

Determinantes de la duración de la incapacidad temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia

F.J. González-Barcala^a, C. Cadarso-Suárez^b, L. Valdés-Cuadrado^a, M.E. Lado-Lema^c, R. Bugarín-González^d, C. Vilariño-Pombo^e y X. Hervada-Vidal^c

Objetivo. Determinar los factores asociados con la incidencia y la duración de la incapacidad temporal (IT) en un área sanitaria.

Diseño. Descriptivo, retrospectivo.

Emplazamiento. Área Sanitaria Sur de la provincia de Lugo.

Participantes. Una muestra de 1.513 episodios de IT seleccionada aleatoriamente entre el total de éstos, durante un período de 3 años.

Mediciones principales. Se analizaron las características sociodemográficas del paciente, el régimen de la seguridad social (SS), el diagnóstico que justifica la IT y la fecha de la prescripción; del médico prescriptor se analizaron la edad, el sexo, la formación especializada, la antigüedad en la plaza y los años de ejercicio. La comparación de medias se realizó mediante el análisis de la varianza y el test de Kruskal-Wallis. El efecto relativo de cada variable sobre la probabilidad de volver al trabajo se estimó mediante modelos de regresión de Cox.

Resultados. La duración media de los episodios de IT fue de 74 ± 103 días. Los diagnósticos más frecuentes fueron los del sistema osteomioarticular (SOMA), las lesiones y envenenamientos (LYE) y las enfermedades respiratorias (NML). Se reduce la probabilidad de volver al trabajo con el incremento de la edad, en los regímenes de seguridad social autónomos y agrarios por cuenta propia, en los diagnósticos de enfermedades mentales y del aparato circulatorio, y cuando el médico prescriptor es de mayor edad o menos antiguo en la plaza.

Conclusiones. La duración media de los episodios de IT es superior a la de otros estudios españoles. Los factores que más influyen en la reincorporación al trabajo son la edad del paciente, el régimen de la seguridad social y la enfermedad diagnosticada.

Palabras clave: Incapacidad laboral temporal. Vuelta al trabajo. Determinantes.

FACTORS DETERMINING THE DURATION OF TEMPORARY DISABILITY AND RETURN TO WORK IN A HEALTH DISTRICT OF GALICIA

Objective. To determine the factors associated with the incidence and duration of temporary work incapacity (TWI) in a health district.

Design. Descriptive and retrospective study.

Setting. South health district of the province of Lugo, Spain.

Participants. A random sample of 1513 cases was selected among the total of episodes of TWI, during 3 years period.

Main measures. The main factors analyzed are, on the one hand, the socio-demographic characteristics of the patient, his or her social security (SS) scheme, diagnosis that justifies the TWD, and the prescription date; and, on the other hand, the age, sex, specialised training, time in the post and years in practice of the physician who prescribes the TWI. The comparison of the means was carried out using variance analysis and the Kruskal-Wallis test. The relative effect of each variable on the probability of returning to the work was estimated through Cox regression models.

Results. The mean duration of the episodes of TWI was of 74 ± 103 days. The most frequent diagnoses were those of the bones-muscles and joints (BMAJ), injuries and poisonings (IAP), and respiratory diseases (RD). The probability of returning to work is reduced with the increase of the age, with agrarian and autonomous SS affiliates, with diagnoses of mental disease or diagnoses of the circulatory system, and in cases prescribed by older doctors or less time in the post.

Conclusions. The mean duration of the episodes of TWD is higher than that of other Spanish studies. The most influential factors in the return to work are the age of the patient, the SS scheme and the diagnosed illness.

Key words: Temporary work disability. Return to work. Determining factors.

English version available at

www.atencionprimaria.com/164.086

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 437)

^aServicio de Neumología. Complejo Hospitalario de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

^bDepartamento de Estadística e Investigación Operativa. Universidade de Santiago. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

^cDirección Xeral de Saúde Pública. Xunta de Galicia.

^dSudirección Xeral de Atención Primaria. Xunta de Galicia

^eSección de Neumología. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra. España.

Correspondencia:
F. J. González Barcala.
Urbanización San Sadurniño M, 1,
3.º A. 15886 Teo. A Coruña.
España.
Correo electrónico:
fjgbarcala@telefonica.net

Manuscrito recibido el 11 de abril de 2005.

Manuscrito aceptado para su publicación el 27 de junio de 2005.

Estos datos forman parte del trabajo presentado para el curso de Diplomado en Sanidad 2003 realizado en colaboración por la Xunta de Galicia y la Escuela Nacional de Sanidad, defendido por el alumno Fidel Fernández Álvarez.

