

# EL IMPACTO DE LA COVID-19 EN LA INCAPACIDAD TEMPORAL DE LAS PERSONAS QUE TRABAJAN EN CENTROS SOCIO-SANITARIOS EN ESPAÑA. UTILIDAD DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN DE LA PANDEMIA

Montserrat García Gómez (1), Alán Manuel Gherasim (1), Juan María Roldán Romero (2), Marta Zimmermann Verdejo (3), Susana Monge Corella (4,6), María José Sierra Moros (5,6) y Luz María Montoya Martínez (2)

(1) Área de Salud Laboral. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Madrid. España.

(2) TRAGSATEC. Área de Salud Laboral. Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Madrid. España.

(3) Departamento de Investigación e Información. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Madrid. España.

(4) Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid. España.

(5) Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad. Madrid. España.

(6) Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC).

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

## RESUMEN

**Fundamentos:** Los centros sociosanitarios representan entornos de alto riesgo de contagio por SARS-CoV-2, tanto para los residentes como para las personas trabajadoras. Se evaluó el impacto en términos de incapacidad temporal (IT) por COVID-19 en las personas que trabajan en centros sociosanitarios y se comparó con la evolución de la pandemia en la población general de 16 a 65 años, para valorar la utilidad de la IT como indicador complementario de la epidemia por SARS-CoV-2.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de todos los procesos de incapacidad temporal por COVID-19 registrados entre el 15 de febrero de 2020 y el 1 de mayo de 2021 en establecimientos residenciales. Se obtuvieron las ratios de incapacidad temporal por contacto estrecho /incapacidad temporal por infección, las tasas de incapacidad temporal por 100.000 afiliados/ocupados y se compararon con la incidencia acumulada de casos COVID-19 notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

**Resultados:** Se registraron 261.892 procesos de incapacidad temporal. La mediana de la ratio de incapacidad temporal por contacto estrecho /incapacidad temporal por infección en residencias fue de 1,8 (Rango intercuartílico, RIC: 1,1-3,3), con valores menores a 1 en periodos. Las IT por infección fueron superiores en número, tasa y anteriores en el tiempo a los casos registrados en RENAVE. Por tipo de residencia, la tasa de incapacidad temporal osciló entre 81.679/100.000 ocupados en *asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios* y 4.895/100.000 en *otros establecimientos residenciales*.

**Conclusiones:** Los resultados confirmaron el enorme impacto que tuvo la COVID-19 en los centros sociosanitarios y la desigualdad que ha caracterizado este impacto. Apoyan también la posible utilización de la incapacidad temporal como fuente de información alternativa para la vigilancia epidemiológica y de salud pública, lo cual resulta de especial interés en este momento en el que se está planteando una transición en la vigilancia del COVID-19 hacia un sistema que ya no incluya una vigilancia individualizada universal.

**Palabras clave:** COVID-19, SARS-CoV-2, Incapacidad temporal, Incidencia acumulada, Residencias, Personal sanitario, Tipos de ocupación, Sistemas nacionales de vigilancia epidemiológica, Salud Pública.

## ABSTRACT

**The impact of COVID-19 on sick leave of the persons working in nursing homes in Spain. Usefulness of sick leave for the surveillance of the pandemic evolution.**

**Background:** The nursing homes represented high-risk settings for SARS-CoV-2 infection, both for residents and for the employees. The COVID-19 impact on long-term care facilities (LTCFs) is evaluated, measured through the employees sick leave (SL). The pandemic evolution in the general population aged between 16 and 65 years was analyzed together with the sick leave to assess the latter as a complementary indicator of the SARS-CoV-2 surveillance.

**Methods:** A descriptive study of all sick leave processes due to COVID-19 recorded between February 15<sup>th</sup> 2020 and May 1<sup>st</sup> 2021 in nursing homes was carried out. The close contact sick leave/infection sick leave ratios, the 100,000 affiliated/occupied sick leave rates were computed and compared with the COVID-19 cases cumulative incidence notified to the National Network of epidemiological Surveillance (RENAVE).

**Results:** 261.892 SL processes were recorded. The close contact sick leave/infection sick leave median ratio in nursing homes was 1.8 (Interquartile range, IQR: 1.1-3.3), with values lower than 1 at certain periods. The infection sick leaves were higher in number and ratio and prior to the cases recorded in RENAVE. The sick leave ratio ranged between 81.679/100.000 *occupied in nursing homes with medical care* and 4.895/100.000 *in other residential facilities*.

**Conclusions:** The results confirmed the dramatic impact of COVID-19 in nursing homes and the inequalities characterizing this impact. They also confirmed the potential use of sick leave as an alternative source for epidemiological and public health surveillance, especially now, when the transition of the COVID-19 surveillance to a system not including universal individual surveillance is being discussed.

**Key words:** COVID-19, SARS-CoV-2, Sick leave, Cumulative incidence, Nursing homes, Health care workers, Occupational groups, Epidemiological surveillance systems, Public Health.

## INTRODUCCIÓN

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades evaluó el riesgo relacionado con la infección por COVID-19 en establecimientos residenciales de la Unión Europea y el Reino Unido, concluyendo que era muy alto<sup>(1)</sup>. En el documento *Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19*<sup>(2)</sup>, aprobado por el Consejo Interterritorial de Salud, en el que se establecían niveles de alerta y actuaciones recomendadas en función del nivel de riesgo, los centros sociosanitarios se consideraron como de alto riesgo por confluir en ellos varios factores que implican aumento del riesgo de transmisión: contacto estrecho y prolongado, espacios cerrados, ventilación escasa o deficiente y concurrencia de muchas personas. La probabilidad de introducción del virus en las residencias de mayores depende de su nivel de circulación en la comunidad. Después de la introducción, la probabilidad de transmisión del virus dentro de la institución es alta, dada la naturaleza de este tipo de centros. Por todo esto, los efectos de la pandemia en las residencias de mayores han sido devastadores<sup>(3)</sup>.

En los brotes detectados en estos centros las tasas de ataque secundario han sido muy elevadas entre los residentes y sus visitantes, generalmente de edad avanzada, así como en los trabajadores. La mortalidad ha sido muy elevada entre los residentes y sus visitantes, mientras que, en los trabajadores, en general, ha tenido un curso leve<sup>(4)</sup>. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) ha recopilado los datos en la primera parte de la pandemia (hasta el 23 de junio de 2020) contabilizando 20.268 fallecidos en residencias, de los cuales el 51% había sido confirmado mediante prueba, análisis serológico, etc. (10.364 defunciones), mientras que 9.904 fallecimientos se notificaron como “con síntomas compatibles” con la COVID-19, es decir, sin confirmación (hay que recordar que

inicialmente la capacidad de realización de pruebas diagnósticas era muy limitada)<sup>(5)</sup>.

Una alta proporción de estos centros, en Europa y en todo el mundo, ha informado también de altas tasas de morbilidad y de bajas laborales del personal que trabaja en los mismos<sup>(6-9)</sup>. Las personas que trabajan en establecimientos residenciales representan una categoría de alto riesgo para el contagio y la transmisión del SARS-CoV-2. Varios factores contribuyen a esto: las propias características del trabajo (que excluye la posibilidad de “trabajo a distancia”), la alta frecuencia de contactos con residentes que, muchas veces, pueden ser asintomáticos, el elevado tiempo de exposición, las características de las infraestructuras residenciales, el acceso a medios de protección adecuados, las ratios insuficientes de personal y la mayor rotación del espacio personal disponible<sup>(1,5)</sup>.

Durante la primera fase de la pandemia, los centros residenciales -como ocurrió con todos los servicios- enfrentaron, además, una aguda crisis de acceso a material de protección<sup>(5)</sup> y la disponibilidad de recursos humanos en los centros depende en buena medida de la evitación de bajas por contagio.

