



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y DEL TRABAJO DE
SORIA

Grado en Administración y Dirección de Empresas

TRABAJO FIN DE GRADO

**Costes de la siniestralidad laboral: análisis y
evolución en la Gerencia de Asistencia
Sanitaria de Soria**

Presentado por Blanca Uriel Vega

Tutelado por José Luis Ruiz Zapatero

Soria, septiembre de 2018

CET

FACULTAD de CIENCIAS EMPRESARIALES y del TRABAJO de SORIA



Agradecer a Carmen Gil García, del Departamento de Control de Gestión, y a Luis Lázaro Vallejo, Director de Recursos Humanos de la GASSO por la colaboración prestada.

“A mis padres por su apoyo, dedicación, aportaciones y consejos”



ÍNDICE

BLOQUE 1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 Justificación	6
1.2 Objetivos	7
1.3 Metodología	7
BLOQUE 2. COSTES DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL: ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN EN LA GASSO	9
Apartado 1. Seguridad y salud en el trabajo: perspectiva jurídico-preventiva	9
1.1 Marco normativo	9
1.2 Seguridad y salud. La salud en el trabajo	10
1.3 Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional	11
1.3.1 Accidente de Trabajo	12
1.3.2 Enfermedad Profesional	12
1.4 Protección de los trabajadores: evolución histórica	13
Apartado 2. Análisis socioeconómico de la siniestralidad laboral.....	16
2.1 Costes de la siniestralidad laboral	16
2.1.1 Costes derivados de la siniestralidad laboral: clasificación	18
2.2 Modelos económicos de evaluación de costes	19
2.2.1 Método de Heinrich.....	19
2.2.2 Método de Simonds.....	20
2.2.3 Método de los elementos de producción	21
2.3 Análisis coste–beneficio de la Prevención	21
2.3.1 Óptimo económico.....	24
2.4 Impacto de la legislación española en la empresa.....	26

Apartado 3. Estudio de los costes de siniestralidad en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.....	28
3.1 Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria.....	28
3.1.1 Misión visión y valores.....	29
3.1.2 Entorno geográfico y sociodemográfico.....	29
3.1.3 Sector de actividad: mercado, clientes, competidores, proveedores y partners.....	31
3.1.4 Organigrama, recursos humanos y económicos	32
3.1.5 Análisis DAFO	33
3.2 Costes de siniestralidad en la GASSO	34
BLOQUE 3. CONCLUSIONES	40
BLOQUE 4. BIBLIOGRAFÍA	43
BLOQUE 5. ANEXOS.....	45

BLOQUE 1. INTRODUCCIÓN

1.1 Justificación

Tras terminar mis Prácticas Externas en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO), escoger el tema de mi Trabajo de Fin de Grado no fue complicado. Allí tuve la oportunidad de conocer desde dentro la organización y funcionamiento de la Administración, así como los aspectos que diferencian una entidad pública de una privada.

Durante el tiempo que estuve en el Departamento de Prevención de Riesgos Laborales me di cuenta de la gran importancia que tiene la labor que desarrollan los profesionales que en él trabajan, especialmente teniendo en cuenta que en el ámbito sanitario existen riesgos de todo tipo y se debe atender a una extensa plantilla, la más numerosa de la provincia. Debido a que analizar la Prevención de Riesgos Laborales en términos generales es inabarcable, decidí acotar el campo de estudio a los costes que las empresas soportan, muchas veces sin percatarse de ello, derivados de la siniestralidad laboral, en particular al SACYL en Soria.

Sin duda, el éxito de toda organización pasa por el cuidado y protección de su activo más importante, el capital humano, objetivo que se alcanza plenamente con la integración de la Prevención de Riesgos Laborales en su estructura, en todos sus niveles y actividades. Una política adecuada de seguridad y salud favorece un ambiente de trabajo seguro, repercutiendo de manera positiva tanto en la cantidad como en la calidad del trabajo, dando como resultado una mayor satisfacción y motivación en la plantilla, que será más productiva, y, consecuentemente, los beneficios de la empresa serán superiores. Además, se traduce en una menor incidencia de los factores de riesgo, y por lo tanto, de los Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y de los costes que derivados de estas contingencias debe asumir la empresa, en muchas ocasiones de manera inconsciente. Esta asunción automática puede suponer una enorme cuantía económica, que lastre la cuenta de pérdidas y ganancias. La supervivencia de toda empresa pasa por el control de sus costes, y que por lo tanto, el análisis coste-beneficio debe ser intrínseco a todo sistema de gestión, incluyendo las partidas relacionadas con la Prevención.

En muchas ocasiones, la labor sanitaria de atender los efectos de accidentes y enfermedades en otros sectores, hace olvidar que en este ámbito existen nuevos, numerosos y diversos riesgos que afectan a un gran número de trabajadores. La importancia de este sector en Soria, que contribuye de forma muy importante al PIB y a la generación de empleo, y conocer los costes que para toda organización supone un siniestro, junto con lo expuesto anteriormente, han sido los principales motivos para llevar a cabo este proyecto.

1.2 Objetivos

En este contexto, los objetivos que con este trabajo se pretenden alcanzar son:

- Informar sobre la normativa que ha dado lugar al actual panorama preventivo en España y la relación entre trabajo y salud.
- Establecer y diferenciar los daños que la exposición laboral puede provocar: Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional.
- Estudiar la evolución histórica de la Prevención y protección a los trabajadores y determinar las consecuencias que ello ha tenido para trabajadores, empresarios y sociedad.
- Determinar los costes económicos y humanos derivados de la siniestralidad laboral, así como los diferentes agentes sociales que los soportan.
- Clasificar, según diferentes criterios, los costes a los que las empresas deben hacer frente tras un Accidente de Trabajo.
- Conocer los modelos económicos de evaluación de costes y cómo calcular el coste de un Accidente de Trabajo.
- Adaptar el análisis coste-beneficio a la esfera preventiva y determinar, desde el punto de vista económico, la rentabilidad de esta materia.
- Comprender cómo condiciona la legislación española la asunción de los costes de la siniestralidad por parte de las empresas.
- Estudiar a nivel interno y externo la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO), para poder elaborar una matriz DAFO y estudiar sus costes de siniestralidad en el periodo 2014-2017, con los siguientes objetivos específicos:
 - Analizar los datos facilitados por el Departamento de Control de Gestión de la GASSO, definiendo diferentes ítems para ello.
 - Determinar la evolución anual de los días de absentismo, gasto y días de sustituciones, cuota patronal, recuperación de IT, cotización por contingencias profesionales y presupuesto de personal en términos totales y, cuando sea posible, por categorías profesionales.
 - Interpretar los ítems establecidos, relacionándolos, cuando sea posible, con los datos de siniestralidad.

1.3 Metodología

Para alcanzar los objetivos propuestos, la metodología que se ha seguido ha consistido en la revisión de la estructura legal y técnico-preventiva existente, para analizar una serie de conceptos teóricos necesarios en el desarrollo de la parte práctica. De esta manera, el primer apartado analiza la relación existente entre seguridad y trabajo, se explican y diferencian detalladamente los conceptos que definen la siniestralidad laboral: Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional. Después, se ha sintetizado el proceso que ha seguido la protección social desde 1900 hasta la actualidad. Para la redacción de este apartado se ha consultado distinta bibliografía sobre Prevención y su historia, siniestralidad, daños derivados del trabajo y la normativa que lo regula.

En la elaboración del segundo apartado, después de resumir los costes humanos y económicos que, a causa de la siniestralidad, soportan trabajadores, sociedad y empresas se profundiza en aquellos que deben afrontar las empresas. Para ello, se han enumerado y clasificado de acuerdo con los principales métodos de estimación vigentes. Una vez conocidos estos costes, se ha realizado el análisis coste-beneficio, necesario en toda empresa de cara a asegurar su continuidad, de la Prevención de Riesgos Laborales para determinar a continuación cuál es el punto óptimo entre los ingresos y los costes en esta materia, todo ello económicamente hablando. Para terminar, se ha realizado una reflexión sobre cómo afecta la normativa española a la externalización de los costes de los Accidentes. Con este fin, se ha realizado una minuciosa revisión bibliográfica, y se ha sintetizado en cuadros para una mejor comprensión, acompañada por gráficos y esquemas aclaratorios.

El objetivo del último apartado es el estudio de los costes de la siniestralidad, la obtención de los ítems de la GASSO y el estudio de su evolución mediante el cálculo y análisis de los mismos, así como un estudio de la organización y su sector para concluir en una matriz DAFO. Para ello, se han realizado las operaciones necesarias para hallar los ítems (a partir del estudio completo de los datos facilitados por el Departamento de Control de Gestión y de la Memoria 2017), elaborado gráficos de cada uno y comentado su evolución de manera individual o refiriéndola a otros ítems en el caso de estar relacionados.

Para finalizar el trabajo, se repasan las principales conclusiones obtenidas de cada uno de los apartados y las específicas de la parte práctica.

BLOQUE 2. COSTES DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL: ANÁLISIS Y EVOLUCIÓN EN LA GASSO

Apartado 1. Seguridad y salud en el trabajo: perspectiva jurídico-preventiva

El primer objetivo de este estudio es hacer un breve repaso del principal marco normativo en base al cual se ha estructurado la Prevención de Riesgos Laborales en España, así como de los conceptos más importantes en lo que a siniestralidad laboral se refiere.

El capítulo finaliza con una revisión de la evolución de la protección social en España desde principios del siglo XX y de lo que ha supuesto cada uno de estos hitos para empresarios y sociedad.

1.1 Marco normativo

Aunque la legislación en materia preventiva es extensa y variada, el contexto nacional actual se ha cimentado sobre seis pilares principales:

La Constitución Española de 1978 reconoce, en su artículo 15, como derecho fundamental la integridad física y moral y encomienda, en el artículo 40.2, a los poderes públicos velar por la seguridad e higiene en el trabajo.

El Estatuto de los Trabajadores¹, en su artículo 4.2, identifica los derechos a la integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene. El artículo 5 enumera, dentro de los deberes de todo trabajador, el de observar las medidas de seguridad e higiene. El artículo 19 está dedicado íntegramente a la seguridad e higiene en el trabajo, los artículos 62 y 63 hacen referencia a las funciones de los delegados de personal y del comité de empresa respectivamente.

En tercer lugar, la Ley General de Seguridad Social (LGSS)² establece las responsabilidades, cotizaciones, prestaciones sanitarias y económicas y, como se verá más adelante, define los conceptos de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional.

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales³ (LPRL) se aprobó a finales de 1995 como imperativo legal de la Unión Europea a sus estados miembro para que adecuaran la normativa en materia de Seguridad e Higiene en el Trabajo a lo dispuesto en la Directiva 89/391/CEE (Directiva Marco). También hace referencia a las Directivas sobre protección de la maternidad (92/85/CEE), protección de los jóvenes (94/33/CEE) y trabajo temporal (91/383/CEE), al ya mencionado artículo 40.2 de la Constitución, al 118A del

¹ España. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. *BOE núm. 255*, de 24 de octubre de 2015.

² España. 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. *BOE núm. 261*, de 31 de octubre de 2015.

³ España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *BOE núm. 269*, de 10 de noviembre de 1995.

Acta Única Europea y al Convenio 155 de la Organización Internacional del Trabajo.

Los principios fundamentales que defiende esta Ley son la eficacia, coordinación y participación. Por ello, su propósito es fomentar una auténtica cultura preventiva promocionando la formación en esta materia en todos los niveles educativos, involucrando a la sociedad en su conjunto. Representó un punto de inflexión respecto al modelo, hasta entonces en vigor, de las relaciones entre empresarios, trabajadores y Administraciones Públicas.

El primer Real Decreto que se publicó tras la LPRL fue el Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP)⁴. Regula la obligación de incluir la Prevención en todos los niveles jerárquicos y actividades que se realicen, los procedimientos de evaluación de riesgos, la necesidad de implantar un plan de Prevención, realizar evaluaciones de riesgos y planificar la Prevención. Enumera, así mismo, las diferentes modalidades preventivas en función del tamaño y actividad de la empresa, que pueden ser cuatro: asunción personal por el empresario, designación de uno o varios trabajadores, constitución de un Servicio de Prevención Propio (SPP) (opción más habitual en el ámbito sanitario) o concertación con un Servicio de Prevención Ajeno (SPA). (Ver Anexo I)

Por último, añadir las Guías y Notas Técnicas de Prevención elaboradas por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), como herramientas técnicas de consulta. Su finalidad es ayudar a la interpretación de los reglamentos derivados de la LPRL y servir como instrumento técnico de apoyo y consejo para el cumplimiento de los requerimientos legales.

1.2 Seguridad y salud. La salud en el trabajo

Trabajo y salud son términos interdependientes: la actividad laboral contribuye al pleno desarrollo del ser humano al proporcionar recursos económicos, prestigio social, oportunidades para desarrollar habilidades y destrezas o contactos sociales. Pero si en el lugar en que se desarrolla existen factores de riesgo, éstos pueden afectar de manera negativa a la salud de los trabajadores. De acuerdo con González Muñoz, pasamos aproximadamente una tercera parte de nuestra vida trabajando, por lo que la exposición a estos factores es recurrente y elevada, aunque no siempre homogénea, ya que es en determinados sectores en los que se concentra un mayor número de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Para completar la relación entre trabajo y salud hay que hacer referencia a los conceptos de riesgo y siniestralidad laboral. La LPRL, en su artículo 4, habla de riesgo laboral como "*la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo*", esto es toda enfermedad, patología o lesión sufrida, lo que define exactamente el concepto de siniestralidad laboral (Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales).

⁴ España. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. *BOE núm. 27*, de 31 de enero de 1997.

Igualmente, el artículo 4 de la LPRL define la Prevención como “*el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo*”. Se estructura en base a los principios enumerados en el artículo 15 de la LPRL (ver Anexo II).

Por lo tanto, teniendo siempre presentes estos principios, el fin es preservar, y siempre que sea posible, mejorar la salud de los trabajadores. La OMS define salud como “*el estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de daño o enfermedad*”. Y es que el trabajo cuando se realiza en condiciones seguras es, en muchas ocasiones, el único modo de alcanzar esa triple dimensión de salud, principal objetivo de la PRL. Pero también puede actuar negativamente sobre el bienestar de los empleados, dando lugar a los daños derivados de él, ya sea por la existencia de factores de riesgo o por el desgaste físico y psíquico que puede suponer.

1.3 Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional

La siniestralidad puede materializarse en forma de Accidente o Enfermedad. Las diferencias entre ambos conceptos se muestran en la siguiente tabla, a la que hay que añadir que los accidentes son causados principalmente por las condiciones ambientales, agentes contaminantes y factores psicosociales.