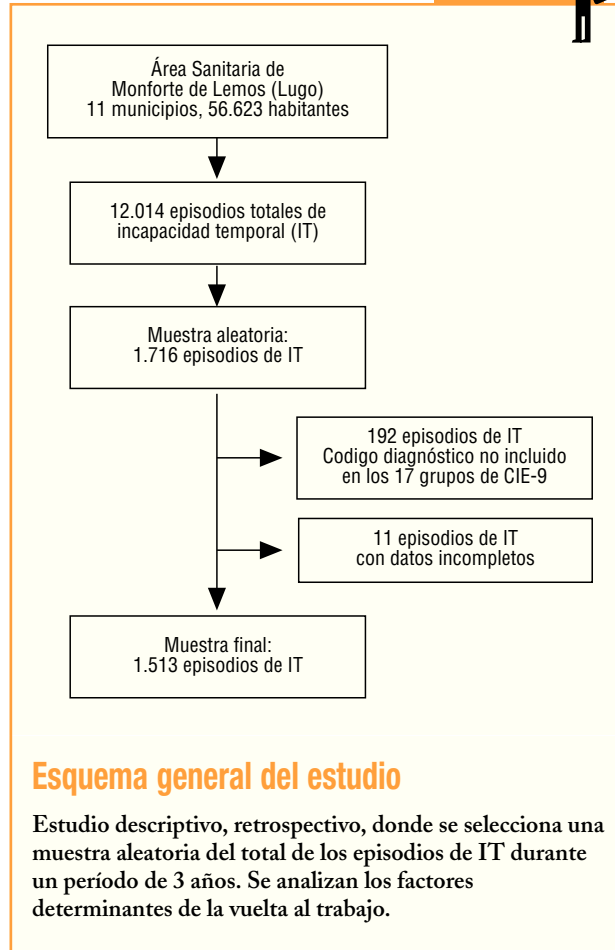
Introducción

En los últimos años se ha observado un aumento de los sujetos que refieren tener que restringir su actividad laboral a causa de una enfermedad, y uno de cada 5 adultos declara una limitación por esta causa superior a los 10 días¹. Entre 1988 y 1994, el coste se incrementa más de un 10% anual². Al verificar el gasto de un centro sanitario, la mitad corresponde a incapacidad laboral (IT), que casi duplica el gasto farmacéutico y triplica los gastos en salarios^{2,3}. A pesar de lo elevado de esta parte del gasto, apenas se ha incidido sobre ella, si lo comparamos con otros procesos, como el gasto farmacéutico o los ingresos hospitalarios, sobre los que continuamente se ponen en marcha medidas para tratar de racionalizarlos⁴. En una publicación reciente, la Sociedad Española de Medicina General analiza la problemática de la IT y establece dos grandes grupos de causas que incrementan el riesgo de presentarla: por una parte, aspectos derivados de las características del trabajador, y por otra parte, factores dependientes de la estructura sanitaria⁵. En cuanto a los grupos diagnósticos que son causa de IT, hay diferencias entre diversos autores^{1,6-8}. Pero además, esta prestación dificulta la relación médico-paciente y contrapone el principio de justicia y el de beneficencia, sabiendo que éticamente debe primar el primero, por su aspecto social de velar sobre el bien común, sobre el segundo, con incidencia más individual^{4,9}. La IT se define como la imposibilidad, transitoria o permanente, de realizar total o parcialmente el trabajo. En esta situación se encuentra un asegurado por una enfermedad, común o profesional, o por accidente, sea o no de trabajo¹⁰. El objetivo de este estudio es conocer los factores asociados con la incidencia y la duración de la IT en un área sanitaria de Galicia.

Sujetos y método

La población objeto de estudio pertenece al área sanitaria de Monforte de Lemos (sur de la provincia de Lugo), que incluye un total de 56.623 habitantes, distribuidos en 11 municipios, predominantemente rurales, y con 3 núcleos semiurbanos. Se estableció como criterio de inclusión pertenecer al grupo de población activa, que está compuesta por los individuos afiliados a la Seguridad Social (SS) en situación de alta, es decir, cotizando, o en situaciones similares al alta, como el desempleo con derecho a percibir prestación. Del listado total de IT se seleccionó una muestra aleatoria de 1.513 procesos, la séptima parte del total de episodios incidentes. Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, de un período de 3 años, desde el 1 de junio de 2000 hasta el 30 de mayo de 2003. A partir de la base de datos de IT del área sanitaria en es-

