

**EL PAPEL DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN LA  
INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDAD  
COMÚN Y ACCIDENTE NO LABORAL**

**Tesis Doctoral  
UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA**

**Jordi Castejón Castejón**

**Bellaterra, 2002**

**EL PAPEL DE LAS CONDICIONES DE TRABAJO EN LA INCAPACIDAD  
TEMPORAL POR ENFERMEDAD COMÚN Y ACCIDENTE NO LABORAL**

**Tesis Doctoral**

Presentada en la Universitat Autònoma de Barcelona

**Jordi Castejón Castejón**

Bellaterra 2002

**Directores:**

**Dr. Fernando G. Benavides.** Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

**Dr. Miquel Porta i Serra.** Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

*Als meus pares, que van proporcionar-me una educació crítica i democràtica.  
A Àngels, Alba i Oriol, pel temps que els hi he robat, pel seu entusiasme i el  
seu suport incondicional.*

## RESUMEN

**Introducción:** La incapacidad temporal (IT) se define como la situación en la que un trabajador no puede realizar su trabajo habitual debido a una enfermedad o un accidente. En este trabajo se ha estudiado la IT debida a enfermedades comunes, entendidas como aquellas que no son laborales. La hipótesis fue que una proporción significativa de estas IT tienen su origen en enfermedades o accidentes de origen laboral. El objetivo fue identificar los episodios de IT por contingencia común que tienen su origen en enfermedades o accidentes laborales y analizar los factores laborales asociados a estos episodios.

**Métodos:** El estudio se realizó en una muestra de episodios de IT por contingencia común (n=207) de la población activa asegurada residente en el municipio de Castelldefels (Barcelona) y atendida por el Centro de Atención Primaria. Se utilizaron tres fuentes de información: el comunicado médico de alta, el informe clínico del alta y un cuestionario laboral estandarizado, administrado en forma de entrevista. Con esta información dos expertos valoraron el posible origen ocupacional de cada episodio como probable/ posible (IT laboral) y como improbable/ nula (IT no laboral). Para valorar la concordancia entre los expertos se calculó el índice Kappa.

**Resultados:** Los expertos consideraron que el 16% de los episodios de IT por contingencia común eran de probable origen laboral (Kappa=0,53). La mayoría de los episodios de IT laboral era debida a patología osteomuscular (61%) y correspondían principalmente a trabajadores manuales. Los episodios de IT de probable origen laboral estaban asociados significativamente ( $p < 0,05$ ) con la edad, la antigüedad en el puesto de trabajo y a determinadas ocupaciones donde, según la percepción de los trabajadores, existe una mayor exposición a las altas temperaturas, a la presencia de humos, a los polvos no metálicos o al uso de sustancias peligrosas, a la movilización de cargas y a la demanda física, siendo esta asociación más evidente cuando la IT era debida a patología musculoesquelética.

**Discusión:** Estos resultados ponen de relieve que en la atención primaria se está atendiendo patología laboral que debería ser asistida por el sistema de aseguramiento específico de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, gestionados mayoritariamente por las mutuas. Ello lleva a sugerir la necesidad de valorar el coste económico de esta limitación que se está produciendo en nuestro sistema de salud. Los médicos de atención primaria requieren de una formación actualizada y continua de medicina del trabajo, pues una parte significativa de su actividad asistencial tiene que ver con problemas de salud relacionados con las condiciones de trabajo.

## ABSTRACT

**Introduction:** Sick leave is defined as a situation in which a worker cannot work due to a work or non-work related illness or accident. In this dissertation we study those non work-related sick leave spells caused by “common diseases”. Our hypothesis was that some sick leave spells are initially classified as “common” when indeed they are caused by occupational diseases or accidents. The objectives of this work was to identify the sick leave spells classified as “common diseases” that are caused by occupational diseases or accidents and to analyse their association with work-related factors.

**Methods:** This study was conducted in a sample of sick-leave spells (n=207) of the active population living in the municipality of Castelldefels (Barcelona, Spain) who attended a primary health care centre. Data were collected using three sources of information: discharge reports, medical reports, and a standardised occupational questionnaire. Two experts evaluated, separately for each sick leave spell, its possible occupational origin, assessing the relationship (likely/possible or very unlikely/impossible) with working conditions. Agreement between experts was assessed using Kappa index.

**Results:** The experts concluded that 16% of the sick-leave spells classified as “common diseases” had a probable occupational origin (Kappa=0.53). Occupational sick leave spells were mainly due to musculoskeletal diseases (61%) in manual workers. Sick leave spells of likely occupational origin were significantly associated ( $p<0.05$ ) with age, antiquity in the job and in the occupations where, according to the worker’s opinion, there were a higher exposure to high temperatures, fumes, non-metallic dusts or the use of dangerous substances, carrying heavy loads and physical demands. The association was stronger when sick leave spells were due to musculoskeletal disorders.

**Discussion:** This study has shown that a significant portion of occupational diseases are attended by a primary health care setting. Specific insurance companies specialised in occupational injuries and diseases, separated from the National Health System, should attend these occupational diseases. This fact underlines the need to assess the economic cost of this shortcoming of our health system. On the other hand, more training activities in occupational medicine should be provided to general practitioners, since they usually have to make a decision on whether or not a disease is either occupational or “common”.

## **Agradecimientos**

A Fernando García Benavides, amigo y director de la tesis. Sus orientaciones me permitieron primero, poco a poco, encontrar el hilo conductor del trabajo. Su constancia y su paciencia en la lectura de los interminables borradores hicieron de este esfuerzo un proyecto, primero, y un documento coherente después que ha facilitado transformar unos datos en una información con sentido. Un cuaderno de bitácora que ha permitido no perder el rumbo de una navegación que requiere tenacidad y perseverancia.

A Miquel Porta i Serra por las indicaciones académicas necesarias para conseguir que la nave llegara a buen puerto.

A David Gimeno cuya incansable colaboración ha hecho posible la versión definitiva no sólo en sus aspectos formales, tediosos a pesar de las nuevas tecnologías, sino en el tratamiento e interpretación estadística así como la evaluación de las variables psicosociales que se han contemplado en este trabajo.

A Àngels Company, Oriol Fàbrega y Javier Funes, amigos y compañeros de la Unitat de Salut Laboral Costa de Ponent, que han contribuido en el diseño, desarrollo y ejecución del trabajo, formando parte de este proyecto de investigación, y que con su generoso esfuerzo han facilitado, en lo cotidiano, se pudieran alcanzar los objetivos planteados.

A Joan Benach, por su colaboración metodológica en la fase de diseño y por las largas charlas mantenidas que contribuyeron a esclarecer tanto distintos aspectos metodológicos como la elaboración e interpretación de los hallazgos del estudio piloto.

A Jordi Mestres y a Pere Simonet, por la generosidad con que accedieron a participar en este proyecto y el rigor con el que realizaron la evaluación de los episodios.

A Sergi Jarque que al preparar la base de datos inicial, los aspectos instrumentales del estudio piloto y su ejecución nos ahorró muchas horas y evitó errores sistemáticos en la recogida definitiva de los datos.

A Carme Roman, por su trabajo en las entrevistas, en el seguimiento de la documentación y en la recogida e introducción de datos, cimentando con esta ingrata tarea un tratamiento estadístico riguroso.

