

La influencia de factores individuales, relacionados con el trabajo, socioeconómicos y de organización del sistema sanitario sobre la duración de la incapacidad temporal

The influence of individual, work-related, socioeconomic, and the health system organization factors on the duration of sick-leave

Vaquero Abellán M¹, Sanabria Borrego M¹, Burgos Ruiz de Castroviejo S¹, Lorente Millán MC¹, Martínez García B¹, Bernárdez Jiménez ML¹, Bermudo Parra S², Limón Fernández A³, López Pérez A⁴

¹ Dirección Provincial del INSS de Sevilla, España. ² Fraternidad. ³ Asepeyo. ⁴ Mutua Universal.

Esta investigación ha sido financiada por FUNDACIÓN MAPFRE

Resumen

Objetivo: Determinar la asociación entre diferentes factores con la duración de la baja laboral.

Material y método: Estudio prospectivo de cohorte de 1.408 sujetos entre 18 y 69 años. Los datos sobre factores individuales y relacionados con el trabajo fueron recogidos a través de cuestionarios.

Resultados: Los procesos pendientes del diagnóstico de certeza tras superar el tiempo estándar eran del 56%. Encontramos influencia entre factores individuales ligados al estilo de vida, estado de ánimo y percepción de salud del sujeto con la duración de la baja. Respecto a los factores ocupacionales, hay que considerar el puesto de trabajo, la empresa, el contrato y el riesgo laboral al que está expuesto el trabajador. En relación a los ingresos por habitante del municipio y la duración de la baja laboral, la relación fue significativa.

Conclusión: La inversión en programas de salud y ocupacionales basadas en factores que prolongan la incapacidad temporal supondría una mejora en la salud integral de los trabajadores y una disminución del gasto que conlleva la incapacidad.

Palabras clave:

Duración de baja laboral, enfermedades osteomioarticulares, trastornos mentales, intervención ocupacional, intervención en salud.

Abstract

Objective: To determine the association between different factors and the duration of sick-leave.

Material and method: A prospective cohort study of 1,408 subjects, aged 18 to 69. Data on individual and work-related factors were collected by means of questionnaires.

Results: The processes without definitive diagnosis to surpass the standard time were 56%. We have found an influence between different individual factors linked with lifestyle and subjective health of the subject and the duration of sick-leave. The work-related factors were the job, the company, the contract, and occupational risk. The relationship between per capita income of the municipality and the duration of the low ratio is significant ($p < 0,001$).

Conclusion: The investment in health and occupational programs based on factors that prolong sickness absence would mean an improvement in the overall health of workers and a decrease in disability.

Key-words:

Duration of sick-leave, musculoskeletal diseases, mental disorders, occupational intervention, health intervention.

Correspondencia

M Vaquero Abellán. INSS, Dirección Provincial de Sevilla.
Sánchez Perrier 2. 28009 Sevilla, España.
e-mail: mercedes.vaquero@seg-social.es

I Introducción

La incapacidad temporal es una situación en la que el asegurado se encuentra imposibilitado para trabajar por enfermedad y supone una serie de problemas añadidos al más importante, la disminución del nivel de salud. Tiene además una serie de repercusiones de tipo económico que no sólo afectan al individuo; también a su familia, por la merma de ingresos; a la empresa, por la disminución en su productividad; y al propio Estado. Y ello no solo por el gasto sanitario, sino también por el de una prestación económica, el subsidio de Incapacidad Temporal (IT), que sustituye a los ingresos que deja de percibir el trabajador por su enfermedad. La prestación económica de la IT es de alrededor de un 6% de todo el presupuesto de la Seguridad Social [1], y el 88% de dicho apartado corresponde a contingencias comunes, es decir, enfermedad común y accidente no laboral.

El carácter multifactorial de la enfermedad ha sido muy estudiado, siendo los factores que influyen en las bajas laborales y su duración de diferente tipo: socioeconómicos, demográficos, personales, físicos, psicosociales u organizacionales ligados al trabajo, o ligados a la percepción que el propio asegurado tiene sobre su salud. Intervienen además los valores y las culturas de cada comunidad, el mercado laboral y las actitudes de la sociedad en general. Todo ello puede actuar tanto en la gravedad y el pronóstico de la enfermedad, como en que se califique de forma precoz como incapacidad permanente [2].

Los estudios internacionales sobre IT han recibido una atención especial en los últimos años y abundan en países donde los porcentajes de población activa que perciben prestaciones de invalidez son mayores, como Suecia, Finlandia, Dinamarca, Holanda y Reino Unido [3], que tenían en 2003 porcentajes de incapacidad de entre el 7 y el 10%. A partir de estos trabajos se han desarrollado modelos de cribaje para predecir las bajas laborales de larga duración [4-6]. La tendencia actual en los países de la OCDE [6] es determinar cómo influyen los factores de riesgo en la producción de las bajas laborales, para disminuir el número de bajas o, al menos, acortar su duración. El fin de dichas intervenciones es tomar medidas, en momentos de crisis económica y laboral, a través de las cuales la población que por motivos de salud pueda verse más desfavorecida pueda recibir ayudas para reintegrarse lo antes posible al trabajo. En esta línea actúa la Asociación Internacional de la Seguridad Social [7]. Los poderes públicos tratan de contrarrestar las crecientes tasas de absentismo y mantener la participación dinámica en el mercado de trabajo. El efecto colateral de estas medidas reintegradoras es la disminución del costo de las prestaciones de inca-

pacidad, tanto temporal como permanente. La baja laboral es un indicador también para las empresas. Las bajas de corta duración tienen poca relación con factores sociales y ocupacionales, mientras que las de larga duración sugieren conexiones con la salud ocupacional y con factores sociales [8][9].

