

# ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

ANTONIO LLERGO MUÑOZ\*, ESTHER ÁLVAREZ THEURER\*\*,  
MANUEL VAQUERO ABELLÁN\*\*\*, EMILIA LACHICA LÓPEZ\*\*\*\*

(\*) Dirección Regional de Sistemas y Tecnologías de la Información.  
Consejería de Salud. Junta de Andalucía

(\*\*) Unidad Valoración Médica de Incapacidades. Delegación de Salud Córdoba.  
Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

(\*\*\*) Unidad Docente de Salud Pública. Universidad de Córdoba.

(\*\*\*\*) Cátedra de Medicina Legal. Universidad de Córdoba.

## RESUMEN

La incapacidad temporal (IT) es una situación de infortunio derivada de la alteración de la salud que incapacita temporal y absolutamente para el trabajo habitual o que impide al trabajador el desarrollo de una actividad productiva, cualquiera que fuese su causa. El absentismo laboral es un problema económico, social y sanitario. A pesar de sus repercusiones, la IT es un fenómeno poco estudiado.

En este estudio observacional analítico de tipo de cohorte retrospectiva, se evalúa la incidencia de la situación de la Incapacidad Temporal en la provincia de Córdoba durante el período 1995-2002, así como de los factores determinantes de la duración de la IT.

La duración de los procesos de IT es debida a factores diferentes al diagnóstico. La mujer presenta en nuestra provincia un mayor nivel de absentismo de IT con respecto al hombre. En el medio rural la duración media de la baja es superior en un 50 % a la del medio urbano a igualdad de causa que origina el proceso de IT.

## PALABRAS CLAVES

Incapacidad temporal, estudio descriptivo, absentismo.

## ABSTRACT

According to the Spanish law, when health's impairment in a worker disables him both in a temporary and absolutely way for the development of his work, or impedes him the development of a productive activity is called temporary disability. It originates the labor absenteeism, which is an economic, social and health problem. In spite of their repercussions, temporary disability is a problem little studied.

The present observational study of retrospective cohort, analyze the incidence of the temporary disability in the country of Córdoba (Spain) for the period 1995-2002, as well of the determinant factors in the temporary disability's length.

Duration of temporary disability's processes is related to factors different from diagnosis. Women show higher levels of absenteeism than men in temporary disability. For the same health's problem, in rural environments duration of inability is 50% higher that in urban ones.

## KEY WORDS

temporary disability, descriptive study, absenteeism.

## INTRODUCCIÓN

La incapacidad temporal (IT) es una situación de infortunio derivada de la alteración de la salud que incapacita temporal y absolutamente para el trabajo habitual o que impide al trabajador el desarrollo de una actividad productiva, cualquiera que fuese su causa(1). Además puede ser el preámbulo para otra situación que es la de la invalidez permanente(2).

El absentismo laboral es un problema económico, social y sanitario. Desde el punto de vista de económico, la magnitud del problema deriva de la cuantía del gasto que por este concepto soportan por un lado las empresas, y por otro el Instituto Nacional de la Seguridad Social (3).

La pérdida de horas de trabajo por incapacidad temporal (IT) generó durante la última década una cuantiosa reducción de recursos productivos con el consiguiente aumento del gasto público en prestaciones asociadas, servicios médicos y percepciones por enfermedad, en todos los países de la Unión Europea. Gründemann et al. (4) estiman que la atención de las IT genera una carga relativa de entre el 1,5 y el 4 por 100 del PIB según el país miembro.

El coste económico de la Incapacidad Temporal supone aproximadamente el 50 por ciento de los gastos totales que genera la Atención Primaria de Salud, incluyendo la prestación farmacéutica. Este 50 por ciento afecta a un porcentaje pequeño de la población ya que sólo afecta a un 30 por ciento de la población activa, que a su vez representa un 30 por ciento del total de personas atendidas por el Sistema Sanitario. Supone, por tanto, que el 10 por ciento de la población consume el 50 por ciento de los recursos asignados a la Atención Primaria (5).

En los últimos años se está produciendo en España un aumento progresivo e injustificado de la duración media de la IT, pasando de cifras que rondaban los 35 días (6, 7,8), durante la década de los 80 hasta unas cifras que se sitúan alrededor de los 45 días durante la década de los 90 (9, 10, 11,12).

La dificultad para determinar con certeza la capacidad laboral ante determinadas patologías, hace que los factores citados sean en muchas ocasiones más influyentes en la decisión de volver al trabajo que la propia enfermedad (13).