A Joan Gené que fue, durante el período de nuestro estudio, director del Equipo de Atención Primaria del CAP de Castelldefels y ferviente entusiasta de este proyecto, a los médicos del mismo por su inestimable colaboración: Eduardo Carmaniu, Maria Encarnación Cazorla (†), Carlos Gella, Cristina Moliner, Manuel Muñoz, Silvia Olasolo, José Manuel Da Pena, Pere Reig, Mariano Rozas, Ramon Sorribes, Maria Camino Verduras, Ramon Vila y a todo el personal del turno de mañana y tarde de la oficina de gestión de IT y archivos, especialmente a Elena Lorenzo y Rosa Bonet.

También quiero hacer extensivo mi agradecimiento a los miembros de la Unitat de Recerca en Salut Laboral de la Universitat Pompeu Fabra que me han facilitado la culminación de la tesis doctoral.

A la Fundació Jordi Gol i Gurina per a la Recerca a l'Atenció Primària de Salut, por impulsar el proyecto, facilitar la gestión en las distintas fases de su implementación y en su ejecución definitiva.

Este trabajo ha sido parcialmente financiado por el Fondo de Investigaciones Sanitarias a través del proyecto 98/360.

## Índice

	Pág.
<b>1. Introducción</b>	<b>19</b>
1.1. <i>Absentismo e incapacidad laboral</i>	21
1.1.1. Magnitud sanitaria, económica y social de la incapacidad temporal	24
1.2. <i>La incapacidad temporal. Definiciones y modelo causal</i>	29
1.2.1. Definición sanitaria	29
1.2.2. Definición legal	31
1.2.3. Historia natural y modelo causal	33
1.3. <i>Gestión de la incapacidad temporal</i>	36
1.3.1. La reforma de la incapacidad temporal	37
1.3.2. La situación actual de la prescripción de la incapacidad temporal	39
1.3.3. Circuito y documentación de la incapacidad temporal	41
1.3.4. Elementos éticos en la gestión de la incapacidad temporal	44
1.4. <i>Factores de riesgo asociados a la incapacidad temporal</i>	46
1.5. <i>Hipótesis y objetivos del estudio</i>	55
<b>2. Sujetos y métodos</b>	<b>57</b>
2.1. <i>Ámbito y muestra del estudio</i>	59
2.2. <i>Definición de caso</i>	59
2.3. <i>Fuentes de información</i>	60
2.3.1. Parte de notificación de alta	60
2.3.2. Cuestionario laboral	61
2.3.3. Informe clínico del alta	63
2.4. <i>Codificación y tratamiento de las variables</i>	63
2.5. <i>Recogida de información</i>	65
2.6. <i>Valoración de los expertos</i>	67
2.7. <i>Análisis estadísticos</i>	68

---

	Pág.
<b>3. Resultados</b>	<b>71</b>
3.1. <i>Participación y descripción de la muestra</i>	73
3.1.1. Características socio-laborales	73
3.1.2. Diagnósticos	74
3.1.3. Factores de riesgo percibido	77
3.2. <i>Evaluación de los expertos</i>	78
3.2.1. Concordancia entre expertos	78
3.2.2. Concordancia entre expertos y percepción del trabajador	79
3.3. <i>Los episodios de incapacidad temporal y las condiciones de trabajo</i>	80
3.4. <i>Análisis según grupos diagnósticos</i>	85
3.4.1. Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo	87
<b>4. Discusión</b>	<b>89</b>
4.1. <i>Selección de la muestra</i>	91
4.2. <i>Calidad de la información</i>	93
4.3. <i>La etiología de la incapacidad temporal común</i>	95
4.4. <i>Características de los episodios de incapacidad temporal de origen laboral</i>	98
4.5. <i>La atención primaria y la patología laboral</i>	105
<b>5. Conclusiones</b>	<b>117</b>
<b>6. Bibliografía</b>	<b>123</b>
<b>7. Anexos</b>	<b>171</b>
7.1. Anexo 1: Parte de notificación de alta	173
7.2. Anexo 2: Cuestionario laboral	177
7.3. Anexo 3: Informe clínico del alta	189
7.4. Anexo 4: Manual de evaluación para los expertos	193

---

## Índice de tablas

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Ausencias en el trabajo según estén subsidiadas y relacionadas con la salud.	23
<b>Tabla 2.</b> Criterios nucleares en la definición legal de incapacidad laboral en España.	32
<b>Tabla 3.</b> Acción protectora de la Seguridad Social en relación a la incapacidad temporal antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/1994.	38
<b>Tabla 4.</b> Características de la prestación por incapacidad temporal según el tipo de contingencia.	143
<b>Tabla 5.</b> Destinatario y datos contenidos en los diferentes documentos de gestión (parte de baja, confirmación y alta) de la incapacidad temporal.	144
<b>Tabla 6.</b> Elementos éticos clave de la gestión de la incapacidad temporal.	46
<b>Tabla 7.</b> Actividades económicas de acuerdo a la versión catalana de la Clasificación Nacional de Actividades de 1993 (CCAIE-93).	145
<b>Tabla 8.</b> Ocupaciones utilizadas en el análisis simple y la regresión logística de acuerdo a la recodificación de la versión catalana de la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994 (CCO-94).	146
<b>Tabla 9.</b> Clasificación Internacional de los Problemas de Salud en Atención Primaria-2 (CIPSAP2) o clasificación WONCA.	147
<b>Tabla 10.</b> Características de los episodios de incapacidad temporal incluidos en el estudio de los trabajadores participantes y no participantes según el género, la edad, la duración del episodio y el grupo diagnóstico.	148

---

	Pág.
<b>Tabla 11.</b> Características de los episodios de incapacidad temporal según las variables sociolaborales.	149
<b>Tabla 12.</b> Características de los episodios de incapacidad temporal según la actividad y la ocupación de acuerdo a la versión catalana de la Clasificación Nacional de Actividades de 1993 (CCAIE-93) y de la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994 (CCO-94).	150
<b>Tabla 13.</b> Distribución de los episodios de incapacidad temporal según grupos diagnósticos (Clasificación WONCA) de acuerdo al diagnóstico que constaba en el informe clínico y en el parte de alta de la incapacidad temporal.	151
<b>Tabla 14.</b> Sensibilidad (S) y valor predictivo positivo (VPP) del parte de alta de incapacidad temporal respecto al informe clínico.	76
<b>Tabla 15.</b> Número (n) y porcentaje (%) de trabajadores que perciben la exposición a factores de riesgo relacionados con la estructura y las condiciones ambientales, las condiciones ergonómicas y las organizativas.	152
<b>Tabla 16.</b> Número (n) y porcentaje (%) de trabajadores que perciben la exposición a los factores de riesgo psicosocial.	153
<b>Tabla 17.</b> Concordancia entre los expertos A y B en la valoración de la relación del episodio de incapacidad temporal con las condiciones de trabajo.	79
<b>Tabla 18.</b> Valoración de la percepción del trabajador sobre la relación del episodio de incapacidad temporal con las condiciones de trabajo en comparación con la opinión de los expertos.	80

---

	Pág.
<b>Tabla 19.</b> Características sociodemográficas (género y edad), laborales (antigüedad en la empresa, actividad de la empresa y ocupación) y duración de los episodios de incapacidad temporal laborales y no laborales.	154
<b>Tabla 20.</b> Asociación, cruda ( $RO_c$ ) y ajustada por edad ( $RO_e$ ) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), de los episodios de incapacidad temporal laborales respecto a la edad, el género, la antigüedad en la ocupación, la ocupación y la duración del episodio.	82
<b>Tabla 21.</b> Número (n) y porcentaje (%) de trabajadores que perciben la exposición a los factores de riesgo relacionados con la estructura, las condiciones ambientales, la tarea y la organización del trabajo, según su episodio sea laboral o no laboral de acuerdo a la opinión de los expertos.	155
<b>Tabla 22.</b> Número (n) y porcentaje (%) de trabajadores que perciben la exposición a los factores de riesgo psicosocial, según su episodio esté relacionado o no relacionado con las condiciones de trabajo de acuerdo a la opinión de los expertos.	156
<b>Tabla 23.</b> Asociación, cruda ( $RO_c$ ) y ajustada por edad ( $RO_e$ ) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), de los episodios de incapacidad temporal laborales respecto a los factores de riesgo percibidos relacionados con la estructura, las condiciones ambientales, la tarea y los factores de riesgo psicosocial.	157

