

ORIGINAL

Repetición de procesos de incapacidad temporal según diagnóstico

Juan José Aurrekoetxea Agirre^{a,b,*}, Juan Manuel Sanzo Ollakarizketa^{b,c},
Eskame Zubero Oleagoitia^d y Enrique Alamillo Gascón^a

^aInspección Médica de Donostia-San Sebastián, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, San Sebastián, Guipúzcoa, España

^bDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Euskal Herriko Unibertsitatea-Universidad del País Vasco

^cDirección Médica, Comarca Gipuzkoa Oeste, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, Guipúzcoa, España

^dInspección Médica de Zumarraga, Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, Zumárraga, Guipúzcoa, España

Recibido el 18 de abril de 2008; aceptado el 17 de noviembre de 2008

Disponible en Internet el 28 de junio de 2009

PALABRAS CLAVE

Absentismo;
Diagnóstico;
Discapacidad

Resumen

Objetivo: Estudiar la repetición de las bajas desde la perspectiva del diagnóstico de la enfermedad.

Diseño: Estudio de casos y controles. Controles: trabajadores que presentaron una única baja. Casos: trabajadores con bajas repetidas. Se analizó por separado los casos que tuvieron 2, 3 y 4 o más bajas.

Emplazamiento: Guipúzcoa, 2001 a 2005.

Participantes: Se incluyeron 7.313 bajas por contingencias comunes de una mutua uniprovincial en las que la causa médica, la edad y el sexo estaban debidamente registrados y codificados. De los 6.030 trabajadores que tuvieron alguna baja, 5.016 tuvieron un único proceso de IT (controles); los casos fueron 1.014.

Mediciones: Se calculó la *odds ratio* (OR) y sus intervalos de confianza (IC) del 95% ajustando por edad y estratificando por sexo, mediante regresión logística. Se evaluó el gradiente de presentar repeticiones de las bajas.

Resultados: Se observó en ambos sexos un incremento del riesgo de repetir bajas a partir de los 45 años, con gradiente significativo. Había un aumento del riesgo de bajas repetidas con las enfermedades más frecuentes, osteoarticulares, causas externas, mentales y digestivas en los varones, y enfermedades del embarazo, osteoarticulares, mentales y causas externas en las mujeres.

Conclusiones: Una alternativa de control de la correcta prescripción de la baja sería el estudio restringido a las enfermedades que con mayor frecuencia se repiten. Ello permitiría centrar el control de la prestación en los trabajadores que repiten sus procesos de IT.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jurrekoetxea@ej-gv.es (J.J. Aurrekoetxea Agirre).

KEYWORDS

Sickness absenteeism;
Diagnosis;
Disability

Repeat sick leave procedures and diagnosis**Abstract**

Objective: To find out the recurrence of absence due to sick leave from the perspective of diagnosing the disease-causing absenteeism.

Design: Case-control study. Controls: workers who only had only been on sick leave once. Cases: workers with repeated sick leave. Cases with 2, 3, 4 or more absences due to sick leave were analysed separately.

Setting: Guipuzcoa, from 2001 to 2005.

Participants: There were 7,313 sick leave procedures collected from a Mutual Company with the medical reason, age and gender were duly registered and coded. Of the 6,030 workers who took some time off work, 5,016 had a single sick leave procedure, and were considered as controls and there were 1,014 cases that had two or more sick leave procedures.

Measurements: We calculated the odds ratio (OR) and 95% confidence intervals, adjusting for age and stratified by gender, using a logistic regression model. The slope of sick leave repeats was evaluated.

Results: An increase in the risk of recurrent sick leave was observed for both genders over the age of 45, with a significant slope. There was an increase in the risk of recurrent sick leave in the most common diseases, musculoskeletal, external causes, mental and gastrointestinal in males, and pregnancy, musculoskeletal, mental and external causes in females.

