar lugar a IT: las enfermedades comunes, los accidentes no laborales, los de trabajo y las enfermedades profesionales. Entendemos por enfermedades comunes (que son las que aglutinan mayor número de procesos de IT) las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales, conforme a lo dispuesto en la ley ([art. 158.2 LGSS](#)). Entre ellas podemos destacar las enfermedades mentales tales como trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos. Sin embargo, ciertos trastornos de ansiedad como puede ser el trastorno de estrés postraumático (TEP), pueden ser consecuencia de un accidente de trabajo considerándose este toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena (o propia, si el trabajador autónomo ha suscrito la correspondiente cobertura de riesgo de accidente) ([art. 156 LGSS](#)). El accidente *in itinere* es aquel que sufre el trabajador al ir al trabajo o volver de este ([art. 156.2 a](#)). Se estimará accidente no laboral el que, conforme a lo establecido en el artículo [158.1 de la LGSS](#), no tenga el carácter de accidente de trabajo. En cuanto a la enfermedad profesional se entiende esta como aquella contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena y que esté provocada bien por los elementos del mismo o derivado de sustancias que se manipulan o a las que se está expuesto y se indiquen para cada enfermedad profesional. Es decir, que tales dolencias deben estar especificadas y recogidas en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la ley indicadas para cada categoría profesional ([art. 157 LGSS](#)), como el [Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre](#), por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social. Los ejemplos más claros son las enfermedades derivadas de radiación, de agentes químicos (p. ej. plomo, mercurio, etc.), agentes físicos (p. ej. ruido, vibraciones, temperatura, etc.), biológicos o carcinogénicos y enfermedades infecciosas/parasitarias (p. ej. tétanos, ántrax, etc.) o enfermedades de la piel (p. ej. dermatosis).

1.3. CESE DE LA PRESTACIÓN

La pérdida o suspensión del subsidio por IT puede darse, bien por la realización de una actuación fraudulenta para su obtención o conservación, bien porque el beneficiario siga trabajando por cuenta propia o ajena, o debido al abandono o rechazo del tratamiento que le fue indicado ([art. 175 LGSS](#)). Para ilustrar esta casuística hemos decidido incluir un apartado sobre la jurisprudencia (con ejemplos de sentencias) y los despidos disciplinarios que, en no pocas ocasiones, se producen a raíz del incumplimiento de los convenios colectivos y el Es-

tatuto de los Trabajadores, y que recogen y establecen expresamente las sanciones derivadas de la simulación de una patología para la obtención o prolongación de una prestación como la de IT. Asimismo, también se contemplarán como causas de extinción de dicho subsidio el transcurso del plazo máximo estipulado; la obtención del alta médica, con o sin declaración de invalidez permanente; la adquisición de pensión por jubilación o el fallecimiento del perceptor (art. 174.1 LGSS).

1.3.1. Jurisprudencia menor sobre despidos disciplinarios

La simulación de una dolencia o trastorno para la obtención o prolongación fraudulenta de una prestación no solo da lugar a la pérdida de la misma, sino que también acarrea otras consecuencias negativas como puede ser el despido disciplinario por incumplir algunos de los artículos de los convenios colectivos o del Estatuto de los Trabajadores. Así, en la mayoría de los convenios colectivos se entiende como falta grave o muy grave la simulación para la obtención de una IT o cualquier actividad que contravenga las prescripciones médicas de cara a la mejoría. Ante estas situaciones, el régimen disciplinario impone sanciones que van desde la suspensión de empleo y sueldo, hasta inhabilitación o despido. En cuanto al Estatuto de los Trabajadores entiende este que el contrato podrá extinguirse, entre otras causas, por las que se contemplan en el [artículo 54.2 d\)](#): la transgresión de la buena fe contractual, así como el abuso de confianza en el desempeño del trabajo. Seguidamente, vamos a exponer unas cuantas sentencias que recogen estos ejemplos.

La [STSJ de Galicia 5334/2014](#) declara procedente el despido por motivos disciplinarios a un trabajador de una empresa de A Coruña por infringir los artículos 41 d) del Convenio Colectivo de la empresa Compañía de Tranvías y el artículo 54.2 d) del Estatuto de los Trabajadores. En cuanto al primero, recoge como falta muy grave «la realización de trabajos de cualquier clase por cuenta propia o ajena, hallándose el empleado en situación de baja laboral por enfermedad o accidente»; mientras que el segundo contempla como incumplimiento contractual «la transgresión de la buena fe contractual, así como el abuso de confianza en el desempeño del trabajo». La jurisprudencia señala que para que pueda considerarse falta grave la realización de actividades durante un proceso de incapacidad laboral, las actividades efectuadas conllevarán las siguientes particulares:

- a) Que con las actividades que se realicen durante la baja se perjudique o retrase la curación del trabajador; y por otro,
- b) Que de algún modo tales actividades pongan de manifiesto la capacidad del actor para trabajar, lo que evidenciaría una simulación de la enfermedad en perjuicio tanto de la empresa como de la Seguridad Social que subvencionan el periodo de baja, destinado en principio para la adecuada curación de la dolencia que aparta al operario de la realización de las funciones propias de su tarea habitual.

En esta sentencia, el empleado se hallaba en situación de baja laboral por enfermedad común derivada de un accidente de tráfico con el diagnóstico de contractura cervical, recibiendo asisten-

cia médica, con medicación prescrita y con rehabilitación; no obstante, fue observado realizando labores propias de quien regenta un establecimiento abierto al público, con total movilidad.

La STSJ de Madrid 411/2014 desestima el recurso de suplicación que ha interpuesto un trabajador despedido, confirmando nuevamente la sentencia dictada anteriormente, entendiendo que el trabajador, oficial de segunda que llevaba a cabo su actividad laboral en una cooperativa madrileña, estando de baja por accidente de trabajo con un diagnóstico de lumbalgia, con tratamiento farmacológico y rehabilitación, estaba incumpliendo el artículo 57 d) del Convenio Colectivo del sector de industria, servicios e instalaciones de metal de la Comunidad de Madrid (simulación de enfermedad o accidente) y el artículo 54 d) del Estatuto de los Trabajadores, puesto que durante el periodo de baja realizó actividades de conducción, hizo deporte o ejerció como árbitro en 10 pruebas deportivas de kárate cobrando por ello 42 euros.

La STSJ del País Vasco 2804/2014 desestima también el recurso de suplicación interpuesto por la trabajadora de servicios de limpieza despedida mediante despido disciplinario tras la aplicación de las normas del Convenio Colectivo de empresas concesionarias de servicios de limpieza Daimlerchrysler de Vitoria y el Acuerdo Marco Estatal del sector de limpiezas de edificios y locales, fallando a favor de la empresa, ya que fue despedida por transgresión de la buena fe contractual (art. 54.2 d) ET) por realizar durante su proceso de IT actividades contrarias a su recuperación, teniendo un diagnóstico de dolor articular/gonalgia, y no obstante subía al tranvía directamente y no por las ramplas, iba de compras con el carrito del bebé incluso en días de nieve, etc.

La STSJ de Valencia 577/2013, al igual que todas las anteriores, recoge que la trabajadora, en situación de IT con un diagnóstico de ansiedad, ha quebrantando la buena fe contractual habiendo obrado con intención defraudatoria, ya que tras el cese de su periodo vacacional, cursa baja laboral para realizar actividades formativas como profesora incompatibles con su situación de IT, incurriendo en una falta muy grave de simulación de enfermedad (art. 54 d) ET y 64.3 y 13 CCo para empresas encuadradas en la Asociación Nacional de Grandes Empresas de Distribución [ANGED]).

La [STSJ de Asturias 1333/2013](#), que declara la procedencia del despido de una trabajadora al quedar probado que mantenía sus actividades diarias, de ocio y lúdicas de modo normal, pero aportaba a la empresa los partes de IT correspondientes por contractura cervical y, sin embargo, evidenciaba aptitud para el desempeño de su puesto de trabajo como camarera. Y en este sentido la doctrina es coincidente ya que «cuando el trabajador a través de los actos que realiza evidencia que se encuentra en una situación de normalidad, revelada precisamente por su conducta extralaboral, lo obligado es que pida el alta y se reincorpore al trabajo, y de no hacerlo así está incurriendo en la causa de despido». En este caso, se ha aplicado el incumplimiento del Convenio Colectivo de Hostelería que existe en Asturias que tal y como aparece recogido en la Resolución de 10 de marzo de 2014 de la Consejería de Economía y Empleo tipifica como falta muy grave la simulación de enfermedad o accidente en el ámbito laboral.

La STSJ de Andalucía 3588/2011, que estima procedente el despido disciplinario del trabajador por considerar falta muy grave la simulación de enfermedad o accidente, tal y como apa-

rece recogido en los artículos 53 y 55 del Convenio colectivo para las empresas dedicadas a los servicios de campo para actividades de reposición; conllevando además una transgresión de la buena fe contractual, así como un abuso de confianza en el desempeño del trabajo. Ya que, tras ser evaluado el trabajador por el EVI, resultando apto para trabajar con la única limitación de que «no puede realizar deambulación con manejo de cargas», y tras haber la empresa realizado las adaptaciones oportunas en su puesto de trabajo (p. ej. tranспаlet eléctrico, cargas más livianas) para que pueda desarrollar este sin problemas, no obstante, el asalariado se mantenía en su actitud de no trabajar acudiendo a la empresa en muletas.

Como conclusión, podemos destacar que este tipo de prácticas aparecen reflejadas a lo largo de todo el territorio español, que son realizadas tanto por hombres como por mujeres, en profesiones muy diversas, y en el que, sin embargo, a pesar de la pequeña muestra analizada, se repiten los diagnósticos de ansiedad, cervicalgia, lumbalgia y diversos dolores articulares, tal y como hemos recogido en la introducción, reflejando que los trastornos más susceptibles de ser simulados son los trastornos mentales y los que tienen cierto componente subjetivo en la expresión de su sintomatología.

Seguidamente examinaremos los datos de los que disponemos acerca de la prevalencia de la simulación en la IT.

2. GASTO DERIVADO DE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES Y PREVALENCIA DE LA SIMULACIÓN

2.1. GASTO Y NÚMERO DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN ESPAÑA

El presupuesto destinado por la Seguridad Social a las prestaciones derivadas de las IT es ingente (5.397 millones de euros para el ejercicio 2016). No obstante, no se trata solo del coste de la prestación en sí, sino del enorme gasto que genera a todos los niveles de la sociedad. Por una parte a los servicios de salud (p. ej. atención primaria, servicios especializados, pruebas complementarias, medicamentos, etc.). Por otra parte a la empresa, derivado de la pérdida de productividad, reemplazo de personal, mal ambiente organizacional, etc. Si atendemos a la evolución del gasto a través de los años, se observa un incremento paulatino desde el año 1998 hasta el año 2008, llegando a alcanzar los 7.534 millones de euros. A partir de esa fecha sufre ligeros altibajos y desde el año 2012 tiende a mantenerse alrededor de unos 6.000 millones de euros, disminuyendo en el 2014 hasta casi los 5.000 millones tal y como reflejan las cifras de los Presupuestos Generales del Estado. En el gráfico 1 podemos observar el presupuesto destinado a la IT en el régimen general, excluyendo autónomos, agrarios, del mar, carbón y del hogar.

Ante el elevado gasto que genera esta prestación, nos parece relevante conocer cómo se distribuyen los procesos de IT por comunidades. De este modo sabemos que el total de proce-

dimientos de IT en vigor en España a final del mes de diciembre de 2014 era de 117.964. En la tabla 1 exponemos la prevalencia de los mismos por contingencias comunes (excepto autónomos) por cada mil trabajadores protegidos y el número de procesos en vigor acumulados a diciembre de 2014 en algunas de las comunidades autónomas en España, para que podamos hacernos una idea de la gran cantidad de bajas laborales que se suceden a lo largo de un año y que, por otra parte, tienen que ser atendidas por los médicos de atención primaria y, posteriormente, por la inspección médica.

