original

Características evolutivas de la incapacidad temporal en un centro de salud

F. Antón-García, G. Lloréns-Ortells, J.B. Catalán-Macián y M. Rodríguez-Montés

Centro de Salud Fuensanta. Valencia. España.

INTRODUCCIÓN. El objetivo es valorar la evolución de la incapacidad temporal (IT) en un centro de salud (CS) urbano durante 12 años (1993-2004) mediante un estudio observacional retrospectivo de prevalencia.

PACIENTES Y MÉTODOS. Las variables evaluadas son: sexo, duración IT, diagnóstico (según CIE-9), año de la IT y causa de alta obtenidas de los partes de IT registrados en tres consultas de un CS.

RESULTADOS. Se registraron 3.924 procesos (58,4% varones). La duración media de la IT es de 46,3 ± 99,4 días para varones y 54,2 ± 103,9 para mujeres (intervalo de confianza de diferencia 1,5-14,4). Para valorar la evolución se han considerado tres periodos: 1993-1996 (1.141 procesos), 1997-2000 (1.128 procesos), 2001-2004 (1.655 procesos). Los diagnósticos más frecuentes son los osteomusculares (30,6%), infecciosos (23%), trastornos mentales (7,9%) y digestivos (7,2%). Evolutivamente el porcentaje de las causas osteomusculares y digestivas se han mantenido, mientras que las infecciosas han descendido del 27 al 18% y las mentales han aumentado del 6,6 al 10,1%, duplicándose el número de días perdidos por esta causa, pasando de 7.642 días en el primer periodo a 15.686 en el tercero. Las causas osteomusculares son las que más días perdidos originan (76.009 días) seguidas de las mentales (31.147 días). El porcentaje de IT por población activa ha pasado de 19,8% en 1993 a 30,5% en 2004.

CONCLUSIONES. Se ha producido un aumento progresivo del porcentaje de IT con respecto a la población activa atendida. En los últimos años las IT por trastornos mentales han aumentado considerablemente, duplicándose el número de días perdidos por esta causa.

Palabras clave: incapacidad temporal, absentismo, Atención Primaria.

INTRODUCTION. This study has aimed to assess the evolution of work disablement (WD) for an urban Primary Care Center (PCC) over 12 years (1993-2004) by means of an observational, retrospective study on prevalence.

PATIENTS AND METHODS. Variables: Gender, WD duration, diagnosis (according to ICD-9), year of the WD, reason for discharge obtained from WD reports recorded in three doctor's offices in the PCC mentioned.

RESULTS. We recorded 3,924 conditions (58.4% males). Average duration of the WD was 46.3 ± 99.4 days for males and 54.2 ± 103.9 for women (Confidence Interval difference varies from 1.5-14.4). Three periods were used to assess evolution: 1993-1996 (1,141 conditions), 1997-2000 (1,128 conditions), 2001-2004 (1.655 conditions). The most frequent diagnoses were osteomuscular (30.6%), infectious (23%), mental disorders (7.9%) and digestive disorders (7.2%). In regards to evolution, percentages of osteomuscular and digestive causes were maintained whereas the infectious ones decreased from 27% to 18% and the mental ones increased from 6.6% to 10.1%, the number of days lost due to this being double, ranging from 7,642 days in the 1st period to 15,686 in the 3rd one. The most work days lost were due to osteomuscular causes (76,009 days) followed by mental ones (31,147 days). The percentage of WD for the active population has increased considerably, going from 19.8% in 1993 to 30.5% in 2004.

CONCLUSIONS. There has been a progressive increase in the percentage of WD due to mental disorders in the working population in recent years. WD due to mental disorders has increased considerably in recent years, the number of workdays lost due to it doubling.

Key words: work disablement, absenteeism, Primary Care.

INTRODUCCIÓN

La incapacidad temporal (IT) junto con el gasto farmacéutico son los factores que más influyen en el gasto de los centros de salud de Atención Primaria (AP)[1-3]. La práctica cotidiana nos indica que existe un abuso en este campo, bien porque no existe una verdadera relación entre la en-

Correspondencia: F. Antón García.
Centro de Salud Fuensanta.
C/ Virgen de la Fuensanta, 18.
46014 Valencia. España.
Correo electrónico: fanton250v(arroba)cv.gva.es

Recibido el 07-09-2008; aceptado para su publicación el 13-03-2009.

fermedad y la incapacidad que ésta produce o bien porque se prolonga excesivamente[4,5]. Por otro lado, en un porcentaje importante de bajas de origen no laboral (hasta el 16%) se ha visto que su origen sí lo es[6,7].

