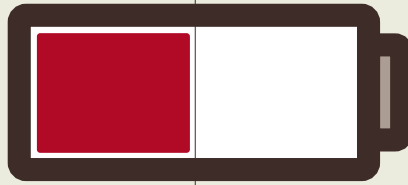


INCAPACIDAD *LABORAL* Y VIDA *ACTIVA*

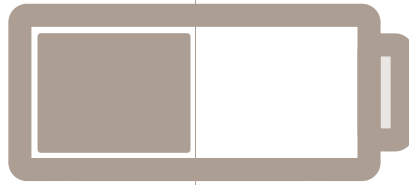
ANTONIO LEÓN GARCÍA-IZQUIERDO,
ANA MARÍA CASTAÑO
Y MÓNICA ZUAZUA VEGA
(EDS.)



Universidad de Oviedo

INCAPACIDAD LABORAL Y VIDA ACTIVA

ANTONIO LEÓN GARCÍA-IZQUIERDO
ANA MARÍA CASTAÑO Y
MÓNICA ZUAZUA VEGA
(EDS.)





Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada (by-nc-nd): No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.



Usted es libre de copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, bajo las condiciones siguientes:



Reconocimiento – Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el licenciador:

Alcover, C. M.; Castro Trancón, N.; Menéndez, I. *Incapacidad laboral y vida activa*. (2023)
Universidad de Oviedo, Fundación Ampararte y Cátedra Asturias Prevención

La autoría de cualquier artículo o texto utilizado del libro deberá ser reconocida complementariamente.



No comercial – No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Sin obras derivadas – No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

© 2023 Universidad de Oviedo

© Los autores

Editores: Antonio León García-Izquierdo, Ana María Castaño y Mónica Zuazua Vega
Diseño y maquetación: Fernando Rico studio

Algunos derechos reservados. Esta obra ha sido editada bajo una licencia Reconocimiento-No comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional de Creative Commons.

Se requiere autorización expresa de los titulares de los derechos para cualquier uso no expresamente previsto en dicha licencia. La ausencia de dicha autorización puede ser constitutiva de delito y está sujeta a responsabilidad.

Consulte las condiciones de la licencia en: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.es>

Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo

ISNI: 0000 0004 8513 7929

Edificio de Servicios - Campus de Humanidades

33011 Oviedo - Asturias

985 10 95 03 / 985 10 59 56

servipub@uniovi.es

www.publicaciones.uniovi.es

ISBN: 978-84-18482-99-1

DL AS 3135-2023

PRESENTACIÓN

Esta publicación que presentamos está editada conjuntamente por la Cátedra Asturias Prevención y la Fundación Ampararte. La Cátedra Asturias Prevención está adscrita a la Universidad de Oviedo y desde su creación en el año 2014 cuenta con el apoyo del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales (IAPRL), organismo autónomo del Principado de Asturias encargado, entre otras cuestiones, de la gestión de las políticas en materia de salud laboral. El objetivo principal de la Cátedra es el desarrollo de la cultura preventiva mediante el impulso de la investigación, la formación, la divulgación y la transferencia a la sociedad, de conocimientos en materia de Prevención de Riesgos Laborales; con el fin de promocionar espacios de trabajo saludables que redunden en una mejora de la salud de los/as trabajadores/as. En esta ocasión, la Cátedra Asturias Prevención realiza esta labor de divulgación junto a la Fundación Ampararte, organización sin ánimo de lucro orientada a apoyar a quienes presentan limitaciones de salud que les impiden continuar con su trabajo, y para la concienciación social y la desestigmatización de las situaciones a las que estas personas se enfrentan.

La Fundación Ampararte está muy interesada en visibilizar: a) las problemáticas y el sufrimiento que muchas veces acompañan a la incapacidad laboral, especialmente cuando ésta se convierte en una situación de larga duración; b) los efectos negativos que puede generar el que las personas se resistan a suspender su actividad laboral pese a estar experimentando malestares y dificultades físicas y/o psíquicas; c), y finalmente, el impacto en la salud que puede tener la decisión de un retorno anticipado al puesto de trabajo (es decir, antes de lograr una adecuada recuperación). Las situaciones anteriormente descritas se vinculan con expectativas personales, familiares y sociales en torno al trabajo, con las sensaciones desagradables que genera su no cumplimiento (el/la trabajador/a puede incluso llegar a sentirse como una carga para los demás, especialmente cuando requiere ayuda por parte de otras personas), con las dificultades económicas que pueden surgir a partir de una baja laboral y con las ideas preconcebidas sobre la propia incapacidad laboral. Por ello es tan importante visibilizar las diferentes realidades que enfrentan las personas en situación de incapacidad y señalar el estigma social que en frecuentes ocasiones pesa sobre ellas cuando, en el ejercicio de sus derechos, son beneficiarias de la prestación correspondiente. Dicho estigma se deriva, en parte, del abuso en el que incurren algunos/as trabajadores/as intentando sacar ventaja económica defraudando a la Administración o a las organizaciones en las que trabajan. Pese a que estos casos se pueden considerar como excepciones, generan no solo un

cuestionamiento de la credibilidad de las instituciones responsables, sino también suspicacia hacia quienes solicitan una baja laboral. Más allá de estos casos fraudulentos y su impacto negativo, el estigma social en torno a la incapacidad laboral también parte de un desconocimiento de los derechos laborales, de los procedimientos vinculados con la incapacidad laboral y del papel que pueden tener las organizaciones en el propio desarrollo de las enfermedades y en su recuperación. Este desconocimiento y el estigma que genera, perjudican a las personas afectadas y a su entorno familiar que, por otra parte, puede también estar sufriendo reveses económicos importantes derivados de los costes asociados.

La realidad detrás de multitud de personas que no pueden trabajar aunque quieran, debido a problemas de salud, esconde graves afectaciones en su calidad de vida que repercuten, a su vez, en todo su entorno. Conviene recordar, que los/as trabajadores/as tienen el derecho a solicitar y percibir una pensión por incapacidad permanente cuando las repercusiones de la quiebra de su salud les impide seguir ejerciendo su profesión u oficio, o bien las tareas esenciales del mismo, por lo que debe valorarse el ejercicio del derecho a recibir una pensión por incapacidad permanente cuando se cumplen unos requisitos genéricos y específicos.

Llegar a recibir dicha pensión impacta, más allá del ámbito económico, a los planos personal y social, al mejorar la calidad de vida de la persona y de su entorno. Para una persona que ha perdido su capacidad de obtener ingresos derivados del ejercicio de la que fue su profesión durante años -y en cuya formación ha podido invertir largos períodos de tiempo y recursos económicos hasta alcanzar la estabilidad laboral-, la consecución de una pensión por incapacidad permanente supone un cambio vital trascendental, es una reinención vital que puede conllevar la tranquilidad de esta persona y su familia (con el sosiego psíquico que permiten unos ingresos periódicos vitalicios asegurados, con independencia de sus limitaciones físico/psíquicas). Brinda también a la persona la posibilidad de focalizar su atención en su salud y la oportunidad, en caso de haber conseguido una pensión por incapacidad permanente total, de aprovechar sus conocimientos en una nueva actividad laboral con exigencias y requerimientos distintos a aquellos por los que se ha declarado la incapacidad permanente (con un alivio todavía mayor de sus problemas económicos), y de desarrollar nuevas capacidades en sus esferas personal, familiar y social. Asimismo, implica muchas veces una reducción del coste social empleado en diferentes tratamientos médicos y terapias.

PRESENTACIÓN

Es por ello tan importante que el derecho a la igualdad de condiciones y oportunidades se adapte a la realidad social del tiempo en que ha de ser aplicada y tenga en cuenta a todos los agentes sociales, incluyendo la realidad empresarial, puesto que ésta precisa relevos generacionales, al igual que la sociedad. No obstante, nuestro estado de bienestar tiene claras ineficiencias y en ocasiones el Estado parece adoptar una función defensiva, que deriva en que en ocasiones no se aporten verdaderas soluciones ni a las personas ni a las organizaciones. En estas situaciones, ambas tienen que luchar para que se les reconozcan sus derechos, ya sea a una vida laboral plena, a una participación ciudadana en igualdad de condiciones y oportunidades atendiendo a las limitaciones que pueden sobrevenir. Un ejemplo de las ineficiencias mencionadas es la inesperada situación en la que puede encontrarse un/a trabajador/a a quien tras agotarse la prestación por incapacidad laboral temporal le es denegado el reconocimiento de una incapacidad permanente y su asociada prestación económica, la cual trata de cubrir la pérdida de ingresos que sufre una persona trabajadora cuando, por enfermedad o accidente, ve reducida o anulada su capacidad laboral. El organismo encargado de otorgar el derecho a recibir esta pensión es el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el mismo organismo al que todos los/as trabajadores/as están obligados (así como sus organizaciones) a contratar si desean obtener una serie de contraprestaciones (como la prestación por desempleo, la cobertura de bajas por incapacidad laboral, la jubilación y la propia cobertura de especial protección en caso de incapacidad permanente). Es decir, la instancia que recibe las cuotas mes a mes durante años, es la misma que va a conceder o no la prestación que se solicita, y es por lo tanto plausible pensar que intentará evitar este considerable desembolso mediante las objeciones jurídicas y administrativas que considere oportunas.

A todo esto se une el hecho de que estos procedimientos no conllevan costes, lo que puede trasladar a la persona afectada la impresión errónea de que son “más sencillos” y no necesitan de apoyo o asistencia jurídica, como se precisa en otras jurisdicciones (penal, civil, contencioso-administrativa, etc.). Esto conduce, indudablemente, a una falta de rigor jurídico en todo el planteamiento y en la preparación del proceso, sin tener en cuenta que en estos procedimientos, y a nivel jurídico, la enfermedad es importante tan sólo en cuanto a su repercusión funcional sobre los requerimientos del puesto de trabajo, y que esta repercusión es lo que es necesario demostrar con rotundidad, en cualquier caso. Es decir, el sistema dispone de una asistencia para las personas afectadas que han cumplido con sus obligaciones con la Seguridad Social, además de con el resto

de los requisitos legales y reglamentarios, y es exigible social y jurídicamente que esta protección especial, la prestación de incapacidad permanente, pensada específicamente para estos casos, les sea reconocida, ya que se tiene derecho a la misma si se orienta y prepara con rigor jurídico.

En relación con todo lo anterior, la obra que se presenta en este volumen constituye un paso hacia la mayor visibilización de los diferentes aspectos vinculados con la incapacidad laboral, en busca de que se comprenda la complejidad de ésta y que se logre asumir como una necesaria protección a la ciudadanía dentro del estado de bienestar. Para ello, el principal objetivo de la Fundación Ampararte es promover el conocimiento social sobre esta problemática, así como mitigar el estigma social que pesa sobre aquellas personas que padecen situaciones límite que les impiden continuar trabajando e inician con valentía el camino para ejercitar su derecho de solicitar una pensión por incapacidad permanente. Para ello la Fundación Ampararte desarrolla actividades de difusión que dan a conocer las vías de solución posibles para que estas personas puedan mejorar su calidad de vida en el marco de la sostenibilidad de nuestro sistema público de bienestar.

Para la Fundación Ampararte el valor de una sociedad se mide por cómo cuida a sus personas más vulnerables, por eso su lema es *No dejar a nadie atrás*. Con este fin, establece lazos de colaboración con instituciones que le permitan alcanzar sus objetivos fundacionales y le ayuden a ser una fuente de conocimiento de referencia en relación con la salud aplicada al desarrollo profesional. En este sentido, es para la Fundación una gran satisfacción presentar esta publicación, fruto de su colaboración con la Cátedra Asturias Prevención de la Universidad de Oviedo, que constituye un estudio riguroso que puede contribuir a arrojar luz sobre este proceloso mundo de la incapacidad laboral y, sobre todo, a brindar ayuda a que las personas afectadas consigan visualizar y creer en la vida activa que pueden tener, incluso más allá de cualquier limitación de salud en el campo profesional.

María Teresa Menéndez Villa
Manuel Rodríguez Velázquez
Fundación Ampararte
Velázquez y Villa Abogados

Nota sobre los editores

Antonio León García-Izquierdo

Profesor Titular en el área de Psicología Social de la Universidad de Oviedo y Director de la Catedra Asturias Prevención

Ana María Castaño

Profesora del área de Organización de Empresas de la Universidad de Oviedo y colaboradora en la Cátedra Asturias Prevención de la Universidad de Oviedo

Mónica Zuazua Vega

Investigadora en la Cátedra Asturias Prevención de la Universidad de Oviedo

RELACIÓN DE AUTORES

Carlos María Alcover

Profesor de Psicología de los Grupos y las Organizaciones
Departamento de Psicología, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

Nereida Castro Trancón

Investigadora
Universidad de Oviedo

Iván Menéndez

Abogado Laboralista

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN

PRIMERA PARTE

UNA APROXIMACIÓN JURÍDICA, ECONÓMICA Y PSICOSOCIAL
A LA INCAPACIDAD LABORAL

SEGUNDA PARTE

GESTIÓN DE PERSONAS PARA LA PREVENCIÓN
DE LA INCAPACIDAD LABORAL Y PARA LA PROMOCIÓN DE LA
EMPLEABILIDAD Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

CONCLUSIONES GENERALES

La Cátedra Asturias Prevención y la Fundación Ampararte han desarrollado esta publicación con la intención de dejar claro que la incapacidad laboral, el absentismo, y el abandono del trabajo no son sólo, como muchas veces suele pensarse, producto de características o situaciones individuales, sino que constituyen aspectos complejos relacionados con el entorno socioeconómico y jurídico. En ellos confluyen, además de las predisposiciones biológicas y las condiciones de salud que éstas propician, diversos aspectos psicosociales, como la calidad de las relaciones que se establecen tanto fuera como dentro del lugar de trabajo, las características del entorno laboral y el tipo de actividad que se lleva cabo. Es decir, en este libro se pone de manifiesto que la incapacidad laboral es un fenómeno con muchas aristas e implicaciones tanto a nivel individual y familiar, como a nivel organizacional y social. Todo ello configura no sólo los problemas de salud que experimentan las personas trabajadoras sino también la forma en que los afrontan. Por ende, como se verá, la incapacidad laboral supone un alto coste social, y constituye además un importante indicador de calidad de vida, de salud pública y de salud laboral.

De esta forma, este texto aporta a los/as lectores/as las bases para comprender los aspectos jurídicos de la incapacidad laboral, así como su alcance económico y social, tomando como caso el Principado de Asturias. Asimismo, brinda información sobre cómo la incapacidad laboral impacta a nivel personal y sobre la importancia de la percepción que cada individuo tiene acerca de su capacidad para trabajar, en relación con los factores contextuales y organizacionales. Finalmente, esta publicación aporta información de gran valor a las organizaciones, concretamente a los/as responsables de la gestión de personas y de la Prevención de Riesgos Laborales, a quienes les brinda un marco conceptual y una serie de estrategias para prevenir y gestionar adecuadamente las bajas laborales, para comprender y abordar este complejo fenómeno, desde enfoques como el del envejecimiento activo. Todo ello con la finalidad de lograr una gestión de personas que impulse la capacidad de trabajo, a través de comportamientos proactivos —por parte de las organizaciones mismas y de los trabajadores—, que redunden en una mejora de la calidad de vida y un incremento de la empleabilidad.

Todo lo anterior nos ayuda a poner en cuestión los estereotipos sociales vinculados con la incapacidad laboral (tales como el de las falsas bajas), que contribuyen a la idea de simulación y/o que responsabilizan a los/as trabajadores/as que padecen problemas de salud que impiden su desempeño laboral, sin tener en cuenta de qué manera estos problemas pueden derivarse o agravarse debido a ciertas prácticas organizacionales. De esta forma, se espera contribuir a la erradicación del estigma social que pesa sobre las personas en situación de incapacidad laboral.

En este libro se abordan temas y conceptos tan diversos como: la capacidad de trabajo y sus aspectos facilitadores e inhibidores, la cultura del absentismo, así como su voluntariedad y no voluntariedad, las variables que impiden o dificultan la ausencia y la presencia en el trabajo, o el retorno al mismo. Y se abordan interrogantes tan importantes y complejos como: ¿qué factores influyen para que una persona solicite la baja, o para que se reincorpore al trabajo?, ¿cómo las percepciones subjetivas sobre la propia salud se relacionan con la incapacidad laboral?, ¿de qué manera los datos sobre incapacidad laboral evidencian la brecha de género?, ¿cómo los avances normativos facilitan la gestión de las incapacidades?, ¿cómo puede la gestión de las personas en las organizaciones prevenir la incapacidad laboral, y medir, mantener y potenciar la capacidad de trabajo?, ¿cómo deben gestionarse las ausencias y el retorno de los/as trabajadores/as?, ¿cómo se promueve el envejecimiento activo y cuál es su relación con la capacidad de trabajo?

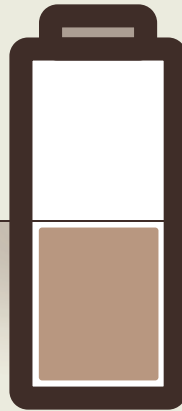
Esta publicación se divide en dos grandes apartados. En el primero se aborda la incapacidad laboral como una realidad socioeconómica, a través de: a) una aproximación a las implicaciones jurídicas vigentes; b) una descripción de los aspectos económicos asociados y su coste social, tomando como caso singular el Principado de Asturias; c) un análisis de los aspectos psicosociales (las variables sociodemográficas, los riesgos psicosociales y las condiciones laborales) que inciden sobre el inicio, la duración y la forma en que se experimenta una incapacidad; y d) un recorrido por los modelos psicosociales que explican el absentismo laboral.

El segundo apartado ofrece una aproximación a: a) la importancia de la prevención de las limitaciones para el trabajo y de las incapacidades desde la gestión de personas en las organizaciones, y para ello, se desarrolla la noción de capacidad de trabajo y se explica cómo ésta se mide y se promueve; y b) el desarrollo de la calidad de la vida activa, a través del análisis de las capacidades y de la reinserción laboral, y para ello, se muestra (tomando como base los resultados de la investigación más actual al respecto) las conductas proactivas que las organizaciones y los/as trabajadores/as pueden poner en práctica para favorecer la empleabilidad y el envejecimiento activo, aportando recomendaciones para la inclusión, para el desarrollo laboral pleno de todas las personas y para el reingreso al trabajo.

Esperamos que este recorrido en el que se prioriza el cuidado y la promoción de la salud y el bienestar en el trabajo sea de utilidad para cualquier persona que, directa o indirectamente, pueda verse afectada por la incapacidad laboral; para las organizaciones, y en particular los/as responsables de la gestión de personas; y para cualquier profesional interesado/a en la comprensión de los fenómenos laborales y en la mejora de la calidad de vida en el trabajo.

**UNA APROXIMACIÓN JURÍDICA,
ECONÓMICA Y PSICOSOCIAL
A LA INCAPACIDAD LABORAL**

*Nereida Castro Trascón
Iván Menéndez*



**PRIMERA
PARTE**

1. INCAPACIDAD LABORAL

1.1. Aproximación jurídica de la incapacidad laboral

- 1.1.1. La incapacidad laboral temporal
 - 1.1.1.1. LAS RECAÍDAS EN LOS CASOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL
- 1.1.2. La incapacidad laboral permanente
- 1.1.3. Consideraciones sobre los accidentes de trabajo en relación con la incapacidad laboral

1.2. Aspectos económicos relacionados con la incapacidad laboral

- 1.2.1. La prestación por incapacidad laboral
- 1.2.2. Repercusión económica: el coste de la incapacidad laboral

1.3. Aspectos psicosociales en la incapacidad laboral

- 1.3.1. Variables en los casos de incapacidad laboral
 - 1.3.1.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: GÉNERO Y EDAD
 - 1.3.1.2. RIESGOS PSICOSOCIALES
- 1.3.2. Aspectos psicosociales y absentismo laboral: modelos explicativos
 - 1.3.2.1. MODELOS DE HUIDA DEL TRABAJO
 - 1.3.2.2. MODELOS DE AJUSTE LABORAL O DE ADAPTACIÓN E INADAPTACIÓN
 - 1.3.2.3. MODELOS DE INTERCAMBIO O DE DECISIÓN
 - 1.3.2.4. MODELOS DE PERSONALIDAD
 - 1.3.2.5. MODELO DE CULTURA DEL ABSENTISMO
 - 1.3.2.6. MODELOS INTEGRADOS DE PRESENCIA

2. LA INCAPACIDAD LABORAL EN ASTURIAS: CARACTERÍSTICAS

2.1. La incapacidad temporal en Asturias

- 2.1.1. Incapacidad temporal por contingencias comunes en el Régimen General de la Seguridad Social
- 2.1.2. Incapacidad temporal por contingencias profesionales en el Régimen General de la Seguridad Social
- 2.1.3. Incapacidad temporal por contingencias comunes en el Régimen Especial de Autónomos/as

2.2. La incapacidad permanente en Asturias

- 2.2.1. Incapacidad permanente en Asturias por régimen de afiliación: Régimen General de la Seguridad Social y Régimen de Autónomos/as
- 2.2.2. Incapacidad permanente en Asturias por contingencias profesionales: Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional

2.3. Los accidentes de trabajo en Asturias

2.4. Apuntes para comprender la incapacidad laboral en Asturias

3. CONSIDERACIONES FINALES SOBRE LA INCAPACIDAD LABORAL: ESTIGMATIZACIÓN VS. ABORDAJE INCLUSIVO Y CENTRADO EN LA SALUD

4. REFERENCIAS

En esta primera parte del libro se aborda inicialmente la incapacidad laboral (IL) y su impacto desde las perspectivas jurídica, económica y psicosocial, exponiendo los modelos explicativos del absentismo laboral; posteriormente, se analiza el caso de Asturias, que destaca por ser una de las comunidades autónomas con mayores cifras de incapacidad temporal (IT) y la que tiene un mayor índice de incapacidad laboral permanente (IP). Con este desarrollo, se espera que la IL sea entendida como un fenómeno complejo y que tiene un efecto sistémico en la sociedad ya que no sólo implica de manera directa la pérdida de salud de la persona trabajadora y el empeoramiento de su calidad de vida, sino que también afecta a su situación económica, lo que, en consecuencia, repercute en su entorno familiar y social. Por otra parte, en un sentido más amplio, la IL afecta también a la productividad de las empresas, al Sistema de la Seguridad Social y su sostenibilidad, al sistema sanitario y, por tanto, al conjunto de la sociedad.

Por todo ello, resulta necesario un análisis que permita no sólo estimar el impacto de las incapacidades laborales, sino también, y con carácter fundamental, conocer las variables asociadas a su origen, las que inciden en su duración y las que están detrás de las recaídas, ya que únicamente a partir del reconocimiento de todas estas variables se puede prevenir o, al menos, disminuir su gravedad. Como primer punto de este análisis, se aborda, a continuación, el carácter socioeconómico de la IL.

1

INCAPACIDAD LABORAL

Se puede definir la IL como aquella circunstancia en la que el estado de salud de la persona trabajadora le impide desempeñar las funciones de su trabajo, bien sea temporal o permanentemente. La IL implica un deterioro de la salud que puede tener un origen laboral o no laboral, dependiendo de si la causa de la lesión o el daño tiene relación o sucede a consecuencia del desempeño laboral. Cuando el origen es laboral se le denomina contingencia profesional y se divide en dos tipos: enfermedad profesional (EP) y accidente de trabajo (AT). El primer tipo, EP, se refiere a las enfermedades contraídas a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena (generalmente provocadas por la acción de algunos elementos o sustancias) y que se encuentran recogidas en 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, en adelante LGSS TR 15. En caso de EP, es necesario probar la relación de la enfermedad con el trabajo.

El segundo tipo, AT, se refiere a toda lesión corporal que la persona trabajadora sufra con ocasión¹ o como consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena, siempre que se pruebe que tiene por causa exclusiva la ejecución del mismo.. La consideración de AT también puede referirse a las enfermedades de origen laboral que no están incluidas como enfermedades profesionales en la LGSS TR 15.

Ahora bien, dado que la definición anterior se ciñe solamente a las lesiones corporales y excluye las afecciones a la salud mental, en algunos casos, éstas se abordan y resuelven mediante sentencias. Un ejemplo es la emitida por el Tribunal Superior de Justicia de Galicia, TSJ de Galicia Rec. 5678/2021, en la que considera que la calificación como AT:

no alcanza solo a los accidentes en sentido estricto o lesiones producidas por la acción súbita y violenta de un agente exterior, sino también a las enfermedades o alteraciones de los procesos vitales que pueden surgir en el trabajo causadas por agentes patológicos internos o externos

Ahora bien, cuando la IL no tiene un origen laboral se trata de una enfermedad común (en caso de alteraciones de la salud que no tengan la condición de AT ni de EP, conforme a lo dispuesto,

¹ «Con ocasión del trabajo», se usa cuando, aunque existan factores causales que no se deriven de la ejecución profesional, hay una exposición a determinados factores o riesgos de carácter laboral sin la cual no se hubiera generado la lesión o el daño.

respectivamente, en los apartados 2. e), f) y g) del artículo 156, y en el artículo 157 de la LGSS TR 15) o de un accidente no laboral (cuando, conforme a lo establecido en el artículo 156 de la LGSS TR 15, no tenga el carácter de AT).

En todos los casos, independientemente de su tipología, se puede decir que la incapacidad constituye un indicador de calidad de vida, de salud laboral y de salud pública (Vicente y López-Guillén, 2019): a) es un indicador de calidad de vida por sus efectos a nivel personal y en el entorno inmediato de la persona incapacitada; b) es un indicador de salud laboral porque sus causas pueden estar relacionadas con la exposición de la persona trabajadora a situaciones de riesgo implicadas en AT y/o en EP; c) es un indicador de salud pública porque sus causas pueden estar relacionadas con situaciones de riesgo que están al margen de la actividad laboral y que se relacionan, por ejemplo, con la enfermedad común o con accidentes no laborales.² Y también es un indicador de salud pública, dado que la recuperación y el regreso al trabajo después de una IL permiten medir la eficacia de la atención médica, constituyendo así también un indicador de los resultados de la atención sanitaria y de su gestión (*p. ej.* en relación con el acceso a pruebas diagnósticas o tratamientos).

La IL constituye un fenómeno de salud con importantes implicaciones a nivel personal y familiar, que pueden ser temporales (como la necesidad de seguir tratamiento de forma temporal) o permanentes (como la pérdida funcional o anatómica) y tiene el potencial de disminuir o anular la capacidad para el trabajo. Pero la IL también es un fenómeno organizacional y sanitario; por todo ello, y dado que conlleva el derecho a recibir protección social –mediante una prestación económica y la asistencia sanitaria requerida– tiene un carácter normativo, económico y social. Por ello, en los apartados siguientes se aborda la IL desde un punto de vista jurídico, presentando cómo se define en la normativa, cuáles son los procedimientos asociados a su gestión y control, y a la regulación de la prestación correspondiente y el pago asociado a ella. Después, se analiza el impacto económico de la IL (teniendo en cuenta la solidaridad social como uno de los principios que sustentan la acción de la Seguridad Social, SS) y, finalmente se presentan algunos aspectos psicosociales a considerar para su comprensión.

²En este punto es importante señalar que el hecho de que la IL tenga un origen no laboral (es decir, que no es atribuible al trabajo propiamente) no se contradice con la idea de que sea de todas formas considerada como un indicador de salud laboral, ya que puede reflejar el estado de salud de las personas trabajadoras (Vicente y López-Guillén, 2019).

1.1. Aproximación jurídica a la incapacidad laboral

La regulación de la IL tiene diversos objetivos, que van desde mejorar la gestión de los casos, asegurar la protección de los/as trabajadores/as que la sufren y reducir el gasto que genera, hasta prevenir su uso indebido. Los cambios que se van generando en la normativa relacionada con la IL deben asegurar que su regulación se adapte a las nuevas realidades y a las distintas circunstancias sociales y sanitarias, además de que se refuerce la protección de las personas que padecen problemas de salud. Esto es muy relevante dado que la normativa actúa como un factor que impacta significativamente sobre cómo se experimenta todo el proceso de la incapacidad: desde la propia autovaloración del estado salud, hasta la decisión de solicitar asistencia médica o la intención de retomar la actividad laboral, favoreciendo así, el absentismo o el presentismo (temas que se abordan en el apartado 3). Asimismo, a nivel social, los avances en la normativa contribuyen a la mayor protección de personas o grupos vulnerables, mediante la subsanación de deficiencias y la introducción de nuevas situaciones de incapacidad que no eran anteriormente reconocidas, así como a reducir la discriminación hacia estos grupos. Debido a su importancia, a continuación, se expone la regulación de la IT, la IP y los AT, principalmente recogida en la LGSS TR 15, junto con sus modificaciones más recientes y/o significativas.

1.1.1. La incapacidad laboral temporal

De acuerdo con el art. 169 de la LGSS TR 15, se considera IT a las situaciones que, debido a enfermedad común o profesional y a accidentes, sean o no de trabajo, impiden el desempeño laboral, siempre que cumplan con unos requisitos y una temporalidad específicos. En cuanto a los requisitos, en el apartado a) del art. 169.1 se exigen dos criterios: i) que la persona trabajadora reciba atención sanitaria por parte de la SS (es decir, se excluyen aquellos casos en los que la asistencia sanitaria se recibe por parte de instituciones privadas, y aquellos en los que la asistencia que se recibe no tiene el carácter de sanitaria, en sentido estricto, *p. ej.* cuando se reciben tratamientos médicos no regulados o en establecimientos no regulados o aprobados por las instituciones oficiales de salud); y ii) que la persona se encuentre impedida para el trabajo en el momento de iniciarse el proceso. Por su parte, en relación con la temporalidad, este mismo artículo establece que la IT se limita a un máximo de 365 días, prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que durante su transcurso la persona trabajadora puede ser dada de alta médica por curación. No obstante, según el art. 174.2 de la LGSS TR 15, con una aplicación muy excepcional en la práctica, en algunos casos se puede ampliar este periodo, sin rebasar los 730 días naturales en total. Estos casos son aquellos en los que continúa la necesidad de tratamiento médico debido a la expectativa

de recuperación o la mejora del estado del/la trabajador/a, con vistas a su reincorporación laboral, cuando la situación clínica de la persona lo haga aconsejable.