Conclusions: An alternative method for verifying the correct prescribing of sick leave would be to just study diseases that occur most often. This would focus on those workers who had recurrent absences due to sick leave.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La incapacidad temporal (IT) es una prestación que permite al trabajador enfermo e impedido para desempeñar su labor el cobro de una partida económica sustitutiva del salario mientras el trabajador recibe tratamiento. La IT genera un alto coste social y económico¹⁻⁴. Su crecimiento en estos últimos años ha sido del orden del 10 al 14% anual. Entre 1989 y 2004 el gasto anual en IT pasó de 2.074,24 a 5.312,46 millones de euros⁴. Si bien las medidas legislativas de 1995-1998 produjeron una reducción importante de gasto en el lustro siguiente, cabe pensar que se debió fundamentalmente al recorte de la duración máxima de la IT. El incremento actual vuelve a ser similar al de los años previos a la reforma. En cualquier caso, hay que tener en cuenta que la afiliación a la Seguridad Social pasó de 15 millones en 1996 a 18 millones en 2005⁴, un 20% más en 10 años. Por otra parte, España ocupa un lugar intermedio entre los países europeos. Una encuesta del año 2000 de la Europa de los 15 mostraba que un 11,8% de los trabajadores españoles se habían ausentado por salud al menos un día en los últimos 12 meses³. Únicamente Italia, Portugal, Irlanda y Grecia mostraban un índice más bajo. Esta encuesta parece explicar que la tendencia al crecimiento de la IT en España guarda relación con el desarrollo económico y del estado de bienestar.

Las causas del crecimiento de la IT se discuten, pero no hay consenso al respecto. Los trabajadores y sus sindicatos, los empresarios, las entidades gestoras y los médicos tienen opiniones variadas o incluso divergentes. Diferentes factores inciden en la IT y el absentismo; factores dependientes del

trabajador, como la enfermedad o la búsqueda consciente o subconsciente de ganancia; factores dependientes del sistema sanitario, como los relacionados con la red de asistencia primaria de la salud, la especializada —especialmente las listas de espera o la insuficiente comunicación con el médico de atención primaria—, los controles de los inspectores médicos, el sistema sanitario o las entidades gestoras o colaboradoras de la Seguridad Social, y factores laborales, como la actividad, el régimen de cotización a la Seguridad Social, la estabilidad, los conflictos, etc.

Dos factores elevan el gasto en la IT: el incremento de la frecuencia y el de la duración de las bajas. La repetición de las bajas puede deberse a recaídas de una misma afección o a trastornos independientes. La repetición de las bajas, además, puede resultar un indicador sensible de la frecuencia de las bajas. Son frecuentes los estudios descriptivos sobre IT, pero resulta difícil una evaluación analítica por la ausencia de patrón de referencia. Este estudio pretende abordar el problema de la IT con un nuevo enfoque, analizando las causas de la repetición de las bajas desde el punto de vista del diagnóstico médico de la baja, teniendo en cuenta el sexo y la edad del trabajador.

Material y método**Población y muestra**

La mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) Pakea,

Mutualia desde 2006, asumió la IT por contingencias comunes (enfermedad común o accidente no laboral) en 1999. Este estudio se realizó a partir de las bajas por contingencias comunes registradas en una MATEPSS entre 2001 y 2005. En este periodo los procesos de IT abiertos de esta MATEPSS supusieron de media cerca del 11% del total de bajas abiertas de Guipúzcoa, según datos de la Inspección Médica del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (comunicación personal).

Las MATEPSS se hacen cargo de la compensación económica de la baja a partir del décimo quinto día. Este estudio se centra, por lo tanto, en las bajas de duración superior a 15 días. Esta MATEPSS recibía de la empresa la copia del parte de IT sin diagnóstico. Para este estudio se tomó el total de bajas registradas y ocurridas entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2005, por lo tanto, bajas incidentes. No se incluyeron las anteriores por la posiblemente menor fiabilidad en la codificación de su diagnóstico. En todo este periodo de estudio únicamente trabajaron en el Servicio de ITCC una médica, una enfermera y una administrativa.