Según el directorio central de empresas (DIRCE, INE) en 2019 había en España un total de 4.806 empresas pertenecientes al código nacional de actividades económicas (CNAE) Q-87, correspondiente al epígrafe *Asistencia en establecimientos residenciales*. De ellas el 84% tenía menos de 50 asalariados, destacando la franja de 10 a 19 trabajadores, que acumulaba el 20% del total de empresas. Es decir, se trata de un sector con un predominio muy marcado de la pequeña y mediana empresa, hecho que determina el tipo de organización preventiva, en materia de riesgos laborales, imperante en la actividad<sup>(10)</sup>. Según la Encuesta de Población Activa (EPA), al principio de la pandemia (febrero 2020) en España figuraban 323.178

personas trabajadoras en este sector, siendo el 83,8% de las mismas, mujeres.

El objetivo de este trabajo fue describir el impacto en términos de bajas laborales asociadas a la COVID-19 en las personas que trabajaban en actividades de servicios sociales en España durante las primeras tres ondas de la pandemia, identificando las ocupaciones más afectadas en los centros sociosanitarios, tanto sanitarias como no sanitarias. Como objetivo secundario, se realizó una comparación con la evolución de la pandemia en la población general de 16 a 65 años para valorar la utilidad de las bajas laborales como indicador complementario de la epidemia causada por SARS-CoV-2.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Los casos a estudio fueron los procesos de incapacidad temporal (IT) por enfermedad COVID-19 (códigos CIE-10 ES: B34.2, B97.21 y U07.1) y por cuarentena debida a contacto estrecho con caso de COVID-19 (código CIE-10 ES: Z20.828), en la actividad económica Q87 (tabla 1).

Para el análisis por *división de actividad económica* (2 dígitos CNAE), los casos se obtuvieron de los datos de evolución sectorial y territorial de la IT por COVID-19 que publica el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones<sup>(11)</sup>, del 15 de febrero de 2020 al 1 de mayo de 2021. Para el análisis más detallado por *grupo de actividad* (3 dígitos CNAE) los casos fueron proporcionados en formato electrónico por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, del 15 de febrero al 17 de septiembre de 2020. De estos últimos se disponía de información sobre el sexo, edad, ocupación y comunidad autónoma.

El análisis del número de IT por infección y cuarentena por actividad económica se realizó sumando los casos diarios notificados en los

últimos 7 días. Se calculó la ratio IT por cuarentena/IT por infección, definida como el cociente entre las IT por cuarentena y las IT por infección, en los últimos 7 días.

Para el cálculo de las tasas se utilizaron las cifras de población afiliada mensual a la seguridad social desagregada a 2 dígitos CNAE<sup>(12)</sup>, para el análisis por *división de actividad económica*, y las cifras de población activa de la Encuesta de Población Activa (EPA), desagregada a 3 dígitos CNAE, disponibles en la página web del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>(13)</sup>, para el análisis por *grupo de actividad*. Para calcular las tasas por ocupación se utilizaron las cifras de ocupados a 3 dígitos de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) proporcionadas por la EPA.

Se obtuvieron las siguientes tasas de procesos de IT Covid-19:

- Tasa IT por actividad económica (acumulada en todo el periodo, a 7 días y a 14 días): número de procesos de IT en un código CNAE por 100.000 afiliados en activo a la Seguridad Social en ese código CNAE.
- Tasa IT por ocupación (acumulada en todo el periodo, a 7 días y a 14 días): número de procesos de IT en un código CNO por 100.000 ocupados EPA en ese código CNO.

También se calculó la Incidencia acumulada (IA) a 14 días de casos de COVID-19 notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), del 15 de febrero de 2020 al 1 de mayo de 2021, para el rango de edad de 16 a 65 años, con el objeto de observar la relación de las IT con la ocurrencia de casos COVID-19 obtenida por los datos de vigilancia epidemiológica. Los datos fueron proporcionados por el Instituto de Salud Carlos III y como denominador se utilizó la población entre 16 y 65 años, disponible en la página web del INE<sup>(14)</sup>.

**Tabla 1**  
**Q87, asistencia en establecimientos residenciales;**  
**Q88, actividades de servicios sociales sin alojamiento.**

Q87. ASISTENCIA EN ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES	
871	Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios.
872	Asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia.
873	Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física.
879	Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales.
Q88. ACTIVIDADES DE SERVICIOS SOCIALES SIN ALOJAMIENTO	
881	Actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad.
889	Otros actividades de servicios sociales sin alojamiento

## RESULTADOS

Entre el 15 de febrero de 2020 y el 1 de mayo de 2021 se registraron en la Seguridad Social 4.180.373 procesos IT relacionados con la COVID-19, de los cuales 1.400.274 fueron por enfermedad de COVID-19 y 2.780.099 por cuarentena. Un 11,6% del total no contenía información acerca de la actividad económica y fueron eliminados del análisis, resultando en 3.697.491 procesos IT los analizados, 1.198.524 por infección y 2.498.967 por cuarentena. En la actividad *Asistencia en establecimientos residenciales* (CNAE Q87, en adelante Establecimientos Residenciales), se observaron 156.434 procesos IT, el 4,2% del total de

bajas laborales en España, 65.741 por infección y 90.693 por cuarentena. En *Actividades de servicios sociales sin alojamiento* (Q88, en adelante Servicios sociales sin alojamiento), se produjeron 105.458 procesos IT, el 2,9% del total de bajas laborales, 26.996 IT por infección y 78.462 por cuarentena (figura 1). Las bajas por infección en estas dos divisiones económicas representaron el 5,5% y el 2,3% del total de bajas laborales por enfermedad en España, respectivamente.

Por lo que se refiere a la relación entre las bajas por cuarentena y las bajas por infección (contactos estrechos y casos), en el conjunto de actividades económicas excepto las de

*Asistencia en establecimientos residenciales y Actividades de servicios sociales sin alojamiento* (Resto CNAE), la mediana fue de 2,4 cuarentenas por caso (Rango intercuartílico, RIC: 2-3,1) en todo el periodo estudiado, con valores superiores a 3 (RIC: 2,4-3,4) en la segunda onda pandémica, y nunca inferior a 1 en todo el periodo (figuras 1 y 2).

En los establecimientos residenciales, la mediana fue de 1,8 cuarentenas por caso (Rango intercuartílico, RIC: 1,1-3,3) en todo el periodo estudiado. Tras un pico de 7 personas con baja por cuarentena por cada baja por infección en los primeros días de la pandemia hasta el 24 de febrero 2020, se produjo un abrupto descenso hasta menos de una cuarentena por cada caso de infección en abril-mayo 2020 (RIC: 0,7-1,5). Lo mismo sucedió en estos centros al final de la segunda onda e inicio de la tercera, en diciembre 2020 y enero 2021, con cifras de cuarentenas por contacto menores que las de infección (figuras 1 y 2).

En los Servicios sociales sin alojamiento, la mediana en todo el periodo fue de 3,2 (RIC: 2,5-3,9). Esta actividad mostró una fuerte fluctuación al inicio de la pandemia, mostrando valores máximos y mínimos en los primeros 10 días, desde 6 (21 de febrero de 2020) hasta 0,5 (1 de marzo de 2020) bajas por cuarentena por cada una de infección, para estabilizarse en valores entre 2 y 3 durante toda la primera onda, con una mediana de 2,4 (RIC: 0,5-6). Durante las ondas 2 y 3 los valores de cuarentenas por contacto siempre fueron mayores que los de infección, con medianas de 3,8 (RIC: 3,2-4,75) y 2,73 (RIC: 1,99-3,44), respectivamente, alcanzando el valor más bajo de estas dos ondas en enero de 2021 (1,58).