Gráfico 1. Evolución del gasto destinado a IT por años (millones de euros)

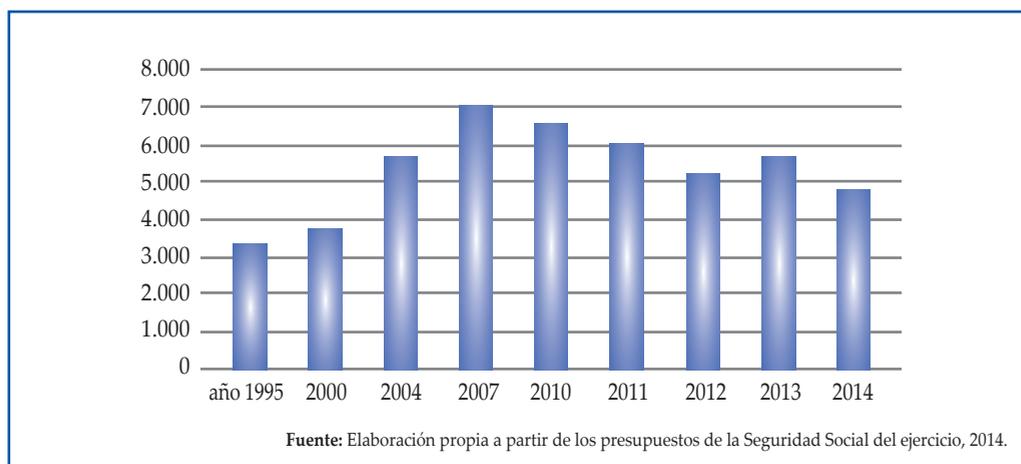


Tabla 1. Procesos de IT en vigor a diciembre de 2014 por comunidad autónoma

Comunidad autónoma	Prevalencia por cada mil trabajadores protegidos	N.º de procesos en vigor (diciembre 2014)
Andalucía	20,15	22.744
Asturias	27,57	3.424
Cantabria	30,86	1.645
Castilla y León	23,33	3.987
Cataluña	26,52	19.217
Extremadura	22,59	3.201
Galicia	29,10	7.462
Madrid	22,33	13.624
Murcia	29,90	5.162
		.../...

Comunidad autónoma	Prevalencia por cada mil trabajadores protegidos	N.º de procesos en vigor (diciembre 2014)
.../...		
Valencia	24,75	10.015
País Vasco	32,68	9.959
Fuente: INSS, 2015.		

2.2. PREVALENCIA DE LA SIMULACIÓN EN INCAPACIDAD TEMPORAL

Debemos ser conscientes de que dentro de los datos expuestos en el apartado anterior está incluido un porcentaje de procesos de IT que son obtenidos o prorrogados de modo fraudulento, es decir, se trata de simulaciones, sobresimulaciones o prolongación indebida de sintomatología para seguir disfrutando de los beneficios que acarrea el mantenimiento de la prestación.

Aunque no se dispone de datos oficiales sobre la prevalencia de la simulación en la IT, estudios como los de SANTAMARÍA *et al.* (2013) refieren que no tanto la simulación como tal, pero sí la exageración o perpetuación de sintomatología es una práctica bastante extendida para la obtención o continuación de ventajas (p. ej. prestaciones como bajas, incapacidades, concesiones, permisos, ayudas, etc.), llegando incluso a cifras cercanas al 50% (DOMÍNGUEZ *et al.*, 2013). Si bien las cifras no son unánimes, se estima en un 14% la simulación de la ansiedad y depresión (MITTENBERG *et al.*, 2002), mientras que si nos referimos a la simulación por discapacidad o compensación por lesión, los resultados alcanzan valores de entre de 23 y 54% (PLOHMANN, 2013). VAN EGMOND *et al.* (2005) encontraron en su estudio que un 42% de los pacientes de consultas clínicas ordinarias esperaban conseguir ventajas que iban más allá de la mejoría terapéutica. Entre ellas se encontraban la obtención de bajas laborales, discapacidades o acceso a un nuevo alojamiento.

Las características que tienen en común los trastornos más simulados (p. ej. depresión, cervicalgia, etc.) son las de tener carácter crónico y cierta subjetividad en su sintomatología. Asimismo, su elevada prevalencia conlleva a que su clínica sea conocida por gran parte de la población, facilitando la enumeración de la sintomatología y, en consecuencia, su simulación. Por ende, aun tomando como referencia los estudios que establecen la simulación en un 14%, son datos preocupantes, ya que no debemos olvidar que la tercera causa de IT está producida por los trastornos mentales (p. ej. depresión y ansiedad, etc.), que, a su vez, son unas patologías que presentan una duración muy superior a la de la media. En España se estima que el gasto producido por la depresión es de 5.005 millones de euros anuales (VALLADARES *et al.*, 2009). En tanto que el gasto en dolencias como enfermedades osteomusculares oscila entre 9.000 y 29.000 millones de euros (RODRÍGUEZ Y MOROTE, 2008). Dicho de otro modo, cada persona con depresión cuesta al año en España 3.362 euros (SICRAS *et al.*, 2010). Es más, se estima que hasta el 60% del gasto dedicado a la enfermedad mental lo acaparan los altos costes indirectos que generan.

En conclusión, por representar unas de las patologías más prevalentes, por constituir uno de los grupos de mayor gasto, tanto derivado del gran número de días de baja que provocan, como del gasto derivado de las intervenciones necesarias para su restitución, y por ser uno de los grupos de patologías más susceptibles de simulación, los trastornos mentales y las cervicalgias y lumbalgias deben ser valorados minuciosamente y bajo la hipótesis alternativa de simulación.

2.3. DURACIONES MEDIAS DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR COMUNIDADES, AÑOS Y PATOLOGÍAS

Por otra parte, el problema del gasto producido por las prestaciones derivadas de IT no es solo el que procede de las bajas fraudulentas por simulación o prolongaciones indebidas, sino que también se están incrementando las duraciones medias (LIVANOS Y ZANGELIDIS, 2010). En el año 2008, Valencia, Extremadura, Andalucía y Asturias eran las comunidades autónomas que tenían unas duraciones promedio más altas en incapacidades temporales por contingencias comunes (ITCC), siendo en esta última de casi 50 días, mientras que la media nacional se encontraba en torno a los 35,69 días. Esta tendencia al alza continúa, ya que si tomamos como ejemplo las ITCC que causaron alta en 2011, observamos que la duración media de los procesos era de 45,51 días, aumentando en 2012 a 48,51 días (véase tabla 2). Es decir, la duración media de los procesos de IT aumentó en un 4%. Es más, haciéndonos eco de noticias de actualidad, diversos medios de comunicación destacan que en comunidades como Asturias, la duración media de las IT por trastornos mentales, especialmente de la depresión, es de 99,71 días, casi el doble que la media general nacional. Además, no solo el tiempo medio de duración se amplía, sino que más del 80% de los procesos superan los estándares establecidos por el Manual de Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal (2009), donde se exponen las duraciones medias (en días) que se estiman suficientes para la curación de cada patología (véase tabla 3). No obstante, como hemos comentado, los tiempos medios de cada proceso de IT dependen de muchos factores, entre ellos, uno de los que más peso tiene es el tipo de patología que lo causa, ya que puede oscilar entre 4 o 7 días, como puede ser el de una diarrea u otalgia, o una gripe o conjuntivitis, respectivamente, a 120 días como en el caso de un infarto cerebral por oclusión de alguna arteria cerebral o un trastorno afectivo bipolar mixto, o 240 días como en el caso de ciertas leucemias. Pasando por procesos de duración más moderada como pueden ser una fractura de clavícula o hernia inguinal, con 45 días de media, luxación de cadera, 90 días, o 60 en una mastectomía (Manual de Tiempos Óptimos, n. d.) (véase gráfico 2).

Tabla 2. Duración media de las ITCC en España por comunidad autónoma en los años 2001-2012

Comunidad autónoma	Duración media de los procesos con alta en 2011	Duración media de los procesos con alta en 2012
Andalucía	37,66	40,21
		.../...

Comunidad autónoma	Duración media de los procesos con alta en 2011	Duración media de los procesos con alta en 2012
.../...		
Aragón	30,91	33,36
Asturias	45,51	48,51
Canarias	31,39	33,38
Cantabria	38,06	42,51
Castilla-La Mancha	40,31	46,93
Castilla y León	40,06	44,32
Cataluña	32,50	30,29
Extremadura	46,00	52,20
Galicia	53,17	58,59
Islas Baleares	32,91	34,07
La Rioja	32,28	34,25
Madrid	27,28	29,35
Murcia	46,53	48,45
Navarra	24,46	26,00
País Vasco	36,33	38,46
Valencia	50,67	51,00

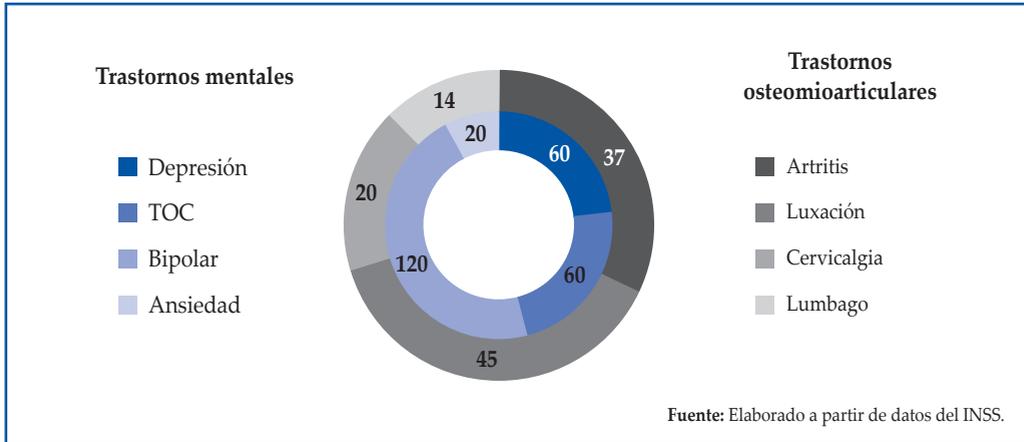
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Tribunal de Cuentas, 2014.

Tabla 3. Comparación de la duración media de las ITCC con el tiempo estándar

Diagnóstico	Duración media de las ITCC en días		
	Duración administrativa	Duración estándar óptima	% de procesos que superan los estándares
Depresión mayor	147	60	82 %
Ansiedad no especificada	93	20	98 %
Ansiedad generalizada	81	30	88 %
Distimia	118	45	85 %
Tr. adaptativos	88	20	98 %

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2009.

Gráfico 2. Tiempo medio (en días) de la IT según causa



3. NECESIDAD DE MEJORA DE LA EVALUACIÓN DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Podríamos decir que dos son las causas que destaca la literatura como los problemas fundamentales acerca de la evaluación de las IT. Por una parte se encuentra el gran número de procesos que se generan al año, lo que desborda tanto a los médicos de atención primaria como a las comisiones de inspección que actúan posteriormente. Además, existe una gran cantidad de procesos que no son controlados por las entidades pertinentes o que carecen de partes de baja o alguna otra documentación. Por otra, nos encontramos ante la falta de formación de los profesionales encargados de proporcionar las bajas. Bien porque no son realmente conscientes de que se trata de una prestación sustentada con dinero público que debe destinarse a paliar la falta de ingresos cuando no se puede ejercer el trabajo para el que se ha sido contratado, y no para otros cometidos, bien por ser poco precisos en sus diagnósticos, lo que en ocasiones produce iatrogenia en las personas evaluadas, o porque esto supone invertir en disminuir los efectos de un trastorno, en que si se hubiera empleado un poco más de tiempo en categorizar correctamente, se beneficiaría tanto a la persona que lo padece como al sistema en general.