Variables

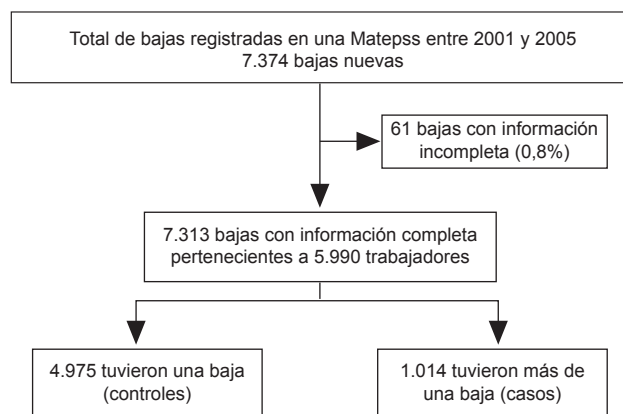
Se analizó el sexo y la edad, que se categorizó en cuatro grupos: menos de 35 años, de 35 a 44, de 45 a 54 y de 55 años en adelante. Se analizó la afección causante de la baja. Para ello se utilizó, en primer lugar, la CIE-9 de los 17 grandes grupos. Además, se analizaron las diez enfermedades específicas más frecuentes en varones y mujeres controles, utilizando para ello los primeros tres dígitos de la CIE-9.

Diseño de estudio

Tras la descripción de las bajas registradas, se realizó un estudio de casos y controles de base registral. Se consideró caso a todo trabajador del que se hubiera registrado más de un proceso de incapacidad temporal en estos 5 años y se dispusiera de los diagnósticos codificados según la CIE-9. Para valorar los posibles gradientes, se analizó por separado los casos que presentaron 2, 3 y 4 o más bajas. Dado que se precisaba un grupo control con trabajadores que hubieran presentado alguna baja para disponer de un grupo con enfermedad de referencia, se consideró controles a los trabajadores que habían presentado un único proceso de baja con diagnóstico codificado en CIE-9 en todo el periodo de estudio.

Método de análisis epidemiológico

Como medida de riesgo se calculó la *odds ratio* (OR). Se calcularon los intervalos de confianza (IC) del 95% de la probabilidad. Se estratificó por sexo, debido a que las enfermedades no afectan de igual manera a varones y mujeres. Las OR calculadas se ajustaron por edad utilizando un modelo de regresión logística no condicionada. Para valorar gradientes se analizó por separado la posibilidad de presentar 2, 3 y 4 o más bajas. El análisis se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 14.0.



Esquema general del estudio Estudio de casos y controles. Bajas entre 2001 y 2005 por contingencias comunes en trabajadores con una sola baja (controles) y con 2 o más bajas (casos).

Tabla 1 Distribución de los procesos de incapacidad temporal según sexo y edad. Pakea 2001–2005

	n (%)	IC del 95%
Sexo		
Mujeres	3.303 (44,8)	43,1–46,5
Varones	4.071 (55,2)	53,7–56,7
Total	7.374 (100)	—
Edad (años)		
< 35	2.123 (29)	27,1–30,9
35–44	1.863 (25,5)	23,5–27,4
45–54	1.690 (23,1)	21,1–25,1
≥ 55	1.641 (22,4)	20,4–24,4
Total	7.317 (100)	—

IC: intervalo de confianza.

Resultados

Descripción de los procesos de IT

En el periodo de estudio, entre el 1 de enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2005, se contabilizaron 7.374 procesos de IT incidentes. Un 44,8% correspondían a mujeres y el 55,2% restante a los varones; de 57 (0,8%) trabajadores se carecía de información sobre la edad (tabla 1). El grupo mayoritario de trabajadores se encontraba en la categoría de menores de 35 años (29%). En 7.313 (99,2%) procesos de IT, la causa estaba debidamente registrada y codificada. La tabla 2 muestra la distribución de bajas según los 17 grandes grupos de la CIE-9. Las primeras causas de IT fueron las enfermedades reumáticas (29%), las lesiones traumáticas (14,8%), las enfermedades del embarazo, parto y puerperio (14%), mentales (12,9%), digestivas (6,3%) y neoplásicas (5,4%). Ninguna de las demás causas alcanzaba el 5% del total de diagnósticos.