Las patologías que son objeto de la mayoría de los estudios epidemiológicos relacionados con bajas laborales son los trastornos mentales y los osteomioarticulares [10]. Ambos problemas están asociados con bajas laborales prolongadas e incapacidad permanente. La OMS advierte de que en 2020 [11] la enfermedad mental será la tercera causa de morbilidad tras las enfermedades coronarias y los accidentes de tráfico, y que para esa fecha la depresión se convertirá en la primera causa de incapacidad laboral.

Nuestro estudio aportará confirmación sobre los determinantes que influyen en la duración de las bajas laborales, con novedades que abrirán nuevas vías de conocimiento y reflexión, y sobre todo centrarán todo lo expuesto en la realidad de nuestro entorno. Consideramos que en la duración de la IT influyen, además de la patología, factores ligados al propio individuo, factores socioeconómicos, factores laborales y factores de organización del sistema sanitario. El objetivo general de nuestro trabajo es valorar la asociación entre diferentes variables de tipo individual, laboral, ocupacional, de calidad de empleo, socioeconómicas y de organización del sistema sanitario con la duración de la baja laboral. Como objetivos específicos nos hemos planteado conocer la relación entre patología y duración de la IT, y analizar la influencia de los diferentes factores incluidos en el estudio con el tipo de patología que origina la IT, considerando principalmente enfermedades osteomioarticulares y el trastorno mental. Y, por último, continuando con el análisis de la duración de la baja, estudiamos la relación de la duración de IT con factores individuales, factores de calidad de empleo, factores ligados a asistencia y organización sanitaria, y factores económicos.

I Material y métodos

Realizamos un estudio observacional prospectivo durante seis meses. La población objeto de estudio fueron los beneficiarios del subsidio de incapacidad IT por contingencias comunes. Para ello efectuamos un muestreo consecutivo de los asegurados que alcanzaban los siete días de IT durante los meses de mayo y junio de 2010 en la provincia de Sevilla. Las características de los procesos de IT que siguen las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional (MATEPSS) y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) difieren entre sí y dependen de las peculiaridades de la población que protegen, régimen de la Seguridad Social al

que están adscritos, ocupación, tipo de contrato y situación laboral en la que se encuentran. En este trabajo se incluyeron bajas por contingencia común protegidas por el INSS y por las MATEPSS. La cohorte estuvo constituida por 1.408 personas (618 hombres y 790 mujeres), con una proporción entre hombres y mujeres de 0,78. La edad media fue de 42 años (SD 11, rango 18-65).

El estudio fue sometido a los criterios éticos establecidos por el INSS y se recogió el consentimiento informado de todos los trabajadores participantes, previa información de sus objetivos y características. Es destacable el hecho de que ningún asegurado se haya negado a participar.

Como variable dependiente se tomó la duración de la incapacidad, que se clasificó como IT de corta duración (menor o igual que el tiempo estándar), IT mayor que el tiempo estándar pero menor de seis meses e IT de larga duración (procesos que permanecieron abiertos a los seis meses). Como variables independientes utilizamos variables individuales, laborales, de riesgo ocupacional (fundamentalmente físico y psicosocial), ligadas a la evolución de la enfermedad, socioeconómicas y de organización del sistema sanitario.

La recogida de datos se efectuó por médicos inspectores del INSS y médicos de MATEPSS. Para la elaboración de los cuestionarios se seleccionaron ítems predictivos validados por la literatura, extraídos del estudio de cohorte de Maastricht, del *Job Satisfaction Survey, Short Form-36*, y de Karasek [2][3][13]. Además, se incluyeron ítems que podían incidir en la duración de los procesos. Se aplicaron tres cuestionarios: el primero tras superar los siete días de IT, el segundo tras superar el Tiempo Estándar (TE) y el último a los seis meses de iniciado el proceso de IT. Como tiempos estándar para la segunda cita se utilizaron los publicados por el INSS [12].

En el primer cuestionario se recogieron datos basales: características individuales: edad, sexo, código postal, centro de salud, estado civil, cuidado de niños menores de 12 años, cuidado de mayores o personas dependientes, nivel de estudios, problemas económicos, proceso actual, comorbilidad [13-15]; factores laborales: situación laboral, ocupación, antigüedad en el puesto de trabajo, tipo de empresa, tipo de contrato, número de horas de trabajo a la semana, satisfacción en el trabajo, sueldo adecuado; factores de riesgo laboral físico [14]: manejo de cargas, posturas forzadas, y psicosociales: decisión sobre ritmo de trabajo, monotonía, atención; y factores asociados a estilo de vida: fumar, consumo de alcohol, si duerme bien e índice de masa corporal.

