

Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el período 2000-2002

A.M. García-Díaz^a, S. Pértega-Díaz^b, S. Pita-Fernández^c, C. Santos-García^a y J. Vázquez-Vázquez^a

Objetivo. Describir las características de los procesos de incapacidad temporal (IT), su duración y los factores determinantes en la población activa asegurada de un centro de salud.

Diseño. Estudio observacional de prevalencia, descriptivo.

Emplazamiento. Centro de salud de Ribadeo (Lugo).

Participantes. Se incluyó el total de partes de baja de IT registrados durante el período 2000-2002 ($n = 1.714$).

Mediciones principales. Se recogieron la edad de cada paciente, el sexo, la duración de la IT, el núcleo de residencia (rural/urbano), la actividad económica (según CNAE-93), el régimen de la seguridad social y la causa de la incapacidad (según CIE-9).

Resultados. La tasa de IT fue de 14,79 por 100 personas-año. La media de edad fue de $40,13 \pm 12,08$ años y 936 (54,6%) procesos correspondieron a varones. Un 85,7% de las bajas se debió a enfermedades comunes, un 12,2% a accidentes no laborales y un 2,1% a accidentes laborales. Los principales grupos de enfermedades asociadas fueron las enfermedades del sistema osteomuscular (25,7%), del aparato respiratorio (16,4%) y los traumatismos (16,2%).

El total de episodios supuso la pérdida de 114.355 jornadas laborales. La media de días perdidos por trabajador fue de $99,79 \pm 136,37$. La media de días perdidos por episodio fue de $66,72 \pm 98,79$. Según los resultados del análisis multivariante, los episodios de IT de mayor duración se asociaron a pacientes de mayor edad, mujeres y a los regímenes de autónomos o empleados del hogar. Las bajas más largas fueron las causadas por tumores y trastornos mentales.

Conclusiones. La edad, el sexo, la profesión y la enfermedad son variables relacionadas con los procesos de IT.

Palabras clave: Morbilidad. Incapacidad temporal. Absenteeism.

SHORT-TERM TIME OFF WORK: ITS CHARACTERISTICS AT A HEALTH CENTRE FROM 2000-2002 INCLUSIVE

Objective. To describe short-term time off work procedures, its duration and the determining factors in an active population covered by health insurance at a health centre.

Design. Descriptive and observational study of prevalence.

Setting. Ribadeo Health Centre, Lugo, Spain.

Participants. All sickness certificates issued in 2000-2002 were included ($n=1714$).

Main measurements. The age and sex of each patient, amount of time off, place of residence (rural/urban), job (according to CNAE-93), type of social security cover, and cause of illness (according to CIE-9) were all recorded.

Results. The short-term time off rate ran at 14.79 per 100 persons a year. Mean age was 40.13 (SD, 12.08); 936 (54.6%) were male. 85.7% of time-off periods were due to chronic illness, 12.2% to accidents not at work and 2.1% to accidents at work. Main associated pathologies were bone and muscular problems (25.7%), respiratory system problems (16.4%), and traumatism (16.2%). All episodes accounted for the loss of 114 355 working days. Mean days lost per worker were 99.79 (SD, 136.37). Mean days lost per episode were 66.72 (SD, 98.79). Multivariate analysis showed that longer episodes were associated with older patients, women and the self-employed or workers at home. The longest periods off work were caused by cancer and mental disorders.

Conclusions. Age, sex, job, and pathology are variables related to short-term time off work.

Key words: Morbidity. Short-term time off. Absenteeism.

^aCentro de Salud de Ribadeo. Lugo. España.

^bUnidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. España.

^cCentro de Salud de Cambre. A Coruña. España.

Correspondencia:
 Sonia Pértiga Díaz.
 Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística.
 Hospital Juan Canalejo.
 Hotel de Pacientes, 7.^a planta.
 15006 A Coruña. España.
 Correo electrónico:
 sperdia@canalejo.org
 Manuscrito recibido el 23 de febrero de 2005.
 Manuscrito aceptado para su publicación el 25 de abril de 2005.

Introducción

La incapacidad temporal (IT) es la situación por enfermedad común, profesional o accidente durante la cual el trabajador recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social y está impedido para su trabajo¹. Tiene importantes repercusiones sociosanitarias y afecta sólo a un 10% de la población, con un coste de 2 billones de pesetas anuales, más de la mitad del gasto de un centro de salud medio^{2,3}.

El médico de familia sigue siendo el principal responsable de la tramitación de la IT. Su gestión conlleva dificultades sociales, laborales, éticas y sanitarias que la convierten en una tarea poco gratificante⁴. Además, debe destinar gran parte de su labor a llenar los partes de alta, baja y confirmación de enfermedad, que constituyen hoy día la principal fuente de información de IT en nuestro país.