Tabla 2 Distribución de los procesos de incapacidad temporal según los 17 grandes grupos de enfermedades de la CIE-9. Pakea 2001–2005

CIE-9 Grandes grupos	Descripción	n (%)
I	Enfermedades infecciosas y parasitarias	106 (1,4)
II	Neoplasias	398 (5,4)
III	Enfermedades endocrinas metabólicas e inmunitarias	41 (0,6)
IV	Enfermedades de la sangre	18 (0,2)
V	Trastornos mentales	941 (12,9)
VI	Enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos	312 (4,3)
VII	Enfermedades del sistema circulatorio	351 (4,8)
VIII	Enfermedades del sistema respiratorio	268 (3,7)
IX	Enfermedades del aparato digestivo	463 (6,3)
X	Enfermedades del sistema genitourinario	136 (1,9)
XI	Complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio	1.024 (14)
XII	Enfermedades de la piel	65 (0,9)
XIII	Enfermedades del sistema osteomioarticular y el tejido conectivo	2.122 (29)
XVI	Síntomas y signos mal definidos	4 (0,1)
XVII	Lesiones y envenenamientos	1.064 (14,5)
Total		7.313 (100)

Análisis de las causas de aumento de la frecuencia de IT

Del total de 3.340 varones y 2.690 mujeres que tuvieron alguna baja, 5.016 tuvieron un único proceso de IT, por lo se los consideró controles (tabla 3). Los demás, 1.014 trabajadores, presentaron más de 1 baja, por lo que se los consideró casos. De ellos, 786 trabajadores presentaron 2 procesos de IT, 165 tuvieron 3, y 63 tuvieron 4 o más bajas. Un trabajador tuvo hasta 7 bajas, el que más tuvo en ese periodo. Las mujeres mostraron un 25% más probabilidad de presentar 2 bajas que los varones, pero no un aumento de probabilidad de presentar 3 o más bajas. La prueba de tendencia no muestra significación estadística. Se observa un aumento de la probabilidad de presentar bajas repetidas a partir de los 45 años, con un gradiente significativo. Este efecto de la edad fue más acusado en varones que en mujeres.

Las tablas 4 y 5 muestran un aumento del riesgo de bajas repetidas, con un gradiente significativo, con los grupos de enfermedades que precisamente motivaron mayor número de bajas: osteoarticulares, causas externas, mentales y digestivas en varones y enfermedades del embarazo, osteoarticulares, mentales y causas externas en mujeres.

Al estudiar las 10 enfermedades específicas más frecuentes, se observa entre los varones un aumento del riesgo de bajas repetidas y una tendencia significativa en todas las afecciones, con excepción de la hernia inguinal y la fractura de brazo. Son llamativas las OR elevadas para los trastornos neuróticos y la reacción de adaptación, para los trastornos cervicales y de los discos intervertebrales, así como para los trastornos de espalda, que incluyen lumbalgia y ciatalgia, y para las tendinitis. En mujeres, destacan las OR elevadas y sus gradientes en los trastornos neuróticos, las enfermedades del embarazo y los trastornos cervicales y de espalda.

Tabla 3 Riesgo de repetir bajas en el periodo 2001-2005 en relación con la edad en varones y mujeres en Pakea

Edad (años)	Controles n	2 bajas			3 bajas			4 o más bajas			p ^a
		n	OR	IC del 95%	n	OR	IC del 95%	n	OR	IC del 95%	
Mujeres											
< 35	836	122	1	—	16	1	—	8	1	—	—
35-44	655	114	1,2	0,9–11,6	17	1,4	0,7–2,7	3	0,5	0,1–1,8	0,478
45-54	440	78	1,2	0,8-1,6	17	2	1,0-4,0	9	2,1	0,8-5,6	0,008
≥55	262	68	1,8	1,2-2,5	13	2,6	1,2-5,5	5	2	0,6-6,2	< 0,001
Sin información	25	2			0			0			
Total Varones											
< 35	2.218	384	1	—	63	1	—	25	1	—	—
35-44	756	67	1	—	14	1	—	3	1	—	—
45-54	687	76	1,2	0,9-1,8	17	1,3	0,6-2,7	6	2,2	0,6-8,8	0,147
≥55	607	115	2,1	1,6-2,9	37	3,3	1,8-6,1	15	6,2	1,8-21,6	< 0,001
Sin información	730	143	2,2	1,6-3,0	33	2,4	1,3-4,6	14	4,8	1,4-16,9	< 0,001
Total ^b	18	1			1			0			
Total ^b	2.798	402	0,8	0,6-0,9	102	1,1	0,8-1,6	38	1	0,6-1,7	0,078

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio* ajustada por edad.