Nuestro país en el año 2000, con una incidencia del 11,8% de trabajadores con baja laboral, ocupaba una situación intermedia en el contexto del resto de los países europeos[8]. Entre los factores reconocidos que más influyen en la duración de la IT se encuentran la edad[9,10], el régimen de la Seguridad Social[9] y el tipo de trabajo[10-12], aunque algunos autores indican que el factor más influyente es el propio paciente[13].

El objetivo del presente trabajo es valorar la evolución de la IT de un centro de salud a lo largo de 12 años.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de los procesos de IT ocurridos en un centro de salud urbano desde 1993 a 2004.

El centro, que tiene siete consultas de medicina familiar, atiende a una población con nivel socio-económico bajo y a un alto número de inmigrantes nacionales, el estudio se ha realizado con los datos de tres consultas que son las que sistemáticamente han recogido estos procesos a lo largo del periodo referido. Estas consultas, similares tanto en las características de los pacientes como en la formación de los médicos de familia, atendían a una población en el año 2004 de 4.375 personas, que se había mantenido bastante estable a lo largo de los años, y cuya población activa estimada en ese año, según la ley de los tercios[1], era de 1.458 personas. El titular de la consulta no ha variado a lo largo del periodo de estudio. Los datos, archivados en cada consulta, han sido extraídos por los médicos residentes que en ese momento estaban realizando su tercer año de residencia de medicina familiar en nuestro centro.

Para valorar la evolución se han estratificado los datos en tres periodos: 1993-1996, 1997-2000 y 2001-2004. En el archivo había 3.950 fichas de IT correspondientes a los 12 años del estudio, de las cuales se han excluido 26 por corresponder a los procesos por descanso maternal posparto de este periodo, por lo que se han evaluado 3.924, correspondiendo 1.141 al primer periodo, 1.128 al segundo y 1.655 al tercero. Las variables evaluadas han sido: sexo, mes y año de la IT, duración, diagnóstico codificado según la CIE9 y causa del alta (dada por el médico de cabecera por mejoría, por inspección, por incomparecencia del paciente o por tramitación de la incapacidad permanente). La edad no se ha evaluado por no estar este dato recogido en las fichas de IT. En el grupo nº 1 de la CIE9 correspondiente a las enfermedades infecciosas hemos incluido también las localizadas en el aparato respiratorio. El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS 13.0, utilizando la prueba de la "t" de Student, la de ji cuadrado y ANOVA. El nivel de significación estadística ha sido para una $p < 0,05$ y los intervalos de confianza (IC) al 95%.

RESULTADOS

De los 3.924 procesos de IT, el 58,4% corresponde a varones, porcentaje que no ha variado significativamente en los diferentes periodos considerados. La duración media de la baja en los varones es de 46,3 días (desviación estándar [DE] 99,4 días) y en las mujeres de 54,2 (DE 103,9), siendo la diferencia significativa (IC 1,5-14,4) y $p = 0,016$, no habiendo diferencias estadísticas entre las tres consultas evaluadas. En cuanto a los diagnósticos, los más frecuentes han sido los de origen osteomuscular (30,6%), infeccioso (23,0%), trastornos mentales (7,9%) y digestivos (7,2%), que suponen cerca del 70% de todas las causas de IT. En la tabla 1 se recoge la evolución de estos procesos en los diferentes periodos estudiados.

En la tabla 2 se recoge la duración media de los procesos más significativos y los días laborales perdidos. Los datos de los días perdidos evolutivamente para estos procesos quedan recogidos en la tabla 3.

En cuanto a la duración de las bajas en nuestro estudio, el 69,4% son de duración inferior a un mes.

Si bien en el caso de los trastornos mentales la duración media ha variado ligeramente a lo largo de los distintos periodos considerados, dicha duración no presenta diferencias significativas. Lo mismo ha ocurrido en los procesos osteomusculares, infecciosos y digestivos.