Los primeros casos de COVID-19 se notificaron a RENAVE el 23 de febrero de 2020 (figura 2), 8 días después de las primeras bajas laborales concedidas por infección (figura 3),

siendo las IT por este motivo superiores en número a los casos registrados en RENAVE desde el inicio de la pandemia hasta el 21 de abril de 2020. La suma de casos a 7 días de las IT por infección era de 65 cuando RENAVE registró su primer caso.

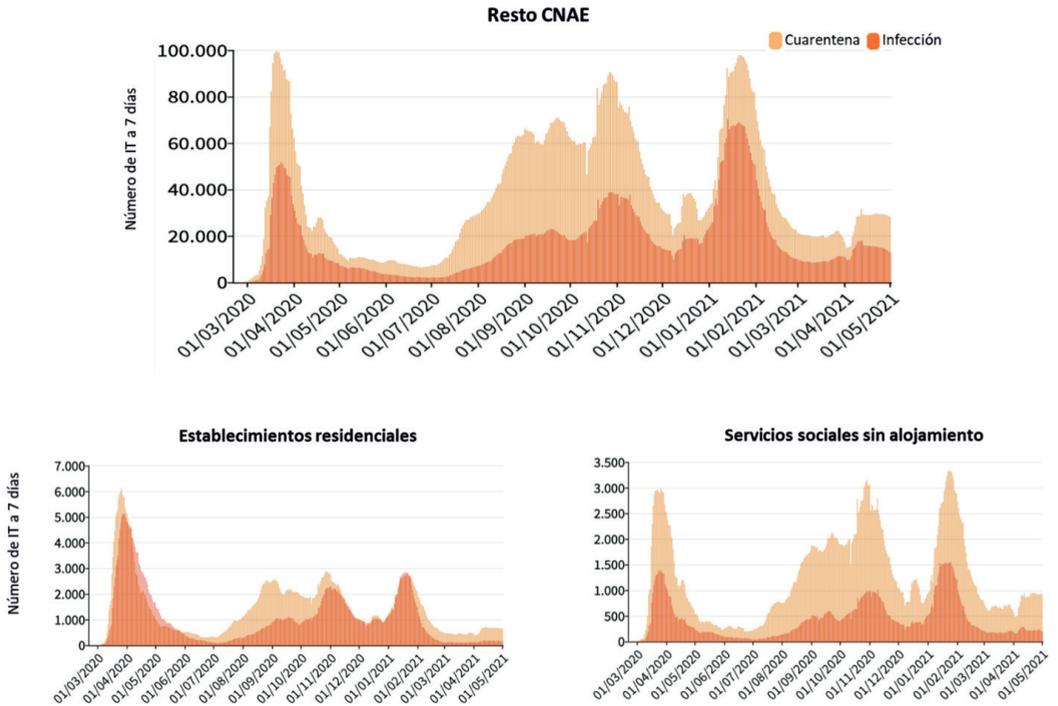
Los valores máximos de las tasas IT por infección a 14 días se alcanzaron los días 2 y 4 de abril 2020 en los Establecimientos residenciales (CNAE Q87), 3.387 IT 14 días/100.000 afiliados (figura 3). En el resto de las actividades económicas (resto CNAE), el valor máximo de las tasas de IT por infección se alcanzó el 20 de enero 2021, en la tercera onda, con un valor de 682 bajas /100.000 afiliados (figura 4).

En la primera onda pandémica todas las tasas IT por enfermedad COVID-19 a 14 días analizadas estuvieron por encima de la incidencia acumulada a 14 días de los casos notificados a RENAVE (figura 4). En la segunda y tercera ondas pandémicas lo estuvieron las tasas IT observadas en los centros residenciales, mientras las del resto de las actividades económicas mostraron valores inferiores a la IA (figura 4).

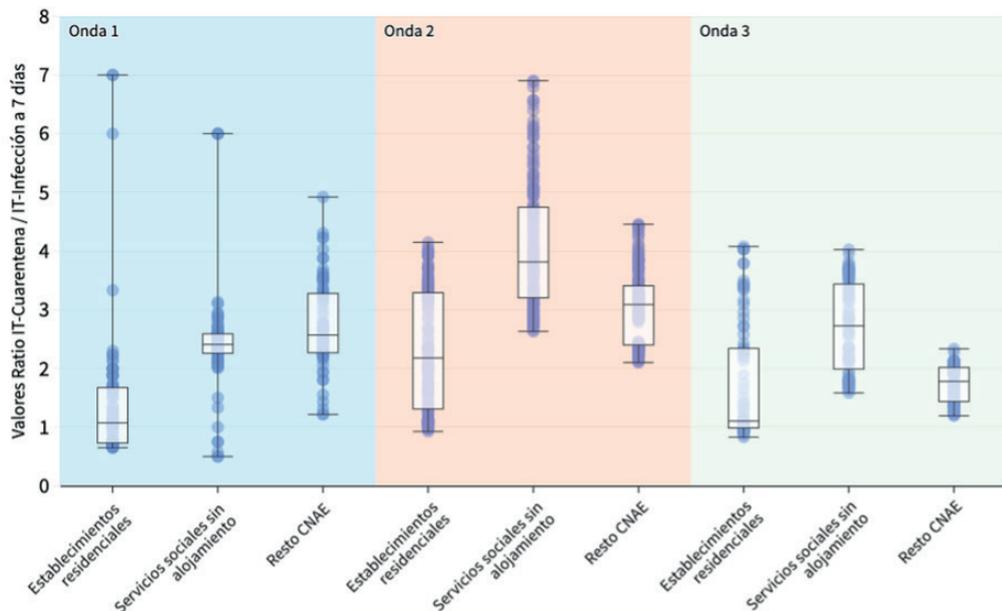
El análisis detallado de la división de actividad económica Q87 se muestra en la figura 4. La *Asistencia en establecimientos residenciales* (Establecimientos residenciales) por sexo, edad, ocupación y comunidad autónoma se muestra en la tabla 2, figuras 5 y 6 y anexo I.

Entre el 15 de febrero y el 17 de septiembre de 2020 se registraron en la Seguridad Social 79.181 IT relacionadas con la COVID-19 en Establecimientos residenciales, de las cuales 32.548 lo fueron por enfermedad y 46.633 por cuarentena. El 45,8% de estas bajas laborales se registraron en los Establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física y otro 39,8% en Establecimientos residenciales con cuidados sanitarios (tabla 2). De las cuatro divisiones de actividad desarrolladas