Material y métodos
Cuadro resumen



tudio se obtuvo información sobre las características del paciente y del médico prescriptor. Del paciente se recogió información acerca de la fecha de nacimiento, el sexo, el domicilio, la causa que motivó la incapacidad laboral codificada según la normativa CIE-9 con 3 dígitos, el motivo de alta, la contingencia, el mes y el año de prescripción de la IT, la duración de la IT, la acumulación de procesos de IT durante el tiempo analizado, el régimen de la SS al que está adscrito el paciente. De los 17 grupos diagnósticos de la CIE-9 con 3 dígitos, para el análisis se reducirán a 10, y se mantendrán los 9 más frecuentes como entidades diferentes, y los demás, dada su baja incidencia, agrupados en una única categoría. La fecha de prescripción de la IT la estratificaremos en 2 grupos, uno de verano entre abril y septiembre, y otro de invierno entre octubre y marzo. Del médico prescriptor se valoraron la edad, el sexo, la formación especializada, los años de ejercicio, la antigüedad en la plaza, la categoría laboral y el tipo de contrato del médico. Para el análisis de la edad del médico se estratificarán en 2 grupos, el de más edad cuando ésta sea superior a la mediana de la distribución y el de menos edad si es menor de este valor. En cuanto a los años de ejercicio y antigüedad en la plaza, también se analizarán en 2 grupos en función de la mediana de cada distribución, como se hizo para la edad. Se calcularon las medias y las proporciones según el tipo de variable considerada. Además, se realizó una comparación de me-

TABLA 1 Duración en días de la incapacidad temporal por grupos diagnósticos

Diagnóstico	Frecuencia, n (%)	Duración, días (mediana)	Duración (media ± DE)	Total días perdidos, n (%)
Infecciones	56 (3,7)	11	33,16 ± 78,36	1.857 (1,65)
Mentales	123 (8,1)	89	131,02 ± 134,55	16.115 (14,34)
Sistema nervioso	64 (4,2)	26,50	64,97 ± 95,86	4.158 (3,70)
Circulatorio	48 (3,2)	101	154 ± 159,15	7.392 (6,58)
Respiratorio	236 (15,6)	8,5	20,56 ± 37,96	4.853 (4,32)
Digestivo	67 (4,4)	18	54,27 ± 87,02	3.636 (3,24)
SOMA	474 (31,3)	50	88,23 ± 108,73	41.820 (37,23)
Mal definidos	54 (3,6)	28	79,09 ± 122,93	4.271 (3,80)
LYE	294 (19,4)	39	68,40 ± 82,60	20.111 (17,90)
Resto	97 (6,4)	47	83,69 ± 103,58	8.118 (7,23)
Total	1.513	33	74,24 ± 103,5	11.2331

SOMA: sistema osteomioarticular; LYE: lesiones y envenenamientos; DE: desviación estándar.

TABLA 2 Factores asociados con la duración de la incapacidad temporal

	Frecuencia (%)	Duración mediana, días	Duración media ± DE, días	p
Sexo				0,000
Varones	880 (58,2%)	27	70,58 ± 106,62	
Mujeres	633 (41,8%)	44	79,34 ± 98,86	
Edad, años				0,000
< 25	145 (9,7%)	15	42,49 ± 81,24	
26-35	327 (21,9%)	18	52,84 ± 89,76	
36-45	392 (26,3%)	25	66,38 ± 103	
46-55	335 (22,5%)	49	94,81 ± 116,63	
≥ 56	293 (19,6%)	72	100,03 ± 98,86	
Domicilio				0,000
Urbano	894 (59,1%)	25	61,94 ± 91,53	
Rural	619 (40,9%)	49	92,01 ± 116,48	
Régimen				0,000
General	1.129 (74,6%)	19	55,6 ± 90,01	
Autónomos	142 (9,4%)	78,5	122,92 ± 118,84	
Agrario-cuenta propia	224 (14,8%)	86	136 ± 119,83	
Agrario-cuenta ajena	12 (0,8%)	42	58 ± 64,83	
Empleados hogar	6 (0,4%)	78,5	158 ± 195,28	
Contingencia				0,367
Enfermedad común	1.253 (85,8%)	32	75,78 ± 106,2	
Accidente no laboral	178 (12,2%)	39	66,24 ± 86,03	
Accidente laboral	28 (1,9%)	23,50	47,21 ± 71,41	
Enfermedad profesional	2 (0,1%)	15	15 ± 0	
Época de baja				0,004
Verano	773 (51,1%)	37	79,86 ± 107,75	
Invierno	740 (48,9%)	29	68,37 ± 98,6	

TABLA 2 Factores asociados con la duración de la incapacidad temporal (continuación)