Tabla 1.1: Diferencias entre Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional

	ACCIDENTE DE TRABAJO	ENFERMEDAD PROFESIONAL
MOMENTO DE INICIO	De forma súbita, en un momento concreto fácilmente identificable.	Resultado de un proceso lento y progresivo. Difícil de determinar el momento exacto en que se inicia.
CAUSA QUE LO PROVOCA	Causas externas, provocando lesión directa al organismo.	Si bien las causas que lo motivan provienen del exterior, los agentes que la causan deben penetrar en el organismo, iniciándose el proceso patológico.
FORMA DE MANIFESTACIÓN	Rápida y violenta, a veces de forma traumática.	Se manifiesta de forma progresiva mediante síntomas y deficiencias en el organismo.
IDENTIFICACIÓN	Fácilmente identificable por la asociación directa entre causa y momento en que se produce.	Difícil de identificar. Puede originar síntomas comunes con otras enfermedades cuyo origen no es profesional
TRATAMIENTO	Requiere tratamiento médico de choque.	Tratamiento médico adecuado para el proceso patológico concreto.
PREVISIBILIDAD	Casi siempre es imprevisible.	Su aparición puede preverse mediante reconocimientos y análisis médicos, siendo previsible su padecimiento.

Fuente: Instituto Europeo de Desarrollo y Tecnología. (2016): *Prevención de Riesgos Laborales*.

1.3.1 Accidente de Trabajo

La definición legal de Accidente de Trabajo (AT) habla de “*toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena*”⁵. De esta definición se desprende que se debe tratar de trabajo por cuenta ajena, es necesario que se produzca una lesión corporal (no necesariamente de manera súbita, violenta y externa, ya que la LGSS considera como AT aquellas enfermedades que no siendo profesionales “*contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo*”) y que exista una relación de causalidad entre trabajo por cuenta ajena, fuerza lesiva y lesión corporal.

Desde la perspectiva legal, se diferencia entre: accidente con baja, que es aquel sufrido por el trabajador que le impide acudir al trabajo por tiempo superior a una jornada de trabajo; y accidente sin baja, que, aún produciendo lesiones, no impide al trabajador reincorporarse al trabajo en la misma jornada.

El artículo 156.3 de la LGSS establece la existencia de presunción de que las lesiones sufridas durante el tiempo y en el lugar de trabajo se tratan de Accidentes de Trabajo.

Sin embargo, no tendrán la consideración de Accidente de Trabajo los debidos a fuerza mayor extraña al trabajo ni a dolo o a imprudencia temeraria del trabajador. Tampoco se calificarán como Accidente de Trabajo los incidentes: sucesos que no causan una lesión directa al trabajador, pero dificultan su normal comportamiento y pueden ser la causa de un accidente futuro.

Desde el punto de vista técnico-preventivo encontramos la definición del INSHT de AT: “*todo suceso anormal, no querido ni deseado, que se presenta de forma brusca e inesperada, que interrumpe la continuidad del trabajo y puede causar lesiones a las personas*”. Normalmente es evitable.

De acuerdo a sus resultados, se diferencian tres tipos de accidentes de trabajo: accidente sin pérdidas o accidentes blancos, accidentes con daños, que solo afectan a bienes, y accidentes con lesiones.

1.3.2 Enfermedad Profesional

A nivel laboral, las enfermedades han sido tenidas en cuenta a efectos de protección social e indemnización, aunque en bastante menor medida que los accidentes. Es por eso que la definición de Enfermedad Profesional (art 157 LGSS) es todavía más restrictiva que la de AT. Se entiende por Enfermedad Profesional (EP) la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifican en la normativa que desarrolla la LGSS y que está provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicha normativa se indican para cada Enfermedad Profesional.

⁵ Artículo 156 LGSS

Se trata de un constructo médico legal, es decir, se deben cumplir unos requisitos legales sin los cuales no será considerada Enfermedad Profesional:

- a) La enfermedad debe ser contraída como consecuencia del trabajo por cuenta ajena.
- b) Sea contraída única y exclusivamente en la relación a actividades capaces de producirla, según se encuentra regulado en el Anexo I del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de Seguridad Social.
- c) Ser consecuencia de la acción de las sustancias que en este cuadro se indican.

Por lo tanto, para que una enfermedad sea clasificada como profesional tiene que existir un agente publicado y declarado en el RD 1299/2006, debe haber una exposición a ese agente, como consecuencia de dicha exposición debe aparecer una enfermedad y, además, existir una relación de causalidad entre la exposición y la enfermedad. Por lo tanto, los factores determinantes son la concentración del agente contaminante en el ambiente de trabajo, el tiempo de exposición, las características individuales de cada trabajador, la presencia de varios contaminantes al mismo tiempo y la relatividad de la salud.

Si la relación del párrafo anterior no se da, aunque el origen de la enfermedad sea laboral, será calificada como enfermedad común. El art 158.2 de la LGSS considera como tal *“las alteraciones de la salud que no tengan la condición de accidentes de trabajo ni de enfermedades profesionales”*.

La restricción del cuadro de enfermedades profesionales, al no tener en cuenta numerosos contaminantes, actividades, ni los riesgos psicosociales, ha llevado al INSHT a plantear una definición alternativa desde el punto de vista preventivo: *“aquel deterioro lento y gradual de la salud del trabajador; producido por una exposición crónica a situaciones adversas, sean éstas producidas por el entorno en el que se realiza el trabajo o por la forma en que éste está organizado”*.

Por último, cabe hablar de la enfermedad laboral, la cual integra tanto las enfermedades profesionales como las comunes contraídas o agravadas por consecuencia del trabajo..

1.4 Protección de los trabajadores: evolución histórica

Los antecedentes de nuestro panorama preventivo, muy ligado al desarrollo de la de Seguridad Social, se encuentran en la Alemania de Von Bismark (finales del s XIX), en la que se crearon los seguros sociales con carácter profesional, y en la Inglaterra de William Beveridge (1942), donde se desarrolla una asistencia universal destinada a dar cobertura a las necesidades básicas de todos los ciudadanos.

Se diferencian tres etapas en la formación y desarrollo de la protección social española:

Tabla 1.2: Evolución histórica de la protección social en España

PRIMERA ETAPA 1900–1962: DEFINICIÓN PRESTACIONAL E INSTITUCIONAL			
Fecha		Hito	Efectos
Primer periodo (1900-1931): Cobertura exclusiva de riesgos profesionales	1900	Ley de Accidentes de Trabajo	Inicio de la acción protectora frente a AT en el sector industrial y la correspondiente responsabilidad empresarial
	1902	Jornada máxima de 8 horas al día 48 horas a la semana	
	1908	Creación del Instituto Nacional de Previsión (INP)	Germen de los seguros sociales y origen del actual Sistema Nacional de Salud
	1919	Retiro Obrero Obligatorio (ROO)	Primer seguro obligatorio de jubilación
	Dictadura de Primo de Rivera	Introducción de la Higiene Industrial y del seguimiento de las EP	
Segundo periodo (1932-1962): Cobertura de riesgos comunes y seguros sociales a nivel nacional	Segunda República	Elevación a constitucional del derecho a la Seguridad Social	
		Ratificación de convenios internacionales: trabajo nocturno de la mujer, edad mínima de acceso al trabajo, indemnizaciones por AT...	
	1939	Conversión del ROO al Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez	Cobertura de accidentes no laborales y enfermedades comunes
	Los seguros existentes eran insuficientes, por lo que surgen sistemas complementarios de aseguramiento social como mutualidades laborales y cajas de empresa		
	Tras la Guerra Civil	Reglamento General de Seguridad e Higiene en el Trabajo	<i>“Proteger al trabajador contra los riesgos propios de su profesión, que ponen en peligro su salud y su vida”.</i>
	1942	Seguro Obligatorio de Enfermedad	Extensión de la acción protectora a trabajadores, cónyuges, ascendientes y descendientes para enfermedad común
	1944	Comités de Seguridad e Higiene en el Trabajo	Mecanismos representativos y participativos en las empresas para vigilar el cumplimiento de la normativa
	Mediados de los 50	Servicios Médicos de Empresa obligatorios	
Hasta 1962	Extensión de la protección al ámbito comercial Unificación de los seguros sociales Primer seguro por desempleo		

Continúa en página siguiente...

SEGUNDA ETAPA 1962-1978: CONFIGURACIÓN NORMATIVA		
Fecha	Hito	Efectos
1963	Ley de Bases de la Seguridad Social	Modelo unitario e integrado de protección social
1966	Ley General de Seguridad Social	Seguridad Social como un sistema único de asistencia universal
1970	Plan Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo	Creación de una conciencia colectiva sobre el daño profesional
1972	Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General	Adaptación de las cotizaciones a los salarios reales
1974	Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social	Modificación y ampliación de las prestaciones sanitarias públicas
Pactos de Moncloa (1977)	Real Decreto Ley 36/1978	<p>Sistema de participación institucional en el que las prestaciones son gestionadas por nuevos organismos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS): prestaciones económicas. - Instituto Nacional de Salud (INSALUD): prestaciones sanitarias. - Instituto Nacional de Servicios Sociales. - Instituto Social de la Marina: gestión de los trabajadores del mar. - Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS): recaudación y gestión el dinero del sistema.

TERCERA ETAPA 1978-ACTUALIDAD: ESTADO DE BIENESTAR		
Fecha	Hito	Efectos
1978	Constitución Española	Sistema público de Seguridad Social
1995	Ley de Prevención de Riesgos Laborales	
1997	Reglamento de los Servicios de Prevención	Integración de la actividad preventiva en la empresa
2002	Fin de la reestructuración autonómica	Transferencia de las competencias del INSALUD a cada CCAA
Actualidad	<p>El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias.</p> <p>En lo que a Prevención se refiere, la concepción actual está basada en la seguridad integral, que unifica la seguridad en el trabajo, la calidad y el medio ambiente en la gestión empresarial.</p>	

Fuente: elaboración propia

Apartado 2. Análisis socioeconómico de la siniestralidad laboral

El modelo económico que impera en el mundo empresarial, centrado en la maximización del beneficio, hace descuidar el control de costes ocultos y factores de ineficiencia. En este sentido, el consultor y escritor austriaco Peter Drucker estableció que *“El primer deber del negocio es sobrevivir y el principio guía de la economía no es la maximización del beneficio, sino la evitación de pérdidas”*. Pérdidas que en ocasiones pasan desapercibidas y son asumidas por la contabilidad de manera inconsciente, pudiendo poner en jaque los resultados de la empresa. Partiendo de la base de que la supervivencia de toda empresa pasa por el control de sus costes, y que por lo tanto, el análisis coste – beneficio debe ser intrínseco a todo sistema de gestión, este apartado está dedicado al impacto económico, humano y social de la siniestralidad laboral. Busca resaltar los beneficios a nivel económico de la Prevención, que es siempre una inversión y, que, por el contrario, la no Prevención supone una fuente inagotable de gastos.

2.1 Costes de la siniestralidad laboral

Moralmente hablando, el coste humano que supone un AT debido al sufrimiento que conlleva para el accidentado, sus familiares y la sociedad, es motivo suficiente para articular todos los recursos necesarios para evitar que se vuelva a producir.

Los agentes afectados por la siniestralidad laboral y quienes soportan sus consecuencias, en forma de coste humano y económico, son principalmente tres:

Tabla 2.2: Costes de la siniestralidad laboral

	AGENTE QUE LOS SOPORTA		
	Accidentado	Sociedad	Empresa
Coste humano	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor y sufrimiento físico y psíquico - Pérdida de calidad de vida - Disminución de la capacidad de trabajo temporal o permanente - Rechazo social - Sufrimiento de los familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Muertes y minusvalías - Repercusión del deterioro de la calidad de vida 	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de recursos humanos, conocimiento, potencial y experiencia del trabajador - Presión psicológica y social - Empeoramiento del ambiente de trabajo
Coste económico	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de rentas 	<ul style="list-style-type: none"> - Indemnizaciones - Deterioro de bienes - Coste de actuaciones de la Administración - Disminución de la población activa 	<ul style="list-style-type: none"> - Primas de seguros - Tiempo perdido - Indemnizaciones y salarios - Interferencias en la producción - Empeoramiento de la imagen

Fuente: elaboración propia

Como se ha apuntado, muchas veces las empresas asumen sistemáticamente a través de la siniestralidad laboral unos costes elevados e innecesarios. Por este motivo, se deben tener en cuenta tanto los accidentes con baja como los incidentes, ya que, de no ser así, no solo se obviarían los principales factores de riesgo, sino también un coste oculto, que puede comprometer la competitividad de la empresa, además de deficiencias en la calidad y la producción. Ya en los años 60, el científico estadounidense Frank Bird, tras examinar 90.000 casos en 7 años, determinó que por cada accidente grave o mortal se producen 100 lesiones leves y 500 accidentes que producen daños materiales. Las pérdidas que para la empresa puede suponer un siniestro laboral son:

- a) Pérdidas por daños humanos: pago de indemnizaciones al accidentado y a terceros a los que se les hubiera ocasionado un daño.
- b) Costes sociales y legales: pago de cuotas a la Seguridad Social, entidades aseguradoras o de provisión social, complementos salariales voluntarios, pago proporcional de vacaciones y pagas extra, recargos de prestaciones por falta de medidas de seguridad, sanciones por infracciones en PRL y minutas de abogados o peritos y pago de acciones de solidaridad.
- c) Pérdidas en equipamientos: reparación o reposición de herramientas, equipos, maquinaria, así como averías en los sistemas eléctricos, sanitarios, de ventilación...
- d) Pérdidas de materiales: reposición de materias primas, productos semiterminados o completos y pérdidas energéticas.
- e) Pérdidas productivas a nivel técnico y humano provocadas por el bajo rendimiento que se origina tras un accidente.
- f) Pérdidas de tiempo de trabajo efectivo: abono del salario completo al accidentado el día del siniestro, a los compañeros que lo socorren y al personal de estructura que debe restablecer la normalidad, investigar el accidente, elaborar informes, seleccionar y formar al nuevo personal, atender a la Autoridad Laboral...
- g) Pérdidas de mercado: repercusiones a corto, medio y largo plazo de la siniestralidad en la calidad de los productos pueden dar lugar a devoluciones, penalizaciones por incumplimientos y pérdida de clientes.
- h) Costes sanitarios: material sanitario utilizado para asistir al accidentado costeado por la empresa, gastos de transporte y atención médica.

Todas estas partidas no tienen por qué darse necesariamente siempre que ocurre un accidente, ya que ello dependerá de muchos otros factores. Además, puede que algunos de ellos estén asegurados, por lo que se sustituirían por el pago de la prima correspondiente.