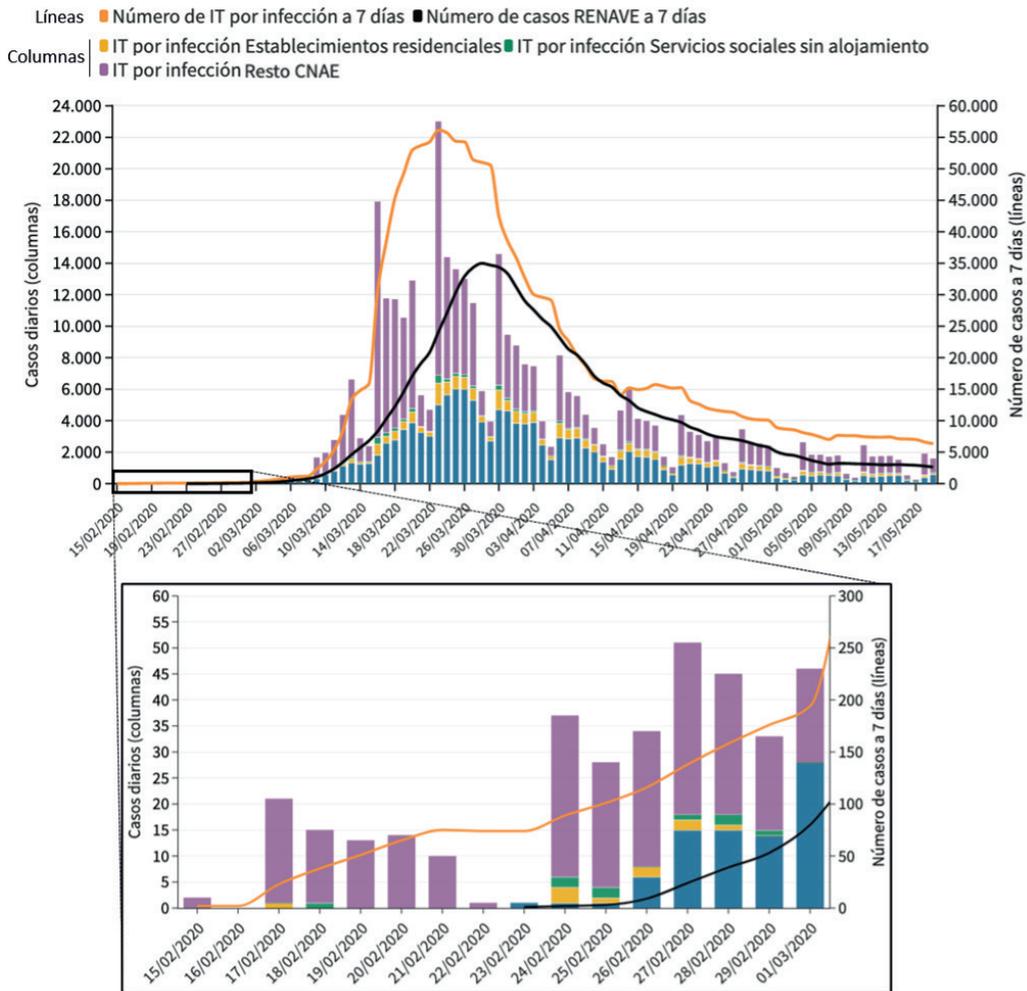
**Figura 1**  
**Evolución de las bajas laborales (enfermedad en rojo y cuarentena en naranja)**  
**en Asistencia en establecimientos residenciales (CNAE Q87), Actividades de servicios**  
**sociales sin alojamiento (CNAE Q88) y resto de actividades económicas (Resto CNAE).**  
**España, 15 de febrero 2020 – 1 de mayo 2021.**



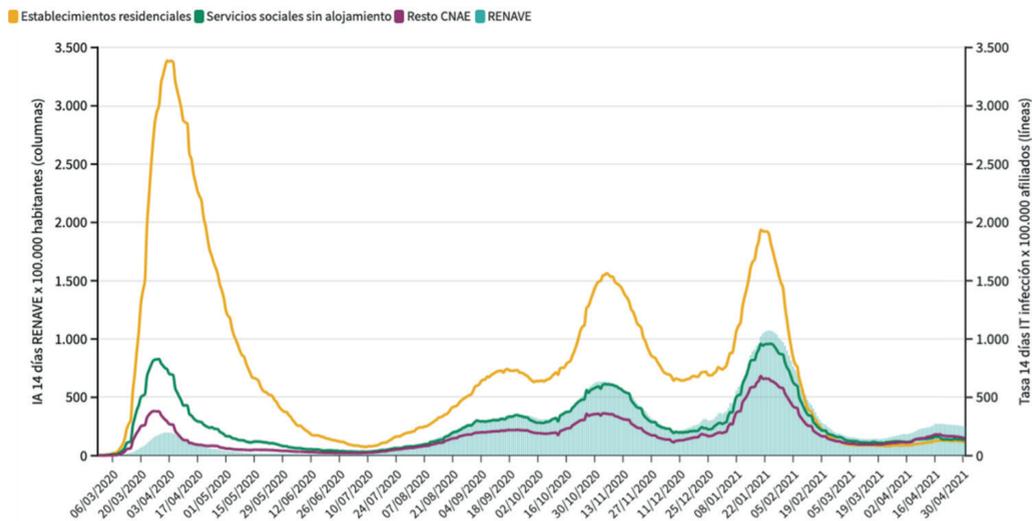
**Figura 2**  
**Distribución de la relación entre las IT por infección y las IT por cuarentena (mediana, cuartiles de los datos y valores atípicos), en *Asistencia en establecimientos residenciales* (CNAE Q87), *Actividades de servicios sociales sin alojamiento* (CNAE Q88) y resto de actividades económicas (Resto CNAE). España, 15 de febrero 2020 – 1 de mayo 2021.**



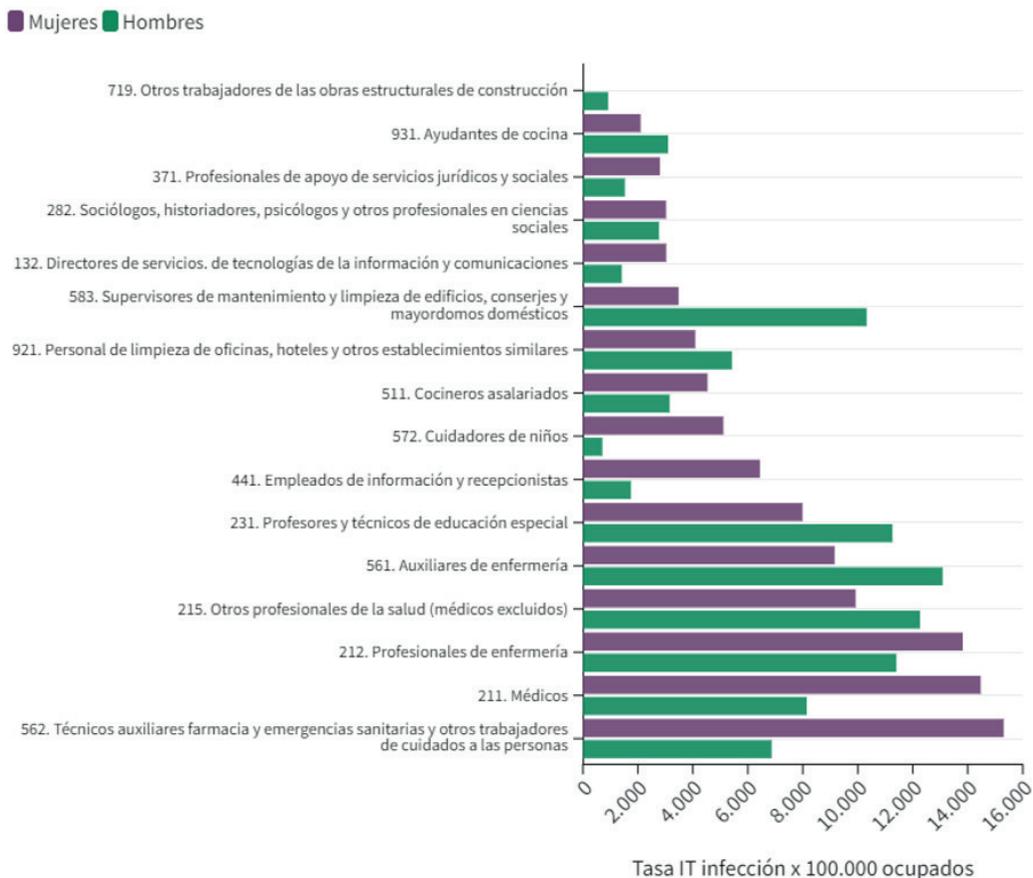
**Figura 3**  
**Bajas laborales por infección diarias por actividad económica y casos diarios notificados a RENAVE (en columnas), y número de casos IT por infección y RENAVE a 7 días (en líneas).**  
**España, 15 de febrero de 2020 – 21 de junio de 2020.**