Los objetivos de nuestro trabajo han sido: evaluar la incidencia de la situación de Incapacidad Temporal en la provincia de Córdoba desde 1995 a

2002, y analizar la duración de los períodos de Incapacidad Temporal por procesos; así como los factores asociados a la misma.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional analítico de tipo de cohorte retrospectiva. La población de estudio está constituida por los partes de Incapacidad temporal emitidos por los médicos de Atención Primaria de Salud de la provincia de Córdoba desde el 1 de enero de 1995 hasta el 31 de diciembre de 2002. Se han incluido los procesos de Incapacidad Temporal que han sido registrados por la Unidad de Vigilancia Médica de la Incapacidad; y se han excluido los procesos debidos a bajas maternales contenidos en el registro de la Unidad. Así mismo se han excluido del cómputo aquellos procesos motivados por enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (Códigos CIE 9 630-676).

Variables del estudio: Contingencia (tipo de proceso que causa la Incapacidad temporal), Régimen de la Seguridad Social (régimen al cual está adscrito el trabajador), Enfermedad que provoca el proceso y grupo del código CIE 9 (aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS como sistema de clasificación y codificación de diagnósticos y procedimientos; para agrupar estos motivos se utiliza el grupo diagnóstico de tres dígitos al que pertenecen los mismos), Fecha de Baja (fecha en la que se inicia el proceso de Incapacidad Temporal), Fecha de Alta (fecha en la que concluye el proceso de Incapacidad Temporal), Plaza Médica (cupó del médico que ha expedido la baja; no se considera el identificador del médico, sino el de la plaza; en caso de varios sustitutos de una misma clave médica, éstos están representados por la misma plaza), Tipo de centro (rural o urbano), Motivo del Alta (motivo por el que termina el proceso de Incapacidad Temporal), Género (sexo del paciente en Incapacidad Temporal), Edad del trabajador, Semana de inicio del proceso (se obtiene para cada año dividiendo el ordinal del día por 7 y sumando los días de la primera semana del año correspondientes al año anterior), Tiempo (número de la semana desde el inicio del estudio hasta el final del mismo).

Tratamiento estadístico. Para el tratamiento de los datos se ha utilizado el paquete SAS System Release V8.1 (TS1M0) para Microsoft Windows.

Los gráficos utilizados para el estudio de series temporales han sido realizados mediante el paquete Statistica v 6.0.

Se realizó un estudio descriptivo de las variables de estudio así como análisis bivalente del número de procesos de IT y duración de los mismos por género, entorno rural y urbano, por régimen de la Seguridad Social adscrito, diagnóstico que origina el proceso y motivo de alta. Para las variables cuantitativas se determinaron medidas de centralización (media, mediana, moda) y dispersión (desviación típica y varianza). Para las variables cualitativas se determinaron las frecuencias relativas y porcentajes.

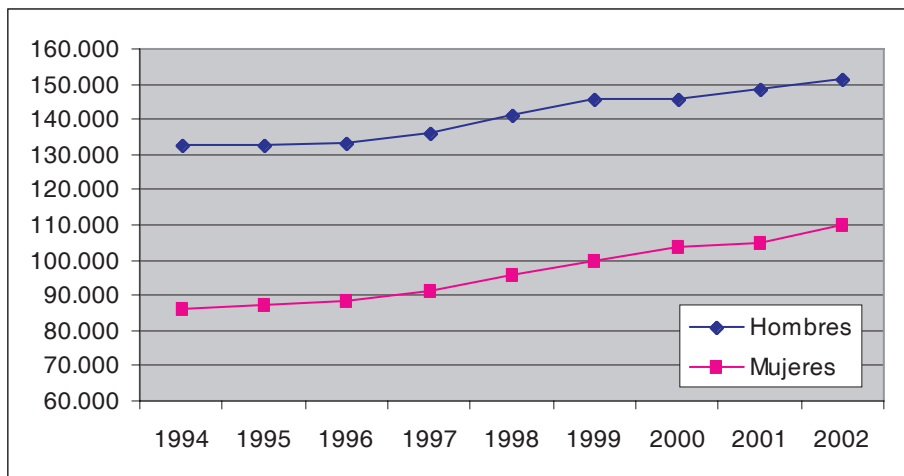
Para la comparación de variables cuantitativas se empleó el t-test para muestras independientes cuando la variable de grupo era dicotómica y el análisis de la varianza para un factor para las variables cuantitativas cuando se comparaban en bloque más de dos valores. La comparación de variables cualitativas se utilizó el test de la chi cuadrado.

**RESULTADOS**

Se analizaron un total de 268.347 procesos de Incapacidad Temporal correspondientes a las partes emitidos desde el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 2002, recogidos por la Unidad de Vigilancia Médica de Incapacidad de Córdoba.

La distribución de los trabajadores afiliados en la provincia de Córdoba por año y sexo se expone en la figura 1. Se puede apreciar como a lo largo del período estudiado se ha producido un incremento continuo en el número de afiliaciones a la Seguridad Social, especialmente en las mujeres. El porcentaje de afiliación de las mujeres con respecto al total es, en nuestra provincia, en el año 2002 del 41,37 % ligeramente superior a la media española (40,14%).