---

	Pág.
<b>Tabla 24.</b> Diagnóstico (clasificación WONCA) de los episodios de incapacidad temporal laborales y no laborales según la opinión de los expertos.	158
<b>Tabla 25.</b> Distribución de los episodios de incapacidad temporal laborales y no laborales, según la opinión de los expertos, en las categorías diagnósticas consideradas (clasificación WONCA).	159
<b>Tabla 26.</b> Asociación, cruda ( $RO_c$ ) y ajustada por edad ( $RO_e$ ) con sus intervalos de confianza al 95% (IC95%), de los episodios de incapacidad temporal relacionados con el trabajo para cada grupo diagnóstico WONCA, tomando el resto de diagnósticos como categoría de referencia.	87
<b>Tabla 27. Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo.</b> Características sociodemográficas (género y edad), laborales (antigüedad en la ocupación, actividad de la empresa y ocupación) y duración de los episodios de incapacidad temporal laborales y no laborales según la opinión de los expertos.	160
<b>Tabla 28. Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo.</b> Número (n) y porcentaje (%) de trabajadores que perciben la exposición de los factores de riesgo relacionados con la estructura, las condiciones ambientales y la tarea, según su episodio sea laboral o no laboral, según la opinión de los expertos.	161
<b>Tabla 29. Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo.</b> Número (n) y porcentaje (%) de trabajadores que perciben la exposición de los factores de riesgo psicosocial, según su episodio sea laboral o no laboral, según la opinión de los expertos.	162

---

Pág.

- Tabla 30. Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo.** Asociación, ajustada por edad ( $RO_e$ ) e intervalo de confianza al 95% (IC 95%), de los episodios de incapacidad temporal laborales y no laborales según los expertos respecto a los factores de riesgo percibidos relacionados con la estructura, las condiciones ambientales, la tarea y los factores de riesgo psicosocial. 163
- Tabla 31.** Porcentaje de trabajadores de la IV ENCT (INSHT) y de la muestra estudiada que perciben la exposición a algunos factores de riesgo relacionados con la estructura, las condiciones ambientales, la tarea y los factores de riesgo psicosocial. 164
-

## Índice de figuras

	Pág.
<b>Figura 1.</b> Gasto anual en incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral.	27
<b>Figura 2.</b> Modelo del proceso de discapacidad	30
<b>Figura 3.</b> Relación entre la salud y el trabajo en la producción de problemas de salud y/o incapacidad laboral	34
<b>Figura 4.</b> Condiciones de trabajo, contingencia laboral, contingencia común e incapacidad.	35
<b>Figura 5.</b> Flujo del comunicado de baja de incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral).	167
<b>Figura 6.</b> Flujo del comunicado de confirmación de incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral).	168
<b>Figura 7.</b> Flujo del comunicado de alta de incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral) extendido por el facultativo del Servicio Público de Salud.	169
<b>Figura 8.</b> Flujo del comunicado de alta de incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral) a propuesta de los servicios médicos de la entidad gestora o de la mutua, a los exclusivos efectos de la prestación económica de la Seguridad Social.	170
<b>Figura 9.</b> Flujo de la identificación de casos, recogida de la información y evaluación de los casos	69

---

## **1. INTRODUCCIÓN**

---

### 1.1. Absentismo e incapacidad laboral

El absentismo laboral es un término que se refiere a la ausencia en el trabajo por parte de un trabajador (1) y se define como la no asistencia (justificada o no) al trabajo de un empleado que se pensaba que iba a asistir (2). A pesar de esta definición, aparentemente simple, el absentismo es un fenómeno complejo que puede incluir ausencias en el trabajo de origen muy diferente, como por ejemplo las debidas al ejercicio de los derechos sindicales, a los permisos retribuidos o a los trastornos de salud (3), por lo que en nuestro caso hemos de especificar que trataremos de absentismo laboral por razones de salud.

La incapacidad laboral se define como la situación en la que un trabajador, por motivo de una enfermedad o accidente, no puede realizar su trabajo habitual (4). Las ausencias por razones de salud son el motivo más importante que causa ausencias en el lugar de trabajo. De hecho, las tres cuartas partes, y a menudo la totalidad del absentismo laboral, es debido a una incapacidad laboral por enfermedad o accidente (2). Esta pérdida de la capacidad para trabajar que puede ser de carácter transitorio (incapacidad temporal o IT) o indefinido (incapacidad permanente o IP), comporta la pérdida de capacidad productiva y, por lo tanto, de capacidad de ganancia (5).

Es necesario diferenciar absentismo e incapacidad porque a veces, con demasiada frecuencia, el concepto de absentismo se asimila al fenómeno de la incapacidad laboral. A pesar de que son fenómenos muy relacionados entre sí, es importante distinguir si las causas que ocasionan la no presencia en el trabajo tienen su origen en problemas de salud o bien se deben a otras causas o situaciones en las que los problemas de salud por sí mismos no determinarían la ausencia al trabajo (6). Además, hay que añadir que, en numerosas ocasiones, el control de la duración de la incapacidad laboral, utilizado como único elemento para reducir el absentismo, ha favorecido que se estableciera esta similitud o incluso se identificara absentismo e incapacidad laboral sin tener en cuenta que, siendo dos hechos estrechamente relacionados, son, no obstante, diferentes.

---

El absentismo incluye la no asistencia al trabajo de un trabajador- cuando se espera que asista- por motivos de muy diversa naturaleza (razones sociales, familiares, catástrofes...). Este amplio abanico de factores puede incluir desde motivaciones individuales de un trabajador para no acudir al trabajo (7) hasta, como señalan Martín y Sabaté (8), la ausencia al trabajo como respuesta al entorno social y que, como tal, debe ser entendida desde una perspectiva sociológica e incluso antropológica.

Desde el punto de vista psicológico y sociológico, el absentismo se puede definir como una disfunción organizativa bien sea vinculada al trabajador por la tensión a la que se siente sometido bien sea vinculada a la propia cultura de la empresa o a sus métodos de organización del trabajo (9). Desde esta perspectiva sociológica, se han señalado distintos factores que pueden explicar el absentismo en función de variables personales (edad, género, responsabilidades familiares), laborales (entorno físico del trabajo, organización de la producción, turnicidad, satisfacción laboral), sanitarias (patrones de morbilidad, hábitos), económicas ( coyuntura económica, mercado de trabajo, características de los sistemas de protección social) y socioculturales (compromiso con el trabajo, cultura de la ausencia) (10).

Así, una aproximación a la tipología de las ausencias debe tener en cuenta, como criterios básicos, si éstas responden a unos trastornos de salud y si están remuneradas (subsidiadas) en sustitución del salario (11), tal como se expone, a modo de taxonomía bastante exhaustiva, en la tabla 1.