2.1.1 Costes derivados de la siniestralidad laboral: clasificación

Para conseguir la eficiencia empresarial, toda organización debe realizar un análisis económico de estos costes. Únicamente de esta manera, analizando todas las variables con repercusión económica, se puede evaluar la rentabilidad de la Prevención en términos económicos y sociales.

Tabla 2.3: Clasificación de los costes de los accidentes

COSTES TANGIBLES E INTANGIBLES	TANGIBLES Suelen suponer un desembolso efectivo, se pueden identificar y cuantificar fácilmente mediante un cálculo objetivo. Están asociados a fallos, principalmente repercutiendo en costes de mano de obra, materia prima y de reparación	ASEGURADOS: no repercuten directamente en la empresa pero se pueden determinar con certeza.		
		NO ASEGURADOS Surgen directa e inmediatamente tras el accidente ^A	COSTES DE OPORTUNIDAD	Costes salariales directos: asumidos por la empresa → tiempo perdido por el accidentado y sus compañeros a causa del siniestro
				Costes salariales indirectos: salarios del personal de estructura
			Pérdida de negocio: beneficios no generados a consecuencia de la siniestralidad.	
		COSTES FINANCIEROS	Incremento del coste de producción: mayor coste asumido para recuperar el tiempo perdido	
			Costes de daños materiales: valoración económica de los daños generados	
	Costes generales: material de primeros auxilios y costes de traslado del accidentado (principalmente), posibles sanciones económicas de acuerdo con los diferentes ámbitos de responsabilidad			
	INTANGIBLES Carecen de valor contable, aumentan considerablemente en función de la gravedad y frecuencia de los AT y EP	CAPITAL HUMANO: formación o la vigilancia de la salud de los trabajadores		
		CAPITAL ESTRUCTURAL: conjunto de conocimientos, procedimientos y prácticas propias de la empresa que se ve estimulado a través de tareas como la evaluación de riesgos o la señalización		
		CAPITAL RELACIONAL: conocimientos y capacidades derivados de las relaciones con los agentes con los que interactúa la empresa que hacen aumentar el intangible mediante la cooperación, los incentivos a la participación o la planificación conjunta		
COSTES FIJOS Y VARIABLES	FIJOS: la empresa los asume siempre, independientemente de que ocurran o no accidentes		CT = CF +CV (ver Anexo III)	
	VARIABLES: se derivan de la materialización de un riesgo y aumentan de acuerdo con el número y gravedad de los accidentes			

^A La compleja determinación de los costes no asegurados da lugar a la necesidad de que las empresas implanten un sistema de valoración de costes de AT basado en estimaciones. De esta manera, si la organización conoce los datos económicos, deberá imputarlos al suceso; si los desconoce, pero obran en su poder datos históricos, se elaborará una estimación interna de acuerdo a los mismos; por último, si no cuenta con ninguna de estas informaciones, para el proceso de estimación se deben tener en cuenta las siguientes partidas de coste que pueden verse alteradas tras un accidente, así como su cuantía, que depende de las variables que aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 2.4: Tipos de costes y variables

		Tasa horaria	Gravedad de las lesiones	Duración de la baja	Complicaciones después del alta	Tipo de proceso	Grado de especialización	Sector de actividad	Personas en zona de influencia del accidente	Lugar del accidente	Tipo de accidente
COSTES DE OPORTUNIDAD	Coste salarial directo	X	X	X	X	X		X	X	X	X
	Coste salarial indirecto	X	X	X	X	X	X	X		X	X
	Pérdida de negocio		X	X	X	X	X	X	X		X
COSTES FINANCIEROS	Incremento del coste de explotación	X	X	X	X	X	X	X			
	Costes materiales					X		X			X
	Costes generales		X				X			X	

Fuente: INSHT. NTP 594: La gestión integral de los accidentes de trabajo (III): costes de los accidentes

2.2 Modelos económicos de evaluación de costes

2.2.1 Método de Heinrich

Esta metodología para estimar el coste total de un accidente, sumando los costes directos e indirectos, fue introducida en 1930 por el pionero en seguridad industrial H.W. Heinrich, quien estableció entre ambos tipos de costes una proporción de $\frac{1}{4}$. De esta manera, $CT = CD + CI$, donde $CI = \alpha \cdot CD$ y α varía en función de la zona geográfica y tamaño de la organización. Se ha generalizado la adopción de $\alpha = 4$, por lo que el coste total de un AT será de 5 veces los costes directos.

- Costes directos (CD): incluyen las partidas que se pueden asignar de forma clara e inequívoca en la contabilidad de la empresa, ya sea total o parcialmente, a la seguridad y salud en el trabajo.
- Costes indirectos (CI): no se pueden atribuir directamente a la contabilidad como consecuencia de un siniestro, pero indican de manera negativa sobre los beneficios. Por eso, pese a que valorarlos es una tarea difícil, se debe hacer un esfuerzo para tener estimaciones fiables, ya que además suelen ser notablemente superiores a los directos.

Tabla 2.5: Costes directos e indirectos según Heinrich

COSTES DIRECTOS	COSTES INDIRECTOS
<ul style="list-style-type: none"> • Salarios abonados a los trabajadores accidentados sin baja (tiempo improductivo por la atención médica) • Pago de primas de seguro • Gastos médicos no incluidos en el seguro • Pérdida de productividad (inactividad de máquinas y trabajadores afectados) • Indemnizaciones y sanciones • Selección, formación y adaptación 	<ul style="list-style-type: none"> • Coste del tiempo perdido por otros trabajadores no accidentados • Coste de investigación del accidente • Pérdidas por productos defectuosos • Coste de los daños a maquinaria, instalaciones y equipos • Pérdida de rendimiento al reincorporarse • Pérdidas comerciales

Fuente: Lobo Barral, R. (2003)

2.2.2 Método de Simonds

R.H. Simonds fue quien, al considerar que la proporción entre costes directos e indirectos de Heinrich depende del tipo de accidente, propuso clasificar los costes en asegurados y no asegurados:

Tabla 2.6: Costes asegurados y no asegurados según Simonds

TIPO DE DE COSTE	CONSIDERACION	ENGLOBA
Asegurados: seguros por contingencias profesionales, fácilmente identificables en la contabilidad.	En tanto estas partidas están aseguradas se consideran costes fijos, aunque varios estudios indican que existe una relación positiva entre un menor número de accidentes y/o incidentes y la cotización.	<ul style="list-style-type: none"> - Cotizaciones a la Seguridad Social por contingencias profesionales - Convenio colectivo - Diferencia entre salario habitual y lo percibido durante el periodo de incapacidad por AT
No asegurados	Costes variables: están condicionados por la ocurrencia o no de siniestros y por las medidas tomadas para evitar la materialización de los riesgos	<ul style="list-style-type: none"> - Salario abonado al personal que detiene su trabajo para ayudar al accidentado o que no puede continuar su labor - Coste de reparación, reaprovisionamiento o reemplazo de materiales defectuosos a causa del accidente - Costes adicionales por el trabajo extra necesario para recuperar la normalidad productiva - Salario correspondiente a una menor producción del trabajador lesionado al reincorporarse: parte del sueldo acorde a la menor producción - Coste derivado de la etapa de aprendizaje del sustituto: coste de tiempo para la instrucción, periodo durante el que su producción será inferior a la media - Costes médicos no asegurados y soportados por la empresa - Coste del tiempo de mandos intermedios y personal del Servicio de Prevención en investigación o consecuencias del accidente - Otros costes: reclamaciones, pérdida de imagen de la empresa y disminución de beneficios por contratos cancelados

Fuente: elaboración propia

Simonds establece cuatro categorías de accidentes en función de su gravedad para determinar los costes no asegurados y posteriormente, a partir de estos, calcular los asegurados:

- a) Accidente tipo 1 o casos de días perdidos: accidentes que causan baja laboral (incluye la incapacidad parcial y temporal).
- b) Accidente tipo 2 o casos de doctor: no hay baja laboral pero se requiere la actuación de un facultativo.
- c) Accidente tipo 3 o casos de primeros auxilios: únicamente precisan cura de botiquín.
- d) Accidente tipo 4 o casos sin lesión: no existe lesión corporal pero sí daños graves a la propiedad.

El autor no considera en esta clasificación los accidentes que dan lugar a incapacidades totales o la muerte, pero los tuvo en cuenta, dándoles la consideración de catástrofes para las empresas, donde se incluyen las explosiones, incendios, accidentes que suponen pérdidas cuantiosas, etc.

Una vez determinado el tipo de accidente, para calcular el coste medio no asegurado, Simonds propone la siguiente fórmula:

$$CT = \text{Coste del seguro} + (A \cdot n^{\circ} \text{ de accidentes tipo 1}) + (B \cdot n^{\circ} \text{ de accidentes tipo 2}) + (C \cdot n^{\circ} \text{ de accidentes tipo 3}) + (D \cdot n^{\circ} \text{ de accidentes tipo 4}) + \text{Costes fijos no asegurados} + \text{Pérdidas catastróficas}$$

Donde A, B, C y D son el coste variable medio no asegurado en cada tipo de accidente, para cuya obtención propone un cuestionario. Para que este método tenga la validez suficiente, se debe aplicar en organizaciones con un número de accidentes notable, ya que es necesario, para estimar el coste medio, estudiar al menos 20 accidentes de cada tipo. Por este motivo, no se recomienda para empresas con bajos índices de siniestralidad.

2.2.3 Método de los elementos de producción

Este modelo es muy similar al anterior, pero, en lugar de clasificar los accidentes, se basa en las pérdidas ocasionadas en cada uno de factores de producción:

- a) Mano de obra: pérdidas de tiempo de todo el personal que interviene de una manera u otra en un accidente.
- b) Maquinaria: pérdidas o deterioros de máquinas de producción, auxiliares o herramientas.
- c) Materiales: mermas de materia prima, productos semielaborados o terminados.
- d) Instalaciones: daños en infraestructuras, mobiliario, etc.
- e) Tiempo: pérdidas por horas de trabajo no efectivo a consecuencia del siniestro.

El coste total es la suma de las pérdidas producidas a causa del accidente en cada elemento de producción.

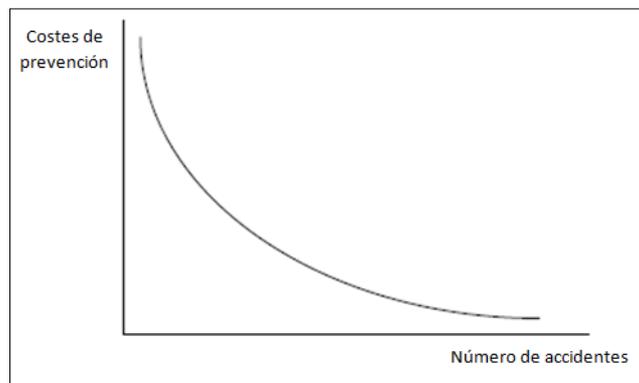
2.3 Análisis coste–beneficio de la Prevención

Como se ha apuntado, la PRL no se limita a la reducción de daños y cuidado de las condiciones de trabajo, sino que ayuda a mejorar la competitividad, el rendimiento y eficiencia de las empresas. Prevenir incidentes, accidentes y enfermedades no solo reduce los costes, sino que supone un mayor rendimiento de la empresa:

- Trabajadores con salud y mayor calidad de vida generan un mayor rendimiento y calidad de su trabajo.
- Un entorno laboral adecuado facilita la motivación y satisfacción de la plantilla, a la que será más fácil identificarse con la organización y sus objetivos, dando lugar a mayor productividad y calidad y menores riesgos para la seguridad y salud.
- La disminución de AT y EP supone menores periodos de incapacidad, lo que se traduce en costes más bajos y menos interrupciones en la producción.
- La implantación de una cultura preventiva en la empresa mejora su imagen, lo que beneficia sus relaciones con proveedores, clientes, trabajadores y sociedad.

Gráficamente, la relación entre los costes de prevención y el número de accidentes es la siguiente:

Gráfico 2.1: Relación costes de prevención – número de accidentes



Fuente: Lobo Barral, R. (2003)

Como se observa, cuanto mayor es el número de accidentes, menores son los costes de prevención para reducirlos o eliminarlos. Además, el de prevención es inicialmente un coste alto para conseguir un bajo número de accidentes. Así que, ¿cuándo es rentable la prevención?

Antes de responder esta pregunta, matizar que los costes de prevención referenciados están formados por tres partidas:

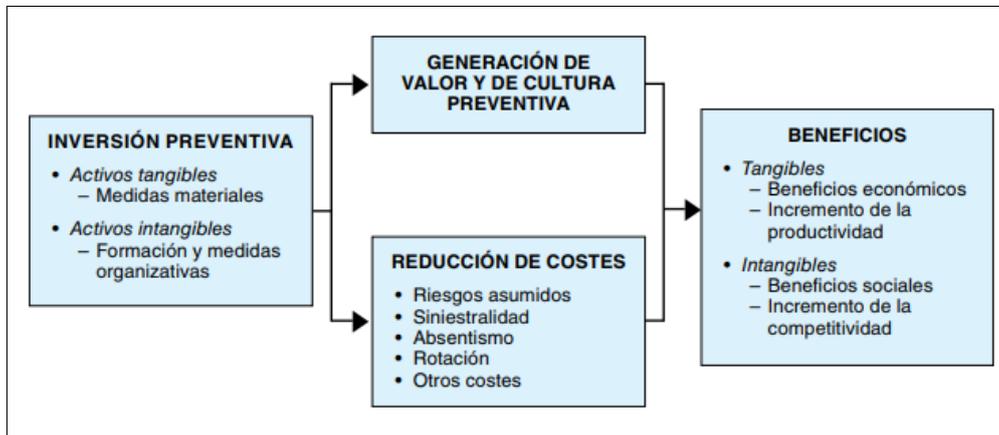
- a) Costes de diseño: se generan al inicio del proyecto y suponen un único desembolso. Incluyen mecanismos de seguridad y control en instalaciones, herramientas y maquinaria, salidas de emergencia y equipos contra incendios, sistemas de extracción de aire y ventilación, costes de sobredimensionado y aquellos derivados del cumplimiento de la normativa de lugares de trabajo (distancias mínimas, vestuarios...)
- b) Costes de operación: servicio médico de empresa y botiquín, Servicio de Prevención (Propio o Ajeno), mantenimiento de las condiciones de trabajo y diseños específicos por motivos de seguridad.
- c) Costes de planificación: seguros, estudios de evaluación de riesgos, auditorías e investigación de accidentes.