Recientemente se han introducido algunas modificaciones que afectan tanto a la gestión y al control de la IT, como al reconocimiento de nuevas situaciones que merecen protección por parte del Sistema de SS. Estas modificaciones se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1*Modificaciones recientes a la normativa que afectan a la IT*

TEMA	NORMATIVA	MODIFICACIÓN	IMPLICACIONES
Competencias en la gestión de la IT cuando supera los 365 días	El Real Decreto-ley 2/2023, de 16 de marzo —modifica la LGSS TR 15—	<p>Antes de que la IT supere los 365 días, la inspección médica del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) ejerce las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la SS u órgano equivalente del servicio público de salud, para emitir un alta médica o considerar que existe recaída (art.170.1 LGSS TR 15).</p> <p>Superados los 365 días, la inspección médica del INSS tiene la competencia exclusiva para emitir el alta médica, así como una nueva baja por la misma patología o una similar, siempre que no hayan pasado más de 180 días tras el alta (art. 170.2 LGSS TR 15).</p> <p>En los casos de baja por EP, los periodos de observación médica con una duración máxima de 180 días podrán prorrogarse por otros 180 días cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad.</p> <p>Tras 365 días sin emisión de alta médica la persona se encuentra, de manera automática, en prórroga de IT, sin necesidad de declaración expresa (art.169.1.b) LGSS TR 15).</p>	Simplifica la gestión de la IT que pueda resultar compleja para la persona trabajadora en su situación de salud.
Tramitación y documentación asociadas a la IT	El Real Decreto 1060/2022, de 27 de diciembre —modifica el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio—	El servicio público de salud (o en su caso, la mutua colaboradora*) remitirá los datos contenidos en los partes médicos de baja, confirmación y alta al INSS. Éste comunicará a las empresas los datos identificativos de carácter administrativo relativos a los partes médicos de baja, confirmación y alta (artículo único, apartado 3, RD 1060/2022).	<p>Mejora la eficacia y eficiencia en la tramitación de la documentación.</p> <p>Evita a la persona trabajadora obligaciones burocráticas que, precisamente por estar en situación de incapacidad, pueden resultarle molestas.</p>
Ampliación de las situaciones protegidas dentro de la IT	Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero —modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo—	<p>Introduce la IT por menstruación incapacitante y por interrupción del embarazo (voluntaria o no) que genere incapacidad, pudiendo este último caso considerarse como AT o EP.</p> <p>Se reconoce como IT por contingencias comunes la gestación desde el día 1 de la semana 39 (art. 169 1.a) LO 1/2023, de 28 de febrero).</p>	<p>Permite conciliar el derecho a la salud con el empleo de las mujeres.</p> <p>Reduce las dificultades para el reconocimiento de la IT en enfermedades específicas o situaciones incapacitantes para las mujeres y, por tanto, evita la discriminación.</p>

TEMA	NORMATIVA	MODIFICACIÓN	IMPLICACIONES
Depósito por falta de asistencia al trabajo	Real Decreto-ley 4/2020, de 18 de febrero –modifica el texto refundido de la Ley del Estado de los Trabajadores–	Se deroga el despido por falta de asistencia al trabajo que incluía a las que fueran justificadas pero intermitentes, entre las que se encuentran las debidas a problemas de salud (art. 52.d) del Estatuto de Trabajadores).	Evita la discriminación laboral por enfermedad, discapacidad o condición de salud, estado serológico y/o predisposición genética a sufrir patologías y trastornos; y que esto afecte a las mujeres, dada su mayor participación en actividades de cuidado.
COVID-19	Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo	Asimila como AT los periodos de aislamiento, contagio o restricción en las salidas del municipio donde tengan el domicilio o su centro de trabajo las personas trabajadoras como consecuencia del virus COVID-19 (art. 5 RDL 6/2020).	Protege a las personas trabajadoras que aún no presentado sintomatología o enfermedad no pudieran acudir al trabajo por las restricciones o por contacto estrecho con personas contagiadas.
	Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero	El personal sanitario y sociosanitario que se hubiera contagiado del COVID-19 durante el desempeño del trabajo recibirá las mismas prestaciones que se conceden en los casos de EP. Reconocimiento de la IT a las personas trabajadoras vulnerables al COVID-19** que no pudieran acudir al trabajo como medida de prevención.	Mayor protección de trabajadores/as del ámbito sanitario y sociosanitario, así como pertenecientes a grupos vulnerables.

Nota. *Las mutuas colaboradoras son organizaciones empresariales privadas que gestionan de forma autorizada las prestaciones de la SS, aportando recursos y servicios mediante una colaboración público-privada.

**Aquellas que aun sin presentar síntomas, tengan circunstancias personales evaluados por los Servicios de Prevención como especialmente sensibles.

En resumen, la regulación de la IT protege a las personas trabajadoras de la siguiente manera:

- Desde el 4º día en los casos de enfermedad común o accidente no laboral.
- Desde el día siguiente al de la baja en los casos de AT, EP, gestación o interrupción del embarazo.
- Desde el primer día de la baja en los casos de menstruación incapacitante.

Se espera que todas estas modificaciones permitan ampliar y mejorar la protección de las personas que sufren una IT, contribuyendo a que el proceso en el que se ven envueltas no suponga un mayor perjuicio para su estado de salud. Sin embargo, el alcance de esta nueva normativa ha sido cuestionado, siendo uno de los motivos que en los casos de IT superior a 365 días, las funciones que ejercían los equipos de evaluación de incapacidades (EVI) han pasado a ser competencia de la inspección médica del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS); esto se puede considerar un retroceso en la calidad de las resoluciones³, ya que dichos equipos tienen un carácter multidisciplinar que permitía valorar la IT en su complejidad y tener un mayor acceso a la documentación sobre los antecedentes profesionales de la persona trabajadora (esto favorecía una mayor comprensión y resolución de cada caso). Estas fortalezas pueden quedar limitadas con este cambio, que puede también provocar que una IT se mantenga y se prorrogue por falta de personal del INSS para efectuar los reconocimientos médicos a tiempo, pudiendo incluso superarse los 365 días. Lo anterior supondría una carga económica para la empresa y un aumento en el gasto de prestaciones, así como en los costes indirectos para diferentes instancias (INSS, servicios públicos sanitarios) y para la persona trabajadora.

Por su parte, la introducción de una situación especial de IT por menstruación incapacitante ha traído dudas sobre si estigmatiza a las mujeres y puede generar una situación de discriminación en la contratación o en el desarrollo de la carrera laboral. Lo anterior se relaciona con la falta de perspectiva de género tanto en la atención médica como en las organizaciones, y con que estas últimas pueden percibir este tipo de IT como una disminución en la fuerza laboral, o como una excusa por parte de las trabajadoras, para incurrir en un abuso de este recurso.

³ Para ampliar esta información, consultar este enlace: <https://prevencionar.com/2023/07/04/novedades-en-la-incapacidad-temporal-que-supera-los-365-dias/>

Por último, si bien en la IT han sido importantes los cambios generados a causa de la pandemia por COVID-19, aún no existe por parte de la SS, una valoración de esta enfermedad como incapacitante a nivel laboral, lo que plantea dificultades para el reconocimiento de la sintomatología del COVID persistente como IP.

1.1.1.1. LAS RECAÍDAS EN LOS CASOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL

Una cuestión que también merece análisis son las recaídas dentro de un proceso de IT. Estas recaídas son definidas en el art. 169.2 de la LGSS TR 15 como las nuevas bajas por la misma patología, u otra similar, dentro de los 180 días siguientes a la fecha del alta anterior. Se considera una nueva baja por la misma patología u otra similar cuando existe una misma etiología de la enfermedad. En esta situación, únicamente la inspección médica del INSS tiene las competencias para la emisión de la nueva baja, independientemente de si se han alcanzado o no los 365 días de duración.⁴ Para determinar la duración del subsidio en la nueva situación de baja, se computan los periodos de recaída en un mismo proceso (art. 174.1 de la LGSS TR 15). Para esto es necesario que no hayan transcurrido más de seis meses de actividad laboral desde el alta médica inicial y que la recaída se deba a la misma dolencia. Cuando entre el alta médica y la nueva baja se hubiera producido una modificación de la base de cotización, (aunque esta modificación sea consecuencia de un decremento salarial) la prestación deberá recalcularse de acuerdo con la nueva base reguladora.

Ahora bien, la acumulación de periodos de baja no procederá cuando la causa de la incapacidad se deba a una enfermedad distinta. En este caso se iniciará un nuevo proceso de IT. A este respecto, la jurisprudencia indica que no existe impedimento para que se inicie un nuevo proceso de IT siempre y cuando la persona beneficiaria acredite, en el momento del hecho causante, el periodo de carencia⁵ exigido.

Por su parte, cuando se trata de una enfermedad diferente a la que ha causado la primera baja también es posible el inicio de un nuevo periodo de IT, aun habiéndose agotado el periodo de duración máxima de la primera IT y su prórroga. Este nuevo inicio es posible cuando no se ha declarado una IP ni se ha producido la reincorporación de la persona trabajadora.

⁴ Para distinguir las tres circunstancias de recaída, en función de la duración de la primera baja, se pueden consultar los artículos: 170.1, 170.2 y 174.1 de la LGSS TR 15

⁵ El periodo de carencia se refiere al periodo mínimo de cotización, anterior y previo al hecho causante, necesario para tener derecho a la protección del sistema de SS en su modalidad contributiva.

Es importante señalar que, en una adecuada gestión de las recaídas en los casos de IT, que permita evitar o disminuir nuevas recaídas, es de gran importancia facilitar una reincorporación gradual al trabajo, especialmente tras procesos de bajas de larga duración (Sánchez et al., 2019). Un ejemplo que favorece esta reintegración gradual al trabajo se encuentra en la Resolución de 28 de febrero de 2019, de la Secretaría de Estado de la Función Pública, por la que se dictan instrucciones sobre la jornada y los horarios de trabajo del personal al servicio de la Administración General del Estado y sus organismos públicos, concretamente en su punto 8. En dicho apartado se abordan las medidas para la conciliación de la vida familiar y laboral, y se indica que, en casos específicos como el de las personas trabajadoras que se reincorporan al trabajo tras la finalización de un tratamiento de radioterapia, de quimioterapia u otros de especial gravedad, las personas afectadas podrán solicitar una adaptación progresiva de su jornada de trabajo ordinaria. Esta adaptación podrá extenderse hasta un mes desde el alta médica y ampliarse un mes más cuando la persona trabajadora justifique la persistencia de su estado de salud a consecuencia de la agresividad del tratamiento. El porcentaje de reducción de la jornada diaria puede alcanzar hasta un 25%.

También, el Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención, señala que la actividad en materia de vigilancia de la salud (en consonancia con lo dispuesto en el artículo 22 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales) deberá abarcar una evaluación de la salud de las personas trabajadoras que se reincorporen al trabajo tras una ausencia prolongada por motivos de salud, con el objetivo de recomendar las acciones apropiadas a sus circunstancias.

1.1.2. La incapacidad laboral permanente

Hasta aquí se ha hecho referencia a la IL que es susceptible de reversión (es decir, la IT) esto es, cuando la persona afectada está recibiendo un tratamiento médico y resulta previsible su recuperación funcional, estando en todo caso esta situación sujeta a unos plazos máximos de duración determinados por la ley. En los casos en que después de que la persona trabajadora haya estado sometida al tratamiento prescrito por los/as especialistas de la sanidad pública, continúe presentando reducciones anatómicas o funcionales graves con carácter objetivo, que sean previsiblemente definitivas, y que disminuyan o anulen su capacidad laboral, se puede determinar una IP. Las IP se encuentran definidas en el art. 193.1, en seguimiento y concordancia con la LGSS TR 15.

La IP no se reconoce en función de un diagnóstico determinado, sino valorando la repercusión funcional de las lesiones que acredita la persona trabajadora en relación con: a) su profesión

habitual, b) la realización de cualquier profesión u oficio, o c) la afectación para la realización de las actividades más esenciales de la vida (tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos) y la necesidad de asistencia de otra persona para este tipo de actividades. En la valoración de la IP se estiman diversos grados de afectación. No existe un catálogo de enfermedades que defina *a priori* un grado de IP, sino que ésta depende de la afectación funcional que se presenta, de su persistencia en el tiempo y de la gravedad con la que se manifiesta. De esta forma, con un mismo diagnóstico se pueden presentar casos que sean susceptibles de calificarse como una IP, o bien casos en los que los periodos álgidos de la enfermedad se puedan limitar a los procesos de IT.

El reconocimiento de una IP está a cargo de los equipos de evaluación de incapacidades (EVI) de las direcciones provinciales del INSS, y sujeto al cumplimiento de una serie de requisitos. Su clasificación en grados se realiza en función del porcentaje de reducción de la capacidad de trabajo recogidos en el art. 194 de la LGSS TR 15:

- a) *Incapacidad permanente parcial*: sin alcanzar el grado de total, ocasiona a la persona trabajadora una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para el ejercicio de su profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.
- b) *Incapacidad permanente total para la profesión habitual*: inhabilita a la persona trabajadora para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual; no obstante, le permite dedicarse a otra distinta.
- c) *Incapacidad permanente absoluta*: inhabilita por completo a la persona trabajadora para toda profesión u oficio.
- d) *Gran invalidez*: a consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, la persona trabajadora necesita la asistencia de otros para los actos más esenciales de la vida (tales como vestirse, desplazarse o comer).

1.1.3. Consideraciones sobre los accidentes de trabajo en relación con la incapacidad laboral

De acuerdo con el art. 156 de la LGSS TR 15, para que una lesión o afectación a la salud de una persona trabajadora se considere como AT tienen que existir tanto una relación de causalidad como una presunción del origen laboral de dicho accidente. La relación de causalidad se refiere en el apartado 1 del art. 156 de la LGSS TR 15, a que la lesión o el daño deben haber sido sufridos como consecuencia del trabajo (de forma directa) o con ocasión del trabajo; así, cuando la relación entre el daño y el trabajo se da de manera indirecta o la actividad laboral constituye sólo uno

entre otros factores o causas del daño se denomina «ocasionalidad relevante» (*p. ej.* STS 1-12-2017, rec. 3892/2015). En los supuestos recogidos en el art. 156.2 de la LGSS TR 15 sobre la consideración de los AT, en los que se entiende que opera la relación de causalidad, existen algunos daños a la salud que no se derivan directamente del desempeño de la actividad laboral pero cuya conexión con el trabajo se considera suficiente como para que sean calificados como *contingencia profesional*, por ejemplo: los accidentes que sufre la persona trabajadora al ir o al volver del lugar de trabajo, aquellos que ocurren con ocasión o como consecuencia del desempeño de cargos electivos de carácter sindical, o los que se derivan de tareas que, aun siendo distintas a las de su grupo profesional, se realizan en cumplimiento de las órdenes de el/la empresario/a o bien espontáneamente en interés del buen funcionamiento de la empresa.

Mientras que la relación de causalidad no es fácil de demostrar, ya que en la aparición del daño o la lesión pueden participar varios factores y causas, en el principio de presunción de AT se exime a la persona trabajadora de probar dicha relación de causalidad cuando el accidente ha sucedido dentro del lugar y en el tiempo de trabajo, salvo que se pruebe lo contrario (art. 156.3 de la LGSS TR 15). Probar la ausencia de relación de causalidad laboral de un AT corresponde al INSS, a las mutuas colaboradoras de la SS o a las empresas, resultando por tanto en un trato que favorece a la persona trabajadora.

Debido a la diversidad de la casuística relacionada con los AT, la jurisprudencia es flexible en la interpretación de los principios de causalidad y de presunción (*p. ej.* STS, rec. 2932/2004 de 09 de mayo de 2006; STS, rec. 3558/2009, de 18 de enero de 2011; STS, rec. 106/2009, de 21 de enero de 2010; STS, rec. 1810/2008, de 20 octubre de 2009; STS n.º 59/2020 de 23 de enero de 2020); así, en los casos estrictamente de AT (no de enfermedad), o incluso en determinados sectores, se extiende la presunción de AT aun cuando la persona afectada no se encuentre dentro de su jornada laboral, pero sí en el lugar de trabajo. Se entiende que es obligación empresarial preservar la salud y la integridad física en el entorno laboral en un sentido amplio, no sólo donde la persona ejecute propiamente sus funciones (se incluyen así, *p. ej.* zonas comunes como vestuarios, comedores, etc.).

Asimismo, el art. 156.4 de la LGSS TR 15 recoge una serie de excepciones por las que ciertos daños y circunstancias no deben considerarse como AT; se refieren a aquellos que se deben a fuerza mayor extraña al trabajo (que no guarden relación alguna con el trabajo que se ejecutaba al ocurrir el accidente) y los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria de la persona accidentada.

Por otra parte, el art. 156.2 de la LGSS TR 15 reconoce como AT a las enfermedades no incluidas en el art. 157 (catálogo de enfermedades profesionales) y que hayan sido contraídas con motivo de la realización del trabajo, «siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecución del mismo». Esto supone que debe ser la persona trabajadora la que demuestre que el trabajo es «la causa exclusiva» de la enfermedad. Esto conlleva grandes dificultades debido a los múltiples factores vinculados con el desarrollo de una enfermedad, algunos de los cuales pueden no tener un origen laboral. Sin embargo, la jurisprudencia ha sido más flexible en algunos casos, al matizar que es suficiente con probar que el desempeño laboral ha contribuido, entre otras causas, a la aparición de la enfermedad (incluso cuando los síntomas se hubieran presentado antes de su manifestación o diagnóstico si la persona trabajadora hubiese acudido al trabajo en ese periodo) (STS de 8 de marzo de 2016).

En el caso de las enfermedades no profesionales, el elemento definitorio para que sean consideradas como AT es la presunción de causa laboral (a diferencia de los AT en un sentido estricto, cuando la relación de causalidad resulta evidente). Esta presunción de AT únicamente es aplicable a aquellas enfermedades que por su naturaleza o por su aparición súbita puedan ser causadas por la actividad laboral. Es decir, no abarca a enfermedades o episodios de salud que de manera progresiva o crónica –y con un origen no laboral– se den en el lugar y tiempo de trabajo, ni a las enfermedades que surjan posteriormente por la misma patología (si no acontecen en el tiempo y el lugar de trabajo). En los supuestos anteriores, sería necesario probar la relación de causalidad de la enfermedad con la actividad laboral.

Por su parte, las enfermedades y los defectos padecidos por el/la trabajador/a con anterioridad a la IL, también tienen la consideración de AT cuando se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva de un accidente (art. 156.2.f de la LGSS TR 15). En este sentido, y para facilitar el seguimiento y cuidado de la salud y seguridad en el trabajo, desde 2011 la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social contempla una nueva figura denominada «Patologías No Traumáticas de la Seguridad Social (PANOTRATSS)» y un sistema de comunicación. Este sistema recoge las enfermedades que contraen los/as trabajadores/as por la realización de su trabajo y que no están incluidas en la lista de enfermedades profesionales, así como los agravamientos de lesiones que ya padecieran con anterioridad, lo que ha contribuido a mejorar el conocimiento sobre la morbilidad relacionada con el trabajo y permite detectar sus patrones de comportamiento.

1.2. Aspectos económicos relacionados con la incapacidad laboral

Una vez revisados los aspectos normativos vinculados con la IL, a continuación se exponen algunas cuestiones de carácter económico que es importante conocer.

La acción protectora de la SS engloba, además de la asistencia sanitaria, el otorgamiento de una prestación económica a las personas en situación de IL. Esta prestación se ve afectada por una serie de condiciones y requisitos y tiene una repercusión económica a nivel social. Se trata de una protección enmarcada en los principios de universalidad, unidad, solidaridad social e igualdad, recogidos en el art. 2 de la LGSS TR 15. En este punto se analizará el principio de solidaridad social, que configura y permite la acción protectora de la SS en sus modalidades contributiva y no contributiva⁶, asegurando el mantenimiento del sistema de reparto. Este principio en el contexto de la SS, se manifiesta, principalmente, en dos sentidos: la solidaridad entre generaciones y la solidaridad entre territorios.

La solidaridad entre generaciones se refiere a que la SS española se basa en un sistema de reparto que garantice que las aportaciones realizadas a la SS por parte de las generaciones laboralmente activas, permitan financiar las prestaciones a las que tienen derecho las personas mayores o en situación de necesidad. En este sentido, el artículo primero de la LGSS TR 15 reconoce el derecho a la SS, conforme a lo establecido en la Constitución Española —en adelante, CE—, concretamente en su artículo 4. En este artículo se hace referencia a que «los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo». También en el artículo 50 de la CE se menciona específicamente que «los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad».

Por su parte, la solidaridad entre territorios permite que las cotizaciones recaudadas a nivel nacional sirvan para financiar el reparto de las prestaciones en todo el territorio español

⁶La modalidad contributiva se refiere a las prestaciones a que tienen derecho las personas trabajadoras por su contribución a la SS. La modalidad no contributiva abarca las prestaciones que no se encuentran vinculadas con una aportación a la SS. En la Constitución Española se concentra la cobertura de situaciones de necesidad a través de prestaciones suficientes, lo que implica que haya personas que, aun sin contribución previa o que sea suficiente, merezcan protección conforme a otros criterios, en este caso sociales, de solidaridad y bienestar general (García, 2017).

(concepto de *caja única*). Esto se contempla también en la CE, al hacerse referencia en su artículo 2 a la solidaridad entre las nacionalidades y regiones que integran el Estado. Además, se recoge que el «Estado garantiza la realización efectiva del principio de solidaridad [...] velando por el establecimiento de un equilibrio económico, adecuado y justo entre las diversas partes del territorio español, y atendiendo en particular a las circunstancias del hecho insular» (art. 138.1 CE).

La unidad en la gestión económica del sistema de la SS, blindada por la CE, se gestiona a través de la Tesorería General de la Seguridad Social (caja única del sistema público de pensiones), que constituye un servicio común tutelado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Este Ministerio, con personalidad jurídica propia, unifica los recursos económicos y la administración financiera del sistema de la SS. El carácter de caja única del sistema de la SS se precisa en el artículo 158.2 de la CE, donde se indica que constituye un Fondo de Compensación «con el fin de corregir desequilibrios económicos interterritoriales y hacer efectivo el principio de solidaridad».

De acuerdo con del Valle (2019), la importancia de este principio de solidaridad radica en:

[...] la presunción de que las personas se han visto afectadas, se ven afectadas y se verán siempre afectadas, en medida similar (o igual), por una serie de riesgos o situaciones que se encuentran dentro de su círculo de riesgos, concretamente por el accidente, la enfermedad, la maternidad, la vejez, la muerte y el desempleo, que ponen en peligro su subsistencia y la de sus familias [...] la referida presunción explica así que pueda hablarse en el ámbito de la seguridad social de modalidades verticales y horizontales de solidaridad, concretamente de solidaridad internacional, solidaridad intergeneracional y solidaridad entre géneros [...] (pp. 8-9)

De lo anterior se deriva que la protección debe abarcar al conjunto de la población como potencialmente susceptible de experimentar alguna/s de las circunstancias mencionadas, sin excluir aquellos casos en que una situación afecte sólo a un colectivo en concreto. La SS es, por tanto, un servicio destinado a proporcionar protección a la ciudadanía ante situaciones de necesidad, mantenida sobre una decisión social de apoyo mutuo (García, 2017).

Este régimen de reparto para todas las contingencias y situaciones que caracteriza al sistema español de la SS (art. 110 de la LGSS TR 15), sustentado en el principio de solidaridad, supone la incorporación de todos los recursos a un fondo con el que se deberá dar respuesta a las necesidades de la población en conjunto. Lo anterior requiere la colaboración entre el Estado, las organizaciones y los/as trabajadores, además del logro de un adecuado equilibrio entre los

ingresos y los gastos. Esto hace necesaria una efectiva toma de decisiones acerca de la gestión y el destino de los fondos acumulados, de manera que las estrategias legales de estabilidad y control de los recursos económicos se conviertan en un instrumento que impida el endeudamiento de la SS, teniendo en cuenta no sólo las necesidades de las generaciones presentes sino también de las futuras (García, 2017). A continuación, se verá cómo se traduce esto en la prestación por IL.

1.2.1. La prestación por incapacidad laboral

En el caso de la IP la persona tiene derecho a recibir una prestación denominada pensión. Existe una amplia diversidad en torno a los requisitos que deben cumplirse para ser beneficiario/a de ella. Estos requisitos se relacionan principalmente con el grado de la IP, la edad y de la cotización previa que se tenga (a excepción de los casos de AT y EP, en los que no se requiere cotización previa). La SS ha sistematizado a través de su sitio web la información relativa a los requisitos asociados a cada caso en particular⁷.

Por su parte, en cuanto a la IT, la prestación se denomina subsidio. El importe del subsidio (la cantidad de dinero que se asigna al/la trabajador/a para cubrir las pérdidas económicas asociadas a la IL) se calcula de conformidad con la base reguladora⁸ constituida por la base de cotización⁹ a la SS de la persona trabajadora en el mes anterior al inicio de la IT. La base reguladora puede cambiar en función de si la contingencia que determina la IT se deriva de riesgos profesionales (AT o EP) o de riesgos comunes (enfermedad común o accidente no laboral). Si la causa de la incapacidad se deriva de un AT o de una EP se suma a la base de cotización del mes anterior la cotización por horas extraordinarias del año natural anterior, dividida entre 365 días. Si la antigüedad en la empresa es inferior a un año, se divide entre el número de días de alta laboral en la empresa, excluyendo los del mes de la baja por IT.

En cuanto a las responsabilidades sobre el pago de la prestación, en algunos casos ésta es responsabilidad de la empresa (al tratarse de una prestación pública, a esto se le denomina *pago*

⁷ <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/PrestacionesPensionesTrabajadores/10960/28750/28680>

⁸ La base reguladora se calcula al dividir la base de cotización de la persona trabajadora, entre un número de días que varía en función del caso específico (tipo de trabajador/a, tipo de IL, tipo de contrato, sector y régimen del SS).

⁹ La base de cotización es la remuneración mensual bruta que recibe un/a trabajador/a dado de alta en la SS.

delegado) y en otros, lo asumen el INSS o la mutua colaboradora de la SS, tal como se recoge en la Tabla 2.

Tabla 2

Monto y responsabilidades sobre el pago de la prestación en función del tipo de contingencia

TIPO DE CONTINGENCIA	MONTO A PERCIBIR	INSTANCIA RESPONSABLE DEL ABONO DEL SUBSIDIO
Contingencias profesionales	75% de la base reguladora desde el primer día de IT. Si se trata de un AT se paga el día del accidente como trabajado.	Mutuas colaboradoras de AT y EP
Contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral)	Día 1 a al día 3 de la baja laboral el/la trabajador/a no percibirá cantidad alguna. Del día 4 al día 20 de la baja laboral, el/la trabajador/a percibirá el 60% de la base reguladora. A partir del día 21 de baja laboral, el/la trabajador/a percibirá el 75% de la base reguladora.	Empresario: los primeros 15 días de baja laboral (no se podrá resarcir con posterioridad) INSS: a partir del día 15
Situación especial de incapacidad temporal por menstruación incapacitante secundaria	Del día 1 al 20, la trabajadora percibirá el 60% de la base reguladora. A partir del día 21, la trabajadora percibirá el 75% de la base reguladora.	SS
Situación especial de incapacidad temporal por interrupción del embarazo	Primer día: salario completo.	Empresario: salario íntegro correspondiente al día de la baja
Situación especial de incapacidad temporal por gestación	Del día 2 al día 20 de la gestación: 60% de la base reguladora. A partir del día 21: 75%.	SS: desde el día 1 de la semana 39 de gestación

En el caso específico del subsidio por IT derivado de contingencias comunes, las empresas pueden optar por tener cubierto el pago con una mutua colaboradora de AT y EP. Las mutuas están

obligadas a aceptar esta opción. Este tipo de pago incluye a la totalidad de los/as trabajadores/as de los centros de trabajo protegidos por la mutua. Por su parte, existen casos en los que las mutuas colaboradoras de AT y EP o el INSS, tienen forzosamente que asumir de manera directa el pago del subsidio de IT (art. 192.3 de la LGSS TR 15). Estos casos son los siguientes:

- Cuando, debido al incumplimiento de la obligación empresarial en el pago del subsidio, el/la trabajador/a pide a la mutua o al INSS (según quién le proteja la cobertura que ha dado lugar a la contingencia) que le haga el pago directamente.
- Cuando las empresas de menos de 10 personas trabajando y con una persona empleada en situación de IT, con una duración de la baja médica superior a seis meses consecutivos, lo soliciten. En estos casos la empresa cotizará la cuota empresarial y la mutua descontará a la persona trabajadora la cuota obrera¹⁰.
- Cuando se trabaja para organismos que no tengan que colaborar con la SS. En estos casos las mutuas colaboradoras pagarán a las personas trabajadoras el subsidio por IT. Por la extinción de la relación laboral durante la situación de IT.
- Cuando se trata de representantes de comercio, profesionales taurinos y artistas.
- Cuando los/as trabajadores están dados de alta en el Régimen Especial de Trabajadores Autónomos/as, en el Sistema Especial para empleados/as del hogar o (por cuenta ajena) en el Sistema Especial Agrario.
- Cuando se agota el plazo máximo inicial de IT (365 días) y: a) el INSS reconoce la prórroga de la IT, b) se inicia un expediente de IP a partir del día 1 del mes siguiente al de la fecha de la resolución, y c) tras el agotamiento del plazo máximo prorrogado de 545 días y hasta la calificación de la IP.
- Cuando la IT persiste una vez finalizado un contrato fijo discontinuo. Por jubilación parcial.

Por su parte, debe tenerse en cuenta que es posible solicitar un *cambio de contingencia* cuando se considera que no se ha calificado de forma correcta el origen de la IT. Estos procedimientos generalmente se refieren a los casos en que una IT ha sido declarada como derivada de enfermedad común y la persona afectada solicita que se revalore como contingencia profesional, con las consecuencias que ello supone; aunque también se presentan casos a la inversa, en procedimientos iniciados por mutuas de AT y EP en los que el/la trabajador/a puede llegar a ser demandado/a en

¹⁰ La cuota empresarial es la aportación a la SS que corre a cargo de la empresa. La cuota obrera es la aportación a la SS que corre a cargo de la persona trabajadora.

un procedimiento judicial (en estos casos se solicita que un proceso de IT inicialmente considerado como derivado de AT sea calificado como derivado de enfermedad común). En ambos casos, este tipo de procedimientos administrativos o judiciales pueden generar diferencias económicas (en relación con lo acordado previamente) a favor de alguna de las partes en conflicto. Para que estos ajustes económicos se produzcan es preciso que el procedimiento de cambio de contingencia se inicie en el plazo de tres meses desde el comienzo de la IT de conformidad con el criterio mantenido por el TS en su sentencia de 13-01-21, Rec. 2245/2019.

En todos los casos, la prestación por IT se mantiene: a) hasta que se notifique a la persona en IT el alta médica; b) hasta el último día del mes en que el INSS haya expedido el alta médica con propuesta de IP, c) hasta que se cumpla el periodo máximo de 545 días, o d) hasta que se emita una resolución por la que se extinga el derecho al subsidio (tanto como su prolongación, en caso de haberla).

Además de lo ya expuesto, no es infrecuente que se mejore la *acción protectora* del sistema público de SS en virtud de lo previsto en el art. 239 de la LGSS TR 15. Para ello existen diversos medios, como las mejoras pactadas en los convenios colectivos, los pactos entre empresario y trabajadores (que encuentran su fundamento en el art. 3.1.c del Estatuto de los Trabajadores) o, incluso, los seguros privados. En ocasiones, la mejora de la acción protectora no recae sobre el empleador, sino que éste está obligado únicamente a realizar aportaciones que luego gestionan los representantes de los/as trabajadores/as (p. ej. el anexo 1 del convenio colectivo de Montajes y Empresas Auxiliares de Asturias o el anexo 1 del convenio colectivo para la Industria del Metal de Asturias).

El margen de mejora a través de estos mecanismos es muy variable y depende de las condiciones pactadas, de la inclusión de las pagas extraordinarias, y de la exclusión o no de complementos que no estén establecidos en el convenio colectivo. Todo ello determinará si el subsidio puede o no alcanzar el 100% del salario anteriormente percibido. Si se produce la falta de pago respecto de estas mejoras de la acción protectora, se puede reclamar a la entidad responsable del mismo (en un plazo de cinco años, según el art. 53.1 de la LGSS) el cumplimiento de su obligación a través del procedimiento ordinario ante la jurisdicción social.

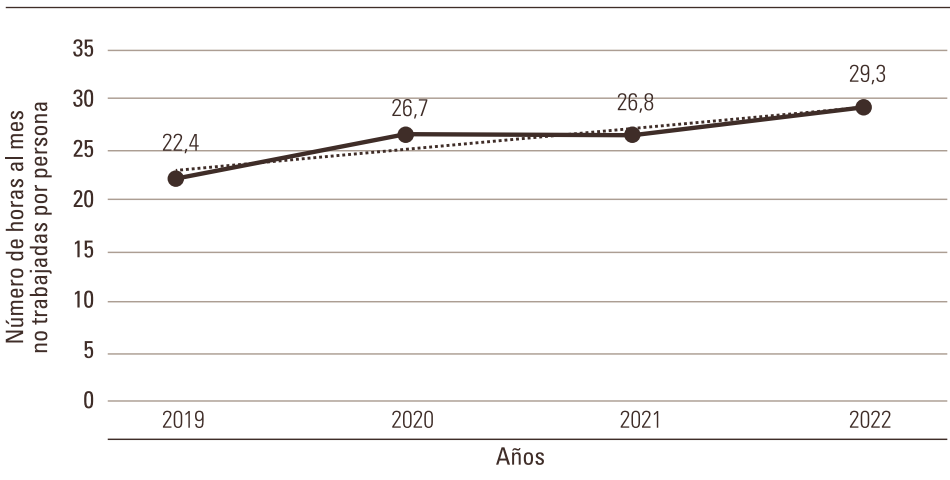
1.2.2 Repercusión económica: el coste social de la incapacidad laboral

La IL genera costes tanto por su gestión como por pago a las personas beneficiarias. Estos costes afectan a las empresas, que ven limitados los recursos necesarios para garantizar su viabilidad y eficacia (esto incluso puede afectar el aseguramiento de recursos destinados a la

implementación de medidas preventivas; Organización Mundial de la Salud, OMS, 2010). Asimismo, este gasto repercute en el sistema público de la SS (que puede ver afectada su sostenibilidad) e impacta, así, a todo el conjunto de la ciudadanía. Para dimensionar este impacto, a continuación, se expone el coste derivado de las prestaciones por IL, a nivel nacional, en los últimos cuatro años.