En algunos estudios se confirma el interés de la IT como indicador de salud de una población^{5,6}. En España, los estudios son eminentemente descriptivos⁷⁻¹³ y en ellos se analiza la morbilidad de diferentes enfermedades¹⁴⁻¹⁶, colectivos¹⁷⁻¹⁸ o poblaciones^{19,20}. Otros se centran en la duración de los episodios de IT²¹⁻²³.

En este estudio se describen las características y las causas de la IT, duración de las bajas y sus determinantes en la población activa adscrita a un centro de salud entre 2000 y 2002.

Pacientes y método

Ámbito

Área del centro de salud de Ribadeo (Lugo).

Período de estudio

Enero de 2000 hasta diciembre de 2002.

Tipo de estudio

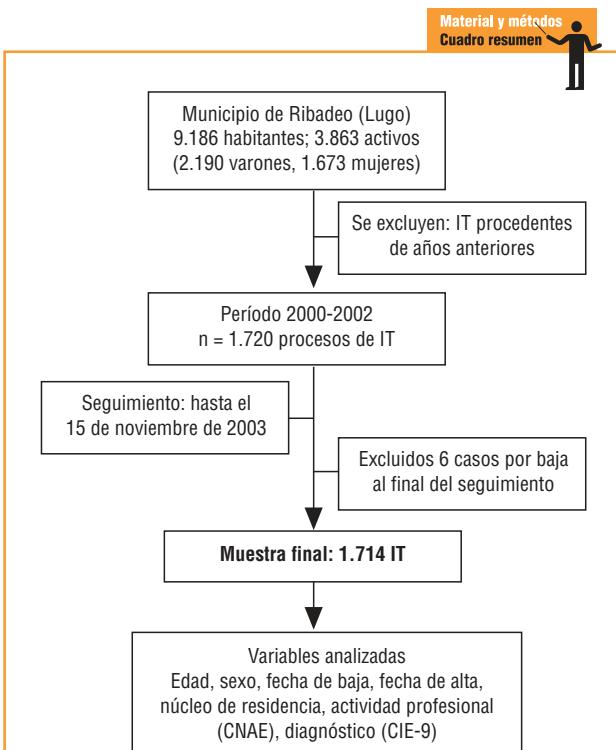
Observacional de prevalencia descriptivo.

Muestra.

Partes de IT registrados en el período de estudio, salvo las IT que procedían de 1999. Se excluyeron 6 casos que seguían de baja al finalizar el estudio. Se incluyen las IT por enfermedad común, accidente no laboral y laboral o enfermedad profesional a cargo del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Se excluyen los accidentes cubiertos por las mutuas, así como las bajas maternales, al no ser consideradas causa de IT según la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

Seguimiento

Se prolongó hasta el 15 de noviembre de 2003, fecha en la que habían concluido todos los procesos de IT salvo 6 casos, que fue-



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo realizado para analizar las características de los procesos de incapacidad temporal (IT), su duración y los factores determinantes en la población activa asegurada de un centro de salud.

ron excluidos finalmente del estudio. Se consideraron todas las causas de finalización de IT (mejoría/curación, muerte, tramitación de incapacidad, traslado de expediente, decisión de la inspección médica o incomparecencia).

Fuentes de información

Se utilizaron las fichas de registro de IT del centro, confeccionadas a partir de los partes de IT.

Mediciones

Se determinaron la edad, el sexo, y las fechas de baja y alta. El núcleo de residencia se dividió en rural y urbano. La actividad se codificó según la Clasificación Nacional de Actividades Económicas²⁴. Se recogió información acerca del régimen de Seguridad Social y el diagnóstico (según CIE-9)²⁵.

Análisis estadístico

Para la comparación de proporciones se usó el test de la χ^2 . Para la comparación de variables numéricas se utilizaron los test de la t de Student o de Kruskal-Wallis. La relación entre variables numéricas se valoró con la ρ de Spearman. Para identificar los factores asociados con la duración de la IT se ajustó un modelo de regresión múltiple. Las tendencias se valoraron con el test de la χ^2 de tendencia.

Resultados

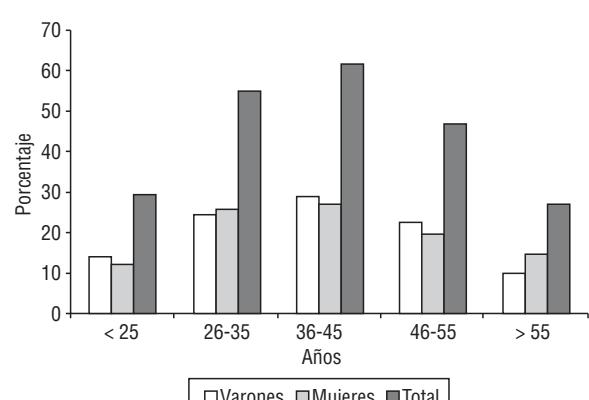
Descripción de los episodios de incapacidad temporal

Se registraron 1.714 IT de 1.146 trabajadores (585 en 2000, 555 en 2001 y 574 en 2002). La tasa de IT por 100 activos fue de 15,14 en el año 2000, 14,37 en 2001 y 14,86 en 2002, con una tasa media de 14,79 (14,25 en varones y 15,5 en mujeres).