Tabla 1. Ausencias en el trabajo según estén subsidiadas y relacionadas con la salud

	Ausencias relacionadas con la salud	Ausencias no relacionadas con la salud
Ausencias subsidiadas	Problema de salud certificado por un médico o autocertificado Baja maternal o parto Visitas a los profesionales sanitarios	Vacaciones Educación Actividades sindicales Ausencias paternas/maternas Ausencias por cuidado de familiares Motivos personales Deberes cívicos
Ausencias no subsidiadas	Ausencias por enfermedad no certificadas Ausencias para "afrontar el estrés"	Razones personales como las anteriores pero no pagadas Circunstancias accidentales que causan retrasos Huelga

Fuente: Alexanderson K. (11)

Teniendo en cuenta que muchas circunstancias y diversos comportamientos pueden contribuir a la no-presencia en el trabajo de un empleado, el absentismo requiere ser analizado no tanto como una respuesta administrativa sino, como hemos señalado, como un problema relacionado con el comportamiento de las personas (empleados) dentro de una organización (empresa) (12). En este contexto, la incapacidad laboral, que como hemos dicho es el principal motivo de absentismo, es un tipo de absentismo justificado por la existencia de un problema de salud que incapacita a la persona para realizar las tareas habituales para las que fue contratado. En conclusión, es una ausencia no solo justificada si no también, podemos afirmar, necesaria.

La incapacidad puede estar justificada por un certificado médico que en el caso de nuestra legislación se vehiculiza, por un acto médico, a través de un documento sanitario (comunicado o parte de baja), pero que también requiere que sea reconocida en el sistema de seguridad social vigente. La incapacidad laboral, al significar la pérdida de una capacidad para recibir un salario, suele llevar asociada un subsidio que se materializa de forma específica -según la

legislación de cada país- y que representa una protección, creada y desarrollada en el marco del sistema de seguridad social, para dar amparo y cobertura al trabajador. La posibilidad de recibir un subsidio es entendida, en el actual estado de bienestar, como un derecho y confiere a los individuos que lo reciben una percepción de seguridad personal (13).

Por lo tanto, una primera premisa que queremos establecer en nuestra investigación es que en la incapacidad influye, como hemos señalado al referirnos al absentismo, no solamente el estado de salud individual sino también el sistema de seguridad social, las condiciones laborales, las actitudes y los compromisos personales con el trabajo, así como los factores médicos, sociales y psicológicos (14). En este sentido, la incapacidad laboral es un fenómeno enormemente complejo, con un impacto económico y social importante, que no sólo afecta la calidad de vida de las personas sino que repercute en el ámbito individual, familiar, de la empresa y de la sociedad (11). Por ello, su análisis deberá conducir a entender la incapacidad como el resultado de la interacción de distintas variables que, enmarcadas en diferentes niveles, van desde las estrictamente económicas a aquellas clínicas y sociales, aspectos todos ellos que ayudan a caracterizar e interpretar su complejidad.

#### 1.1.1. Magnitud sanitaria, económica y social de la incapacidad temporal

La incapacidad laboral, y de modo específico la incapacidad temporal (IT), constituye un problema sanitario, social y económico muy importante porque afecta al trabajador, que es quien sufre la enfermedad, y le ocasiona una merma económica en su capacidad de ingresos.

En el ámbito de la empresa, la IT ocupa un importante papel económico porque aumentan los costes económicos debido a que se debe suplir a las personas ausentes y esta incidencia puede disminuir la productividad del conjunto de la empresa y la calidad de los bienes y servicios producidos.

---

A la sociedad en su conjunto, porque incrementa el gasto en prestaciones sociales debido a un aumento de los gastos corrientes del sistema de seguridad social, derivados de la prestación sustitutoria del salario, y al generar un incremento de las prestaciones sanitarias necesarias para paliar el daño derivado de la enfermedad o accidente.

La investigación de la IT adquiere una nueva dimensión en nuestro país con el volumen monográfico número 64 del año 1990 de la Revista de Sanidad e Higiene Pública sobre incapacidad laboral transitoria coordinado por Portella y Porta. No obstante, ya anteriormente Farrés y Portella habían puesto de relieve que es posible conocer la magnitud sanitaria de la IT mediante el análisis sistemático de los datos notificados en el documento de baja (15). Como señaló Benavides (16), esta información nos permite conocer una morbilidad no detectada por otras fuentes de datos, por lo que la explotación de los documentos de la IT identifica un grupo importante de factores de riesgo asociados a la misma. Así, este estudio puso de relieve que el mayor número de episodios son debidos a enfermedades respiratorias (26,4%) y enfermedades del sistema osteo-muscular (14,7%), en tanto que estos dos grupos de enfermedades junto con las enfermedades de otras partes del aparato digestivo acumulan el mayor número de días perdidos: 19,6%, 12,5% y 10,7%, respectivamente.

Coincidiendo con el estudio de Benavides, Buitrago (17,18) halló que las enfermedades prevalentes motivo de IT correspondieron también al aparato respiratorio (25,2%) y a los trastornos músculo-esqueléticos (14,55%), si bien en esta serie el segundo motivo de IT fueron los traumatismos y efectos adversos (15,7%).

Por otro lado, el impacto económico de la incapacidad se puede estimar mediante la cuantificación de los costes directos e indirectos que genera, tanto a partir del número de episodios, de su duración (días perdidos), como del gasto asociado a las prestaciones sanitarias. Alfonso (19), citando a Porter (20), refiere que la proporción del coste de la IT de cualquier país desarrollado

---

de nuestro entorno oscila, como promedio, entre el 1% y el 5% del PIB, lo que puede ser un indicador que nos permite estimar el coste del absentismo y de la IT.

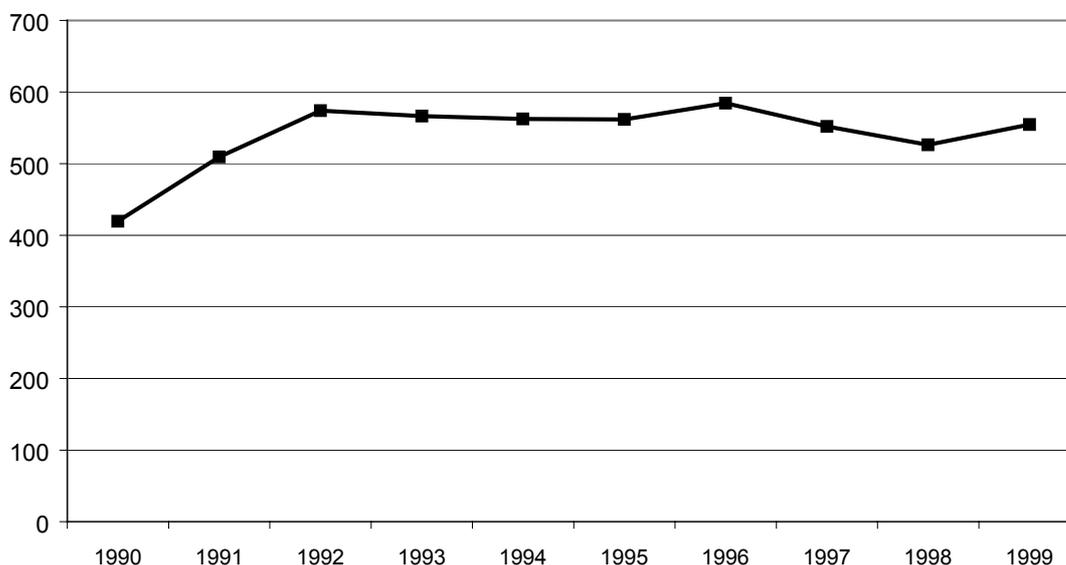
Así, por ejemplo, en los Países Bajos, la tasa de incapacidad laboral temporal en 1993 fue de 8,3% y el número de personas que recibieron un subsidio por incapacidad de 921.000 (14,2% de la fuerza de trabajo). El coste de estos subsidios ascendió a casi 16,6 billones de ECUs: 4,1 billón de ECUs atribuible al coste de las ausencias por enfermedad y 12,5 billones de ECUs en concepto de subsidio por incapacidad (3).