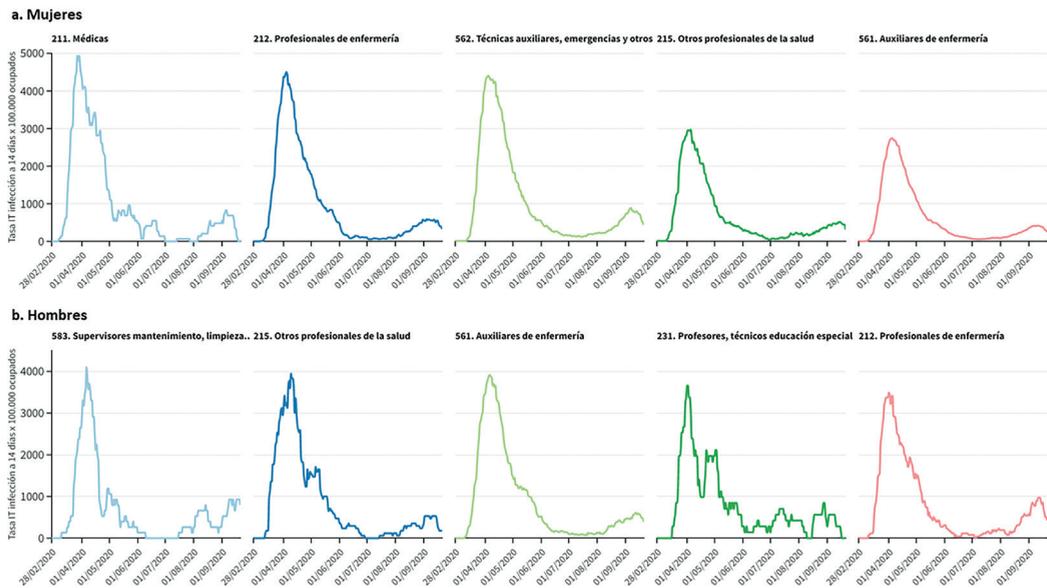
**Figura 4**  
**Tasa IT COVID-19 a 14 días en *Asistencia en establecimientos residenciales (CNAE Q87), Actividades de servicios sociales sin alojamiento (CNAE Q88) y resto de actividades económicas (Resto CNAE), e IA a 14 días para el rango de edad de 16 a 65 años (casos RENAVE).***  
**España, 15 de febrero de 2020 – 1 de mayo de 2021.**



**Figura 5**  
**Tasa IT por infección de COVID-19 en establecimientos residenciales**  
**(CNAE Q87) por ocupación y sexo.**  
**España, 15 de febrero - 17 de septiembre de 2020.**



**Figura 6**  
**Tasa IT por infección de COVID-19 en establecimientos residenciales (CNAE Q87) a 14 días, por ocupación más afectada en mujeres (5a) y en hombres (5b). España, 15 de febrero - 17 de septiembre de 2020.**



**Tabla 2**  
**Características de la población ocupada en establecimientos residenciales (CNAE Q87)**  
**según la EPA (INE 2020) y distribución de las bajas laborales por infección COVID-19 (IT).**  
**España, 15 de febrero - 17 de septiembre de 2020.**

Características		% ocupados	Número de IT	% IT	Tasa IT x 100.000
<b>Actividad</b>	871. Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios	4,8	12.942	39,8	81.679,0
	872. Asistencia para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia	9,6	3.029	9,3	9.629,9
	873. Asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física	75,2	14.914	45,8	6.050,6
	879. Otras actividades de asistencia en establecimientos residenciales	10,4	1.663	5,1	4.895,0
<b>Sexo</b>	Mujer	83,8	28.043	86,2	10.213,9
	Hombre	16,2	4.505	13,8	8.467,6
<b>Edad</b>	Hasta 24	4,4	2.579	7,9	17.860,3
	25-34	22,9	6.447	19,8	8.582,6
	35-44	23,5	8.062	24,8	10.488,6
	45-54	26,9	9.146	28,1	10.377,0
	55 y más	22,3	6.314	19,4	8.625,6
<b>Ocupaciones más representativas</b>	132. Directores de servicios de tecnologías de la información y comunicaciones	2,2	152	0,7	2.548,8
	211. Médicos	1,2	352	1,6	11.031,6
	212. Profesionales de enfermería	4,9	1.771	8,2	13.346,0
	215. Otros profesionales de la salud (médicos excluidos)	4,1	1.150	5,4	10.272,3
	231. Profesores y técnicos de educación especial	1,3	310	1,4	8.632,0
	282. Sociólogos, historiadores, psicólogos y otros profesionales en ciencias sociales	8,3	663	3,1	2.969,9
	371. Profesionales de apoyo de servicios jurídicos y sociales	3,5	222	1	2.377,5
	441. Empleados de información y recepcionistas	1,3	170	0,8	4.950,7
	511. Cocineros asalariados	4,2	477	2,2	4.224,4
	561. Auxiliares de enfermería	43,5	11.121	51,7	9.471,4

**Tabla 2 (continuación)**  
**Características de la población ocupada en establecimientos residenciales (CNAE Q87)**  
**según la EPA (INE 2020) y distribución de las bajas laborales por infección COVID-19 (IT).**  
**España, 15 de febrero - 17 de septiembre de 2020.**

Características		% ocupados	Número de IT	% IT	Tasa IT x 100.000
<b>Ocupaciones más representativas</b>	562. Técnicos auxiliares farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de cuidados a las personas	8,9	3.273	15,2	13.683,8
	571. Trabajadores de los cuidados personales a domicilio (excepto niños)	0,7	404	1,9	19.519,1
	572. Cuidadores de niños	0,8	62	0,3	2.997,8
	583. Supervisores de mantenimiento y limpieza de edificios, conserjes y mayordomos domésticos	1,1	153	0,7	5.254,4
	719. Otros trabajadores de las obras estructurales de construcción	1,7	45	0,2	918,7
	921. Personal de limpieza de oficinas, hoteles y otros establecimientos similares	8,4	940	4,4	4.125,4
	931. Ayudantes de cocina	3,9	230	1,1	2.159,4
<b>Comunidad autónoma</b>	Andalucía	13,1	1.231	3,8	2.865,4
	Aragón	3,8	1.382	4,2	10.996,8
	Asturias	3,2	280	0,9	2.687,2
	Baleares	2,5	522	1,6	6.358,5
	Canarias	3	113	0,3	1.152,8
	Cantabria	1,7	292	0,9	5.207,0
	Castilla y León	9,9	4.232	13	13.032,8
	Castilla-La Mancha	6,3	1.877	5,8	9.040,8
	Cataluña	18,8	10.583	32,5	17.165,4
	Comunidad Valenciana	7,1	918	2,8	3.967,1
	Extremadura	3	225	0,7	2.270,9
	Galicia	5,7	582	1,8	3.137,8
	Madrid	11,6	6.972	21,4	18.310,7
	Murcia	2,2	510	1,6	7.189,5
	Navarra	1,2	1.122	3,4	27.990,2
	País Vasco	5,6	1.389	4,3	7.619,4
	La Rioja	0,8	306	0,9	12.319,4
Ceuta	0,2	-	-	-	
Melilla	0,4	12	0	978,0	

en los Establecimientos residenciales, la mayor tasa acumulada de IT por infección de COVID-19 se registró para *Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios* (81.679/100.000 ocupados), oscilando para el resto entre 9.630 en *Asistencia para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia* y 4.895/100.000 en Otros establecimientos residenciales (tabla 2).