*Figura 1. Trabajadores afiliados en la provincia de Córdoba por año y sexo*



Con respecto a la distribución de afiliados según el medio de procedencia, los trabajadores del medio rural son mayoritarios en nuestra provincia (61,89%).

El porcentaje correspondiente a los procesos de IT de los hombres es del 59 %, significativamente mayor que el de las mujeres con un 41 % (p<0,001).

No obstante si ajustamos por la población expuesta que en nuestro caso es el número de trabajadores en activo en nuestra provincia observamos que las mujeres tienen una tasa de incidencia del absentismo mayor que el hombre. La tasa de incidencia global procesos de IT / 100 afiliados x año es de 8,84. Para los hombres 8,72 y para las mujeres 9,03.

La mayor parte de los procesos de IT (91,7 %) terminan con la curación, el escaso número de procesos que concluyen en éxitos (0,3 %) se debe a la consideración de población sana que tienen los trabajadores en activo. El segundo motivo del alta en cuanto a frecuencia es el alta por informe propuesta (3,7 %), como paso previo a una incapacidad permanente.

Los procesos del sistema musculoesquelético (23,9 %), por lumbalgias y procesos de artrosis, las enfermedades del aparato respiratorio (21,5 %), sobre todo a expensas de infecciones de vías respiratorias altas, así como las lesiones y envenenamientos (17,2 %), suponen un 62,6 % de los procesos incidentes de IT. La mayor parte de los diagnósticos emitidos dentro del epígrafe de Accidentes, lesiones

e intoxicaciones se producen a consecuencia de fracturas, esguinces y luxaciones; por tanto son de competencia de la especialidad de Traumatología y

Ortopedia aproximadamente el 41.1 % de los procesos que originan una IT (tabla I).

Tabla I. Proceso que motiva el alta

	Frec	%
Enf. Infecciosas	10577	5,2
Neoplasias	2592	1,3
Enf. Endocrinas	1126	,5
Enf. de la sangre	543	,3
Trastornos Mentales	10970	5,4
Enf. del Sistema Nervioso	7927	3,9
Enf. Sistema Circulatorio	6581	3,2
Enf. Sistema Respiratorio	44027	21,5
Enf. Aparato Digestivo	13339	6,5
Enf. Sistema Genitourinario	6925	3,4
Enf. de la piel	3005	1,5
Sistema Musculoesquelético	48938	23,9
Anomalías Congénitas	459	,2
Síntomas y Signos mal definidos	12740	6,2
Accidente Lesiones Intoxicación	35220	17,2
Total	204969	100,0

En la tabla 2 se presentan los quince diagnósticos que con más frecuencia aparecen como motivo de Incapacidad Temporal. Destacamos, entre los tres primeros diagnósticos que provocan Incapacidad Temporal, la gripe, dolor de espalda irradiado, depresión.

Los trabajadores adscritos al Régimen General de la Seguridad Social, presentan el mayor número de bajas (81,2 %), a pesar de que en nuestra provin-

cia el sector agrario supone un importante porcentaje del empleo (61,89 %).

Los Centros de Salud que presentaron mayor número de bajas en el periodo de estudio fueron los de la zona urbana. En el medio urbano se produjeron el 52,2 % de las bajas (140158). La tasa de incidencia de procesos de IT es significativamente mayor en el medio urbano (109,18) con respecto al rural (50,80) ( $p < 0.001$ ).

Tabla II. Diagnósticos más frecuentes que provocan IT

	Frec.	%
Influenza (gripe)	22864	10,7
Dolor de espalda irradiado	11856	5,6
Depresión	7451	3,5
Diarrea. E. Inf. Intest. Probable	7169	3,4
Ciática	6983	3,3
Otras lesiones y traumas	6609	3,1
Torcedura/esguince tobillo	6274	2,9
Dolor de espalda no irradiado	5854	2,8
Osteoartritis. Osteoartrosis	5766	2,7
Inf. Ag. Ap. Respiratorio sup.	5154	2,4
Contusión. Aplastamiento	5129	2,4
Bronquitis y bronquiolitis aguda	4504	2,1
Amigdalitis aguda. Tonsilitis	4235	2,0
Fiebre de origen desconocido	4097	1,9
Signos/síntomas mal definidos	3593	1,7

Se aprecia claramente el aumento de la incidencia en los primeros meses del año, existiendo un marcado descenso en los meses de julio y agosto (figura 2). Si analizamos el año de inicio del proceso de IT, se puede observar un incremento en la incidencia de los procesos de IT a lo largo del período de estudio, cayendo esta en el año 2002 (figura 3).

La edad de los trabajadores con procesos de IT sigue una distribución normal con una media de 40,57 años (rango 18-71 años). En principio deberíamos esperar una mayor incidencia en los trabajadores de mayor edad, al existir más morbilidad en estos tramos de edad.