Diagnóstico	Frecuencia (%)	Duración mediana, días	Duración media ± DE, días	p
Diagnóstico				0,000
Infecciones	56 (3,7%)	11	33,16 ± 78,36	
Mentales	123 (8,1%)	89	131,02 ± 134,55	
Sistema nervioso	64 (4,2%)	26,50	64,97 ± 95,86	
Circulatorio	48 (3,2%)	101	154 ± 159,15	
Respiratorio	236 (15,6%)	8,5	20,56 ± 37,96	
Digestivo	67 (4,4%)	18	54,27 ± 87,02	
SOMA	474 (31,3%)	50	88,23 ± 108,73	
Mal definidos	54 (3,6%)	28	79,09 ± 122,93	
LYE	294 (19,4%)	39	68,4 ± 82,60	
Resto	97 (6,4%)	47	83,69 ± 103,58	
Motivo de alta				0,000
Curación	270 (17,8%)	21,50	39,26 ± 47,64	
Inspección	171 (11,3%)	139	166,65 ± 114,92	
Mejoría	1.010 (66,8%)	25	58,04 ± 80,21	
Resto	62 (4,1%)	124	235,61 ± 228,30	
Edad médico				0,262
Mayor	725 (47,9%)	35	79,04 ± 108	
Joven	788 (52,1%)	32,5	69,83 ± 99,05	
Años ejercicio médico				0,103
Más antiguo	707 (46,7%)	36	79,7 ± 106,88	
Más reciente	806 (53,3%)	31	69,46 ± 100,26	
Años en plaza médico				0,326
Más antiguo	866 (57,2%)	35,5	76,8 ± 106,03	
Más reciente	647 (42,8%)	33	70,82 ± 100	
Clase médico	Pendiente de nuevo estudio estadístico			0,230
Titular	510 (33,7%)	38,50	82,89 ± 111,61	
Interino	736 (48,6%)	32	71,02 ± 99,63	
Sustituto	233 (15,4%)	26	64,57 ± 98,24	
Resto	34 (2,2%)	49	80,68 ± 87,46	

SOMA: sistema osteomioarticular; LYE: lesiones y envenenamientos; DE: desviación estándar.

días mediante el análisis de la varianza y el test de Kruskal-Wallis. El efecto relativo de cada variable sobre la probabilidad de volver al trabajo se estimó mediante modelos de regresión de Cox.

Resultados

Se ha registrado un total de 1.513 episodios de IT, con una duración media de 74 días, y un total de 112.331 días perdidos (tabla 1). Las enfermedades más frecuentes fueron las del sistema osteomioarticular (SOMA), las lesiones y envenenamientos (LYE) y las del aparato respiratorio (NML) (tabla 1).

TABLA 3 Efecto relativo sobre la probabilidad de volver al trabajo

	Bruto		Ajustado	
	RR (IC del 95%)	p	RR (IC del 95%)	p
Sexo		0,028		0,147
Varones	1			
Mujeres	0,892 (0,804-0,988)		0,919 (0,820-1,030)	
Edad (años)		0,000		0,003
" 25	1		1	
26-35	0,839 (0,690-1,020)		0,973 (0,793-1,193)	
36-45	0,701 (0,579-0,849)		0,825 (0,676-1,008)	
46-55	0,523 (0,430-0,636)		0,761 (0,618-0,936)	
≥ 56	0,479 (0,392-0,585)		0,734 (0,590-0,912)	
Régimen		0,000		0,000
General	1		1	
Autónomos	0,514 (0,431-0,613)		0,596 (0,495-0,719)	
Agrario-cuenta propia	0,463 (0,401-0,536)		0,545 (0,463-0,642)	
Agrario-cuenta ajena	0,922 (0,522-1,629)		1,166 (0,655-2,074)	
Empleados hogar	0,428 (0,191-0,955)		0,718 (0,316-1,632)	
Diagnóstico		0,000		0,000
Infecciones	1		1	
Mentales	0,302 (0,220-0,415)		0,330 (0,238-0,459)	
Sistema nervioso	0,544 (0,380-0,779)		0,625 (0,431-0,906)	
Circulatorio	0,267 (0,181-0,394)		0,362 (0,241-0,545)	
Respiratorio	1,384 (1,033-1,854)		1,505 (1,110-2,041)	
Digestivo	0,656 (0,460-0,936)		0,739 (0,510-1,070)	
SOMA	0,414 (0,313-0,547)		0,581 (0,434-0,777)	
Mal definidos	0,467 (0,321-0,681)		0,639 (0,433-0,944)	
LYE	0,499 (0,374-0,664)		0,584 (0,433-0,789)	
Resto	0,436 (0,313-0,606)		0,466 (0,330-0,657)	
Motivo de alta		0,000		0,000
Curación	1		1	
Inspección	0,308 (0,253-0,375)		0,388 (0,314-0,479)	
Mejoría	0,762 (0,666-0,873)		0,821 (0,711-0,947)	
Resto	0,166 (0,119-0,233)		0,220 (0,154-0,316)	
Edad médico		0,114		0,000
Mayor	1		1	
Joven	1,085 (0,981-1,200)		1,226 (1,095-1,373)	
Años en la plaza		0,213		0,044
Más antiguo	1		1	
Más reciente	1,067 (0,963-1,182)		0,890 (0,795-0,997)	

SOMA: sistema osteomioarticular; LYE: lesiones y envenenamientos; RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza.