En cuanto a los costes asociados concretamente a la IT, según la Encuesta Trimestral de Coste Laboral (Instituto Nacional de Estadística, INE, 2022), en España, en los últimos cuatro años, ha aumentado el número de horas no trabajadas a causa de la IT. Concretamente en los sectores de industria, construcción y servicios, los datos son los que muestra la Figura 1.

Figura 1
Número de horas no trabajadas a causa de la IT en los últimos años en España



Nota. Datos de la Encuesta Trimestral de Coste Laboral (INE, 2022). En 2019 el número de horas no trabajadas por IT suponía un 3,7% del total de horas trabajadas y llegó a alcanzarse casi el 5% respecto a las horas trabajadas en 2022.

La IL es la principal causa de absentismo¹¹ (definido como la ausencia, no prevista por parte de la organización, de una persona a su trabajo durante la jornada laboral, debido tanto a causas legalmente justificadas –p. ej. enfermedades comunes, permisos legales, accidentes de trabajo,

¹¹ Los datos señalan que la tasa de absentismo en España ha aumentado hasta el 6,8% en 2022; siendo la principal causa el aumento de casos de IT, que suponen el 91% del absentismo total (The Adecco Group Institute, 2023).

etc.–, como no justificadas –ausencia voluntaria–; Durán, 2010). En este sentido, en el *XI Informe Adecco sobre Empresa Saludable y Gestión del Absentismo* (The Adecco Group Institute, 2022) se muestra el coste total del absentismo por IT en España. En el caso de los costes derivados de los procesos de baja por IT por contingencias comunes, se dividen en dos situaciones diferentes: i) cuando las empresas optan por sustituir a las personas que están de baja y ii) cuando no se lleva a cabo esta sustitución. En el primer caso, el coste se sitúa en 60433,14 millones de euros; por su parte, en caso de no sustituir al personal, el coste del absentismo por IT por contingencias comunes puede alcanzar los 106302,26 millones de euros. Esto se debe a que, al no sustituir a las personas que están de baja, las organizaciones asumen un coste de oportunidad por los bienes y servicios que se dejarían de producir y prestar. La Tabla 3 recoge algunos de los datos más significativos de este informe.

Tabla 3
Datos relevantes sobre costes de IT

CASO	DATO	INCREMENTO QUE SUPONE
Coste del absentismo por IT por contingencias comunes	Más de 106302,26 millones de euros en 2021	Incremento de 16,04% y 9,79% respecto a los ejercicios 2020 y 2019, respectivamente
Coste del absentismo por IT por contingencias comunes en personas protegidas por las mutuas colaboradoras con la SS	En el primer cuatrimestre de 2022 asciende a 4254,62 millones de euros	591,20 millones de euros más (un incremento de 13,90%) que en el mismo periodo del año anterior
Coste por las prestaciones económicas con cargo a cotizaciones de la SS	9731,09 millones de euros en 2021	9,79% más respecto a 2019 y 38% más respecto a 2020
Coste a cargo directo de las empresas derivado de: la prestación económica entre los días 4º y 15º, los complementos y mejoras, las cotizaciones a la SS desde el día 1º de la baja y los bienes y servicios que se han dejado de producir y/o prestar (o por el contrario, de los costes de la sustitución de la persona que causó baja)	Se estima que asciende a 9131,30 millones de euros en el ejercicio 2021	Incremento de 9,89% respecto al ejercicio 2019 y 14,79% respecto al ejercicio 2020
Casos de IT derivado de la pandemia del COVID-19	El gasto estimado de la SS para el pago de las correspondientes prestaciones en 2021 fue de 1800 millones de euros	

Nota. Datos de The Adecco Group Institute (2022) para España.

En cuanto a los costes asociados a la IP, la Tabla 4 resume los datos del Informe Económico y Financiero de los Presupuestos Generales del Estado para 2022 (Ministerio de Hacienda y Función Pública, 2022).

Tabla 4

Costes asociados a la IP según el Informe Económico y Financiero de los Presupuestos Generales del Estado para 2022 (Ministerio de Hacienda y Función Pública, 2022).

GASTO	2022	2023
Presupuesto previsto para el sistema de la SS	179826 millones de euros (4,6% más que en 2021)	199301 millones de euros (10,8% más que en 2022)
Presupuesto previsto para las pensiones contributivas	149996 millones de euros (4,9% más que en 2021) ¹²	166777 millones de euros (11,2% más que en 2022)
Gasto en pensiones por IP	13547 millones de euros (9% del presupuesto previsto para las pensiones contributivas)	Al 1 de mayo de 2023, hay un total de 945030 personas en situación de IP, con una pensión media de 1119,93

Estos incrementos en 2021 a 2023, tanto en los presupuestos previstos, como en el gasto destinado a las pensiones por IP se deben, por una parte, al aumento de las personas beneficiarias y por otra a la revalorización de las pensiones. Los datos, en conjunto con el hecho de que ha disminuido la afiliación a la SS y, por tanto, la cotización a ésta por parte de los/as trabajadores/as, pueden constituir un riesgo a la sostenibilidad de este sistema y de las garantías que ofrece a la población.

1.3. Aspectos psicosociales en la incapacidad laboral

La última Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes, ESENER (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2022) señala que en el absentismo por IT, entran en juego tanto la exposición a determinadas condiciones de trabajo relacionadas con la salud y el bienestar organizacional como la exposición a factores de origen psicosocial, motivacional y decisional; factores y condiciones que inciden sobre la situación de salud personal (Villaplana, 2015). Además de las condiciones laborales y los factores de riesgo psicosocial, los aspectos personales como el estado de salud de las personas trabajadoras, sus demandas y

¹² Estimado en función del incremento del colectivo de pensionistas, de la variación de la pensión media y de su revalorización.

obligaciones familiares también pueden impactar en el desarrollo o la permanencia de una IL (Peiró et al., 2008).

Por consiguiente, en este apartado se abordan algunas variables que juegan un papel importante en los procesos de IL: las características sociodemográficas, los riesgos psicosociales y las condiciones laborales. Posteriormente, se exponen los modelos teóricos que ofrecen una explicación a la IL.

1.3.1. Variables en los casos de incapacidad laboral

El número de casos de IL, su nivel de gravedad y su duración pueden verse afectados por características sociodemográficas y por riesgos psicosociales en el trabajo que se analizan a continuación.

1.3.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS: GÉNERO Y EDAD

Tanto en los procesos de IT como de IP existen diferencias significativas al segregar los datos por sexo. En cuanto a la IT, en 2022, el 69% de los procesos por contingencias comunes finalizados¹³ correspondían a mujeres; mientras que en los procesos por contingencias profesionales, el número de casos correspondientes a las mujeres suponían el 72% (INSS, 2022). Esto, de acuerdo con Blázquez (2017), puede deberse a:

- i) Que el embarazo y su interrupción –voluntaria o involuntaria– se han incluido como IL, como contingencias comunes¹⁴, y como contingencias profesionales (esto último en caso de que el puesto que se desempeña suponga un riesgo para el embarazo, y no se pueda hacer un cambio a otro puesto).
- ii) Las necesidades de conciliación, que recaen mayoritariamente sobre las mujeres, produciendo una situación de doble jornada que perjudica su estado de salud, lo que puede suponer un aumento de las IT en este grupo de la población.

¹³ Se refiere a los casos de IT que finalizaron en el año 2022 debido a un alta médica o por pasar a ser considerados como IP.

¹⁴ La STS 580/2020, de 2 de julio reconoce que las lesiones padecidas por una mujer a consecuencia del parto deben considerarse como contingencia común y, en concreto, como accidente no laboral y no como enfermedad común. Esto se debe a que dichas lesiones no responden a un deterioro físico progresivo, como se define en el concepto de enfermedad común, además de que el embarazo y el parto no son en sí mismos enfermedades.

- iii) La incidencia de las enfermedades propias de las mujeres (*p. ej.* endometriosis, fibromialgia o cáncer de mama) en la capacidad laboral que –debido a la falta de perspectiva de género en los entornos laborales y sanitarios–, no se atienden adecuadamente o no se abordan teniendo en cuenta las características y la situación de las mujeres trabajadoras.
- iv) La escasa sensibilidad ante los problemas de salud laboral que afectan específicamente a las mujeres, más allá de lo reproductivo y de los cuidados. Así como la ausencia casi total del enfoque de género en la prevención y protección de las mujeres ante los AT y ante los factores de riesgo que les son casi exclusivos –como son el acoso sexual, el acoso por razón de sexo y la doble jornada–. Esto hace que las mujeres presenten, una mayor incidencia de enfermedades profesionales (Gimeno, 2017).

A diferencia de las IT, las IP se caracterizan por tener una mayor incidencia entre trabajadores hombres: a 1 de abril de 2023, 62,7% de las pensiones por IP en vigor corresponden a hombres (Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2023). Esta diferencia en el número de hombres y mujeres en los procesos de IP puede deberse a factores como los siguientes:

- i) La mayor presencia de hombres en actividades laborales que requieren un mayor desgaste físico; lo que les genera mayores problemas de salud o lesiones con potencial de derivar en una IP.
- ii) La tardía incorporación de las mujeres al trabajo y las interrupciones en su carrera, debido a sus responsabilidades familiares y de cuidados, que implica que su cotización a la SS sea insuficiente para cumplir con los requisitos establecidos para el reconocimiento de las IP¹⁵ (Penalva, 2022).
- iii) La invisibilización y la escasa investigación de algunas enfermedades de alta prevalencia femenina, que impide en algunos casos el reconocimiento de la IP a causa de estas dolencias (Aránguez, 2018)¹⁶.

Lo anterior pone en evidencia la necesaria protección de la salud laboral de las mujeres de tal manera que se logre integrar el principio de igualdad en las políticas de salud, como se recoge

¹⁵ A pesar de las medidas correctoras implantadas en materia de brecha salarial entre mujeres y hombres establecidas en el Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero, por el que se adoptan medidas para la reducción de la brecha de género y otras materias en los ámbitos de la Seguridad Social y económico.

¹⁶ No obstante, recientes sentencias han reconocido situaciones de IP con sintomatología traumática que impide a mujeres que han sido víctimas de violencia sexual (STSJ Castilla y León 1405/2018, de 21 de noviembre) y de violencia de género (STSJ Galicia 2466/2023, de 4 de mayo y SJSO Asturias 370/2020, de 10 de noviembre) llevar a cabo cualquier actividad laboral de forma eficiente.

en el artículo 27 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Todo ello, con el objetivo de favorecer la promoción específica de la salud de las mujeres, así como de prevenir la discriminación por motivos de género.

En cuanto a la edad, ésta constituye una variable predictora del absentismo por IL tanto en trabajadores /as jóvenes como de mayor edad. Entre las personas de mayor edad, las situaciones de incapacidad temporal son más frecuentes debido a la mayor prevalencia de problemas de salud crónica; además, según los datos del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2023) ser mayor de 50 años es una variable asociada al deterioro de la salud psicológica de las personas trabajadoras. Asimismo, las personas trabajadoras jóvenes también presentan altas cifras de IT como resultado de su insatisfacción laboral. Esto último puede estar relacionado con la variable de antigüedad, que se relaciona de manera negativa con el absentismo, teniendo esto que ver con que la adquisición de experiencia permite un mayor ajuste al trabajo y por tanto con una mayor satisfacción. Es importante señalar que la antigüedad influye sobre la duración de la incapacidad, haciendo que los periodos sean más largos (Beemsterboer et al., 2009 y Nielsen, 2008; citados en Villaplana, 2015).

1.3.1.2. RIESGOS PSICOSOCIALES

Los riesgos psicosociales son los estados del organismo con una alta probabilidad de afectar el rendimiento y la salud debido a la intensidad y frecuencia de la interacción entre los factores psicosociales de riesgo (características del entorno laboral, de la organización, del puesto de trabajo y de las tareas que son potencialmente nocivas) y las características de los/as trabajadores/as (como las actitudes, las condiciones previas de salud y las competencias). Los riesgos psicosociales en el trabajo constituyen una de las tres causas principales de incapacidad junto a las enfermedades cardiovasculares y las lesiones musculoesqueléticas (Organización Internacional del Trabajo, OIT, 2000). Asimismo, según los últimos datos del Ministerio de Trabajo y Economía Social (2021) sobre AT en jornada, en el año 2021, los daños psicológicos fueron el tercer motivo más frecuente en el caso de las bajas que duraron entre dos semanas a un mes, y el cuarto motivo más frecuente cuando las bajas fueron superiores a un mes.

Los riesgos psicosociales pueden afectar negativamente a la salud laboral de las personas trabajadoras, contribuyendo no sólo a la aparición de incapacidad sino también a su mantenimiento y cronificación, suponiendo en este último caso, una barrera para el retorno laboral. Algunas de ellos pueden actuar sobre las actitudes de las personas trabajadoras (*p. ej.* generando un sentimiento de incapacidad para el desempeño laboral), o favorecer la resistencia al tratamiento y, por tanto, afectar a la evolución del proceso de recuperación de la incapacidad. Benavides et

al. (2003) señalan que la prevalencia de la enfermedad es consecuencia de la acción de distintos factores –tanto laborales como no laborales–, que actúan facilitando o dificultando el retorno al trabajo. En la incidencia de la incapacidad, según Villaplana (2015), algunos factores que tienen un papel relevante son la remuneración, los incentivos, las recompensas, el tipo de contrato, el tipo de jornada y el número de horas establecido en el mismo, y la forma en que están organizados los turnos de trabajo. Por su parte, el Informe sobre Precariedad Laboral y Salud Mental del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2023), con base en los resultados de su encuesta, menciona algunas características del trabajo que se asocian con efectos negativos en la salud mental de las personas trabajadoras: la presión de tiempo, la sobrecarga de trabajo, la mala comunicación, el trato difícil con los usuarios, la inseguridad laboral y la falta de autonomía. De estos, son la presión del tiempo y la sobrecarga de trabajo los factores más prevalentes entre las personas encuestadas (32%). Estos factores se presentan en mayor medida en las actividades sanitarias y de servicios sociales, en los que hay una mayor presencia femenina. Por tanto, su efecto es mayor entre las mujeres. Por su parte, los casos notificados de patologías no traumáticas clasificadas como «trastornos mentales y del comportamiento», especialmente la depresión y la ansiedad, también tienen una mayor prevalencia entre mujeres (2,1% más que los hombres en el caso de la depresión y 1,4% más que los hombres en el caso de la ansiedad). Lo anterior deja claro que en la prevención de la IL se deben tener muy en cuenta las condiciones laborales y su posible impacto en las personas trabajadoras dependiendo de sus características.

Según el estudio de FREMAP (2022) sobre la evolución de los «trastornos mentales y del comportamiento» en la IT (para los años 2015 a 2021), la incidencia media de los procesos de IT por trastornos mentales y de comportamiento muestra un incremento del 17,36% en todos los grupos de edad en 2021 con respecto al año 2015. El mayor incremento de la duración media de la IT por estas causas se registró en el grupo de 35 a 49 años, en el que la duración de las bajas pasó de 67,76 días en 2015 a 100,57 días en 2021, lo que supuso un aumento del 48,42%.

La IT por trastornos mentales se caracteriza por una duración prolongada, que se desvía de los estándares establecidos por el INSS¹⁷. Esto se relaciona con factores como los siguientes:

- La asistencia sanitaria y la respuesta al tratamiento plantean mayores dificultades (en relación con los padecimientos físicos), debido en parte a la variabilidad de la eficacia de

¹⁷ El concepto de tiempo estándar en la IT, es definido en la cuarta edición del Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal (INSS, 2018) como el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico vinculado con la IT, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica; y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador.

los tratamientos y a las diferencias individuales que inciden en la recuperación, así como a las dificultades en el acceso a los tratamientos psicológicos (Calvo, 2012).

- Las intervenciones en materia de salud mental se ven dificultadas por situaciones diversas como: a) que la causa de IT se califique como contingencia común (no profesional), b) la saturación de los servicios de salud para la atención a los/as usuarios/as, y c) la limitación del sistema de atención a la salud mental para intervenir sobre factores relacionados con el estado de salud de los/as pacientes (*p. ej.* la precariedad laboral ha generado un aumento en las psicopatologías según el Ministerio de Trabajo y Economía Social, 2023).
- Los factores psicosociales, de especial importancia en las IT de larga duración, precipitan el inicio de la incapacidad, mantienen o cronifican sus procesos (al actuar como barreras para el retorno del trabajo), y condicionan negativamente la respuesta y la adherencia terapéutica al propiciar la persistencia de los síntomas (Vicente y López-Guillén, 2018).
- Los factores psicosociales inciden sobre la autopercepción de la propia salud, sobre la capacidad para asistir al trabajo y sobre la motivación para ausentarse (Villaplana, 2015). Esto se debe en parte a que pueden reducir las expectativas favorables respecto a la recuperación, generar una mayor percepción de gravedad de la enfermedad, o creencias negativas respecto al tratamiento; todo ello repercute en la adherencia terapéutica «disminuyendo las posibilidades de curación o mejoría y trascendiendo a lo motivacional, que finalmente causará una permanencia alargada en la situación de IT» (Vicente et al., 2020, p. 322).
- Los factores psicosociales de riesgo tendrán un efecto negativo sobre las expectativas de la persona trabajadora sobre su retorno; lo que, además de ser perjudicial para su salud, supone una barrera que dificulta la reincorporación laboral.

Un aspecto que merece ser destacado en relación con los factores psicosociales son los AT con daño psicológico debido a agresiones y amenazas, que ascendieron a 2755 entre 2017 y 2020. La incidencia acumulada en este tipo de accidentes es casi el doble en mujeres que en hombres (20,4 y 12,7 casos por cada 100000 personas trabajadoras respectivamente según el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, 2023); pudiendo esto relacionarse con que la exposición a este factor es más elevada en actividades sanitarias y de servicios sociales (Administración pública, Actividades administrativas y Educación), que son las que tienen una mayor ocupación de mujeres.

Dada la gravedad del efecto de los riesgos psicosociales sobre la salud de las personas trabajadoras, se vuelve indispensable su identificación y correcta atención. En este sentido, la Nota Técnica de Prevención 1056 sobre el Marco Europeo para la gestión del riesgo psicosocial

expone el modelo PRIMA-EF (*Psychosocial Risk Management-Excellence Framework*) como una estrategia práctica. Este modelo para la promoción de la salud y la seguridad en el trabajo incluye problemáticas psicosociales como el estrés, la violencia y el acoso, entendiéndolos como «fenómenos multifactoriales que suelen ser consecuencia de un pobre entorno psicosocial, y suponen exposiciones psicosociales con el potencial de causar un importante daño psicológico» (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2015, p.2). El modelo destaca cinco aspectos para la gestión de los riesgos psicosociales:

- i) Centrarse en un colectivo, puesto o tareas concretas.
- ii) Evaluar los riesgos psicosociales proporcionando evidencia suficientemente apropiada para entender la naturaleza del problema, las causas subyacentes y los posibles daños asociados a estos riesgos.
- iii) Diseñar e implementar un plan de acción dirigido a eliminar o reducir el riesgo, realizando previamente una revisión, un análisis y una evaluación de prácticas para la gestión del riesgo psicosocial, a partir de los resultados de la evaluación a que se refiere el punto anterior.
- iv) Evaluar las acciones aplicadas para conocer cómo y en qué aspectos ha funcionado el plan de acción y, con base en ello, reevaluar el problema original y el proceso de gestión de tal manera que la intervención sea un proceso de continua mejora y de aprendizaje organizacional.
- v) Gestionar activa y cuidadosamente todo el proceso.

Según la Nota Técnica de Prevención 1056, el modelo PRIMA-EF puede contribuir a reducir el coste del absentismo y de los accidentes, y por ende, el de los tratamientos médicos. También permite mejorar los procesos de trabajo y comunicación, favoreciendo así no sólo la eficacia y la eficiencia en el trabajo, sino también la salud y el bienestar a nivel organizacional y en su entorno.

Otras cuestiones relevantes que permiten reducir el impacto de los factores psicosociales en la salud de las personas trabajadoras, y por tanto, aminorar el absentismo por incapacidad serían: i) realizar actuaciones dirigidas a la atención psicológica precoz y la atención temprana de los procesos psíquicos; ii) fomentar la incorporación progresiva al trabajo tras una incapacidad y facilitar la adaptación de la persona trabajadora; iii) permitir la flexibilidad horaria o la reducción de jornada en pro de la conciliación familiar; iv) proveer prestaciones sociales que posibiliten la atención a familiares con dependencia o gravemente enfermos y que protejan en situaciones de precariedad económica; v) mejorar y potenciar la detección y la prevención de los factores

psicosociales de riesgo en el trabajo; y vi) realizar mejoras en la organización, las condiciones y el clima laborales, que fomenten la satisfacción y el bienestar laboral (Vicente-Pardo et al., 2020).

1.3.2. Aspectos psicosociales y absentismo laboral: modelos explicativos

Los modelos psicosociales del absentismo laboral explican los procesos que llevan a las personas trabajadoras a identificar un problema relacionado con su salud y a tomar la decisión de solicitar una baja médica, partiendo del análisis de los factores psicosociales, las condiciones laborales y las características personales. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que algunos factores psicosociales y algunas condiciones laborales pueden actuar como factores *push* («empujando» a la persona a ausentarse de su trabajo), mientras que algunas características personales actúan como factores *pull* («tirando» de la persona trabajadora hacia la presencia en el trabajo) (Peiró et al., 2008). Las condiciones laborales actúan sobre la decisión de las personas respecto a seguir o no acudiendo al trabajo, es decir, solicitar o no una baja laboral; por ejemplo, unos sistemas de gestión, control y sanción del absentismo muy duros en la organización incentivarían a la persona a continuar trabajando pese a un mal estado de salud (presentismo); mientras que si estos sistemas no son muy estrictos pueden favorecer la decisión de no acudir al trabajo. Teniendo en cuenta lo anterior, en los apartados siguientes se presentan algunas de las aportaciones de estos modelos explicativos.

1.3.2.1. MODELOS DE HUIDA DEL TRABAJO

Los modelos de huida del trabajo se centran principalmente en explicar el absentismo como consecuencia de una situación laboral negativa que la persona trabajadora percibe como una amenaza para su salud y su bienestar, situación que le lleva a «huir» del trabajo. Algunos de estos modelos resultan, por una parte, muy simplistas en tanto que se basan en la insatisfacción laboral como causa única de la ausencia sin tener en cuenta otras variables; y por otra, presentan resultados contradictorios en torno a la relación del absentismo con la insatisfacción laboral (Ortíz, 2003). No obstante, en el caso del modelo propuesto por Johansson y Lundberg (2009), denominado *Modelo de flexibilidad*, se tienen en cuenta las condiciones laborales, la posición social y la posición socioeconómica de la persona trabajadora como elementos que intervienen en la motivación de a ausentarse o no del trabajo en caso de enfermedad.

1.3.2.2. MODELOS DE AJUSTE LABORAL O DE ADAPTACIÓN E INADAPTACIÓN

Estos modelos explican el absentismo teniendo en cuenta el proceso de socialización laboral (cómo la persona se adapta a la organización), los desajustes entre la persona trabajadora y las demandas del puesto, la cultura organizacional y las expectativas laborales. Chadwick-Jones et al. (1982) plantean el absentismo como resultado de un intercambio social negativo entre la organización y las personas trabajadoras (*p. ej.* horarios rígidos, altos niveles de exigencia y resultados, percepción de bajo salario, etc.), que estas últimas compensarán con ausencias. También afirman que la cultura organizacional en torno al absentismo es un elemento definitorio en el control y el establecimiento de los límites y la frecuencia de las ausencias. Por su parte, Nicholson y Johns (1985) inciden en la importancia de cómo la cultura organizacional y el control del absentismo influyen sobre el comportamiento de ausencia de las personas trabajadoras. Esto se refiere a que las personas, al observar el comportamiento absentista de otros/as trabajadores/as, y las reacciones de la organización ante el mismo, los toman como referente, lo que puede derivar en un patrón de ausencia.

De acuerdo con Ortíz (2003), una limitación importante en estos modelos es que, al centrarse principalmente en la cultura imperante en torno al absentismo, no tienen en cuenta de forma suficiente las variables individuales y del contexto. Estas variables (*p. ej.* las características del sector público frente a las del sector privado, o las recientes modificaciones respecto a la contratación que reducen la eventualidad¹⁸) generan una gran diversidad en las situaciones laborales, lo que influye en la adaptación de las personas al empleo y a la empresa y, por tanto, deben ser tenidas en cuenta.

1.3.2.3. MODELOS DE INTERCAMBIO O DE DECISIÓN

Los modelos de intercambio o modelos de decisión plantean el absentismo como el resultado de la valoración que realiza la persona trabajadora respecto a los costes (o esfuerzos) y beneficios (o recompensas) que puede suponer acudir o no al trabajo en una situación de enfermedad o accidente (Villaplana, 2015). La persona trabajadora buscaría entonces un equilibrio entre lo que aporta en el trabajo y las compensaciones que recibe por parte de la empresa. De esta manera, según Peiró et al. (2008, p. 128), «si la persona considera que sus aportaciones son mayores que las compensaciones recibidas, puede tratar de equilibrar la situación mediante conductas de

¹⁸ Real Decreto-ley 32/2021, de 28 de diciembre, de medidas urgentes para la reforma laboral, la garantía de la estabilidad en el empleo y la transformación del mercado de trabajo.

ausencia» y si piensa que «las compensaciones y los beneficios que perciben de la empresa son injustificadamente menores que los que perciben otros compañeros ello producirá sentimientos de falta de equidad en su relación con la empresa». Se puede entender entonces el absentismo como un resultado de la percepción de la justicia organizacional.

Mientras tanto, Gutiérrez (1984) propone que la orientación hacia el trabajo y el control organizativo son variables que pueden favorecer el absentismo. En el caso de la orientación hacia el trabajo, ésta hace referencia a la conducta laboral que lleva a cabo la persona trabajadora en función de sus aspiraciones y objetivos, y que se ve influenciada por características personales objetivas (*p. ej.* sexo, edad, nivel educativo, situación familiar y antigüedad en el trabajo) y subjetivas (*p. ej.* la ética laboral y la actitud hacia la empresa). Por su parte, el control organizativo está relacionado con características de la organización (*p. ej.* el tipo de supervisión, la complejidad tecnológica, los niveles de autoridad, la centralización y el grado de conflictividad).

De acuerdo con Ortíz (2003), una limitación de los modelos de intercambio es que pueden reducir las compensaciones que realiza la empresa a cuestiones meramente económicas, sin tener en cuenta las variables psicosociales que entran en juego en los mecanismos de coste-beneficio, tales como el nivel de responsabilidad, las relaciones personales de confianza, el estatus, etc. Este tipo de variables influyen también en la percepción de la persona trabajadora en torno al equilibrio entre el esfuerzo y la recompensa en la organización y, en consecuencia, en la toma de decisiones sobre su ausencia o no del trabajo.

1.3.2.4. MODELOS DE PERSONALIDAD

Estos modelos incorporan la personalidad y el estado de ánimo de las personas trabajadoras en la explicación de la conducta absentista. Entre ellos, destaca la teoría de Judge et al. (1997) que predice el absentismo a partir del modelo de los cinco grandes rasgos de personalidad (*Big Five*). Estos autores señalan la relación entre algunos rasgos de personalidad y la ausencia en el trabajo, por ejemplo, la extraversión se relaciona positivamente con la ausencia porque las personas más extravertidas y sociables pueden considerar el trabajo como un obstáculo para disfrutar de su tiempo de ocio; mientras que la responsabilidad se relaciona negativamente con la ausencia al trabajo en tanto que las personas con este rasgo muestran un alto nivel de disciplina y orientación al logro, y dichas ausencias les impedirían realizar su trabajo de manera eficaz o conforme a sus expectativas.

Iverson y Deery (2001) relacionan el impacto de la predisposición o actitud positiva (relacionada con la extraversión) y negativa (relacionada con una baja estabilidad emocional) hacia el trabajo, sobre tres tipos de ausencia: llegar tarde al puesto de trabajo, salir anticipadamente del trabajo y absentismo. En torno a este último aspecto, los resultados de estos autores concluyen que las personas con una actitud positiva hacia el trabajo (debido a su satisfacción con el trabajo que realizan y con las situaciones laborales) muestran un menor absentismo porque no ven necesario ausentarse del trabajo para evitar situaciones que consideran desagradables, algo que sí harían las personas con una actitud negativa. Por su parte, Ones et al. (2003) añaden, con base en los resultados de su investigación, que los rasgos del modelo *Big Five* se podrían utilizar en los procesos de selección para identificar a las personas con mayor probabilidad de incurrir en absentismo.

Los modelos de personalidad tienen como ventaja el considerar las variables demográficas, las relacionadas con las condiciones de trabajo y las ambientales; y como desventaja, el hecho de considerar los factores de personalidad como variables de alta estabilidad, lo que dificulta que puedan ser cambiados por parte de la organización (Ortíz, 2003).

1.3.2.5. MODELO DE CULTURA DEL ABSENTISMO

Los modelos de cultura del absentismo relacionan el absentismo con las características y el contexto social de la organización (Briner, 1996), de tal manera que las actitudes de las personas en la organización, junto con las normas compartidas en ésta, influirán sobre la percepción de los/as trabajadores/as sobre su nivel de ausencia. Asimismo, desde este enfoque, factores como la edad, el cargo, la jerarquía, el nivel de desempeño en el puesto de trabajo, la cualificación, la antigüedad en la empresa y el tamaño de la misma, pueden tener relevancia sobre los comportamientos de ausencia y explicar la existencia de grupos más propensos al absentismo (Peiró et al., 2008). Así, por ejemplo, según la propuesta de Iverson et al. (2003), la homogeneidad se relaciona con un menor absentismo, es decir, cuanto mayor sea la semejanza entre las personas que conforman un grupo de trabajo, mejores serán sus actitudes de compromiso y más evitarán el absentismo para no perjudicar al resto del grupo ni al trabajo que tienen que realizar. Por su parte, estos autores aseguran que la confianza entre la dirección y las personas trabajadoras beneficia la interiorización de las normas de la organización con respecto a las ausencias.

Estos modelos guardan mucha relación con los *modelos basados en aspectos estructurales*, los cuales señalan que existen características en el diseño y la forma de la organización que, sin pretenderlo, potencian el absentismo. Un ejemplo de estas características serían las políticas

de empresa sobre la gestión del absentismo, que pueden recompensar o reforzar la conducta de ausencia favoreciendo el incremento de la misma (Peiró et al., 2008).

1.3.2.6. MODELOS INTEGRADOS DE PRESENCIA

Para analizar los modelos integrados de presencia se ha seleccionado la última versión del modelo de Rhodes y Steers (1990), por ser la más completa. Este modelo se centra en las variables que condicionan las decisiones de las personas trabajadoras en torno a acudir o no al trabajo: la motivación de asistencia y la percepción de la capacidad de asistencia. Estas variables se encuentran relacionadas con otras, como se expone a continuación:

- *Motivación de asistencia*: está relacionada —de mayor a menor importancia— con: i) prácticas organizacionales sobre el control del absentismo, el diseño del trabajo, prácticas de recursos humanos y las expectativas del trabajo; ii) la cultura sobre el absentismo de la organización (que hace referencia a las normas que regulan el nivel de absentismo que se considera apropiado); y iii) las actitudes, los valores y las metas de la persona trabajadora (*p. ej.* actitudes de compromiso e implicación con la organización).
- *Percepción de la capacidad de asistencia*: está influenciada por el estado de salud y los AT y por las responsabilidades familiares, que generarán unas barreras que impedirán la asistencia de la persona trabajadora.