^aTendencia.

^bOR calculadas respecto al total de mujeres.

Tabla 4 Riesgo de repetir bajas en el periodo 2001-2005 en relación con el diagnóstico según los grupos de la CIE-9, ajustadas por edad en varones y mujeres.

Grupos CIE-9	Descripción	Controles n	2 bajas			3 bajas			4 o más bajas			p
			n	OR	IC del 95%	n	OR	IC del 95%	n	OR	IC del 95%	
Varones												
I	Infecciosas	68	12	1,4	0,8-2,7	1	0,5	0,1-3,6	1	1,5	0,2-11,0	0,766
II	Neoplásicas	147	20	0,8	0,5-1,3	11	1,7	0,8-3,3	6	2,7	1,1-6,6	0,085
III	Endocrinas	16	4	1,7	0,6-5,2	0	NC	—	1	5,1	0,6-40,2	0,333
IV	Hemáticas	3	0	NC	—	0	NC	—	0	NC	—	—
V	Mentales	325	77	1,9	1,4-2,5	18	1,7	1,0-2,9	14	4,8	2,4-9,4	< 0,001
VI	Nerviosas	114	42	2,6	1,8-3,8	12	2,9	1,6-5,6	8	5,8	2,6-12,9	< 0,001
VII	Circulatorias	195	45	1,4	1,0-1,9	11	1,2	0,6-2,3	6	1,9	0,8-4,6	0,043
VIII	Respiratorias	104	24	1,6	1,0-2,5	13	3,7	2,0-6,9	11	10,1	4,8-21,1	< 0,001
IX	Digestivas	260	64	1,7	1,3-2,3	22	2,5	1,5-4,1	5	1,3	0,5-3,4	< 0,001
X	Genitourinarias	47	12	1,6	0,8-3,1	3	1,6	0,5-5,2	4	5,8	1,9-17,1	0,001
XII	Dérmicas	26	10	3,1	1,5-6,6	4	5,1	1,7-15,3	2	7,1	1,6-32,1	< 0,001
XIII	Osteoarticulares	887	213	2,4	1,9-3,0	68	4,3	2,8-6,6	28	5,8	2,8-12,0	< 0,001
XVI	Mal definidas	1	0	NC	—	0	NC	—	0	NC	—	—
XVII	Causas externas	581	106	1,7	1,4-2,2	33	2,5	1,6-3,8	15	3,8	1,9-7,4	< 0,001
Total		2.774	402			102			38			
Mujeres												
I	Infecciosas	20	4	1,2	0,4-3,5	0	NC	—	1	6,4	0,8-51,0	0,474
II	Neoplásicas	148	37	1,4	1,0-2,1	4	0,8	0,3-2,2	4	2,1	0,7-6,4	0,108
III	Endocrinas	11	4	1,9	0,6-6,1	1	2,6	0,3-20,5	1	6,5	0,8-53,7	0,023
IV	Hemáticas	10	2	1,2	0,2-5,3	2	7,4	1,6-35,1	0	NC	—	0,119
V	Mentales	308	79	1,6	1,2-2,1	18	2,4	1,4-4,3	11	4,8	2,1-10,6	< 0,001
VI	Nerviosas	64	27	2,2	1,4-3,6	9	4,7	2,2-10,1	7	10,9	4,2-28,3	< 0,001
VII	Circulatorias	44	19	2,2	1,3-4,0	5	3,6	1,3-9,4	2	3,6	0,8-15,8	< 0,001
VIII	Respiratorias	75	15	1,1	0,6-1,9	5	2,2	0,9-5,8	3	3,6	1,0-12,4	0,024
IX	Digestivas	67	13	1,1	0,6-2,3	5	2,6	1,0-6,7	3	3,6	1,0-12,4	< 0,001
X	Genitourinarias	44	17	2,2	1,2-3,9	2	1,5	0,4-6,3	1	1,8	0,2-13,7	0,026
XI	Embarazo	737	154	2	1,5-2,6	20	1,6	0,8-3,3	8	2,3	0,7-8,0	< 0,001
XII	Dérmicas	14	3	1,1	0,3-4,0	1	2,1	0,3-16,6	1	5,3	0,6-42,7	0,118
XIII	Osteoarticulares	473	142	2,1	1,6-2,6	39	5,5	3,2-9,4	18	8,5	3,5-21,1	< 0,001
XVI	Mal definidas	1	0	NC	—	0	—	—	0	NC	—	—
XVII	Causas externas	186	57	1,8	1,3-2,5	12	2,3	1,2-4,4	7	3,6	1,5-9,0	< 0,001
Total		2.202	384			63			25			

IC: intervalo de confianza; NC: no calculable; OR: *odds ratio*.