Pero la prevención no sólo está respaldada por razones económicas, ya que también existen razones legales y, fundamentalmente, éticas.

Es cierto que la rentabilidad en esta materia no puede hallarse mediante el análisis tradicional coste–beneficio: sus resultados no inmediatos y la creación de valores intangibles no siempre tienen una traducción financiera. Pero la economía de la prevención, a través del cálculo de costes de siniestralidad, además de concienciar sobre los costes que lleva aparejados y potenciar el valor preventivo, es el paso necesario para integrar esta disciplina en la organización y hacer hincapié en otros indicadores útiles de gestión como las cuantías derivadas del absentismo o la rotación de personal.

El INSHT propone los siguientes componentes para el análisis coste-beneficio del proceso preventivo, que de manera conjunta se deben tener en cuenta para su medición:

Figura 2.1: Esquema del análisis coste-beneficio del proceso preventivo con vistas a su medición



Fuente: INSHT. NTP 982: Análisis coste beneficio en la acción preventiva (I): bases conceptuales

A) INVERSIÓN PREVENTIVA

Las inversiones en Prevención son los recursos económicos que las organizaciones dedican a PRL. Se clasifican en:

- a) Inversiones de la gestión administrativa de la Prevención:
 - Costes de administración del sistema: elaboración del plan de prevención, evaluación de riesgos, inspecciones, investigaciones de accidentes, control y seguimiento.
 - Coste salarial de los profesionales de la Prevención.
 - Formación del personal de Prevención: coste del tiempo invertido.
 - Contratos con entidades especializadas.
 - Equipos de Higiene Industrial: coste y mantenimiento.
 - Auditorías internas y externas.
 - Consultorías en materia preventiva.
 - Mantenimiento y revisión de equipos e instalaciones.
- b) Inversiones en medios técnicos: todas aquellas destinadas a la adopción de medidas preventivas:
 - Protecciones colectivas y equipos de protección individual (EPIs).
 - Formación específica e información a los trabajadores.
 - Señalización.
 - Elaboración e implantación de planes de emergencia y simulacros.
 - Medidas protectoras contra incendios y equipos de primeros auxilios.
 - Reconocimientos médicos.

B) BENEFICIOS TANGIBLES E INTANGIBLES DE LA PREVENCIÓN

Los ingresos generados directamente por la puesta en marcha de medidas preventivas pueden ser:

- a) Tangibles: ahorro de costes por la reducción de fallos y mejoras en la productividad.
- b) Intangibles: aumento del potencial de la empresa, la creación de valor y ventajas competitivas. Las variables intangibles pueden aumentar su valía en los tres niveles antes mencionados: capital humano, estructural y relacional.

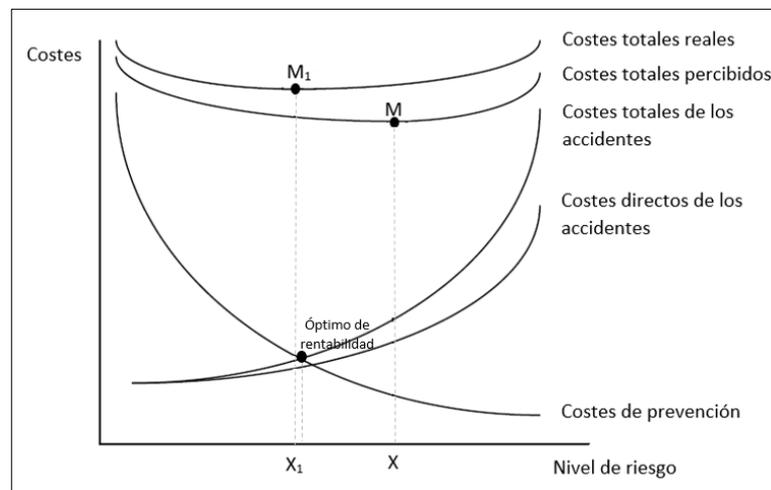
2.3.1 Óptimo económico

Para establecer el óptimo en seguridad, toda organización debe encontrar el equilibrio entre los ingresos que generan las actuaciones preventivas, principalmente en forma de ahorro de costes debido a un menor número y gravedad de siniestros, y los gastos, es decir, los costes totales que asume la empresa derivados de los accidentes y de la implantación preventiva. Este nivel de inversión en seguridad y salud se conoce como Punto Óptimo de la Inversión.

Desde la perspectiva puramente económica, llegar a este nivel puede resultar contrario a la prevención y la mejora continua: una vez alcanzado, no existen motivos para mejorar las condiciones de trabajo. Incluso cuando el daño a la salud de los trabajadores siga siendo elevado, la empresa invertirá en prevención únicamente hasta alcanzar este punto. Esta visión, además, no contempla los citados beneficios de la prevención.

Así, los costes totales en seguridad son el resultado de los costes de los accidentes y de las medidas preventivas implementadas para evitarlos. Una mayor actuación en prevención supone menores costes de accidentes, principalmente al inicio. Gráficamente, el punto de inflexión de la curva de los costes totales (Punto Óptimo de Inversión) representa el nivel a partir del cual la inversión preventiva deja de ser rentable, ya que la reducción de costes no compensaría. Es decir, en este Punto los costes son iguales al beneficio derivado de la disminución de accidentes, los costes totales alcanzan su mínimo, siendo el coste marginal en seguridad igual al beneficio marginal.

Gráfico 2.2: Costes de accidentes, prevención y Punto Óptimo de Inversión



El principal problema de este planteamiento es la existencia de un Punto Óptimo de la Inversión falso e inferior al verdadero, debido al desconocimiento de la totalidad de costes que la empresa debe soportar derivados de la siniestralidad laboral (los costes percibidos son inferiores a los reales).

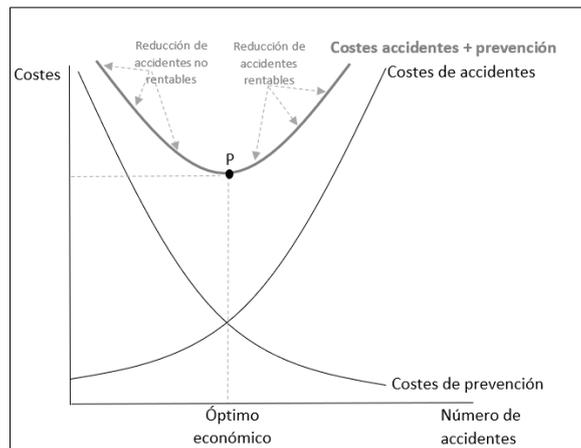
La existencia de costes indirectos supone que aumenten los costes totales, de manera que la curva de los directos se desplaza hacia la izquierda. Los puntos M_1 y M representan el Óptimo de Inversión, teniendo en cuenta y obviando respectivamente los costes indirectos. Así, el objetivo de minimizar costes se alcanza en M_1 , donde la inversión en recursos preventivos es mayor y el nivel de riesgo inferior que en M .

El punto de corte entre la curva que representa los costes de los accidentes y la de los costes de prevención, es el óptimo de rentabilidad. A la derecha de este punto toda inversión será rentable (económicamente hablando), ya que el coste en prevención es menor que al que dan lugar los accidentes que ocurran. Por el contrario, toda inversión que quede a la izquierda de éste, no será rentable al ser el coste de las medidas preventivas mayor que el de los accidentes (relación representada también en el Gráfico 2.3).

Evidentemente, la rentabilidad de las actuaciones preventivas no puede plantearse desde el punto de vista económico de manera aislada, sino que deben primar los aspectos humanos, o como mínimo, los legales.

El siguiente gráfico muestra la relación entre los costes de los accidentes y los costes de prevención, así como la vinculación prevención-accidentes:

Gráfico 2.3: Relación coste accidentes - coste prevención



Fuente: Lobo Barral, R. (2003)

Como se puede apreciar, a medida que se reducen los riesgos y el valor de las pérdidas causadas por los accidentes, los costes de prevención aumentan progresivamente. El punto P representa el Óptimo económico en el que se da la mejor relación coste-accidente.

2.4 Impacto de la legislación española en la empresa

Narocki (1999) establece que la legislación de un país determina la tendencia por parte de las organizaciones a externalizar o no los costes de los accidentes. El primer caso, se traduce en un desinterés por el impacto que AT y EP sobre los resultados de la empresa.

Una parte importante de los costes variables derivados de la siniestralidad la constituyen la responsabilidad penal, administrativa y civil ante el incumplimiento de las normas de PRL y los sujetos pasivos de los siniestros. Estas responsabilidades, además de su propia cuantía, suponen para la empresa costes internos de representación legal, peritajes o administración.

El artículo 316 del Código Penal⁶ define el delito de riesgo como aquella infracción de las normas de prevención de riesgos laborales en que incurren quienes estando legalmente obligados, no facilitan los medios necesarios para que los trabajadores desempeñen su actividad con las medidas de seguridad e higiene adecuadas, poniendo en peligro grave su vida, salud o integridad física. Prevé penas de prisión de seis meses a tres años y multas de seis a doce meses.

En cuanto al ámbito civil, la responsabilidad puede tener como origen una sentencia penal o un Accidente de Trabajo en el que no se hayan encontrado responsabilidades penales pero sí económicas (indemnizaciones) a causa de una conducta negligente. En muchas ocasiones, las empresas contratan seguros de responsabilidad civil, lo que puede disparar considerablemente sus costes.

Por último, las leyes que hacen referencia a la responsabilidad administrativa derivada de incumplimientos en materia preventiva son varias. La LISOS⁷, tras definir infracción laboral, hace una clasificación en leves, graves y muy graves, estableciendo las siguientes multas en función del grado de incumplimiento:

Tabla 1.3: Cuantía de las sanciones por infracciones en materia preventiva

INFRACCIÓN	GRADO MÍNIMO	GRADO MEDIO	GRADO MÁXIMO
LEVE	60 – 125 €	126 – 310 €	311 – 625€
GRAVE	626 – 1.250 €	1.251 – 100.055 €	100.006 – 187.515 €
MUY GRAVE	6.251 – 25.000€	25.001 – 100.005 €	100.006 – 187.515 €

Fuente: elaboración propia a partir del art. 40 LISOS

La LGSS y la LPRL (que impone sanciones aunque no se hayan producido accidentes) hacen hincapié en la diferencia entre reparación y prevención, modificando la posibilidad de externalizar este tipo de costes. En primer lugar, la LGSS habla de reparaciones: obligación empresarial de cotizar por contingencias profesionales, para hacer frente a la atención médica, costes derivados de bajas, indemnizaciones y/o pensiones. La cotización es una obligación para la empresa y su cuantía es fija, en tanto en cuanto no depende del número o gravedad de

⁶ España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *BOE núm. 281*, de 24 de noviembre de 1995.

⁷ España. Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social. *BOE núm. 189*, de 8 de agosto de 2000.

accidentes, sino del número de trabajadores y de la peligrosidad estimada para el sector en el que opera. Sí es variable el gasto al que la empresa puede tener que hacer frente, establecido por esta Ley, en forma de recargo por la infracción de las normas de seguridad e higiene en el trabajo.

Además del recargo, la Inspección de Trabajo puede requerir a la organización la implantación de medidas preventivas, limitar su capacidad de contratación con la Administración, paralizar la actividad ante un riesgo grave e inminente y/o multar por el incumplimiento de la norma. Matizar, que los costes originados por estas medidas no son imputables al accidente.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta los modelos analizados para calcular los costes ocultos, parece que el principal coste indirecto variable para las empresas es el debido al tiempo improductivo (coste que se dispara de manera exponencial a la gravedad del accidente), ya que la mayoría de costes como las compensaciones de daños, los derivados de las jornadas no trabajadas o la atención médica quedan cubiertos por la cotización por contingencias profesionales, por lo que la empresa asume el salario del día del accidente.

Apartado 3. Estudio de los costes de siniestralidad en la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

Integrar la PRL en la empresa supone considerar el coste de los accidentes en la gestión y planificación de la misma. En este apartado, tras analizar la Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria como organización, su entorno y sector, se realiza un estudio de dicho coste.

3.1 Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO), que forma parte del Sistema Público de Salud de Castilla y León (SACYL), es la organización que gestiona todo el dispositivo sanitario de la provincia de Soria en sus dos niveles asistenciales: Atención Especializada y Primaria. Cuenta con personalidad jurídica y patrimonio propios, así como con plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines. Su carácter de organismo público le obliga a cumplir la normativa vigente en materia de contratación administrativa, recursos humanos y gestión económica, además de tener que estar sometida al control financiero permanente.

La GASSO desarrolla su actividad en el Área de Salud de Soria, ámbito que coincide con el territorio de la provincia, además de seis localidades de Burgos y Zaragoza. De esta manera, cumple con lo dispuesto en la Ley de Ordenación Sanitaria de Castilla y León de prestación de servicios sanitarios, en sus distintas modalidades y en todos los núcleos de población: en los medios urbano (lo que supone el 46,43% de la población) y rural (el 53,57%).

El Área de Salud está formada por 14 Zonas Básicas de Salud que se corresponden con los municipios cabecera de comarca. El conjunto de profesionales que presta sus servicios en esta zona se denomina Equipo de Atención Primaria.

La plantilla de la Gerencia, la mayor en la provincia de Soria, se encuentra en torno a los 1.610 trabajadores, superando los 2.000 en los meses de verano. Esto supone que, de manera directa e indirecta, da empleo a más del 5% de la población activa de la provincia y representa un 7% de su PIB.

Desde 2011 cuenta con la acreditación de su nivel de calidad según el modelo europeo EFQM. En febrero de 2014 obtuvo la máxima calificación EFQM, el nivel 5 estrellas, 500+, colocando a la organización como la única sanitaria integrada de España con esta distinción, motivo por el que fue elegida en 2015 como una de las empresas para representar a España en el Programa Embajadores de la Excelencia, que tiene como objetivo promocionar en Europa la Marca España. Aunque ese mismo año la calificación se rebajó al nivel 4. Manteniéndose también en 2016 y 2017 año en el que se le ha otorgado una puntuación entre 450 y 500, por lo que actualmente, cuenta con un sello EFQM 400+.

Al margen de este reconocimiento, en 2012 se inició un nuevo *“modelo de organización sanitaria basado en atender todas las necesidades de la población con los recursos disponibles, de la manera más resolutiva, eficaz y eficiente posible, con las menores molestias y la mayor seguridad para los pacientes y buscando la*

excelencia por la mejora continua de la calidad asistencial". En 2017, tras la integración de unidades, este modelo, incluido en el Plan Estratégico 2015-2020 es una realidad.