Ortíz y Samaniego (1995) añaden también el contexto social y las condiciones económicas y del mercado de trabajo como variables que median en la relación entre las variables anteriores (motivación de asistencia y percepción de la capacidad de asistencia) y la conducta absentista. Es decir, el absentismo será mayor cuantas más problemáticas suponga el contexto para la persona trabajadora (*p. ej.* transporte público poco eficiente, normas sociales que dirigen la responsabilidad del cuidado de menores y personas dependientes hacia las mujeres, periodos económicos menos prósperos que no permiten destinar recursos para evitar el absentismo, etc.).

Tras la exposición de estos modelos, y a modo de conclusión, se puede entender que el absentismo laboral va más allá del estado de salud de la persona trabajadora, ya que en la decisión de acudir o no al trabajo entran en juego otras variables. En este sentido, los modelos Integrados de Presencia permiten tener una perspectiva del absentismo por IL como un fenómeno complejo, ya que consideran tanto las características personales como las condiciones laborales (las relativas al puesto y a sus funciones, y las relativas a las condiciones contractuales y económicas) que

se relacionan con el absentismo. De esta manera son de ayuda para conocer la multiplicidad de factores que pueden incidir en que una persona trabajadora decida acudir a su puesto de trabajo o reincorporarse al mismo aun encontrándose limitada su situación de salud. Además, entre estos modelos el de Rhodes y Steers es el único que incluye la percepción del estado de salud como una variable que influye en el absentismo.

Las aportaciones de los modelos que se han visto en este apartado han servido para el desarrollo de estrategias y propuestas para la intervención ante el absentismo por IL. Un ejemplo son las aportadas por los *modelos de reincorporación al trabajo* (Gründemann y Vuuren, 1998): i) adoptar medidas organizacionales para el seguimiento y el control del absentismo; ii) llevar a cabo medidas preventivas orientadas a reducir la carga de trabajo y a eliminar los problemas en el ámbito de la seguridad, la salud y el bienestar; iii) apostar por una mejora de la conciliación entre la vida familiar y las obligaciones laborales; y iv) reducir el absentismo laboral a partir de medidas de reintegración que promuevan un retorno al trabajo adaptado a las condiciones de la persona y a su puesto de trabajo.

Una vez analizadas las implicaciones jurídicas, económicas y psicosociales de la IL, en el siguiente apartado se analiza el caso concreto de Asturias y se aporta información sobre cómo se manifiesta esta problemática en la región.

2

LA INCAPACIDAD LABORAL EN ASTURIAS: CARACTERÍSTICAS

En este apartado se aborda el alcance y las características de la IL en Asturias en los últimos cuatro años (2019 a 2022). Para ello, se analizan las diferencias entre mujeres y hombres incorporando la perspectiva de género, y se tiene en cuenta cómo la situación sanitaria del COVID-19 afectó a la IL por los cambios repentinos que ha supuesto en la legislación. Adelantamos que Asturias cuenta con uno de los índices más elevados a nivel nacional en materia de IL, y es la Comunidad Autónoma con una mayor tasa de IP. Finalmente, intentando comprender esta posición, se analizan algunas de las características de la sociedad y del empleo que puedan dar explicación a los datos que se presentan.

2.1. La incapacidad temporal en Asturias

En el último trimestre de 2022, Asturias presentó una tasa de IT de 5,1%, superior a la media nacional que es del 4,6%; posicionándose como la cuarta Comunidad Autónoma con mayor tasa de IT. El sector con mayor tasa de IT fue la industria (5,5%), seguido de la construcción (5,1%) y del sector servicios (5%) (INE, 2022).

Entre los regímenes de afiliación de las personas trabajadoras, el Régimen General de la SS es el que concentró el mayor número de casos, con un total en 2022 de 145662 personas trabajadoras en situación de IT. De estos casos, el 93,7% se refieren a IT por contingencias comunes, casos a los que se hace referencia en el siguiente punto.

2.1.1 Incapacidad temporal por contingencias comunes en el Régimen General de la Seguridad Social

En 2020 hubo un incremento notable de casos de IT por contingencias comunes y, si bien en los años siguientes este número se ha reducido, no se ha logrado volver a las cifras que se tenían con anterioridad; es decir, la tendencia sigue en aumento, de tal manera que, respecto a 2019¹⁹: en 2020 los casos aumentaron un 8,65%, en 2021 aumentaron un 4,29%, y en 2022 aumentaron un 5,26% (Tabla 5).

¹⁹ Para el cálculo de estos porcentajes se ha tomado como referente los casos de 2019; dividiendo el incremento en el número de casos en cada año posterior entre el número de casos de 2019 y, a continuación, multiplicando por 100.

Tabla 5

Personas trabajadoras protegidas al final del periodo considerado en Asturias (2019-2022) afiliadas al Régimen General de la Seguridad Social

AÑO	IT CONTINGENCIAS COMUNES	IT CONTINGENCIAS PROFESIONALES
2019	129622 (5146169)	11590 (836279)
2020	140837 (5748644)	10179 (798946)
2021	135187 (5713167)	9965 (786397)
2022	136440 (5877830)	9222 (760486)

Nota. Datos tomados del INSS (2019-2022). Entre paréntesis se ofrecen los datos nacionales, en los que ya están incluidos los datos de Asturias.

En particular, en cuanto a los *casos iniciados* en los últimos cuatro años (es decir, nuevos casos de IT por contingencias comunes), se puede ver un incremento del 49,37% (de 2019 a 2022): en 2022, se iniciaron 44772 procesos, de los cuales 7600 seguían en vigor al final del año. Por otra parte, la *duración media de los procesos finalizados* registró en 2021 el mayor número de horas en los últimos cuatro años, superando las 70 horas; seguido del año 2020, con más de 60 horas. Mientras que en 2022 se produjo un descenso respecto a estos dos años anteriores, pero sin llegar a recuperarse los datos de 2019 (Tabla 6).

Tabla 6

Procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes en el Régimen General de la SS y su duración en Asturias (2019 – 2022).

AÑO	NÚMERO DE PROCESOS INICIADOS EN EL PERIODO	NÚMERO DE PROCESOS EN VIGOR AL FINAL DEL PERIODO	DURACIÓN MEDIA DE LOS PROCESOS FINALIZADOS (HORAS)
2019	31585	5088	54,05
2020	32476	6191	64,22
2021	35247	7225	70,35
2022	44772	7600	59,38

Nota. Datos tomados del INSS (2019-2022).

Respecto a la *incidencia media mensual de casos de IT por contingencias comunes* (es decir, la proporción de casos nuevos de IT en el periodo considerado, por cada mil habitantes), lo más destacable sería lo siguiente:

- Se alcanzó la mayor incidencia en 2022 (con 27,38 personas trabajadoras afectadas por cada mil). Esto supuso un 28,3% más que en 2019.
- La menor incidencia se registró en 2020 (con 18,61 personas trabajadoras afectadas por cada mil).

En cuanto a la *prevalencia de los casos de IT por contingencias comunes* (es decir, la proporción de casos tanto nuevos como ya existentes en el periodo considerado, por cada mil habitantes), destaca que:

- Se alcanzó la mayor prevalencia en el año 2022 (con 55,70 personas trabajadoras afectadas por cada mil).
- La menor prevalencia se registró en 2019 (con 39,25 personas trabajadoras afectadas por cada mil).

En el caso concreto de los *procesos de IT por contingencias comunes finalizados*, existen *diferencias por sexo* que son importantes de resaltar:

- En 2022, respecto a 2019, los procesos finalizados aumentaron en el caso de las mujeres (35397 procesos, un incremento del 71,5%) y disminuyeron en el caso de los hombres (6535 procesos, una reducción del 28,3%).
- En 2022, con respecto a 2021 (año con mayor duración media registrada), la duración media de los procesos finalizados disminuyó en ambos sexos. Pasando de 70 horas en ambos sexos a 58,57 en el caso de las mujeres, y a 63,77 en el caso de los hombres.

2.1.2 Incapacidad temporal por contingencias profesionales en el Régimen General de la Seguridad Social

Teniendo en cuenta el número de casos iniciados en cada periodo, se puede ver que se ha producido un aumento de casos de IT por contingencias profesionales en el Régimen General de la SS en los últimos cuatro años (aún mayor que en los casos de IT por contingencias comunes). En 2022, se iniciaron 3129 procesos, lo que representó un incremento de 336,4% respecto a 2019. De estos procesos, 116 seguían en vigor al final del 2022. En cuanto a la duración media de los procesos finalizados, en 2019 se registró el mayor dato, superando las 74 horas; seguido de 2021,

con más de 27 horas; mientras que en 2022 se produjo un descenso de 279,9% respecto a 2019 (Tabla 7).

Tabla 7

Procesos de incapacidad temporal por contingencias profesionales en el Régimen General de la Seguridad Social y su duración en Asturias (2019-2022).

AÑO	NÚMERO DE PROCESOS INICIADOS EN EL PERIODO	NÚMERO DE PROCESOS EN VIGOR AL FINAL DEL PERIODO	DURACIÓN MEDIA DE LOS PROCESOS FINALIZADOS (HORAS)
2019	717	87	74,65
2020	2893	168	23,96
2021	2568	31	27,30
2022	3129	116	19,65

Nota. Datos tomados del INSS (2019-2022).

Respecto a la *incidencia media mensual de casos de IT por contingencias profesionales*, lo más destacable sería lo siguiente:

- Se alcanzó la mayor incidencia en 2022 (con 28,09 personas trabajadoras afectadas por cada mil).
- La menor incidencia se registró en 2019 (con 3,54 personas trabajadoras afectadas por cada mil).

En cuanto a la *prevalencia* de los casos de *IT por contingencias profesionales*, se destaca que:

- Se alcanzó la mayor prevalencia en el año 2021 (con 31,61 personas trabajadoras afectadas por cada mil).
- La menor prevalencia se registró en 2019 (con 7,51 personas trabajadoras afectadas por cada mil).

En el caso concreto de los *procesos finalizados*, existen *diferencias por sexo* que es importante resaltar:

- En 2022 se dio la mayor cifra de procesos finalizados en el caso de las mujeres (2774 casos). El número de casos correspondientes a hombres fue de 462.

- En 2020 se dio la mayor cifra de procesos finalizados en el caso de los hombres (1084 casos). El número de casos correspondientes a mujeres fue de 1384.
- En 2022 (año con la mayor duración media registrada), la duración media disminuyó significativamente en ambos sexos, respecto a 2019. En el caso de las mujeres la duración media fue de 16,4 horas (117,04 horas en 2019). En el caso de los hombres la duración media fue de 39,12 horas (66,25 horas en 2019).

2.1.3 Incapacidad temporal por contingencias comunes en el Régimen Especial de Autónomos/as

En el caso del Régimen Especial de Autónomos/as, en 2022 hubo un total de 28 personas en situación de IT por contingencias comunes²⁰; de ellos, dos siguieron en vigor al finalizar este periodo. Cabe destacar que, en comparación con el año 2019, —al contrario de lo que ocurrió en el Régimen General de la SS—, se produjo un notable descenso de procesos iniciados; pues en 2019 se alcanzaron los 880, y de ellos 222 continuaron en vigor al final del año. Otra información a destacar es:

- En 2020 se alcanzó la mayor *duración media de los procesos* (396,87 horas).
- En 2022 se registró la mayor *incidencia media mensual* de casos (66,67 personas trabajadoras afectadas por cada mil).
- En 2020 la *prevalencia* fue superior al resto de los años (560 personas trabajadoras afectadas por cada mil).

Tras exponerse los datos sobre IT (por contingencias comunes y profesionales) en Asturias, cabe destacar las diferencias encontradas entre mujeres y hombres, tanto en el Régimen General como en el Especial de Autónomos/as:

- *En el caso de los procesos de IT por contingencias comunes* finalizados en 2022 (Régimen General de la SS), las mujeres superaron en 28862 casos a los hombres (441,65% más). En el resto de años, las mujeres también superaron a los hombres en número de casos, aunque estas diferencias fueron menores.
- *En el caso de las contingencias profesionales* (Régimen General de la SS) finalizadas, también en 2022 las mujeres superaron en 2312 casos a los hombres (500% más).

²⁰ En el caso de la IT por contingencias profesionales en el Régimen de Autónomos/as no existen datos del INSS, ya que están cubiertas por las Mutuas Colaboradoras.

Únicamente en 2019, los hombres superaron (en 530 casos) a las mujeres en el número de procesos. Si bien el número de casos de mujeres fue menor, su duración media fue superior (117,04 horas, frente a 66,25 horas en el caso de los hombres).

2.2. La incapacidad permanente en Asturias

El Principado de Asturias es la Comunidad Autónoma que mayor tasa de IP presentó en 2022: el 7,27% de la población activa asturiana estaba en situación de IP, mientras que la tasa nacional se situaba en un 4,76%. No obstante, en ese mismo año, el aumento en el número de pensiones de la SS (0,19% según INE, 2022) fue menor que la media nacional (1,13% según Dirección General de Costes de personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Hacienda, 2022).

A 1 de marzo de 2023, en Asturias hay un total de 26221 pensiones por IP en vigor, siendo la IP total (cualificada y no cualificada²¹) la que mayor número de pensiones cuenta (Tabla 8).

Tabla 8

Número de pensiones en vigor (a 1 de marzo de 2023) por IP, por grado de incapacidad, en Asturias y en España

GRADO DE INCAPACIDAD	ASTURIAS	ESPAÑA
Gran invalidez	937 (3,57%)	32437 (3,43%)
IP Absoluta	10226 (39%)	315224 (33,35%)
IP Total no cualificada	8037 (30,65%)	326866 (34,58%)
IP Total cualificada	001 (26,7%)	267160 (28,26%)
Seguro obligatorio de vejez e invalidez	20 (0,08%)	3645 (0,38%)
Total IP	26221	945332

Nota. Datos tomados del INSS (2023). Los casos de Asturias están incluidos en los datos nacionales.

²¹ La IP total no cualificada se refiere a la IP total en personas de 55 años o más con una pensión del 55% de la base reguladora compatible con el empleo.

La IP total cualificada se refiere también a casos de IP total en personas de 55 años o más, pero con una pensión del 75% de la base reguladora (en lugar de 55%); su requisito es no estar trabajando.

Entre 2019 y 2022, es preciso destacar, por una parte, que se ha producido un descenso en el número de pensiones por IP en Asturias (concretamente, en 2022 hubo 2411 pensiones menos respecto a 2019); y, por otra parte, que, en todos los años, el tipo de IP que mayores datos registró fue la IP total (Tabla 9).

Tabla 9

Número de pensiones por incapacidad permanente en Asturias (2019-2022) según el grado de incapacidad

AÑO	GRAN INVALIDEZ	IP ABSOLUTA	IP TOTAL	TOTAL
2019	1020 (3,53%)	12067 (41,77%)	15805 (54,7%)	28892
2020	988 (3,51%)	11505 (40,85%)	15673 (55,66%)	28166
2021	975 (3,56%)	10993 (40,14%)	15417 (56,3%)	27385
2022	952 (3,56%)	10386 (39,22%)	15143 (57,18%)	26481

Nota. Datos tomados del INSS (2019-2022).

En 2022, 69,62% de las personas pensionistas eran hombres (Tabla 10). Esto indica que existe una brecha de género respecto al acceso a las pensiones, que se puede atribuir a factores como: a) que las mujeres tienen menores tasas de actividad; b) que al ser quienes más trabajo a jornada parcial realizan, perciben menores sueldos; c) al impacto, en sus cotizaciones a la SS, de las excedencias laborales por motivo de cuidados; d) a su mayor presencia en trabajos en economía sumergida (que no realizan cotización a la SS); y e) a la brecha salarial entre los trabajos masculinizados y feminizados.

Tabla 10*Número de pensiones por IP en Asturias (2019-2022) segregado por sexo*

AÑO	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
2019	20415 (70,66%)	8477 (29,34%)	28892
2020	19838 (70,43%)	8328 (29,57%)	28166
2021	19184 (70,1%)	8201 (29,9%)	27385
2022	18435 (69,62%)	8046 (30,38%)	26481

Nota. Datos tomados del INSS (2019-2022).

En 2022, la pensión media de las mujeres a nivel nacional fue equivalente al 67,9% de la pensión media de los hombres (es decir, hay una brecha de un 32,1%). Específicamente respecto a las pensiones por IP, en 2022 la brecha se situó en un 13,2%²² (Instituto de las Mujeres, 2023).

Ahora bien, en el caso concreto de Asturias, la región lidera la brecha de género en las pensiones de jubilación, ya que las mujeres, no sólo ven más condicionado su acceso a ellas (como se vio anteriormente), sino que también perciben una menor cuantía, alcanzando esta brecha, en 2021, en Asturias, el 34,5%, y encabzando con ello los datos a nivel nacional (la brecha nacional fue de 25,8%) (Instituto Asturiano de la Mujer, 2023).

2.2.1 Incapacidad permanente en Asturias por régimen de afiliación: Régimen General de la Seguridad Social y Régimen de Autónomos/as

Los casos de IP dentro del Régimen General de la SS en Asturias supusieron, en 2022, el 65,4% del total de pensiones por IP. No obstante, si tenemos en cuenta la cantidad de personas afiliadas a cada régimen, es mayor el porcentaje de personas autónomas que reciben una prestación por IP ya que, de las personas afiliadas al Régimen de Autónomos/as, el 5,7% recibe

²² A pesar del complemento de pensiones contributivas, introducido en 2021, para reducir la brecha de género en las pensiones (art. 60 de la LGSS TR 15).

esa prestación; mientras que, en el caso de las personas afiliadas al Régimen General de la SS, son el 4,7% las que la reciben (Tabla 11).

Tanto en el Régimen General de la SS, como en el de Autónomos/as, en 2022 se produjo un descenso en los casos de IP, siendo este descenso mayor en el Régimen de Autónomos/as (12,9%), que en el Régimen General de la SS (5,7%). En ambos regímenes, la IP total sigue siendo el grado que mayor número de pensiones genera, si bien en el Régimen General de la SS la diferencia respecto al resto de grados de IP es menor (Tabla 11).

Tabla 11
Número de pensiones por IP en Asturias (2019-2022) según régimen y grado de incapacidad

AÑO	RÉGIMEN GENERAL				AUTÓNOMOS/AS			
	GRAN INVALIDEZ	IP ABSOLUTA	IP TOTAL	TOTAL	GRAN INVALIDEZ	IP ABSOLUTA	IP TOTAL	TOTAL
2019	699	8771	8910	18380	162	1941	2596	4699
2020	673	8428	8968	18069	159	1830	2510	4506
2021	669	8157	8940	17766	159	1716	2428	4303
2022	650	7765	8908	17323	167	1603	2321	4091

Nota. Datos tomados del INSS (2019-2022).

2.2.2 Incapacidad permanente en Asturias por contingencias profesionales: Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional

En el caso de las IP causadas por AT, en 2022 se produjo, en Asturias, un descenso del 9,1% respecto a 2019. El tipo de IP que más se generó como causa de un AT, fue la IP total (Tabla 12).

Tabla 12*Número de pensiones por IP derivadas de AT en Asturias (2019-2022) según grado de incapacidad*

AÑO	GRAN INVALIDEZ	IP ABSOLUTA	IP TOTAL	TOTAL
2019	89 (2,44%)	472 (12,96%)	3081 (84,6%)	3642
2020	89 (2,51%)	443 (12,5%)	3013 (84,99%)	3545
2021	88 (2,57%)	421 (12,31%)	2912 (85,12%)	3421
2022	81 (2,45%)	396 (11,95%)	2835 (85,6%)	3312

Nota. Datos tomados del INSS (2019-2022).

En 2022 también descendió el número de IP causadas por EP; y también entre estos casos la IP total fue el grado de incapacidad que mayor número registró (Tabla 13).

Tabla 13*Número de pensiones por IP derivadas de EP en Asturias (2019-2022) según grado de incapacidad*

AÑO	IP ABSOLUTA	IP TOTAL	TOTAL
2019	68 (11,2%)	539 (88,8%)	607
2020	60 (10,36%)	519 (89,64%)	579
2021	58 (10,30%)	505 (89,7%)	563
2022	58 (10,51%)	494 (89,49%)	552

Nota. Datos tomados del INSS (2019-2022).

2.3. Los accidentes de trabajo en Asturias

A continuación, se exponen los datos sobre siniestralidad laboral en Asturias, basados en los partes de AT que han sido notificados y registrados a través del Sistema de Declaración Electrónica de Accidentes de Trabajo (Delt@), habilitado por el Ministerio de Trabajo, y Economía Social, y que derivaron en una baja entre 2019 y 2022. Esta información, recogida y analizada por el Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales²³ permite comprender la magnitud de la accidentabilidad en la región y su deriva en IL.

En el caso de los AT en jornada (los que ocurren durante el horario laboral) en 2022 se registró en Asturias el mayor número de casos de los últimos cuatro años, lo que representa un ascenso del 42,5% respecto a 2020 (siendo este último el año con menor número de AT en la región). Por su parte, en el caso de los AT *in itinere* (los que ocurren en el trayecto de la persona trabajadora hacia su lugar de trabajo o durante su retorno) el mayor número se presentó en 2019.

Cabe destacar que, coincidiendo con la pandemia del COVID-19, en 2020 se produjo un descenso del número de casos en ambos tipos de accidente. Esto se debe, tanto a las restricciones sanitarias de movilidad –que impedían la asistencia al lugar de trabajo–, como a la elevada cantidad de situaciones de Expediente de Regulación Temporal del Empleo (ERTE) –que disminuyeron el número de contratos activos–.

Es importante resaltar las diferencias por sexo en los casos de AT (Tabla 14):

- En todos los años ha sido superior el número casos de *AT en jornada* entre hombres que entre mujeres; siendo el año 2021 en el que hubo mayores diferencias por sexo (el 71,7% correspondieron a hombres).
- En el año 2022 aumentó el número de mujeres que sufrieron un *AT en jornada*; mientras que entre los hombres se registraron menos casos. Esto supone que el mayor número de casos de AT en jornada registrados en 2022 se debe al aumento de casos de mujeres.
- En todos los años son las mujeres quienes sufren en mayor medida los *AT in itinere*; siendo 2021 el año en el que mayores fueron las diferencias con respecto a los hombres (el 61,9% de casos correspondieron a mujeres).

²³ <https://www.iaprl.org/>

Tabla 14*AT en jornada e in itinere en Asturias (2019-2022)*

AÑO	HOMBRE	MUJER	TOTAL	ÍNDICE DE INCIDENCIA*
<i>AT en jornada</i>				
2019	7700 (70,9%)	3161 (29,1%)	10861	3012
2020	6286 (69,8%)	2721 (30,2%)	9007	2564
2021	7201 (71,1%)	2930 (28,9%)	10131	2829
2022	7923 (61,7%)	4913 (38,3%)	12836	3526
<i>AT in itinere</i>				
2019	517 (39,5%)	793 (60,5%)	1310	363
2020	410 (43,7)	529 (56,3%)	939	267
2021	432 (38,1%)	701 (61,9%)	1133	318
2022	480 (40,5%)	706 (59,5%)	1186	326

Nota. Datos tomados del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales (2019-2022)

*El índice de incidencia se ha calculado a partir del número de accidentes con baja y el número de personas trabajadoras afiliadas con las contingencias profesionales cubiertas por 100000.

En cuanto a la *gravedad de los AT*, casi la totalidad de los accidentes tanto en jornada como in itinere son de tipo leve. Sin embargo, en 2021 (segundo año con menor número de AT) se registró el mayor número de accidentes mortales de los últimos cuatro años (Tabla 15).

Tabla 15

AT en jornada e in itinere en Asturias (2019-2022) según gravedad

AÑO	LEVES			GRAVES			MORTALES		
	En jornada	In itinere	Total	En jornada	In itinere	Total	En jornada	In itinere	Total
2019	10769	1298	12067	84	10	94	8	2	10
2020	8932	932	9864	60	6	66	15	1	16
2021	10037	1128	11165	74	3	77	20	2	22
2022	12765	1176	13941	60	9	69	11	1	12

Nota. Datos tomados del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales (2019-2022).

En relación con la gravedad de los AT, durante el periodo analizado, tanto en jornada como *in itinere*, existen *diferencias por sexo* que es relevante destacar (Tabla 16):

- Casi la totalidad de los AT mortales, tanto en jornada como *in itinere*, correspondieron a hombres (sólo dos mujeres sufrieron accidentes mortales).
- Los hombres sufrieron en mayor medida AT en jornada en todos los niveles de gravedad.
- Las mujeres sufrieron más AT *in itinere* con carácter grave y leve.

Tabla 16*AT en jornada e in itinere en Asturias (2019-2022) según gravedad y sexo*

AÑO	LEVES		GRAVES		MORTALES	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<i>AT en jornada</i>						
2019	7631	3138	62	22	7	1
2020	6217	2715	54	6	15	0
2021	7117	2920	64	10	20	0
2022	7858	4907	54	6	11	0
<i>AT in itinere</i>						
2019	511	787	4	6	2	0
2020	408	524	1	5	1	0
2021	430	698	1	2	1	1
2022	474	702	5	4	1	0

Nota. Datos tomados del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales (2019-2022).

En cuanto a *los sectores de ocupación*, el sector servicios es el que mayor número de AT registró durante los últimos cuatro años. En 2022 se alcanzó la mayor cifra, con un aumento del 63% respecto a 2020 (año que cuenta con el menor número de casos). El siguiente sector con más casos registrados fue la industria, alcanzando en 2019 el mayor número (Tabla 17). Si se tienen en cuenta los índices de incidencia, el sector económico que registró más casos fue la industria, con 19907 en 2022 (en mujeres 3429 casos por cada 100000, y en hombres 21750 casos por cada 100000).

Tabla 17

AT en jornada en Asturias (2019-2022) por sector

AÑO	SECTOR PRIMARIO	INDÚSTRIA	CONSTRUCCIÓN	SERVICIOS	TOTAL
2019	532 (5%)	2884 (26,5%)	1520 (14%)	5925 (54,5%)	10861
2020	430 (4,8%)	2159 (24%)	1342 (14,9%)	5076 (56,3%)	9007
2021	467 (4,6%)	2255 (22,2%)	1596 (15,8%)	5813 (57,4%)	10131
2022	407 (3,2%)	2506 (19,5%)	1648 (12,8%)	8275 (64,5%)	12836

Nota. Datos tomados del Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales (2019-2022).

Cabe mencionar algunas *diferencias por sexo* en el año 2022, que registró el mayor número de accidentes, especialmente en el sector servicios:

- Sobre los AT en jornada sufridos por mujeres: casi la totalidad (4678 casos, 95,2%) fueron en el sector servicios, 126 (2,6%) en la industria, 95 (1,9%) en el sector primario y 14 (0,3%) en la construcción.
- Sobre los AT en jornada sufridos por hombres: casi la mitad (3597 casos, 45,4%) fueron en el sector servicios, 2380 (30%) en la industria, 1634 (20,6%) en la construcción y 312 (4%) en el sector primario.

Estas diferencias, más que señalar distintos grados de vulnerabilidad ante los AT en función del sexo, son reflejo de la feminización del sector servicios y la masculinización de los sectores de la industria y la construcción.

Además del sexo, es importante destacar que *la antigüedad de las personas trabajadoras* también es un factor que incide en los datos sobre siniestralidad laboral. En 2022 las mayores cifras de AT se registraron en personas con hasta un año de antigüedad en el trabajo (38,1%) y con una antigüedad mayor a 10 años (23,9%). Asimismo, entre personas con menos de un año de antigüedad, los AT mortales supusieron el 54,5%.

Una vez presentados los datos sobre IL en Asturias, se describen a continuación las características del empleo asturiano y de su población, dado que pueden ayudar a entender por qué Asturias es una de las Comunidades Autónomas con mayores cifras de IT y la que tiene mayor número de casos de IP.

2.4. Apuntes para comprender la incapacidad laboral en Asturias

En este apartado se abordan algunos datos proporcionados por el Servicio Público de Empleo Estatal (2023), indispensables para la comprensión de la IL en Asturias. En primer lugar, es preciso señalar el continuado descenso de su población y la elevada tasa de envejecimiento. El descenso poblacional en los últimos cinco años ha alcanzado el 2,29%, mientras que a nivel nacional es de sólo 1,61%. Por su parte, es la Comunidad Autónoma más envejecida de España y el envejecimiento de la población ha sido especialmente marcado en la última década, de tal forma que, actualmente, la población de más de 64 años representa más del doble que la población menor de 16 años. Además, este envejecimiento presenta una tendencia feminizada ya que las mujeres representan el 60,32% de personas entre 80 y 84 años, y llegan al 68,32% entre la población de más de 84 años.

Otros datos importantes en torno a la IL en Asturias son el descenso del empleo y el aumento del desempleo. En 2022 la tasa de empleo fue de 43,19% (1,81 puntos menos que en 2021), mientras que la tasa de desempleo aumentó hasta el 14,39% (4,38 puntos más que en 2021). Este descenso de la población laboralmente activa afectó especialmente al sector agrario, que experimentó una pérdida de 32,11% de actividad.

Para la comprensión de estos datos es importante tener en cuenta el impacto de la pandemia del COVID-19, que en 2020 produjo un descenso en la afiliación de personas trabajadoras; y que este descenso fue mayor en Asturias (1,92%) que en la media nacional (del 1,85%). Aunque la tendencia en 2022 sigue siendo de descenso, respecto a 2020 ha aumentado la afiliación (este aumento se concentró en el Régimen General de la SS, ya que en el Régimen Especial de Autónomos/as el número de afiliados/as disminuyó). No obstante, esa tasa de recuperación es menor en Asturias (1,47%) que en la media nacional (3,90%).

Este descenso de la población afiliada en 2022, con respecto a 2021, estuvo más acentuado en el caso de las mujeres (cabe señalar que sólo ha aumentado 6,74% desde 2007).

Por otro lado, en cuanto a la edad, se destaca que:

- Más de la mitad (55,59%) de las personas afiliadas tenían 45 años o más; mientras que menos de una quinta parte (18,37%) eran menores de 35 años.
- La mayor disminución en la afiliación, con respecto a 2021, se presentó entre las personas mayores de 55 años, con un decremento de casi cuatro puntos porcentuales (23,69% en 2022; 27,20% en 2021).
- En el caso concreto del Régimen de Autónomos/as se perdió afiliación en los tramos de 25 a 54 años, mientras que aumentó de los 55 años en adelante.
- En los Regímenes Especiales se perdió afiliación en los tramos de 16 a 44 años, mientras que aumentaron las personas afiliadas mayores de 45 años.

Esta pérdida de afiliación afecta al *índice de recambio*, que se sitúa en 109,27 puntos (es decir que hay 109,27% más de población próxima a jubilarse que de población que podría incorporarse al mercado laboral), lo que puede poner en riesgo la plena cobertura de puestos de trabajo en algunas ocupaciones o sectores, como viene ocurriendo, según el Servicio Público de Empleo Estatal (2023).

Por su parte, también en 2022 se produjo, respecto a 2021, un descenso en el número de empresas que cotizan a la SS, afectando principalmente a los sectores de la agricultura (con un descenso del 3,81%) y la industria (con un descenso del 1,6%); mientras que el sector servicios continuó teniendo la mayor cotización y el mayor número de personas afiliadas (con un 76,79% de afiliación).

Finalmente, cabe mencionar también, como aspectos importantes para comprender la IL en Asturias, algunas condiciones laborales, como la existencia de casi un 10% de personas afiliadas de las que no consta en su expediente el tipo de contrato ni la jornada. Otro ejemplo sería la brecha de género en las modalidades de contrato y de tipo de jornada, ya que más de la mitad de los contratos fijos discontinuos (57,25%) y tres cuartas partes de los contratos a jornada parcial (74,09%) corresponden a mujeres. Con ello, se puede afirmar que las mujeres trabajan en condiciones laborales de mayor precariedad y que esto puede además influir en el reconocimiento y en la cuantía de la IL (teniendo en cuenta los requisitos anteriormente mencionados).