Un 92,1% de las bajas registradas se dieron a personas trabajadoras mayores de 24 años, encontrando la mayor proporción (28,1%) en el grupo de edad de entre 45 y 54 años (tabla 2). La mayor tasa se registró en las personas trabajadoras de menos de 25 años (17.860/100.000), mientras que para los grupos de edad por encima de 24 años la tasa osciló entre 8.582 y 10.489/100.000 ocupados (tabla 2).

Del total de bajas por infección de COVID-19, 28.043 (el 86,2% del total) fueron en mujeres. La tasa IT por infección en mujeres fue superior a los hombres: 10.214 vs 8.468/100.000 ocupados, respectivamente. Asimismo, las mujeres presentaron mayor tasa de IT por contagio que los hombres en todos los rangos de edad, encontrando la mayor diferencia en el rango de 45 a 54 años (10.767 para mujeres y 8.057 para hombres). Ambos sexos registraron la mayor tasa de IT por contagio en el rango de 35 a 44 años (10.771 en mujeres y 9.001 en hombres).

Desde el punto de vista de la distribución territorial, en Cataluña se registró el mayor número de bajas por COVID-19 en Establecimientos residenciales (el 32,5% del total), seguida por Madrid (21,4%) y Castilla y León (13%). La comunidad autónoma con la tasa más elevada de IT por COVID-19 fue Navarra (27.990 bajas laborales/100.000 ocupados), seguida por Cataluña y Madrid con 18.311 y 17.165, respectivamente. Las tres comunidades con tasas más bajas fueron Extremadura, Canarias y

Melilla: 2.271, 1.153 y 978/100.000 ocupados, respectivamente (tabla 2 y anexo I).

Del total de bajas en Establecimientos residenciales, 6.453 (el 19,8%) no contenían información sobre el código CNO y no se pudieron considerar para el cálculo de las tasas por ocupación (anexo I). El 98,8% de las personas trabajadoras en estos centros, según la EPA, se distribuyeron en 17 ocupaciones representativas. La mayor proporción de bajas en estos grupos se registró para los Auxiliares de enfermería (51,7%) seguidos por los Técnicos auxiliares y otros trabajadores de cuidados a las personas (15,2%), y Profesionales de enfermería (8,2%). Para el resto de las ocupaciones la proporción de IT por enfermedad registrada osciló entre 0,2% y 5,4% (tabla 2).

Los *Trabajadores de los cuidados personales a domicilio (excepto niños)* presentaron la tasa más alta de IT por COVID-19: 19.519/100.000 ocupados, seguidos por dos grupos ocupacionales con tasas similares: los *Técnicos auxiliares farmacia y emergencias sanitarias y otros trabajadores de cuidados a las personas* y los *Profesionales de enfermería*, con 13.684 y 13.346/100.000 ocupados, respectivamente. Las siguientes tasas más altas se registraron para los *Médicos y Otros profesionales de la salud (excluyendo médicos)*: 11.032 y 10.272/100.000 ocupados, respectivamente. Las tasas más bajas se observaron en los *Profesionales de apoyo de servicios jurídicos y sociales, Ayudantes de cocina y Otros trabajadores de las obras estructurales de construcción*, con 2.378, 2.159 y 914 procesos IT/100.000 ocupados, respectivamente (tabla 2).

En los *Cuidados a domicilio* el 100% de las bajas fueron mujeres. Para las tres ocupaciones que registraron las mayores tasas de IT por enfermedad COVID-19 (*Técnicos auxiliares,*

*Profesionales de enfermería y Médicos*), las mujeres presentaron mayores tasas, llegando a casi duplicar la tasa de los hombres en *Técnicos auxiliares* (13.058 en mujeres y 6.865 en hombres) y *Médicos* (14.465 para mujeres y 7.676 para hombres), mientras que tuvieron menos diferencia dentro de *Profesionales de enfermería*. En las ocupaciones: *Otros profesionales de la salud, Auxiliares de enfermería, Profesional técnico y Supervisores de mantenimiento*, los hombres presentaron valores superiores de las tasas que las mujeres (figura 5).

En las mujeres, se observó un pico máximo entre marzo y abril, con valores de 4.935, 4.499, 4.402, 2.968 y 2.741 IT 14 días por infección/100.000 ocupadas (figura 5), en *Médicas, Profesionales de enfermería, Técnicas auxiliares de farmacia, Otras profesionales de la salud y Auxiliares de enfermería*, respectivamente (figura 6a).

En los hombres, las cinco ocupaciones con mayores tasas mostraron valores máximos similares: 4.100, 3.949, 3.912, 3.658 y 3.490 IT 14 días por infección/100.000 ocupados, en *Supervisores de mantenimiento, Otros profesionales de la salud, Auxiliares de enfermería, Profesores y técnicos de educación especial y Profesionales de enfermería*, respectivamente (figura 6b).

## DISCUSIÓN

Los resultados mostraron el enorme impacto en términos de bajas laborales asociadas a la COVID-19 en las personas que trabajan en actividades de servicios sociales en España durante el primer año pandémico y la desigualdad que ha caracterizado este impacto. En la primera onda pandémica la tasa IT a 14 días en los centros residenciales nonuplicó la tasa del resto de actividades económicas. El 45% de los trabajadores de servicios sociales tuvo una incapacidad temporal vinculada al coronavirus,

un tercio de ellas por infección. Ocho de cada diez personas trabajadoras de la asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios tuvieron una baja laboral por infección COVID-19.

En adecuada concordancia con la consideración de los centros sociosanitarios como de riesgo muy alto<sup>(1)</sup> o alto riesgo<sup>(2)</sup>, las IT reflejan no solo los devastadores efectos de la pandemia en estos centros, vinculados al contacto estrecho y prolongado, espacios cerrados, ventilación escasa o deficiente y concurrencia de muchas personas, sino también las condiciones de empleo y de trabajo del sector, su gestión, sus recursos y su organización. La incapacidad temporal por COVID-19 fue regulada de forma expresa, mediante diversas normas e instrucciones<sup>(15-18)</sup>, con la finalidad de cubrir tanto el aislamiento de los casos, la cuarentena de los contactos o a los trabajadores especialmente sensibles, con una prestación económica dotada de mayor cuantía, asimilándola en su importe al del accidente de trabajo. La relación entre el número de procesos de baja por cuarentena y las bajas por infección obtenida en nuestro estudio es un buen indicador de lo sucedido, sobre todo en los primeros meses. Esta relación presentó una mediana de 2,4 cuarentenas (contacto estrecho) por caso (RIC: 2-3,1) en el conjunto de actividades económicas, que fue menor de una cuarentena por caso en las residencias en la primera onda pandémica. Hay que tener en cuenta que el número básico de reproducción R0 para el SARS-CoV-2 se ha estimado en 3 como promedio, con valores que oscilan entre 1,5 y 6,5 excluyendo eventos superdiseminados<sup>(4)</sup>. Desde nuestro punto de vista esto es reflejo de las ratios insuficientes de personal/usuarios, un problema estructural presente en estos centros ya antes de la pandemia<sup>(5,10)</sup>, que estaría limitando la concesión de bajas laborales para evitar el colapso de estos centros. Hay que recordar que, en la primera onda, y ante la magnitud y gravedad de lo que se vivía, se convocó

a sanitarios jubilados a trabajar. Podría argüirse que la escasez de pruebas diagnósticas, sobre todo en los primeros meses, limitó la concesión de las IT, pero se concedían tras la investigación epidemiológica del caso, con el rastreo de sus contactos, y, además, esto no explicaría el desigual impacto de este indicador por actividad económica: la relación cuarentenas/infecciones fue menor a 1 en los establecimientos residenciales, mientras en el resto de actividades económicas predominaron las IT por cuarentena durante la mayor parte del periodo de estudio.

