

¿Qué factores influyen en la concesión de una incapacidad permanente?

Objetivos. Calcular la proporción de personas que obtienen la incapacidad permanente (IP) en la población periurbana del área 2 de Madrid y describir sus características sociodemográficas. Analizar los diagnósticos principales que llevan a conceder dicha IP y estudiar la influencia de distintos factores sobre su concesión o denegación^{1,2}.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Zona periurbana del área 2 de la Comunidad de Madrid.

Participantes. Las 523 personas que solicitaron la IP en esta área entre el 1 de enero 1999 y el 30 de junio de 2002 y conocen la resolución antes del 17 de diciembre de 2002.

Mediciones principales. Variables del estudio: edad, sexo, régimen laboral, diagnóstico, duración de la incapacidad temporal, denegación o concesión de IP, tipo de IP concedida.

Resultados. La proporción de personas que obtuvieron la IP fue del 57,6%. Los varones (70,9%) que trabajan en el régimen general (84,4%) son los que más solicitan una IP. Los diagnósticos principales que llevan a la concesión de IP son la enfermedad neurológica y las neoplasias; no obstante, es la enfermedad osteoarticular (35,5%) la que más lleva al médico a proponer la incapacidad. Hay asociación entre la concesión o no de la IP con el sexo (*odds ratio* [OR] = 3,74; intervalo de confianza [IC] del 95%, 2,51-5,58), el grupo diagnóstico (OR = 3,73; IC del 95%, 2,54-5,47) y el agotamiento de plazo (OR =

TABLA 1. Asociación entre concesión o denegación de la incapacidad y el resto de las variables

Variables	Incapacidad denegada	Incapacidad concedida	Análisis univariante		Análisis multivariable	
			Odds ratio	IC del 95%	Odds ratio	IC del 95%
Régimen laboral						
Autónomo	37 (46,3%)	43 (53,8%)	1,19	0,74-1,93	1,65	0,95-2,87
General	181 (41,9%)	251 (58,1%)				
Sexo						
Mujer	99 (65,1%)	53 (34,9%)	3,74	2,52-5,59	3,10	1,99-4,84
Varón	123 (33,2%)	247 (66,8%)				
Grupos diagnósticos						
Enfermedad osteoarticular	113 (63,5%)	65 (36,5%)	3,73	2,54-5,48	3,56	2,34-5,41
Enfermedad no osteoarticular	103 (31,8%)	221 (68,2%)				
Agotamiento de plazo						
Sí agotamiento	107 (53,2%)	94 (46,8%)	2,05	1,43-2,93	2,10	1,39-3,17
No agotamiento	115 (35,7%)	207 (64,3%)				
Grupos de edad						
20-50	128 (49%)	133 (51%)	1,68	1,18-2,40	1,38	0,92-2,07
51-67	92 (36,4%)	161 (63,6%)				

2,04; IC del 95%, 1,43-2,93). No se encuentra asociación con el régimen laboral. Se construyó un modelo de regresión logística multivariable para determinar las variables independientemente relacionadas con la concesión o denegación de la IP, cuyos resultados se presentan en la tabla 1.

Discusión y conclusiones. La experiencia clínica indica que la concesión o denegación de una IP por parte de la Administración pública depende de más factores que del diagnóstico clínico³. Nuestros resultados son similares a los de los pocos estudios previos, realizados en zonas geográficas y con características sociodemográficas muy diferentes^{4,5}. Nuestra población es de claro predominio masculino, lo que podría reflejar el perfil de la población trabajadora en nuestra área. Entre los resultados obtenidos destaca que es más probable que se conceda una IP a los varones, a la enfermedad no osteoarticular y en el caso de no agotar el plazo de la incapacidad temporal que llevó a solicitar dicha IP (esto podría deberse a que las enfermedades que se engloban aquí suelen ser procesos irreversibles y con mayor gravedad clínica). Estos tres factores de forma independiente son los principales determinantes de la concesión de una IP. En la enfermedad osteoar-

ticular se deniegan más IP (63,5%) de las que se conceden. El sistema de recogida de los datos puede ser una limitación de este estudio, ya que la enfermedad que consta como causante de la incapacidad temporal en ocasiones no es la misma que lleva a solicitar la IP (posible sesgo de información). Desconocemos los datos de estudios similares en otras áreas sanitarias de nuestro entorno para comparar los resultados.

M.S. Molina-Bermejo, C. Ciria-de Pablo, A.M. Tirado-Erazquin y L. Benito-Ortiz

Centro de Salud San Fernando II. San Fernando de Henares. Madrid. España.

El presente trabajo fue expuesto en forma de panel (núm. 327) en el 6.º Congreso Mundial Wonca en Salud Rural, celebrado en Santiago de Compostela del 24 al 27 de septiembre de 2003.