Todas estas circunstancias apoyan la idea de que está en riesgo la regeneración de la población activa, actualmente envejecida, en Asturias; especialmente en sectores que históricamente han caracterizado el empleo regional —como el sector primario y la industria—, cuyo exigente desempeño y sus difíciles condiciones laborales han afectado a la salud de generaciones que ahora se ven incapacitadas para trabajar.

3

CONSIDERACIONES FINALES SOBRE LA INCAPACIDAD LABORAL: ESTIGMATIZACIÓN vs. ABORDAJE INCLUSIVO Y CENTRADO EN LA SALUD

En este apartado se analiza un abordaje desde el cual la veracidad de las situaciones de IL es puesta en duda por parte de instituciones y organizaciones, incluso de la sociedad. La intención de este análisis es aportar información que permita comprender el sesgo de este planteamiento, a partir del cual, en no pocas ocasiones, el abordaje de la IL se centra en prevenir o identificar casos fraudulentos (es decir, en los que las personas soliciten una baja laboral y/o la prestación por IL, como un recurso de para deslindarse de sus responsabilidades laborales o para evitar contextos laborales conflictivos). Esta idea ha generado que algunas instituciones (organismos públicos y entidades colaboradoras), bajo el argumento de luchar contra el abuso en la protección por IL, se conviertan en lo que coloquialmente se puede denominar como «una policía de pobres».

El análisis de este planteamiento sesgado, basado en el argumento de que algunos/as trabajadores/as usan de forma abusiva la protección que les otorga el sistema de la SS, es necesario dado que puede derivar en una merma de la correspondiente prestación económica por IL o en una minoración en la protección de las personas trabajadoras frente a ella. Por ello, y en contraparte de dicho posicionamiento (que deriva en un abordaje parcial de la IL), es preciso tener en cuenta la multiplicidad de factores, que son determinantes en la valoración de las situaciones de incapacidad.

En primer lugar, el acceso a una prestación de la SS —como es la IL— no se deriva de la apreciación subjetiva de la persona trabajadora sobre su salud, sino que es un derecho otorgado a partir de un proceso administrativo en el que la situación de incapacidad es validada por parte de las instancias responsables; y este proceso está sujeto a los procedimientos de revisión establecidos en la legislación. En este sentido, debe hacerse hincapié en que el personal facultativo de la sanidad pública cuenta con una cualificación especial que le permite abordar los casos de IL, y que realiza su labor con independencia del paciente y posibles partes en conflicto; además, las personas involucradas en un proceso de IL se someten a un control por parte del Servicio de Inspección de la SS.

En segundo lugar, para regular los tiempos de la IL, se ha publicado el Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal por el INSS. Es preciso señalar a este respecto: a) que este documento, en muchos casos, está favoreciendo el acortamiento de la duración de la IL; b) que de esta forma se está incentivando un criterio economicista en la gestión de la salud; y c) que

este criterio economicista, propio de los intereses del ámbito privado (en este caso, referido a los seguros médicos), no debería ser en ningún caso la prioridad del sistema público de salud.

En tercer lugar, existen prácticas que permiten gestionar y controlar el absentismo por IL en las organizaciones. Estas prácticas están más orientadas a disminuir la duración y de la IL, que a la reincorporación gradual tras la baja (que permitiría reducir las cifras de recaídas). Para comprender esto debe tenerse en cuenta que, desde 1995, ha habido un incremento en las facultades de control de la IT de los/as empresarios/as y las mutuas colaboradoras de AT y EP; corroborado por acuerdos de los agentes sociales (Gobierno y sindicatos)²⁴. Con esta ampliación de facultades, el control de la duración de los periodos de IT ya no sólo se lleva a cabo por parte de los/las médicos/as de atención primaria y de la inspección médica del INSS, sino que el/la empresario/a también puede (en virtud de lo previsto en el art. 20.3 del Estatuto de los Trabajadores) verificar el estado de salud de la persona trabajadora. Esto se lleva a cabo cuando la persona se refiere a dicho estado de salud para justificar su inasistencia al trabajo y se hace mediante un reconocimiento a cargo de personal médico autorizado. La negativa de la persona trabajadora a dicho reconocimiento puede derivar en la suspensión de sus derechos económicos a cargo de el/la empresario/a, así como en las correspondientes sanciones previstas en el convenio colectivo. En la práctica, esta facultad empresarial para controlar la duración de los periodos de IT, suele encomendarse a los servicios de prevención o a las mutuas colaboradoras de AT y EP (si asumen el pago del subsidio). Estas entidades tienen la facultad, si así se lo encomienda la persona empleadora, de vigilar el estado de salud del/la trabajador/a y de comprobar su adecuación a la situación de IT. Incluso, si la IT es derivada de AT o EP y se observa una discordancia entre el estado de salud de el/a trabajador/a y la situación declarada de IT, las propias mutuas colaboradoras pueden emitir el alta médica (a diferencia de los casos en los que la IT es derivada de una contingencia común, en los que la competencia exclusiva para emitir el alta médica es de la SS, y la mutua colaboradora sólo puede solicitar su emisión)²⁵.

La relevancia de comprender todo esto radica en que, lo contrario (un planteamiento sesgado de la IL sin tener en cuenta los puntos anteriores y el estigma social que supone sobre las personas

²⁴ Se refiere al Pacto de Toledo de 1995 y a su posterior proceso de concertación social, que resultó en el Acuerdo sobre Consolidación y Racionalización del Sistema de Seguridad Social, alcanzado el 9 de octubre de 1996.

²⁵ A este respecto, debe matizarse que las mutuas colaboradoras de AT y EP, para comprobar las causas relacionadas con cada situación concreta de IT, pueden solicitar al INSS información relativa al historial médico de los/as trabajadores/as en situación de baja. Es importante señalar que no pueden solicitar datos directamente al/la trabajador/a ni al médico o al centro de salud en el que haya sido atendido/a.

en situación de IL) puede: a) poner en riesgo la procura de una curación completa y efectiva de las personas en situación de IT; b) arriesgar el puesto de trabajo o, al menos, la reputación, el estima o la consideración de la persona en la organización (*p. ej.* si se considera a la IT sólo como un coste para la empresa, al tener que seguir asumiendo los costes del trabajo que deja de hacerse); c) empujar a las personas a retomar la actividad laboral sin haberse recuperado plenamente de una incapacidad (con los riesgos a la salud y de reincidencia de la IT, que esto supone); y d) derivar en que los/as trabajadores/as, ante un problema de salud, no acudan al servicio sanitario para recibir asistencia médica y para solicitar una baja laboral (aun existiendo justificación para ella). A las dos últimas situaciones descritas se les denomina *presentismo laboral* (Pérez-Durantéz, 2009).

En el fenómeno del presentismo laboral y en su favorecimiento, tienen gran relevancia no sólo la gravedad y duración de la dolencia, las limitaciones que ésta suponga para el desempeño laboral y la percepción subjetiva de la propia persona sobre su estado de salud, sino también otros factores de carácter más organizacional (*p. ej.* Johns, 2010; Miraglia y Johns, 2016), como:

- La precariedad laboral y económica: por ejemplo, la percepción de baja remuneración, las reducciones de personal y su consecuente miedo a perder el empleo o las dificultades económicas personales.
- Las políticas estrictas de control y de incentivo de la asistencia.
- Las elevadas demandas laborales: por ejemplo, una alta carga de trabajo y la consecuente tendencia a evitar su acumulación o un ambiente muy competitivo y la consecuente exigencia de mantener un alto nivel de desempeño.
- Experiencias de estrés laboral, agotamiento emocional, acoso y/o discriminación en el trabajo y problemas de conciliación o conflictos entre el trabajo y la familia.
- Ausencia de liderazgo y apoyo organizacional.
- Una mala valoración por parte de las instancias responsables de emitir el alta médica.

El presentismo laboral tiene por consecuencia afectaciones a la salud y recaídas que pueden, incluso, suponer mayores costes económicos para las organizaciones y para el sistema de la SS, teniendo así un impacto negativo tanto en la calidad de vida del/la trabajador/a como a nivel social.

Todo lo anterior deja claro que es necesario ofrecer una cuidadosa atención en los casos de IL. Esta atención implica la adaptación de la duración de cada proceso de IT al caso concreto, evitando el uso de estándares que parecen más centrados en valorar la enfermedad

primordialmente como un gasto, que en los resultados de salud. También implica la puesta en marcha de mecanismos de prevención e intervención que eviten el agravamiento de los estados de salud y las recaídas como resultado de no solicitar una baja laboral o de una reincorporación precoz al trabajo (es decir, antes de que el estado de salud sea propicio). Este tipo de atención debe tener en cuenta las consecuencias psicológicas que puede provocar el hecho de que una persona se vea incapacitada para desempeñar su trabajo (presentes especialmente en los casos de IL de larga duración o permanente) y ofrecer, cuando sea necesario, un acompañamiento psicológico que ayude al/la trabajador/a a asumir su nueva circunstancia de vida.

Además, para evitar el presentismo y para atender de forma correcta las situaciones de IL, deben considerarse los diferentes tipos de incapacidad desde un enfoque inclusivo. Así, por ejemplo, debe tenerse en cuenta el art. 25 de la Ley 31/1995, de prevención de Riesgos Laborales, que establece la obligación para el empleador de garantizar la protección de los/as trabajadores/as especialmente sensibles a causa de sus características personales o estado biológico, a los riesgos derivados del trabajo (esta protección incluye a los/as trabajadores/as que tienen reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial). En estos casos, una eventual situación de incapacidad para un puesto de trabajo específico o para unas funciones concretas, puede salvarse a través de una correcta gestión de la prevención de riesgos, mediante la cual se adapte el puesto de trabajo a la persona (a través de las modificaciones pertinentes y siempre dentro de los términos regulados al efecto por el art. 41 del Estatuto de los Trabajadores).

Finalmente, es necesario recalcar la importancia de aplicar la perspectiva de género (que ha estado presente en este texto, como una de las variables que influyen sobre la IL) no sólo en las prácticas médicas y en el reconocimiento de enfermedades, sino teniendo en cuenta que algunas patologías que afectan específicamente o en mayor medida a las mujeres merecen ser reconocidas como incapacitantes (bien sea temporal o permanentemente); y que la perspectiva de género debe incluirse como un eje central en los procesos de mejora de las condiciones laborales y en la prevención de riesgos. Esto es especialmente importante en la gestión de los factores de riesgo y los riesgos psicosociales, que se caracterizan por ser los menos atendidos y que pueden afectar a las mujeres de forma particular debido, entre otros factores, a que las responsabilidades familiares de cuidados recaen mayoritariamente sobre ellas (lo que puede suponer un perjuicio para su salud).

4

REFERENCIAS

- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. (2022). *Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER)*. Publicaciones Oficiales de la Unión Europea.
- Aránguez, T. (2018). Endometriosis e incapacidad permanente en perspectiva de género. *Revista De Trabajo Y Seguridad Social. CEF*, 422, 61-90. <https://doi.org/10.51302/rtss.2018.1610>
- Benavides, F., Castejón, E., y Murillo, C. (2003). *La Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes en Cataluña*. Consejo Económico y Social de Cataluña.
- Blázquez, E. M. (2017). Diagnóstico desde la perspectiva de género de los procesos de baja por incapacidad temporal por contingencias comunes. En E. M. Blázquez (Ed.), *Informe sobre salud laboral desde la perspectiva de género* (pp. 27-36). Universidad Carlos III De Madrid.
- Briner, R. B. (1996). Absence from work. *British Medical Journal*, 313(7061), 874-874. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7061.874>
- Calvo, E. (2012). *Duración de la incapacidad temporal asociada a diferentes patologías en trabajadores españoles: discusión acerca de la ITCC en los trastornos mentales*. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado de Seguridad Social.
- Chadwick-Jones, J. K., Nicholson, N., y Brown, C. A. (1982). *Social Psychology of absenteeism*. Praeger.
- del Valle J. M. (2019). Principios que fundamentan el sistema de Seguridad Social. *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, (53), 1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7013601>
- Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Hacienda. (2022). *Pensiones por Provincias, Comunidades Autónomas y Ciudades Con Estatuto de Autonomía. Año 2022*. <https://www.portalclasespasivas.gob.es/sitios/clasespasivas/es-ESQuienesSomos/EstadisticasInformes/Paginas/Provincias2022.aspx>
- Durán, J. (2010). *Absence from work – Spain*. <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/studiestn091039ses0911039q.htm>
- FREMAP. (2022). *Estudio de la evolución de los “trastornos mentales y del comportamiento” en la incapacidad temporal (2015 al 2021)*. FREMAP.
- García, J. (2017). *La seguridad social en España y la idea de solidaridad*. KRK Ediciones.
- Gimeno, P. (2017). Análisis desde la perspectiva de género de la protección de las contingencias profesionales: un estudio desde la negociación colectiva sectorial. En E. M. Blázquez (Ed.), *Informe sobre salud laboral desde la perspectiva de género* (pp. 37-49). Universidad Carlos III de Madrid. <http://hdl.handle.net/10016/25642>

- Gründemann R. W. M., y Vuuren C. V. (1998). *Prevention of absenteeism at the workplace: A European Portfolio of Case Studies*. Office for official publications of the european communities.
- Gutiérrez, R. (1984). Modelos teóricos para el análisis del absentismo laboral. *Revista Internacional de Sociología*, 49, 255-260. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2019397>
- Instituto Asturiano de la Mujer. (2023). *Asturianas en cifras*. <https://iam.asturias.es/pensionescontributivas#:~:text=Es%20decir%2C%20una%20pensionista%20asturiana,8%2C7%20puntos%20por%20encima>
- Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales. (2019). *Informe estadístico de la Siniestralidad Laboral. Asturias 2019*. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales. (2020). *Informe estadístico de la Siniestralidad Laboral. Asturias 2020*. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales. (2021). *Informe estadístico de la Siniestralidad Laboral. Asturias 2021*. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales. (2022). *Informe estadístico de la Siniestralidad Laboral. Asturias 2022*. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales.
- Instituto de las Mujeres. (2023). *Principales indicadores estadísticos de igualdad. Febrero de 2023*. Ministerio de Igualdad. Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género.
- Instituto Nacional de Estadística. (2022). *Encuesta Trimestral de Coste Laboral. Cuarto Trimestre de 2022*. <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion>
- Instituto Nacional de la Seguridad Social. (2018). *Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal* (4ª Edición). Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2015). *Nota Técnica de Prevención 1.056. PRIMA-EF: marco europeo para la gestión del riesgo psicosocial*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2023). *Salud mental y trabajo*. Departamento de Investigación e Información (INSST).
- Iverson, R. D., Buttigieg, D. M., y Maguire, C. (2003). Absence culture: The effects of union membership status and union-management climate. *Relations Industrielles*, 58(3), 483-512. <https://www.jstor.org/stable/23078076>
- Iverson, R. D., y Deery, S. J. (2001). Understanding the “personological” basis of employee withdrawal: The influence of affective disposition on employee tardiness, early departure, and absenteeism. *Journal of Applied Psychology*, 86(5), 856-866. <https://doi.org/10.1037/00219010.86.5.856>

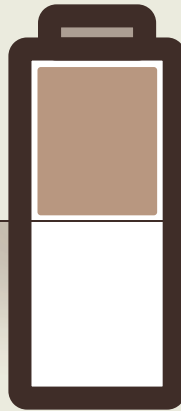
- Johansson, G., y Lundberg, I. (2009). Components of the illness flexibility model as explanations of socioeconomic differences in sickness absence. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 39(1), 123-138. <https://doi.org/10.2190/HS.39.1.f>
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 519-542. <https://doi.org/10.1002/job.630>
- Judge, T. A., Thoresen, C. J., y Martocchio, J. J. (1997). Five-factor model of personality and employee absence. *Journal of Applied Psychology*, 82(5), 745. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.2.5.745>
- Ministerio de Hacienda y Función Pública. (2022). *Informe Económico Financiero 2022*. Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos. Ministerio de Hacienda y Función Pública. <https://www.sepg.pap.hacienda.gob.es/sitios/sepg/es-ES/Presupuestos/InformeEconomicoFinancieroPaginas/InformeEconomicoFinanciero.aspx>
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2019). *eSTADISS: Estadísticas de pensiones*. <https://w6.seg-social.es/ProsaInternetAnonimo/OnlineAccess?ARQ.SPM.ACTION=LOGIN&ARQ.SPM.APPTYPE=SERVICE&ARQ.IDAPP=ESTA0001>
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2020). *eSTADISS: Estadísticas de pensiones*. <https://w6.seg-social.es/ProsaInternetAnonimo/OnlineAccess?ARQ.SPM.ACTION=LOGIN&ARQ.SPM.APPTYPE=SERVICE&ARQ.IDAPP=ESTA0001>
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2021). *eSTADISS: Estadísticas de pensiones*. <https://w6.seg-social.es/ProsaInternetAnonimo/OnlineAccess?ARQ.SPM.ACTION=LOGIN&ARQ.SPM.APPTYPE=SERVICE&ARQ.IDAPP=ESTA0001>
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2022). *eSTADISS: Estadísticas de pensiones*. <https://w6.seg-social.es/ProsaInternetAnonimo/OnlineAccess?ARQ.SPM.ACTION=LOGIN&ARQ.SPM.APPTYPE=SERVICE&ARQ.IDAPP=ESTA0001>
- Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2023). *eSTADISS: Estadísticas de pensiones*. <https://w6.seg-social.es/ProsaInternetAnonimo/OnlineAccess?ARQ.SPM.ACTION=LOGIN&ARQ.SPM.APPTYPE=SERVICE&ARQ.IDAPP=ESTA0001>
- Ministerio de Trabajo y Economía Social. (2021). *Estadística de accidentados de trabajo. Año 2021*. <http://www.mites.gob.es/estadisticas/eat/welcome.htm>
- Ministerio de Trabajo y Economía Social. (2023). *Comisión de personas expertas en el impacto de la precariedad laboral en la salud mental (Informe PRESME)*. Ministerio de Trabajo y Economía Social.
- Miraglia, M., y Johns, G. (2016). Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual path model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(3), 261-283. <https://doi.org/10.1037/ocp0000015>

- Nicholson, N., y Johns, G. (1985). The absence culture and the psychological contract—who's in control of absence? *Academy of Management. The Academy of Management Review*, 10(3), 397-407. <https://doi.org/10.2307/258123>
- Ones, D. S., Viswesvaran, C., y Schmidt, F. L. (2003). Personality and absenteeism: A meta-analysis of integrity tests. *European Journal of Personality*, 17(Suppl1), S19-S38. <https://doi.org/10.1002/per.487>
- Organización Internacional del Trabajo. (2000). *Salud mental en el lugar de trabajo*. Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo*. Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud.
- Ortíz, Y. (2003). *Factores psicosociales del absentismo laboral en la administración pública*. Universidad de Granada.
- Ortíz, Y., y Samaniego, C. (1995). Reflexiones en torno a la evolución del modelo de Steers y Rhodes sobre absentismo laboral. En L. González, A. de la Torre y J. de Elena (comps.), *Psicología del trabajo y de las organizaciones, gestión de recursos humanos y nuevas tecnologías* (pp. 237-245). Eudema.
- Peiró, J. M., Rodríguez-Molina, I., y González-Morales, G. (2008). *El absentismo laboral: antecedentes, consecuencias y estrategias de mejora*. Universidad de Valencia.
- Penalva, A. S. (2022). Incapacidad permanente y su compatibilidad con otras prestaciones y con el trabajo. ¿Resiste el modelo vigente una lectura con perspectiva de género? *Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, 10(4), 83-115. https://ejcls.adapt.it/index.php/rlde_adapt/article/view/1219
- Pérez-Durantéz, I. (2009). *Evaluación de las Medidas de Racionalización y Mejora de la Gestión de la Incapacidad Temporal*. Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios.
- Rhodes, S. R., y Steers, R. M. (1990). *Managin employee absenteeism*. AddisonWesley.
- Sánchez, L., Baidés, P., y Regal, R. (2019). Recaídas en incapacidad temporal: impacto de su regulación y control. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 65(256), 217-232. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2019000300217&lng=es&tlng=es
- Servicio Público de Empleo Estatal. (2023). *Informe sobre Mercado de Trabajo de la Provincia de Asturias. Datos 2022*. Servicio Público de Empleo Estatal.
- The Adecco Group Institute. (2022). *XI Informe Adecco sobre Empresa Saludable y Gestión del Absentismo*. The Adecco Group Institute.
- The Adecco Group Institute. (2023). *XII Informe Adecco sobre Empresa Saludable y Gestión del Absentismo*. The Adecco Group Institute.

- Vicente, J. M., López-Guillén, A., García-Izquierdo, A. L., Santiago Saéz, A., y Pinto, P. (2020). La valoración de la incapacidad profesional. En A. L. García-Izquierdo (Ed.), *Intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva* (pp. 295-334). Ediciones Universidad de Oviedo.
- Vicente, J. M., y López-Guillén, A. (2019). La incapacidad, indicador de salud laboral con alta variabilidad territorial. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 65(257), 261-284. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2019000400261&Ing=es&tIng=es
- Vicente, J. M., y López-Guillén, A. (2018). Los factores psicosociales como predictores pronósticos de difícil retorno laboral tras incapacidad. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 64(250), 50-74. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000100050&Ing=es&tIng=es
- Villaplana, M. D. (2015). *Absentismo e incapacidad laboral: Promover organizaciones saludables como garantía de excelencia y efectividad organizativa*. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias.

**GESTIÓN DE PERSONAS PARA LA
PREVENCIÓN DE LA INCAPACIDAD
LABORAL Y PARA LA PROMOCIÓN
DE LA EMPLEABILIDAD
*Y EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO***

Carlos María Alcover



**SEGUNDA
*PARTE***

1. PREVENCIÓN DE LIMITACIONES O INCAPACIDADES DESDE LA GESTIÓN DE PERSONAS EN LAS ORGANIZACIONES

1.1. Capacidad de trabajo: concepto y dimensiones

1.2. Medida de la capacidad de trabajo

1.3. Cómo promover la capacidad para el trabajo

2. DESARROLLO DE LA CALIDAD DE LA VIDA ACTIVA. ANÁLISIS DE CAPACIDADES Y REINSERCIÓN LABORAL

2.1. Conductas proactivas y facilitadoras de la empleabilidad y el envejecimiento activo

2.1.1. Conductas de selección, optimización y compensación

2.1.2. Conductas de cambio de orientación de los objetivos

2.1.3. Conductas de regulación emocional y de control del contexto

2.1.4. Conductas de búsqueda de retroalimentación y procesos de redefinición de rol

*2.1.5. Conductas de *job crafting**

2.1.6. Otros tipos de conductas proactivas

2.2. Calidad de vida laboral, empleabilidad y envejecimiento activo en el trabajo

2.3. Recomendaciones para la inclusión y un desarrollo laboral pleno para todas las personas: discapacidad y reingreso al trabajo

3. APUNTES FINALES

4. REFERENCIAS

Una de las áreas en las que se basa la sostenibilidad de las organizaciones, o sostenibilidad empresarial, se refiere a los impactos positivos sociales y sobre las personas que generan sus actividades, especialmente los relacionados con el respeto y la defensa de los derechos humanos y los derechos laborales, lo que se aplica tanto a los miembros de la organización como a las comunidades donde operan.

Como es conocido, el marco fundamental de la sostenibilidad lo configuran los Objetivos para el Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030. En particular, en lo que se refiere a la sostenibilidad social de las empresas, el logro de los ODS 3 (Salud y bienestar), 5 (Igualdad de género), y 8 (Trabajo decente y crecimiento económico), constituyen las metas de una gestión de personas inclusiva, preventiva, saludable y generadora de empleabilidad sostenible a lo largo de toda la carrera profesional.

En este contexto, el contenido de esta segunda parte se centra en el análisis de las políticas y prácticas de gestión de personas en las organizaciones dirigidas a la prevención de limitaciones o incapacidades, el desarrollo de la calidad de vida, la empleabilidad sostenible y el envejecimiento activo en el trabajo, finalizando con una serie de recomendaciones para la inclusión y el desarrollo laboral pleno para todas las personas.

1

PREVENCIÓN DE LIMITACIONES O INCAPACIDADES DESDE LA GESTIÓN DE PERSONAS EN LAS ORGANIZACIONES

Para cualquier organización es crucial contar con personal cualificado y con capacidades para desempeñar sus tareas y funciones de manera eficaz, segura y satisfactoria. Los beneficios de los resultados laborales redundan tanto en la salud, el bienestar, la calidad de vida, el desempeño y la satisfacción de las personas trabajadoras como en la eficacia y el logro de los objetivos organizacionales. De manera aún más específica, una plantilla *capaz* reduce los riesgos de lesiones, accidentes, enfermedades y posibles discapacidades, lo que también tiene consecuencias positivas para la salud de las personas y para los/as responsables de la gestión de las organizaciones, puesto que incrementa su eficiencia y reduce los elevados costes asociados al absentismo y las bajas laborales.

Las políticas y prácticas organizacionales condicionan, e incluso determinan, el modo en que se gestionan los riesgos para la capacidad de trabajo, las estrategias empleadas para mantener y promoverla, y los procedimientos y mecanismos que garantizan la salud, el bienestar y la calidad de vida de los/as empleados/as. Aunque la capacidad de trabajo se refiere a una condición general o a un conjunto de características y competencias de cada persona trabajadora, su mantenimiento, actualización, promoción y desarrollo es una responsabilidad compartida en la que debe implicarse activamente la organización. Para garantizar esta implicación conjunta es necesario conocer el significado de la capacidad de trabajo, sus dimensiones, los agentes implicados en su mantenimiento y desarrollo y los procedimientos utilizados en su medida. En los siguientes apartados se analizan en detalle estos aspectos para, a continuación, ofrecer las principales estrategias y prácticas para promover la capacidad para el trabajo.

1.1. Capacidad de trabajo: concepto y dimensiones

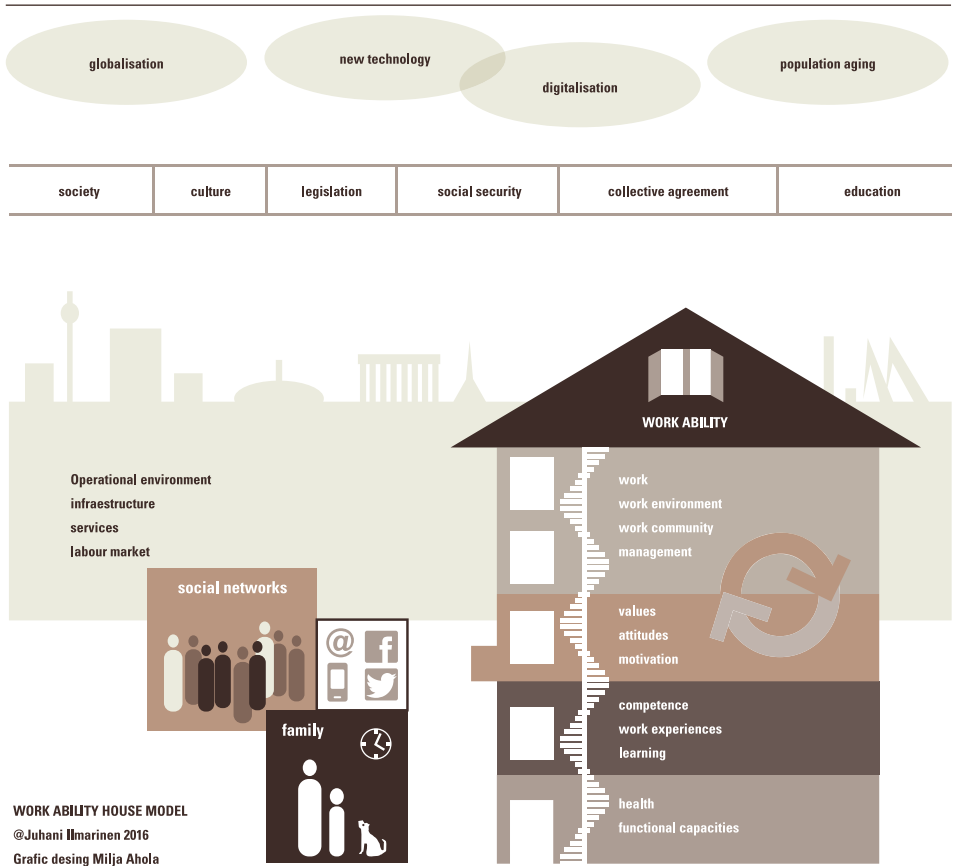
La capacidad de trabajo (en inglés, *work ability*) se define como el resultado combinado de las capacidades físicas y cognitivas, valoradas en relación con las demandas del trabajo, tanto de tipo intelectual como físico (Ilmarinen, 2009; Tuomi et al., 2001). Se refiere a la capacidad funcional de una persona trabajadora en relación con su trabajo, o a la capacidad para seguir trabajando en su empleo actual, teniendo en cuenta los retos o exigencias del trabajo y sus recursos (McGonagle et al., 2015). Dicho de otro modo, la capacidad funcional —que comprende aspectos físicos, mentales y sociales— constituye la base de la capacidad de trabajo. El concepto se basa en el

modelo clásico de estrés-tensión (*strain*), que sostiene que factores individuales como la salud, la edad y las capacidades funcionales modifican la tensión laboral que experimenta la persona trabajadora. En sentido general, también puede describirse como el equilibrio entre los recursos de el/la trabajador/a y las demandas del trabajo (Ilmarinen y von Bonsdorff, 2016), por lo que se enmarca dentro de la teoría de demandas-recursos en el trabajo (Bakker y Demerouti, 2017).

Esta capacidad de trabajo es una medida de la interrelación entre la capacidad de trabajo de la persona y el trabajo real que lleva a cabo. Tiene en cuenta todos los factores que podrían influir en esa capacidad, y en hacer el trabajo más o menos factible en la actualidad y en un futuro próximo (dos años es el referente utilizado para evaluar la percepción subjetiva de la capacidad de trabajo), siempre que las condiciones y el contexto laboral se mantengan similares a las actuales (Alcover, 2020a).

Aunque se trata de la percepción que cada persona tiene acerca de su capacidad para trabajar, depende también de factores contextuales y ambientales, tanto próximos como distales. La percepción de una pobre capacidad de trabajo puede ser causada por la mala salud (objetiva o percibida), por la falta de competencia laboral, de habilidades o de conocimientos, por valores y actitudes inadecuados, o por malas condiciones de trabajo o de gestión organizacional (Ilmarinen, 2009). También pueden intervenir otros factores y otras circunstancias personales, de la naturaleza del trabajo y del ambiente laboral. La capacidad de trabajo no es independiente tampoco de la vida fuera del trabajo; así, la familia y la comunidad a la que pertenece un individuo pueden tener también un gran impacto. Para representar el modelo sobre la capacidad de trabajo, los investigadores proponen la imagen de una casa, compuesta por una serie de plantas y ubicada en un entorno o contexto cuyos elementos ejercen influencia sobre ésta (Figura 1).

Figura 1
La casa de la capacidad de trabajo



Fuente: Ilmarinen (2019). Licencia CC BY.

Las dos primeras plantas representan los recursos individuales que determinan si la persona es capaz de trabajar. Se refieren a si cuenta con los niveles de salud y de funcionamiento requeridos para realizar sus tareas, así como con la competencia necesaria para realizar el trabajo, incluyendo su experiencia laboral y el aprendizaje acumulado a lo largo de su trayectoria profesional (Ilmarinen y von Bonsdorff, 2016).

La tercera planta de la casa representa los valores, las actitudes y la motivación de la persona en relación con el trabajo diario. Esta planta tiene un balcón, que indica la importancia de los factores de la vida fuera del trabajo y que, a su vez, pueden afectar a la capacidad laboral de forma positiva o negativa (Ilmarinen y von Bonsdorff, 2016). Por ejemplo, un estilo de vida saludable contribuirá a preservar la salud y la capacidad funcional y, en consecuencia, a mantener la capacidad laboral, mientras que un bajo apoyo familiar o problemas de salud de algún miembro de la familia pueden producir estrés y conflictos entre el trabajo y la vida familiar.