3.1.1 Misión, visión y valores

La GASSO tiene como misión atender de manera global e integrada las necesidades sanitarias de la población de la provincia de Soria, contribuyendo a promover, cuidar, recuperar y mejorar su salud basándose en la universalidad, equidad, eficiencia y accesibilidad, a formar a futuros profesionales y contribuir al conocimiento a través de su labor investigadora.

Ofrece servicios para cubrir las necesidades de asistencia de los ciudadanos de manera integrada, participativa, centrada en la persona y la comunidad, que aspira a ser líder por la excelencia de sus profesionales y resultados, orientada a la mejora continua y reconocida por la calidad de la asistencia y su aportación científica y docente.

El trabajo de la organización se cimenta sobre 9 valores:

- 1) Capital humano emprendedor: trabajo en equipo y sentido de pertenencia.
- 2) Integración asistencial orientada hacia el paciente y su entorno.
- 3) Gestión clínica basada en la descentralización a través del liderazgo compartido y la motivación.
- 4) Búsqueda de la excelencia a través de la mejora continua y la innovación.
- 5) Autosuficiencia.
- 6) Implicación en la sociedad y compromiso con el medio ambiente.
- 7) Participación de profesionales y usuarios.
- 8) Planificación con objetivos a medio y largo plazo.
- 9) Sostenibilidad financiera y asistencial.

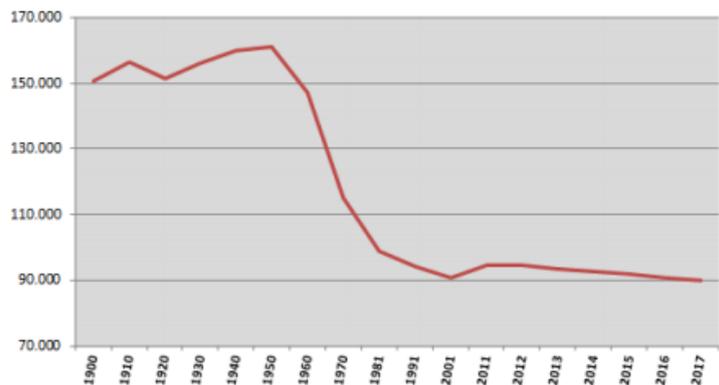
3.1.2 Entorno geográfico y sociodemográfico

Soria, situada en la parte Este de Castilla y León, cuenta con una superficie es de 10.287 km². Es la provincia menos poblada de España, con una densidad de 8,7 habitantes/km², y una de las menores de la Unión Europea, por lo que es calificada como desierto demográfico. Tiene más de 500 núcleos de población, agrupados en 183 municipios, de los cuales casi la mitad son pueblos de menos de 100 habitantes.

La atomización de la población en núcleos muy pequeños influye de manera determinante en la asignación de los recursos sanitarios, pudiendo resultar ineficiente la prestación de este servicio público básico desde el punto de vista económico en todos los pueblos de la provincia.

Según los datos publicados por el INE en 2017 su población ascendía a 88.903 personas, de los cuales el 43,73% viven en la capital.

Gráfico 3.1: Evolución de la población de la provincia de Soria 1900-2017



Fuente: Memoria GASSO 2017

Analizando el histórico de datos, se observa desde 1960 un constante descenso de la población en la provincia motivado por la migración hacia los principales núcleos urbanos de España. Desde el año 2011, coincidiendo con el declive de la economía, empieza a producir efectos el crecimiento vegetativo, es decir, la diferencia entre nacimientos y defunciones, con signo negativo desde 1980:

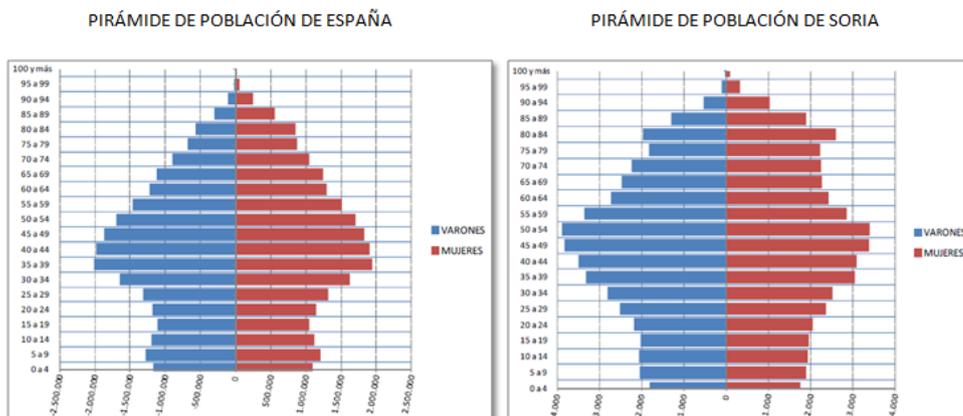
Gráfico 3.2: Crecimiento vegetativo de la población de la provincia de Soria 1975-2017



Fuente: Memoria GASSO 2017

La distribución de la población por edad y sexo refleja que, en cuanto al envejecimiento, Soria se encuentra ligeramente por encima de la media de España. La pirámide poblacional de la provincia muestra una población muy envejecida, que no difiere en exceso con respecto a la pirámide española:

Gráfico 3.3: Comparativa pirámide poblacional española y soriana



Fuente: Memoria GASSO 2017

3.1.3 Sector de actividad: mercado, clientes, competidores, proveedores y partners

El mercado de referencia de la GASSO está compuesto por todos ciudadanos del Área de Salud de Soria. La población con Tarjeta Individual Sanitaria en el año 2017 ascendía a 87.395 personas, lo que representa más del 98%.

Las proyecciones de población a largo plazo elaboradas por el INE, que permiten conocer los segmentos de clientes futuros, prevén para Soria los siguientes escenarios:

- Aumento de la esperanza de vida de manera lenta pero sostenida, lo que supondría un porcentaje de mayores de 65 años muy superior al actual.
- Creciente concentración de la población en la capital en detrimento de la provincia.
- Desplazamiento de los recursos sanitarios de las zonas rurales a la capital, lo que no tiene por qué suponer una reducción de los servicios rurales, ya que aunque se reduzca el número de pacientes es necesario mantener dichos servicios adecuados a la nueva situación.

El análisis sociodemográfico realizado permite intuir que Soria no resulta una provincia atractiva ni previsiblemente rentable para la prestación de servicios sanitarios privados. En estos momentos, la provincia no cuenta con ninguna clínica privada (lo que supone para la GASSO una clara ventaja competitiva), aunque en 2016 se anunció la construcción de una⁸, proyecto que todavía no ha finalizado. Por lo tanto, actualmente la GASSO es la encargada de atender a todos los enfermos del sistema público, privado, accidentes de tráfico y mutualistas.

Las organizaciones sanitarias ofrecen múltiples productos y servicios y, pese a que la plantilla de la Gerencia es la más extensa de la provincia, no es posible disponer de personal especializado para dar respuesta a todas sus necesidades. Por ello, es necesario recurrir a colaboradores con los que establecer una relación de colaboración y participación conjunta orientada al producto o servicio final.

La GASSO cuenta con una amplia lista de partners en el ámbito social, universitario e institucional, lo que beneficia a todas las partes, como en el caso de la UVA, con quien el año pasado se firmó un convenio de colaboración, en cuyo marco queda encuadrado este trabajo.

⁸ **RAMÓN RODRÍGUEZ, J (2016).** “El grupo Latorre construirá una clínica sanitaria”. En http://www.heraldodiariodesoria.es/noticias/soria/grupo-latorre-construira-clinica-sanitaria_64607.html

3.1.4 Organigrama, recursos humanos y económicos

La integración a nivel asistencial y organizativo queda plasmada en este organigrama, cuyo fin es conseguir la unificación de estos aspectos en un Área única para lograr la percepción por parte del paciente de la atención sanitaria en Soria como un todo. Este organigrama busca una estructura horizontal en la que prima el carácter de apoyo a las unidades asistenciales frente al posicionamiento jerárquico.

En lo referente a la atención hospitalaria, se diferencia entre aquellas unidades que atienden a los pacientes, que se denominan servicios, y aquellas que no tienen una relación directa con los pacientes. Dentro de los servicios se pueden diferenciar unidades: asistenciales (prestan directamente la asistencia al cliente), centrales (realizan pruebas diagnósticas para otras unidades) y de apoyo (prestan soporte técnico a todas las unidades)

Las unidades sin atención directa a los pacientes, pueden ser: organizativas (apoyan a nivel administrativo al resto) y centrales o de apoyo no asistenciales (servicios de mantenimiento de infraestructuras o apoyo técnico a los servicios centrales)

La Consejería de Sanidad, a través del Sistema Público de Salud de Castilla y León, establece las prestaciones sanitarias vigentes en cada momento, garantizando a los ciudadanos la equidad y accesibilidad en todo el territorio. De esta manera, el catálogo de la GASSO está formado por 58 unidades.

Los trabajadores pueden estar vinculados por una relación funcional, laboral o estatutaria. En cualquier caso, el personal se puede clasificar atendiendo a la función que desarrolle como personal sanitario, que en 2017 representaba el 72% de la plantilla, o de gestión y servicios, el 28% restante. O bien de acuerdo con el tipo de contrato: fijo o temporal, distinguiendo en este último entre interino por vacante, eventual por razones coyunturales o de sustitución.

En el año 2017 el presupuesto ejecutado fue de 132.871.066 euros, lo que confirma la tendencia creciente de los últimos ejercicios, con un aumento del 5% desde 2015. Por capítulos, esto supone un aumento del 0,44% en personal, del 5,92% en bienes corrientes, servicios y conciertos y del 4,11% en farmacia y ayudas a familias.

En cuanto al número de facturas emitidas en 2017, ascendieron a 3.525 lo que supone 1.751.491,96€ y un porcentaje de cobros sobre facturado del 101,11%.

Figura 3.4: Organigrama de la GASSO



Fuente: Memoria GASSO 2017

3.1.5 Análisis DAFO

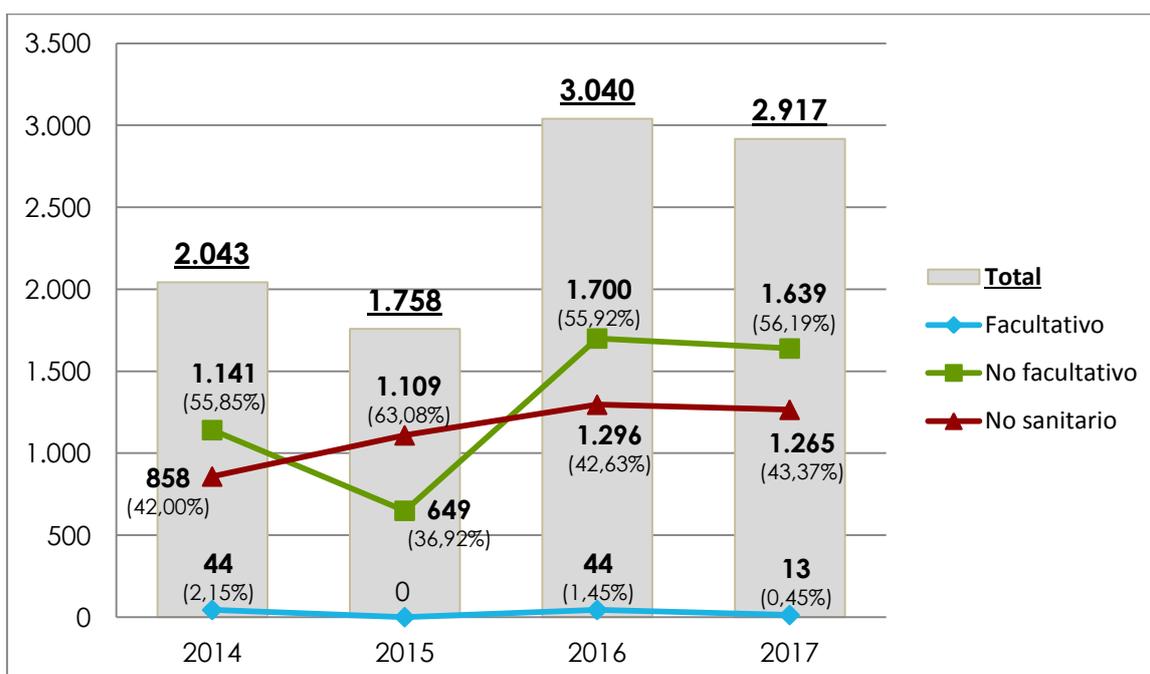
	DEBILIDADES	FORTALEZAS
ANÁLISIS INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> · Falta de coordinación entre las unidades y escasa cultura de integración · Antigüedad y mal estado de parte de las instalaciones · Estructura organizativa burocratizada · Desmotivación y desconfianza de los profesionales por la progresiva pérdida de retribuciones y condiciones laborales · Escasa influencia en las decisiones político-económicas sanitarias centrales por la localización geográfica periférica · Incremento de los gastos motivado por la aparición de nuevos costes y el aumento de los consumos · Falta de medios de comunicación con disponibilidad a las horas habituales de consulta con los centros de referencia que cuentan con servicios no disponibles en la cartera de la GASSO · Reducciones de plantilla por debajo de umbrales mínimos 	<ul style="list-style-type: none"> · Adaptación a las condiciones sociodemográficas de la provincia · Implicación en la sociedad y compromiso con el medio ambiente · Autosuficiencia asistencial y sostenibilidad financiera · Capital humano, formación, trabajo en equipo y sentido de pertenencia · Coordinación e integración asistencial · Estrategia de gestión a través de procesos asistenciales integrados · Capacidad resolutive · Investigación e innovación · Búsqueda de la excelencia: mejora continua e innovación · Participación de profesionales y usuarios · Planificación: objetivos a medio y largo plazo · Alta calidad de los servicios prestados · Equipo directivo implicado con el modelo asistencial integrado · Liderazgo estable y con metas claras · Comunicación clara · Historia clínica informatizada e integrada con incorporación de nuevas tecnologías
	AMENAZAS	OPORTUNIDADES
ANÁLISIS EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> · Condiciones sociodemográficas: despoblación, dispersión, malas comunicaciones... · Envejecimiento creciente de la población · Escaso tejido industrial, limitadas actividades económicas y escasa población en edad laboral · Inexistencia de recursos asistenciales próximos con los que establecer sinergias · Aumento no controlado de la demanda, lo que puede condicionar el cambio del modelo asistencial y las posibilidades presupuestarias · Aparición de nuevas patologías y aumento de procesos oncológicos · Falta de solvencia por la insuficiente financiación del techo de gasto · Falta de profesionales para cubrir vacantes 	<ul style="list-style-type: none"> · Disponibilidad en el mercado de profesionales altamente formados · Contención de precios en el sector · Asociacionismo creciente de pacientes y familiares que favorece las alianzas y la formación · Expansión de nuevas tecnologías y redes sociales como cauces de comunicación · Capacidad de acceder a recursos adicionales a través de sistemas innovadores y pioneros de gestión · Valoración social de la salud como pilar básico del bienestar social · Posibilidad de influir en el cambio cultural necesario para la continuación del Sistema Nacional de Salud · Desarrollo de programas piloto por las condiciones demográficas

3.2 Costes de siniestralidad en la GASSO

El objetivo de este apartado es realizar un estudio, a partir de los datos proporcionados por Carmen Gil, Técnico de Gestión de la GASSO, del absentismo en la organización derivado de AT y EP (ver Anexo IV). La información facilitada hace referencia únicamente a la Atención Especializada, por lo tanto, este será el único nivel que se analice. Además, en los apartados de sustituciones, tanto en días como en gasto, los datos no diferencian entre contingencias comunes y profesionales, y desagregarlos resulta imposible.