Otro resultado relevante de nuestro estudio es que las incapacidades temporales por COVID-19 mostraron un adelanto en el tiempo respecto a la información sobre los casos recogida por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE), siendo las IT por infección superiores en número y en tasa a los casos registrados en la Red desde el inicio de la pandemia. La concesión de IT por la clínica e investigación epidemiológica de casos sospechosos, sin confirmar, puede explicar que los números de IT sean mayores y anteriores en el tiempo a los registrados en RENAVE, en donde solo se registraban casos confirmados. Esto hace que, sobre todo en la primera onda, pero también en las siguientes, se capten más casos y se incrementen de forma más temprana en el sistema de IT que en RENAVE, lo que significa que las incapacidades temporales son una buena fuente de información complementaria para la vigilancia de la COVID-19. El poder utilizar la información del sistema de IT para el seguimiento de la curva epidémica y como sistema que alerte del comienzo de un aumento de la incidencia de esta infección, tiene especial interés en este momento en el que se está planteando una transición en la vigilancia del COVID-19 hacia un sistema que ya no incluya una vigilancia individualizada universal.

Además del mayor riesgo de exposición al coronavirus en los profesionales sociosanitarios, hay que tener en cuenta que la incidencia en determinados sectores está relacionada con una mayor intensidad de búsqueda diagnóstica, como sucedió con estos profesionales, únicos colectivos en los que se indicaba prueba diagnóstica ante casos leves durante la primera onda epidémica. Asimismo, durante la segunda onda, se realizaron numerosas actividades de cribado en personal sociosanitario de Establecimientos residenciales, que podrían sobreestimar la incidencia en este colectivo.

También hay que recordar que los resultados de la primera ronda del estudio nacional de seroprevalencia ENE-COVID<sup>(19)</sup> permitieron estimar la sensibilidad del sistema de vigilancia durante la primera onda epidémica en un 9,7% (IC 95%: 8,96%-10,29%)<sup>(20)</sup>. Es decir, que el número real de infecciones estimado en el pico de la primera onda se acercaría a las 100.000 diarias comparado con los 10.000 notificados al sistema. Quedaron sin recogida por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica los casos leves y asintomáticos, generalmente personas más jóvenes que no requerían hospitalización y con baja letalidad, pero que, si son personas trabajadoras, si requieren baja laboral para no acudir a su puesto de trabajo. Nuestros resultados muestran que todas las tasas IT por enfermedad analizadas en Establecimientos residenciales estuvieron por encima de la incidencia acumulada RENAVE hasta febrero 2021, momento en el cual se vacunan estos trabajadores, las tasas IT caen en picado y las de residencias se sitúan por debajo de la incidencia acumulada RENAVE por primera vez en toda la pandemia.

Tal y como ha sido descrito recientemente<sup>(10)</sup> las actividades de asistencia en establecimientos residenciales constituyen un sector altamente feminizado, compuesto por trabajadoras

comprendidas en rangos de edad avanzada y con un nivel de estudios con predominio de la enseñanza secundaria. Las mujeres, que representan el 84% de las personas cuidadoras, han sufrido de manera especial el impacto de la pandemia, pues han asumido una mayor carga de cuidados de las personas enfermas ante la falta de recursos y material de protección<sup>(21)</sup>. Hemos encontrado tasas superiores en mujeres y una elevada tasa en la población trabajadora joven (menor de 25 años), en comparación con los otros grupos de edad. Son hallazgos que hacen pensar en la necesidad de mejorar las condiciones laborales en el sector. Los requerimientos relativos a recursos materiales y equipamientos y los recursos humanos son especialmente relevantes para garantizar la adecuada prestación del servicio, tanto en número de profesionales (ratios trabajador/usuario), como en su formación y actualización para el desempeño del puesto de trabajo, que además repercutirá en la mejora de las condiciones de trabajo y los indicadores de salud de los trabajadores.

Las mujeres tuvieron tasas superiores a las de los hombres en 10 de las 17 ocupaciones más representativas en los establecimientos residenciales, y los valores máximos de incidencia acumulada en las cinco ocupaciones más relevantes para mujeres casi duplican los valores registrados para hombres. Llama la atención el valor encontrado en las trabajadoras de los cuidados personales a domicilio, que tuvo la tasa más alta de todos los subgrupos ocupacionales. Todas ellas son mujeres y representan el 0,7% del personal ocupado en establecimientos residenciales. No es una ocupación que deba encontrarse en estos centros y podría tratarse de un problema de mala clasificación, inadecuada asignación del código CNO o contratación de personal con otras condiciones de empleo, menos favorables. Se necesitaría aclarar la presencia en los establecimientos residenciales de este

personal y el impacto superior en incapacidades temporales que hemos encontrado.

El impacto en los establecimientos residenciales con cuidados sanitarios es elevadísimo. Con solo el 4,8% de los trabajadores del sector en ellas, acumulan un número de procesos IT y presentan una tasa solo explicable por la disparidad de personal sanitario entre el existente y el necesario. La pandemia afloró la fragilidad de los servicios sociosanitarios. España es el segundo país con mayor esperanza de vida del mundo y la pandemia evidenció que el nivel de medicalización de las residencias no era suficiente, mucho menor de la percepción generalizada hasta entonces. La insuficiencia de personal, el contacto frecuente entre trabajadoras y residentes, las mayores cargas virales y los tiempos de exposición prolongados, la probabilidad más alta de realizar maniobras generadoras de aerosoles o el movimiento del personal entre Establecimientos residenciales, podrían representar factores que parcialmente expliquen la diferencia de tasa registrada entre los establecimientos residenciales con cuidados sanitarios y los otros tipos de establecimientos residenciales<sup>(22)</sup>.

Como era de esperar, hemos encontrado un mayor impacto en las ocupaciones que implican contacto estrecho con las personas residentes: médicas, enfermeras, auxiliares y otras profesionales de la salud, y tasas más bajas en ocupaciones que implican en menor medida contacto interpersonal: cocineros y ayudantes, directores de servicios, personal de mantenimiento o personal de limpieza. Hemos encontrado algunas diferencias llamativas, con mayores tasas en los hombres, en el grupo *Profesores y técnicos de educación especial* y en *Otros profesionales de la salud (médicos excluidos)*. El 88% de las IT en los primeros, se registran para el grupo de los *Técnicos educadores de educación especial* (datos no publicados), trabajadores encargados

de enseñar a niños, jóvenes y adultos, sean discapacitados con deficiencias físicas o mentales o personas con dificultades para aprender e instruirse. Los *Otros profesionales de la salud* que trabajan en Establecimientos residenciales incluyen nueve grupos de ocupaciones, entre las cuales odontólogos y estomatólogos, logopedas, terapeutas ocupacionales, ópticos-optometristas, etc., con una serie de tareas más diversas y probabilidades de contagio variables entre las distintas ocupaciones. La mayoría de las actividades descritas podría conllevar un riesgo de contagio superior por la naturaleza de las actividades o las características de las personas atendidas. Futuras investigaciones deberían esclarecer las causas del impacto superior que hemos encontrado en los hombres.

Desde el punto de vista de la distribución territorial de las incapacidades laborales por infección en Establecimientos residenciales, nuestros resultados indican una heterogeneidad entre comunidades autónomas. En líneas generales, las tasas más altas aparecen en comunidades con tasas más elevadas de incidencia acumulada en la población, lo que se podría correlacionar con un mayor impacto de la COVID-19 en territorios con una circulación de virus más intensa. Destaca Navarra, con la tasa más elevada de todas las comunidades autónomas, sin que encontremos motivos que expliquen esta diferencia.