El segundo y tercer cuestionario fueron los mismos y estaban ligados al proceso: recogida de partes de baja, cambio de diagnóstico, enfermedad intercurrente; o estar pen-

diente de pruebas diagnósticas, rehabilitación, cirugía o valoración especializada.

Las codificaciones de patología y ocupaciones fueron realizadas por los médicos tras reuniones previas de consenso para unificar criterios. La enfermedad se codificó, según la CIE 9 MC, con cinco dígitos y el puesto de trabajo siguiendo el Código Nacional de Ocupaciones de 1994 (en vigor en el momento de comenzar el estudio). En cuanto a los datos de planificación sanitaria se utilizaron dos variables. Por un lado, las tasas de frecuentación de los centros de salud facilitados por el Servicio Andaluz de Salud clasificados siguiendo un análisis *cluster* en seis categorías. Y, por otro lado, las Tasas de Incapacidad Temporal que se obtuvieron por miembros del equipo de investigación, en un estudio descriptivo transversal previo realizado sobre el total de la población de Sevilla, más de 20.000 perceptores. Los datos se solicitaron a la Dirección General del INSS. Se determinaron las tasas de IT por código postal, en relación al número de afiliados a la Seguridad Social. Se clasificaron las tasas para estudio en una variable dicotómica: zona de baja tasa de IT de tasas de hasta 38 por cada mil afiliados, y zonas con altas tasas a partir de esta cifra. Para estudiar la relación con datos socioeconómicos se escogieron los ingresos por habitante del municipio del año 2010 [16][17], divididos en tres niveles: ingresos bajos (<900 € por habitante), medios (900-1400 € por habitante) y altos (>1400 €).

Análisis de datos

Realizamos un estudio descriptivo de las características de la muestra inicial y de los procesos que continuaron abiertos a los seis meses. A continuación efectuamos un análisis entre la variable dependiente y las diferentes variables independientes. El estudio de la asociación se realizó mediante la X², considerando p significativa (p≤0,05). El tratamiento de los datos se ha realizado mediante el programa SPSS.

Primero estudiamos la relación entre la duración de IT y el tipo de patología. Posteriormente analizamos las peculiaridades que pudieran presentar los diferentes diagnósticos con respecto a los factores incluidos en el estudio. Seguidamente se procedió a establecer la relación entre la duración de IT y diferentes variables.

Resultados

Supervivencia de casos a los seis meses

El 50% de los procesos iniciales (Figura 1) había concluido entre la semana 9 y la semana 10. A los seis meses del comienzo de la IT habían concluido el 81,2% de los proce-

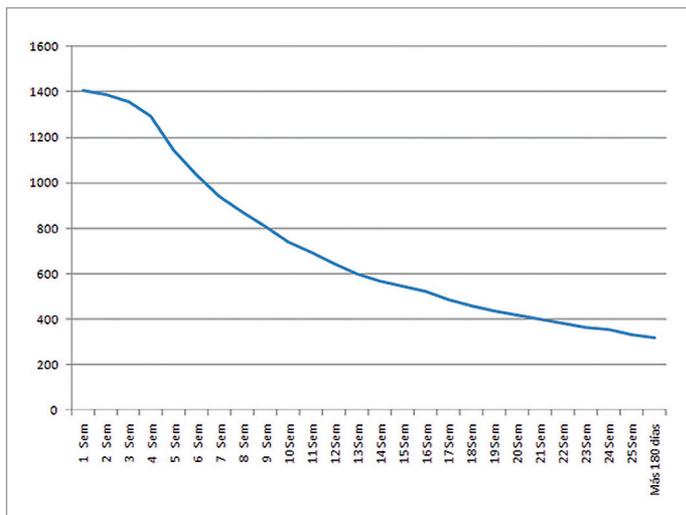


Fig. 1. Curva de supervivencia de los procesos estudiados.