En España, durante la década pasada, entre 1992 y 1994, el gasto de la IT tuvo un crecimiento interanual superior al 10% (21), que no se justificaba ni con el crecimiento de la población activa ni con el incremento medio de los salarios ni de las cotizaciones, todo lo cual conducía a pensar que existía un nivel de sobredeclaración a través de enfermedades simuladas o mediante episodios alargados inapropiadamente (22).

Se ha estimado que el gasto de la prestación de IT para 1998 alcanzó, sumando costes directos e indirectos, la cifra de 2 billones de pesetas (21). En relación al gasto en subsidio, hay que señalar que se ha producido una variación del gasto por este concepto, con un fuerte incremento entre 1990 y 1992 (de 419.430 millones a 573.905 millones de pesetas), estabilizándose el resto del período hasta 1999, alrededor de 550.000 millones de pesetas anuales (554.693 millones en 1999) e incluso disminuyendo entre 1996-1998 (pasando de 584.556 millones a 526.322 millones) (23) (Ver figura 1). Esta tendencia también se puede observar al examinar la proporción que representa la prestación de IT en el conjunto del presupuesto de la Seguridad Social, pasando del 8,17% en 1994 al 6,10% en 1997 y al 5,30% en 1998.

---

Figura 1. Gasto anual (miles de millones) en incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral.



Fuente: Anuario de estadísticas laborales y asuntos sociales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2000.

Por otro lado, si observamos los datos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, publicados en su memoria anual de 1998 (24), la IT por contingencia común gestionada por ellas, para este mismo periodo, generó una actividad que se desglosa según se tratara de trabajadores por cuenta ajena o trabajadores por cuenta propia. Para los 3.248.390 trabajadores por cuenta ajena acogidos a esta modalidad se iniciaron, durante 1998, 306.410 procesos por IT común, ocasionando 16.219.776 días indemnizados (4,99 día/trabajador) y con una duración media de 52,93 días. En relación a los 292.150 trabajadores por cuenta propia que se acogieron a la gestión de la prestación económica de la IT común por parte de las Mutuas, se iniciaron 11.549 procesos de IT ocasionando 665.441 días indemnizados (2,28 día/trabajador) y con una duración media de 57,62 días. Esta actividad se traduce en que el gasto de la IT derivada de contingencias comunes fue en los trabajadores por cuenta ajena de 67.900 millones de pesetas y en los trabajadores por cuenta propia de 1.897 millones.

En cambio, según las mismas fuentes, las bajas por contingencias profesionales para este mismo período (1998) supusieron el inicio de 803.530 procesos (sobre un total de 9.586.476 trabajadores protegidos) ocasionando 18.073.396 días indemnizados (1,89 día/trabajador) con una duración media por proceso de 22,49 días y generaron un gasto en concepto de prestación económica de IT por valor de 76.113 millones de pesetas (en el caso de la IT por contingencia profesional no se pueden incluir los trabajadores por cuenta propia ya que en este colectivo no se contempla legalmente este tipo de contingencia).

Pero los costes económicos de la IT no son sólo los derivados de la prestación de la seguridad social, sino también de los servicios sanitarios. En este sentido, se ha referido que el 50,6% del presupuesto de un centro de atención primaria de tamaño medio se destina a la prestación de IT, seguida por el gasto farmacéutico y el de personal (22), y que, a diferencia de otras prestaciones sanitarias, como por ejemplo la prestación farmacéutica, la IT afecta a un porcentaje pequeño de la población. Así, de acuerdo a la Encuesta de Salud Vasca de 1986 y de 1992, la población demandante, que representa el 66% de la población adscrita, es atendida y de ésta el 80% toma medicamentos, lo que representa el 53% de la población asignada a un centro de atención primaria (25). En cambio, la IT afecta sólo a la población activa que representa el 30% de la población total adscrita a un centro de atención primaria. Pues bien, se estima que es un 30% de la población activa la que sufre un episodio de IT al año, lo cual significa que la IT se circunscribe al 10% de la población total, siendo este porcentaje la población diana de la IT (22).

Otro enfoque para cuantificar la dimensión económica del problema ha sido analizar el gasto asociado a procesos como la lumbalgia y su impacto tanto en las incapacidades laborales permanentes, que según Ruiz supusieron para la década de los años 80 un gasto de 600.000 millones de pesetas (26), como en las incapacidades temporales. Según el estudio recientemente publicado en relación al dolor lumbar en España, esta patología causó en el período 1993-1998 una media anual de 55.338 procesos de IT, con una media de días de

---

baja por lumbalgia de 21,9 (19,7-24,2) y representó para 1998 un promedio de gasto anual de 11.252.404.056 pesetas, lo que se traduce, según estos autores, en un coste promedio anual por trabajador de 209.666 pesetas, oscilando entre 188.174 pesetas y 231.158 pesetas (27).

## 1.2. La incapacidad temporal. Definiciones y modelo causal.

La incapacidad en general, y la incapacidad laboral en particular, es un fenómeno lo suficientemente complejo como para que hagamos un esfuerzo inicial para definirlo con la mayor precisión posible. Sobre todo es aconsejable diferenciar su definición sanitaria, que es su definición conceptual, de su definición legal, que es, podemos decir, la definición operativa. Esta última, por tanto, condiciona en gran medida la magnitud y característica de la incapacidad que podemos observar, ya que es sobre la que tenemos datos disponibles. Sin embargo, este reduccionismo operativo no debe hacernos olvidar que el fenómeno de la incapacidad es bastante más complejo que lo que podamos estar observando.

### 1.2.1. Definición sanitaria.

Desde una perspectiva sanitaria, la incapacidad laboral debe entenderse como una discapacidad específica para el trabajo. El modelo de discapacidad propuesto por Nagi (28) define la discapacidad como la incapacidad o limitación para la realización de actividades socialmente definidas y para las funciones socialmente esperadas por parte de un determinado individuo dentro de un entorno dado. Este modelo se basa en cuatro elementos, tal como ha sido revisado recientemente: a) el proceso patológico o alteración en el plano biológico (celular o tejidos), b) la deficiencia o pérdida de funciones o estructuras físicas o mentales (órganos o sistemas), c) la limitación funcional o restricción de una habilidad para realizar una actividad (individuo) y d) la discapacidad o minusvalía (social) (29).

---

La relación entre los cuatro elementos o niveles iría, como se ilustra en la figura 2, desde el daño a la deficiencia y la limitación funcional para terminar en la discapacidad. Como se señala en esta misma revisión, el daño, la deficiencia y la limitación funcional pueden ser observadas a través de un examen del individuo aisladamente, pero la discapacidad sólo se puede observar en relación a los requerimientos sociales que se esperan de ese individuo. En palabras de Pineault (30), mientras la deficiencia es la pérdida, malformación o anomalía de un órgano, de una estructura o de una función, la discapacidad es la desventaja que presenta un individuo en su medio social respecto a los roles desarrollados por otros individuos según la edad, el género, los valores sociales y culturales de este medio. La discapacidad representa, en definitiva, las consecuencias sociales y ambientales de la deficiencia.