3.1. DATOS SOBRE LA GESTIÓN Y CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Las autoridades en la materia se están dando cuenta de la necesidad de una buena gestión y control de los procesos derivados de IT. Por ello, se están llevando a cabo, desde muy diversos ámbitos, estrategias para la mejora de su eficiencia. No obstante, el Tribunal de Cuentas

(2014) arroja datos nada halagüeños en relación con la gran cantidad de procesos que se valoran a lo largo de un año y la descoordinación que existe sobre algunos temas. Un dato que ejemplifica cómo los servicios de evaluación y gestión de la IT se ven desbordados es el que en el ejercicio de 2011, en relación con los procesos de IT inferiores a los 365 días, se llevaron a cabo en España 354.088 reconocimientos. Tras la evaluación, continuaron en situación de IT 311.756, cursaron con alta médica tras inspección 36.126 y dieron lugar a la apertura de un expediente de incapacidad permanente 6.026. En la tabla 4 podemos contemplar las revisiones llevadas a cabo por comunidades autónomas. Concretamente Andalucía fue la comunidad autónoma donde más reconocimientos se produjeron, con un total de 91.889, dando como resultado 77.617 casos de prórroga, 12.097 causaron alta y 2.175 dieron lugar a apertura de expedientes de incapacidad permanente. Como contrapartida, Ceuta, Melilla y La Rioja fueron las comunidades con un menor número de reconocimientos. Como es obvio, tal cantidad de procesos con sus correspondientes evaluaciones se convierte en una tarea inviable para los profesionales, ya que resulta imposible dar una valoración adecuada a la ingente cantidad de procesos que necesitan ser evaluados.

Tabla 4. Número de procedimientos de IT evaluados en España en 2011

Comunidad autónoma	Total de reconocimientos	Continuidad de IT	Alta médica por inspección	Apertura de expediente de incapacidad permanente
Andalucía	91.889	77.617	12.097	2.175
Aragón	11.812	11.230	252	330
Asturias	14.628	12.790	1.712	126
Canarias	28.547	23.677	4.393	477
Cantabria	8.791	7.322	1.368	101
Castilla-La Mancha	8.993	8.180	515	298
Castilla y León	17.359	15.120	1.816	423
Extremadura	7.452	7.009	293	150
Galicia	31.641	26.177	4.662	802
Islas Baleares	7.778	6.918	736	124
La Rioja	1.663	1.568	76	19
Madrid	38.469	36.709	1.488	272
Murcia	10.994	9.638	1.266	90
Navarra	6.612	6.129	418	65
País Vasco	32.305	30.516	1.560	229
Valencia	33.695	29.879	3.300	516
				.../...

Comunidad autónoma	Total de reconocimientos	Continuidad de IT	Alta médica por inspección	Apertura de expediente de incapacidad permanente
.../...				
Ceuta	77	70	6	1
Melilla	1.383	1.207	168	8
Fuente: Tribunal de Cuentas, 2014				

Otros datos que también corroboran la gran cantidad de procesos de IT surgidos a lo largo de un año en España son que, en 2012, la incidencia media mensual por cada 1.000 trabajadores protegidos respecto a los procesos de ITCC (excluyendo a los trabajadores por cuenta ajena, a los autónomos y a los empleados de hogar) en algunas de las comunidades autónomas fueron los siguientes: en Asturias, el 17,20, siendo el número medio mensual de procesos iniciados en el mismo periodo de 5.297. En Andalucía, la incidencia media mensual por cada 1.000 trabajadores protegidos fue del 16,21, y el número medio mensual de procesos iniciados fue de 40.009. En Cataluña de 24,41 y 63.637, en Madrid de 21,55 y 54.029 y en Galicia de 18,86 y 11.470 respectivamente (Tribunal de Cuentas, 2014); siendo la prevalencia media por cada 1.000 trabajadores protegidos de 23,53 % (INSS, 2012).

Por otro lado, existen otras referencias que también nos están alertando de que no se está proporcionando una respuesta adecuada al tratamiento de las IT. Una de ellas es el tiempo medio transcurrido en las tramitaciones de las disconformidades presentadas por los trabajadores. En la Dirección Provincial del INSS en Madrid, por ejemplo, fue de 28,21 días, cuando el plazo establecido en la normativa para resolver tales asuntos es de 18 días naturales, lo que devengó en un perjuicio económico estimado de 65.634 euros solo en la Comunidad de Madrid. Otra es que en el periodo 2010-2012, el volumen de casos de IT no controlado informática ni manualmente por el INSS fue del 64%. De estos datos se extrae que existen 14.340 deducciones ilícitas por parte de las empresas, generando un importe de 15.613.061 euros, ya que muchos de esos procesos no están sustentados por los correspondientes partes de baja, por lo que es posible que ni siquiera exista un proceso real de incapacidad.

3.2. LA NECESIDAD DE FORMACIÓN PARA LA MEJORA DE LAS EVALUACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL

En este sentido, otro problema que se aprecia en las IT es que diversos estudios señalan que los médicos de atención primaria tienen dificultades para diferenciar las enfermedades comunes de las profesionales, especialmente las respiratorias, musculoesqueléticas y mentales. Así se ha encontrado que un 11,6% de los partes de baja no coinciden con la historia clínica, es decir, existe un problema en cuanto a la calidad de codificación de los diagnósticos de IT (BENAVIDES *et al.*, 2005). En un estudio llevado a cabo por RODRÍGUEZ y MOROTE (2008) se analizaron 29

diagnósticos de cáncer de mama masculino y 44 casos de cáncer de hueso, hallando que en el primer caso, ninguno de ellos se confirmó en la historia clínica ni en el conjunto mínimo básico de datos; mientras que en la segunda casuística, dos casos coincidieron con el conjunto mínimo básico de datos y 13 con la historia clínica. En cuanto a esto, no debemos olvidar que el grupo de enfermedades conformado por signos y síntomas denominados «causa mal definida» es el que ocupa la tercera posición en cuanto a frecuencias relativas de ITCC, aumentando, como comentaremos más adelante, en el periodo 1996-2006 un 8% (véase gráfico 3). Además, en la tabla 5 podemos observar los tiempos estándar de algunos síntomas, signos y causas mal definidas. Si atendemos a la cantidad de procesos de IT incluidos en esta categoría por sexos, encontramos en estos 10 años 54.185 casos de hombres y 43.455 casos de mujeres. Esta suma de subsidios sin un diagnóstico bien definido puede acarrear secuelas irreversibles, ofreciendo tratamientos contraproducentes, etc. Sin ánimo de ser exhaustivos, algunos de las posibles resultados de un mal diagnóstico pueden derivar en cronificación del trastorno por no haber actuado a tiempo; en relación con esto, una pronta detección facilita las actuaciones precoces, cruciales en muchos casos, favoreciendo la derivación a otros profesionales en caso de ser necesario, sin embargo, sin un diagnóstico preciso esto no es posible. Por otra parte, un diagnóstico acertado es imprescindible para la elección del tratamiento más adecuado y las medidas específicas a adoptar. Por ello, es necesario que tanto médicos como psicólogos, etc. sean capaces de ofrecer un dictamen unánime ante un mismo grupo de síntomas, ya que hoy en día no es inusual que si una persona presenta diversos informes, con una alta probabilidad aparecerán tres o cuatro diagnósticos diferentes. Por ende, para una correcta clasificación, los profesionales no deben guiarse únicamente por su experiencia, sino que es necesario la utilización de todos los medios técnicos y científicos a su alcance para garantizar el diagnóstico, sirviéndose de la evidencia científica al uso. Por otra parte, no olvidemos los riesgos de conceder el alta sin haber descartado hipótesis alternativas o cerciorarse previamente de que el sujeto esté en condiciones de incorporarse al trabajo (VÁZQUEZ, 2011).

Gráfica 3. Distribución de frecuencias relativas de IT respecto a los grandes grupos de diagnósticos

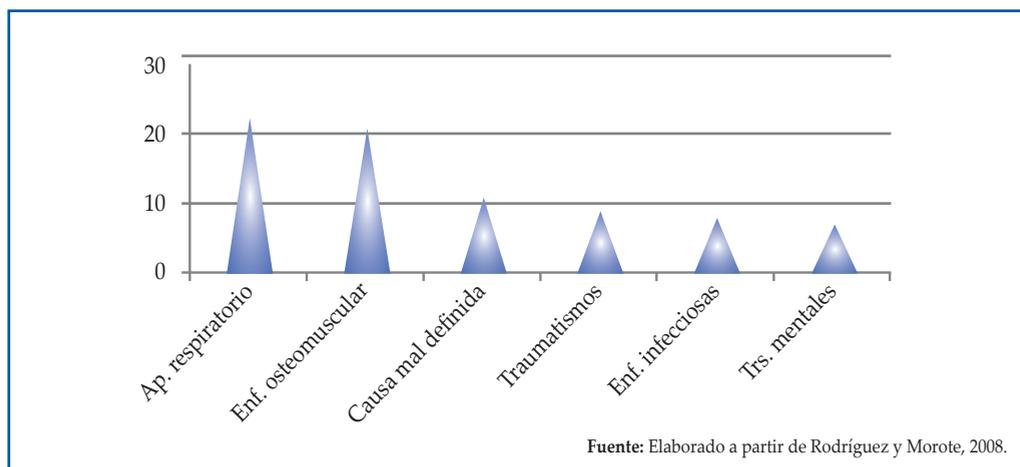


Tabla 5. **Tiempo estándar (en días) de síntomas, signos y causas mal definidas**

Causa de la baja	Tiempo estándar de baja (días)
Vértigo y mareos	7
Alteraciones del sueño	10
Malestar y fatiga	4
Cefalea	4
Síndrome de fatiga crónica	30
Dolor de garganta	4
Tensión arterial elevada sin hipertensión	4

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Manual de Tiempos Estándar de la IT, 2009.

En conclusión, algunas de las causas de la mala codificación diagnóstica pueden ser, junto a la complejidad que conlleva la valoración de los trastornos mentales (y otras muchas enfermedades, como acabamos de ver), el gran número de casos surgidos a lo largo del año, lo que sobrecarga, aún más si cabe, a los encargados de conceder las incapacidades; el poco tiempo del que disponen los profesionales, ya que generalmente son los médicos de cabecera los que emiten las bajas, lo que conlleva, en ocasiones, prórrogas indebidas, imposibilidad de detección de (sobre) simulaciones, diagnósticos erróneos o concesiones de altas cuando los pacientes no están completamente recuperados para incorporarse a la actividad laboral; sin olvidarnos de que, en numerosas ocasiones, existe falta de actualización de conocimientos y procedimientos generados por la ciencia. En este sentido, hay un cierto porcentaje de profesionales que no disponen de formación para la detección de la simulación, y según la literatura científica, en las contadas ocasiones en las que se sospecha simulación, rige la inexistencia de la aplicación de protocolos multimétodo para su valoración (SANTAMARÍA *et al.*, 2013).

4. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS INCAPACIDADES TEMPORALES

Múltiples estudios destacan las diferencias existentes en psicopatología entre mujeres y hombres. Por ello, también queremos prestar especial atención a si esta distribución de sintomatología se refleja de igual modo en la simulación.

4.1. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN CUANTO AL PADECIMIENTO DE TRASTORNOS MENTALES

Así, aunque la definición de salud no incluye explícitamente el constructo de género, este pasa a ser una variable relevante desde el momento en que determinadas circunstancias propi-

cian que mujeres y hombres padezcan en mayor medida unas patologías u otras (ROHLFS *et al.*, 2000). Además, no solo la prevalencia de las enfermedades mentales es diferente para hombres y mujeres (APA, 2007), sino que también observamos diferencias de género en cuanto a la expresión de síntomas, al modo en que ciertos factores sociales pueden afectar al curso de la clínica y a cómo enfrentan diferencialmente dichas situaciones, influyendo en su vida de modo desigual (RODRÍGUEZ y MOROTE, 2008). Por destacar algunos ejemplos, las mujeres tienden a puntuar más alto en quejas somáticas, cognitivas y problemas internalizantes, siendo en ellas más frecuentes diagnósticos como depresión o ansiedad; mientras que en los hombres, generalmente, aparecen puntuaciones más elevadas en sintomatología externalizante (MASON *et al.*, 2012), siendo más propensos a desarrollar trastornos antisociales y a abusar de sustancias, tendiendo a exteriorizar emociones de modo negativo e impulsivo (APA, 2014). Resultados similares se ofrecen en otros estudios señalando que el afrontamiento de los problemas mediante la externalización correlaciona con la desinhibición y consumo de drogas en general, mientras que las personas que tienden a la interiorización, generando miedo y angustia, suelen padecer más trastornos como depresión, ansiedad generalizada, fobia social o crisis de pánico, lo que ocurre en mayor medida en mujeres (GRIFFITH *et al.*, 2010).