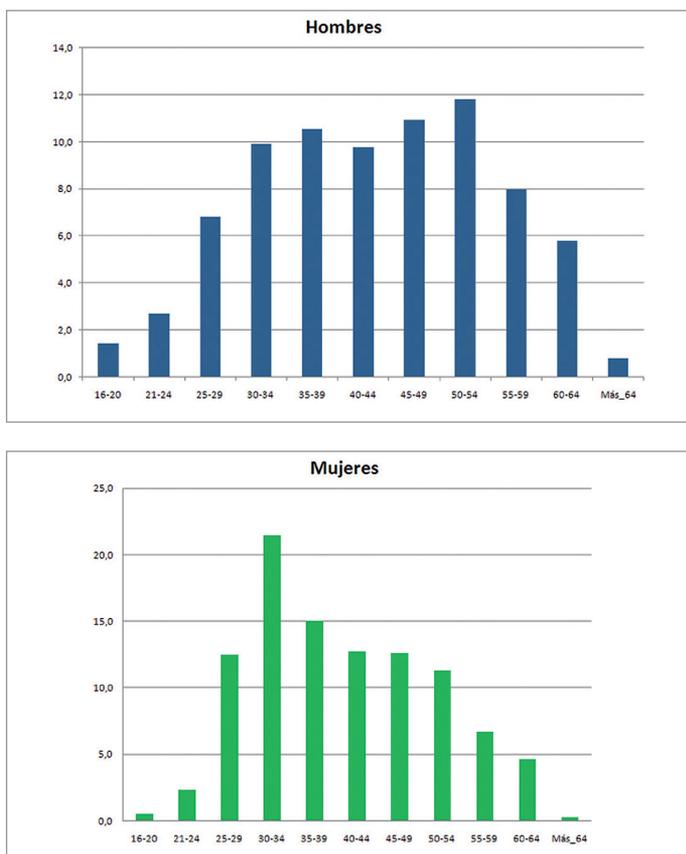


Fig. 2. Incidencia de procesos de incapacidad temporal por intervalos de edad en hombres y mujeres.

Los procesos de IT fueron menores o iguales al tiempo estándar en un 8,8% de los casos (hombre/mujer 1,58), siendo la edad media 42 años (SD 10). Los procesos con duración mayor que el TE y menor de seis meses fueron el

72,77% (ratio hombre/mujer 0,67), con edad media de 41 años (DE:11). Por último, los procesos que permanecían abiertos a los seis meses de su inicio fueron el 18,8% (ratio 0,98), con una edad media de 43 años (DE:12).

Estudio descriptivo de la muestra inicial

En el análisis preliminar la distribución de la muestra de baja que forma la cohorte guardaba diferencias respecto al sexo, por lo que en el estudio descriptivo diferenciamos las características de la muestra en función de esta variable (Tabla 1). El 88,2% de las mujeres y el 92,3% de los hom-

Tabla 1. Características de la cohorte inicial

	Hombre (%)	Mujer (%)
Nivel de estudios		
Sin estudios	14,9	15,6
Primaria	46,6	34,7
Secundaria	19,3	19,8
Módulo superior	5,3	7
Universitario 1er ciclo	7,1	10,8
Universitario 2º ciclo	6,5	12,2
Convivencia		
En pareja	72,8	77,8
Soltero	21,1	12,7
Separado/divorciado	5,5	7,5
Viudo	0,5	1,9
Nº hijos < 12ª		
Ninguno	67,1	64,5
1	18,7	24,6
2	12,2	9,3
>2	1,9	1,6
Tipo de contrato		
Fijo	63,8	49,4
Eventual	31,7	45,3
Fijo-discontinuo	3,1	4,8
Situación laboral		
Activo	88,2	92,3
Paro con subsidio	8,7	5,5
Paro sin subsidio	1,9	1,3
Empresa		
Pública estatal o autonómica	11,7	20,2
Administración Local	9,9	13,3
Privada	65,5	58,9
Autónomos	12,2	6,4
Otros	0,8	1,2

bres estaban en situación de activo en el momento de la baja laboral. Había mayor porcentaje de mujeres que de hombres que trabajaban en empresas públicas. El 63,8% de los contratos en hombres eran fijos. La mayoría de las personas de baja no tenían hijos menores de 12 años, convivían en pareja y tenían estudios primarios o inferiores. El porcentaje de mujeres con estudios superiores era mayor que el de hombres.

La distribución de los procesos de IT por edad y sexo se refleja en la Figura 2. La máxima incidencia en hombres ocurría entre los 50 y los 54 años y seguía un patrón ascendente desde los 30 años. En mujeres el intervalo de edad en el que se producía un mayor porcentaje de procesos estaba entre los 30 y los 34 años.

En cuanto al grupo ocupacional, en los hombres el más frecuente era el grupo de trabajadores de la construcción, industriales y artesanos, principalmente albañiles; después el grupo de no cualificados, fundamentalmente peones agrícolas, y a continuación el grupo de operarios de instalaciones y maquinaria, en su mayoría conductores. Por su parte, en las mujeres destacaba el grupo de no cualificadas; la profesión más frecuente era la de peón agrícola, seguida de limpiadora y trabajadora de restauración y vendedora y, en tercer lugar, empleada de tipo administrativo, seguida muy de cerca por el grupo de profesionales universitarias.

Respecto al tipo de patología que motivó la baja en los hombres, destacan las enfermedades osteo-mioarticulares (31,5%), seguidas de las lesiones (22,8%) y los trastornos mentales (9,9%). Entre las enfermedades del sistema músculo-esquelético estaban en primer lugar los trastornos lumbares, seguidos de la patología cervical, la patología tendinosa de hombro, los dolores articulares y la patología meniscal y ligamentosa de rodilla. En el capítulo de lesiones destacaron las fracturas. Entre las enfermedades mentales, la patología más frecuente fue el trastorno de ansiedad, seguida de la depresión, la reacción aguda al estrés, la distimia y el trastorno adaptativo, que supusieron más del 73% de los trastornos mentales en los hombres. En mujeres los procesos más frecuentes también fueron en primer lugar las enfermedades osteomioarticulares (30,7%), seguidas de las patologías del embarazo (19%) y los trastornos mentales (12,2%). Entre las enfermedades osteomioarticulares la frecuencia de patologías fue similar a las que motivan las bajas en hombres. Respecto a los trastornos mentales en las mujeres, la enfermedad más frecuente fue la depresión (20,8%), seguida de los trastornos adaptativos, la distimia, la ansiedad y la reacción aguda al estrés (8,4%); en total, más del 80% de esta patología.