La última planta incluye todo lo relacionado con el trabajo específico –como las tareas encomendadas, la carga de trabajo y las demandas mentales, físicas y sociales asociadas–, las condiciones de trabajo –tanto contractuales (tipo de contrato, salario y compensaciones, etc.) como de organización (horarios, turnos, plazos, etc.)–, las relaciones con los compañeros y supervisores, y el estilo de liderazgo empleado por los responsables organizacionales. Y como señalan los autores (Ilmarinen y von Bonsdorff, 2016), la escalera que recorre la *casa* representa que los elementos de cada planta interactúan entre sí. Además, como se representa con las *nubes*, los cambios actuales en la vida laboral, la globalización, la digitalización y las nuevas tecnologías, así como las exigencias de una mejor calidad y productividad, aumentan los retos para la capacidad de trabajo de todos (especialmente para los/as trabajadores/as y empleados/as mayores) (Ilmarinen, 2019).

Uno de los aspectos más discutidos del concepto de capacidad de trabajo es el relativo a las dos dimensiones medidas habitualmente (como se analizará más en detalle en el siguiente apartado), la objetiva y la percibida (Cadiz et al., 2019). Por ejemplo, en la medida utilizada con más frecuencia en la práctica, el *Work Ability Index* (WAI, Ilmarinen et al., 1991), que se describirá más adelante, las preguntas sobre salud incluyen datos sobre enfermedades, lesiones y trastornos diagnosticados clínicamente, así como de días de baja médica en el último año. Esta información sobre capacidad de trabajo objetiva se combina con las preguntas sobre si esas enfermedades, lesiones y trastornos, con independencia del eventual diagnóstico clínico, se perciben o se experimentan, lo que en este caso evalúa la capacidad de trabajo percibida. Es obvio que no siempre ambas dimensiones coinciden, puesto que una persona puede carecer de diagnóstico clínico de enfermedades y, sin embargo, *sentirse* mal, enfermo o con mala salud. Por ejemplo, existe evidencia de que la percepción de estrés laboral, o un entorno en el que existen riesgos psicosociales, se asocia a la auto-percepción de mala salud (Holmgren et al., 2009) y a consecuencias relacionadas con absentismo y bajas laborales, estimándose incluso que más del 50% de las bajas laborales por enfermedad están basadas en las percepciones subjetivas de los/as pacientes (Eriksen et al., 1999). Otro ejemplo que ilustra la importancia de las percepciones subjetivas de la salud,

se encuentra en los resultados que indican que los sentimientos y experiencias de desamparo, indefensión y desesperanza son más importantes, –tanto en relación con las quejas subjetivas sobre la salud como con la salud objetiva–, que otras medidas que usualmente se han considerado más relevantes en sus efectos sobre el estatus socio-económico, –como el nivel de educación y formación y la carga de trabajo físico percibida– (Ree et al., 2014). Estos resultados permiten concluir que la indefensión y la desesperanza parecen funcionar como un mecanismo entre la carga de trabajo físico y la salud. Es decir, la capacidad de trabajo percibida depende en un grado elevado de las percepciones subjetivas de salud; estos resultados subrayan que las posibilidades de trabajar bien, e incluso de continuar trabajando, interactúan con las capacidades reales y con las demandas físicas, mentales y emocionales de las personas.

A pesar de las relaciones existentes entre la capacidad de trabajo objetiva y la percibida, conviene señalar sus diferencias como indicadores de la capacidad de trabajo real. Así, en opinión de Cadiz y colaboradores (2019), puesto que las respuestas y consecuencias de las enfermedades, trastornos, malestares, etc., se basan en un diagnóstico clínico sustentado en criterios empíricos, pueden considerarse un indicador más objetivo de las capacidades física, mental y emocional reales de una persona para satisfacer las demandas de su trabajo. Por lo tanto, puede decirse que la capacidad de trabajo objetiva (relacionada con la salud objetiva) es la que mejor refleja o capta la capacidad de trabajo física y mental real de la persona para su trabajo actual, ya que está determinada en parte por los cambios biológicos y fisiológicos experimentados a lo largo del ciclo vital. Por su parte, la capacidad de trabajo percibida puede ser más sensible a las características individuales (*p. ej.* de personalidad) y a los aspectos del entorno de trabajo (*p. ej.* las demandas y los recursos laborales), debido a la influencia más directa de éstos en las percepciones y las interpretaciones de las personas sobre su experiencia laboral. Los autores destacan (Cadiz et al., 2019) que esta distinción conceptual de la capacidad de trabajo en dos dimensiones no significa considerar estos componentes como completamente independientes entre sí. Es decir, dado que las personas suelen tener una percepción realista de sus capacidades, consideran que la capacidad de trabajo objetiva o relacionada con la salud y la capacidad de trabajo percibida son facetas interrelacionadas del constructo más amplio *capacidad de trabajo*.

En resumen, los resultados de las investigaciones realizadas durante las últimas décadas permiten concluir que a partir de ciertas edades, o cuando se sufren enfermedades, la capacidad de trabajo se relaciona no sólo con la permanencia en el puesto de trabajo (lo que puede influir en las decisiones de retiro anticipado o de jubilación), sino también con el estrés, la motivación laboral, la satisfacción en el trabajo, el compromiso, la calidad de vida e incluso el rendimiento laboral (Brady

et al., 2020; Cadiz et al., 2019). En conjunto, estos estudios demuestran que existen razones de peso para que las organizaciones, los responsables políticos y las sociedades se preocupen por la capacidad de trabajo y la empleabilidad asociada a ella, ya que están relacionadas directamente con la salud, el bienestar y el rendimiento de las personas trabajadoras, así como con sus decisiones sobre seguir trabajando, cambiar de trabajo o de ocupación, o jubilarse, y de cuándo y cómo hacerlo (Alcover y Topa, 2018; Cadiz et al., 2020). De aquí se deduce la gran importancia que tienen la medida y la evaluación de la capacidad de trabajo, tanto objetiva como percibida; de ello se ocupa el apartado siguiente.

1.2. Medida de la capacidad de trabajo

Desde su origen en la década de los 80 del siglo XX, en Finlandia, el concepto de capacidad de trabajo se ha asociado fundamentalmente a los cambios experimentados en las competencias laborales como resultado de la edad, tanto por la mayor prevalencia de las enfermedades, los trastornos y las discapacidades, como por las consecuencias y limitaciones derivadas del envejecimiento. Si bien el envejecimiento no es un proceso homogéneo para todas las personas, la capacidad mental, física, emocional e incluso social puede verse afectada por la edad (Alcover, 2020a). En consecuencia, el concepto de capacidad laboral representa una valiosa herramienta para ayudar a los/as responsables políticos y a los/as empresarios/as a abordar cuestiones relacionadas con la prolongación de las carreras profesionales y fomentar una mayor participación de las personas trabajadoras de más edad en la fuerza de trabajo (Cadiz et al., 2020).

La capacidad de trabajo se ha medido con diferentes instrumentos, que pueden clasificarse en dos grandes grupos: los que utilizan una combinación de medidas objetivas y percibidas, y los que solo emplean medidas percibidas (Cadiz et al., 2019). Dentro del primer grupo, el instrumento que primero se elaboró y que ha sido más utilizado es el *Work Ability Index* (WAI) que utiliza siete criterios (Ilmarinen et al., 1991; Tuomi et al., 1998):

- i) Capacidad de trabajo actual de un individuo en comparación con el mejor momento de su vida (0-10 puntos).
- ii) Capacidad de trabajo en relación con las exigencias del trabajo (físicas y mentales) (2-10 puntos).
- iii) Número de enfermedades (diagnosticadas y/o percibidas) o condiciones limitantes que padece (se incluyen 50 enfermedades) (1-7 puntos).

- iv) Deterioro estimado debido a las enfermedades o condiciones limitantes (1-6).
- v) Número de bajas laborales por enfermedad durante el último año (1-5 puntos).
- vi) Pronóstico del individuo sobre su capacidad de trabajo en dos años (1-4-7 puntos).
- vii) Estimación de los propios recursos mentales (1-4 puntos).

En total, el WAI cuenta con nueve preguntas de respuesta única, más una lista de 51 posibles enfermedades, lesiones y dolencias (60 preguntas en total). La puntuación total oscila en un rango de 7 a 49 puntos, y se agrupa en cuatro intervalos con una valoración cualitativa, siendo 44 a 49 puntos: excelente, 37 a 43: buena, 28 a 36: moderada y menos de 28: pobre (Ilmarinen et al., 1991; Morschhäuser y Sochert, 2006)²⁶. Posteriormente, Nübling et al. (2004) presentaron una versión corta del WAI, que mantenía las nueve preguntas de respuesta única, pero reducía la lista de posibles enfermedades, lesiones y dolencias a 13 (22 preguntas en total).

A pesar de que este instrumento ha sido el más utilizado desde su construcción, también ha sido objeto de críticas, fundamentalmente debido a las dudas sobre su validez de constructo y sus propiedades psicométricas (Cadiz et al, 2019), a que las preguntas sobre el diagnóstico de enfermedades pueden evocar respuestas omitidas o no deseadas, y a que su longitud dificulta su cumplimentación en encuestas a gran escala (Hetzel et al., 2014; Schouten et al., 2016). En consecuencia, se han propuesto versiones cortas del WAI que tratan de evitar este efecto, como el WAI-r (Hetzel et al., 2014), que no incluye la totalidad de los ítems relacionados con el diagnóstico médico y que, al establecer solo dos puntos de corte, pretende identificar grupos de WAI de capacidad laboral excelente y deficiente; y el WAI sin incluir el listado de enfermedades (Schouten et al., 2016). E incluso se han propuesto: una versión ultra-corta de solo dos ítems (Ebener y Hasselhorn, 2019) para medir los componentes unidimensionales WAI 1 (que mide la *Work Ability* –WA–; «WA actual comparada con la mejor de toda la vida») y WAI 2 (que evalúan la «WA en relación con las demandas [mentales/físicas] del trabajo»); y una medida mono-ítem (Schouten et al., 2016), con el primer ítem del WAI (en el que se pregunta por la capacidad laboral actual en comparación con la mejor de toda la vida con una puntuación de 0 a 10) (Tabla 1).

²⁶ Puede accederse al contenido completo del WAI en los sitios <https://www.insst.es/el-insituto-al-dia/ntp-1147-work-ability-index-versi%C3%B3n-espa%C3%B1ola> (en castellano; Solé y Doval, 2020). Se puede consultar otra adaptación en una muestra española en Mateo Rodríguez et al. (2021) https://workbox.chrodis.eu/repository/pdf/WAI_Work-Ability-Index.pdf (en inglés).

Tabla 1
Medidas ultracortas de WAI

Ebener y Hasselhorn (2019) y Schouten et al. (2016)													
Capacidad laboral actual comparada con la mejor capacidad laboral que ha tenido a lo largo de su vida laboral													
Considere que su mejor capacidad laboral o capacidad laboral óptima tiene un valor de 10 puntos. ¿Cuántos puntos daría a su capacidad de trabajo actual?	Completamente incapaz de trabajar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Capacidad laboral en mi mejor momento
Ebener y Hasselhorn (2019)													
Capacidad laboral en relación a las exigencias del trabajo													
¿Cómo valora su capacidad laboral actual respecto a las exigencias físicas de su trabajo?	5 Muy buena	4 Más bien buena	3 Regular	2 Más bien mala	1 Muy mala								
¿Cómo valora su capacidad laboral actual respecto a las exigencias mentales de su trabajo?	5 Muy buena	4 Más bien buena	3 Regular	2 Más bien mala	1 Muy mala								

Nota. Adaptado a partir de la versión española de WAI (Solé y Doval, 2020).

Los estudios comparativos entre el WAI completo, el WAI sin enfermedades y la medida mono-ítem no permiten obtener conclusiones sólidas sobre la mayor capacidad predictiva de uno u otro instrumento. No obstante, los resultados obtenidos por Ebener y Hasselhorn (2019) permitieron comprobar la viabilidad de las medidas breves WAI 1 y WAI 2 para sustituir al WAI, al menos en la investigación sobre salud laboral y en las encuestas a empleados/as; mientras que Ahlstrom et al. (2010) encontraron que tanto el WAI como la medida mono-ítem tenían valor predictivo para la baja por enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres; Jääskeläinen et al. (2016) obtuvieron resultados similares con ambas medidas para predecir la pensión por discapacidad. Estos últimos resultados parecen señalar que la medida mono-ítem puede sustituir al WAI completo al menos en estos casos, pero no pueden generalizarse a todos los grupos de trabajadores y de resultados; Roelen et al. (2014), con base en los resultados de su

estudio, recomendaron no emplear la medida mono-ítem para predecir trabajadores en riesgo de pensión por discapacidad.

En consecuencia, para determinar el valor predictivo de los instrumentos son necesarios más estudios con muestras de personas trabajadoras de diferentes sectores ocupacionales, además de identificar, en cada caso, respecto a qué criterio resultan más predictivos (*p. ej.* bajas por enfermedad de larga duración, discapacidades, intenciones de retiro o de prolongar la vida laboral, etc.).

En cuanto al segundo grupo, las *medidas de la capacidad de trabajo basadas en percepciones*, además de las que utilizan el WAI suprimiendo la lista de enfermedades, se encuentran las siguientes (Cadiz et al., 2019):

- a) *Work Ability Score* (Ahlstrom et al., 2010; El Fassi et al., 2013): compuesto por un solo ítem, que pregunta por la capacidad laboral actual percibida en comparación con la mejor de toda la vida (a mayor puntuación, de 0 a 10, mayor capacidad de trabajo actual).
- b) *La estimación de la capacidad laboral* (Ilmarinen et al., 2008): mide el grado en que una persona se percibe a sí misma como generalmente apta para trabajar, frente a percibirse como discapacitada. Esta medida de un solo ítem tiene tres posibles opciones de respuesta: i) completamente apto para el trabajo, ii) parcialmente incapacitado para el trabajo, y iii) completamente incapacitado para el trabajo.
- c) *Escala de capacidad laboral de dos ítems* (Weigl et al., 2013): mide la capacidad de trabajo en relación con las exigencias mentales y físicas del puesto de trabajo (rango de 1 [muy deficiente] a 5 [muy buena]).
- d) *Capacidad laboral percibida* (PWA; McGonagle et al., 2015). Incluye cuatro medidas: capacidad laboral actual, comparada con la mejor de toda la vida; capacidad laboral en relación con las exigencias físicas; capacidad laboral en relación con las exigencias mentales; y capacidad laboral en relación con las demandas interpersonales. La escala de respuesta va de 0 (no puede realizar el trabajo actual en absoluto) a 10 (capacidad de trabajo en su mejor momento de la vida).

En general, también en este caso, los resultados obtenidos con estas medidas han sido mixtos en cuanto a su capacidad predictiva. Cadiz y sus colegas (2019) recomiendan no continuar utilizando medidas mono-ítem de capacidad de trabajo por varias razones. En primer lugar, hay una falta de base teórica que fundamente por qué un ítem captaría suficientemente el complejo

concepto de capacidad de trabajo; es decir, se desconoce cómo afecta teóricamente al constructo la eliminación de los indicadores objetivos de salud. Y en segundo lugar, todavía no está claro cómo se compara la puntuación de capacidad de trabajo con el WAI original o con las medidas WAI abreviadas, en cuanto a su utilidad predictiva y su red nomológica (es decir, la red que define el constructo *capacidad de trabajo* y su relación con otros constructos y comportamientos) con una serie de factores ocupacionales (es decir, demandas y recursos laborales) y resultados a largo plazo (*p. ej.* discapacidad laboral o edad de jubilación) (Cadiz et al., 2019).

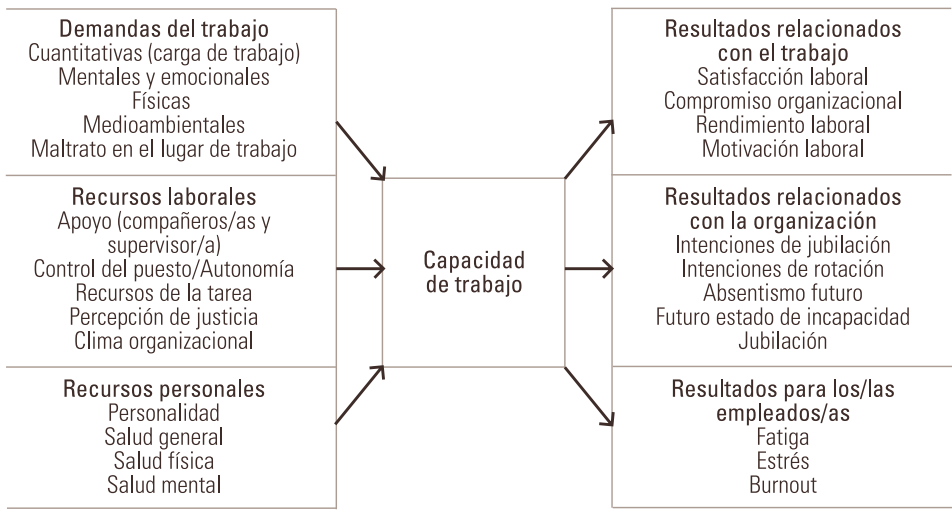
En resumen, la medida de capacidad de trabajo necesita todavía desarrollos que permitan superar estas limitaciones, de tal manera que se mejore la validez de constructo de estos instrumentos y su capacidad predictiva, en general o respecto a resultados específicos.

1.3. Cómo promover la capacidad para el trabajo

La promoción de la capacidad de trabajo incluye medidas y actividades que fomentan tanto la capacidad de trabajo de los/as trabajadores/as como la de los lugares de trabajo y los contextos organizacionales (Tuomi et al., 2001). Sus principales áreas objetivo son las demandas del trabajo y del entorno, los factores relacionados con la organización del trabajo y la comunidad laboral, la salud y la capacidad funcional de las personas trabajadoras, y su competencia profesional. Desde hace décadas, las intervenciones dirigidas a la promoción de la capacidad de trabajo se han considerado acciones afirmativas para reducir los problemas de potenciales incapacidades laborales y la jubilación anticipada (Tuomi et al., 2001). Habitualmente, estas medidas y actividades se enmarcan en las políticas y prácticas dirigidas a mantener y fomentar la empleabilidad sostenible de las personas trabajadoras en sus etapas medias y finales de la carrera profesional (Alcover et al., 2021). Éstas incluyen tanto factores laborales que pueden influir en el desempeño y la productividad, como aspectos relacionados con la salud, la calidad de vida y la capacidad de trabajo; y comprenden desde programas individuales hasta programas que abarcan el contexto de trabajo (Cloostermans et al., 2015). Dado que la medida de la capacidad de trabajo, especialmente el WAI, está asociada fundamentalmente a las características individuales, el estilo de vida, las exigencias en el trabajo y la condición física de las personas trabajadoras, los programas de promoción de la salud destinados a mantener y promover la participación de la población activa, la capacidad de trabajo y la mejora del rendimiento deben considerar este carácter multifactorial (van den Berg, 2009).

Para promover la capacidad de trabajo es preciso identificar qué factores actúan como facilitadores y cuáles como inhibidores. Así, con el objeto de esclarecer las relaciones de la capacidad de trabajo con sus antecedentes y sus consecuencias, diversos autores han propuesto modelos teóricos. Por ejemplo, Brady et al. (2020; véase también Cadiz et al., 2020) han formulado uno de los más integradores y parsimoniosos a partir del modelo de demandas-recursos (Bakker y Demerouti, 2017). La Figura 2 presenta este modelo.

Figura 2
Predictores y resultados de la capacidad de trabajo



Nota. Cadiz et al. (2020, p. 91).

A partir de este modelo, los autores identifican una serie de factores que pueden dificultar el mantenimiento y el desarrollo de la capacidad de trabajo y factores que pueden potenciarla (Cadiz et al., 2020). Los factores que pueden dificultar la capacidad de trabajo pueden ser de dos tipos:

- i) Demandas laborales:
 - a. Exigencias cuantitativas.
 - b. Exigencias mentales/emocionales.

- c. Exigencias físicas.
- d. Condiciones ambientales.
- e. Maltrato en el lugar de trabajo.
- ii) Factores relacionados con la salud:
 - a. Consumo de tabaco.
 - b. Síntomas depresivos.

Por su parte, los factores que pueden potenciar la capacidad de trabajo se agrupan en tres categorías:

- i) Recursos laborales:
 - a. Apoyo de los/as compañeros/as.
 - b. Apoyo de el/la supervisor/a.
 - c. Control (autonomía) del trabajo.
 - d. Recursos de tarea.
 - e. Percepción de justicia.
 - f. Clima organizacional.
- ii) Recursos personales de carácter psicosocial:
 - a. Autoevaluaciones centrales, como rasgo de personalidad.
 - b. Estabilidad emocional.
- iii) Factores relacionados con la salud:
 - a. Salud general.
 - b. Sueño.
 - c. Salud física.
 - d. Índice de Masa Corporal bajo.
 - e. Ausencia de síntomas relacionados con el dolor.
 - f. Salud mental.
 - g. Actividad física.

De aquí se derivan los tipos de intervenciones que pueden mantener y desarrollar la capacidad de trabajo, unas dirigidas a evitar o reducir el impacto de los dos tipos de factores que pueden dificultar la capacidad de trabajo y otras, enfocadas a incrementar los factores que pueden potenciarla (Cadiz et al., 2020). A su vez, unas intervenciones irán dirigidas a los factores del contexto –como las demandas de tarea y a los recursos laborales que dependen de otros agentes (compañeros/as y supervisores/as) y de la organización del trabajo (recursos de tarea, autonomía,

etc.)—, mientras que otras intervenciones tendrán objetivos individuales (fundamentalmente los factores relacionados con la salud y estilos de vida).

En síntesis, las intervenciones que pueden contribuir en mayor medida al mantenimiento y la potenciación de la capacidad de trabajo se resumen en las siguientes (Brady et al., 2020; Cadiz et al., 2019, 2020; Ilmarinen, 2019; McGonagle et al., 2015; Pak et al., 2019; Truxillo et al., 2020):

- *En relación con las demandas de trabajo:*
 - Realizar intervenciones ergonómicas dirigidas a reducir las demandas físicas y del entorno de trabajo.
 - Facilitar la iniciativa y la realización de conductas de *job crafting*, es decir, que cada persona trabajadora pueda *personalizar* en la medida de lo posible sus tareas y su trabajo.
 - Reducir los estresores asociados a las tareas (*p. ej.* plazos, carga de trabajo, etc.).
 - Ajustar las demandas a los recursos personales y laborales de cada empleado/a.

- *Relativas a promover los recursos laborales:*
 - Promover lugares de trabajo *justos* que faciliten las percepciones de justicia organizacional.
 - Crear condiciones de apoyo, especialmente de las redes de compañeros/as y de supervisores/as.
 - Ofrecer oportunidades de desarrollo de carrera con independencia de la edad.
 - Desarrollar recursos de promoción de la salud y hábitos saludables.
 - Ofrecer y facilitar el acceso a programas de entrenamiento y de recualificación de competencias.

- *Relacionadas con factores estructurales:*
 - Fomentar una cultura y un clima organizacionales que faciliten a las personas seleccionar y adaptar las tareas y las demandas que mejor se ajusten a los cambios en sus recursos.
 - Promover la percepción de seguridad en el empleo.
 - Potenciar el valor de la experiencia y promover las acciones que permiten el uso de la *generatividad* de los/as empleados/as, es decir, su capacidad para transmitir y compartir sus conocimientos y experiencias con los/as más jóvenes.

A nivel internacional, pueden consultarse por ejemplo las iniciativas del Gobierno de Finlandia (país donde se originó el instrumento WAI, como ya se mencionó), a través del Instituto Finés de Salud Laboral (*Finnish Institute of Occupational Health*), como el programa multi-foco «*Work ability programme*»²⁷, cuyo objetivo es promover el acceso y el mantenimiento del empleo entre desempleados/as con capacidad parcial de trabajo y desempleados/as de larga duración.

Aunque la mayor parte de las intervenciones para promover la capacidad de trabajo se han centrado en aspectos relacionados con las demandas y el contexto de trabajo, así como con los recursos laborales y personales relacionados con el trabajo y los estilos de vida (Converso et al., 2018; McGonagle et al., 2015; van den Berg et al., 2009). También, algún estudio ha llamado la atención sobre el efecto de los eventos de la vida privada sobre la capacidad de trabajo, tales como las transiciones normativas (*p. ej.* el matrimonio), los cambios significativos en la vida (*p. ej.* el nacimiento de un/a hijo/a), y las experiencias individuales importantes (*p. ej.* la muerte de un familiar) (Pak et al., 2022). Estos autores sugieren que las intervenciones dirigidas a potenciar un clima de apoyo por parte de los/as supervisores/as pueden atenuar el efecto negativo sobre la capacidad de trabajo de estos eventos privados disruptivos.

En resumen, si bien la capacidad de trabajo es relevante en todas las edades y etapas de la carrera profesional o la vida laboral, sin duda se convierte en un factor clave para la empleabilidad sostenible a medida que se envejece (Alcover et al., 2021; Cadiz et al., 2020; Ilmarinen, 2019). En el contexto del envejecimiento de la población y de la necesidad de mantener la actividad y prolongar la vida laboral –retrasando las edades de jubilación– (Alcover et al., 2014; Truxillo et al., 2015), las intervenciones dirigidas a mantener y potenciar la capacidad de trabajo deben constituir una prioridad para las organizaciones. Esto se enmarca en el objetivo de que las personas continúen trabajando con buena salud, en posesión y uso de sus competencias y logrando resultados de rendimiento adecuados y alineados con los objetivos de las organizaciones. La responsabilidad es compartida, y todos/as: personas trabajadoras, responsables y gestores organizacionales, agentes sociales, responsables políticos y la sociedad en su conjunto, han de implicarse en el logro de estos objetivos de salud y bienestar en el trabajo.

²⁷ Accesible en: <https://www.ttl.fi/en/research/projects/work-ability-programme>

2

DESARROLLO DE LA CALIDAD DE LA VIDA ACTIVA. ANÁLISIS DE CAPACIDADES Y REINSERCIÓN LABORAL

Desde sus orígenes en las décadas de 1960 y 1970, el movimiento por la calidad de vida laboral ha pretendido incrementar los niveles de bienestar y de emancipación de las personas trabajadoras (Grote y Guest, 2017), así como contribuir, directa o indirectamente, a mejorar la calidad de vida general, dada la importancia del trabajo en la vida de las personas (Martel y Dupuis, 2006). En sentido amplio, la calidad de vida laboral se refiere a los niveles de satisfacción y bienestar que experimentan las personas trabajadoras cuando las condiciones de trabajo, el entorno laboral, el trato y las relaciones con compañeros/as y supervisores/as y otros aspectos de su actividad laboral se ajustan a las demandas y al desempeño que les exige el contexto organizacional. La calidad de vida laboral, en consecuencia, implica dos dimensiones: la *objetiva*, referida a los factores del contexto laboral y organizacional en el que desarrolla la actividad (físicos, relacionales-sociales, materiales, de salud y de compensación/reconocimiento), y la *subjetiva*, relacionada con las experiencias positivas y las oportunidades que esas condiciones brindan para satisfacer las necesidades básicas de bienestar, productividad y desarrollo personal (Rodríguez-Marín, 2010). La calidad de vida laboral abarca muchos ámbitos, y constituye un objetivo prioritario de las organizaciones saludables –que cuidan de la salud de sus empleados–, así como para la sostenibilidad social, un pilar básico de la gestión sostenible de personas (Zink, 2014).

En sentido más restringido, o centrándose en aspectos más concretos, la *calidad de vida activa* se refiere habitualmente, por una parte, al envejecimiento activo en el trabajo y, por otra, a realizar una actividad física mayor durante el tiempo de trabajo, especialmente en aquellos empleos y ocupaciones con mayor carga de trabajo mental y emocional. En cuanto al *envejecimiento activo*, se encuentra estrechamente relacionado con el concepto de capacidad de trabajo que se ha analizado en la sección anterior, y que ya desde hace décadas constituye un objetivo prioritario, tanto de las políticas públicas como de las empresas e instituciones (Fernández et al., 2018). En la medida en que el proceso de envejecer se produce en condiciones de mayor actividad, bienestar y salud, los niveles de capacidad de trabajo objetiva y subjetiva serán mayores, lo que redundará en beneficios para las personas trabajadoras, las organizaciones y las sociedades en conjunto (Ilmarinen, 2012). Por su parte, el fomento de la actividad física en el trabajo cuenta con una trayectoria menor, pero sin duda será cada vez más relevante. Por ejemplo, iniciativas como *Workplace Movement*, originada en el Reino Unido, elabora herramientas de auto-evaluación y recomendaciones para que las organizaciones potencien la actividad física de

sus empleados, tanto dentro como fuera del lugar de trabajo²⁸. Según sus datos, se ha demostrado que los programas de actividad física en el lugar de trabajo reducen las bajas por enfermedad un 20%. Además, las personas trabajadoras físicamente activas se toman, anualmente, un 27% menos de días por enfermedad. Sus datos también concluyen que la actividad física es clave no solo para una buena salud física, sino también para una buena salud mental, y que ayuda a aliviar el estrés y a reducir el riesgo de depresión por motivos laborales.

La inclusión y el desarrollo laboral pleno de las personas tiene que contemplar tanto los cambios que se pueden producir con la edad como los cambios en las condiciones y capacidades debidos a discapacidades sobrevenidas, tengan su origen en la actividad laboral o no. En relación con ello, lo que se tratará a continuación se centra en identificar las conductas de las personas trabajadoras que pueden facilitar el mantenimiento de su capacidad de trabajo y su envejecimiento activo.

2.1. Conductas proactivas y facilitadoras de la empleabilidad y el envejecimiento activo

La investigación y la práctica (es decir, las intervenciones y programas implementados en contextos laborales y organizacionales) acerca de cómo mantener y potenciar la empleabilidad, la capacidad de trabajo y el envejecimiento activo en el trabajo, se han realizado fundamentalmente desde dos ámbitos de la psicología. El primero de ellos es el relacionado con el *enfoque del ciclo vital* y su aplicación a la conducta y la motivación laboral (Baltes et al., 2019; Kooij y Kanfer, 2019); está centrado en analizar cómo las personas se desarrollan y se adaptan con éxito a la variedad de experiencias laborales a las que se enfrentan a medida que se desarrollan sus carreras profesionales y su vida en general (Olson y Shultz, 2019). Y el segundo ámbito es el desarrollado desde la psicología de las organizaciones, que incluye los objetivos habituales relacionales con los roles, las conductas, la retroalimentación y los factores del desarrollo de carreras (Kooij, 2015). A continuación, se ofrece una síntesis de las conductas proactivas más eficaces para el mantenimiento de la empleabilidad y la capacidad de trabajo, la reinserción laboral tras una enfermedad, accidente o lesión –con una posible discapacidad adquirida–, y el envejecimiento activo.

²⁸ Puede consultarse en <https://www.workplacemovement.co.uk/>

2.1.1. Conductas de selección, optimización y compensación

Las teorías tradicionales del envejecimiento conciben el desarrollo humano como caracterizado por una serie de ganancias y avances que se producen hasta una cierta edad (final de la juventud y comienzo de la edad adulta), a partir de la cual el proceso se invierte y comienzan las pérdidas, mostrando una pendiente más o menos pronunciada, pero siempre decreciente (Alcover, 2020a). En contraste con este enfoque tradicional, el marco de la psicología del ciclo vital considera el desarrollo en cualquier edad –incluida la edad adulta e incluso la vejez– como un proceso de *adaptación selectiva en función de la edad* (Baltes, 1987, 1997). Así, las personas seleccionan –de forma consciente o no– hacia dónde dirigir e invertir sus recursos, dentro de las limitaciones o restricciones impuestas por los factores biológicos y por las características de los contextos sociales en los que se desenvuelven (Bowen et al., 2011). Este enfoque, por lo tanto, prioriza el mejor ajuste entre los recursos y las capacidades de las personas y las diferentes demandas de su trabajo y su contexto. Así, tanto el envejecimiento con éxito como la sostenibilidad en el trabajo se basan en la optimización y preservación de los recursos actuales y futuros, como la energía, la capacidad, el tiempo y las relaciones sociales (Kooij, 2015). Desde una perspectiva psicológica, la sostenibilidad en el trabajo se refiere a la gestión de los recursos de los individuos a lo largo del tiempo y del desarrollo de su carrera laboral, es decir, a cómo utilizar los recursos personales actuales sin comprometer el uso y el desarrollo de los recursos en el futuro (Kooij, 2015).