Discusión

Este trabajo muestra que la edad se relaciona de manera importante con la repetición de procesos de IT, pues hay un significativo aumento del riesgo a partir de los 45 años, probablemente debido al aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas. En este estudio, el sexo se muestra más como variable modificadora del efecto que como confusora, con enfermedades causantes de las bajas diferentes en mujeres y varones. Este estudio muestra que las mujeres presentan un riesgo de tener 2 bajas ligeramente mayor que el de los varones, pero no de tener 3 o más bajas, sin significación en la prueba de gradiente. El efecto de la edad en la repetición de procesos de IT es más acusado en varones que en mujeres. Ello podría deberse a la gran

frecuencia de procesos de IT por enfermedades relacionadas con el embarazo en mujeres jóvenes.

El aspecto fundamental de este estudio es relacionar con la repetición de las bajas los grupos de enfermedades y las específicas más frecuentes. Los tres grandes grupos de enfermedades que con diferencia producen una mayor incidencia de bajas en las mujeres —enfermedades del embarazo, osteoarticulares y mentales— muestran además un tendencia a repetir las bajas. En los varones también ocurre que los tres principales grupos de enfermedades causantes de las bajas —osteoarticulares, externas y mentales— muestran tendencia a repetir las bajas. Según enfermedades específicas, las dos que mayor incidencia de bajas muestran entre las mujeres controles —complicaciones del embarazo y amenaza de parto— no muestran mayor

Tabla 5 Riesgo de presentar bajas repetidas en el periodo 2001-2005 en relación con los diez diagnóstico más frecuentes a tres dígitos de la CIE-9, ajustadas por edad en hombres y mujeres. OR e IC 95%. P de tendencia

Descripción	Controles				2 bajas			3 bajas			4 o más bajas			p
	n	n	OR	IC95%	n	OR	IC95%	n	OR	IC95%	n	OR	IC95%	
Varones														
Trastornos neuróticos	222	64	2,2	1,6-3,0	13	1,7	0,9-3,1	13	6,2	3,1-12,4	a			
Reacción de adaptación	60	12	1,4	0,7-2,6	6	3,0	1,2-7,2	5	7,1	2,6-19,2	a			
Hernia inguinal	96	27	1,7	1,1-2,7	5	1,2	0,5-3,0	1	0,6	0,1-4,2	c			
Osteoartrosis	48	19	2,4	1,4-4,1	3	1,5	0,4-4,8	5	6,8	2,5-18,5	a			
Trastorno interno rodilla	227	52	1,8	1,3-2,5	15	2,2	1,2-3,8	3	1,1	0,3-3,5	a			
Trastorno disco intervertebral	76	18	1,6	0,9-2,6	10	3,6	1,8-7,2	0	–	–	b			
Otros trastornos región cervical	119	36	2,5	1,7-3,7	16	5,0	2,8-9,0	11	11,5	5,4-24,2	a			
Otros trastornos de la espalda	213	62	2,1	1,6-2,9	26	3,9	2,4-6,2	29	3,4	1,6-7,2	a			
Tendinitis	104	29	1,9	1,2-2,9	12	3,3	1,7-6,2	8	6,2	2,8-14,0	a			
Fractura de radio y cúbito	60	8	1,0	0,5-2,2	2	1,1	0,3-4,5	0	–	–	c			
TOTAL	2.774	402			102			38						
Mujeres														
Cáncer de mama	33	3	0,4	0,1-1,5	1	0,8	0,1-5,8	2	3,9	0,8-18,0	c			
Trastornos neuróticos	262	65	1,5	1,1-2,0	17	2,7	1,5-4,8	10	4,8	2,1-10,8	a			
Reacción de adaptación	37	10	1,6	0,8-3,2	5	4,9	1,8-13,1	0	–	–	b			
Hemorragia temprana en embarazo	70	36	3,8	2,5-5,8	7	5,6	2,4-13,4	1	2,0	0,2-15,6	a			
Parto prematuro o amenaza	277	53	1,3	0,9-1,8	8	1,4	0,6-3,1	2	1,0	0,2-4,8	c			
Otras complicaciones del embarazo	322	88	2,4	1,8-3,2	10	1,7	0,8-3,7	5	2,7	0,8-8,9	a			
Trastorno interno rodilla	70	32	2,7	1,7-4,2	4	1,8	0,6-5,2	2	2,2	0,5-9,8	a			
Otros trastornos región cervical	101	31	1,8	1,2-2,8	12	5,1	2,6-9,8	6	6,6	2,6-17,0	a			
Otros trastornos de la espalda	109	37	1,9	1,3-2,8	14	4,9	2,6-9,3	10	12,0	5,2-27,9	a			
Tendinitis	74	21	1,5	0,9-2,6	5	2,0	0,8-5,3	0	–	–	c			
TOTAL	2.202	384			63			25						
a = p < 0,001														
b = p < 0,05														
c = p > 0,05														