Figura 2. Mes de inicio del proceso de IT

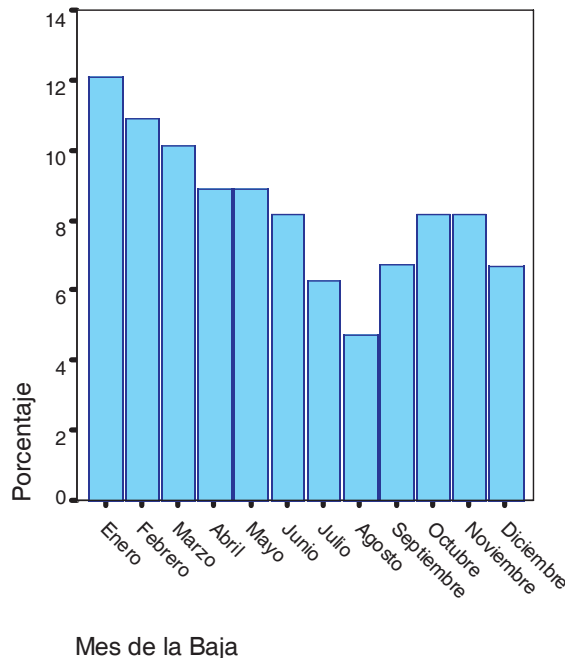
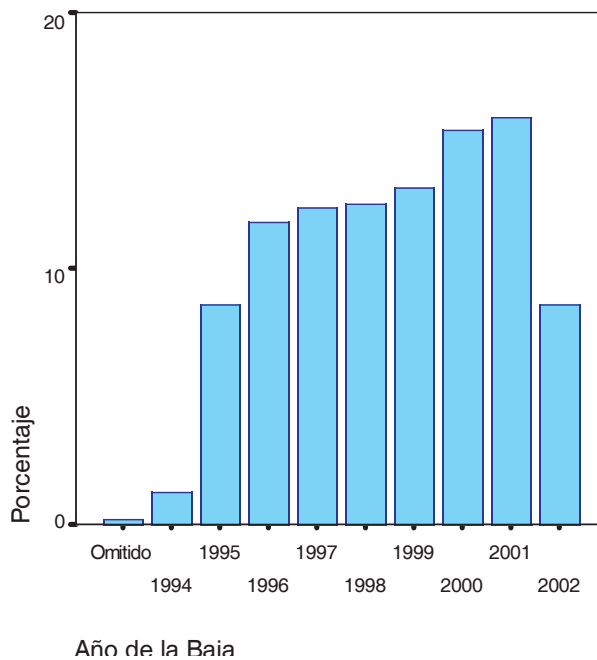


Figura 3. Año de la baja



La distribución de la duración en días de la IT sigue un patrón unimodal con un pico en los procesos de uno a tres días. La mayor parte de los procesos de IT se resuelven en menos de un mes, mediana 17 días (figura 4). A lo largo del período de estudio ha disminuido la duración de los procesos de IT, tanto en la mediana de los mismos como una importante reducción en la variabilidad de esta duración (figura 5).

Hemos estudiado la diferencia (en días) con respecto a los estándares de duración de los procesos de IT, publicados por el INSS, de los procesos ocurridos. Esta variable expresa la diferencia entre los días de IT que ha durado realmente el proceso con respecto al estándar de duración marcado para el mismo. Valores positivos expresan una duración mayor de la esperada y valores negativos duraciones inferiores al estándar.

Figura 4. Distribución de la duración de la IT

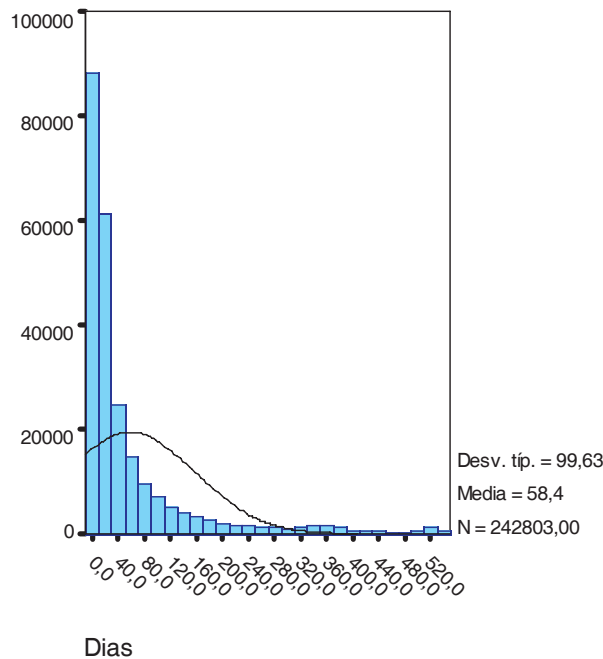
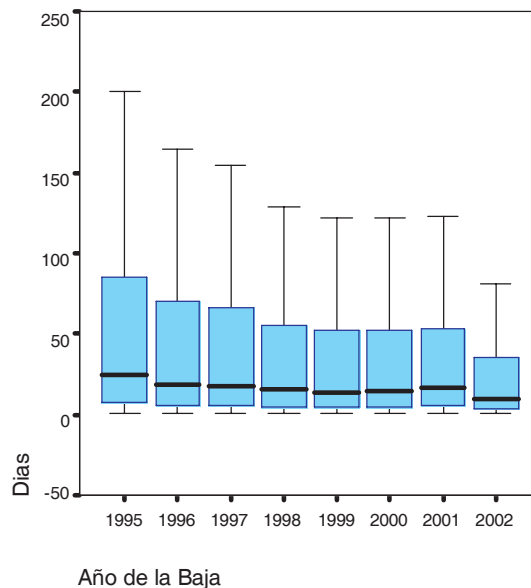