Los procesos cuyas bajas laborales son más largas corresponden al grupo de las neoplasias (30 casos) 170,1

Tabla 1. Evolución de las causas de incapacidad temporal

Causas	Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3	Totales
Osteomusculares	326 (28,60%)	329 (29,20%)	544 (32,80%)	1.199 (30,50%)
Infecciosas	306 (26,80%)	296 (26,20%)	300 (18,10%)	902 (23,00%)
Mentales	75 (6,60%)	67 (5,90%)	167 (10,10%)	309 (7,90%)
Digestivas	94 (8,20%)	84 (7,40%)	104 (6,30%)	282 (7,20%)
Resto de causas	340 (29,80%)	352 (31,20%)	540 (32,60%)	1.232 (31,40%)
Totales	1.141 (29,1%)	1.128 (28,7%)	1.655 (42,2%)	3.924 (100 %)

Periodo 1: años 1993-1996; periodo 2: años 1997-2000; periodo 3: años 2001-2004.

Tabla 2. Días perdidos por causas de incapacidad temporal

Causas	Número	Media días de incapacidad temporal (IC)*	Días perdidos (%)
Osteomusculares	1.199	63,4 (57,0-68,8)	76.009 (39,00%)
Infecciosas	902	13,9 (11,0-16,8)	12.546 (6,50%)
Mentales	309	100,6 (84,1-117,2)	31.147 (16,10%)
Digestivas	282	51,6 (38,1-65,1)	15.054 (7,80%)
Resto de causas	1.232		58.618 (30,30%)
Totales	3.924		193.374 (100%)

*IC: intervalo de confianza del 95%.

días y al de los trastornos hematopoyéticos (10 casos) 124,6 días, pero como cuantitativamente ha sido pequeño el número de casos su influencia global es escasa.

En cuanto a la causa del fin de la IT, en 3.757 casos (94,2%) es por curación o mejoría, siendo el médico de cabecera quien ha extendido el alta, en 84 casos (2,1%) el alta ha sido dada por la inspección, en 56 (1,4%), por incomparecencia del paciente y en 54 (1,4%) han pasado a la incapacidad permanente.

Cuando consideramos la distribución mensual de las bajas, observamos que globalmente el mayor número de IT (34%) se produce en los meses invernales, a expensas fundamentalmente de los procesos infecciosos; sin embargo, esta distribución es homogénea a lo largo del año, cuando consideramos las bajas por otros motivos. En todos los casos el porcentaje de varones es significativamente superior que el de mujeres, excepto en los trastornos mentales, en los que el número de casos de mujeres (10,4%) casi duplica al de hombres (5,8%).

En la tabla 4 se describen los datos sobre el porcentaje de IT entre la población total y la población activa estimada (un tercio de la población total).

DISCUSIÓN

La importancia de las IT está generalmente reconocida no sólo por su impacto económico sino por la carga laboral que supone en AP. Hasta ahora los trabajos revisados hacen referencia sólo a estudios transversales, y no al seguimiento evolutivo de los mismos. En nuestro trabajo, al igual que en otros estudios[9,10,14,15], el porcentaje de varones es claramente superior al de mujeres, en relación con la mayor presencia del varón en el mundo laboral, sólo en aquellos estudios en los que la ocupación laboral es desarrollada más frecuentemente por mujeres este porcentaje se invierte[12,16].

La duración media de la IT en nuestro caso ha sido de 49 días (46 en varones y 54 en mujeres), algo distinta a la referida en otros trabajos[9,10,14,15,17] donde oscilaba entre 21 y 66 días. Un tiempo de espera que en algunas especialidades es excesivo puede influir claramente en la duración de aquellas IT que precisen el concurso de dichos especialistas (en nuestro caso, el tiempo de espera oscila entre 10 y 75 días según el especialista de que se trate), por lo que quizá debería haber una mayor implicación en las IT por parte de los mismos, estableciéndose algún tipo de cortocircuito, no sólo para poder ser atendidos antes, sino también para que las exploraciones complementarias fueran más rápidas. Las causas más frecuentes de las bajas han sido las osteomusculares (30,6%), similares a otros estudios[9,14,15], probablemente en relación con el alto motivo de consulta por estos procesos en AP[18]. El porcentaje

Tabla 3. Evolución de días perdidos por las principales causas de incapacidad temporal

Causas	Periodo 1	Periodo 2	Periodo 3	Totales
Osteomusculares	24.140 (31,8%)	19.773 (26,00%)	32.096 (42,2%)	76.009 (100%)
Infecciosas	4.287 (34,2%)	3.099 (24,7%)	5.160 (41,1%)	12.546 (100%)
Mentales	7.642 (24,5%)	7.819 (25,1%)	15.686 (50,4%)	31.147 (100%)
Digestivas	5.447 (36,1%)	3.863 (25,7%)	5.744 (38,2%)	15.054 (100%)

Periodo 1: años 1993-1996; periodo 2: años 1997-2000; periodo 3: años 2001-2004.