Palabras clave: Incapacidad permanente. Incapacidad laboral transitoria. Baja laboral. Incapacidad total. Incapacidad absoluta.

1. Borrel i Carrió F, Molero García JM, Duque Valencia A, Amador Romero J, Tejedor Varillas A. Mejoras en la gestión de la incapacidad temporal. SemFYC, 1998.
2. Jardón Dato E. La valoración médica de la incapacidad permanente en la Seguridad Social española. Medicina y seguridad del trabajo, 1996. Tomo XLIII N° 169. p. 92-103.
3. Díaz Tabares O, Santander Guzmán TJ, Soler Quintana ML. Incapacidad laboral total. Rev Cub Med Gen Integr. 1997; 13:127-32.

4. Sánchez Fernández AM. Estudio descriptivo sobre solicitudes para valoración de incapacidad. Medicina y Seguridad del Trabajo; 1992 Tomo XXXIX; N.º 157. p. 15-34.
5. Poole CMJ. Retirement on grounds of ill health: cross sectional survey in six organizations in United Kingdom. BMJ. 1997;314:929.

Evaluación de un programa asistencial de salud oral en una población infantil, durante 4 años, en un centro de atención primaria

Objetivo. Evaluar el seguimiento de un programa de salud bucodental en una población escolar, realizando las actividades descritas en el R.D. 63/1995¹, en un centro de atención primaria durante 4 años (1988-2001).

Diseño. Estudio epidemiológico, transversal o de prevalencia², útil para enfermedades crónicas como la caries³, usado como instrumento de medida del diseño antes-después⁴.

Emplazamiento. Centro de atención primaria de Guitiriz (Lugo).

Participantes. Población escolar de 6 a 13 años (primero de EGB a segundo de ESO) de los Ayuntamientos de Guitiriz, Begonte, Rábade, Outeiro de Rei y Friol (Lugo).

Mediciones principales. Siguiendo las recomendaciones de la OMS^{5,6}, utilizamos los siguientes índices (tabla 1):

- Índices de enfermedad: prevalencia de caries y cod a los 6 años, prevalencia de caries y CAOD a los 12.
- Índices de actividad: ir^I a los 6 años e IR a los 12.

Las variables se evaluaron mediante exploración anual de los escolares en sus respectivos centros.

Resultados. Se describen en la tabla 1. A los 6 años, la prevalencia disminuye del

TABLA 1. Principales índices de afección bucodental en los escolares dependientes de la Unidad de Odontología de Guitiriz

	1998	2000	2001
Prevalencia 6 años	56,41%	51,72%	47,83%
cod ^a 6 años	1,79	2,38	1,92
ir ^b 6 años	20%	21%	16%
Prevalencia 12 años	41,85%	34,91%	27,99%
CAOD ^a 12 años	1,61	1,47	1,36
IR ^b 12 años	44%	62%	63%
IR ^b global	46%	52%	64%

^acod: dientes caducos (d cariado (c) o obturados (o); CAOD: dientes permanentes (D), cariado (C), ausentes por caries (A) o obturados (O). Ambos índices miden la historia (presente y pasada) de caries en un individuo, o como en este caso, de una población. Así, sumáramos estos 3 componentes (C,A,O) y los dividiríamos por el número de sujetos examinados; por lo tanto:

$$\text{cod} = \frac{\text{cariados} + \text{obturados}}{\text{total de sujetos examinados}} \quad \text{CAOD} = \frac{\text{cariados} + \text{ausentes} + \text{obturados}}{\text{total de sujetos examinados}}$$

Es una media aunque el denominador no sea el total de dientes, como sería lógico, sino el total de individuos. Esta discrepancia marca diferencias con la epidemiología general y puede dar lugar a interpretaciones equivocadas al estudiar la prevalencia o la incidencia de la enfermedad. En la dentición caduca se suprime el componente «a» a causa de la dificultad para determinar si la ausencia se debe a caries o a exfoliación natural. Al ser acumulativo debe ir siempre unido a la edad. bir, IR. Estos índices miden el nivel de tratamiento de un individuo o de una población, y en este último caso se refiere a una edad o a un grupo de edad determinado. Representan una proporción entre los dientes obturados y el conjunto del índice cod o CAOD, de la siguiente manera:

$$\text{ir} = \frac{o}{\text{cod}} \quad \text{IR} = \frac{O}{\text{CAOD}}$$

56,41% en 1988 al 47,83% en 2001; sin embargo, aumenta el número de piezas cariadas del 1,79% en 1998 al 1,92% en 2001 y baja el nivel de tratamiento del 20% en 1998 al 16% en 2001. Este grupo etario no recibió los efectos del programa. Sin embargo, a los 12 años, la prevalencia disminuye desde el 41,85% en 1998 al 27,99% en 2001; también el número de piezas cariadas se reduce desde el 1,61% en 1998 hasta el 1,36% en 2001 y el nivel de tratamiento aumenta desde el 46% en 1998 hasta 63% en 2001.