Figura 2. Modelo del proceso de discapacidad.



Es decir, la definición de discapacidad dada por la Organización Mundial de la Salud como "aquella restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal" (31) es aplicable al entorno laboral. Así, podemos definir la discapacidad laboral como una restricción temporal o permanente, debida a una deficiencia, de la facultad para realizar una actividad en relación con el trabajo, dentro de los límites considerados normales.

### 1.2.2. Definición legal.

Por otra parte, existe la definición legal de discapacidad, que no siempre se asocia al concepto sanitario, y que en el contexto legal se ha venido a llamar incapacidad. Efectivamente, la Ley General de Seguridad Social recoge dos definiciones para la incapacidad laboral: la incapacidad temporal (art. 128) y la invalidez o incapacidad permanente (arts. 134 y 137) (32).

Así, la incapacidad temporal es definida como "aquella situación debida a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria y esté impedido para el trabajo". En cambio, la invalidez o incapacidad permanente se define como "aquella situación en la que se encuentra un trabajador que, después de haber seguido el tratamiento prescrito y haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral".

Al confrontar ambas definiciones, el resultado no es del todo desalentador. Las definiciones legales son bastante coherentes con el concepto sanitario de discapacidad antes discutido, aunque es claro que delimitan su aplicación a un contexto determinado por el sistema de protección social vigente, que tiene unos condicionantes de carácter económico y político.

Así pues, la incapacidad está definida legalmente, como se resume en la tabla 2, por tres elementos: a) la existencia de un daño a la salud, b) las tareas laborales que esa persona debe de realizar, y c) el pronóstico respecto a la recuperación de su incapacidad laboral.

---

Tabla 2. Criterios nucleares en la definición legal de incapacidad laboral en España.

---

Daño a la salud	El trabajador debe padecer una alteración patológica que produce una deficiencia y una limitación funcional.
Ocupación	El trabajador no puede realizar las tareas para las que fue contratado debido a la alteración patológica.
Pronóstico (Tiempo)	La incapacidad puede ser reversible (temporal) si la recuperación (asistencia sanitaria) se produce en un tiempo máximo de 30 meses e irreversible (permanente o invalidez) cuando supera este periodo.

---

La definición legal se justifica porque, una vez se ha producido el daño, se ha de proteger al trabajador. De ahí que la prestación asociada a la IT consista, por un lado, en restablecer la salud para recuperar las capacidades y aptitudes mediante la pertinente asistencia sanitaria y, por otro lado, disponer de un subsidio sustitutorio del salario mientras dure la situación incapacitante.

La temporalidad, obviamente una de las características determinantes de la IT, tiene una duración que viene regulada legalmente, estableciéndose unos plazos en los que se presupone se va a producir la curación o una mejoría que restablezca el estado de salud previo o un estado de salud compatible con la actividad laboral y social.

Además, a estos criterios sanitarios, para que sean aplicables legalmente, hay que añadir unos requisitos que el trabajador debe cumplir. En primer lugar, estar dado de alta en la Seguridad Social (o en alta asimilada), debiendo haber cotizado al menos 180 días dentro de los últimos cinco años cuando la incapacidad esté motivada por una enfermedad no relacionada con su trabajo. En el caso de que la incapacidad esté motivada por daños a la salud directamente relacionados con el trabajo o por accidente sea o no sea laboral,

---

es suficiente que el trabajador esté dado de alta en la Seguridad Social en ese momento, sin que medie ningún periodo mínimo previo necesario.

En resumen, podemos señalar que la incapacidad laboral que observamos corresponde a una parte de la incapacidad laboral real, ya que únicamente se notificará aquella que cumpla los requisitos legales, aspectos que describiremos en el epígrafe 1.3. En este sentido, las ausencias de duración inferior a 3 días –incapacitantes o no- debidas a lesiones o enfermedades no son registradas como episodios de IT. No existen datos, hasta donde sabemos, que valoren esta incapacidad oculta no notificada.

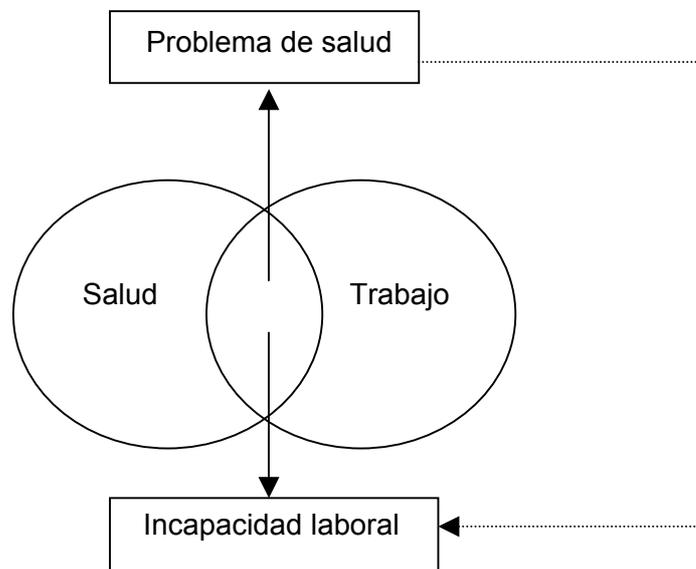
### 1.2.3. Historia natural y modelo causal

A la luz de estas definiciones podemos comprobar que la figura jurídica de la incapacidad, especialmente la temporal, está pensada para proteger la salud del trabajador, facilitando la recuperación de la misma en el caso de que sea reversible mediante un periodo de baja laboral. Algunos autores (33) hablan de prescribir un periodo de baja por incapacidad, dándole con ello el sentido terapéutico que dicho acto conlleva. Esto es, aunque la incapacidad es con frecuencia valorada exclusivamente como un motivo de absentismo, esta afirmación no sería coherente con la definición anterior recogida en la Enciclopedia de Seguridad y Salud de la Organización Internacional del Trabajo (2), pues en el caso de la incapacidad laboral esta ausencia estaría justificada, más cuando ha sido valorada por un sanitario. Otra cosa es que, cómo ocurre algunas veces, esta regulación de la situación de incapacidad sea indebidamente utilizada por algunas personas para ausentarse de su trabajo sin motivo real, algo que no ha sido cuantificado en una investigación específica.

Por lo tanto, y de acuerdo a la definición que hemos dado de incapacidad laboral, ésta sería el resultado, a partir de la interacción entre la salud y el trabajo. Es decir, entre un daño a la salud y las tareas en una ocupación determinada (ver figura 3).

---

Figura 3. Relación entre la salud y el trabajo en la producción de problemas de salud y/o incapacidad laboral.