Tabla 4. Evolución del número de bajas con respecto a la población total y activa

Año	Nº de bajas	Población total	% de bajas	Población activa	% de bajas
1993	268	4.050	6,6%	1.350	19,8%
1997	248	4.140	6,0%	1.380	18,0%
2000	361	4.200	8,6%	1.400	25,8%
2004	445	4.375	10,2%	1.458	30,5%

de las IT de origen infeccioso o respiratorio discrepa de los resultados de otros autores, debido a que nosotros hemos incluido en el apartado de infecciosas también las que se producen en el aparato respiratorio.

Si bien en algunos estudios[9,19] el porcentaje de causas mentales es más elevado que en nuestro caso, la media de 26 días de IT por esta causa observada en un estudio sueco[19] es muy inferior a nuestros 100 días y a la de otros trabajos[9,16] de nuestro entorno (144-153 días). Aunque el porcentaje de IT por procesos mentales es bajo (7,9%), su duración es tan grande, no hay que olvidar que en el origen de estos trastornos no pocas veces aparece el *mobing* como causa desencadenante, que se convierte en la segunda causa de días perdidos (la sexta parte del total por todas las causas) sólo por detrás de las de origen osteomuscular. Este porcentaje está probablemente infravalorado, ya que parte de las IT incluidas en otros grupos, fundamentalmente en el osteomuscular, incluye procesos de origen psicológico[20]. Cuando consideramos lo que ha ocurrido a lo largo del tiempo vemos que las IT por trastornos mentales, más frecuentes en las mujeres, se han incrementado notablemente, sobre todo en el último cuatrienio, siendo más del doble los días perdidos que en los periodos anteriores, coincidiendo con el aumento de la prevalencia de estos procesos[21,22], previéndose que serán la segunda causa de IT en el año 2020. El porcentaje del resto de las causas se ha mantenido estable, salvo en las infecciosas, donde ha descendido. Es preciso tener en cuenta que los datos de días perdidos son inferiores a los reales, ya que muchos procesos autolimitados no precisan de IT, pero sí de reposo domiciliario durante 24-48 horas, y éstos no han sido cuantificados, ya que no han generado baja laboral; por otro lado, tampoco en este estudio se han tenido en cuenta las bajas por accidente laboral.

En la evolución de estos procesos llama la atención el incremento notable del número de IT, ya que ha pasado del 19,8% de la población activa en 1993 al 25,8% en 2000 y al 30,5% en 2004. Estos valores son similares al 18,4% calculado con los datos brutos que aportan otros autores para el año 1995[9], y muy inferiores al 51% calculado con los datos de otro estudio[14] de nuestro entorno para el año 2000, si bien estos autores incluían en el número de IT las producidas por accidente laboral. En nuestro caso, este incremento progresivo en parte podría explicarse porque la población activa que atendemos la hemos estimado como un tercio de la población total[2,23], y en realidad ha sido mayor el porcentaje en el último periodo. De todas maneras, en nuestras consultas tenemos la impresión subjetiva de que los pacientes son cada vez más demandantes y con menor tolerancia a los procesos patológicos. La duración media de las IT, sin embargo, no ha variado estadísticamente. En nuestro estudio el porcentaje de bajas de duración igual o inferior a un mes es del 70%, similar al de otros autores[9], pero inferior al 80% considerado teóricamente[1].

Como era de esperar, la mayoría de las altas las ha dado el médico de cabecera, aunque en el 5% de los casos ha sido dada por inspección, por incomparecencia o por tramitación de la invalidez permanente. Salvo en los procesos de origen infeccioso, no ha habido una distribución mensual relevante.

El incremento del porcentaje de IT de la población activa a lo largo del tiempo nos invita a desarrollar estudios posteriores para determinar las causas de este hallazgo, sobre todo las relacionadas con los trastornos mentales.