Correspondían a varones 936 (54,6%) de las IT. La media de edad fue de $40,1 \pm 12,1$ años (tabla 1). El menor número de IT se registró, en varones, en mayores de 55 años (10,2%), y en mujeres, en menores de 25 (12,5%) (fig. 1). Un 85,7% de las IT se debió a enfermedades comunes. Se registraron más accidentes en varones, laborales (el 2,5 frente al 1,7%) y no laborales (el 14 frente al 10%) ($p < 0,001$). Los diagnósticos más frecuentes fueron enfermedades osteomusculares (25,7%), respiratorias (16,4%) y traumatismos (16,2%) (tabla 2). En los varones les siguieron las enfermedades digestivas (7%) y en mujeres, las mentales (9%) y nerviosas (6,3%) (tabla 2).

Con la edad se incrementan los accidentes laborales (el 0,9 frente al 4,8%). Los accidentes no laborales fueron más frecuentes en < 25 años (el 21,4 frente al 6,2%). Entre los de menos edad predominaron los traumatismos (23,7%) y las enfermedades respiratorias (25,4%). En los pacientes > 55 años, las enfermedades osteomusculares fueron las más frecuentes (36,7%) (fig. 2).

La mayoría de IT se registraron en lunes (30%) y disminuyeron durante la semana. En fin de semana se registró el 4,1%. El mes con más bajas fue enero (n = 197; 11,5%). Las enfermedades respiratorias fueron frecuentes en diciembre (23,9%) y enero (42,1%), las digestivas en abril



**FIGURA
1**

**TABLA
1**

Características de los procesos de incapacidad temporal en la población del área del centro de salud de Ribadeo (Lugo). Enero de 2000 a diciembre de 2002

	Mediana	Rango
Edad, años, media ± DE	40,13 ± 12,08	40 16-70
Duración de la IT, días, media ± DE	66,72 ± 98,79	26 1-558
Sexo, n (%)		
Varón	936	54,60
Mujer	778	45,40
Núcleo de residencia, n (%)		
Rural	665	39,00
Urbano	1042	61,00
Contingencia, n (%)		
Enfermedad común	1469	85,70
Accidente no laboral	209	12,20
Accidente de trabajo	36	2,10
Causa de la incapacidad, n (%)		
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	66	3,80
II. Tumores	29	1,70
III. Enfermedades de glándulas endocrinas y nutrición	8	0,50
V. Trastornos mentales	107	6,30
VI. Enfermedades nerviosas y órganos de los sentidos	96	5,60
VII. Enfermedades del aparato circulatorio	57	3,30
VIII. Enfermedades del aparato respiratorio	281	16,40
IX. Enfermedades del aparato digestivo	95	5,50
X. Enfermedades del aparato genitourinario	64	3,70
XI. Complicaciones de embarazo, parto y puerperio	39	2,30
XII. Enfermedades de piel y tejido celular subcutáneo	54	3,20
XIII. Sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	440	25,70
XVI. Signos, síntomas y estados mal definidos	99	5,80
XVII. Traumatismos y envenenamientos	277	16,20
Actividad profesional, n (%)		
A. Agricultura, ganadería, caza y selvicultura	152	9,10
B. Pesca	43	2,60
C. Industrias extractivas	5	0,30
D. Industria manufacturera	212	12,70
E. Producción de energía eléctrica, gas y agua	5	0,30
F. Construcción	269	16,10
G. Comercio/reparación vehículos	219	13,10
H. Hostelería	149	8,90
I. Transporte, almacenamiento y comunicaciones	55	3,30
J. Intermediación financiera	39	2,30
K. Actividades inmobiliarias y de alquiler	72	4,30
L. Administración pública, defensa y SS	76	4,50
M. Educación	76	4,50
N. Actividades sanitarias/veterinarias o sociales	147	8,80
O. Otras actividades sociales	57	3,40

(Continúa en la página siguiente)

**TABLA
1**

	Mediana	Rango
P. Actividades de hogares	40	2,40
Q. En desempleo	57	3,40
Régimen de la Seguridad Social, n (%)		
Régimen general	1283	75,10
Régimen especial agrario	134	7,80
Autónomo	193	11,30
Empleado del hogar	41	2,40
Desempleados o INSS	57	3,40

DE: desviación estándar; SS: seguridad social; INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social.