Estudios como los de DOMÍNGUEZ *et al.* (2013) señalan como primera causa la patología osteomioarticular para ambos géneros, no obstante, como segunda causa destaca para los primeros las lesiones y los traumatismos, mientras que para las segundas estarían las patologías relacionadas con los embarazos, siendo la tercera causa, común para ambos, tratándose de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad. En general, los hombres tienden a tener menor número de procesos de IT derivados de trastornos mentales que las mujeres, no obstante, se observa que la duración de los procesos es mayor que los de ellas, y no solo en estas patologías, sino en muchas otras. En la tabla 6 podemos ver la duración media de los procesos de IT (en días) para hombres y mujeres en algunas de las comunidades autónomas de España.

Tabla 6. Duración media de los procesos de IT por comunidad autónoma y género

Comunidad Autónoma	Duración media de los procesos con alta en 2014	
	Mujeres	Hombres
Andalucía	51,40	61,40
Galicia	61,44	61,13
País Vasco	37,99	38,58
Valencia	56,82	60,40
Cataluña	35,40	34,16
Madrid	45,57	37,67
		.../...

Comunidad Autónoma	Duración media de los procesos con alta en 2014	
	Mujeres	Hombres
.../...		
Extremadura	68,30	80,38
Total	45,58	46,48

Fuente: INSS, 2014.

4.2. CAUSAS DE LAS DESIGUALDADES

Muchas de estas diferencias tienen su origen en las desigualdades de género. Y aunque la sociedad se esfuerza cada vez más en poner los medios necesarios para erradicarlas ([Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo](#)), muchas de ellas aún perduran o toman formas más sutiles y siguen afectando a la población. Por ejemplo, aunque las familias tienen descendencia cada vez más tardíamente, con las transformaciones sociales que esto conlleva frente a las familias tradicionales, las desigualdades de género siguen estando presentes. Por una parte, los modelos tradicionales generados por la división sexual del trabajo tanto dentro como fuera de casa y, por otra, los nuevos conceptos de familia (parejas de doble ingreso, de hecho, monoparentales) que se podrían esperar *a priori* más igualitarias, se dan de bruces con nuevas formas de discriminación. Entre ellas podemos destacar las discriminaciones laborales que sufren las mujeres (TORNS y RECIO, 2013), como la brecha salarial, ciertas políticas de conciliación y la perpetuación de los roles tradicionales asociados a las mujeres con los cuidados y a los hombres con lo remunerado.

4.2.1. La discriminación salarial

En lo tocante a la brecha salarial por razón de género se observa que las profesiones tradicionalmente feminizadas, es decir, desempeñadas por mujeres, tienen un salario mucho más bajo que las desempeñadas por los hombres. No obstante, esta contingencia no es exclusiva de estos trabajos, sino que se extiende por todas las comunidades autónomas, las empresas, en todas las formas de empleo, sectores y niveles de cualificación. Múltiples investigaciones reflejan que la ganancia media de los hombres es superior a la de las mujeres. Según el Instituto Nacional de Estadística, en 2012 el salario promedio anual femenino fue el 77,5 % del percibido por los hombres. Siendo además el número de mujeres que ganaron menos de 14.000 euros anuales muy superior al de varones. Como ejemplo, podemos observar en la tabla 7 los salarios percibidos por hombres y mujeres en algunas comunidades españolas. Algunas de las discriminaciones salariales que afectan de modo directo a las personas trabajadoras son las diferentes valoraciones de tareas equivalentes, procedimientos de retribución de la parte variable del salario de modo arbitrario, o procedimientos de promoción profesional inmotivados y personalistas. En cuando a las discrimi-

naciones salariales indirectas, nos encontramos con la orientación académica y profesional estereotipada por género, la segregación ocupacional y sectorial, la persistencia, como hemos visto, de la división sexual del trabajo o convocatorias y pruebas de acceso no igualitarias.

Tabla 7. Salario anual por comunidad autónoma y género en España (en euros)

Comunidad autónoma	Salario bruto anual	
	Hombres	Mujeres
Madrid	29.016	22.721
País Vasco	29.708	22.706
Galicia	22.626	17.691
Andalucía	23.421	17.870
Valencia	23.331	17.776

Fuente: INE, 2012.

La diferencia de base que explica la diferencia en la actividad laboral es la mayor implicación de las mujeres en las actividades domésticas y de cuidados frente a los hombres. Así, según una encuesta realizada por el INE, las mujeres dedican dos horas y cuarto más que los hombres a las tareas del hogar. También es llamativo que las mujeres que viven en pareja en edad laboral ganan menos en comparación con las que no viven en pareja en esa misma franja de edad (ingresos 36% inferiores a los varones y 12% inferiores a las mujeres que constituyen hogares monoparentales) (DÍAZ *et al.*, 2015). Al contrario de lo que ocurre con los varones, quienes ganan más (17%) los que sí conviven frente a los que viven solos.

4.2.2. La incorporación de la mujer al mercado laboral

Aparte de las discriminaciones salariales anteriormente mentadas, existen otros factores explicativos de la desigualdad salarial que pueden estar influyendo en el tipo de bajas laborales que afectan a hombres y mujeres. A pesar de los múltiples y rápidos cambios surgidos en la sociedad, de la incorporación masiva de la mujer al trabajo remunerado, etc., la tasa de actividad de la mujer española sigue siendo muy inferior a la de los varones españoles (un 53,4%, la femenina frente a un 65,6%, la masculina en 2013). No obstante, si hacemos la comparación con Europa, las mujeres españolas se encuentran aún más perjudicadas, ya que cuentan con una tasa de ocupación inferior a la europea, 39,1% las españolas, frente a 45,6% las europeas. Por otra parte, también acumulan una mayor tasa de paro que la de los varones. En un reciente estudio llevado a cabo por DÍAZ *et al.* (2015), las conclusiones del mismo muestran que en la convivencia en pareja, las mujeres están, en general, menos inmersas en el mercado laboral, y además, las que sí trabajaban, cobran menos.

4.2.3. Otros factores explicativos

Algunas variables como el nivel educativo, la situación familiar, la experiencia laboral, las interrupciones en la carrera laboral, la antigüedad en el empleo, la ocupación en sí y el tipo de jornada, las perspectivas de carrera, la organización del trabajo, las políticas de contratación, los permisos parentales, la prestación de servicios a personas dependientes, las valoraciones de las ocupaciones no objetivas, etc. explican algunas de las desigualdades de género que rodean al empleo. Estos factores conllevan a que si se quiere otorgar prioridad a la vida laboral, generalmente poco flexible, competitiva, con requisitos difícilmente asumibles si existe la necesidad de atender otros aspectos derivados de la doble jornada, conllevarán diversas circunstancias negativas para las mujeres. Es decir, por lo general, las mujeres no disponen de empleos de calidad, sino que se caracterizan por trabajos a tiempo parcial, discontinuos, mal remunerados, con falta de conciliación, etc., con la necesidad de renunciar a una promoción profesional digna, que impiden lograr los beneficios que reportan la antigüedad, una carrera continua laboral, etc. En este sentido, en lo tocante a la realización de la distribución de las tareas del hogar de modo desigual, se muestra como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales que pueden derivar en IT. Así, se observa que son las mujeres las que mayoritariamente llevan a cabo el cuidado de personas dependientes, el grueso del trabajo doméstico, el cuidado de los hijos menores, etc. (BORRELL *et al.*, 2004), lo que genera diferencias que median el tipo de bajas laborales y su curso. En esta línea, MOREAU *et al.* (2004), encontraron un mayor número de bajas por enfermedad en trabajos con bajo apoyo social, elevadas demandas psicológicas y escaso control sobre la asignación del tiempo y la capacidad organizativa. Este último punto se muestra relevante sobre todo en mujeres, dado que los altos requerimientos familiares incrementan el riesgo de IT por trastorno mental, pudiendo llegar a duplicarse el tiempo de curación estándar asociado a su diagnóstico, especialmente si se acompañan de demandas importantes también a nivel laboral (ÁLVAREZ-BARÓN *et al.*, 2010). Asimismo, los trabajos por turnos, que en general crean problemas de sueño, conllevan a que la necesidad de somníferos y un sueño poco reparador sea una variable que influye en que cuando se producen IT, estas sean de mayor duración (VAQUERO, n.d.). Relacionado con esto, y también con el modo diferencial de afrontamiento de los problemas entre hombres y mujeres, debemos señalar que las mujeres duplican el consumo de los hombres en hipnosedantes, 15,3 % frente 7,6 % respectivamente; mientras que ellos presenten mayor prevalencia de consumo de sustancias como el alcohol (EDADES 2011-2012). Esto se debe en parte a que las mujeres tienden más a la evitación y los hombres a expresar sus quejas y a intentar resolver los problemas de modo agresivo.

Finalmente, existen también otras contingencias que suelen derivar en psicopatología de modo diferencial. Una de ellas es el acoso laboral. Así, LÓPEZ *et al.* (2012) encontraron que las mujeres son con mayor frecuencia víctimas de acoso en el trabajo mediante degradación personal, rumores, humillaciones, aislamiento o infravaloración de su valía personal; mientras que en el caso de los hombres, las conductas suelen ser más directas (amenazas, insultos, etc.), confirmando una vez como una misma conducta, el acoso, se ejerce de modo diferencial según vaya dirigido a hombres o a mujeres.

En resumen, las desigualdades se manifiestan tanto en el ámbito laboral (tasas de paro más elevadas, una mayor proporción de contratos temporales o precarios, segregación vertical, ofertas de trabajo sesgadas) como en el hogar, al recaer sobre la mujer una carga de trabajo significativamente mayor (cuidado de personas dependientes, tareas domésticas, etc.) (BORRELL *et al.*, 2004) (véase figura 1). Por todo ello es comprensible que si son los hombres los que mayoritariamente trabajan en sectores como la construcción, y las mujeres en los empleos de tipo administrativo, sean los primeros los que tengan, por ejemplo, un porcentaje mayor de bajas laborales por causas derivadas de traumatismos y lesiones, como veremos más adelante. En consecuencia, también derivada de una socialización diferencial, ellas tienden a sufrir más bajas por depresión que los varones.