Conclusiones. 1. Los centros escolares son la piedra angular para la implantación de los programas de salud bucodental, ya que las revisiones anuales aumentan la captación y el acceso a los tratamientos preventivos y restauradores, se identifica a los grupos de riesgo para aplicarles las medidas oportunas y se podrá alcanzar prácticamente a la totalidad de la población escolar.

2. Los programas de salud bucodental reducen la prevalencia de las enfermedades, pero su instauración se limita a los mayores de 6 años, como se observa por la elevada

presencia de enfermedad a esta edad y el descenso de la enfermedad a los 12 años.

3. La posibilidad de realizar programas asistenciales orales con un coste asequible en estas poblaciones es perfectamente viable, considerándose fundamental una correcta dotación de recursos humanos.

X.C. López-Rábade^a y E. Smyth-Chamosa^b

^aCentro de Atención Primaria de Guitiriz. Lugo. España. ^bÁrea de Medicina Preventiva e Saúde Pública. Universidade de Santiago de Compostela. La Coruña. España.

Palabras clave: Salud oral. Población infantil. Atención primaria.

1. Prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. BOE n.º 35 del 10 de febrero de 1995; p. 439-40.
2. Pita S. Uso de la estadística y la epidemiología en atención primaria. En: Gil V, Merino J, Orozco D, Quirce F, editores. Manual de metodología de trabajo en atención primaria. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España, S.A.; 1997. p. 115-62.
3. Argimón JM, Jiménez J. Epidemiología y atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano JF, editores. Atención primaria.

Barcelona: Hartcourt Brace de España S.A.; 1999. p. 378-98.

4. Serra Ll. Epidemiología: principios, métodos y aplicaciones en odontología. En: Cuenca E, Manau C, Serra Ll, editores. Odontología preventiva y comunitaria: principios, métodos y aplicaciones. 2.^a ed. Barcelona: Masson S.A.;1999. p. 263-82.
5. Marthaler T. Prevalence of dental caries in Europe, 1990-1995. Caries Res. 1996; 30:237-55.
6. WHO 1997. Oral health basic methods. 4th ed. Ginebra: World Health Organization; 1997.

Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia

Objetivo. Conocer la prevalencia de malos tratos (MT) físicos (F), psíquicos (P) y sexuales (S) en las relaciones de pareja a lo largo de la vida de las mujeres.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico.

Emplazamiento. El estudio se realizó en 23 consultas de médicos de familia (MF) en 3 centros de salud urbanos de Granada.

Participantes. Muestreo consecutivo de 391 mujeres mayores de 14 años y con pareja estable, conviviente o no, al menos 3 meses, que consultaron a su MF entre diciembre de 2000 y mayo de 2001 (tamaño muestral para $\alpha = 0,5$, $p = 0,2$ y precisión = 0,4).

Mediciones principales. Cuestionario mediante entrevista al salir de la consulta y en condiciones de privacidad. Recogimos las características personales (edad, estado civil convivencia situación laboral, estudios y etnia), los indicadores de salud (salud subjetiva, síntomas físicos, consumo de fármacos y salud psíquica mediante el GHQ de 28 ítems, y consumo habitual de alcohol y/o drogas), los antecedentes de riesgo (haber presenciado MT en su familia en la infancia, consumo habitual de alcohol y/o drogas por la pare-

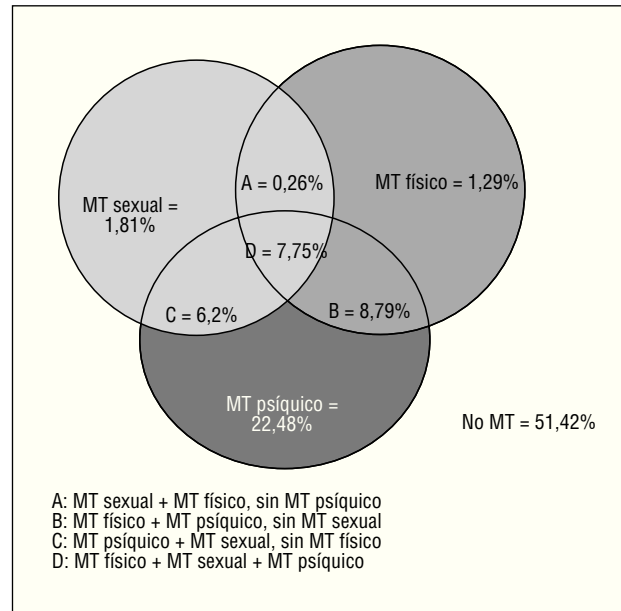


FIGURA 1. Combinación entre maltrato (MT) físico, psíquico y sexual (%) en el grupo de mujeres que ha sufrido violencia por alguna pareja (n = 190).