**TABLA
2**
Distribución y características de los episodios de incapacidad temporal según el sexo. Población del área del centro de salud de Ribadeo (Lugo). Período 2000-2002

	Varones		Mujeres		p
	n	%	n	%	
Edad, años*	39,82 ± 11,93		40,5 ± 12,26		0,247
	(40)		(39)		
Edad, años		0,031			
< 25	132	14,10	97	12,50	
26-35	228	24,40	201	25,90	
36-45	268	28,70	211	27,10	
46-55	211	22,60	153	19,70	
> 55	95	10,20	115	14,80	
Contingencia		0,02			
Enfermedad común	782	83,5	687	88,3	
Accidente no laboral	131	14	78	10	
Accidente de trabajo	23	2,5	13	1,7	
Causa de la incapacidad		—			
I. Enfermedades infecciosas	48	5,1	18	2,3	
II. Tumores	18	1,9	11	1,4	
III. Enfermedades endocrinas	3	0,3	5	0,6	
V. Trastornos mentales	37	4	70	9	
VI. Enfermedades nerviosas/sensoriales	47	5	49	6,3	
VII. Enfermedades del aparato circulatorio	36	3,9	21	2,7	
VIII. Enfermedades del aparato respiratorio	182	19,5	99	12,7	
IX. Enfermedades del aparato digestivo	65	7	30	3,9	
X. Enfermedades del aparato genitourinario	17	1,8	47	6	
XI. Complicaciones de embarazo/parto	1	0,1	38	4,9	
XII. Enfermedades de piel y tejido subcutáneo	38	4,1	16	2,1	
XIII. Sistema osteomuscular	208	22,3	232	29,8	
XVI. Estados mal definidos	59	6,3	40	5,2	
XVII. Traumatismos	175	18,7	102	13,1	

Actividad profesional

A. Agricultura	49	5,4	103	13,4
B. Pesca	35	3,9	8	1
C. Industrias extractivas	4	0,4	1	0,1
D. Industria manufacturera	157	17,4	55	7,2
E. Producción energía	5	0,6	—	—
F. Construcción	268	29,6	1	0,1
G. Comercio vehículos	86	9,5	133	17,3
H. Hostelería	39	4,3	110	14,3
I. Transporte	52	5,8	3	0,4
J. Intermediación financiera	24	2,7	15	2
k. Actividades inmobiliarias	25	2,8	47	6,1
L. Administración pública	42	4,6	34	4,4
M. Educación	33	3,7	43	5,6
N. Actividades sanitarias	21	2,3	126	16,4
O. Otras actividades sociales	36	4	21	2,7
P. Actividades de los hogares	2	0,2	38	4,9
Q. En desempleo	26	2,9	31	4
Régimen de la Seguridad Social				< 0,001
Régimen general	749	80,4	534	68,8
Régimen especial agrario	41	4,4	93	12
Autónomo	114	12,2	79	10,2
Empleado hogar	2	0,2	39	5
Desempleados o INSS	26	2,8	31	4

*Los valores expresan la media ± desviación estándar con la mediana entre paréntesis.

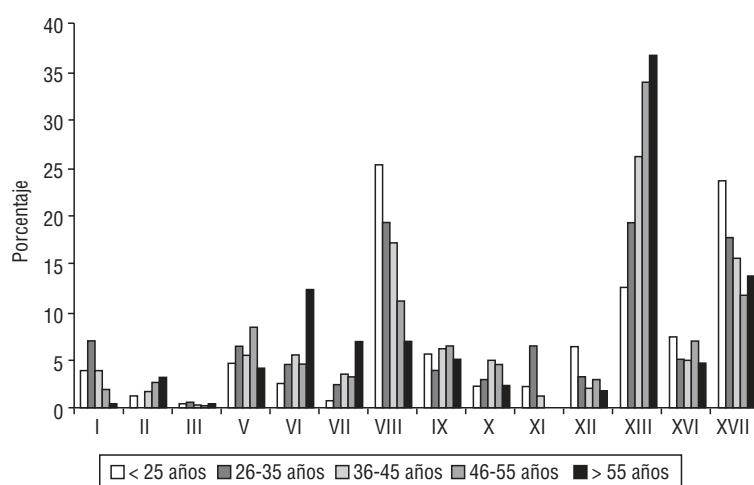
(6,8%), mayo (9,3%) y junio (8%), y los traumatismos en julio (22,6%) y agosto (25,4%).

Duración de las incapacidades temporales y días perdidos

Las IT supusieron la pérdida de 114.355 jornadas. La media de días perdidos por trabajador fue de $99,8 \pm 136,4$ días, y la duración media de cada IT de $66,7 \pm 98,8$ días. Un total de 327 (19,1%) bajas duró menos de 1 semana y un 9% ($n = 155$) más de 6 meses.

Las IT causaron 53.364 (46,67%) días perdidos en varones y 60.991 (53,33%) en mujeres. La duración fue mayor en mujeres (mediana, 45 frente a 21 días), en los de más edad ($rho = 0,318$; $p < 0,001$) y en las empleadas del hogar (110 días) (tabla 3).

Las enfermedades con más días perdidos fueron las osteomusculares (33.905 días; 29,67%) y los traumatismos (20.623 días; 18,05%). Las bajas más largas se produjeron por tumores y trastornos mentales (tabla 4). En mujeres, la duración fue mayor en procesos neoplásicos (403 frente a 249,5), mentales (98,5 frente a 62), genitourinarios (73 frente a 22), traumatismos (64,5 frente a 27,5) y osteomusculares (60 frente a 37). Tras los tumores, los procesos más largos fueron, en < 25 años, las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio, y los problemas circulatorios, y en > 55, las enfermedades mentales y genitourinarias.