Figura 5. Variabilidad de la duración de los procesos de IT durante el periodo de estudio



Aunque la media de la diferencia entre los días de IT y el estándar asignado al proceso es de -1,21 días, la distribución tiene una importante desviación derecha, en la que unos pocos procesos tienen una duración muy superior a la esperada. Así mismo, la mayoría de los procesos tienen una duración inferior a la esperada estando la mediana en -18 días. Relacionando la frecuencias de procesos agrupados por

CIE9 (tres dígitos) con respecto al sexo, Los grupos diagnósticos se distribuyen de forma uniforme en ambos sexos, destacando la mayor incidencia de procesos de IT en la mujer en trastornos mentales y enfermedades del sistema musculoesquelético, mientras que en los hombres se da un mayor porcentaje de enfermedades del Aparato Digestivo y Accidentes (tabla III).

Tabla III. Análisis de frecuencias de procesos agrupados por CIE9 con respecto al sexo

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Enf. Infecciosas	Recuento	6225	4352	10577
	% de Sexo	5,0%	5,2%	5,2%
Neoplasias	Recuento	1321	1271	2592
	% de Sexo	1,0%	1,6%	1,3%
Enf. Endocrinas	Recuento	666	460	1126
	% de Sexo	,5%	,5%	,5%
Enf. de la sangre	Recuento	156	387	543
	% de Sexo	,1%	,5%	,3%
Trastornos Mentales	Recuento	5417	5553	10970
	% de Sexo	4,5%	7,5%	5,4%
Enf. del Sistema Nervioso	Recuento	4741	3186	7927
	% de Sexo	3,8%	3,6%	3,9%
Enf. Sistema Circulatorio	Recuento	4007	2574	6581
	% de Sexo	3,3%	3,1%	3,2%
Enf. Sistema Respiratorio	Recuento	25692	18335	44027
	% de Sexo	21,3%	22,8%	21,5%
Enf. Aparato Digestivo	Recuento	9063	4276	13339
	% de Sexo	7,5%	4,4%	6,5%
Enf. Sistema Genitourinario	Recuento	4085	2840	6925
	% de Sexo	3,3%	3,4%	3,4%
Enf. de la piel	Recuento	1867	1138	3005
	% de Sexo	1,4%	1,1%	1,5%
Sistema Musculoesquelético	Recuento	27427	21511	48938
	% de Sexo	22,7%	27,3%	23,9%
Anomalías Congénitas	Recuento	294	164	459
	% de Sexo	,2%	,2%	,2%
Síntomas y Signos mal definidos	Recuento	7542	5198	12740
	% de Sexo	5,8%	5,7%	6,2%
Accidente Lesiones Intoxicación Violencia	Recuento	23407	11813	35220
	% de Sexo	19,5%	13,0%	17,2%

La edad media de las mujeres que inician un proceso de IT (38,8) es mayor en un año a la de los hombres (37,9). Comparando las medias de la duración del proceso con relación al sexo, la media de la duración de los procesos de IT en los hombres (56,69) es superior a la de las mujeres (55,61), no obstante, y a pesar de la significación estadística de la diferencia, entendemos que carece de relevancia.

Cuando se comparan las medias de los días de diferencia de duración del proceso con respecto al estándar de duración en ambos sexos, las mujeres presenta una importante diferencia con respecto a los hombres, 6,25 días de media frente a 0,37 días de diferencia de los hombres.

La probabilidad de fallecimiento en los pacientes en proceso de IT es el doble en los hombres (0,4 %) con respecto a las mujeres (0,2 %). Así mismo, las altas emitidas por la inspección médica se dan en mayor proporción en las mujeres (4,0 %) que en los hombres (2,4 %).

El 10,2 % de los procesos de IT que se dan en las mujeres se dan en el Régimen Especial Agrario por cuenta propia, frente al 6,3 % de los hombres.

El mayor porcentaje de procesos de IT en los hombres se dan en el medio rural (50,2 %), mientras que en las mujeres el mayor número de procesos (59,0 %) se dan en el medio urbano.