Una de las teorías más utilizadas en este ámbito es la Teoría de la Selección, Optimización y Compensación (TSOC) (Baltes y Baltes, 1990; Baltes y Dickson, 2001), basada en estos tres procesos: i) la *selección* se refiere a la tarea adaptativa de dar prioridad a los dominios en los que las personas se desenvuelven, con los que se encuentren mejor alineados o que mejor ajusten con sus habilidades, capacidades y metas; ii) la *optimización* se refiere a la idea de que las personas se esfuerzan por incrementar sus recursos (*p. ej.* cognitivos y sociales), de modo que se impliquen en los comportamientos que los maximizan a lo largo de su ciclo vital; iii) la *compensación* se refiere al uso de estrategias y/o de tecnologías para compensar las pérdidas de capacidades que se pueden producir a lo largo del tiempo.

Así pues, el desarrollo se concibe como un proceso de adaptación selectiva, el cual se produce gracias a la plasticidad del comportamiento humano, plasticidad que se amplía a las capacidades, los intereses, la motivación y las actitudes en general (Baltes et al., 1998). El desarrollo se entiende no como un mero despliegue de potencialidades, sino como un proceso continuo de selección –que se produce a lo largo de la vida– de una serie de posibilidades y trayectorias evolutivas y que

experimentan un proceso de optimización una vez que han sido elegidas y la persona se implica, se compromete y se identifica con ellas. Como puede apreciarse, este concepto abierto de desarrollo presenta una mayor flexibilidad que el enfoque tradicional basado en el modelo lineal –marcado por las etapas de crecimiento, maduración y declive final—, lo que supone, en comparación con éste, la adopción de una perspectiva funcionalista, caracterizada por la multidireccionalidad de trayectorias que se pueden adoptar a lo largo del ciclo vital (Alcover, 2020a).

Este enfoque dinámico representa una aproximación mucho más abierta que la representada por los enfoques lineales tradicionales, puesto que postula que el proceso evolutivo se produce no siguiendo un marco preestablecido, sino a partir de las elecciones de los individuos a lo largo de su desarrollo. Además, y esta idea es aún más importante, desde este enfoque se sostiene que no existen ganancias evolutivas sin pérdidas y que no existen pérdidas evolutivas sin ganancias (Baltes et al., 1998), procesos que además ocurren a lo largo de todo el ciclo vital. De modo que las ganancias que se obtienen en un dominio (*p. ej.* cuando una persona se especializa en una tarea o conjunto de ellas) pueden suponer pérdidas en otro dominio. Pero estas pérdidas a su vez no tienen un efecto negativo automáticamente, sino que pueden tener un valor adaptativo como desencadenantes de ganancias, ya que pueden catalizar procesos compensatorios para mitigar las posibles consecuencias negativas de las pérdidas y para recuperar un nivel de funcionamiento equivalente al anterior; incluso, en ocasiones, se puede lograr un nivel superior al anterior a la pérdida, lo que incrementa la capacidad adaptativa del organismo (Alcover, 2020a). En definitiva, este enfoque rompe con el esquema tradicional tan arraigado de una etapa vital de *ganancias* (la primera mitad de la vida aproximadamente) seguida de otra caracterizada por las *pérdidas* (la segunda mitad), lo que tiene indudables e importantes consecuencias para la vida laboral.

A partir de este enfoque de la TSOC se pueden identificar una serie de conductas proactivas en el trabajo que pueden favorecer el envejecimiento activo y la calidad de vida laboral (Kooij, 2015).

- *Conductas de selección*: la más relevante se centraría en establecer y seleccionar objetivos, lo que se traduce, por ejemplo, en especificar objetivos y centrarse en los más importantes para la persona.
- *Conductas de optimización*: la más relevante sería la de adquirir e invertir en medios y recursos relevantes para alcanzar los objetivos, lo que significa adquirir nuevas habilidades o recursos, practicar y mejorar habilidades y capacidades que ya se poseen, y activar habilidades o recursos no utilizados.

- *Conductas de compensación*: las más importantes se centrarían en compensar la falta de disponibilidad de medios y recursos pertinentes para alcanzar los objetivos, por ejemplo, recurriendo a la ayuda o el asesoramiento de otras personas, utilizando ayudas técnicas (*p. ej.* dispositivos de asistencia o ayudas ergonómicas) o gestionando las impresiones que se causan en las personas del entorno (Kooij, 2015).

En consecuencia, aplicando estos planteamientos generales al ámbito laboral, la TSOC predice que las personas que están más comprometidas e implicadas emplearán estrategias y conductas de selección de tareas y funciones para alinear su trabajo con sus habilidades e intereses, sus estrategias y sus conductas de optimización hacia la mejora de sus roles y capacidades laborales; también emplearán estrategias de compensación para ajustarse a las demandas laborales, en lugar de abandonar la situación actual y dejar el empleo o decidir la jubilación (Baltes y Dickson, 2001). Los resultados de la investigación al respecto han demostrado que las personas que manifiestan (o se observa que) utilizan conductas de selección, optimización y compensación tienen más éxito en su vida en general, y resultan más eficaces al afrontar y manejar situaciones de sobrecarga de demandas en los diferentes dominios de su vida (Baltes y Rudolph, 2012).

2.1.2. Conductas de cambio de orientación de los objetivos

También desde el enfoque del ciclo vital, una estrategia que ha demostrado su eficacia es el cambio de orientación de los objetivos en el trabajo (Kooij, 2015). Esta estrategia se concreta en conductas como: a) cambiar los objetivos laborales del crecimiento o desarrollo al mantenimiento de las capacidades y la regulación de las posibles pérdidas de recursos y capacidades (Freund, 2006); b) cambiar el foco de los objetivos laborales centrados en los resultados (*p. ej.* lograr un éxito de carrera) a los objetivos centrados en el proceso (*p. ej.* priorizar la motivación intrínseca y disfrutar con el trabajo que se realiza) (Freund, 2008); y c) cambiar el foco de los objetivos instrumentales (*p. ej.* lograr un salario más elevado o un progreso en la carrera) a los objetivos afectivos, potenciando las relaciones interpersonales y sociales de calidad. Esto último se predice desde la *teoría de la selectividad socio-emocional* (Carstensen, 1995). Esta teoría postula que las personas transitan a lo largo de su ciclo vital desde objetivos relacionados con el logro y la adquisición de conocimiento y competencias —cuando son jóvenes—, hasta objetivos relacionados con la plenitud emocional —al alcanzar la mediana edad y en adelante—. Esta transición se refleja en las pautas y en los propósitos de las interacciones sociales. Así, las personas en sus etapas medias y finales de la vida laboral intentan que sus interacciones y habilidades sociales les permitan potenciar su satisfacción emocional y un autoconcepto positivo; también se preocupan en menor medida por

cuestiones utilitarias y por alcanzar objetivos materiales relacionados con el trabajo. Estos cambios en la perspectiva vital y en las prioridades pueden reducir la importancia otorgada a la carrera profesional y aumentar el interés por la calidad de las relaciones y la vida social, ámbitos en los que es más probable que se logren establecer relaciones emocionales gratificantes (Carstensen et al., 1999; Kanfer y Ackerman, 2004).

Un ejemplo ilustrativo de estas conductas proactivas se encuentra en la reasignación de los recursos con los que la persona cuenta en su actividad laboral, especialmente al reducir la inversión de recursos en el aprendizaje de nuevas competencias y dedicar más recursos a la transferencia de conocimientos y experiencias (Kooij, 2015). Esta estrategia se relaciona directamente con las conductas y la motivación hacia la *generatividad* en el trabajo. Este concepto se refiere a la conducta y a la motivación para compartir los conocimientos y las experiencias adquiridos a lo largo de la carrera profesional, y se define como el grado en que los/as trabajadores/as están motivados/as y realmente proporcionan apoyo a sus colegas o subordinados/as más jóvenes (Arnold y Clark, 2016; Doerwald et al., 2021) y, con ello, crear valor para las generaciones futuras (*p. ej.* a través de actividades de *mentoring o coaching*; Alcover, 2020a). Los resultados de la investigación sobre la motivación hacia la generatividad (Doerwald et al., 2021) muestran que está positivamente relacionada con: a) los antecedentes de la persona (*p. ej.* la edad, la antigüedad en el puesto, la capacidad de agencia, es decir, la capacidad de influir en el funcionamiento de uno mismo y en el curso de los acontecimientos mediante las acciones propias [Bandura, 2006], y la mayor centralidad del trabajo); b) el contexto laboral (*p. ej.* demandas y exigencias laborales desafiantes, y un mayor nivel de autonomía en el trabajo); c) la motivación (*p. ej.* mayor motivación laboral general y autoeficacia relacionada con el trabajo); d) el bienestar (*p. ej.* mayores niveles de afecto positivo, satisfacción laboral y autoestima) y; e) los resultados relacionados con la carrera (*p. ej.* calidad de la relación de *mentoring* y satisfacción con la carrera). En definitiva, los principales factores que propician la generatividad son tener motivación y estar en un contexto que la facilite y potencie, en un buen clima intergeneracional donde los estereotipos y los prejuicios hacia la edad (en todos los sentidos, tanto de los jóvenes hacia los mayores como viceversa) no produzcan sesgos en las percepciones y conductas, ni dificulten las relaciones y el trabajo en equipos intergeneracionales.

2.1.3. Conductas de regulación emocional y de control del contexto

Un tercer grupo de conductas proactivas se refiere a los mecanismos de regulación emocional, es decir, controlar el tipo, el grado y el momento de las emociones experimentadas (Charles y Carstensen, 2010), por ejemplo, evitando situaciones que pueden generar emociones

negativas o seleccionando actividades que tengan un significado personal y emocional positivo (Kooij, 2015). La investigación realizada, tanto desde el enfoque del ciclo vital como desde la psicología de las organizaciones, muestra que la regulación emocional tiene una relación directa con los niveles de estrés y de bienestar laboral (Scheibe y Zacher, 2013). En concreto, se postula que la edad puede afectar: a) los tipos de acontecimientos afectivos que se encuentran habitualmente en el ámbito laboral y con qué frecuencia se presentan, b) la valoración y la respuesta emocional inicial a estos acontecimientos (es decir, a la generación de emociones), y c) la gestión de las emociones y el afrontamiento de estos acontecimientos (es decir, la regulación de las emociones) (Scheibe y Zacher, 2013). Estos procesos son centrales en el mantenimiento de la empleabilidad y la capacidad de trabajo.

En cuanto a las estrategias para ejercer control primario, la más eficaz se refiere a las conductas dirigidas a cambiar el contexto laboral para adaptarlo a las necesidades y deseos de la persona, así como, por ejemplo, invertir recursos conductuales –como esfuerzo, tiempo, habilidades y persistencia– en perseguir un objetivo que responda a esas necesidades y deseos (Kooij, 2015). Y respecto a las estrategias de control secundario, la más habitual se refiere a los intentos de la persona trabajadora de cambiarse a sí misma para adecuarse a las fuerzas y los factores del entorno, es decir, para implicarse en un proceso activo de reestructuración de los objetivos personales (en lugar de permanecer como un reflejo pasivo del fracaso y la pérdida de recursos experimentados) ante los cambios en las demandas del contexto laboral. Estas conductas se pueden traducir, por ejemplo, en los intentos de la persona para desvalorizar los objetivos laborales inalcanzables, aumentar el valor de los objetivos conflictivos de modo que suponga un desafío, encontrar un nuevo significado a una experiencia laboral determinada, o centrarse en los éxitos logrados y alcanzables en otros ámbitos (Kooij, 2015).

2.1.4. Conductas de búsqueda de retroalimentación y procesos de redefinición de rol

La búsqueda proactiva de la opinión de los demás y de retroalimentación sobre el propio desempeño se consideran fundamentales para el aprendizaje en los contextos de trabajo (Crans et al., 2022). Las redes de búsqueda de retroalimentación de los/as empleados/as en el trabajo son también muy importantes para mantener y potenciar la empleabilidad (Froehlich et al., 2021). La conducta de búsqueda de retroalimentación se define como la «dedicación consciente de esfuerzo para determinar la corrección y adecuación de los propios comportamientos para alcanzar objetivos valiosos» en el trabajo (Crommelinck y Anseel, 2013, p. 233). Supone un esfuerzo deliberado por superar la habitual aversión a la evaluación que experimentan las personas, puesto que en estas

conductas es inherente el carácter marcadamente evaluativo de la búsqueda de retroalimentación: las conductas auto-iniciadas responden a la necesidad de buscar información que pueda mejorar las propias habilidades, conocimientos, competencias o desempeño (Crans et al., 2022). En suma, para que estas conductas sean eficaces deben combinarse la proactividad de los/as empleados/as en la búsqueda de retroalimentación y la disposición de otras personas para proporcionar información fiable, valiosa y útil, siempre con ánimo constructivo y positivo.

Dentro de estas conductas pueden distinguirse básicamente, en primer lugar, la solicitud de retroalimentación, que se refiere a la recopilación activa de información sobre el propio comportamiento, solicitando directamente retroalimentación, por ejemplo, pidiendo información a los/as compañeros/as y supervisores/as sobre el propio desempeño. Y, en segundo lugar, la monitorización de la retroalimentación, referida a la recopilación activa de información sobre el propio comportamiento (mediante la monitorización activa de la situación y el comportamiento de los demás), y se puede concretar, por ejemplo, en la comparación con el desempeño y las conductas de los compañeros, observando cuáles de ellas se recompensan y tienen resultados positivos (Kooij, 2015). La investigación y la práctica sobre las conductas de búsqueda de retroalimentación (Ashford et al., 2016) han mostrado que éstas dependen de las características personales de los/as empleados/as, de los contextos laborales que estimulan dicha búsqueda, de las consecuencias positivas que pueden tener y de los potenciales costes que entrañan (ya que pueden poner a los trabajadores ante la evidencia de una falta de competencia o de un desempeño inadecuado y al equipo de trabajo que lo proporciona ante conflictos o rupturas internas).

Como consecuencia de las conductas de búsqueda de retroalimentación pueden producirse intentos de negociar un *cambio de rol laboral* o de *innovación de rol*. Estos términos se refieren a procesos dirigidos a cambiar los objetivos y los métodos de las tareas, los materiales empleados, la programación y los plazos, y las relaciones interpersonales que intervienen en su ejecución; en definitiva: a cambiar la misión o el objetivo del rol laboral, a modificar los procedimientos, a redefinir el rol y la función desempeñados y a negociar cambios laborales con los/as compañeros/as y supervisores/as; todo ello para crear puestos de trabajo y tareas que se adapten mejor a las aptitudes y capacidades de cada persona (Kooij, 2015). Estos procesos se encuentran directamente relacionados con otro tipo de conductas proactivas, denominadas *job crafting*, que se analizan a continuación.

2.1.5. Conductas de *job crafting*

El término *job crafting*, para el que no se ha encontrado todavía una traducción precisa en castellano, se refiere a un conjunto específico de conductas laborales de tipo proactivo que implican que los/as empleados/as modifiquen activamente las características percibidas de sus puestos de trabajo (Tims y Bakker, 2010; Wrzesniewski y Dutton, 2001). Básicamente, consiste en los cambios que realizan los/as trabajadores/as para equilibrar los recursos y demandas laborales con sus capacidades y necesidades personales (Tims et al., 2012). En su formulación más habitual, consta de cuatro dimensiones: i) conductas dirigidas a incrementar las demandas desafiantes del puesto; ii) conductas orientadas a reducir las exigencias que dificultan un adecuado desempeño del puesto; iii) conductas dirigidas a aumentar los recursos estructurales del puesto; y iv) conductas orientadas a incrementar los recursos sociales del puesto (Tims y Bakker, 2010; Tims et al., 2012). Desde otra perspectiva, las conductas de *job crafting* pueden clasificarse como: *de tarea*, relacionadas con la alteración del número, tipo, contenido o alcance de las tareas; *relacionales*, que se refiere a los intentos de alterar el rango, el número o la naturaleza de las relaciones con los demás; y *cognitivas*, dirigidas a cambiar la percepción y el significado del propio trabajo o de las tareas (Kooij, 2015). En todos los casos, las conductas de *job crafting* se relacionan con resultados positivos, tanto para las personas como para las organizaciones.

Como es de esperar en cualquier comportamiento complejo, en las conductas de *job crafting* hay antecedentes personales (*p. ej.* el capital psicológico) y contextuales (*p. ej.* el nivel de autonomía en el trabajo), así como consecuencias relacionadas con resultados valorados a nivel personal (*p. ej.* *engagement* o satisfacción laboral) y organizacional (*p. ej.* elevado desempeño) (García-Merino et al., 2023). Recientemente se ha propuesto un modelo jerárquico que intenta explicar, de manera integrada, los elementos implicados en las conductas de *job crafting* (Zhang y Parker, 2019). El primero se refiere a la orientación del *job crafting*, que puede ser de aproximación (buscar tareas desafiantes o incrementar las demandas y dificultad del trabajo) o de evitación (reducir las demandas o la dificultad del trabajo, y evitar tareas retadoras). El segundo se refiere a distinguir entre el *job crafting* relacionado con elementos cognitivos y el *job crafting* relacionado con conductas. El tercero hace referencia a identificar el contenido del *job crafting* al que se dirigen las conductas o las cogniciones, es decir, si se orienta hacia las demandas, hacia los recursos, o hacia ambos. Aunque la investigación y la práctica aún no han desarrollado todas sus potencialidades, es indudable que las conductas proactivas de *job crafting* tienen una relación directa con la capacidad de trabajo y la empleabilidad (Plomp et al., 2019); por ello, las políticas, las prácticas organizacionales y las intervenciones diseñadas con el objetivo de potenciar las conductas proactivas, deberán priorizar dicha relación y potenciar la calidad de vida laboral y el envejecimiento activo, como se tratará en el apartado 2.2.

2.1.6. Otros tipos de conductas proactivas

Otras conductas proactivas que han demostrado su eficacia son las de carácter *preventivo o primario*, como anticiparse a futuros factores de estrés laboral y retrasarlos, atenuarlos o minimizarlos para reducir sus potenciales impactos negativos (Kooij, 2015). Ejemplos de estas estrategias pueden ser: participar en actividades de promoción de la salud en el trabajo y de planificación de la carrera profesional, colaborar y ayudar a los demás o aprovechar las oportunidades de participación social con el objetivo de aumentar los recursos sociales dentro del lugar de trabajo (Kooij, 2015). Dado que, como ya se ha mencionado, con la edad se incrementa la motivación orientada a satisfacer necesidades afectivas y sociales (Carstensen, 1995), esta mayor implicación social y colaborativa —es decir, de generatividad— puede tener el doble beneficio: para la empleabilidad y para la capacidad de trabajo a lo largo del ciclo vital.

Por último, otras conductas proactivas serían las de tipo *correctivo*, orientadas a afrontar activamente los estresores laborales cotidianos, por ejemplo, movilizando el apoyo social dentro del trabajo (fundamentalmente procedente de compañeros/as y supervisores/as) y llevando a cabo modificaciones del entorno laboral para satisfacer las demandas personales (Kooij, 2015). En este sentido hay que recordar que, como se postula desde la teoría de la conservación de recursos ya mencionada (Hobfoll et al., 2018), no todo evento estresante tiene exclusivamente un efecto negativo (Alcover, 2020a). Así, en el marco de esta teoría, el *principio de inversión de recursos* pone de manifiesto el potencial impacto positivo de los eventos estresantes, ya que su motor es la protección y recuperación de la pérdida de recursos. De esta manera, la pérdida de algún tipo de recurso no solo actúa como un evento estresante en sí mismo, sino también como un factor crítico para la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento que implican la obtención de nuevos recursos (Ünal-Karagüven, 2009), lo que supone que el sistema se dinamiza y retroalimenta positivamente a partir de una experiencia negativa.

2.2. Calidad de vida laboral, empleabilidad y envejecimiento activo en el trabajo

Aunque el término *trabajadores/as mayores* se puede referir a edades muy variadas, en general y en la práctica se consideran tales a partir de los 50 años (Alcover, 2020b). Si bien la evidencia acumulada ha demostrado que la edad cronológica no es un criterio fiable para valorar la capacidad de trabajo real de las personas, es cierto que a partir de esas edades se incrementa la probabilidad de asumir pérdidas en las competencias y el riesgo de adquirir algún tipo de discapacidad.

En el contexto laboral, el envejecimiento activo significa, o tiene como principales objetivos, que, a medida que los/as trabajadores/as envejecen: i) mantengan o incrementen su bienestar físico, mental y social; ii) continúen mostrando elevados niveles de compromiso con el trabajo y de rendimiento; y iii) experimenten un trato justo y seguridad en el empleo (Zacher et al., 2018). Esto implica que el envejecimiento activo en el trabajo no solo depende de los recursos personales –como las capacidades, las actitudes o la motivación–, para desplegar el conjunto de conductas proactivas que lo favorezcan y que se han analizado más arriba (Kooij, 2015), sino también de factores contextuales y organizacionales; todo lo cual facilita y potencia el logro de resultados laborales adecuados (Alcover, 2020b).

El envejecimiento en el trabajo depende de múltiples factores que pueden agruparse en cinco categorías (Zacher et al., 2018):

- i) *Individuales*: referidos fundamentalmente a cambios en las capacidades físicas y motoras, cognitivas o mentales, y de tipo afectivo. Como se señaló anteriormente, estos cambios no significan necesariamente pérdidas, sino que pueden ser ganancias.
- ii) *Laborales*. Relacionados con las tareas y los roles. En general, los más favorecedores del envejecimiento activo son: las tareas y los roles que cuentan con una elevada autonomía, responsabilidad y capacidad para controlar las tareas; los que posibilitan el uso de generatividad; los que ofrecen oportunidades para utilizar el conocimiento acumulado, las habilidades que se dominan y la experiencia; y los que facilitan la realización de conductas asociadas al desempeño contextual, como las de ciudadanía organizacional (Alcover, 2020b).
- iii) *Grupales*: referido al tipo y la composición de los equipos de trabajo que pueden favorecer el envejecimiento activo en la medida en que son intergeneracionales (y, por lo tanto, las personas perciben que se les valora por sus competencias, y no por su edad) y que se lideran tanto evitando los sesgos y los estereotipos de edad, como favoreciendo la interdependencia al asignar a cada miembro las tareas y funciones que mejor se ajusten a sus respectivas competencias (Zacher et al., 2018).
- iv) *Organizacionales*: relativos fundamentalmente a las políticas y prácticas que adopta la dirección en el trato a los/as empleados/as mayores, velando por lograr el ajuste de las demandas laborales (físicas, cognitivas y emocionales) a sus competencias, recursos actuales y motivación.
- v) *Sociales o no relacionados con el trabajo*: relativos tanto a los factores macro (normas y legislaciones respecto a las edades de jubilación y de oportunidades de prolongar la vida

laboral), como a los factores más próximos (políticas de conciliación de la vida personal-familiar y laboral, y posibles efectos del *edadismo* –*ageism*–, o discriminación laboral por edad) que pueden dificultar a las personas mayores el trabajo o expulsarlas del mercado laboral, obligándolas a un retiro temprano de manera involuntaria (Alcover, 2020a).

Como se puede comprobar, este enfoque pone de manifiesto que el envejecimiento no es un proceso exclusivamente biológico, ni siquiera únicamente individual, sino que se trata de un proceso psicosocial en cuyo desarrollo los contextos interpersonal, organizacional, cultural y social más amplio desempeñan un papel fundamental (Alcover, 2020b).

En cuanto a las estrategias organizacionales dirigidas a fomentar el envejecimiento activo en el trabajo, el enfoque más útil y eficaz es el que las relaciona con la TSOC, analizada anteriormente y que permite contextualizar los tipos de estrategias fundamentales de regulación de la acción (Moghimi et al., 2017). Como se ha expuesto más arriba, las personas utilizan diferentes estrategias que les permiten de forma simultánea maximizar las ganancias y minimizar las pérdidas asociadas a la edad, respecto a las demandas laborales.

Con la utilización de estas estrategias, las personas se esfuerzan en alcanzar tres metas vitales diferentes (Alcover, 2019). La primera de ellas es la meta de *desarrollo*, que se concreta en el intento de mejorar y alcanzar los mayores niveles de funcionamiento y de resultados en el trabajo, lo que puede conducir al crecimiento profesional y personal. La segunda meta es el *mantenimiento*, que consiste en el intento de mantener los niveles actuales de funcionamiento sin mermas, o bien en recuperar los niveles previos de funcionamiento si se ha experimentado alguna pérdida, por motivos personales (*p. ej.* una enfermedad o un accidente laboral) o por la influencia de factores ambientales (*p. ej.* la implantación de una tecnología o un sistema de trabajo para el que no se estaba capacitado). Y la tercera meta es la *regulación de las pérdidas*, es decir, el intento de funcionar adecuadamente, alcanzando al menos los niveles mínimos exigidos, en lugar de abandonar las actividades o las situaciones actuales (Baltes et al., 1999) –según la orientación de evitación ya comentada anteriormente a propósito del *job crafting*–.

Si bien la mayor parte de la investigación y la práctica han utilizado las estrategias derivadas de la TSOC a nivel individual, como conductas personales de regulación de la acción (Moghimi et al., 2017), recientemente se ha comprobado (Karlsen et al., 2022) que estas estrategias también pueden utilizarse y ser eficaces en niveles grupales y organizacionales, por ejemplo, a través del liderazgo. Estos resultados muestran que las empresas y los/as investigadores/as pueden examinar

y trabajar con las estrategias de la TSOC en todos los niveles de la organización para crear un equilibrio entre las demandas y los recursos a lo largo de la vida laboral –apoyando potencialmente una vida laboral más larga y saludable– y para adoptar un enfoque más social y contextual en la gestión de personas (Karlsen et al., 2022).

A partir del marco conceptual general de la TSOC, Kooij y su equipo (Kooij et al., 2014; Kooij y Van de Voorde, 2015) diferencian cuatro paquetes de prácticas de recursos humanos, que se corresponden con cada una de las anteriores metas vitales (la meta de mantenimiento da lugar a dos: la propia de mantenimiento y la referida específicamente a la recuperación): i) de desarrollo, ii) de mantenimiento, iii) de utilización, y iv) de acomodación²⁹.

En resumen, estas prácticas, tanto individuales como en los distintos niveles organizacionales, han demostrado su eficacia para mantener la capacidad de trabajo y la empleabilidad de las personas a partir de ciertas edades, y para fomentar el envejecimiento activo en el trabajo: por una parte, evitando o retrasando posibles situaciones de discapacidad y decisiones de retiro laboral temprano y, por otra, posibilitando la prolongación de la vida laboral, incluso más allá de las edades habituales de jubilación.

2.3. Recomendaciones para la inclusión y el desarrollo laboral pleno de todas las personas: discapacidad y reingreso al trabajo

Una de las políticas prioritarias en el mundo del trabajo es incrementar las oportunidades y posibilidades de mantenerse en el empleo después de haber sufrido una baja de larga duración por enfermedad o discapacidad, adquirida dentro o fuera del trabajo. En la actualidad, en la Unión Europea, aproximadamente la mitad de los 42,8 millones de personas con discapacidad en edad laboral tienen empleo o trabajan formalmente; por otro lado, una cuarta parte de la población activa declara padecer una enfermedad crónica (Copsey, 2023). En consecuencia, que las organizaciones implementen buenas prácticas, así como medidas de salud y seguridad para prevenir los accidentes laborales, la mala salud y las enfermedades relacionadas con el trabajo, y para promover la salud y el bienestar en todos los niveles bio-psico-sociales, son también muy importantes para las personas con discapacidad o que sufren de mala salud. El objetivo último debe ser prevenir nuevos

²⁹ Dado que su análisis detallado de este marco excede los objetivos de este trabajo, una exposición amplia de estas prácticas de recursos humanos puede consultarse en Alcover (2019 y 2020b).

problemas de salud o discapacidades en personas y grupos que presentan características de mayor vulnerabilidad (Copsey, 2023). Esto significa que las prácticas y las medidas que facilitan el trabajo a las personas puede representar, para aquellas con un problema de salud –crónico o puntual–, o con una discapacidad, que puedan continuar trabajando; se puede evitar así su salida prematura del mercado laboral y una transición a la jubilación en condiciones de mayor precariedad. En definitiva, y siguiendo un enfoque de diseño universal (Copsey, 2023), inclusivo o para todos, el objetivo debe ser que el trabajo sea accesible para una fuerza labora cada vez más diversa (en capacidades funcionales, en edad, en estados de salud, etc.), permitiendo así que el número máximo posible de personas se incorpore y permanezcan en el trabajo mediante ajustes razonables, adaptaciones y accesibilidad.

En este sentido, programas como el desarrollado por la Acción Conjunta CHRODIS Plus (*Implementing Good Practices for Chronic Diseases*) (2017-2020)³⁰, representan instrumentos muy útiles para lograr los objetivos identificados. El resultado más visible y aplicable de esta Acción Conjunta es el «Kit de herramientas CHRODIS PLUS para los lugares de trabajo. Un *Toolkit* para la promoción de la salud, el bienestar y la participación en los lugares de trabajo»³¹. Este instrumento es el resultado del trabajo conjunto de 18 socios, de 11 países de la Unión Europea, para desarrollar y poner a prueba el CHRODIS PLUS *Workbox on Employment and Chronic Conditions* (Chrodís)³², que proporciona herramientas e ideas para:

- Medir, evaluar y reforzar la inclusividad en los lugares de trabajo y la capacidad laboral de los/as empleados/as con enfermedades crónicas.
- Fomentar el bienestar, la salud y la capacidad laboral de todos/as los/as empleados/as.
- Prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas.
- Apoyar a los/as empleados/as para que se reincorporen al trabajo tras una baja por enfermedad.
- Ayudar a las personas con enfermedades crónicas a permanecer en el trabajo.

³⁰ Cofinanciada por la Comisión Europea, y liderada por el Instituto Finlandés para la Salud y el Bienestar (THL), Finlandia; la Fondazione IRCCS Instituto Neurologico Carlo Besta (FINCB), Italia; y el Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente (RIVM), Países Bajos.

³¹ <https://workbox.chrodis.eu/staging/>

³² <http://chrodis.eu/08-chronic-diseases-and-employment/>

Este útil instrumento ha sido adaptado y traducido al castellano por expertos de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía³³, y en su presentación se puede ver cuáles son sus objetivos y sus contenidos:

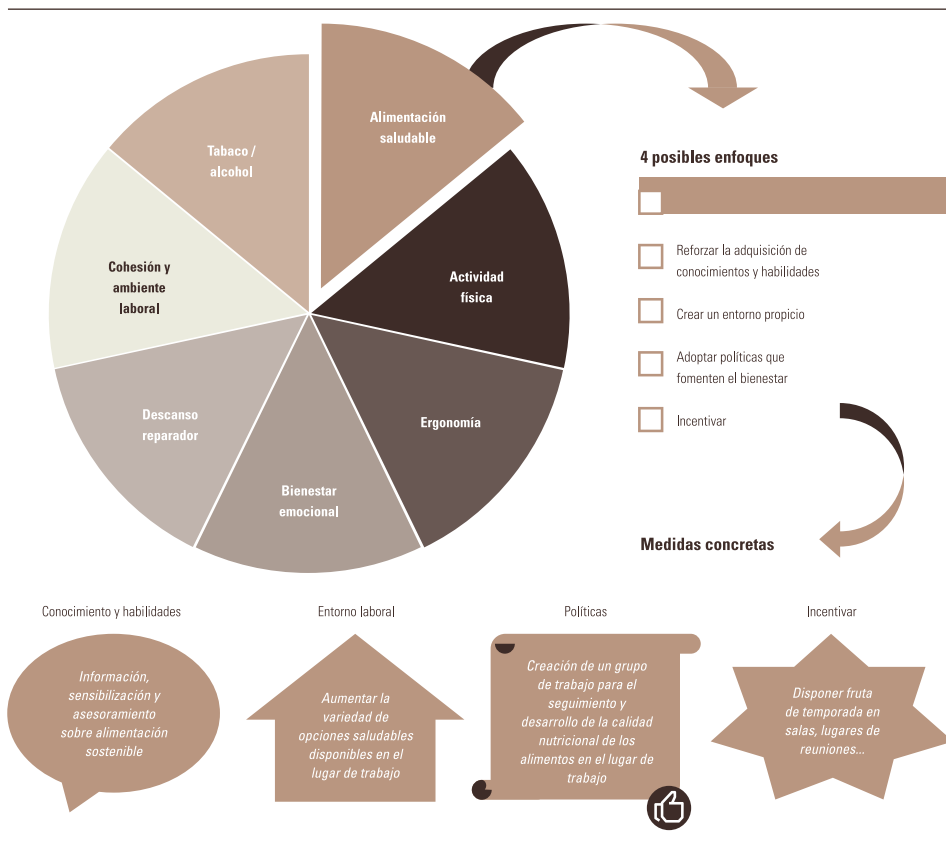
Este paquete de herramientas proporciona apoyo a los estados miembros de la Unión Europea para contribuir a crear las condiciones laborales que fomenten la salud, el bienestar y la capacidad en los lugares de trabajo, prevengan el desarrollo de enfermedades crónicas y ayuden a que las personas con dolencias puedan seguir trabajando. Esto conllevará beneficios tanto para el personal, como para quienes ostentan la gerencia, como para la sociedad en su conjunto. Las dos herramientas que contiene el Paquete de Herramientas CHRODIS PLUS son:

1. la herramienta de capacitación CHRODIS PLUS para la gerencia – promoción de la inclusión y de la capacidad de trabajo de personas con enfermedades crónicas.
2. el kit de herramientas para los lugares de trabajo: promoción de la salud, el bienestar y la participación en los lugares de trabajo.