Para cada ítem a estudiar, se ha elaborado una tabla en la que se recogen todos los aspectos que le afectan (ver Anexo V) y se ha representado en un gráfico para analizar su evolución de manera más detallada. En los casos en los que se diferencian categorías profesionales, en azul se representa al personal sanitario facultativo (médicos), en verde al sanitario no facultativo (enfermeros, técnicos auxiliares de enfermería y técnicos superiores) y en rojo al personal no sanitario (celadores y resto del personal no sanitario).

Gráfico 3.4: Días de absentismo por contingencias profesionales en la GASSO: Atención Especializada 2014-2017

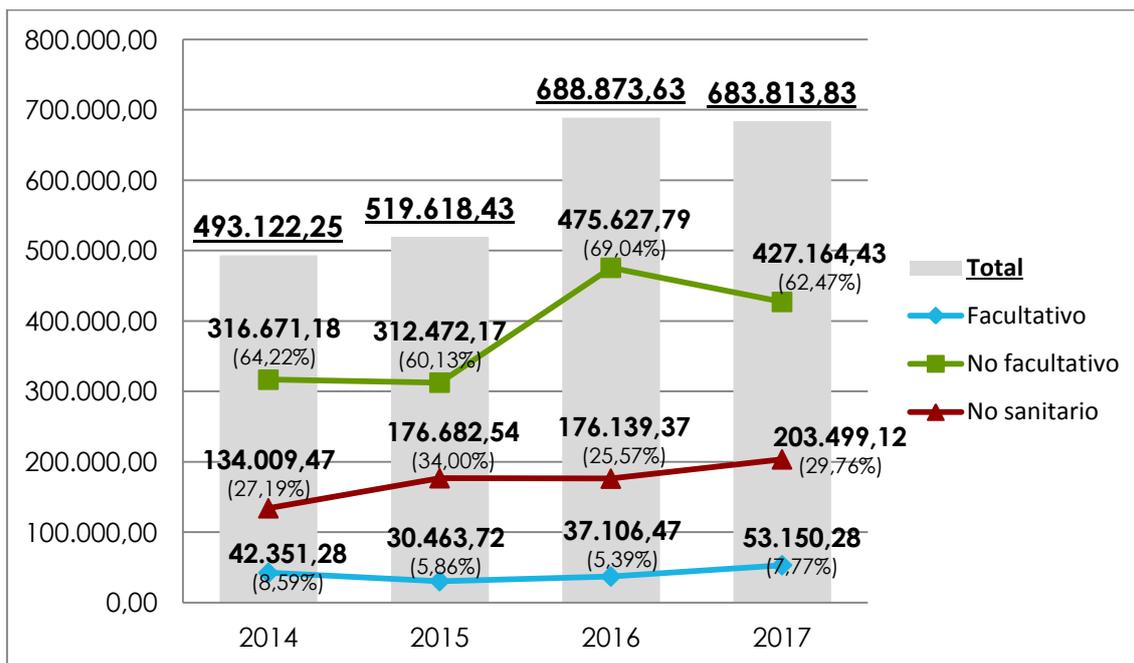


Fuente: elaboración propia

El absentismo derivado de contingencias profesionales representa en cada año un porcentaje similar con respecto al total, alcanzando en 2016 el máximo tanto en cifra total como en porcentaje (3.040 días, que representan el 4,28%). Por el contrario, la distribución por categorías profesionales, no sigue una línea homogénea, sufriendo grandes crecidas y disminuciones para cada uno de los grupos. Únicamente, es el personal facultativo quien anualmente menos días no acude a trabajar por esta causa, marcando una gran diferencia con las otras subdivisiones. Cabe destacar que en los cuatro años analizados únicamente en el año 2014 se produjo un AT en este colectivo, por lo que se puede deducir que en 2016 y 2017 el absentismo es debido a una o más EP. El personal no

facultativo es el que más AT sufre tanto cada año como en el total de los cuatro que se estudian. Lo mismo ocurre con sus días de absentismo, que a excepción de en 2015, son los mayores a nivel total y porcentual, alcanzando el mayor dato en 2016 con 1.700 días, 19 AT y representando un 161,94% más que en el ejercicio precedente. 2016 es también el año en el que sucedieron un mayor número de AT y dieron lugar a más días de Incapacidad Temporal para el personal no sanitario: 17 y 1.296 respectivamente (un 42,63% del absentismo total).

Gráfico 3.5: Gasto en sustituciones (€) por IT en la GASSO: Atención Especializada 2014-2017

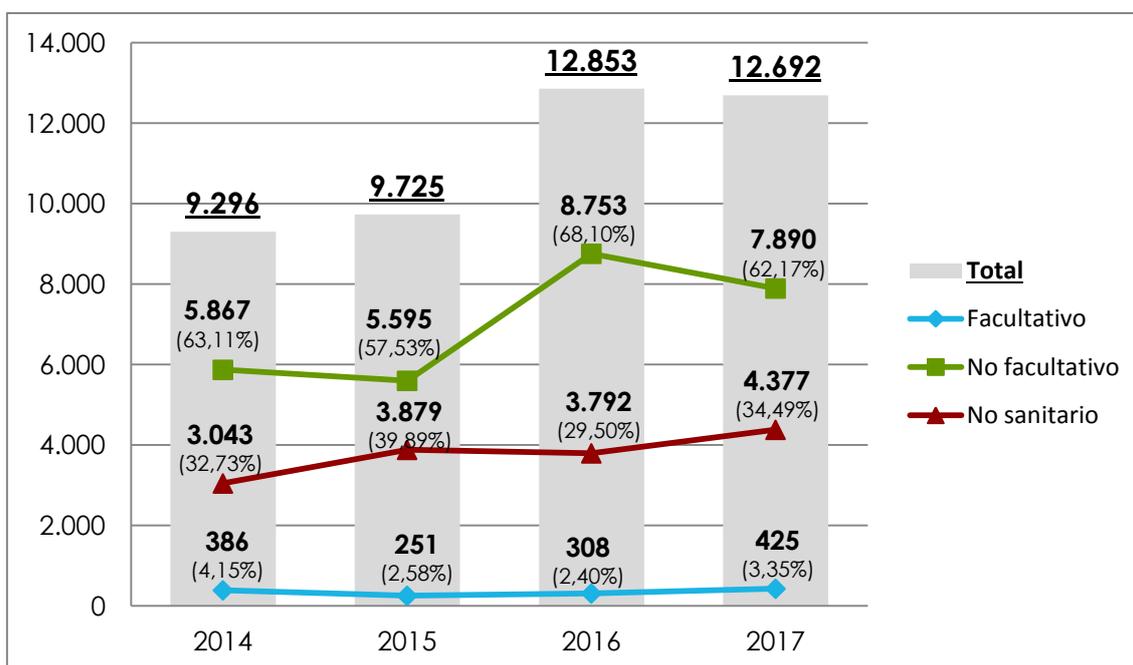


Fuente: elaboración propia

Porcentualmente el mayor gasto en sustituciones por IT (recordar que este dato no está desagregado en contingencias comunes y profesionales) se dio en 2014, representando un 30,30% del total de esta partida. Desde 2015 este porcentaje se mantiene sobre el 26%, descendiendo en el último año casi 2 puntos. Sin embargo, desde 2014 hasta el año pasado en términos totales esta cifra mantenía una tendencia ascendente, alcanzando en 2016 el máximo de 688.873,63€, coincidiendo con el mayor número de días de absentismo por contingencias comunes y descendiendo un 0,73% el siguiente ejercicio. Mencionar que el gasto de sustituciones representa cada año en torno al 1% del presupuesto destinado a personal (en 2014 el 0,99%, 2015 el 1,04%, 2016 el 1,35% y 2017 el 1,28%). El gasto en este concepto de los facultativos es el menor de las 3 categorías, oscilando entre el 5 y el 9% en los cuatro años. La mayor cuantía (53.150,28€) se destinó en 2017, lo que supuso igualmente la mayor tasa de crecimiento: el 43,24% con respecto al año anterior. El sanitario no facultativo es la categoría a la que anualmente se dedica una mayor cantidad de dinero en concepto de sustituciones por IT, lo que representa del

60 al 70% de esta partida cada año, alcanzando el 2016 algo más del 18% del gasto total de sustituciones (en 2014 esta cifra fue de casi el 20%). Es también en 2016 cuando, coincidiendo con el mayor número de días de absentismo por AT y EP el gasto es mayor: 475.627,79€, un 52% más que en el ejercicio anterior. Del gasto total en sustituciones por IT, cada año se destina entorno al 30% al personal no sanitario, coincidiendo de nuevo el mayor importe con el mayor número de días de absentismo tanto por contingencias comunes como profesionales, esta vez en 2017, alcanzando los 203.499,12€, lo que supone la segunda mayor crecida de la serie, del 15,53%.

Gráfico 3.6 Días de sustituciones por IT en la GASSO: Atención Especializada 2014-2017

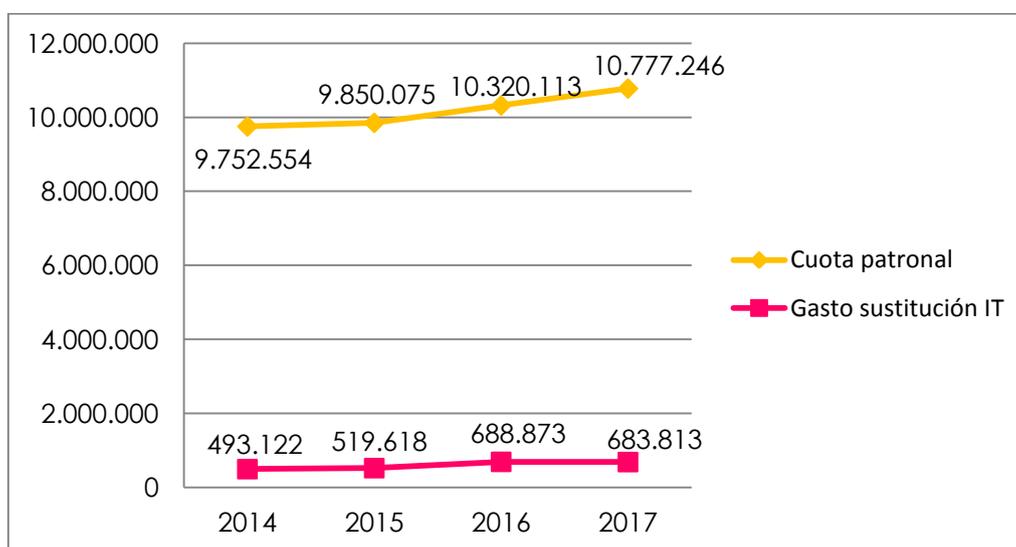


Fuente: elaboración propia

Como es de esperar, la evolución de los días de sustitución sigue una senda muy similar al gasto por este concepto analizado en el Gráfico 3.5. Cada año los días de sustituciones por IT a nivel de Atención Especializada en la GASSO supone en torno al 30% del total, presentando una tendencia descendente: en 2014 representaba el 31,43% del total de días de sustitución y de manera progresiva esta proporción es cada año menor hasta situarse en 2017 en el 26,33%. En cuanto a porcentajes, es el de los facultativos (siempre el menor de las tres categorías) el que presenta mayores diferencias con respecto al gasto, ya que este último es el doble del porcentaje de los días que se les sustituye. Ello es debido a que el salario que perciben es notablemente superior al del resto de categorías, y consecuentemente, supone una mayor cantidad de dinero sustituir un día a un médico. En cuanto a sus días de sustitución, es en 2017 cuando se alcanza la mayor cifra, representando el 3,35% pero en 2014 cuando el porcentaje es el mayor de la serie, en concordancia con lo sucedido con el gasto. Como se ha señalado, en estos años únicamente se ha registrado un AT para este grupo (en 2014), por lo que se deduce que estas cifras están

justificadas principalmente por periodos de IT derivados de contingencias comunes. Los días de sustitución del personal no sanitario alcanzan su máximo en términos totales en 2017, mientras que a nivel porcentual lo hacen en 2015, de igual manera que en el Gráfico anterior. Los datos de 2017 están motivados por la mayor ausencia tanto por contingencias profesionales (13 AT) como comunes dentro de los cuatro años. Por último, el personal no facultativo encabeza nuevamente el número de días de sustitución (también debido a que el grueso que conforma esta plantilla es señaladamente superior a las dos otras categorías). 2016, año con más absentismo por ambos tipos de contingencias, presenta un mayor valor alcanzando los 8.753 días, lo que supone un crecimiento del 56,44% con respecto a 2015 y el 68,10% de los días de sustituciones ese ejercicio.