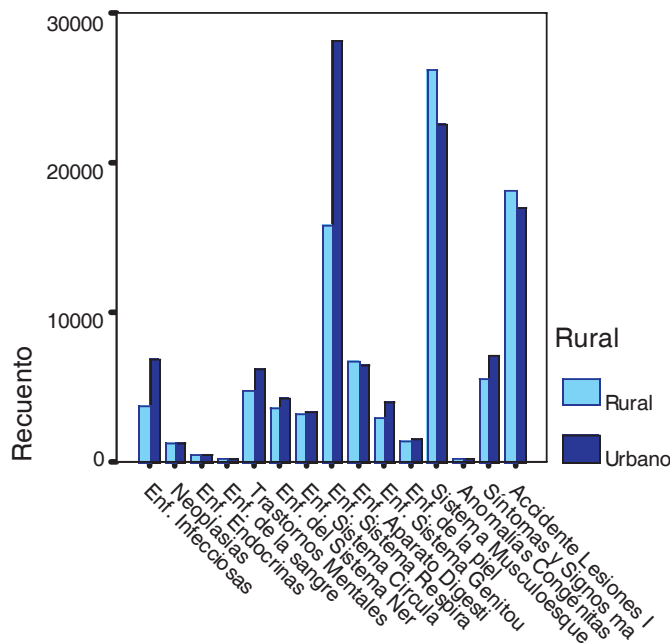
Tabla IV. Distribución de los procesos CIE 9 en el medio rural frente al urbano

		Rural	Urbano	Total
Enf. Infecciosas	Recuento	3718	6859	10577
	%	3,9%	6,2%	5,2%
Neoplasias	Recuento	1292	1300	2592
	%	1,4%	1,2%	1,3%
Enf. Endocrinas	Recuento	575	551	1126
	%	,6%	,5%	,5%
Enf. de la sangre	Recuento	239	304	543
	%	,3%	,3%	,3%
Trastornos Mentales	Recuento	4752	6218	10970
	%	5,0%	5,6%	5,4%
Enf. del Sistema Nervioso	Recuento	3667	4260	7927
	%	3,9%	3,9%	3,9%
Enf. Sistema Circulatorio	Recuento	3228	3353	6581
	%	3,4%	3,0%	3,2%
Enf. Sistema Respiratorio	Recuento	15821	28206	44027
	%	16,7%	25,6%	21,5%
Enf. Aparato Digestivo	Recuento	6813	6526	13339
	%	7,2%	5,9%	6,5%
Enf. Sistema Genitourinario	Recuento	2933	3992	6925
	%	3,1%	3,6%	3,4%
Enf. de la piel	Recuento	1437	1568	3005
	%	1,5%	1,4%	1,5%
Sistema Musculoesquelético	Recuento	26296	22642	48938
	%	27,8%	20,5%	23,9%
Anomalías Congénitas	Recuento	240	219	459
	%	,3%	,2%	,2%
Síntomas y Signos mal definidos	Recuento	5575	7165	12740
	%	5,9%	6,5%	6,2%
Accidente Lesiones Intoxicación Violencia	Recuento	18165	17055	35220
	%	19,2%	15,5%	17,2%

En la tabla IV y en la figura 6, se puede apreciar la diferente distribución de los procesos de IT según el grupo diagnóstico. Así, en el medio urbano son más frecuentes: las enfermedades infecciosas, con un 6,2%, y las enfermedades del aparato respiratorio, con un 25,6%, con relación a los partes emitidos en el medio rural, en el que alcanzan respectivamente el 3,9% y el 16,7%. En cambio las enfermedades

del aparato digestivo son más frecuentes como motivo de IT en el medio rural (7,2%) con respecto al medio urbano (5,9%). Lo mismo ocurre con las enfermedades del sistema musculoesquelético que suponen en el medio rural el 27,8% frente al medio urbano (20,5%). Los accidentes no laborales son un motivo más frecuente de baja en los pueblos (19,2%) que en la ciudad (15,5%).

Figura 6. Distribución de los procesos CIE 9 en el medio rural con respecto al urbano



La edad media de los trabajadores en IT es tres años inferior en el medio rural con respecto a la media de la edad de los trabajadores en IT en el medio urbano. La media de los días de duración de los procesos de IT son superiores para todos los grupos diagnósticos en el medio rural con respecto al medio urbano (tabla 5). Lo que significa que, a igualdad de proceso nosológico, la duración de la IT es prácticamente el doble en el medio rural.

La diferencia de medias, en días, en entre lo observado y la duración estándar de la IT con respecto al medio rural o urbano es de 28,6 días. Esta diferencia se mantiene en todos los grupos. Llama la atención que en el grupo de las neoplasias esta diferencia no sólo se mantiene sino que llega a ser del 100 % con respecto al mismo parámetro en el medio urbano.

**DISCUSIÓN**

Resulta llamativo el impacto económico de la IT en España y la falta de estudios que analicen en profundidad el problema. El gasto previsto para IT

supone la segunda partida más importante de las prestaciones de la seguridad Social después de las pensiones.