En cuanto a los días perdidos, las enfermedades del SOMA y el LYE siguen siendo las primeras causantes, aunque seguidas, en este caso, por los trastornos mentales (tabla 1). La duración de la IT presentó una asociación significativa con el sexo del paciente, la edad, el domicilio, el ré-

gimen de la SS, la época de la baja, el diagnóstico y el motivo de alta. Así, se encuentra una mayor duración en las mujeres, en el grupo de mayor edad, en los sujetos con domicilio rural, en el régimen de afiliación de autónomos, agrario por cuenta propia o empleados de hogar, durante el período de verano, y en los diagnósticos de enfermedades mentales y del aparato circulatorio. Nuestros resultados no observan relación entre la duración de la baja y las características del médico analizadas, como la edad, los años de ejercicio, los años en la misma plaza o la titularidad de ésta (tabla 2).

Al estudiar el efecto relativo de diversas variables sobre la probabilidad de volver al trabajo, se observa que la influencia de la edad, el régimen de la SS, el diagnóstico y el motivo de alta fue significativa. Por el contrario, el sexo del paciente no presenta en este análisis ningún efecto relevante. Con el incremento de la edad se reduce la probabilidad de volver al trabajo. En cuanto al régimen de la SS, los autónomos, los trabajadores agrarios por cuenta propia y como empleados de hogar tienen menor probabilidad de volver al trabajo que los de régimen general. En lo referente al diagnóstico, las enfermedades mentales y del aparato circulatorio se asocian con menor probabilidad de volver al trabajo, mientras que los diagnosticados de enfermedades NML presentan una probabilidad mayor de reincorporación a la actividad laboral. Los procesos de IT finalizados con un alta por la inspección médica se asocian con menor probabilidad de volver al trabajo que los dados de alta por curación o mejoría (tabla 3). Al estudiar el efecto relativo de cada variable ajustado observamos que algunas de las características del médico muestran su influencia sobre la duración de la IT. Así, el hecho de ser un médico más joven o más antiguo en la plaza aumenta la probabilidad de volver al trabajo (tabla 3).

TABLA 4 Altas por inspección médica. Efecto relativo sobre la probabilidad de volver al trabajo

	Bruto		Ajustado	
	RR (IC del 95%)	p	RR (IC del 95%)	p
Sexo		0,043		0,005
Varones	1		1	
Mujeres	1,369 (1,010-1,855)		1,578 (1,150-2,164)	

RR: riesgo relativo; IC: intervalo de confianza.

Al analizar la correlación de las posibles causas de alta, curación, inspección y mejoría fundamentalmente, se observan algunas características diferenciales entre las altas por inspección y los otros casos. Los pacientes de mayor edad, con domicilio rural, sexo femenino, régimen agrario por cuenta propia, con diagnóstico de enfermedad del SOMA y en período de verano parecen asociarse con una intervención más frecuente de la inspección médica en el proceso de finalización de la IT (datos no mostrados). Por ello estudiamos este grupo de pacientes por separado. En este caso, la única variable que muestra un efecto relativo significativo, tanto en el análisis crudo como ajustado, sobre la probabilidad de volver al trabajo es el sexo, incrementándose ésta en las mujeres (tabla 4).

Discusión

Las enfermedades que con más frecuencia causan procesos de IT son, por este orden, las del SOMA, LYE y NML. La mayoría de los autores observan que estos tres grupos diagnósticos provocan la mayor parte de episodios de IT, aunque las enfermedades cardiovascular, neoplásica, psiquiátrica, digestiva y neurológica se presentan en otros trabajos como las más frecuentes⁶⁻¹⁶. En relación con los resultados de la encuesta nacional de salud (ENS) de 1997, cabe reseñar la menor influencia de la enfermedad circulatoria, que supone en nuestra muestra el 3%, frente al 9% en la ENS¹. Los días de trabajo perdidos dependerán tanto de la frecuencia como de la duración de los episodios de IT. Los 3 grupos diagnósticos con mayor número de días perdidos son los del SOMA, LYE y enfermedades mentales, y estas tres suponen el 65% del total de días perdidos. Estos resultados son similares a los referidos en poblaciones como la cubana, donde la enfermedad del SOMA es la principal causante de los procesos de IT, seguida de los trastornos mentales y, en tercer lugar, del aparato digestivo¹³. En nuestra área geográfica, la duración media de los episodios de IT fue de 74 días, y la mayor duración correspondió a las enfermedades circulatorias y mentales. Otros factores asociados con una IT prolongada han sido el sexo femenino, tener mayor edad, el domicilio rural y la época de verano. En cuanto al régimen de la SS,

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Incremento progresivo de la incidencia de episodios de incapacidad temporal (IT) y de los costes derivados de ésta.
- Diferencias entre distintas áreas geográficas de los grupos diagnósticos relacionados con la IT y de otros factores determinantes.
- Repercusión negativa de esta prestación en la relación médico-paciente.