Incidencias tras superación del TE

El 93,4% de los procesos de IT tras la superación del TE de la patología que motivó la baja seguían con el mismo diagnóstico, en el 4,2% hubo un cambio de diagnóstico y en un 2,3% se produjo una enfermedad intercurrente. En el 93,6% de los casos el seguimiento fue realizado por el médico titular de atención primaria del paciente, y solo un 6,4% de los casos los seguía un sustituto. El 92,6% recogía semanalmente el parte de confirmación de la baja laboral. De los casos que habían superado el TE, el 25,6% habían finalizado el contrato de trabajo. El 44,75% estaba pendiente de valoración por asistencia especializada, el 11,4% estaba pendiente de la realización de alguna prueba complementaria, casi el 8% estaba pendiente de rehabilitación y algo más del 4% estaba en lista de espera quirúrgica. Es decir, más del 56% estaban pendientes del diagnóstico de certeza del proceso, y había un 12% en lista de espera para tratamiento. En el momento de la finalización del estudio, a los seis meses del comienzo de la IT, habían concluido el 81,57% de los procesos.

Estudio descriptivo de los procesos de IT activos a los seis meses

Los datos descriptivos de los casos que permanecían abiertos pueden observarse en la tabla 2. El 52,9% de mujeres y el 71,8% de hombres que permanecían de baja estaban en activo en su empresa. Respecto al tipo de contrato, los hombres con contratos fijos eran el 52,3%, mientras que las mujeres tenían un contrato fijo en un 57,8%. La mayoría de la muestra, tanto hombres como mujeres, no tenía hijos menores de 12 años, convivía en pareja y tenía estudios primarios o inferiores. El 90,2% de los asegurados seguían de baja por el mismo diagnóstico que motivó la incapacidad temporal (90,2%), un 7,3% tuvo un cambio de diagnóstico y un 2,4% permanecían de baja por enfermedad intercurrente.

En hombres los procesos de IT de más de seis meses tenían una distribución por edad diferente a la de la muestra inicial. Se observó mayor cantidad de procesos entre los 55 y los 59 años. En mujeres la distribución era más parecida a la de la muestra inicial, aunque con un aumento de la frecuencia relativa de casos a los 30-34 años respecto a otros intervalos de edad. En cuanto a la ocupación, también destacaban los trabajadores de la construcción, industria y artesanos (35,1%), fundamentalmente albañiles. Le seguían dos grupos ocupacionales en proporción similar (18,1%): los operarios de instalaciones y maquinaria, cuya profesión más frecuente era la de conductor, y los trabajadores no cualificados, fundamentalmente peones agrícolas.

Tabla 2. Características de los asegurados que permanecían de baja a los seis meses del comienzo de la Incapacidad Temporal

	Hombre (%)	Mujer (%)
Nivel de estudios		
Sin estudios	23,9	23,5
Primaria	47,1	43,8
Secundaria	18,1	17,3
Módulo superior	3,9	3,7
Universitario 1er ciclo	4,5	4,9
Universitario 2º ciclo	2,6	6,8
Convivencia		
En pareja	71,6	78,9
Soltero	19,4	14,2
Separado/divorciado	8,4	4,9
Viudo	0,6	1,9
Nº hijos < 12ª		
Ninguno	69	70,2
1	20	19,9
2	9	9,3
>2	1,3	0,16
Tipo de contrato		
Fijo	52,3	57,8
Eventual	43,9	39,1
Fijo-discontinuo	3,2	3,1
Finalizado contrato		
Sí	28,4	47,1
No	71,6	52,9
Empresa		
Pública estatal o autonómica	7,8	9,4
Administración Local	11	18,9
Privada	70,8	61,6
Autónomos	10,4	9,4
Otros	0,6	0,6

En mujeres, casi el 57% de los procesos que permanecían abiertos se produjeron en el grupo de trabajadoras no cualificadas, fundamentalmente agrícolas y limpiadoras; el 17% en el grupo de restauración y vendedoras. Las profesiones por orden de frecuencia fueron dependienta, seguida de cocinera y camarera en la misma proporción y el 9,6% eran administrativas. Hay que resaltar la disminución, respecto a la muestra inicial, al 4,8% de las profesionales universitarias.