Toda la información de IT de la que se dispone en la actualidad proviene de los "partes de baja", cumplimentados por los médicos del Sistema Nacional de Salud, especialmente en el ámbito de atención primaria, que con posterioridad son codificados en los servicios de inspección.

Estos datos, perfectamente válidos para la descripción general de las IT y para determinados aspectos de control administrativo, presentan claras limitaciones si lo que se pretende es analizar las IT desde una perspectiva clínica o sociolaboral. La heterogeneidad de los facultativos que cumplimentan los partes de baja, y la total ausencia de datos referentes al tipo de actividad realizada, la presencia de comorbilidad y distintos aspectos sociolaborales, hacen que su fiabilidad y su utilidad sean limitadas. Siendo ésta, desde nuestro punto de vista, la principal limitación de este trabajo.

Al igual que en otros estudios, las enfermedades que originan un mayor número de procesos de IT son las infecciones de vías respiratorias altas y los procesos osteomusculares y lesiones derivadas de accidentes no laborales (14, 15).

También hemos encontrado, al igual que en otros estudios publicados, una duración del proceso de IT y una distribución de esta duración similar (16, 17, 18, 19, 20).

Los procesos de IT de larga evolución se han asociado en ocasiones a bajos niveles de estudios y socioeconómicos, especialmente entre los hombres. Entre las posibles causas que se han citado para justificar esta observación se encuentran una mayor capacidad para recuperarse de la enfermedad entre los trabajadores de alto nivel socioeconómico y de estudios, así como unos menores requerimientos físicos y una mayor inversión en el tratamiento.

No hemos visto reflejada en la literatura en cambio (15,16), las diferencias en los porcentajes de las causas de IT entre hombres y mujeres. Así, las enfermedades mentales, a expensas sobre todo de la Depresión, y los procesos osteomusculares son más frecuentes en mujeres que en hombres. No encontramos una explicación clínica que justifique estas diferencias.

Otro dato que ha podido ser contrastado con lo publicado al respecto, es la disminución de la duración de los períodos de IT a lo largo del tiempo, así como el aumento de la incidencia (18,19). Este fenómeno puede ser debido a varios factores. En primer lugar a una mejora en las condiciones económicas de nuestro entorno, mejora constante en nuestra provincia a lo largo del período de estudio. Es conocida la utilización de la IT como tampón social en momentos de crisis económica. Por otra parte puede deberse a una mayor conciencia de racionalización del gasto sanitario que tienen todos los profesionales. Por último, el aumento de incidencia de los procesos hace que la duración media caiga y pueda parecer que se ha mejorado en la gestión de todo el proceso, cuando en realidad no ha sido así.

La diferencia entre los días de IT y los predichos por el estándar, nos da una idea del posible fraude que existe detrás de cada baja, ya que estas diferencias están ajustadas a cada proceso. En nuestro caso encontramos una diferencia en los hombres con respecto a la media de 0,37 días superior a lo esperado, mientras que en las mujeres esta diferencia es superior en 6,25 días. Esta diferencia, además de poder ser debida al fraude en esta prestación, puede refle-

jar el distinto espacio laboral ocupado por la mujer en nuestra sociedad.

En el medio rural la duración de los procesos de IT es un 86 % superior a los procesos generados en el medio urbano, ajustando por diagnóstico. Es decir, que el mismo diagnóstico dura 1,86 días por cada día de baja con respecto al medio urbano. Esta diferencia resulta sorprendente y no hemos podido contrastarla en otras publicaciones, no pudiendo atribuirla a ningún factor clínico. Al contrario, siendo la media de la edad de los trabajadores rurales tres años inferior a la de los trabajadores de la ciudad, y por tanto, esperando en ellos menor comorbilidad, la duración de sus procesos es netamente superior.

Llama poderosamente la atención cómo el 50 % de los casos de IT suponen tan sólo el 5,62 % de los días empleados en esta situación, y cómo el 50 % de los procesos son de menos de 16 días de duración. Los procesos de duración igual o menor de un mes, emplean el 10,75 % de los días destinados a esta prestación.

Un dato obtenido de este estudio que no hemos visto reflejado en los trabajos consultados es la asociación inversa entre la duración de los procesos de IT y el número de médicos del centro donde se produce la baja (14, 17, 20). Esto puede ser debido a la menor presión que sufre el médico de Atención Primaria en los centros de mayor número de profesionales, estando más protegidos y respaldados por el sistema, con respecto a aquellos otros en el que el trato con el paciente es mucho más directo.

Sí está descrita en cambio la relación existente en duraciones de IT diferentes según el modelo de Atención Primaria, reconvertido o por modelo tradicional, en el sentido de encontrar una mayor duración en las poblaciones que recibían asistencia por el modelo tradicional.