Una de las limitaciones de nuestro estudio es la carencia de un identificador personal de los procesos IT, que nos impide atribuir cada proceso a una persona trabajadora. Una misma persona puede haber tenido una IT como contacto estrecho y después como caso; tampoco podemos identificar las reinfecciones, y así sucesivamente. Esto puede provocar una sobre-estimación de las tasas. Pero, aunque así fuese, el objetivo del trabajo es determinar el impacto en el mundo laboral de la COVID-19, no evaluar su incidencia. Y esto tampoco anularía la utilidad del análisis

de las IT como indicadores que nos pudieran dar señales de alerta de aumento de incidencia de la infección en población general.

Otra limitación deriva del hecho de que no podemos saber si las personas que recibieron la baja por enfermedad se contagiaron en el entorno laboral o comunitario. Dada la naturaleza de las ocupaciones que hemos analizado dentro de los establecimientos residenciales, con tareas que requieren presencia, y el solapamiento del periodo estudiado con el estado de alarma y en consecuencia con la limitación de la movilidad y de las actividades extralaborales, se podría interpretar que la mayoría de los contagios se produjeron tras la exposición en el lugar de trabajo, especialmente las correspondientes a la primera onda, sin que podamos descartar los intradomiciliarios y/o sociales. Finalmente, cabe destacar que ciertos cálculos de tasa no se han podido realizar al no disponer de una población denominador. Que nosotros conozcamos, es el primer estudio de este tipo en nuestro país, por lo que no hemos podido comparar los hallazgos con los de otros estudios relacionados.

Nuestros resultados confirman el importante impacto que ha tenido la COVID-19 en los establecimientos residenciales de nuestro país y la desigualdad que ha caracterizado este impacto. El valor novedoso de nuestro trabajo ha consistido en evidenciar los grupos ocupacionales más afectados dentro de lo Establecimiento residenciales, las diferencias de ese impacto por tipo de establecimiento residencial y confirmar la utilización de las incapacidades temporales como fuente de información alternativa para la vigilancia epidemiológica y de salud pública. Identificar y describir los factores que están detrás de estos resultados contribuye a una mejor protección de las personas trabajadoras frente a la COVID-19 y puede complementar la vigilancia epidemiológica haciendo uso de un sistema consistente y disponible en tiempo real como son las incapacidades temporales.

## CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

Todos los autores de este artículo han participado en la elaboración del mismo: en la idea original del trabajo, elaboración del manuscrito, asesoramiento técnico y en la revisión del artículo final.

## AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Nacional de la Seguridad Social, por facilitarnos los datos relativos a las incapacidades temporales. Al Centro Nacional de Epidemiología y al Centro Coordinador de Alertas y Emergencias Sanitarias, por proporcionarnos los correspondientes a los casos incluidos en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. European Center for Disease Prevention and Control. Increase in fatal cases of COVID-19 among long-term care facility residents in the EU/EEA and the UK. Rapid Risk Assessment [Citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-increase-fatal-cases-covid-19-among-long-term-care-facility>
2. Actuaciones de respuesta coordinada para el control de la transmisión de COVID-19. Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2021. Documentos Técnicos para Profesionales. Actualización de 2 de junio de 2021. [Citado 26 de julio de 2021]. Disponible en <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm>
3. Del Pino E, Moreno-Fuentes FJ, Cruz-Martínez G, Hernández-Moreno J, Moreno L, Pereira-Puga *et al.* Informe Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes. Instituto de Políticas y Bienes Públicos (IPP-CSIC). [Citado 6 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20350/digitalCSIC/12636>
4. Ministerio de Sanidad. Documentos Técnicos para Profesionales. Información científico-técnica. Madrid. 2020. [Citado 12 marzo de 2020] Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos.htm>
5. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Información semanal COVID-19 en centros residenciales. [Citado 26 de julio de 2021]. Disponible en: [https://www.imsero.es/imsero\\_01/mas\\_informacion/serv\\_soc/sem\\_cr/index.htm](https://www.imsero.es/imsero_01/mas_informacion/serv_soc/sem_cr/index.htm)
6. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Amy T. Hsu *et al.* Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence [Internet]. Resources to support community and institutional Long-Term Care responses to COVID-19. 2020. [Citado 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK – ninth update. [Citado 23 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-ninth-update>
8. Gardner W, States D, Bagley N. The Coronavirus and the Risks to the Elderly in Long-Term Care. *J Aging Soc Policy*.2020; 1-6.
9. Ontario Takes Immediate Steps to Further Protect Long-Term Care Residents and Staff During COVID-19 Outbreak [Internet]. [news.ontario.ca](https://news.ontario.ca). [Citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://news.ontario.ca/opo/en/2020/04/ontario-takes-immediate-steps-to-further-protect-long-term-care-residents-and-staff-during-covid-19.html>
10. Zimmermann Verdejo M. Trabajando en la asistencia en establecimientos residenciales: Reflexiones sobre el impacto de sus determinantes sociales. *Rev Esp Salud Pública*. 2021; 95: 22 de octubre e202110153.

11. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Evolución sectorial y territorial de la Incapacidad Temporal por COVID. [Citado 12 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.es/es/covid19/seguridad-social/datos/index.htm>
12. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Afiliación Media mensual. [Citado 23 abril de 2021]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST8/EST10/EST290/EST295/EST296>
13. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595) [Citado 27 de abril de 2021].
14. Instituto Nacional de Estadística. Censo de población. [Citado 27 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=31304>
15. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto Ley 6 de 2020, de 10 de marzo. BOE, núm. 62, de 11-03-2020. [Citado 12 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/10/6>
16. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS). Criterio 4/2020 sobre la aplicación del artículo quinto del real decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, sobre el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública.
17. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Actualización a 15 de abril de 2020 de las instrucciones aclaratorias relativas al nuevo procedimiento de remisión de partes de los servicios públicos de salud (SPS) por coronavirus.
18. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Actualización a 17 de junio de 2020 de las instrucciones aclaratorias relativas a los procesos de Incapacidad Temporal emitidos a los Trabajadores Especialmente Sensibles por especial vulnerabilidad frente al Coronavirus SARS- CoV-2.
19. Pollán M, Pérez-Gómez B, Pastor-Barriuso R, Oteo J, Hernán MA, Pérez-Olmeda M *et al*. Prevalence of SARS-CoV-2 in Spain (ENE-COVID): a nationwide, population-based seroepidemiological study. *Lancet* [Internet]. 2020; 396: 535–544.
20. Sierra MJ, Martínez EV, Monge S, García San Miguel L, Suarez B, Simón F. Lecciones de la vigilancia de la COVID-19. Necesidad urgente de una nueva vigilancia en salud pública. *Gaceta Sanitaria*. En prensa 2022.
21. Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades: “Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK –ninth update 23”. [Citado 15 abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-ninth-update-23-april-2020.pdf>
22. Shamez N Ladhani *et al*. Increased risk of SARS-CoV-2 infection in staff working across different care homes: enhanced COVID-19 outbreak investigations in London care Homes. *J Infect*. 2020 Oct; 81(4): 621–624. doi: 10.1016/j.jinf.2020.07.027

**Anexo I**  
**Tasa IT por infección de COVID-19 en Establecimientos  
residenciales (CNAE Q87) por comunidad autónoma.**  
**España, 15 de febrero - 17 de septiembre de 2020.**

Número de IT infección x 100.000 ocupados en el periodo 15-02-2020 al 17-09-2020

978  28.000