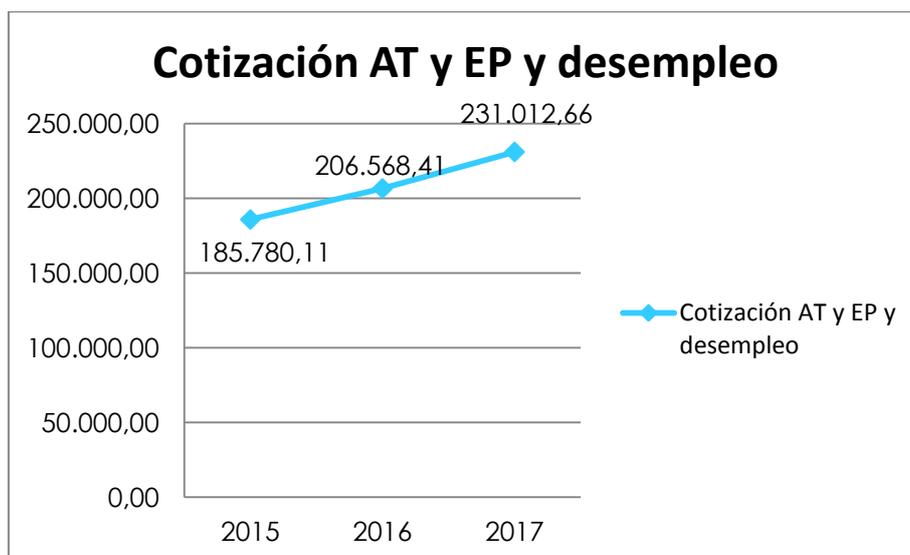
Gráfico 3.7: Cuota patronal y gasto en sustitución por IT en la GASSO: Atención Especializada 2014-2017



Fuente: elaboración propia

La cuantía que cada año debe afrontar la GASSO en concepto de cuota patronal muestra una tendencia creciente, aumentando más del 10% en estos cuatro años, de manera que alcanza su mayor valor en 2017, con un crecimiento del 4,43% con respecto a 2016. Esta evolución únicamente puede ser debida a un incremento en las retribuciones, ya que la plantilla se mantiene constante en este periodo (ver Anexo IV.VII). Como ya se ha analizado, el gasto de sustituciones por IT sigue una trayectoria hasta 2016 creciente, año en el que experimenta una subida de más del 30%, y en 2017 sufre un ligero descenso. La relación entre estos dos conceptos ofrece unos valores que oscilan entre el 5 y el 6,70%, por lo que de cara a la planificación presupuestaria, es posible estimar con bastante certeza los valores que presentarán estos conceptos, por lo menos a corto y medio plazo.

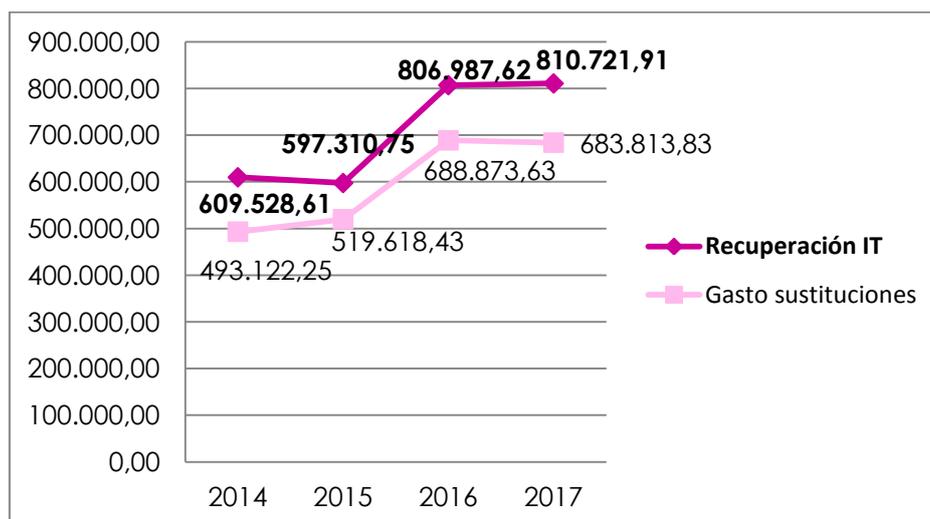
Gráfico 3.8: Cotización por AT y EP y desempleo en la GASSO: Atención Especializada 2014-2017



Fuente: elaboración propia

La cotización por AT y EP y desempleo únicamente se puede estudiar desde 2015, ya que para 2014 los datos no están desagregados. Como se puede observar en el gráfico, este concepto presenta una tendencia al alza, con un crecimiento anual de más del 11% y representando en cada ejercicio en torno al 2% del total de las deducciones salariales. Este evolución creciente, del 24% en dos años, es debida, al igual que la cuota patronal, a unas mayores percepciones salariales.

Gráfico 3.9: Recuperación por IT en la GASSO: Atención Especializada 2014-2017



Fuente: elaboración propia

La recuperación por IT, es la partida por la que, cuando un trabajador se encuentra de baja, en lugar de hacer frente al total de este gasto con cargo al presupuesto (Capítulo I), hay una parte de la que se hace cargo el INSS, lo

cual supone menor gasto para la GASSO. De esta manera, se deduce que es una magnitud estrechamente relacionada con el gasto por IT, pues ambas dependen de los mismos factores y, por este motivo, presentan un recorrido similar. La recuperación por IT supone un ahorro del 1,52%, 1,58%, 1,20% y 1,22% del presupuesto de personal anualmente de 2014 a 2017. En cuanto a su evolución, únicamente de 2014 a 2015 sufrió un descenso, del 2%, experimentando en 2016 una notable subida del 35,10% y apenas variando en 2017.

BLOQUE 3. CONCLUSIONES

La entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales supuso un punto de inflexión en el compromiso de la población española con la seguridad y salud en el trabajo. Junto con las normas que la complementan y refuerzan, se ha conseguido España sea hoy un país involucrado en esta materia. Es cierto que todavía queda camino por recorrer, especialmente de cara a una Prevención real, más allá de los trámites burocráticos, que sea concebida verdaderamente como una inversión y como una parte necesaria para la gestión efectiva de toda organización.

Trabajo y salud son términos que se complementan: únicamente a través de la actividad laboral se puede alcanzar la triple dimensión que la OMS atribuye a la salud: “*estado completo de bienestar físico, mental y social*”. Un mal ambiente de trabajo, en el que existan factores de riesgo sin gestionar, puede perjudicar seriamente la salud de quien se encuentra expuesto, en forma de Accidente de Trabajo (AT) y/o Enfermedad Profesional (EP).

Por lo tanto, la siniestralidad laboral, se materializa en forma de AT y EP, conceptos que es de vital importancia identificar y diferenciar. Los accidentes ocurren de manera brusca e inmediata, en forma de lesiones traumáticas y son causados principalmente por agentes físicos, químicos y mecánicos. Las enfermedades se manifiestan a medio o largo plazo, tras un periodo de exposición y suelen estar ocasionadas por las condiciones ambientales, agentes contaminantes y factores psicosociales. Para ambos conceptos existe una definición desde el punto de vista legal, recogida en la Ley General de Seguridad Social, y otra desde el técnico-preventivo, propuesta por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

En términos históricos, en 1900, con la promulgación de la Ley de Accidentes de Trabajo, se inicia la acción protectora frente a estas situaciones. De manera progresiva, la protección social a trabajadores y sus familias ha ido dando cobertura a un mayor número de contingencias profesionales y comunes, desarrollándose, al mismo tiempo, una mayor conciencia preventiva mediante la imposición de ciertas obligaciones a los empresarios en esta área. Desde los años 60 se han promulgado multitud de leyes cuyo objetivo es la creación de un modelo único, integrado y universal de protección a través de la Seguridad Social, con nuevas prestaciones gestionadas por organismos creados a tal efecto, como es el caso de las sanitarias y el INSALUD respectivamente. A nivel preventivo destaca, como se ha señalado, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales junto con el Reglamento de los Servicios de Prevención, que han dado lugar a que en la actualidad prime el concepto de seguridad integral.

Los costes que lleva aparejada la siniestralidad laboral (humano y económico) son soportados por tres agentes: el trabajador accidentado (principal perjudicado), la empresa y la sociedad. El humano es un coste difícilmente cuantificable, mientras que al económico sí se le puede asignar un valor monetario, que en la mayoría de casos es muy inferior al real. Este hecho cobra especial relevancia en el ámbito empresarial, debido a que se ignoran, en muchas ocasiones, las pérdidas que puede originar un AT: daños humanos,

costes sociales y legales, pérdidas de materiales y equipamientos, empeoramiento de la imagen, etc.

Que una organización sea consciente de los costes que supone un AT es requisito indispensable para integrar plenamente la Prevención en la gestión de la misma. Conocer estos datos permite evaluar la rentabilidad preventiva en términos económicos y sociales, además de sacar a la luz costes antes ocultos, que pueden lastrar la cuenta de resultados sin ni siquiera ser conscientes y por lo tanto, no poder actuar sobre ello. Estas partidas se pueden clasificar en costes tangibles e intangibles (de acuerdo con el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo) y en fijos o variables.

La no existencia de un modelo unificado y reconocido globalmente para estimar los costes derivados de un siniestro laboral, evidencia la complejidad de este cálculo. Los métodos que cuentan con mayor aceptación son tres: método de Heinrich, de Simonds y el de los elementos de producción. El primero estima el coste total de un AT como la suma de los costes directos (partidas que se pueden identificar inequívocamente con el suceso) e indirectos (la relación con el siniestro no es directa y su valoración es complicada) y establece entre estas dos partidas una relación de $\frac{1}{4}$, lo que demuestra el peso de los costes "ocultos" y la complejidad de asignar a un AT un coste exacto. Simonds clasifica los costes en asegurados y no asegurados (dependen de la existencia de siniestros) y establece cuatro tipos de accidentes para determinar la cuantía de estos últimos. El método de los elementos de producción propone como coste total de un AT la suma de las pérdidas a que éste da lugar en cada uno de los cinco elementos de producción.

Conocer todos los costes que asume la empresa es indispensable para llevar a cabo el análisis coste-beneficio, de lo contrario las conclusiones obtenidas serán erróneas e inferiores a las reales. Este estudio, que debe adaptarse a las particularidades de la materia, permite conocer como los costes de la prevención (puesta en marcha y mantenimiento de una política preventiva) se convierten en una inversión rentable a través del ahorro, por la reducción en los índices de siniestralidad, y el aumento de valor de los intangibles. Plasmando gráficamente estos conceptos, se obtiene el punto óptimo de rentabilidad, únicamente teniendo en cuenta el punto de vista económico, que representa la mejor relación coste-accidente.

Narocki estableció que la legislación de un país determina la tendencia de sus empresas a externalizar los costes de los accidentes. Una vez analizado el marco normativo español, especialmente el sancionador, en materia de seguridad y salud laboral considero que no es este el caso de nuestro país. Tanto el Código Penal como la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social (LISOS), la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) o la Ley General de Seguridad Social (LGSS) prevén sanciones económicas para las organizaciones infractoras que no pueden ser aseguradas. Únicamente existe la posibilidad de externalizar las indemnizaciones derivadas del ámbito civil.

La Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria (GASSO) es una de las organizaciones de mayor relevancia para la provincia por su contribución al PIB y a la creación de empleo. Desde 2012, y siempre teniendo en cuenta su

misión, visión y valores, se trabaja progresivamente para la implantación de un nuevo modelo de organización sanitaria basado en la integración. El factor que condiciona en mayor grado la actividad y planificación de la GASSO (sin competidores públicos o privados) es indudablemente el sociodemográfico, con unas pesimistas estimaciones de cara al futuro. Pese a ello, la Gerencia trata de transformarlo en una oportunidad, adaptándose a los cambios.

Las conclusiones específicas del estudio de los costes de siniestralidad en la GASSO han sido:

Debido al proceso de integración asistencial en marcha, los datos analizados de 2014 a 2017 únicamente hacen referencia al nivel de Atención Especializada, no siendo posible estudiar los de toda la Gerencia. No contar con datos de gasto y días de sustituciones desglosados en función del tipo de contingencia (común o profesional) hace que no se pueda determinar, al menos, el coste directo de un Accidente de Trabajo en la GASSO.

Las cifras de absentismo por contingencias profesionales, presentan, a excepción de en 2015 unos valores totales constantes en relación con el total. Por categorías, anualmente es el personal sanitario no facultativo quien más se ausenta del trabajo por este motivo, siendo la categoría profesional más numerosa, que representa en torno al 55% del personal de Atención Especializada, porcentaje que se mantiene con relación al total en lo que absentismo y número de AT se refiere.

El gasto y días de sustituciones por IT (ítems con una evolución pareja), muestran en términos totales una tendencia al alza, pero el porcentaje que representan respecto al total es cada año menor. De nuevo, el personal no facultativo es el que presenta mayores cifras, justificadas por las mismas causas que en el caso del absentismo, y teniendo en cuenta que estas partidas incluyen también los periodos de baja por enfermedad común y accidente no laboral.

La cuota patronal y la cotización por AT y EP y desempleo, al depender del mismo factor, muestran de 2014 a 2017 una trayectoria creciente. Esto es debido, al menos en 2017, a la subida del 1% en la retribución de los empleados públicos. La relación establecida entre esta cuota y el gasto por sustitución permite concluir que la planificación presupuestaria se puede realizar con cierta fiabilidad a medio plazo.

En cuanto a la recuperación por IT, concepto existente por estar analizando el sector público, sigue, como no puede ser de otra manera, la evolución marcada por el gasto en sustituciones, partida de la que depende.

BLOQUE 4. BIBLIOGRAFÍA

Publicaciones, libros y artículos

AGENCIA EUROPEA PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD EN EL TRABAJO (2013): *Estimación del coste de los accidentes y los problemas de salud relacionados con el trabajo*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Luxemburgo

BESTRATÉN BELLOVÍ, M. (1982): *NTP 1: Estadísticas de accidentabilidad en la empresa*. INSHT

BESTRATEN BELLOVÍ, M. y SALAS OLLÉ, C. (2013): *NTP: 982: Análisis coste beneficio en la acción preventiva (I): bases conceptuales*

BESTRATEN BELLOVÍ, M., GIL FISA, A. y PIQUÉ ARDANUY, T. (2001): *NTP 594: La gestión integral de los accidentes de trabajo (III): costes de los accidentes*. INSHT

ESPLUGA, J. y CABALLERO J. (2005): *Introducción a la Prevención de riesgos laborales*. Editorial Ariel SA, Barcelona.

GERENCIA DE ASISTENCIA SANITARIA DE SORIA (2017): *Memoria 2017*

GONÁLEZ MUÑIZ, R. (2003): *Manual básico: Prevención de riesgos laborales*. Thompson Editoriales Spain Paraninfo SA, Madrid.

GUASH FARRÁS, J. y BESTRATÉN BELLOVÍ, M. (2013): “Los costes de la no prevención”. *Seguridad y salud en el trabajo*; 27: 28-40.

INSTITUTO EUROPEO DE DESARROLLO Y TECNOLOGÍA (2016): *Prevención de Riesgos Laborales*. Indetec, Sevilla.