En lo referente al grupo de enfermedades que prevalecían, fue similar respecto a la distribución de procesos respecto de

la muestra inicial. En hombres había un 40% de enfermedades osteomioarticulares (40%), fundamentalmente lumbares, seguidas de cervical y artrosis, básicamente, de rodilla. En segundo lugar, los trastornos mentales (14%), principalmente trastornos de ansiedad, seguidos de la depresión. En tercer lugar, la lesión más frecuente era el esguince de codo, seguida de la patología tendinosa de hombro. En las mujeres destacaron las enfermedades osteomioarticulares (33,7%), siendo la más frecuente la patología lumbar, seguida de la cervical. El segundo grupo diagnóstico más frecuente fue el de trastornos mentales (19%), la mitad de los casos con diagnóstico de trastornos de ansiedad, seguido de depresiones y distimias. El tercer grupo, en frecuencia, fue la patología ligada a embarazo (7%).

Relación entre duración de IT con el tipo de patología

Como cabía esperar, la influencia entre la duración de IT y el tipo de patología fue muy significativa ($p < 0,001$). Había un mayor número de casos observados frente a los esperados en procesos de larga duración con patología mental, trastornos osteo-mioarticulares, trastornos del sistema nervioso y órganos de los sentidos. Había mayor frecuencia de casos con menor duración del TE en infecciones, enfermedades de digestivo y fracturas. Encontramos más casos con superación de TE, aunque inferior a seis meses en enfermedades hematológicas y en patología del embarazo.

Factores de riesgo y tipo de patología que origina la IT

Entre los factores individuales hallamos influencias significativas. Había más procesos de los esperados en mujeres, entre los 35 y los 49 años, especialmente en el intervalo de edad entre 35 y 39 años; en personas solteras, separadas o divorciadas; en las que tienen un solo hijo a su cuidado menor de 12 años a su cargo; en asegurados con estudios de educación secundaria y universitarios; y en personas de bajo peso. Entre los factores que influyeron en las enfermedades del sistema osteomioarticular aparece la edad, aumentando el número de procesos observados respecto a los esperados desde los 40 hasta los 64 años, con mayor incidencia en el intervalo de edad entre 50 y 54 años; asegurados sin estudios o con estudios primarios y personas con obesidad o sobrepeso. También hallamos influencia entre los procesos de enfermedad mental y osteomioarticular y la comorbilidad; así, las enfermedades mentales correlacionaban con la hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipotiroidismo y fibromialgia, mientras que las enfermedades osteomioarticulares correlacionaban con la depresión, patologías de raquis, diabetes mellitus, hipotiroidismo e hipertensión arterial.

En cuanto a los estilos de vida, algunos influyeron de forma significativa. Así, las personas que no hacían deporte, las personas que no dormían bien –especialmente las que utilizan fármacos para dormir–, los fumadores y las personas que nunca bebían alcohol tenían en más ocasiones ambos tipos de patología. Había más casos de enfermedad osteomioarticular en los pacientes que bebían diariamente.

Respecto a factores laborales, no hemos encontrado asociación entre patología y situación de paro o activo en que se encuentra el trabajador en el momento de la baja. Tienen más influencia en los procesos osteomioarticulares la temporalidad del trabajador y el trabajo en empresas privadas o en la Administración local, el trabajo en la construcción o los trabajos no cualificados.

En las bajas por enfermedad mental hay más procesos observados que los esperados en las empresas públicas estatales y autonómicas, en los profesionales universitarios, en los empleados de tipo administrativo y en los trabajadores de restauración de servicios y dependientes, así como en las personas que llevan más de cinco años de antigüedad o menos de un año en su puesto de trabajo.

En relación a los factores ocupacionales, en los trabajadores de baja expuestos a carga física (manejo de cargas y posición en cuclillas más de una hora al día) se han observado más enfermedades osteomioarticulares, y más trastornos mentales en los no expuestos.

En cuanto a los factores psicosociales, la influencia es también significativa, encontrando más bajas por enfermedades mentales en personas insatisfechas y muy insatisfechas; y en personas con trabajos monótonos y sin capacidad de decisión. Por el contrario, hay menos asegurados con enfermedad mental que los esperados en las personas que se manifiestan muy satisfechas y satisfechas en su trabajo.

Factores individuales y duración de IT

No vimos influencia entre el estado civil y la duración de la IT, ni tampoco con tener hijos menores o convivir con una persona dependiente. Sí encontramos, por el contrario, relación con el nivel de estudios. Existía mayor duración de IT en personas sin estudios o con estudios primarios y mayor número de procesos de corta duración en universitarios.

En cuanto a factores ligados al estilo de vida, había más procesos de corta duración en los asegurados que practicaban algún deporte y más procesos prolongados en los sedentarios. No observamos relación con otros factores. Sin embargo, un factor importante en el acortamiento o prolongación de la IT fue el sueño: tenían más procesos cortos los sujetos que dormían bien, mientras que los que duer-

men mal o toman pastillas tienen más procesos de más de seis meses. La influencia sobre el estado de ánimo y la duración de la IT fue significativa: las personas con IT más corta tenían un buen estado de ánimo, mientras que los procesos más largos se daban más en depresivos o ansiosos. También el nivel de percepción de salud del paciente y la duración de la IT fue significativa: las personas con procesos de corta duración eran más frecuentes entre las que consideraban que su salud era buena, mientras que los procesos de larga duración tenían lugar entre quienes creían tener una salud regular o mala.