Qué aporta este estudio

- Las enfermedades que con más frecuencia causan IT son las del sistema osteomioarticular, las lesiones y envenenamientos, y las del aparato respiratorio.
- El incremento de la edad del paciente, los diagnósticos de enfermedades mentales o circulatorias, así como si el motivo de alta es por inspección médica, se asocian con menor probabilidad de volver al trabajo.
- Los trabajadores del régimen general de la Seguridad Social presentan períodos de IT más cortos que los de otros regímenes.
- Los médicos más jóvenes en edad y los más antiguos en la plaza aumentan la probabilidad de volver al trabajo.

se prolongan más los episodios de los autónomos, agrarios y empleados de hogar. Esto se podría deber al hecho de no percibir compensación económica en episodios de IT de corta duración, por lo que los pacientes de estos regímenes no solicitarían la prestación cuando pudiese estar prevista una reintegración precoz a la actividad laboral. Otros autores también refieren las mayores duraciones en los regímenes autónomos y agrario¹⁶⁻¹⁸. La duración media es superior a la observada en otros estudios de nuestro país y oscila entre 44,5 y 62,7 días, a pesar de que la distribución de edades y grupos diagnósticos es similar^{11,15,16,18}.

Al analizar los efectos relativos de las distintas variables disponibles sobre la probabilidad de reincorporación al trabajo, ésta se reduce con el incremento de la edad, en los regímenes autónomos, trabajadores agrarios por cuenta propia y como empleados de hogar, con los diagnósticos de enfermedades mentales, del aparato circulatorio, SOMA y LYE. Por el contrario, los diagnosticados de enfermedad

NML presentan una probabilidad mayor de volver al trabajo.

Diversos autores coinciden en asociar el incremento de la edad con una reducción de la probabilidad de volver al trabajo^{17,19-22}. Otros autores no encontraron relación significativa entre la probabilidad de alta y la edad del paciente²³. En cuanto al sexo, unos trabajos refieren que las mujeres presentan IT de menor duración²³, otros de mayor duración²⁴, y en otros casos el sexo no influye sobre la probabilidad de reincorporación al trabajo^{18,19}. En nuestra población no se observa ningún efecto significativo de esta condición sobre la probabilidad de reincorporación al trabajo, a pesar de la menor duración de los episodios de IT en los varones.

Los regímenes de autónomos y agrarios también son referidos en la bibliografía como predictores de mayor duración de las bajas^{17,18}.

Por grupos diagnósticos, también Royo Bardónada obtiene una mayor probabilidad de vuelta al trabajo en la enfermedad NML e infecciosa, y menor probabilidad de alta en las alteraciones psiquiátricas¹⁸.

Otros factores no analizados en nuestra área sanitaria han tenido influencia en la probabilidad de alta, aunque en situaciones sociosanitarias distintas, como el estado civil, el número de hijos, la antigüedad en el empleo y el nivel socioeconómico^{18,19,23,25-27}.

En una publicación reciente se presentan los resultados de un programa de control de la IT mediante una mejor colaboración de la inspección médica con la atención primaria, con lo que se consigue reducir significativamente el número de bajas, sin modificar su duración²⁸. En nuestro estudio, los procesos de IT finalizados con un alta por la inspección médica se asocian con menor probabilidad de volver al trabajo que los dados de alta por curación o mejoría. En este caso, el sexo es la única variable que demuestra un efecto significativo, tanto en el análisis crudo como ajustado, sobre la duración de la IT, y es más probable la reincorporación al trabajo de las mujeres.

Agradecimientos

Al Dr. F. Fernández Álvarez, inspector médico, por su colaboración en la recogida de datos y el asesoramiento técnico.