riesgo de repetir bajas, aunque sí lo muestran los trastornos de la espalda, entre los que se encuentra la lumbalgia, afección crónica y recidivante que, a su vez, podría ser trastorno refugio para justificar la ausencia del trabajo los últimos días de embarazo.

La limitación principal de este estudio y su fuente de sesgos principal es la carencia de denominadores. No hay información en la MATEPSS en la que se desarrolla el estudio sobre los trabajadores que cotizan la prestación de IT. No pueden calcularse tasas de incidencia. Además, la información que se puede obtener de la descripción de las bajas no es representativa del total, dado que en la MATEPSS no se registraban en este periodo las bajas de menos de 15 días, que podrían suponer el 70% del total⁵. La distribución de la IT por sexo y edad observada en este estudio es coherente con los resultados de otros trabajos⁵⁻⁹, si bien hay que señalar que las enfermedades respiratorias tienen menor relevancia en este estudio. Ello sería explicable porque la mayoría de las bajas de este grupo tendrían una duración de 2 semanas o menos, por lo que este estudio no las capta. La primera causa de IT en el conjunto de varones y mujeres son las enfermedades reumáticas, con un 29% del total de causas de IT. La segunda causa de IT serían las lesiones traumáticas, con el 14,5%. En tercer lugar, las complicaciones del

embarazo, con un 14%. En cuarto lugar estarían las mentales, con un 12,9% de las causas de baja. Sorprende el importante peso que tienen en este estudio las complicaciones del embarazo, primera causa de IT en mujeres, y que en enfermedades específicas se encuentren otras complicaciones del embarazo y en segundo lugar el parto prematuro o la amenaza de parto. Ello indica un exceso de protección hacia el embarazo que, como fase normal de la vida, en mujer sana no precisaría de baja laboral⁴. En Navarra referían un aumento de la tendencia de las bajas por enfermedades del grupo XI⁵. La ley de protección del embarazo en trabajos de riesgo puede haber contribuido desde 2002 a reducir las bajas sin enfermedad que las justificara.

Atendiendo a los diagnósticos específicos de las bajas, observamos que los trastornos de espalda suponen la tercera causa de IT en los varones y la cuarta en las mujeres, con un gradiente neto de riesgo de repetir bajas. Los trastornos neuróticos son la segunda causa de las bajas en los varones y la tercera en las mujeres. La importancia de estas enfermedades en la IT ya ha sido señalada por otros autores¹⁰⁻¹⁴. Estos diagnósticos podrían ser el refugio que justificara situaciones sociales que no encajan en la definición legal de la IT. El desarrollo de la Ley de la

Dependencia, prestación imprescindible no considerada hasta ahora, contribuirá a la correcta dispensación de la IT.