LOBO BARRAL, R. (2003): *Aplicación de modelos de evaluación económica de las consecuencias de los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales dirigidos a la medición de indicadores coste/eficiencia y coste/beneficio en las actuaciones preventivas en la empresa, en el mercado productivo de la Comunidad Autónoma de Castilla y León*. Centro de Seguridad

MOLINA BENITO, J.A. (2006): *Historia de la seguridad en el Trabajo*. Gráficas Germinal, Valladolid

MOLTÓ GARCÍA, J.I. (2003): *Prevención de Riesgos laborales en las Administraciones Públicas (La imputación de responsabilidades)*. Editorial Tecnos (Grupo Anaya SA), Madrid.

NAROCKI FLAMINMAN, C. (1999): “Si “la prevención es rentable” ¿porqué no lo han descubierto los empresarios? Una revisión de propuestas para políticas en salud laboral”. *Cuadernos de Relaciones laborales*; 14: 101-132

OTERO SIERRA, C., RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ I., y SALAS OLLÉ, C. (2013): *Análisis del coste de los accidentes de trabajo en centros sanitarios. ¿Inversión en prevención?*. Universidad Politécnica de Cataluña. Barcelona

PUJOL SENOVILLA, L. y MAROTO GÓMEZ, V. (2003): *NTP 640: Indicadores para la valoración de intangibles en prevención.* INSHT

SALAS OLLÉ, C. (2013). “Integración del análisis coste-beneficio en la gestión de la prevención de riesgos laborales”. *Oikonomics*; 4: 14-20

SAN ROMÁN CONSULTORÍA Y FORMACIÓN (2009): *Estudio sobre los costes de la no prevención. Informe de fuentes secundarias.* Fundación para la Prevención de Riesgos Laborales, Madrid.

Legislación

España. Constitución Española. *BOE núm. 311*, de 29 de diciembre de 1978, 40

España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *BOE núm. 269*, de 10 de noviembre de 1995.

España. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. *BOE núm. 27*, de 31 de enero de 1997.

España. Real Decreto 67/2010, de 29 de enero, de adaptación de la legislación de Prevención de Riesgos Laborales a la Administración General del Estado. *BOE núm. 36*, de 10 de febrero de 2010, 16

España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *BOE núm. 281*, de 24 de noviembre de 1995.

España. Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social. *BOE núm. 189*, de 8 de agosto de 2000.

España. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. *BOE núm. 255*, de 24 de octubre de 2015.

España. 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. *BOE núm. 261*, de 31 de octubre de 2015.

Páginas web

Página web del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo:

<http://www.insht.es/>

BLOQUE 5. ANEXOS

Anexo I. Servicios de Prevención en la Administración Pública

Los Servicios de Prevención, definidos en el artículo 31.2 de la LPRL, son el conjunto de medios humanos y materiales necesarios para realizar las actividades preventivas a fin de garantizar la adecuada protección de la seguridad y la salud de los trabajadores, asesorando y asistiendo para ello al empresario, a los trabajadores y a sus representantes y a los órganos de representación especializados. Este mismo artículo establece que, para su puesta en marcha en la Administración Pública, se deben tener en cuenta los riesgos, la peligrosidad de la actividad realizada, la estructura organizativa y la existencia, en su caso, de ámbitos sectoriales y descentralizados. Por lo tanto, los Servicios de Prevención en el ámbito público presentan ciertas características diferenciadoras de aquellos constituidos en el sector privado.

Pese a la identificación de la Administración como empresario, no existe la posibilidad de que la actividad preventiva sea asumida por este ente dado que, en última instancia, no existe ninguna persona física responsable de ella. Además, debido al interés de la Administración por optimizar tanto sus recursos como los de otros organismos públicos, previa consulta a los representantes de los trabajadores, únicamente se puede recurrir a tres de las modalidades organizativas: designando a uno o varios trabajadores para llevarla a cabo, constituyendo un Servicio de Prevención Propio (SPP) o recurriendo a un Servicio de Prevención Ajeno (SPA). Es decir,

En el ámbito de la Administración sanitaria, la modalidad por la que mayoritariamente se han decantado las CCAA ha sido el Servicio de Prevención Propio, con las asunciones complementarias que en cada caso hayan sido necesarias. Dependiendo de cada Comunidad, se ha optado por la creación de un mismo Servicio para todo el ámbito sanitario, o bien se han implantado subdivisiones del mismo (de menor rango) en cada área de salud.

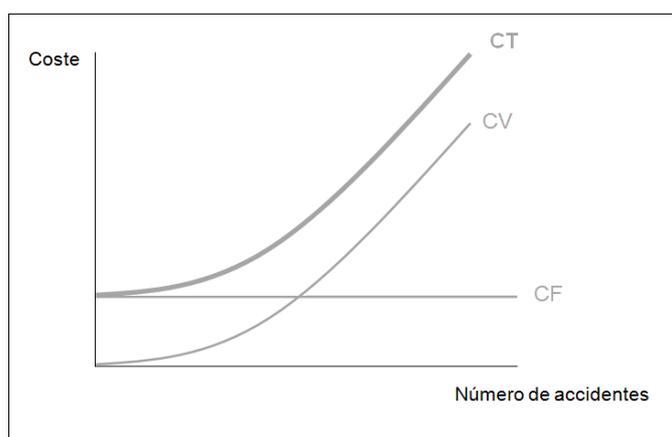
Anexo II. Principios de la actividad preventiva

- a) Evitar los riesgos.
- b) Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- c) Combatir los riesgos en su origen.
- d) Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- e) Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- f) Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- g) Planificar la Prevención buscando un conjunto coherente que integre la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.

- h) Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- i) Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

Anexo III. Relación entre accidentes y costes fijos y variables de la siniestralidad

Gráfico III.1: Relación costes siniestralidad–número de accidentes



Fuente: Lobo Barral, R. (2003)

Anexo IV. Datos Gerencia de Asistencia Sanitaria de Soria

IV.I Absentismo (días). Atención Especializada

	2017	2016	2015	2014
I.T ENFERMEDAD COMÚN	16.428	16.162	13.832	14.148
I.T A.T. Y E.P.	2.917	3.040	1.758	2.043
AUSENCIA POR ENFER. SIN BAJA (4 DÍAS)	180	231	258	158
LIBRE DISPOSICIÓN	9.248	9.162	6.014	5.042
VACACIONES	28.302	27.465	23.812	23.452
FORMACIÓN	460	469	384	407
LIB. SINDIC.	3.838	4.766	5.943	5.866
B-MATERNAL Y RELACIONADOS	4.051	4.763	3.615	3.317
PERMISOS Y LICENCIAS	5.209	4.980	5.317	4.735
OTROS MOTIVOS	2	36	16	20
TOTAL	70.635	71.074	60.949	59.188

AÑO 2017	I.T ENFERMEDAD COMÚN	I.T A.T. Y E.P.
SANITARIO FACULTATIVO	1.372	13
SANITARIO NO FACULTATIVO	9.106	1.639
NO SANITARIO	5.950	1.265
TOTAL	16.428	2.917

AÑO 2016	I.T ENFERMEDAD COMÚN	I.T A.T. Y E.P.
SANITARIO FACULTATIVO	1.136	44
SANITARIO NO FACULTATIVO	10.762	1.700
NO SANITARIO	4.264	1.296
TOTAL	16.162	3.040

AÑO 2015	I.T ENFERMEDAD COMÚN	I.T A.T. Y E.P.
SANITARIO FACULTATIVO	951	
SANITARIO NO FACULTATIVO	8.703	649
NO SANITARIO	4.178	1.109
TOTAL	13.832	1.758

AÑO 2014	I.T ENFERMEDAD COMÚN	I.T A.T. Y E.P.
SANITARIO FACULTATIVO	1.440	44
SANITARIO NO FACULTATIVO	8.344	1.141
NO SANITARIO	4.364	858
TOTAL	14.148	2.043

IV.II Gasto sustituciones. Atención Especializada

	2017	2016	2015	2014
I.T	683.813,83	688.873,63	519.618,43	493.122,25
VACACIONES	1.666.299,94	1.425.623,27	1.045.699,94	819.144,12
LIBERACION SINDICAL	284.327,57	339.033,88	327.271,98	314.996,80
PERMISOS Y LICENCIAS	223.273,53	178.828,54	63.500,02	
TOTAL GASTO	2.857.714,87	2.632.359,32	1.956.090,37	1.627.263,17

AÑO 2017	I.T
SANITARIO FACULTATIVO	53.150,28
SANITARIO NO FACULTATIVO	427.164,43
NO SANITARIO	203.499,12
TOTAL	683.813,83

AÑO 2016	I.T
SANITARIO FACULTATIVO	37.106,47
SANITARIO NO FACULTATIVO	475.627,79
NO SANITARIO	176.139,37
TOTAL	688.873,63

AÑO 2015	I.T
SANITARIO FACULTATIVO	30.463,72
SANITARIO NO FACULTATIVO	312.472,17
NO SANITARIO	176.682,54
TOTAL	519.618,43

AÑO 2014	I.T
SANITARIO FACULTATIVO	42.351,28
SANITARIO NO FACULTATIVO	316.671,18
NO SANITARIO	134.099,79
TOTAL	493.122,25

VI.III Días de sustituciones. Atención Especializada

	2017	2016	2015	2014
I.T	12.692	12.853	9.725	9.296
VACACIONES	27.412	23.965	17.824	14.839
LIBERACION SINDICAL	4.523	5.336	5.382	5.439
PERMISOS Y LICENCIAS	3.583	2.909	581	
TOTAL GASTO	48.210	45.063	33.512	29.574

AÑO 2017	I.T
SANITARIO FACULTATIVO	425
SANITARIO NO FACULTATIVO	7.890
NO SANITARIO	4.377
TOTAL	12.692

AÑO 2016	I.T
SANITARIO FACULTATIVO	308
SANITARIO NO FACULTATIVO	8.753
NO SANITARIO	3.792
TOTAL	12.853

AÑO 2015	I.T
SANITARIO FACULTATIVO	251
SANITARIO NO FACULTATIVO	5.595
NO SANITARIO	3.879
TOTAL	9.725

AÑO 2014	I.T
SANITARIO FACULTATIVO	386
SANITARIO NO FACULTATIVO	5.867
NO SANITARIO	3.043
TOTAL	9.296

IV.IV Presupuesto Capítulo I Personal y cuota patronal. Atención Especializada

	2017	2016	2015	2014
SS	10.777.246,88	10.320.113,55	9.850.075,57	9.752.554,04
Total capítulo I	53.412.983,31	51.192.686,83	49.847.045,42	49.848.335,11

IV.V Recuperación IT. Atención Especializada

	2017	2016	2015	2014
I.T.	810.721,91	806.987,62	597.310,75	609.528,61

IV. VI Extrapresupuestarios descuentos. Atención Especializada

<i>Descripción</i>	2017	2016	2015	2014
ANTICIPOS	10.843,75	18.249,99	19.369,15	16.081,49
IRPF - Hacienda Pública, acreedor de retenciones practicadas	8.127.635,01	8.199.427,90	8.128.560,41	8.506.061,22
FORMACION PROFESIONAL - OSSA	38.098,86	36.979,17	32.904,81	1.879.464,47
ACCIDENTE Y DESEMPLEO - OSSA	231.012,66	206.568,41	185.780,11	
CONTINGENCIAS COMUNES - OSSA	1.793.128,36	1.738.409,11	1.678.460,08	
CUOTA SINDICAL	554,54	548,29	529,76	537,60
RETENCION A FAVOR DE OTROS ORGANISMOS	6.434,70	4.147,10	3.672,54	26.765,06
RETENCION JUDICIAL	4.605,12	4.302,72	7.903,95	
TOTAL	10.212.313,00	10.208.632,69	10.057.180,81	10.428.909,84

IV.VII Plantilla Atención Especializada

	2017	2016	2015	2014
Personal sanitario facultativo	189	194	187	191
Personal sanitario no facultativo	611	616	616	606
Personal no sanitario	305	302	307	306
TOTAL	1.105	1.112	1.110	1.103

Anexo V. Tablas de absentismo y sustituciones

V.I Días de absentismo, porcentaje y número de accidentes

Tabla I.V.I Número de días de absentismo: Atención Especializada GASSO 2014-2017

	2014			2015			2016			2017		
	nº días	%	nº AT									
IT enfermedad común	14.148	23,90%		13.832	22,69%		16.162	22,74%		16.428	23,26%	
IT contingencias profesionales	2.043	3,45%		1.758			3.040	4,28%		2.917	4,13%	
– Personal sanitario facultativo	44	2,15%	1	0	0%	0	44	1,45%	0	13	0,45%	0
– Personal sanitario no facultativo	1.141	55,85%	17	649	36,92%	15	1.700	55,92%	19	1.639	56,19%	14
– Personal no sanitario	858	42,00%	10	1.109	63,08%	12	1.296	42,63%	17	1.265	43,37%	13
Otras ausencias	42.997	72,64%		45.359	74,42%		51.872	72,98%		51.290	72,61%	
TOTAL	59.188	100%	28	60.949	100%	27	71.074	100%	36	70.635	100%	27

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la GASSO

Tabla I.V.II Gasto en sustituciones: Atención Especializada GASSO 2014-2017

	2014		2015		2016		2017	
	Gasto (€)	%						
Incapacidad Temporal	493.122,25	30,30%	519.618,43	26,56%	688.873,63	26,17%	683.813,83	23,93%
– Personal sanitario facultativo	42.351,28	8,59%	30.463,72	5,86%	37.106,47	5,39%	53.150,28	7,77%
– Personal sanitario no facultativo	316.671,18	64,22%	312.472,17	60,13%	475.627,79	69,04%	427.164,43	62,47%
– Personal no sanitario	134.099,79	27,19%	176.682,54	34,00%	176.139,37	25,57%	203.499,12	29,76%
Otras ausencias	1.134.140,92	69,70%	1.436.471,94	73,44%	1.943.485,69	73,83%	2.173.901,04	76,07%
TOTAL	1.627.263,17	100%	1.956.090,37	100%	2.632.359,32	100%	2.857.714,87	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la GASSO

Tabla I.V.III Días de sustituciones: Atención Especializada GASSO 2014-2017

	2014		2015		2016		2017	
	Días	%	Días	%	Días	%	Días	%
Incapacidad Temporal	9.296	31,43%	9.725	29,02%	12.853	28,52%	12.692	26,33%
– Personal sanitario facultativo	386	4,15%	251	2,58%	308	2,40%	425	3,35%
– Personal sanitario no facultativo	5.867	63,11%	5.595	57,53%	8.753	68,10%	7.890	62,17%
– Personal no sanitario	3.043	32,73%	3.879	39,89%	3.792	29,50%	4.377	34,49%
Otras ausencias	20.278	68,57%	23.787	70,98%	32.210	71,48%	35.518	73,67%
TOTAL	29.574	100%	33.512	100%	45.063	100%	48.210	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la GASSO