En la provincia de Córdoba, la reconversión de los consultorios a Centros de Salud se produjo en primer lugar en la zona rural, no completándose en la zona urbana hasta finales del año 2001. Encontrándose gran parte de la población urbana recibiendo atención por el modelo tradicional, en toda la duración de estudio. En cambio los resultados apuntan a una mayor duración de los procesos de IT en la zona rural, por tanto en contra de lo descrito hasta el momento. Un factor importante no considerado en el estudio es el de la demora a pruebas diagnósticas y lista de espera quirúrgica. Es legítimo presumir que estas demoras en la obtención de

servicios incrementan la duración de los procesos de IT. No obstante, al no existir un registro individual que recoja esta circunstancia en los pacientes sometidos a IT, no podemos ponderar el peso de este factor, y tan sólo especular con asociaciones ecológicas que hemos preferido eludir.

Como conclusiones, destacamos que, a pesar de sus repercusiones económicas y sociales, la IT es un fenómeno poco estudiado. La duración de los procesos de IT es debida a otros factores que en nada tienen que ver con el diagnóstico. La mujer presenta en nuestra provincia una mayor incidencia y duración de los procesos de IT, con respecto al hombre. En el medio rural, la duración media de las bajas es superior a las del medio urbano.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Franqués LI, Badia X, Benavides FG, Rajmil L. Incidencia de enfermedades profesionales: estudio de las valoraciones médicas por incapacidad laboral en Barcelona (1987-1991). *Med Clin (Barc)* 1995, 104: 361-364.
2. Portella E, Ferrús L, Porta M. Análisis del absentismo laboral por enfermedad: perspectivas y límites. *Rev San Hig Pub* 1990, 64 :715-719.
3. Benavides FG, Aranaz J, Bolumar F, Alvarez-Dardet C. La Incapacidad Laboral Transitoria, algo más que un problema de salud. *Rev San Hig Pub* 1990, 64: 749-757.
4. Benavides FG, Sáez M, Barceló MA, Serra C, Mira M. Incapacidad temporal: estrategias de análisis. *Gaceta Sanitaria* 1999; 13 (3): 185-190.
5. Grupo de IT de la SEMFYC. Modificación legislativa de la gestión de incapacidad temporal en atención primaria. *Atención Primaria* 1999; 17(1): 4-6.
6. Castejón J. Incapacidad temporal y modelo sanitario. *Atención Primaria* 1996; 17 (2): 97-99.
7. Seguí M. La importancia de la lumbalgia en atención primaria: una aportación. *Atención Primaria*, 1996; 18(8): 466-467.
8. Gervás JJ, Pérez MM, Saledo JA, Barquinero C, García P, Banegas JR. La Incapacidad Laboral Transitoria como parte del plan terapéutico: proceso y resultado. *Rev San Hig Pub* 1990, 64: 749-757.
9. Martín M E. La prestación de la Seguridad Social por incapacidad temporal: una apuesta decidida de lucha contra el fraude social. *Jano, Medicina y Humanidades* 1998, 1254: 54: 20-26.
10. Planes,A. Prescribir una baja, una función del médico de familia. *Formación Médica Continuada* 2002 ; 09(06): 421-425.
11. Reventós M, Sánchez A, Ibáñez MJ. Propuestas para mejorar la incapacidad temporal desde la perspectiva de la atención primaria. *Cuadernos de Gestión*, 02 2002; 08: 85-90.
12. Sans M, Batalla C, Villagrasa D, Ezpeleta A, Escorza S, Comín E. Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud. *Atención Primaria* 2000; 25 (06): 100-106.
13. Tornero J, Molina JC, Atance BE, Grupeli J. Impacto socioeconómico de la incapacidad temporal de origen reumático en la provincia de Guadalajara. *Reumatología*1998; 25 (9): 340-347.
14. Editorial. El dolor lumbar. *SEMERGEN* 2002; 28 (01 ): 21-41.
15. Pueyo P, García JV, Barra C, Suárez JM. Los procesos de Incapacidad Temporal por Gripe en el Area de Ciudad Real. *Rev San Hig Pub* 1994, 68: 221-223.
16. Alfonso JL, Sanchís B, Prado MJ. El Estudio económico de la Incapacidad Transitoria como indicador indirecto de los costes de la morbilidad. *Rev San Hig Pub*1990, 64: 773-784.
17. Bassols A, Bosch F, Campillo M, Baños JE. El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gaceta Sanitaria* 2003; 17(02): 97-107.
18. Moreu, F. Control de la incapacidad transitoria: ¿mutuas o Servicio Nacional de Salud?. *Formación Médica Continuada*, 2002; 09 (06): 418-420.
19. Barrios L, Pérez F N, García J. Historia de salud del ciudadano: evolución y retos del futuro. *Calidad Asistencial*, 2002; 17 (03): 143-148.
20. Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañares A, Jover JA. Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año. *Reumatología*, 2000; 27 (2 ): 48-53.