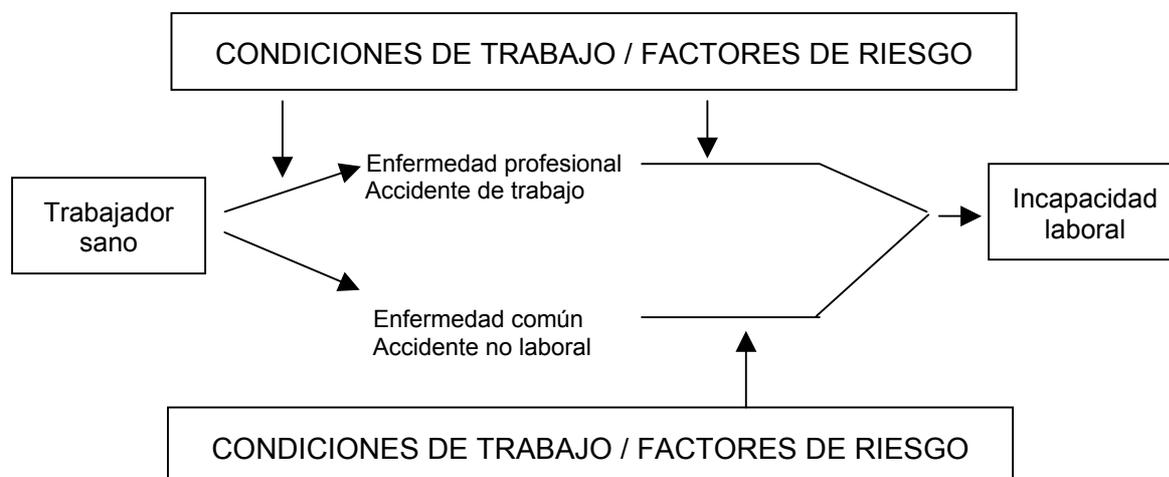
Además, sabemos que la salud depende también de las condiciones de trabajo, por lo que éstas pueden intervenir tanto en el origen del daño como en la generación de la propia incapacidad. En este sentido, el trabajo siempre juega un papel determinante, ya que la incapacidad se produce porque las condiciones de trabajo hacen inviable que el trabajador enfermo pueda realizar sus tareas, aunque el trastorno de salud no esté relacionado con las condiciones de trabajo.

Partiendo de este modelo, se puede afirmar que la exposición a condiciones de trabajo específicas se puede asociar tanto a enfermedades profesionales, enfermedades relacionadas con el trabajo y accidentes de trabajo como a enfermedades comunes y a accidentes no laborales.

Según este modelo, y de acuerdo con la propuesta de Benavides, Benach y Moncada (34), las condiciones de trabajo pueden actuar tanto originando una enfermedad profesional/accidente de trabajo como generando la incapacidad laboral (ver figura 4), a partir de una enfermedad común/accidente no laboral. Un ejemplo que sirve para ilustrar este modelo puede ser el caso de una persona que ha sufrido una caída que le ha producido una fractura (proceso

patológico), la cual provoca una inmovilización (deficiencia) que le impide desplazarse (limitación funcional) y como consecuencia de esta limitación funcional imposibilita a esta persona el desempeño de su trabajo habitual (discapacidad). Ello también significa que un mismo daño a la salud producirá una discapacidad laboral en una persona y no en otra. Por ejemplo, una dermatitis en el dorso de la mano puede conllevar una discapacidad en un auxiliar de laboratorio o en un peluquero, pero no suponer necesariamente una discapacidad laboral en un administrativo. De modo análogo, una disminución de la agudeza visual no tiene la misma repercusión en un modisto que en un conserje. Para citar otro ejemplo, diríamos que una auxiliar de enfermería que padece una lumbalgia se verá incapacitada temporalmente para realizar al menos parte de su trabajo, como puede ser el trasladar enfermos.

Figura 4. Condiciones de trabajo, contingencia laboral, contingencia común e incapacidad laboral.



Fuente: Benavides, Benach, Moncada (34)

Desde esta perspectiva, y tal como ha puesto en evidencia Marmot (35), la IT es más el balance entre las condiciones de trabajo y la salud que propiamente el reflejo estático de un estado de salud, lo que viene a expresar que “la IT no es tanto un indicador de salud como un indicador de funcionamiento social” en

el cual entran en juego un conjunto de variables tanto de origen laboral como no laboral.

### 1.3. Gestión de la incapacidad temporal

La incapacidad laboral se protegió, inicialmente, mediante distintos seguros en función del riesgo que la producía, lo que condicionó tres esquemas de aseguramiento: a) los seguros de accidente de trabajo y enfermedad profesional, que protegían la incapacidad derivada de contingencias profesionales; b) el seguro obligatorio de enfermedad que protegía de la incapacidad derivada de enfermedad común, accidente no laboral y maternidad y c) el mutualismo laboral que prolongaba la protección del seguro obligatorio de enfermedad en los procesos de larga enfermedad.

Es importante destacar que la prestación asociada al riesgo de enfermedad se aseguró en su doble vertiente, la asistencia sanitaria y la prestación económica sustitutiva del salario, modelo que se inspira, en general, en los sistemas de protección de los accidentes de trabajo (en nuestro país con la Ley Dato de 1900), de elaboración y concreción legislativa anterior a la protección de la enfermedad común.

En 1963, la Ley de Bases de la Seguridad Social 193/1963, de 28 de diciembre (36), equiparó los diversos orígenes o estados de la incapacidad laboral, definiendo en su Base 7ª el concepto de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) y que se recogió posteriormente en sucesivas normas, desde el Texto Articulado de la Ley General de Seguridad Social (37), aprobada por el Decreto 907/1966 de 21 de abril y la Ley 24/1972, de 21 de junio, de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de la Seguridad Social (38) hasta el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio) (39) en cuyo artículo 128 se definían como situaciones determinantes de ILT: a) las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo; b) los períodos de observación

---

por enfermedad profesional; y c) los períodos de descanso que procedan en los casos de maternidad, de adopción o de acogimiento previo.

Asimismo, se contemplaba otro supuesto, la invalidez provisional, definida como “situación del trabajador que, una vez agotado el período máximo de duración señalado para la ILT requiera la continuación de la asistencia sanitaria, siga imposibilitado para trabajar, siempre que se prevea que la invalidez no va a tener carácter definitivo” (art.134). Esto favorecía que se considerara de forma conjunta la contingencia, independientemente del riesgo causante de la misma, consolidándose dos situaciones de IT susceptibles de protección y legalmente tipificadas: la ILT y la invalidez provisional. Si bien existían algunas diferencias entre ambas situaciones por lo que respecta a la gestión de la prestación, la técnica de protección era la misma: ante la pérdida temporal de la capacidad de ganancia debida a causas patológicas (enfermedad o accidente) o biológicas (maternidad), la protección contemplaba el tratamiento sanitario por la Seguridad Social y la prestación de un subsidio económico. La única diferencia significativa era la duración máxima para cada una de ellas: 18 meses para la ILT y hasta 6 años desde el inicio de la baja para la invalidez provisional.

### 1.3.1. La reforma de la incapacidad temporal

La Ley 42/1994 de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social (40) modificó algunos artículos del mencionado Real Decreto Legislativo de 20 de junio de 1994, lo que implicó una reforma en la acción protectora del Sistema de la Seguridad Social, adaptándose esta acción protectora al nuevo contexto socioeconómico.

La anteriormente denominada ILT pasó a llamarse Incapacidad Temporal y se definió como las ausencias del trabajo motivadas por accidente o enfermedad de origen laboral o no laboral. A partir del 1 de enero de 1995 las situaciones protegidas diferenciadas son las siguientes: por un lado la incapacidad temporal y la incapacidad permanente y por otro lado la maternidad, como

---

supuesto distinto a los anteriores, dado que es un estado de salud y no un daño a la salud.

Asimismo, con la entrada en vigor de esta nueva normativa desaparece la invalidez provisional como situación protegida (tabla 3), si bien el concepto de incapacidad laboral no sufre una alteración significativa dado que se conservan las dos características básicas de esta prestación: a) la prescripción de la baja al estar objetivamente impedido para realizar el trabajo y b) la duración limitada en el tiempo.

Tabla 3. Acción protectora de la Seguridad Social en relación a la incapacidad temporal antes y después de la entrada en vigor de la Ley 42/1994.