Bibliografía

- Segura Benedicto A. Informe SESPAS. Sevilla: 1999.
- Caldas Blanco R, Violán Fors C, García Fernández JJ, et al. Incapacidad temporal: mejoras en la gestión. *Aten Primaria*. 2000;25:112-23.
- Grupo de trabajo de la semFYC. Incapacidad temporal. Encuesta ética, clínica y de gestión. Barcelona: Edide; 1999.
- Moretó Reventós A, Sánchez Ibáñez MJ. Propuestas para mejorar la incapacidad temporal desde la perspectiva de la atención primaria. *Documentos semFYC*. 2002;8:85-90.
- Díaz Peral R, Moya Santana RJ, Vergara Hernández J, et al. Análisis de la problemática derivada de los cambios legislativos en materia de incapacidad temporal. *Semergen*. 1998;24:643-8.
- Gubéran E, Usel M. Permanent work incapacity, mortality and survival without work incapacity among occupations and social classes: a cohort study of ageing men in Geneva. *Int J Epidemiol*. 1998;27:1026-32.
- Soler JK. Sick leave certification: a unique perspective on frequency and duration of episodes: a complete record of sickness certification in a defined population of employees in Malta. *BMC Fam Pract*. 2003;4:2.
- Boff BM, Leite DF, Azambuja MIR. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:337-42.
- Zarco Montejó J, Moya Bernal A, Júdez Gutiérrez J, et al. Gestión de las bajas laborales. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:500-9.
- Ley general de la Seguridad Social. Real decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio.
- Tornero Molina J, Atance Martínez JC, Grupeli BE, et al. Impacto socioeconómico de la incapacidad temporal de origen reumático en la provincia de Guadalajara. *Rev Esp Reumatol*. 1998;25:340.
- Brulin C, Goine H, Edlund C, et al. Prevalence of long-term sick leave among female home care personnel in Northern Sweden. *J Occup Rehabil*. 1998;8:103-11.
- Dieste Sánchez W, Suárez Martínez R, Carrillo Salomón R, et al. Morbilidad con incapacidad laboral temporal en una refinería de petróleo, según ocupaciones. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2002;18:14-21.
- Burgos Ojeda A, Gómez Correa JB, Quilis Figueroa L, et al. Geografía médica de las comunidades pesqueras de Tenerife. Indicadores de morbilidad asistida. Comunicación al IV Congreso Nacional de Medicina del Mar. Gijón (Asturias), 1999.
- Alberquilla A, Ugalde M, González C, et al. Gestión y control de la incapacidad laboral transitoria. ¿Influye el modelo de atención primaria? *Aten Primaria*. 1996;17:60-8.
- Lillo Prieto MM, Ariza Chana AI, Sánchez Fernández JL, et al. Estudio de la incapacidad temporal (IT) en una zona rural. Comunicación. XX Congreso Semergen. Jerez de la Frontera, Cádiz; 1998.
- Gutiérrez Morlote J, Vacas Arlandis M, Lobato García A, et al. Impacto del infarto de miocardio en la situación laboral de los pacientes. *Rev Esp Cardiol*. 1999;52:556-62.
- Royo-Bardónada MA. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. *Gac Sanitaria*. 1999;13:177-84.
- Krause N, Dasinger LK, Deegan LJ, et al. Psychosocial job factors and return-to-work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *Am J Ind Med*. 2001;40:374-92.
- Hlatky MA, Boothroyd D, Horine S, et al. Employment after coronary angioplasty or coronary bypass surgery in patients employed at the time of revascularization. *Ann Intern Med*. 1998;129:543-7.
- Dasinger LK, Krause N, Deegan LJ, et al. Physical workplace factors and return to work after compensated low back injury: a disability phase-specific analysis. *J Occup Environ Med*. 2000;42:323-33.
- MacKenzie EJ, Morris JA, Jurkovich GJ, et al. Return to work following injury: the role of economic, social, and job-related factors. *Am J Public Health*. 1998;88:1630-7.
- Yuh Jang, Wenshu Li, Mann-Tsong Hwang, et al. Factors related to returning to work following a work-oriented occupational therapy program for individuals with physical disabilities. *J Occup Rehabil*. 1998;8:141-51.
- Benavides FG, Sáez M, Barceló MA, et al. Incapacidad temporal: estrategias de análisis. *Gac Sanitaria*. 1999;13:185-90.

25. Krause N, Frank JW, Dasinger LK, et al. Determinants of duration of disability and return-to-work after work-related injury and illness: challenges for future research. *Am J Ind Med.* 2001;40:464-84.
26. Dixon AN, Gatchel RJ. Gender and parental status as predictors of chronic low back pain disability: a prospective study. *J Occup Rehabil.* 1999;9:195-200.
27. Mansson NO, Rastam L, Eriksson KF, et al. Socioeconomic inequalities and disability pension in middle-aged men. *Int J Epidemiol.* 1998;27:1019-25.
28. Abellán Hervás MJ, Esteban López S. Programa para el control de la incapacidad temporal en el Instituto Social de la Marina de la provincia de Cádiz. *Aten Primaria.* 1999;24:523-7.

COMENTARIO EDITORIAL

Incapacidad temporal: por el conocimiento hacia la superación de los conflictos

L. López-Lázaro

Pharmamar SAU. Colmenar Viejo. Madrid. España.

La incapacidad temporal (IT) queda definida en España por la Ley 42/94 de 30 de diciembre de Acompañamiento a los Presupuestos como «aquella situación en la que se encuentran los trabajadores impedidos temporalmente para trabajar debido a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras reciban asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como los períodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescribe la baja en el trabajo durante los mismos»¹.

La cuestión de la IT es de gran importancia económica. Se calcula que su coste supone aproximadamente el 50% del gasto anual de un equipo de atención primaria que atiende a unos 18.000 habitantes¹, o del 1 al 5% del PIB de un país desarrollado de nuestro entorno².