**FIGURA
2****TABLA
3**

	Media ± DE	Mediana	Días perdidos	p
Duración del proceso de IT	66,72 ± 98,79	26	114.355	
Edad, años				<0,001
> 25	37,65 ± 62,14	15	8.622	
26-35	45,06 ± 75,34	18	19.331	
36-45	58,08 ± 88,13	24	27.820	
46-55	92,33 ± 118,71	55,5	33.608	
> 55	118,64 ± 126,39	73,5	24.914	
Sexo				< 0,001
Varón	57,01 ± 94,51	21	53.364	
Mujer	78,39 ± 102,56	45	60.991	
Contingencia				< 0,001
Enfermedad común	64,61 ± 96,82	23	94.918	
Accidente no laboral	69,48 ± 91,08	43	14.521	
Accidente de trabajo	136,56 ± 173,11	64,5	4.916	
Causa de la incapacidad				< 0,001
I. Enfermedades infecciosas	9,97 ± 13,78	6	658	
II. Tumores	286,14 ± 158,99	331	8.298	
III. Enfermedades endocrinas	45 ± 41,83	27,5	360	
V. Trastornos mentales	137 ± 147,35	82	14.659	
VI. Enfermedades nerviosas	76,04 ± 106,55	30	7.300	
VII. Enfermedades circulatorias	84,11 ± 93,88	55	4.794	
VIII. Enfermedades respiratorias	14,11 ± 29,41	8	3.964	
IX. Enfermedades digestivas	60,09 ± 74,37	46	5.709	
X. Enfermedades genitourinarias	75,66 ± 86,49	60,5	4.842	
XI. Complicaciones de embarazo	45,26 ± 51,95	22	1.765	
XII. Enfermedades de piel	70,56 ± 99,04	43,5	3.810	
XIII. Sistema osteomuscular	77,06 ± 94,49	47	33.905	

XVI. Estados mal definidos	36,25 ± 70,61	10	3.589
XVII. Traumatismos	74,45 ± 99,24	44	20.623
Actividad profesional	< 0,001		
A. Agricultura	116,03 ± 107,76	83	17.636
B. Pesca	108,47 ± 138,69	48	4.664
C. Industrias extractivas	20,80 ± 20,74	13	104
D. Industria manufacturera	63,47 ± 91,21	23	13.456
E. Producción energía	17,80 ± 12,38	16	89
F. Construcción	51,47 ± 100,39	14	13.846
G. Comercio vehículos	59,45 ± 95,03	21	13.019
H. Hostelería	73,07 ± 99,69	39	10.888
I. Transporte	68,27 ± 108,44	26	3.755
J. Intermediación financiera	49,59 ± 108,57	15	1.934
K. Actividades inmobiliarias	67,65 ± 79,64	38	4.871
L. Administración pública	48,89 ± 96,35	12,5	3.716
M. Educación	58,76 ± 99,95	15	4.466
N. Actividades sanitarias	43,61 ± 67,84	19	6.411
O. Actividades sociales	58,91 ± 84,63	27	3.358
P. Actividades de hogares	163,75 ± 143,82	108	6.550
Q. En desempleo	71,49 ± 69,31	50	4.075
Régimen Seguridad Social	< 0,001		
Régimen general	50,36 ± 86,47	18	64.608
Régimen especial agrario	119,97 ± 107,54	84	16.076
Autónomo	117,85 ± 122,83	79	22.746
Empleado hogar	163,07 ± 142,07	110	6.686
Desempleados o INSS	71,49 ± 69,31	50	4.075

DE: desviación estándar.

Al ajustar por la edad, el sexo, la actividad y la causa de IT, todas modifican significativamente la duración de los procesos. Por cada incremento de la edad de 5 años se produce un aumento medio de 6 días en la duración de la IT.

**TABLA
4**
Modelo de regresión múltiple del efecto de factores sociodemográficos, laborales y sanitarios en la duración de los procesos de incapacidad temporal. Área del centro asistencial de Ribadesella (Lugo). Período 2000-2002