Los resultados del presente trabajo corresponden sólo a tres consultas de nuestro centro de salud, por lo que no se pueden extrapolar a la totalidad del centro; sin embargo, no habiendo encontrado diferencias entre las tres consultas, no parece que las vaya a haber con el resto. Una limitación de estos resultados ha podido ser la posible pérdida de información por el extravío de alguna ficha de IT, y el no haber registrado algún proceso de IT.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caldas R, Violán C, García JJ, Domínguez FP, Ruiz A, Quijano F, et al. Incapacidad temporal: mejoras de gestión. Aten Primaria. 2000;25:116-25.
2. Gervás J, Ruiz A, Pérez M. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Documento de trabajo 85/2006. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
3. González MA, Concón MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. Medicina Clínica (Barcelona). 2000;114:491-2.
4. Quijano F. Incapacidad temporal/permanente. Situación actual en España. Cambios y consecuencias. Barcelona: Semfyc-Edide; 1999. p. 5-14.
5. Ruiz A. La incapacidad temporal y la Atención Primaria. La gran oportunidad, la gran amenaza. Propuesta de un cambio. Barcelona: Semfyc-Edide; 1999. p. 15-57.
6. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, Porta M, Mestres J, Simonet P. Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. Am J Ind Med. 2005;47:167-80.
7. Cruzado J, Sánchez JA, Lázaro MJ. Morbilidad causada por un accidente industrial en una zona de salud. Aten Primaria. 1992;9:354-60.
8. Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Amick B. Distribution of sickness absence in the European Union countries. Occup Environ Med. 2004;61:867-9.
9. Royo-Bardonada MA. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. Gac Sanit. 1999;13:177-84.
10. Buitrago F, Lozano L, Bonino F, Fernández-Lozano C, Candela M, Altimiras J. Influencia del sexo, edad y profesión en la incapacidad laboral transitoria en un centro de salud. Aten Primaria. 1993;11:293-7.
11. Benavides FG. Utilidad sanitaria de la incapacidad laboral. Aten Primaria. 2005;36:388-9.
12. Benavides FG, Sáez M, Barceló MA, Serra C, Mira M. Incapacidad temporal: estrategias de análisis. Gac Sanit. 1999;13:185-90.
13. Fleten N, Johnsen R, Forde F. Length of sick leave. Why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals. Public Health. 2004;4:46-55.
14. García AM, Pértega S, Pita S, Santos C, Vázquez J. Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el periodo 2000-2002. Aten Primaria. 2006;37:22-9.
15. Aguilar MJ, Alcedo S, Gracía A, Zumeta T, Marín M, Martín A. Análisis de la morbilidad en una consulta de Atención Primaria con historia clínica informatizada. Centro de Salud. 2001;9:99-105.
16. López S, Romana V, Villanueva R, Domínguez V. Análisis de la incapacidad temporal en trabajadores de la rama sanitaria de un área de salud. Aten Primaria. 2006;38:550-4.
17. Ibarburu I, Labraca JJ, Lerma M, Solanas B. Incapacidad laboral transitoria en Atención Primaria. [carta al director]. Aten Primaria. 2000;25:598.

18. IJzelenberg W, Burdorf A. Impact of musculoskeletal co-morbidity of neck and upper extremities on healthcare utilisation and sickness absence for low back pain. Occup Environ Med. 2004;61:806-10.
19. Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. Scand J Prim Health Care. 2000;18: 81-6.
20. Sans M, Batalla C, Villagrasa D, Ezpeleta A, Escorza S, Comín E. Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud. Aten Primaria. 2000;25:412-6.
21. Martín-Águeda B, López-Muñoz F, Álamo C, García-Gracía P, Silva A, Rubio G. Situación actual de la depresión en España en el ámbito de la atención primaria: aspectos asistenciales, clínicos y terapéuticos. APySAM. 2005;8:166-77.
22. Üstün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatteerji S, Mathers C. Global burden of depressive disorders in the year 2000. Br J Psychiatry. 2004;184:386-92.
23. Abraín A, Lafuente MP, Urraca J, Olasagasti C, Gil JM, Ruiz A. Análisis del nivel de exactitud del diagnóstico oficial de la incapacidad laboral transitoria. Aten Primaria. 1993;11:453-8.