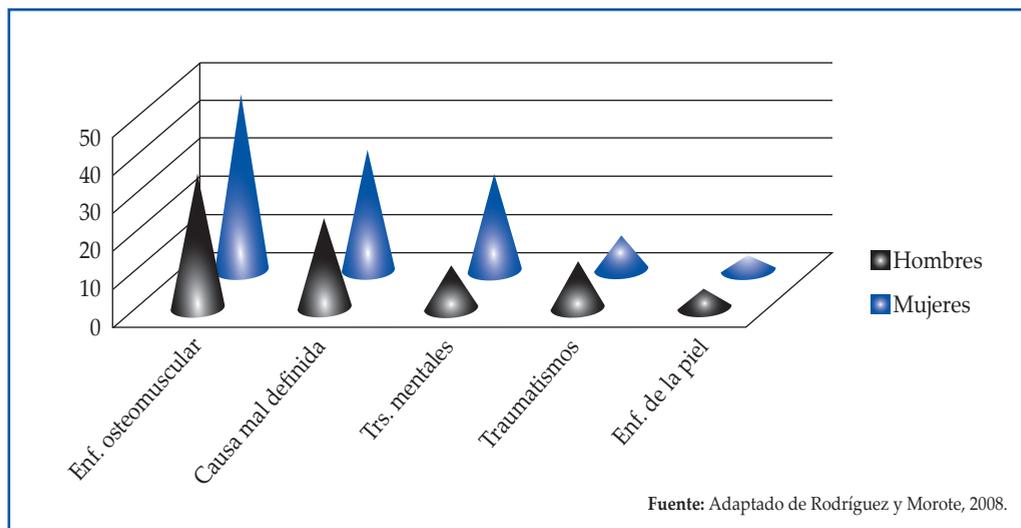
Figura 1. Factores negativos que afectan a las mujeres en el contexto laboral



RODRÍGUEZ y MOROTE (2008) señalan que las tasas de incidencia por enfermedad muestran una clara diferencia por sexo, así, la magnitud del riesgo de enfermar en situaciones que den lugar a enfermedades mentales (reacciones de adaptación, estrés, ansiedad y depresión) se relaciona no solo con las diferentes condiciones de trabajo, sino que refleja especialmente las diferencias entre hombres y mujeres en las tareas domésticas, familiares y el cuidado de personas dependientes. La incidencia de los diversos trastornos se distribuye de modo desigual ya que mientras en los hombres predominan las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y alcohol (cáncer de pulmón, laringe, trastornos mentales relacionados con el alcohol, enfermedad isquémica del corazón), enfermedades de la piel, traumatismos, así como trastornos directamente relacionados con exposiciones laborales concretas como hernias, neumoconiosis, etc., en las mujeres son más numerosos los problemas de tiroides, anemia, sistema osteomuscular y enfermedades relacionadas con la ámbito emocional (estrés, ansiedad y depresión). En cuanto a estas últimas, en lo que respecta a mujeres, son la cuarta causa de IT, siendo un 4,1 % más frecuentes que en hombres. A

continuación, podemos observar en el gráfico 4 la incidencia de la ITCC según los grandes grupos de enfermedades por sexo. En lo que respecta a la incidencia de enfermedades del sistema osteomuscular en hombres se halla en torno al 34,8 y en mujeres es del 46,8; mientras que en lo que concierne a las enfermedades mentales, en hombres es del 11,9, doblando en mujeres la tasa de incidencia, siendo esta del 24,1.

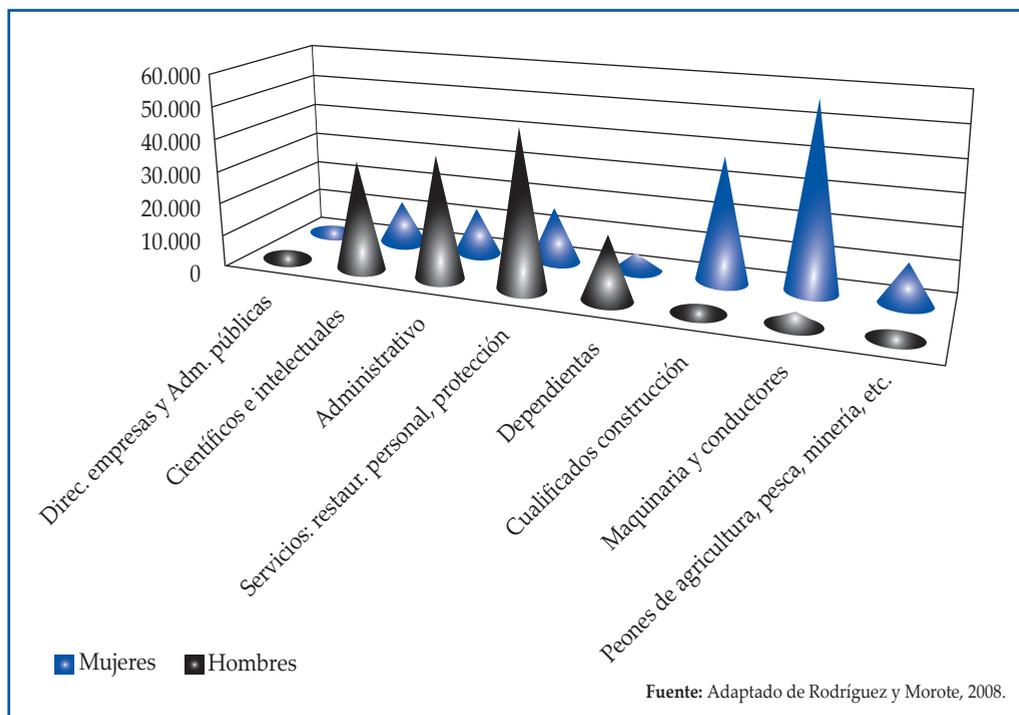
Gráfico 4. Tasas de incidencia (10.000) según grandes grupos de enfermedad y sexo



Tal y como decíamos, se observa una distribución clásica del trabajo: las mujeres ocupan en gran medida empleos de servicios de restauración, personales, de protección y vendedoras, junto a trabajos no cualificados, mientras que los hombres desempeñan trabajos cualificados en la industria, minería, construcción, operarios de instalaciones y maquinaria. No obstante, las mujeres duplican el número de hombres en el grupo de técnicos y en los ámbitos científicos e intelectuales, sin embargo, esto no se refleja a nivel de directivos en empresas ni Administraciones públicas (VELASCO *et al.*, 2014).

Los datos de ITCC según ocupación y género se muestran en el gráfico 5, destacando que existen sectores claramente copados por mujeres y por hombres de modo diferencial. Si analizamos la ITCC según ocupación, sexo y diagnóstico, nos encontramos con que las enfermedades circulatorias no tienen un claro patrón por ocupación, pero sí guardan relación con el sexo, ya que se dan razones de morbilidad proporcional (indicador de asociación entre enfermedad y ocupación) más alta en hombres. En cuanto a los trastornos mentales, no presentan un perfil homogéneo por ocupación, no obstante, en los hombres con estudios superiores se observan razones de morbilidad proporcional mayores que en las mujeres. En cuanto a las enfermedades osteomusculares y los traumatismos, como era de esperar, predominan en trabajos manuales.

Gráfico 5. Número de ITCC según ocupación y sexo



Por otra parte, la comparación entre mujeres que desarrollan su labor a tiempo completo en el hogar y aquellas que lo compaginan con un trabajo fuera de casa muestra que estas últimas tienen mejor salud que las primeras (ARTAZCOZ *et al.*, 2004), ya que el empleo proporciona beneficios como, por ejemplo, oportunidades de desarrollar su autoestima, incrementar el apoyo social, la confianza, la satisfacción personal y la independencia económica. Por tanto, esta situación supone una desventaja social, observándose menor acceso al empleo, siendo su principal salida laboral las tareas domésticas. Asimismo, la falta de oportunidades y la consecuente percepción de pérdida de poder derivan en una mayor dependencia económica y aislamiento social, que, a su vez, incrementa el riesgo de ser manipulada, aumentando su vulnerabilidad.

No debemos olvidar que, tal como hemos comentando, existen contextos en los que las mujeres se encuentran con más factores de riesgo que los hombres, o que son discriminadas por el simple hecho de ser mujeres, no obstante, también nos corresponde destacar que lo mismo ocurre con los hombres en otras esferas. Así, trastornos mentales como la depresión están poco estudiados en hombres, al igual que sucede con la somatización, con su consecuente falta de referente para la comparación en este tipo de dolencias. Este fenómeno también se observa en las sentencias judiciales respecto a la atribución de la guarda y custodia de los hijos al padre, ya que esto ocurre, como norma general, solo cuando se deriva de un criterio de exclusión de la madre (ARCE *et al.*,

2005). Por ende, al igual que un trastorno mental no es causa de incapacidad *per se*, ya que tiene que estar relacionado con las demandas del empleo y las limitaciones que suponga dicho trastorno, la valoración de los trastornos mentales se tiene que llevar a cabo en función de los rasgos distintivos que propone la literatura para cada género. En ese sentido, que una mujer puntúe más alto que un hombre en depresión no significa que ella esté simulando, ya que debemos partir de la hipótesis de que su línea base es mayor. Tampoco debemos caer en el error de afirmar que un hombre no tiene síntomas de ansiedad solo por puntuar menos que una mujer, ya que también conocemos que en este caso ellos tienen una puntuación estándar menor.

No obstante, las desigualdades a nivel laboral favorecen que mujeres y hombres presenten bajas por motivos diferentes ya que les afectan también, de modo diferencial, diversos factores de riesgo socio-laborales, provocando que desarrollen en mayor medida unas patologías u otras. De esta afectación diferencial surge la necesidad de crear metodologías estandarizadas que permitan la adecuada valoración de IT atendiendo a las diferencias de género, para garantizar, tal y como establece el artículo 23.7 de la [Ley Orgánica 3/2007](#), la integración del principio de igualdad en la política de salud.

5. INDICADORES DE SIMULACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN TRASTORNOS MENTALES

En la era de la comunicación, es frecuente que los simuladores tengan conocimiento sobre los síntomas más accesibles y definitorios de ciertos trastornos, sobre todo los más prevalentes en la población general. Bien porque conozcan a alguien que haya padecido la dolencia o porque actualmente no es difícil acceder a una lista de síntomas definitoria de alguno de los trastornos que se quiera simular. No obstante, en su descripción, estos no saben adecuar tales manifestaciones a su vida cotidiana, dando descripciones vagas, poco detalladas o demasiado artificiosas y forzadas (PITMAN *et al.*, 1996) en contraposición con lo que ocurre con pacientes reales, quienes en ocasiones no entienden el porqué de muchos de sus síntomas y sin embargo son capaces de describirlos. También debemos prestar atención a si la persona minimiza otras posibles causas de sus síntomas y exagera o persiste una y otra vez en establecer como origen de su dolencia el accidente o situación por la que pide compensación (INDA *et al.*, 2005).

De modo breve, vamos a exponer cuáles son los indicios que nos pueden hacer pensar que nos encontramos ante una posible (sobre)simulación de una baja laboral por trastorno mental. Así, podemos destacar que los principales datos que hacen sospechar de simulación a los profesionales son:

- La ausencia de datos objetivos que justifiquen los síntomas referidos por el paciente.
- La incongruencia de datos obtenidos: inconsistencias, a través de distintas metodologías, o entre los datos observados por el evaluador frente a los elicitados por la persona evaluada.

- Agrupación indiscriminada de sintomatología, informando de problemas o trastornos de muy diversa índole (ROGERS, 1988).
- Exposición de sintomatología obvia que la población general conoce y asocia generalmente a trastornos mentales (GREENE, 1980).
- La exageración de síntomas es común en los simuladores, afirmando que padecen la sintomatología en un grado muy alto o extremo (ROGERS y MITCHELL, 1991),
- La presencia de beneficios colaterales y una actitud hostil o agresiva.
- La ausencia de respuesta al tratamiento o la falta de colaboración o de adherencia al mismo (no disminuye o sigue empeorando el dolor o el malestar, nunca se relata mejoría, aunque se cambien o utilicen múltiples tratamientos, ninguno ofrece buenos resultados).
- Una situación laboral conflictiva (mal ambiente laboral, poca motivación).
- La descripción de los síntomas o mecanismos de producción es imprecisa, contradictoria o con dudas y omisiones.
- Una dilatación y perpetuación de síntomas, es decir, que los síntomas persistan fuera de un periodo razonable de curación, o que sean los mismos y en la misma intensidad que el primer día aun a pesar del tratamiento (SANTAMARÍA *et al.*, 2013).

Si hacemos referencia a la simulación de los estados depresivos, esta suele ser mantenida en el tiempo, no requiriendo gran desgaste físico, ya que fácilmente podemos exhibir pasividad y apatía en concordancia con los síntomas descritos. No obstante, la incoherencia de síntomas, una rápida intensificación del cuadro, la falta de periodo prodrómico, la ausencia de indicativos físicos (inapetencia, pérdida de peso, insomnio, hipotermia, bradicardia o modificación de los reflejos), o la falta de lentitud en la dicción tan característica del discurso de las personas depresivas pueden hacernos sospechar de simulación.