El tema implica a diversos estamentos con intereses no coincidentes: el trabajador, la Seguridad Social, la empresa, y el médico quien, como encargado por la sociedad de valorar el estado de salud desfavorable que impide temporalmente el desarrollo del trabajo (que la empresa pierde o ha de reemplazar), lo que da lugar a la prestación sustitutoria (que la Seguridad Social ha de cubrir), se encuentra en la difícil situación de árbitro. La diversidad de visiones se refleja en la terminología que denomina al trabajador en situación de IT, a quien el empresario suele llamar «empleado»; la Seguridad Social, «beneficiario» y el médico, «paciente», términos de carga semántica muy diferente. La diversidad de intereses (el paciente puede querer prolongar

Puntos clave

- Tema de gran importancia económica.
- Fuente frecuente de conflictos por los diversos intereses implicados.
- Sólo el conocimiento, plasmado en protocolos y documentos de consenso, puede superar los conflictos.
- Futuras investigaciones deben ahondar en la estacionalidad de la incapacidad temporal por su importancia para la planificación sanitaria.

o acortar la baja, el empresario y la Seguridad Social desean limitar su duración, el objetivo del médico es que la reincorporación se produzca cuando el trabajo sea compatible con el estado clínico del paciente y su realización no suponga peligro de empeoramiento) origina a menudo conflictos.

La importancia económica de la IT y la presencia de conflictos de intereses obliga a la cumplimentación por el médico asistencial de una serie de documentos para permitir

su control, lo que supone una carga de trabajo añadida. Dicha carga administrativa contribuye a que la IT, aun siendo intrínsecamente una prescripción médica, sea vista a menudo por los médicos más como un acto burocrático-administrativo que en su vertiente técnico-científica³.

Frente a los conflictos antes citados, reflejados en la frecuente judicialización de la IT, con la cual podrían estar relacionadas más del 30% de las reclamaciones presentadas en nuestro medio¹, y para optimizar su gestión para conciliar intereses y minimizar costes económicos y no económicos globales para todas las partes implicadas, el conocimiento de los factores involucrados, como el que proporciona el presente artículo, es de vital importancia.

El artículo examina los factores relacionados con la duración de los episodios de IT y la probabilidad de reincorporación al trabajo en un área predominantemente rural.

Los factores que se asociaron con una mayor duración fueron el sexo femenino, la mayor edad, el domicilio rural y el régimen de afiliación autónomo, agrario por cuenta propia o de empleado de hogar, el período de verano, y los diagnósticos de enfermedades mentales y del aparato circulatorio. No se encontró relación de la duración de la IT con las características del médico. La duración promedio fue mayor que en otros estudios, probablemente por la mayor proporción de población rural y afiliada al régimen agrario, 2 factores que prolongan la duración de la IT según este mismo estudio. El efecto del período estival podría deberse a la menor proporción de bajas por motivos respiratorios esperable en dicho período, el cual corresponde al mínimo anual de incidencia de procesos gripales, causantes de la mayor parte de la estacionalidad en la incidencia de IT⁴.

Los factores que influyen en la probabilidad de vuelta al trabajo encontrados son la edad del paciente (menor cuanto mayor sea ésta), el régimen de la Seguridad Social (menor si es agrario, de autónomos o de empleados de hogar) y la enfermedad causal (menor si es mental o circulatoria, mayor si es respiratoria). El alta por inspección médica se

asocia con una menor probabilidad de vuelta al trabajo, probablemente por ser más frecuente en pacientes con factores de riesgo de no retorno al trabajo, como apoyan los resultados del análisis ajustado, donde sólo el sexo femenino, con mayor probabilidad de retorno al trabajo, mantuvo un efecto significativo.

Los datos presentados constituyen una aportación importante a futuras investigaciones y a la elaboración de protocolos y documentos de consenso que sirvan de base a la mejora de las estrategias de gestión y, así, limiten la carga burocrática y reduzcan el grado de conflictividad y judicialización asociado con la IT sin menoscabar el cuidado del paciente. Futuras investigaciones deben hacer más hincapié en el diseño de estrategias de control (lo que no debe ser considerado como una crítica al presente artículo, el cual resultaría apropiado como fase previa a dicha tarea) y en la estacionalidad –importante en la planificación de la asistencia– y sus factores subyacentes.

Bibliografía

1. Navarro Arribas C, Chicano Díaz S. La incapacidad temporal: hacia un modelo de gestión. MEDIFAM. 2003;13:29-34.
2. Castejón Castejón J. El papel de las condiciones de trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2003 [accedido 28 Ene 2006]. Disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UAB/AVAILABLE/TDX-1114103-142204/jcc1de1.pdf
3. Esteban López S, Abellán Hervás MJ. A propósito de la incapacidad temporal (IT). Medicina de Familia (And). 2001;2:59-63.
4. Romay López R, Santín González D, González Arangüena E. La evolución temporal de los indicadores de baja laboral mediante modelos ARIMA. En: De la Torre Carnicero R, Peiró S, editores. XXIII Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Gestión Clínica y Sanitaria: actualizando la agenda. Cádiz 4, 5 y 6 de junio de 2003 [accedido 28 Ene 2006]. Disponible en: <http://www.cica.es/aliens/jaescadiz/Archivos%20pdf/Archivos%20pdf%20tc/012tc.pdf>