ja), y escala de MT con 10 preguntas. Seleccionamos y adaptamos 5 preguntas de MTP, 4 de MTF y 1 MTS de otros instrumentos. La escala de respuesta tenía 5 opciones, desde «nunca» a «casi siempre». Codificamos como «no maltrato» las respuestas «nunca» y «casi nunca» para las preguntas 1, 2 y 5, y sólo la opción «nunca» para el resto de preguntas. Las demás categorías las codificamos como «sí maltrato». Consideramos que una mujer ha sufrido malos tratos cuando una pregunta cumplía el criterio establecido para ello. Efectuamos una estimación puntual y por intervalo de confianza del 95% del MT global y de los 3 tipos de MT por separado.

Resultados. La tasa de respuesta fue del 98%. Las características de las mujeres estudiadas son: 46,1 ± 17,2 años, un 68% casadas, un 78% convive con su marido/pareja, un 30% tiene graduado escolar y un 24% estudios primarios, un 36% trabaja fuera del hogar y un 33% es ama de casa, un 9% es de etnia gitana.

En total, 188 mujeres (48,6%, IC del 95%, 43,5-53,4) habían presentado algún tipo de MT. El más frecuente es el MTP en 176 mujeres (45,2%; IC del 95%, 40,3-50,2). Le sigue el MTF en 72 mujeres (18,5%; IC del 95%, 14,6-19,6) y el MTS en 62 mujeres (16%; IC del 95%, 12,3-19,6). La combinación de los 3 tipos de MT aparece en la figura 1.

Discusión y conclusiones. La prevalencia de MT en la vida encontrada en nuestro medio es consistente con la de otros estudios realizados también en AP. En mujeres que consultan en los centros de salud andaluces se encontró una frecuencia de cualquier tipo de MT del 31,5%¹. En otros países, la frecuencia de MT global oscila dentro de un amplio rango que va del 45 al 68%²⁻⁵. Si indagamos sobre los MAP en particular, se observa que éstos alcanzan la prevalencia más elevada en nuestra muestra, el 45%, inferior sin embargo al 74% notificado en mujeres inglesas⁶. Además, en nuestro estudio observamos que entre las 188 mujeres que han experimentado algún tipo de MT en la vida, sólo 12 no declaran la presencia de MTP, lo cual muestra que las relaciones violentas incluyen generalmente el abuso psíquico.

La magnitud del problema es siempre muy elevada, si bien hay una gran variedad de prevalencias observadas según el estudio. Esto es atribuible, al menos en parte, a las diferencias en la metodología utilizada, que afectan fundamentalmente a la composición de la muestra, a la definición de los MT y/o a la forma en que se operativiza su medición.

Este estudio aporta una aproximación al conocimiento de un tema que tiene que ser estudiado en mayor profundidad y amplitud para posibilitar un acercamiento más

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Atención primaria. Malos tratos.

riguroso y cercano al problema de la violencia en la pareja, así como una intervención efectiva desde AP para atender a las mujeres que sufren los MT.

La limitación más importante del estudio afecta a la validez externa de los resultados. Las mujeres que consultan a su médico de familia no son exactamente iguales a las de población general; sabemos que las personas que más utilizan los servicios de atención primaria son las que presentan peor salud física y mental, y este sesgo de selección está presente en el estudio a pesar de que el período de recogida muestral se amplió durante 6 meses.

Como conclusión podemos afirmar que la experiencia de relaciones violentas por parte de la pareja que tienen las mujeres que acuden a la consulta de los MF es un pro-

blema de gran magnitud e indica la gravedad del fenómeno en nuestro medio.

M. Aguar-Fernández^a, A. Delgado-Sánchez^b, M. Castellano-Arroyo^c y J.D. Luna del Castillo^d

^aEPES 061 Servicio Provincial. Granada. España. ^bAgencia de Calidad Sanitaria Andaluza. España. ^cMedicina Legal. Facultad de Medicina. Granada. España. ^dBioestadística. Facultad de Medicina. Granada. España.

1. Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisad S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria*. 2004;34: 117-27.

2. Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MR. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual and psychological battering. *Am J Public Health*. 2000;9:451-7.
3. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd S. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *BMJ*. 2002;324:271-3.
4. Wagner P, Mongan P, Hamrick D, Hendrick L. Experience of abuse in primary care patients. *Arch Fam Med*. 1995;4: 956-62.
5. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *BMJ*. 2002;324: 274-7.
6. Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*. 2002; 162:1157-63.