5.1. VARIABLES ASOCIADAS A CIRCUNSTANCIAS QUE RODEAN LAS INCAPACIDADES TEMPORALES

En el año 2001, un informe sobre las actuaciones de control en los casos de ITCC realizado por el INSS destaca que más del 30% de los trabajadores que se encontraban en situación de baja laboral solicitaron el alta tras recibir la citación para acudir al control médico; encontrando datos en la misma línea nueve años más tarde (AEVAL, 2009). Otro dato significativo es que existen estudios que encuentran relación entre los días de baja y días previos a puentes, vacaciones, etc. concentrándose un 30% de las mismas en lunes (VILLAPLANA, 2012). Relacionada con esta peculiaridad, también se observa una tendencia a la estacionalidad en las bajas coincidiendo con el tercer trimestre del año. Las comunidades autónomas, el Estado y las sociedades anónimas presentan mayor tasa de IT que las empresas con empleadores físicos, autónomos, o

empresas de menor tamaño. Estos datos, unidos a que se observa un paulatino aumento en el tiempo medio de los días de baja, origina una gran preocupación respecto al uso indebido de esta prestación.

En una encuesta llevada a cabo entre los servicios de salud en las comunidades autónomas para conocer cuáles eran las causas que estaban detrás de las bajas que se estimaban fraudulentas, se obtuvo como resultado que se utilizaban realmente para solventar problemas personales, sociales o laborales, predominando los de índole socio-sanitario como el cuidado de enfermos y ancianos; o problemas laborales (acoso, clima laboral adverso, etc.) (GONZÁLEZ *et al.*, 2012).

6. REQUISITOS DE LA VALORACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN RELACIÓN CON LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Como hemos visto, la prestación por IT tiene como objetivo paliar la falta de ingresos que se produce mientras la persona trabajadora no pueda reincorporarse al trabajo. Por consiguiente, el simular una patología o prolongar los síntomas fraudulentamente, unido al escaso tiempo con el que se cuenta para la realización de las valoraciones y, en ocasiones, la escasa formación específica al respecto, hace que sea necesario tomar todas las precauciones para atajar cuanto antes esta situación abusiva y perjudicial para todos, máxime cuando estamos hablando de fondos públicos, donde toda ineficiencia es injusta. Por todo ello, vamos a dedicar el presente apartado a recoger las directrices que señala la literatura como más relevantes a la hora de llevar a cabo una buena valoración.

6.1. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Conocer las consecuencias que un suceso traumático o situación ha tenido sobre la integridad física y psíquica de una persona, en ocasiones, entraña ciertas dificultades, sobre todo cuando el daño no es fácilmente objetivable y cuantificable. Esto puede ocurrir en trastornos psicológicos como ansiedad o depresión y en dolencias como pueden ser cervalgias, lumbalgias, síndromes posconmocionales y, en general, en contextos donde la naturaleza subjetiva de la información clínica aportada dificulta el diagnóstico y facilite la simulación. No obstante, esta misma situación también da lugar a la infravaloración de ciertas secuelas por la falta de conciencia de daño que se produce en los pacientes al referir su malestar. Por todo ello, es necesario realizar exhaustivas valoraciones, tanto para garantizar que las valoraciones contemplen el malestar que genera en toda su amplitud, como para evitar valoraciones que favorezcan la concesión de prestaciones si hay posibilidades de carácter laboral (BLANCO *et al.*, 2013). Así, el objetivo de la valoración del daño corporal en relación con la IT es evaluar e informar de las lesiones, secuelas, menoscabos, perjuicios, dolores, molestias, incapacidades e invalideces que pueda tener una determinada persona, derivado tanto de accidentes (casuales, laborales, tráfico, deporte) como de enferme-

dades producidas tanto por agentes externos como internos. No obstante, el padecimiento de un trastorno *per se* no es causa de IT de modo automático, sino que este ha de causar una discapacidad que ha de observarse en relación con los requerimientos que se esperan de ese individuo en su desempeño laboral cotidiano. De este modo, la incapacidad se entiende como una desventaja que presenta un individuo en su medio social respecto a los roles desarrollados por otros individuos según su edad, género, valores sociales y culturales de ese mismo entorno (PINEAULT y DAVELUY, 1992). En el contexto laboral en que nos encontramos, será necesario evaluar el daño en la salud, qué tipo de menoscabo/pérdida de funcionalidad produce, en qué grado y cómo estas limitaciones afectan al desempeño laboral. Para ello debemos ser conocedores de las exigencias de cada empleo, ya que una misma dolencia no producirá las mismas limitaciones para todo el mundo. Por ende, los informes sobre incapacidades laborales deben contener un apartado específico que incluya la descripción del puesto de trabajo y las actividades desempeñadas para poder relacionar las repercusiones del trastorno en las capacidades del sujeto que son necesarias para el correcto desarrollo de su actividad profesional. No obstante, también se debe reflejar si afecta, y en qué grado, a las demás esferas de su vida (INSS, 2011).

Para ello, la literatura al uso recomienda realizar las valoraciones mediante protocolos multimétodo que ayuden a la detección del engaño. Así, es útil que las entrevistas sean abiertas, pero siguiendo, por ejemplo, un modelo como el del eje V del DSM IV con la escala de evaluación de la actividad global (EEAG); indagando y requiriéndole que nos informe de otros contextos diferentes del laboral como pueden ser sus relaciones familiares (escala de evaluación global de la actividad relacional, EEGAR) y sociales (escala de la evaluación de la actividad social y laboral, EEASL). De este modo, mediante preguntas abiertas con una entrevista no directiva, obtendremos del sujeto una tarea de conocimiento, lo que dificulta la simulación de sintomatología, frente a las tareas únicas de reconocimiento. En un segundo momento debemos aplicar pruebas psicométricas, como puede ser el MMPI-2, para poder valorar la concordancia intermedida y la validez predictiva, dado que este dispone de escalas de fiabilidad que nos ayudan a establecer un adecuado diagnóstico diferencial sobre la simulación, y garantizar que los datos obtenidos no estén sesgados.

Esto es así porque el contexto de valoración de las IT puede generar ganancias secundarias, lo que lo convierte en un buen caldo de cultivo para que las personas intenten manipular sus respuestas, y así alcanzar dichos beneficios (prestaciones, tiempo de descanso); por lo que todos los manuales al uso advierten de la necesidad de trabajar bajo la hipótesis de simulación como alternativa a la sintomatología clínica referida por el trabajador. En este sentido, el informe no debe ceñirse exclusivamente al diagnóstico de una enfermedad, sino que esta ha de relacionarse con la merma que produce en las habilidades/capacidades de la persona trabajadora influyendo en el desempeño normal de su puesto de trabajo habitual. Es decir, es necesario concretar el diagnóstico, las manifestaciones de ese trastorno y el grado en que afectan en mayor o menor medida al desempeño de la tarea (deterioro funcional). En consecuencia, es necesario establecer un nexo causal entre la patología que da lugar a la baja y la afectación de las capacidades para el desarrollo del trabajo.

6.2. CONSIDERACIONES EN CUANTO A LA VALORACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO

En cuanto a la descripción de las actividades desempeñadas en los puestos de trabajo, el Manual de Evaluación de Requerimientos para la Valoración de la Capacidad Laboral (MERCAL, 2008) exige la evaluación de diversos factores. El primero que debemos evaluar son los requerimientos de cada puesto de trabajo (variables físicas, cognitivas y emocionales), y en segundo lugar, es necesario valorar la capacidad de cada persona para con las demandas del puesto específico. Hace un especial hincapié en el análisis de la carga de trabajo, tanto física (objetos), como mental (datos) y emocional (personas), atendiendo a las dimensiones de riesgos y horarios como factores transversales. Es decir, este manual estandariza la evaluación global de los componentes de un empleo desde los aspectos cognitivos (atención, percepción, razonamiento, toma de decisiones, carga mental), pasando por los emocionales (control emocional y relaciones psicosociales) hasta los físicos (capacidad visual, auditiva, carga postural, etc.). En resumen, el informe debe incluir la valoración del trastorno, establecer las limitaciones que provoca en relación con la influencia en la actividad laboral, personal y en su relación con el entorno, determinar en qué grado, y la previsión de curación.

6.3. CONSIDERACIONES FINALES

Para finalizar, haremos una breve recomendación aunque su contenido exceda el cometido de este estudio. Así, con el objetivo de facilitar la reincorporación laboral una vez recibida el alta, es conveniente que el evaluado disponga de tiempo para planificar su vuelta a la rutina laboral, y aunque necesite continuar con visitas a los profesionales, esto no implica necesariamente que tenga que permanecer en situación de baja, sino que estas visitas deben entenderse como un seguimiento del caso o apoyo, pero incorporado ya en su trabajo. Al tratar de este modo la reincorporación, se facilita la adaptación, que acoja el alta sin recelos y se haga la transición de la forma más terapéutica posible, ya que se ha constatado que la percepción que tiene el trabajador respecto a su retorno a la empresa influye en la duración de la baja (VAQUERO, n.d.).

7. PREVENCIÓN

Aunque no es el objetivo principal de este trabajo, debemos tener presente que la prevención es el mejor modo de intervenir (SÁNCHEZ *et al.*, 2012), por ello, cuidar la estructura organizacional, la definición de las tareas a desempeñar y el ambiente en que se realizan es fundamental, ya que son factores que influyen en la salud de los empleados. Así queda también recogido en la Declaración de Helsinki (OMS, 2005), donde se enfatiza la necesidad de desarrollar estrategias de prevención y promoción de salud mental. Por ende, el fomento de factores de protección y la minimización de los de riesgo redundará en un menor número de bajas laborales y de accidenta-

bilidad laboral (LÓPEZ-ARAÚJO y OSCA, 2010). Así, los esfuerzos deben encaminarse al estudio y promoción de los componentes del entorno laboral que encierran potenciales consecuencias positivas, desde la satisfacción, bienestar y felicidad, a la autorrealización, formación e interacciones sociales gratificantes. Tampoco debemos olvidarnos de complementar lo meramente laboral con promoción de actividades saludables, programas que mejoren las capacidades de afrontamiento y fortalezcan las destrezas personales. Ello redundará en adquirir y generalizar las habilidades para manejar los periodos de cambio y ayudar a que las relaciones interpersonales sean satisfactorias. En ese sentido, estudios como los de KRISTENSEN *et al.* (2006) destacan que se aprecian menores niveles de absentismo cuando el ambiente laboral es positivo, si existe trabajo en equipo, satisfacción con las tareas realizadas y cuando el comportamiento del encargado es ejemplar.

En resumen, las empresas deben tener en cuenta tres factores fundamentales a la hora de crear ambientes de trabajo sanos, a saber, factores relacionados con la estructura (factores ergonómicos, cuidado en la transmisión de la información, creación de turnos, facilidades para la conciliación, formación, capacidad para la toma de decisiones), con la tarea (pausas y ritmos de las mismas, autonomía, carga mental, innovaciones tecnológicas) y con las relaciones interpersonales tanto que afectan a los trabajadores, como a la supervisión de los mismos (participación, *feedback*, posibilidades de interacción con compañeros, estilo de liderazgo).

ESTUDIO EMPÍRICO

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO Y CARÁCTER INNOVADOR

1.1. OBJETIVO

Nuestro objetivo es analizar la jurisprudencia proveniente del Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Social, referente a los despidos disciplinarios derivados de las simulaciones en las IT, es decir, de las bajas laborales obtenidas o prolongadas mediante fraude. En este sentido, la motivación que esgrimen las sentencias a favor o en contra de los despidos disciplinarios y de las circunstancias que los rodean nos ofrece un amplio campo de variables dignas de estudio, a saber:

- El género de los simuladores/as, y si respecto a este se hallan diferencias de algún tipo: por patología simulada o padecida, sector de la empresa en que se trabaja, actividades reales a las que se destinaba el tiempo obtenido de las IT, etc.
- Otros factores asociados: si la empresa utilizó los servicios de un detective privado, si hubo bajas previas, si se pidieron periciales forenses, etc.
- El género de los magistrados/as que componen el tribunal, y si la estructura del mismo afecta a las resoluciones.