En síntesis, este estudio muestra que la IT muestra causas diagnósticas diferenciadas entre varones y mujeres y está estrechamente relacionada con la edad. Por ello, los análisis estadísticos deberían realizarse separando a mujeres y varones y ajustando por edad. Las estadísticas sobre IT que las entidades gestoras y colaboradoras desarrollan no consideran estos aspectos. El análisis de la repetición de las bajas según grupos diagnósticos muestra que la distribución de la repetición de la IT no es uniforme y afecta precisamente a las afecciones que mayor incidencia de bajas generan. Las enfermedades, especialmente las más graves, se relacionan con la edad.

Los programas o actividades de control de la correcta prescripción de la baja podrían centrarse en los trabajadores que repiten sus procesos de IT, osteoarticulares, causas externas y mentales, en ambos sexos, más las digestivas en varones y las enfermedades del embarazo en mujeres. Desde el punto de vista de la investigación de las causas del incremento de la IT, dado que la demanda seguirá aumentando, interesa el estudio de los factores que están condicionando la actitud de los médicos de la red de atención primaria ante la demanda de baja o la continuidad de ésta por parte del trabajador.

Lo conocido sobre el tema

- La prestación económica sobre la incapacidad temporal supone un alto coste económico.
- El incremento anual supera el del PIB y las afiliaciones a la Seguridad Social.
- Los estudios existentes son de tipo descriptivo y muestran que las enfermedades osteoarticulares y las mentales son las que más incapacidad temporal generan.

Qué aporta este estudio

- Las bajas se repiten más a partir de los 45 años.
- No se observan diferencias por sexo en relación con la tendencia a repetir bajas.
- En mujeres, las enfermedades del embarazo, osteoarticulares, mentales y por causas externas son las que más bajas generan y las que más se repiten.
- En varones, las enfermedades osteoarticulares, mentales, digestivas y por causas externas producen más bajas y se repiten más.
- La repetición de las bajas puede ser una alternativa de control de la prestación de la IT.

Agradecimientos

Los autores desean manifestar su agradecimiento al Servicio de Contingencias Comunes de Mutualia de Guipúzcoa y especialmente, por su minuciosa dedicación profesional y la fiabilidad del dato registrado, a su enfermera, Andone Larrea y la administrativa Izaskun Enciso, quienes junto con Eskarne Zubero componían el Servicio.

Bibliografía

1. 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.
2. LaPlante MP. Prevalence of work disability-United States, 1990. *JAMA.* 1993;270:1921.
3. Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Amick BC. Distribution of sickness absence in the European Union Countries. *Occup Environ Med.* 2004;61:867-9.
4. Gervas J, Ruiz Téllez A, Pérez Fernández M. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Madrid: Fundación Alternativas; 2006. p. 68.
5. Instituto Navarro de Salud Laboral. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/insl/>.
6. Baca Osorio A, González Delgado R, Hormigo Pozo A, Blanca Barba F, García Ruiz C, Doña Díaz JL. Estudio de la distribución y causas de Incapacidad Laboral Transitoria de los pacientes de un centro de salud urbano. *SEMERGEN.* 2003;29:85-119.
7. 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.
8. Royo-Bordonada MA. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. *Gac Sanit.* 1999;13:177-84.
9. García-Díaz AM, Pérttega-Díaz S, Pita-Fernández S, Santos-García C, Vázquez-Vázquez J. Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el período 2000-2002. *Aten Primaria.* 2006;37:22-9.
10. Gros B, Bertol V, Fernández A, Mallén M, García C, Ginés C. Las lumbalgias y su impacto en atención primaria. *Aten Primaria.* 1992;9:319-21.
11. Sabaté P, Bestraten J, Llor JL, Santigosa J, Murria MJ, Milá A, et al. Estudio de las lumbalgias atendidas en un centro de salud. *Aten Primaria.* 1992;9:208-11.
12. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Baños JE. El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gac Sanit.* 2003;17:97-107.
13. Sans M, Batalla C, Villagrasa D, Ezpeleta A, Escorza S, Comín E. Incapacidad laboral por patología psiquiátrica. *Aten Primaria.* 2000;25:100-6.
14. Nystuen P, Hagen K, Herrin J. Mental health problems as a cause of long-term sick leave in the Norwegian workforce. *Scand J Public Health.* 2001;29:176-81.