	B	EE	p	IC del 95%
Constante	12,46	8,82	0,16	-4,85 29,77
Edad, años	1,19	0,19	< 0,001	0,82 1,56
Sexo			< 0,001	
Varón	0			
Mujer	9,33	4,43	0,035	0,64 18,01
Causa de la incapacidad			< 0,001	
XVI. Estados mal definidos	0			
I. Enfermedades infecciosas	-18,32	13,62	0,179	-45,03 8,40
II. Tumores	225,52	18,17	< 0,001	189,87 261,17
III. Enfermedades endocrinas	7,34	31,45	0,816	-54,34 69,01
V. Trastornos mentales	94,58	12,05	< 0,001	70,94 118,22
VI. Enfermedades nerviosas	23,74	12,34	0,054	-0,45 47,94
VII. Enfermedades circulatorias	31,21	14,29	0,029	3,18 59,23
VIII. Enfermedades respiratorias	-15,05	10,03	0,134	-34,71 4,62
IX. Enfermedades digestivas	15,71	12,34	0,203	-8,50 39,92
X. Enfermedades genitourinarias	24,75	13,84	0,074	-2,38 51,89
XI. Complicaciones de embarazo	16,35	16,42	0,319	-15,85 48,55
XII. Enfermedades de piel	36,93	14,49	0,011	8,50 65,36
XIII. Sistema osteomuscular	23,81	9,61	0,013	4,96 42,66
XVII. Traumatismos	31,37	10,13	0,002	11,50 51,23
Régimen de la Seguridad Social			< 0,001	
Régimen general	0			
Régimen especial agrario	43,76	8,32	< 0,001	27,433 60,08
Autónomos	44,26	6,89	< 0,001	30,750 57,78
Empleados del hogar	69,47	14,12	< 0,001	41,785 97,16
Desempleados o INSS	8,30	11,66	0,48	-14,58 31,18

B: coeficiente de regresión; EE: error estándar; IC: intervalo de confianza. (IC del 95%, 0,64-18,01.)

A su vez, las IT en mujeres duran 9,3 (IC del 95%, 0,64; 18,01) días más y son más largas en el régimen especial, los autónomos y las empleadas del hogar. Las IT más largas corresponden a enfermedades tumorales y mentales (tabla 4).

Evolución de las incapacidades transitorias

No se observaron diferencias en la edad de los sujetos con los años y tampoco en la duración de los procesos. La proporción de IT en mujeres sí aumentó, pasando de un 39,5 a un 48,3% en el año 2002 ($p = 0,003$).

Se registró un descenso de los accidentes laborales (el 3,2 frente al 1,2%; $p = 0,016$) y un incremento de las IT por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio (el 2,7 frente al 3,5%; $p = 0,015$). No se observaron cambios significativos en otros diagnósticos, aunque sí un aumento de IT por enfermedades genitourinarias y osteomusculares, y una disminución de las digestivas.

Discusión

Este trabajo caracteriza la morbilidad de la población asegurada de un centro de salud. Los resultados son similares a los de otras series, con un número de IT por 100 activos-año (14,79%) inferior al indicado por otros autores^{10,19}. Estas diferencias pueden deberse a una desigual disposición de la población activa o al menor número de IT en España en los últimos años³. Sin embargo, en el ámbito y el período estudiados no se constató tal descenso.

Al igual que en otros trabajos^{9-12,23}, hay un mayor porcentaje de IT en varones, quizás por la distribución por sexos de la población activa. Sin embargo, la tasa por 100 activos es mayor en mujeres, con más días perdidos, ya que la duración de las IT también fue mayor. Este hecho contradice los resultados de otros trabajos en los que no se encuentran diferencias entre sexos¹⁹. Cabe señalar también que el porcentaje de IT en mujeres ha aumentado con los años, quizás por su incorporación al mundo laboral.

Más de la mitad de las IT se registró en el grupo de 25-45 años, ya que es el que aporta mayor número de activos^{12,19}. En varones, el menor número se registró en > 55 años (posiblemente por miedo a la jubilación) y en mujeres en < 25 años, lo que podría reflejar su difícil acceso al mundo laboral o la precariedad de empleo o el contrato. Otra explicación sería la distinta distribución por sexo, profesión o enfermedad entre grupos. Carecer de la distribución por edad de los activos impide determinar la aportación de cada grupo a la problemática de la IT.

Las causas más frecuentes de absentismo fueron las enfermedades osteomusculares y respiratorias y los traumatismos; éstas son las que con más frecuencia justifican las ausencias laborales en otros estudios, si bien en ellos se comunica una mayor prevalencia de procesos respiratorios^{7,9,10,12,23,26}. También se observa una mayor frecuencia de las enfermedades respiratorias entre jóvenes, mientras que en mayores prevalecen las del aparato locomotor y los traumatismos^{10,12}. En un 5,8% no pudo concretarse el diagnóstico, porcentaje inferior al de otros estudios^{9,12,23}.

Al comparar la distribución por zonas (urbana/rural) o sector económico, encontramos diferencias que se explicarían por las características de cada área^{10,12,19}. De nuevo, la falta de datos sobre la constitución de la población activa impide comparar la contribución de cada sector a las bajas. Las IT fueron más frecuentes en lunes y disminuyeron durante la semana⁷. Por meses destaca enero, posiblemente por los procesos gripales y respiratorios^{10,12}. Las enfermedades digestivas aumentaron en primavera, en relación con su distribución estacional, y los traumatismos en verano, en el período de más tráfico¹⁰.