Así, tras el análisis del conjunto de datos recogidos, obtendríamos un perfil que mejoraría el conocimiento sobre los patrones o características distintivas de los simuladores de IT, facilitando la tarea de someter a un estudio más detallado las demandas de baja sospechosas de fraude.

1.2. CARÁCTER INNOVADOR DEL ESTUDIO

El carácter innovador del estudio radica en que, como norma general, cualquier persona que pida una baja no es evaluada a través de la hipótesis de una posible simulación; no obstante, la literatura científica advierte de que el esguince cervical, la fibromialgia y lumbalgia crónicas, junto con la depresión y ansiedad, son los trastornos más ampliamente simulados (SANTAMARÍA *et al.*, 2013). Por lo que como hemos plasmado anteriormente, el diagnóstico diferencial de simulación es imprescindible. Por otro lado, la mayoría de los estudios están llevados a cabo sin tener en cuenta las diferencias de género. Por ejemplo, en cuanto a la valoración de riesgos, las investigaciones están realizadas basadas en modelos masculinos, por lo que no podemos generalizar esos resultados también a la población femenina. En otras ocasiones sucede lo contrario, por ejemplo, la depresión es ampliamente estudiada en mujeres, pero pocos son los estudios realizados con varones. Por todo ello consideramos que para realizar y garantizar una correcta valora-

ción de los aspectos relativos a las incapacidades, esta se debe realizar en función de los rasgos y características distintivas que propone la literatura para cada género, por lo que nuestro objetivo es conocer cómo se comportan hombres y mujeres ante la simulación de un a IT, a qué dedican el tiempo que obtienen de las bajas y en qué empresas se dan en mayor proporción estas situaciones.

2. MÉTODO

2.1. PARTICIPANTES

La unidad de estudio de este proyecto fue las sentencias del Tribunal Superior de Justicia, Sala de lo Social, que fijaron una línea respecto a los despidos disciplinario por fraude/simulación o prolongación indebida de una IT. No obstante, como cada sentencia juzgará un caso particular, el número de dictámenes es igual al número de participantes. Concretamente hemos elegido al azar 100 sentencias de diversos puntos de España a través del buscador de jurisprudencia del Consejo General del Poder Judicial (CENDOJ), para llevar a cabo el análisis de las diversas variables que expondremos a continuación.

2.2. PROCEDIMIENTO

Criterios de inclusión de las sentencias en el estudio

La búsqueda de las sentencias se restringió a las que presentaban como tema central la simulación, la prolongación fraudulenta de la sintomatología, la transgresión de la buena fe contractual o la realización de actividades que contraviniesen claramente las indicaciones y prescripciones terapéuticas de cara a la recuperación de la dolencia que había provocado la IT, desembocando finalmente en despidos disciplinarios.

El conjunto de palabras clave incluidas en la búsqueda se consiguió mediante un procedimiento de aproximaciones sucesivas, donde los conceptos principales establecidos tras una exhaustiva revisión de la literatura fueron cruzados para la obtención del mayor número de resultados posibles. Así, las palabras clave fueron las siguientes: despidos disciplinarios, simulación, incapacidad temporal, convenio colectivo, transgresión de la buena fe contractual, diagnóstico, pericial y detective. Aplicando tales criterios se consiguió la muestra de sentencia a analizar.

Análisis de los protocolos (sentencias)

Las sentencias fueron sometidas a un análisis de contenido sistemático. El objetivo era crear un sistema categorial mutuamente excluyente, fiable y válido, es decir, un sistema de categorías metódicas (WEIK, 1985). Las categorías de análisis están compuestas por variables que la litera-

tura mostró como relevantes en lo referente a la detección de la simulación en las IT. Las codificaciones fueron llevadas a cabo por evaluadores entrenados, sometiendo la escala de medida a un contraste de fiabilidad, mostrando un coeficiente *alpha de Crombach* superior a .80.

De este modo, para conseguir los objetivos fijados en esta investigación, se ejecutó la codificación de contenido de las sentencias mediante el análisis de las siguientes variables, con siguiente elaboración de una base de datos:

Tabla 8. Variables a estudiar en el análisis de contenido de las sentencias

Variables	Explicación
Identificación de la sentencia	Número de identificación de la sentencia
Provincia	
Año de dictamen de la sentencia	
Género de los magistrados	Hombre/mujer
Género de la persona despedida	Hombre/mujer
Ámbito de trabajo de la persona despedida	Servicios, industria, construcción, etc.
Actuación de detective privado	Sí/no
Aplicación del convenio colectivo	Sí/no
Aplicación del Estatuto de los Trabajadores	Sí/no
Informe médico/psicológico forense	Presencia o ausencia
Motivos por los que se fingía la baja	Prolongar vacaciones, otros trabajos, cuidado de menores o dependientes, ocio, etc.
Diagnóstico de la baja	Trastornos mentales, esguince cervical, lumbalgia, etc.
Existencia de procesos de IT previos	Sí/no
Actividades probadas que perjudicaban la sanidad	Deportes, coger pesos, ocio incompatible con la recuperación, etc.
Causa de la IT	Accidente laboral, causa común, etc.
Si se contempla como tal la simulación como precepto infringido	Sí/no

Entrenamiento de los codificadores

En este estudio participaron dos codificadores con experiencia previa en codificación de este tipo de material. Estos fueron exhaustivamente entrenados en el procedimiento de codificación mediante la presentación y definición de cada categoría de análisis, llevando a cabo la codificación de un 10% de sentencias que no fueron posteriormente incluidas en el estudio. Para ello se

utilizó la concordancia como método para la comparación de la ejecución entre ambos evaluadores, permitiendo así constatar la consistencia y homogeneizar los criterios. Las definiciones de las categorías de análisis fueron establecidas mediante la técnica Delphi o reunión de expertos.

Análisis de datos

En primer lugar se llevó a cabo una exploración descriptiva de la muestra (género de la persona defraudadora, de la composición del tribunal, motivos por los que se fingía la baja). Seguidamente se procedió a la evaluación de las características del trabajo (categoría laboral, sector de la empresa), y, finalmente, al resto de circunstancias que rodeaban al proceso de IT (diagnóstico, actividades que perjudicaban la sanidad, causas que dieron lugar al diagnóstico, tiempo de baja, antecedentes, informe médicos y los motivos reales para los que se simulaba la incapacidad).

Posteriormente, para alcanzar el objetivo señalado en el estudio, se ejecutó un análisis de frecuencias de cada contingencia mediante el paquete estadístico SPSS. Se utilizó el estadístico de contraste X^2 para conocer si hay diferencias significativas entre los diversos conjuntos. Finalmente se analizó el tamaño del efecto mediante la *V de Cramer (phi)*, para conocer la magnitud de las diferencias existentes, permitiendo interpretar y cuantificar en términos de intensidad la importancia del valor encontrado, para evitar confundir la significación estadística con su relevancia en la práctica. Los valores de cara a la interpretación se encuentran entre 0 y 1, estableciéndose el valor cero como independencia absoluta, y valor de 1 como máxima dependencia.

3. RESULTADOS

Descripción de la muestra

La muestra del estudio estuvo conformada por un total de 100 sentencias. Por consiguiente, se analizaron las circunstancias de 100 personas que fueron objeto de despidos disciplinarios por entender que estaban cometiendo fraude en sus IT. Un 64% eran hombres y un 36% mujeres.

En cuanto a las empresas que aparecen con más asiduidad en las sentencias encontramos en primer lugar las compuestas por talleres de todo tipo y construcción (30%); en segundo lugar la siderometalurgia (16%); en tercer lugar la hostelería (11%), el comercio (11%) y otros (11%); en cuarto lugar transportes, distribución (6%) y alimentación (6%); en quinto lugar Administración (4%); y en menor medida servicios de cuidados (3%) y limpieza (2%). En esta distribución, la categoría de los trabajadores inmersos en un proceso de este tipo es la siguiente: 47% oficiales, 31% peones, 11% directores/jefes de zona, 9% administrativos y 2% otros.

Al analizar la categoría de diagnóstico más frecuente, se revela en primer lugar la de trastornos mentales como ansiedad y depresión (28%), seguidos de cervicalgias y lumbalgias (26%). En tercer lugar con un 16% se sitúan los esguinces de manos y pies y rotura de huesos; en cuarto

lugar (9%) hallamos la categoría «otros» que incluye desde gripes a varices y anemias; en quinto lugar (7%) trastornos no especificados en las sentencias; en sexto (5%) las cardiopatías; y en séptimo lugar (9%) se incluyen vértigos, capsulitis y trastornos de personalidad.

En lo que respecta a la causa de las IT, las contingencias comunes representan un 76%, los accidentes laborales un 16%, los accidentes no laborales un 3% al igual que las enfermedades profesionales, y un 2% de sentencias no hacen referencia al origen de la IT.

En cuanto al estudio de si las personas inmersas en litigios por despidos disciplinarios presentan un número de bajas previas elevado, los datos revelan que un 20% de los hombres sí habían tenido algún proceso de IT previo, frente a un 16% de mujeres, no mostrándose estas diferencias estadísticamente significativas ($X^2 = 1.741$; $p > .05$). Sin embargo, dentro del porcentaje de trabajadores varones que habían sufrido algún proceso previo de IT, algunos habían llegado a conatenar 4, 5 y 8 bajas. A este respecto, en el grupo de las mujeres, una había llegado a registrar 13 procesos de IT.

En el estudio de las actividades a las que se destinaba el tiempo obtenido mediante la baja, las cifras muestran que un 54% lo empleaban para trabajar en otra empresa o por cuenta propia, el 23% en actividades de ocio, el 10% para llevar a cabo actividades propias de la vida diaria (realizar compras, recoger menores de centros educativos), un 12% habían fingido un accidente laboral, y un 1% otras circunstancias.

Y, finalmente, en lo que respecta al fallo de la sentencia, se observa que un 56% fue emitido a favor de la empresa y un 44% a favor del trabajador, no hallándose diferencias significativas en función del género del trabajador ($X^2 = .822$; $p > .05$). Tampoco se encuentran diferencias en lo tocante a las ITCC, no obstante, el 62,5% de los accidentes laborales se resolvieron a favor del trabajador, así como el 66,6% de los accidentes no laborales y el 100% de las enfermedades profesionales.

3.1. RESULTADOS MEDIADOS POR LA VARIABLE GÉNERO

En nuestra muestra se aprecia una clara división sexual del trabajo ($X^2 = .28.057$; $p \leq .001$), evidenciándose las mayores diferencias en talleres y construcción (25% hombres y 5% mujeres); siderometalurgia (14% hombres y 2% mujeres); limpieza (2% mujeres y ningún hombre) y transportes (5% hombres y 1% mujeres). En tanto que en el resto de los sectores las distribuciones son más similares entre ambos sexos.

También se hallaron diferencias en cuanto a la cualificación profesional, apareciendo las mujeres en mayor medida asociadas a trabajos de administrativas (9%) y con baja cualificación (peones/aprendiz) (18%); en tanto que los hombres copaban la categoría de director o jefe de zona (9%), frente a un 2% de mujeres; y un 50% de oficiales y técnicos varones frente a un 7% de mujeres en esta misma categoría. ($X^2 = .34.27$, $p \leq .001$)

Curiosamente, en cuanto al trastorno o patología simulada no se aprecian diferencias de género ($X^2 = 8.74$; $p > .05$), quizá debido a lo reducido de la muestra. Por otra parte, a pesar de que la literatura, en general, refiere que las mujeres son más propensas a presentar trastornos de ansiedad y depresión, en tanto que los hombres sufren más patologías relacionadas con el abuso de sustancias, problemas de control de impulsos o traumatismos, es fácil suponer que simular un trastorno del estado de ánimo implica mucha menor dificultad que un traumatismo, por lo que también es probable que a la hora de obtener un subsidio de modo fraudulento la población en general (tanto hombres como mujeres) recurran a patologías con una sintomatología que ofrezca un margen a la subjetividad a la hora de ser evaluada. Sin embargo, sí aparecen dolencias que, sin llegar a ser significativas, aparecen exclusivamente ligadas a los hombres, como infartos de miocardio o problemas respiratorios. En lo referente a los infartos, es obvio que no era ese el diagnóstico que se simulaba, sino la sintomatología residual asociada, en general, prolongándola para poder obtener un mayor número de días de baja laboral.