Variables calidad de empleo y duración de IT

Al estudiar la situación laboral y relacionarla con la duración de la baja, observamos que en los asegurados en paro la IT era más larga y había más procesos de corta duración entre los que estaban en activo. En cuanto al tipo de contrato, había más número de bajas de corta duración en los asegurados con contrato fijo o fijo-discontinuo, y mayor duración en los asegurados con contrato temporal. La mayoría de los asegurados con contrato fijo tenían un proceso que se alargaba de entre una y dos veces el tiempo estándar. El tipo de empresa también influyó en la duración de la baja: había más procesos de IT de corta duración en empresas privadas y autónomas; menos de larga duración en empleados públicos estatales y autonómicos, y más en empleados de la Administración local y en privados. Hubo más procesos de duración intermedia en empleados de la Administración Pública.

Relación entre duración de IT y datos de administración sanitaria

La relación entre la duración de la IT y las tasas no tuvo relevancia estadística. Sin embargo, existía influencia entre dichas tasas y el tipo de patología, encontrando en zonas de altas tasas frecuencias mayores de las esperadas de infecciones, neoplasias, enfermedades de aparato circulatorio y enfermedades genitourinarias. Tampoco encontramos influencia entre la duración de IT y los centros de salud que seguían el proceso de IT, ni con los índices de frecuentación de dichos centros de salud.

Hallamos una relación muy significativa entre los ingresos por habitante del municipio y la duración de la baja laboral. Los asegurados con menos procesos cortos y más procesos de más de seis meses vivían en municipios con ingresos bajos y medios. En cambio, pacientes que viven en municipios con alto nivel de ingresos tienen más procesos de corta duración que los esperados y menos de duración mayor de seis meses.

I Discusión

El hecho de que las ocupaciones de los trabajadores y la patología que ocasiona la IT haya sido codificada por los médicos que participan en el estudio, tras reuniones de consenso, proporciona al estudio una importante coherencia y calidad. Sin embargo, los procesos por contingencia común, protegidos por el INSS en la provincia de Sevilla, suponían en el momento del inicio del estudio un porcentaje aproximado del 48%, y el porcentaje de procesos que han controlado las MATEPSS ha sido de un 26%; por lo que hay que admitir una carencia de aproximadamente un 25% de procesos que han quedado fuera del muestreo efectuado. Según hemos observado, el índice hombre/mujer es mayor en los procesos de corta duración, disminuye en los procesos de duración media y se iguala en los procesos de más de seis meses. La edad en que se produce mayor incidencia de bajas es joven, a los 30-34 años, y, como se deduce de nuestro estudio, debido a la mujer con niños menores a su cargo. Ello pudiera ser a causa de [18-20] la sobrecarga física y la mayor responsabilidad que supone el trabajo en el hogar para la mujer, un añadido a las sobrecargas laborales. A reseñar en nuestro estudio la mayor proporción de mujeres con formación universitaria en relación a los hombres universitarios. Estudios específicos de género podrían aportar datos más específicos al respecto.

El 56% de los procesos que superan la duración de TE están pendientes de asistencia especializada o de alguna prueba complementaria, y algo más del 12% en lista de espera para tratamiento rehabilitador o quirúrgico. Para acelerar el proceso de IT, podrían arbitrarse intervenciones de salud que focalizaran la asistencia a los trabajadores, bien mediante programas específicos del SPS, bien a través de las MATEPSS.

Sorprende la alta prevalencia de las enfermedades de embarazo y puerperio en los procesos de duración intermedia en mujeres. Ello podría llevar a pensar que uno de los orígenes es el ocupacional, a revisar si serían tributarias, según riesgo y semana de gestación, y valorar la procedencia de la prestación por riesgo laboral durante el embarazo. Aunque la persona tenga cubierta sus necesidades mediante la prestación de IT, es importante, según nuestro criterio, usar cada prestación para aquello para lo que ha sido creada y evitar la perversión del sistema.

Hemos visto como causa más frecuente de bajas laborales y enfermedades con mayor prevalencia las enfermedades osteomioarticulares del raquis. El perfil de la persona de baja de larga duración por esta patología sería de más de 40 años, con sobrepeso, sin estudios, con trabajos no cualificados o de la construcción, con riesgo físico en su trabajo, con empleo temporal, que trabaja en empresa privada.

La segunda patología con mayor prevalencia de larga duración en ambos sexos son las enfermedades mentales, fundamentalmente trastornos de ansiedad. El perfil de la persona de baja laboral por esta patología sería el de una persona de 35 a 39 años, con bajo peso, que vive sin pareja con hijo a su cargo, con estudios de secundaria o universitarios, que trabaja en empresa pública y con riesgo psicosocial en su trabajo.

En los asegurados con ambos tipos de patología de largo tiempo de duración hemos visto la relación con determinados estilos de vida (no hace deporte, no duerme bien y bebe alcohol diariamente). Además, tiene un estado de ánimo depresivo y ansioso, y una pobre percepción de su nivel de salud.