El contenido de este *Toolkit* se estructura en siete áreas: i) alimentación saludable, ii) actividad física, iii) ergonomía, iv) bienestar emocional, v) descanso reparador, vi) cohesión y ambiente laboral, y vii) tabaco y alcohol (véase la Figura 3). Todas estas áreas son relevantes para la salud y el bienestar y se pueden implementar en los lugares de trabajo. Cada una incluye cuatro diferentes enfoques con sugerencias operativas sobre la implementación de medidas concretas dentro de su área: reforzar la adquisición de conocimientos y habilidades, crear un entorno propicio, adoptar políticas que fomente el bienestar e incentivar.

³³ http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2021/02/chrodis_plus_toolkit_es_20210213_final.pdf

Figura 3
Estructura del Toolkit de CHRODIS PLUS



Nota: http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2021/02/chrodis_plus_toolkit_es_20210213_final.pdf, p. 8.

En cuanto a la evidencia acumulada en relación con la eficacia de las intervenciones que contribuyen al mantenimiento y a la reincorporación al trabajo de las personas con enfermedades crónicas, los resultados muestran (Nazarov et al., 2019) que: a) los programas multidisciplinares orientados al lugar de trabajo son los que más contribuyen a la reincorporación laboral y a reducir el absentismo por enfermedad; b) las terapias cognitivo-conductuales logran resultados positivos en la reincorporación al trabajo y la baja por enfermedad; y c) las intervenciones basadas en

coaching son eficaces para el automanejo de enfermedades crónicas y mejoran significativamente las percepciones sobre la capacidad laboral y la fatiga.

Otros estudios (Nilsson y Ekberg, 2013) sobre la reincorporación al mercado laboral tras una baja por enfermedad de larga duración, han encontrado: que ésta se asocia positivamente con el sexo masculino, la edad joven y la capacidad de trabajo (es decir, la capacidad para trabajar con respecto a los recursos y la salud y las demandas relacionadas con el trabajo); y que no se asocia significativamente con la empleabilidad, el nivel educativo y la salud. No obstante, es preciso adoptar perspectivas que tengan en cuenta no solo los factores individuales de los/as empleados/as en situaciones de enfermedad crónica o de discapacidad, ya que los empleadores y sus objetivos pueden condicionar el éxito en mantenerse o reincorporarse al trabajo tras una baja de larga duración. Por ejemplo, el estudio de Seing y sus colaboradores (2015) mostró que los/as empresarios/as tuvieron dificultades para asumir la responsabilidad social de la reincorporación al trabajo, ya que las consideraciones económicas a corto plazo relativas a su negocio primaron sobre las consideraciones legales y éticas. Además, los investigadores encontraron que los/as empleadores/as se comprometían a realizar «actividades de reincorporación al trabajo» o «actividades de transición» que se aplicaban de forma diferente en función de lo valiosos para su organización que se considerara a los/as trabajadores/as en situación de baja, así como de la naturaleza del trabajo (*p. ej.* la disponibilidad de ajustes laborales adecuados). Esto pone en evidencia que no son el interés en las personas ni la responsabilidad social los que orientan estas políticas y prácticas.

Un último elemento importante a tener en cuenta son las significativas diferencias para la reincorporación al trabajo de personas con enfermedades o discapacidades, en función de si éstas son físicas o mentales, ya que estas últimas tienen una clara desventaja y dificultad. El estudio de Vossen et al. (2017) encontró que los casos de enfermedad física se consideraban «fáciles» y los de enfermedad mental «difíciles» de gestionar, debido a la visibilidad y previsibilidad de los problemas de salud. Por este motivo, la evaluación de la capacidad de trabajo y el seguimiento de las medidas de readaptación requeridas se consideraban más urgentes en los casos mentales que en los físicos. A pesar de estas percepciones, en la práctica, la evaluación de la capacidad de trabajo parecía perjudicar el proceso de readaptación en los casos mentales (pero no en los físicos); por su parte, la (no) adopción de medidas de readaptación parecía tener resultados similares tanto en los casos mentales como en los físicos. Esto último quizá se debe a las diferencias, entre las normas y los reglamentos que tienen un carácter obligatorio y los que son permisivos, por lo que parece recomendable balancear cuidadosamente ambos tipos para implicar a las organizaciones en las cuestiones relacionadas con la reincorporación al trabajo (Vossen et al., 2017).

3

APUNTES FINALES

En resumen, lo analizado en esta segunda parte permite concluir que las políticas y las prácticas activas dirigidas tanto a la evaluación y el fomento de la capacidad de trabajo (tanto la capacidad de trabajo objetiva como la percibida), el desarrollo de la calidad de vida laboral y la promoción de la empleabilidad sostenible y el envejecimiento activo, como las orientadas a la inclusión de las personas con discapacidad pueden permitir unos entornos de trabajo más humanos, saludables y alineados con los principios de las empresas sostenibles y los ODS mencionados al comienzo de esta parte.

En particular, las políticas, prácticas y estrategias dirigidas al mantenimiento, la inclusión y la reincorporación al trabajo de personas con discapacidad, enfermedades crónicas y bajas de larga duración deben tener en cuenta: a) el balance y las interacciones entre los factores individuales y organizacionales a todos los niveles (compañeros/as, equipo de trabajo, supervisores/as y líderes, y elementos estructurales); b) las múltiples áreas implicadas y los factores del trabajo en sí mismo (demandas laborales, recursos personales y recursos laborales); y c) los obstáculos y dificultades que pueden encontrar las personas con enfermedades y discapacidades objeto de estigmatización (como ocurre de forma paradigmática con los trastornos mentales) que incrementan su vulnerabilidad y que pueden limitar sus oportunidades de mantenerse en el mercado laboral y favorecer el desempleo de larga duración o el retiro temprano. Es decir, la edad, la salud o la discapacidad no pueden ser un obstáculo para una vida laboral plena y para una participación ciudadana en igualdad de condiciones y oportunidades; y garantizarlos no es tampoco una opción de las organizaciones, sino una obligación y una cuestión de justicia, que emana del ejercicio de los derechos fundamentales.

4

REFERENCIAS

- Ahlstrom, L., Grimby-Ekman, A., Hagberg, M. y Dellve, L. (2010). The work ability index and single item question: associations with sick leave, symptoms, and health—a prospective study of women on long-term sick leave. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36(5), 404-412. <https://doi.org/10.5271/sjweh.2917>
- Alcover, C. M. (2019). Cómo afrontar el desafío de la gestión de recursos humanos de los trabajadores mayores: un modelo integrado basado en la evidencia. *Revista de Trabajo y Seguridad Social. CEF*, 437-438, 203-234.
- Alcover, C. M. (2020a). *Empleo sostenible. Edad, trabajo y alternativas al retiro en la sociedad 4.0*. Díaz de Santos.
- Alcover, C. M. (2020b). Envejecimiento activo en el trabajo y preparación para la jubilación. En García Izquierdo, A. L. (Ed.), *Intervención psicosocial para una prevención de riesgos laborales inclusiva* (pp. 213-242). Ediciones de la Universidad de Oviedo.
- Alcover, C. M., Mazzetti, G. y Vignoli, M. (2021). Sustainable employability in the mid and late career: An integrative review. *Journal of Work and Organizational Psychology*, 37(3), 157-174. <https://doi.org/10.5093/jwop2021a16>
- Alcover, C. M. y Topa, G. (2018). Work characteristics, motivational orientations, psychological work ability and job mobility intentions of older workers. *PLoS ONE*, 13(4), Article e0195973. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195973>
- Alcover, C. M., Topa, G. y Fernández, J. J. (2014). La gestión organizacional de los trabajadores mayores y los procesos de mantenimiento, prolongación y salida de la vida laboral [The organizational management of older workers and processes of maintaining, extending and leaving employment]. *Papeles del Psicólogo*, 35(2), 91-98.
- Arnold, J. y Clark, M. (2016). Running the penultimate lap of the race: A multimethod analysis of growth, generativity, career orientation, and personality amongst men in mid/late career. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89(2), 308-329. <https://doi.org/10.1111/joop.12125>
- Ashford, S. J., De Stobbeleir, K. y Nujella, M. (2016). To seek or not to seek: Is that the only question? Recent developments in feedback-seeking literature. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 3, 213-239. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-041015-062314>
- Baltes, B. B. y Rudolph, C. W. (2012). The Theory of Selection, Optimization, and Compensation. En M. Wang (ed), *The Oxford Handbook of Retirement* (pp. 88- 101). Oxford University Press.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>

- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, *52*(4), 366-380. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.52.4.366>
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.), *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences* (pp. 1-34). Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. y Dickson, M. W. (2001). Using Life-Span Models in Industrial-Organizational Psychology: The Theory of Selective Optimization With Compensation. *Applied Developmental Science*, *5*(1), 51-62. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0501_5
- Baltes, P. B., Lindenberger, U. y Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. En R. M. Lerner (Ed.), *Theoretical models of human development* (5ª ed., Vol. 1, pp. 1029-1143). Wiley.
- Baltes, B. B., Rudolph, C. W. y Zacher, H. (Eds.). (2019). *Work across the lifespan*. Elsevier Academic Press.
- Bakker, A. B. y Demerouti, E. (2017). Job demands–resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, *22*(3), 273-285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Bandura, A. (2006). Toward a psychology of human agency. *Perspectives on Psychological Science*, *1*(2), 164-180. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00011.x>
- Bowen, C. E., Noack, M. G. y Staudinger, U. M. (2011). Aging in the Work Context. En K. W. Schaie and S. L. Willis (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 263-277). Academic Press.
- Brady, G. M., Truxillo, D. M., Cadiz, D. M., Rineer, J. R., Caughlin, D. E. y Bodner, T. (2020). Opening the black box: Examining the nomological network of work ability and its role in organizational research. *Journal of Applied Psychology*, *105*(6), 637-670. <https://doi.org/10.1037/apl0000454>
- Cadiz, D. M., Brady, G., Rineer, J. R. y Truxillo, D. M. (2019). A Review and Synthesis of the Work Ability Literature. *Work, Aging and Retirement*, *5*(1), 114-138. <https://doi.org/10.1093/workar/way010>
- Cadiz, D. M., Brady, G. M. y Truxillo, D. (2020). Workability: A Metric to Inform Policy for an Aging Workforce. *Public Policy & Aging Report*, *30*(3), 89-94. <https://doi.org/10.1093/ppar/praa016>
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, *4*(5), 151-156. <https://doi.org/10.1111/1467-8721ep11512261>
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M. y Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, *54*(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>
- Charles, S. T. y Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, *61*, 383-409. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>

- Cloostermans, L., Bekkers, M. B., Uiters, E. y Proper, K. I. (2015). The effectiveness of interventions for ageing workers on (early) retirement, work ability and productivity: a systematic review. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 88(5), 521-532. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0969-y>
- Converso, D., Sottimano, I., Guidetti, G., Loera, B., Cortini, M. y Viotti, S. (2018). Aging and Work Ability: The Moderating Role of Job and Personal Resources. *Frontiers in Psychology*, 8, Article 2262. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02262>
- Copsey, S. (2023). *Ill health, disability, employment and return to work*. European Agency for Safety and Health at Work. <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/ill-health-disability-employment-and-return-work>
- Crans, S., Aksentieva, P., Beusaert, S. y Segers, M. (2022). Learning leadership and feedback seeking behavior: Leadership that spurs feedback seeking. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 890861. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.890861>
- Crommelinck, M. y Anseel, F. (2013). Understanding and encouraging feedback-seeking behaviour: a literature review. *Medical Education*, 47(3), 232-241. <https://doi.org/10.1111/medu.12075>
- Doerwald, F., Zacher, H., Van Yperen, N. W. y Scheibe, S. (2021). Generativity at work: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 125, Article 103521. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2020.103521>
- El Fassi, M., Bocquet, V., Majery, N., Lair, M. L., Couffignal, S. y Mairiaux, P. (2013). Work ability assessment in a worker population: Comparison and determinants of work ability index and work ability score. *BMC Public Health*, 13, 305-315. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13305>
- Ebener, M. y Hasselhorn, H. M. (2019). Validation of Short Measures of Work Ability for Research and Employee Surveys. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3386. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183386>
- Eriksen, H. R., Ihlebaek, C. y Ursin, H. (1999). A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27(1), 63-72.
- Fernández, F., Nazar, G. y Alcover, C. M. (2018). Active Aging Model: Causes, Indicators, and Predictors in Chilean Elderly People. *Acción Psicológica*, 15(2), 109-128. <https://doi.org/10.5944/ap.15.2.22903>
- Froehlich, D. E., Beusaert, S. y Segers, M. (2021). Similarity-Attraction Theory and Feedback-Seeking Behavior at Work: How Do They Impact Employability. *Studia Paedagogica*, 26(2), 77-96. <https://doi.org/10.5817/sp2021-2-4>
- García-Merino, S., Martín, N. y Alcover, C. M. (2023). The Role of Job Crafting and Psychological Capital in the Relationship between Job Autonomy and Work Engagement: A Serial Mediation Model. *The Spanish Journal of Psychology*, 26, e17. <https://doi.org/10.1017/SJP.2023.17>

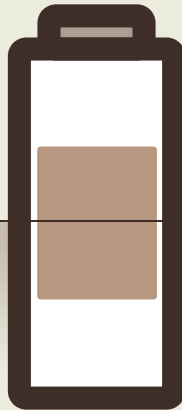
- Grote, G. y Guest, D. (2017). The case for reinigorating quality of working life research. *Human Relations*, *0*(2), 149-167. <https://doi.org/10.1177/0018726716654746>
- Hetzel, C., Baumann, R., Bilhuber, H. y Mozdzanowski, M. (2014). Determination of work ability by a Work Ability Index short form ("WAI-r"). *ASU International*, *10*. <https://doi.org/10.17147/ASUI.2014-10-01-03>
- Hobfoll, S. E., Halbesleben, J., Neveu, J.-P., & Westman, M. (2018). Conservation of resources in the organizational context: The reality of resources and their consequences. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, *5*, 103-128. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032117-104640>
- Holmgren, K., Dahlin-Ivanoff, S., Björkelund, C. y Hensing, G. (2009). The prevalence of work-related stress, and its association with self-perceived health and sick-leave, in a population of employed Swedish women. *BMC Public Health*, *9*, 73. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-73>
- Ilmarinen J. (2009). Work ability—a comprehensive concept for occupational health research and prevention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *35*(1), 1-5. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1304>
- Ilmarinen, J. (2012). "Promoting Active Ageing in the Workplace". European Agency for Safety and Health at Work. https://osha.europa.eu/pt/priority_groups/ageingworkers
- Ilmarinen J. (2019). From Work Ability Research to Implementation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16*(16), 2882. <https://doi.org/10.3390/ijerph16162882>
- Ilmarinen, J., Gould, R., Jarvikoski, A. y Jarvisalo, J. (2008). Diversity of work ability. En R. Gould, J. Ilmarinen, J. Jarvisalo, & S. Koskinen (Eds.), *Dimensions of work ability: Results of the Health 2000 Survey* (pp. 13-24). Finnish Centre of Pensions, The Social Insurance Institution, National Public Health Institute, Finnish Institute of Occupational Health.
- Ilmarinen, J., Tuomi, K., Eskelinen, L., Nygård, C.-H., C. H., Huuhtanen, P. y Klockars, M. (1991). Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *17*(Suppl 1), 7-11.
- Ilmarinen, J. y von Bonsdorff, M. (2016). Work ability. En S. Krauss Whitbourne (ed.), *The Encyclopedia of Adulthood and Aging*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118528921.wbeaa254>
- Jääskeläinen, A., Kausto, J., Seitsamo, J., Ojajärvi, A., Nygård, C. H., Arjas, E. y Leino-Arjas, P. (2016). Work ability index and perceived work ability as predictors of disability pension: a prospective study among Finnish municipal employees. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *42*(6), 490-499. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3598>
- Kanfer, R., & Ackerman, P. L. (2004). Aging, Adult Development, and Work Motivation. *The Academy of Management Review*, *29*(3), 440-458. <https://doi.org/10.2307/20159053>

- Karlsen, I. L., Borg, V. y Meng, A. (2022). Exploring the Use of Selection, Optimization, and Compensation Strategies Beyond the Individual Level in a Workplace Context - A Qualitative Case Study. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 832241. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.832241>
- Kooij, D. T. A. M. (2015). Successful Aging at Work: The Active Role of Employees. *Work, Aging and Retirement*, 1(4), 309-319. <https://doi.org/10.1093/workar/wav018>
- Kooij, D. T. A. M., Jansen, P. G. W., Dijkers, J. S. E., & de Lange, A. H. (2014). Managing aging workers: A mixed methods study on bundles of HR practices for aging workers. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(15), 2192-2212. <https://doi.org/10.1080/09585192.2013.872169>
- Kooij, D. T. A. M. y Kanfer, R. (2019). Lifespan perspectives on work motivation. n B. B. Baltes, C. W. Rudolph y H. Zacher (Eds.), *Work across the lifespan* (pp. 475-493). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-812756-8.00020-7>
- Kooij, D. T. A. M. y Van de Voorde, K. (2015). Strategic HRM for older workers. En P. M. Bal, D. T. A. M. Kooij y D. M. Rousseau (Eds.), *Aging Workers and the Employee- Employer Relationship* (pp. 57-72). Springer.
- Martel, J.-P. y Dupuis, G. (2006). Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Social Indicators Research*, 77(2), 333-368. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-5368-4>
- Mateo Rodríguez, I., Knox, E. C. L., Oliver Hernández, C., Daponte Codina, A. y The esTAR Group (2021) Psychometric Properties of the Work Ability Index in Health Centre Workers in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), 12988. <https://doi.org/10.3390/ijerph182412988>
- McGonagle, A. K., Fisher, G. G., Barnes-Farrell, J. L. y Grosch, J. W. (2015). Individual and work factors related to perceived work ability and labor force outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 100(2), 376-398. <https://doi.org/10.1037/a0037974>
- Moghim, D., Zacher, H., Scheibe, S. y Van Yperen, N. W. (2017). The selection, optimization, and compensation model in the work context: A systematic review and meta analysis of two decades of research. *Journal of Organizational Behavior*, 38(2), 247-275. <https://doi.org/10.1002/job.2108>
- Morschhäuser, M. y Sochert, R. (2006). *Healthy work in an ageing Europe* (pp. 1-76). Federal Association of Company Health Insurance Funds.
- Nazarov, S., Manuwald, U., Leonardi, M., Silvaggi, F., Foucaud, J., Lamore, K., Guastafierro, E., Scaratti, C., Lindström, J. y Rothe, U. (2019). Chronic Diseases and Employment: Which Interventions Support the Maintenance of Work and Return to Work among Workers with Chronic Illnesses? A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1864. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101864>

- Nilsson, S. y Ekberg, K. (2013). Employability and work ability: returning to the labour market after long-term absence. *Work*, 44(4), 449-457. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1402>
- Nübling, M., Hasselhorn, H. M., Seitsamo, J. y Ilmarinen, J. (2004). Comparing the use of the short and the long disease list in the work ability index questionnaire. Proceedings of the 2nd Symposium on Work Ability (p. 74). Verona, Italy: ICOH.
- Olson, D. A. y Shultz, K. S. (2019). Lifespan perspectives on successful aging at work. En B. B. Baltes, C. W. Rudolph y H. Zacher (Eds.), *Work across the lifespan* (pp. 215-234). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-812756-8.00009-8>
- Pak, K., Kooij, D. T. A. M., De Lange, A. H. y Van Veldhoven, M. J. P. M. (2019). Human Resource Management and the ability, motivation and opportunity to continue working: A review of quantitative studies. *Human Resource Management Review*, 29(3), 336-352. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.07.002>
- Pak, K., Wang, M., Kooij, D. T. A. M., De Lange, A. H. y Van Veldhoven, M. J. P. M. (2022). Disruptiveness of private life events and work ability: The interaction effects of on-the-job training and supervisor support climate. *International Journal of Stress Management*, 29(2), 171-181. <https://doi.org/10.1037/str0000244>
- Plomp, J., Tims, M., Khapova, S. N., Jansen, P. G. W. y Bakker, A. B. (2019). Psychological Safety, Job Crafting, and Employability: A Comparison Between Permanent and Temporary Workers. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 974. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00974>
- Ree, E., Odeen, M., Eriksen, H. R., Indahl, A., Ihlebæk, C., Hetland, J. y Harris, A. (2014). Subjective health complaints and self-rated health: are expectancies more important than socioeconomic status and workload? *International Journal of Behavioral Medicine*, 21(3), 411-420. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9329-7>
- Rodríguez-Marín, J. (2010). Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(6), 318-320. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2010.09.002>
- Schouten, L. S., Bültmann, U., Heymans, M. W., Joling, C. I., Twisk, J. W. y Roelen, C. A. (2016). Shortened version of the work ability index to identify workers at risk of long-term sickness absence. *European Journal of Public Health*, 26(2), 301-305. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv198>
- Scheibe, S. y Zacher, H. (2013). A lifespan perspective on emotion regulation, stress, and well being in the workplace. The Role of Emotion and Emotion Regulation, in *Job Stress and Well Being Research in Occupational Stress and Well Being*, 11, 163-193. [https://doi.org/10.1108/S1479-3555\(2013\)0000011010](https://doi.org/10.1108/S1479-3555(2013)0000011010)
- Seing, I., MacEachen, E., Ekberg, K. y Ståhl, C. (2015). Return to work or job transition? Employer dilemmas in taking social responsibility for return to work in local workplace practice. *Disability and Rehabilitation*, 37(19), 1760-1769. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.978509>

- Solé, M. D. y Doval, E. (2020). *Work Ability Index: versión española*. NTP 1147. Instituto Nacional de Salud y Seguridad en el Trabajo.
- Truxillo, D. M., Cadiz, D. y Brady, G. M. (2020). COVID-19 and its Implications for Research on Work Ability. *Work, Aging and Retirement*, 6(4). 242-245. <https://doi.org/10.1093/workar/waaa016>
- Truxillo, D. M., Cadiz, D. M. y Hammer, L. B. (2015). Supporting the aging workforce: A review and recommendations for workplace intervention research. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 2, 351-381. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032414-111435>
- Tuomi, K., Huuhtanen, P., Nykyri, E. y Ilmarinen, J. (2001). Promotion of work ability, the quality of work and retirement. *Occupational Medicine*, 51(5), 318-324. <https://doi.org/10.1093/occmed/51.5.318>
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L. y Tulkki, A. (1998). *Work ability index* (2nd revised edition). Helsinki, Finland: Institute of Occupational Health.
- Ünal-Karagüven, M. H. (2009). Psychological impact of an economic crisis: A Conservation of Resources approach. *International Journal of Stress Management*, 16(3), 177-194. <https://doi.org/10.1037/a0016840>
- van den Berg, T. I., Elders, L. A., de Zwart, B. C. y Burdorf, A. (2009). The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. *Occupational and Environmental Medicine*, 66(4), 211-220. <https://doi.org/10.1136/oem.2008.039883>
- Vossen, E., Van Gestel, N., Van der Heijden, B. I. y Rouwette, E. A. (2017). "Dis-able bodied" or "dis-able minded": stakeholders' return-to-work experiences compared between physical and mental health conditions. *Disability and Rehabilitation*, 39(10), 969-977. <https://doi.org/10.3109/09638288.2016.1172675>
- Weigl, M., Müller, A., Hornung, S., Zacher, H. y Angerer, P. (2013). The moderating effects of job control and selection, optimization, and compensation strategies on the age-work ability relationship. *Journal of Organizational Behavior*, 34(4), 607-628. <https://doi.org/10.1002/job.1810>
- Zacher, H., Kooij, D. A. T. M. y Beier, M. E. (2018). Active aging at work: Contributing factors and implications for organizations. *Organizational Dynamics*, 37, 47-55. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2017.08.001>
- Zhang, F. y Parker, S. K. (2019). Reorienting job crafting research: A hierarchical structure of job crafting concepts and integrative review. *Journal of Organizational Behavior*, 40(2), 126-146. <https://doi.org/10.1002/job.2332>
- Zink, K. J. (2014). Social Sustainability and Quality of Working Life. A Human Factors Perspective on Sustainable HRM. En I. Ehnert, W. Harry y K. J. Zink (Ed.), *Sustainability and Human Resource Management* (pp. 35-55). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-37524-8_2

CONCLUSIONES *GENERALES*



CONCLUSIONES GENERALES

A través de este texto hemos recorrido una serie de información que nos lleva a comprender la IL como un fenómeno complejo, en el que confluyen aspectos jurídicos, económicos, sanitarios, individuales, organizacionales y sociales. Entre todo ello se han destacado sus implicaciones a nivel psicosocial, que han sido poco estudiadas y que, no obstante, son de gran relevancia tanto para el esclarecimiento de las causas de la IL como para aproximarse a cómo se experimenta, cuál es su alcance y cuáles son sus consecuencias en la salud, a nivel familiar, en el trabajo y en el conjunto de la sociedad.

Lo anterior señala la necesidad de seguir explorando metodologías y teorías que permitan identificar con mayor claridad las relaciones causa-efecto entre los factores de riesgo y las dolencia o enfermedades, y saber cuándo estas tienen un origen ocupacional. En este sentido, se añade que entre los factores de riesgo es necesario estudiar –al mismo nivel que aquellos estudiados por las disciplinas preventivas de seguridad, higiene, medicina del trabajo y ergonomía–, los relativos al campo de la psicología aplicada, vinculados con la salud mental y las relaciones laborales, dado que no se puede entender la complejidad de los procesos de IL en su totalidad sin considerar los tipos de relación que a nivel «psicológico» se generan entre las personas y las organizaciones.

Esta perspectiva psicosocial es central para identificar los procesos que llevan a las personas trabajadoras a solicitar o no una baja laboral, así como a incorporarse al trabajo (lo que, como se ha visto, en ocasiones sucede antes de tiempo, pudiendo traer consecuencias negativas en la salud, derivar en recaídas e implicar un mayor coste para las organizaciones y para la SS). Asimismo, la perspectiva psicosocial es crucial para identificar las percepciones sobre la propia incapacidad y sobre el trabajo, que impactan en este tipo de decisiones; y para cuestionar los prejuicios, los errores conceptuales y los sesgos que contribuyen a estigmatizar, –al menos en algunos casos o tipos–, la IL y la forma en que los/as trabajadores/as ponen en práctica sus derechos laborales a este respecto. En este sentido, se precisa dejar de atribuir la IL exclusivamente a causas personales (ya sea de salud o de actitudes frente al trabajo o la organización) para asumir la multiplicidad de factores que están involucrados, principalmente de carácter organizacional. Para ello, las organizaciones deben reconocer su papel activo en los procesos de generación, desarrollo y recuperación de las IL, comprender que la forma en que gestionan el trabajo, su clima laboral y el tipo de relaciones que se construyen en su interior constituyen factores clave que pueden jugar tanto a favor como en contra de la salud de las personas trabajadores, de la duración y calidad de su vida laboral activa, así como de su adecuada recuperación y reincorporación al trabajo. En los casos de imposibilidad de recuperación para la vida laboral activa, debe considerarse la necesidad de acompañar al trabajador en el proceso de salida del mercado de trabajo o de la empresa, en el

contexto de la responsabilidad social corporativa; pues de igual manera que se acoge en el seno de la empresa al trabajador que se incorpora con una formación laboral específica, debería ser acompañado cuando éste ya no puede aportar su fuerza de trabajo, o bien se detecta esa pérdida de capacidad, evitando así costes empresariales adicionales y psicosociales. De ahí que, como se ha visto en la segunda parte del texto, se vuelva necesaria la implementación de medidas preventivas y de atención en estas tres fases: prevención en materia de salud y seguridad, atención a la incapacidad y apoyo en la reincorporación y/o en la salida de la empresa o del mercado de trabajo. El éxito en estas tres fases requiere del establecimiento de vínculos basados en la confianza, el compromiso y el apoyo mutuo, que posibiliten: a) un trato cercano para la atención individual, ajustada a las características de el/la trabajador/a y a su situación particular, desde un enfoque de género e inclusivo; b) que las/os trabajadoras se sientan apoyados/as ante las dificultades que derivan en problemas de salud y/o en una afectación del desempeño laboral, y que este apoyo favorezca su recuperación; c) que las personas puedan mantener su máxima capacidad de trabajo durante el mayor tiempo posible beneficiándose así, tanto ellas como la organización, de la experiencia laboral acumulada; y d) la toma de decisión conjunta entre la organización y los/as trabajadoras/as en relación con las bajas laborales y con la reincorporación al trabajo o la salida definitiva del mercado de trabajo, de tal manera que se asegure que la salud de el/la trabajador/a, e incluso el rendimiento de la organización, se vean afectados lo menos posible. Además, es preciso que las instituciones sanitarias y su personal tengan un conocimiento más profundo de las dinámicas organizacionales y sociales que pueden derivar en bajas laborales, en problemas con la recuperación y/o en incorporaciones precoces, de tal manera que ayuden a los/as trabajadoras/as a garantizar el ejercicio del derecho a la incapacidad como situación protectora, y la evitación de consecuencias negativas como las recaídas.

Finalmente, el papel de los/as responsables de la garantía jurídica de la protección de los/as trabajadoras/as frente a la IL es crucial para mantener actualizada la normativa de forma que se ajuste a todas las realidades y que asegure que no queden fuera de protección las personas con situaciones atípicas o derivadas de condiciones laborales emergentes o poco estudiadas. El hecho de que se incluyan en la normativa dichas situaciones y condiciones no solo favorece la protección de las personas afectadas por ellas, sino que también contribuye a que no sean negadas ni estigmatizadas, y a que se asuman como objeto de derecho por parte de la sociedad. Por lo tanto, es importante también tomar conciencia de cómo estamos favoreciendo nuestra propia salud, de qué manera nos vinculamos con el trabajo y con las organizaciones en las que colaboramos, hasta qué punto somos conscientes de nuestros derechos (y los de todos/as) y obligaciones como trabajadoras/as y de nuestra responsabilidad para con nosotros mismos y con los demás.

CONCLUSIONES GENERALES

Solamente a partir de ese trabajo conjunto entre las organizaciones, los/as trabajadores/as, las instituciones sanitarias, las instancias públicas responsables de la ordenación jurídica y económica vinculada con la IL y la sociedad en conjunto, se puede lograr el objetivo de reducir las cifras que se han presentado en este texto en torno a esta problemática y de proteger de manera plena a las personas afectadas por una incapacidad laboral.