Los resultados derivados del estudio de la composición del tribunal por género señalan que no existen diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas, por lo que podemos concluir que independientemente de cómo esté constituido el tribunal –tres magistrados, tres magistradas o dos hombres y una mujer, o viceversa–, no afecta a las decisiones que reflejan las sentencias ($X^2 = 2.95$; $p > .05$).

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Este estudio presenta una serie de limitaciones que debemos tener en cuenta. Primero, se trata de un estudio piloto formado únicamente por 100 sentencias, que aunque fueron recogidas de diversas partes de España, no podemos concluir que sean representativas de lo que ocurre en el territorio nacional. En segundo lugar, dado que diversos procesos de victimación provocan secuelas clínicas diferentes, y los sujetos, a su vez, utilizan multitud de estrategias de simulación según el ámbito en que se encuentren, los resultados no pueden generalizarse a otros contextos que no estén relacionados con las incapacidades laborales temporales.

Con estas consideraciones presentes, podemos concluir lo siguiente:

- a) Que en la mayoría de las comunidades autónomas analizadas existe una clara distribución del trabajo por género, apreciándose también el efecto de techo de cristal.
- b) En cuanto a la configuración de los tribunales también se observa que aunque existe una proporción bastante similar entre tribunales formados por dos hombres y una mujer (32%) y los compuestos por dos mujeres y un hombre (34%), se halla un 33% de tribunales formados únicamente por hombres y ninguno compuesto al completo por mujeres.
- c) Que no se aprecian diferencias de género que medien los fallos de las sentencias.

- d) Que las patologías más utilizadas a la hora de simular o exagerar con el objetivo de obtener un subsidio por IT son los trastornos mentales, sobre todo ansiedad y depresión, y las cervicalgias y lumbalgias, independientemente del género del trabajador.
- e) Que las ITCC son las más enjuiciadas, con una distribución bastante similar a favor de la empresa y del trabajador, en tanto que los accidentes (laborales o no) y las enfermedades profesionales son, en general, falladas a favor del asalariado.
- f) Que los sectores empresariales que aparecen más asiduamente en las sentencias son primeramente los talleres y la construcción, seguidos de la siderometalurgia, la hostelería y, en menor medida, los transportes.
- g) Que el tiempo de baja obtenido era destinado mayoritariamente a trabajar en otra empresa o por cuenta propia (54%), a ocio (23%), y, en menor medida, a actividades de la vida diaria (10%) (cuidado de hijos).
- h) Que de las 100 sentencias, en el 45% se hizo uso del servicio de un detective privado para la obtención de pruebas, en tanto que solo en un 26% se pidió una pericial. A nuestro entender, con un mayor uso de este auxilio judicial, podrían resolverse los casos de modo más justo, apoyando el buen entender de los juzgadores en el conocimiento científico y técnico.
- i) En cuanto a la motivación de las sentencias, en un 56% se constató la simulación, en un 10% no queda verificado que hubiera fingido, y en un 32% las actividades realizadas no contravenían la curación.

Como datos relevantes aunque no significativos, estadísticamente hablando, debemos destacar que entre los sujetos simuladores se aprecian inasistencias a las revisiones propuestas por la Inspección, que muchos de ellos fueron descubiertos mediante fotografías colgadas en sus propias redes sociales, que algunos pedían la IT justo al término de sus vacaciones y otros directamente amenazaban al superior con solicitar una IT si eran cambiados de destino, y que en diversas ocasiones las IT se destinaban al estudio, bien para preparar oposiciones o para obtener otro empleo.

Por todo lo anteriormente expuesto, se aconseja valorar las demandas de IT mediante una metodología multimétodo que disminuya la posibilidad de simulación, lo que redundará en un consecuente ahorro tanto para las empresas como para la sociedad. Sobre todo aquellas derivadas de trastornos mentales, cervicalgia o lumbalgia que procedan de contingencias comunes, ya que son las que dan lugar a una mayor judicialización.

Esperamos poder realizar investigaciones futuras que nos permitan obtener una mayor muestra y así seguir estudiando las variables que rodean a las IT fraudulentas.

Bibliografía

- ÁLVAREZ-BARÓN, N.; BASURTE, P.; JIMÉNEZ, S. y ZAMORA, M. [2010]: «Factores de corrección de tiempos estándar en Incapacidad Temporal». Recuperado de <http://www.revista.ibermutuamur.es/articulos/factores-de-correccion-de-tiempos-estandar>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) [2014]: *DSM-V. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 5.ª ed., Panamericana.
- ARTAZCOZ, L.; ESCRIBÀ-AGÜIRC, V. y CORTÈSA, E I. [2004]: «Género, trabajos y salud en España», *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), págs. 24-35.
- BENAVIDES, F. G.; CASTEJÓN, J.; GIMENO, D.; PORTA, M.; MESTRES, J. y SIMONET, P. [2005]: «Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting», *American Journal of Industrial Medicine*, 47 (2), págs. 176-180.
- BLANCO, S.; QUINTEIRO, I. y GONZÁLEZ, B. [2013]: *Estudio de la Incapacidad Temporal y la Simulación desde la Psicología Forense*, IV Congreso Iberoamericano de Psicología, noviembre.
- BORRELL, C.; GARCÍA-CALVENTE, M. y MARTÍ-BOSCÀ, J. V. [2004]: «La salud pública desde la perspectiva de género y clase social», *Gaceta Sanitaria*, 18, págs. 2-6.
- RODRÍGUEZ, V. y MOROTE, M.ª P. [2008]: *Incapacidad Temporal por Enfermedad Común. Asturias*, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- DANIEL, M. A. [2007]: «La vigilancia de las contingencias comunes, de cómo lo vive el médico de empresa o el papel de los Médicos del Trabajo en los Servicios de Prevención Propios». Recuperado de <http://smhs-tar.org/archivos/070219libroponenciasIXjor.pdf>
- DOMÍNGUEZ, A.; LÓPEZ, R.; GORDILLO, F.; PÉREZ-NIETO, M. A.; GÓMEZ, A. y FUENTE, J. L. DE LA [2013]: «Distorsión clínica y simulación en la incapacidad temporal: un estudio preliminar». *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 13, págs. 29-45.
- GONZÁLEZ, H.; SANTAMARÍA, P. y CAPILLA, P. [2012]: *Estrategias de detección de la simulación. Un manual clínico multidisciplinar*, TEA Ediciones.
- GRIFFITH, J.; ZINVAR, R.; CRASKE, M.; MINEKA, S.; ROSE, R.; WATERS, A. y SUTTON, J. [2010]: «Neuroticism as a common dimension in the internalizing disorders», *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 40, págs. 1.125-1.136.
- HENDRICK, V.; ALTSHULER, L. L.; GITLIN, M. J.; DELRAHIM, S. y HAMMEN, C. [2000]: «Gender and bipolar illness», *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (5), págs. 393-6.
- INDA, M.; LEMOS, S.; LÓPEZ, A. M. y ALONSO, J. L. [2005]: La simulación de enfermedad física o trastorno mental, *Papeles del Psicólogo*, 26, págs. 99-108.
- KRISTENSEN, K.; JØRNJUHL, H.; ESKILDSEN, J.; NIELSEN, J.; FREDERIKSEN, N. y BISGAARD, C. [2006]: «Determinants of absenteeism in a large Danish bank», *The International Journal of Human Resource Management*, 17 (9), págs. 1.645-1.658.
- LIVANOS, I. y ZANGELIDIS, A. [2010]: «Sickness Absence: a Pan-European Study». Recuperado de <http://mpira.ub.uni-muenchen.de/22627/>

- LÓPEZ-ARAÚJO, B. y OSCA, A. [2010]: «Influencia de algunas variables organizacionales sobre la salud y la accidentabilidad laboral», *Anales de Psicología*, 26 (1), págs. 89-94.
- LÓPEZ, M. A.; VÁZQUEZ, P. y MONTES, C. [2012]: «Perfil de la víctima de *mobbing* en Galicia. Especial atención a las diferencias de género», *Revista Galega de Economía*, 21, págs. 57-74.
- MASON, S. N.; BUBANY y BUTCHER, J. N. [2012]: «Frequently asked questions: Gender differences on personality test». Recuperado de www.umn.edu/mmpi
- MORANO, M. [2014]: «Análisis de tendencia de la prestación por incapacidad temporal en los presupuestos del sistema Seguridad Social», *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60, págs. 59-64.
- MOREAU, M.; VALENTE, F.; MAK, R.; PELFRENE, E.; SMET, P. DE; BACKER, G. DE y KORNITZER, M. [2004]: «Occupational stress and incidence of sick leave in the Belgian workforce: The Belstress study», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58 (6), págs. 507-516.
- MITTENBERG, W.; PATTON; CANYOCK, E. y CONDIT, D. [2002]: «Base rates of malingering and symptom exaggeration», *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, págs. 1.094-1.102.
- PINEAULT, R. y DAVELUY, C. [1992]: *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*, 2.ª ed., Barcelona: Masson.
- ROGERS, R. [1988]: «Structured interviews and dissimulation», en R. Rogers. (ed.), *Clinical assessment of malingering and deception*, Nueva York: GuilfordPress, págs. 250-268.
- ROHLFS, I.; BORRELL, C. y VALLS-LLOBET, C. [2000]: La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud, *Gaceta Sanitaria*, 14 (2), págs. 146-155.
- SANTAMARÍA, P.; CAPILLA, P. y GONZÁLEZ, H. [2013]: «Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud», *Clinica y Salud*, 24 (3), págs. 139-51.
- SICRAS, A.; BLANCA, M.; GUTIÉRREZ, L. y NAVARRO, R. [2010]: «Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España: Estudio longitudinal de ámbito poblacional», *Gaceta Sanitaria*, 24 (1), págs. 13-19.
- TORNS, T. y RECIO, C. [2013]: «Género, trabajo y vida económica», en C. Díaz y S. Dema (eds.), *Sociología y género*, Madrid: Tecnos, págs. 153-200.
- VALLADARES, A.; DILLA, T. y SACRISTÁN, J. A. [2009]: La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste, *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37 (1), págs. 49-53.
- VAQUERO, A. [n.d.]: *Factores que influyen en la Incapacidad Temporal a largo plazo. Propuesta de screening y de intervención*.
- VÁZQUEZ, J. M. [2011]: «Error de diagnóstico y responsabilidad médica. El consejo médico complementario. Hipoglucemia vs. accidente cerebral vascular isquémico. A propósito de un caso», *Cuadernos de Medicina Forense*, 17 (1), págs. 47-50.
- VELASCO, J.; VILARIÑO, M.; GONZÁLEZ-AMADO, B. y FARIÑA, F. [2014]: «Análisis bibliométrico de la investigación española en psicología desde una perspectiva de género», *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 5 (2), págs. 105-118.
- VELÁZQUEZ, R.; GUILLÉN, C.; ALMORZA, J. M. y SALVADOR, L. [2002]: Estudio sobre la morbilidad psiquiátrica y el absentismo por incapacidad temporal en una gran empresa, *Mapfre Medicina*, 13, págs. 46-52.
- VILLAPLANA, M. D. [2012]: *El Absentismo Laboral por Incapacidad Temporal derivado de Contingencias Comunes en el periodo 2005-2010*, tesis doctoral, Universidad de Murcia.