La duración de las IT (66,72 días) ha sido superior a la de otros estudios^{7,10,19,23,26}, con duraciones medias entre 26,9¹⁹ y 59,83 días²⁶. Asimismo, el porcentaje de bajas de menos de 1 mes (53,5%) es inferior al de estudios realizados en Alicante¹¹ (77,5%), Madrid²³ (72,9%) o Cataluña¹².

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- La incapacidad temporal (IT) constituye un problema de importantes repercusiones sociosanitarias y alto coste económico asociado.
- Diversos estudios han confirmado la utilidad de la IT como indicador del estado de salud de una población.
- Es importante conocer las características determinantes de la IT para adoptar medidas en la prevención de la aparición de las bajas y su prolongación indebida.

Qué aporta este estudio

- Se han constatado diferencias en los procesos de IT en cuanto a edad, sexo, profesión y enfermedad causante.
- Se confirma que en las IT, además de la propia enfermedad, influyen otros factores que determinan la obtención y la duración de la baja, y que deben ser tenidos en cuenta para aliviar la problemática de la IT.

(68,3%). Se confirma la tendencia creciente en España, si bien las diferencias pueden explicarse de nuevo por una diversa constitución de la población.

Los factores que más influyen en la duración de las IT han sido el sexo, la edad, la actividad y el diagnóstico, de forma consistente con otros estudios⁶. Fue mayor en mujeres; esta asociación ya ha sido descrita en algunos trabajos^{7,9,10,17,28}, aunque otros autores no encuentran diferencias^{13,19-23}. Los resultados muestran que la duración aumenta con la edad^{10,12,21}. Ambos efectos se mantienen al ajustar por potenciales factores de confusión, aunque variables como el estado civil o el nivel educativo, que no se han recogido, podrían explicar estas diferencias^{27,29}.

No se constata una mayor duración entre los desempleados, a pesar de ser un hecho reflejado^{23,30}, pero sí en los autónomos y en las empleadas del hogar^{10,19,23}. Esas diferencias se han justificado por las características legales de estos regímenes, ya que en ellos no hay compensación para las IT más cortas y algunos procesos pueden no declararse.

De forma consistente con muchos trabajos, las enfermedades con menor duración de IT fueron las infecciosas y las respiratorias^{7,9,23}. Las bajas más largas correspondieron a tumores, enfermedades mentales, genitourinarias y circu-

latorias. Estos resultados difieren de los de otros estudios, en los que la enfermedad osteomuscular se asocia con procesos más prolongados^{7,23}. No obstante, parece que en la duración de la IT influyen otros factores que justificarían estas diferencias. En este estudio se carecía de información acerca de otras condiciones sociolaborales que pudiesen asociarse con esta duración. Además, algunos episodios pueden requerir tratamientos, pruebas o intervenciones que dilatan su duración, a veces con largos tiempos de espera.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que en este estudio, al igual que en muchos otros, se ha obviado el hecho de que los episodios de IT se repiten en un grupo más reducido de trabajadores. Este hecho ha sido señalado con anterioridad por otros autores³¹, ya que podría invalidar las inferencias realizadas a partir de los modelos de regresión. Según esto, en un futuro debería valorarse la realización de un análisis más detallado tomando el individuo como unidad de análisis con el fin de valorar si se obtienen resultados consistentes. Para poder comparar los resultados con los de otros estudios similares se ha optado, en una primera aproximación, por realizar el análisis por procesos y no por individuo, limitación que ha de ser tenida en cuenta en la interpretación de los resultados obtenidos.

Este estudio pone de manifiesto la importancia de la IT como indicador de salud de una población y su repercusión económica. Se han constatado diferencias en la edad, el sexo, la profesión y la enfermedad. Parece confirmarse que en las IT, además de la enfermedad, otros factores determinan su obtención y duración. En estudios posteriores se debería tomar en cuenta factores sociales o laborales para conocer los determinantes de la IT y adoptar las medidas para prevenir la aparición de las bajas y su prolongación indebida.

Bibliografía

1. Real Decreto Ley 1/1994 de 20 de Junio BOE nº 154, de 29 de junio de 1994.
2. Alfonso JL, Sanchis B, Prado MJ. El estudio económico de la incapacidad laboral transitoria como indicador indirecto de los costes de la morbilidad. Rev San Hig Pub. 1990;64:773-84.
3. Borrell i Carrió F. Incapacidad temporal: mejoras en la gestión. Barcelona: Semfyc; 1998.
4. Moretó Reventós A, Sánchez Ibáñez MJ. Propuestas para mejorar la incapacidad temporal desde la perspectiva de la atención primaria. Cuadernos de Gestión. 2002;8:85-90.
5. Benavides F, Bolumar F, Mur P, et al. Incapacidad laboral transitoria: una fuente de datos para el conocimiento del estado de salud de la comunidad. Aten Primaria. 1986;3:19-23.
6. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Sume SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. J Epidemiol Community Health. 1995;49:124-30.
7. Estaun Blasco E, Mentol Ramírez I, Castellano Solanes P, Mentol Ramírez A, Saavedra Santana P. Estudio de la incapacidad la-