Respecto a la prevención de los procesos de IT, serían necesarias intervenciones a nivel de salud. Por ejemplo, campañas de educación para la salud en centros de salud y en medios de comunicación que abordaran hábitos de vida saludable y ayudaran a las persona a tener una buena percepción de su nivel de salud. Otras medidas de tipo sociosanitario para prevenir el trastorno mental serían las campañas preventivas y de apoyo social dirigidas a la población en riesgo. Son también de interés las intervenciones ocupacionales tanto sobre factores de riesgo físico como psicosocial. Igualmente importantes son la formación en el trabajo, tanto previa como a intervalos de tiempo, y las medidas organizativas y de gestión, como la rotación de tareas y la planificación de pausas.

En los casos de retorno al trabajo tras una enfermedad de larga duración serían también útiles las reincorporaciones progresivas y las adaptaciones al puesto de trabajo. Estas medidas tomadas por las empresas podrían conllevar incentivos económicos y para el trabajador. En los momentos actuales de crisis económica es preciso fomentar medidas reintegradoras en el mismo sentido que proponen la AISS y la CEOE.

La inversión en intervenciones en salud de tipo sociosanitario; y a nivel empresarial, fundamentadas en el riesgo físico y psicosocial a los que se expone el trabajador; supondrían una mejora en la salud integral de los trabajadores y una disminución del gasto que conlleva la incapacidad temporal y consecuentemente de incapacidad permanente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.sgpg.pap.meh.es/sitios/sgpg/es-S//Presupuestos/Paginas/pge2011.aspx>
2. Melchior M, Niedhammer I, Berkman LF, Goldberg M. Do psychosocial work factors and social relations exert inde-

- pendent effects on sickness absence? A six year prospective study of the Gazel cohort. *J Epidemiol Community Health* 2003; 57:285-93.
3. Duijts SFA, Kant IJ, Landeweerd JA, Swaen. Prediction of sickness absence: Development of a screening instrument. *Occup Environ Med* 2006; 63:564-9.
 4. Kemp PA, Sundén A, Bakker Tauritz B. Sick societies? Trends in disability benefits in post-industrial welfare states, Ginebra, Asociación Internacional de la Seguridad Social, 2006.
 5. Waddel G, Burton K, Main CJ. Screening to identify people at risk of long-term incapacity for work. A conceptual and scientific review. London: Royal Society of Medicine Press Ltd; 2003.
 6. Sickness, Disability and work: Breaking the barriers The case of Sweden. OECD; 2009.
 7. <http://www.issa.int/esl/Noticias-y-Eventos/News2/Sickness-disability-and-work-Tackling-the-social-policy-challenges>
 8. Stansfeld SA, Bosma H, Hemingway H, Marmot A. Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: The Whitehall II study. *Psychosom Med* 1998; 60:247-55.
 9. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, David S, Bugel I, Landre MF. Psychosocial factors at work and subsequent depressive symptoms in the Gazel cohort. *Scand J Work Environ Health* 1998; 24:197-205.
 10. Kant IJ, Nicole E, Jansen WH, Ludovic, Van Amelsvoort E, Van Leusden R, *et al.* Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: A randomized controlled trial. *J Occup Rehabil* 2008; 18:79-86.
 11. Mental health in the WHO European Region. Fact sheet EURO/03/03. Copenhagen, September 2003.
 12. Tiempo Estándar de Incapacidad Temporal, NPO: 791-09-079-3. Instituto Nacional de la Seguridad Social.
 13. Ala-Mursula L, Vahtera J, Kivimäki M, Kevin MV, Pentti J. Employee control over working times: Associations with subjective health and sickness absences. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:272-8.
 14. Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bültmann U, Villadsen E. Physical work environment risk factors for long term sickness absence: Prospective findings among a cohort of 5,357 employees in Denmark. *BMJ* 2006; 332:449-52.
 15. Eshoj P, Jepsen JR, Nielsen CV. Long-term sickness absence -risk indicators among occupationally active residents of a Danish county. *Occupational Medicine (Oxford)* 2001; 51:347-53.
 16. <http://www.sielocal.com/images/uploads/reports/65/documents/Indice%20de%20ingresos%20corrientes%20por%20habitante.%20A%C3%B1o%202010.pdf>
 17. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Virtanen P, Vahtera J. Local economy and sickness absence: Prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59:973-8.
 18. Ala-Mursula L, Vahtera J, Kivimäki M, Kevin MV, Pentti J. Employee control over working times: Associations with subjective health and sickness absences. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:272-8.
 19. Hensing G, Andersson L, Brage S. Increase in sickness absence with psychiatric diagnosis in Norway: A general population-based epidemiologic study of age, gender and regional distribution. *BMC Medicine* 2006; 4:19.
 20. Melchior M, Berkman L, Niedhammer, Zins M, Goldberg M. The mental health effects of multiple work and family demands: A prospective study of psychiatric sickness absence in the French Gazel study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42:573-82

Conflicto de intereses

Los autores hemos recibido ayuda económica de FUNDACIÓN MAPFRE para la realización de este trabajo. No hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial o de FUNDACIÓN MAPFRE.