- boral transitoria en Las Palmas. Medicina y Seguridad en el Trabajo. 1993;40:21-30.
8. Cearra Asúa JA, Cearra González PM, De Orte Arrazubi L. Incapacidad laboral transitoria en Bilbao. Estudio epidemiológico durante 20 años. Gaceta Médica de Bilbao. 1998;95:63-6.
 9. Oliver Bañuls A, Pastor Vicente S, Roig Sena J, Chover Lara JL. Estudio de la incapacidad laboral transitoria en la ciudad de Jávea. Rev San Hig Pub. 1994;68:297-302.
 10. Núñez Batalla D, Otero Rodríguez C, Sanz Velasco C, Amador Mellado J, Fernández Gutiérrez C, Paz Jiménez J. Estudio de la incapacidad laboral transitoria durante un año en el área IV de Asturias. Aten Primaria. 1995;15:561-5.
 11. Ibarburu Valbuena, Labracá Sánchez JJ, Lerma Lucas M, Solanas Mateo B. Incapacidad laboral transitoria en atención primaria. Aten Primaria. 2000;25:598.
 12. Pascual Pascual G, Pellejo Pellejo J, Giralt Batista M. Estudio de la incapacidad laboral transitoria en la población de Vila-Rodona Área Básica de Salud Alt Camp Est. Salud Rural. 2002;19:43-52.
 13. Jiménez González M, Giner Rodríguez AS. Análisis de la incapacidad temporal en una zona básica de salud rural. Salud Rural. 2001;18:115-24.
 14. Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañares A, Jover JA. Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año. Rev Esp Reumatol. 2000;27:48-53.
 15. Sans M, Batalla C, Villagrassa D, Ezpeleta A, Escorza S, Comín E. Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud. Aten Primaria. 2000;25:412-6.
 16. González Viejo MA, Condón Huerta MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. Med Clin (Barc). 2000;114:491-2.
 17. López JJ, Ortín E, Navarro A, Moreno P, Pereñiguez JE. Estudio de la incapacidad laboral transitoria por enfermedad común en trabajadores de una gerencia de atención primaria. Aten Primaria. 1995;16:85-8.
 18. Nebot C, Juvanet N, Canela J. Factores condicionantes del absentismo laboral entre los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 1996;17:257-60.
 19. Buitrago F, Lozano L, Bonino F, Fernández-Lozano C, Candelas M, Altimiras J. Influencia del sexo, la edad y la profesión en las incapacidades laborales transitorias en un centro de salud. Aten Primaria. 1993;11:293-7.
 20. García Ortiga P, García Cartón M, Martínez San Cipriano R, Navarro Sanz JJ, Ruiz Blanco A, Saez Alonso-Muñumer M. Incapacidad laboral en la mujer. Análisis en atención primaria. Centro de Salud. 1994;2:191-4.
 21. Portella E, Ferrus L, Porta M. La duración de los procesos de Incapacidad Laboral Transitoria según su causa: definición de estándares. Control de Calidad Asistencial. 1989;4:20-7.
 22. Ugalde Díez M, Alberquilla Menéndez-Asenjo A, González Rodríguez-Salinas C, Pilas Pérez M, Rivera Guzmán JM. Perfiles de duración de la incapacidad laboral transitoria en un distrito sanitario y su comparación con algunos estándares propuestos. Gac Sanit. 1996;10:293-8.
 23. Royo Bordonada MA. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. Gac Sanit. 1999;13:177-84.
 24. CNAE-93. Clasificación nacional de actividades económicas 1993. Real Decreto 1560/1992, de 18 de diciembre.
 25. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y Causas de Muerte. 9.^a revisión. Geneve: OMS; 1975.
 26. González González M, Martín Martín MV, González Casado MJ. Estudio de la incapacidad laboral transitoria por contingencias comunes en la provincia de Salamanca durante el año 1990. Medicina y Seguridad del Trabajo. 1991;38:67-71.
 27. Escrivá V, Pérez-Hoyos S, Bolumar F. Absentismo laboral del personal de enfermería de los hospitales valencianos. Gac Sanit. 1992;6:239-44.
 28. Pérez Candela MC, Marco Marcian MA, Arenas del Poza MS, López Prados JM, Orozco Beltrán D, Sidro Bou LF. Análisis de las bajas laborales en el centro de salud Florida-Portazgo durante el periodo de un año. Aten Primaria. 1990;7:160-1.
 29. Baldwin ML, Jonson WG, Butler RJ. The error of using returns-to-work to measure the outcomes of health care. Am J Ind Med. 1996;29:632-41.
 30. Atance JC. Bajas laborales en desempleo: análisis y perfil. Medicina del Trabajo. 1997;6:149-54.
 31. Benavides FG, Sáez M, Barceló MA, Serra C, Mira M. Incapacidad temporal: estrategias de análisis. Gac Sanit. 1999;13:185-90.