Hasta 31 de diciembre de 1994	A partir de 1 de enero de 1995
<p><input type="checkbox"/> <b>Incapacidad Laboral Transitoria (ILT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por contingencias comunes               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad común</li> <li>- Accidente no laboral</li> </ul> </li> <li>• Por contingencias profesionales               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad profesional</li> <li>- Accidente de trabajo</li> </ul> </li> <li>• Por Maternidad</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>Invalidez provisional</b></p> <p>Podía derivar de las contingencias comunes o profesionales anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Invalidez permanente (IP)</b></p> <p>Situación de incapacidad permanente para el trabajo que se puede dar en diferentes grados: parcial, total, absoluta o gran invalidez</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Incapacidad Temporal (IT)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Por contingencias comunes               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad común</li> <li>- Accidente no laboral</li> </ul> </li> <li>• Por contingencias profesionales               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad profesional</li> <li>- Accidente de trabajo</li> </ul> </li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>Invalidez permanente (IP)</b></p> <p>Situación de incapacidad permanente para el trabajo que se puede dar en diferentes grados: parcial, total, absoluta o gran invalidez</p>

### 1.3.2. La situación actual de la prescripción de la incapacidad temporal

Como hemos dicho, la determinación de una situación de IT corresponde al médico que atiende al trabajador, decisión que comporta valorar si la persona afectada puede desempeñar su trabajo habitual en función del cuadro clínico que presenta. Nadie pone en cuestión que cuando un médico prescribe una IT está realizando una valoración; es decir, aplica un plan diagnóstico y terapéutico, de acuerdo a un pronóstico. Esto es, está tomando una decisión clínica ya que, basado en sus conocimientos y en su experiencia, el médico recomienda el reposo y el alejamiento de factores que empeoran el pronóstico del daño, como parte del bagaje terapéutico, integrado en un conjunto de medidas encaminadas a la curación o alivio de sus pacientes (41).

En el momento de prescribir una IT el médico necesita, por una parte, realizar una serie de actuaciones clínicas tendentes al establecimiento del diagnóstico y del tratamiento y, por otra parte, debe conocer las características básicas de la ocupación del trabajador. A diferencia de una invalidez permanente en la que el daño, previsiblemente irreversible, puede suponer un impedimento para unos trabajos pero a lo mejor no para otros, en la IT, al ser un proceso agudo que requiere, por lo menos en primera instancia, reposo para curarse, la imposibilidad de trabajar se hace extensiva a cualquier tipo de trabajo, lo cual genera el derecho a una prestación sanitaria y económica. La regulación de la IT trata de garantizar la relación contractual aunque haya una interrupción de la prestación profesional.

El proceso de valoración inicial de la IT para los trabajadores por cuenta ajena del Régimen General de la Seguridad Social depende de que el problema de salud que la justifica esté o no relacionado con el trabajo. Por un lado, en el caso de una enfermedad común o un accidente no laboral, el médico de cabecera del Sistema Nacional de Salud es quien valora si el problema de salud incapacita o no al trabajador para realizar su trabajo, y quien debe de certificar su baja y, cuando proceda, su alta médica. Por otro lado, en el caso de una enfermedad profesional o un accidente de trabajo, el médico de la

---

Mutua correspondiente es quien valora la incapacidad laboral, previa confirmación de la naturaleza laboral del accidente o la enfermedad. Para los trabajadores autónomos la valoración inicial de IT la hará el médico de cabecera excepto si, de acuerdo a la normativa vigente (42), aquellos han contratado la cobertura de la contingencia laboral con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Toda situación de IT genera en el sistema protector de la Seguridad Social, además de la certificación del daño, la puesta en marcha de una prestación económica sustitutoria de la renta del trabajo no percibida, por no poder trabajar temporalmente. En la tabla 4 (ver página 143) se resumen las principales características de la prestación de la IT tales como los requisitos necesarios para tener derecho a la misma, su duración y los criterios de extinción del derecho a la prestación de IT.

Destaquemos que en el caso de enfermedad común para percibir la prestación económica es necesario haber cotizado durante un mínimo de 180 días en los últimos 5 años. Este requisito no es necesario en caso de accidente no laboral, enfermedad profesional o accidente de trabajo, por lo que la prestación económica de IT se percibe a partir del primer día trabajado/cotizado.

Otras características diferenciales a señalar entre la enfermedad común/accidente no laboral y la enfermedad profesional/accidente de trabajo las encontramos respecto la responsabilidad de las prestaciones sanitarias: en el primer caso recae sobre el servicio público de salud en tanto que en el segundo supuesto es responsable la mutua. En cuanto la responsabilidad de las prestaciones económicas, en el caso de enfermedad común/accidente no laboral el empresario debe hacerse cargo de las mismas del 4º al 15º día y a partir del día 16 es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) o entidad aseguradora. Cuando se trata de enfermedad profesional/accidente de trabajo, la mutua es responsable de la prestación económica desde el primer día.

---

### 1.3.3. Circuito y documentación de la incapacidad temporal

La gestión de la IT conlleva la cumplimentación por parte del médico asistencial de diferentes documentos que certifican el daño a la salud, su pronóstico (duración) y la finalización de la IT: son los partes de baja, confirmación y alta, respectivamente. Esto comporta seguir una pauta de actuación y control, en definitiva un proceso, que ha sido objeto de diferentes tratamientos normativos y que se ha convertido en uno de los elementos cruciales de la gestión de la IT.

En este sentido, la gestión de la IT ha sufrido diversas modificaciones que han afectado tanto al contenido y a los procedimientos para formalizar los partes de baja, confirmación y alta como a la gestión de la prestación económica o el control de la situación de IT. De manera especial hay que remarcar los profundos cambios que se han producido durante la década de los 90, como queda reflejado en las nuevas normas legales que se indican a continuación.

Señalemos que a partir de la promulgación del Texto Refundido de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio) y las modificaciones introducidas en la Ley 42/1994 de Medidas Fiscales Administrativas y de Orden Social, han visto la luz una serie de disposiciones como el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril (43), su modificación posterior mediante el Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio (44), que desarrolla el artículo 39 de la ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas (45) y el Real Decreto 576/1997, de 18 de abril (42).

De acuerdo con esta normativa y en base a lo establecido en el art. 38.1 c), art. 129 y disposición adicional undécima de la Ley General de la Seguridad Social y del artículo 78 de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social (46), las Entidades Gestoras de la Seguridad Social o las correspondientes Mutuas de Accidentes de Trabajo pueden establecer acuerdos de colaboración con el Instituto Nacional de Salud o los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en relación a la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por IT.

---

Concretamente, es el Real Decreto 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre (47). Según esta normativa se autoriza a las mutuas a asumir la cobertura de la prestación económica por IT por contingencias comunes de los trabajadores de las empresas que lo soliciten y que tengan concertadas con dicha mutua las prestaciones por enfermedad profesional y accidente de trabajo. Ello conlleva, además, que las mutuas al igual que el INSS, pueden efectuar actividades de control de las bajas a través de sus propios servicios médicos así como proponer, exclusivamente a efectos económicos, el alta de un paciente.

El mencionado Real Decreto 575/1997 y la Orden de 19 de junio de 1997(48) aprueban los partes médicos de IT (art. 1) (tabla 5, pág. 144) (y cuyo formato se reproduce en el anexo 1, pág. 173), la expedición del parte médico de baja, los partes de confirmación y el parte de alta sea la IT derivada de contingencias comunes (arts. 2 a 5) o de contingencias profesionales (arts. 6 a 10). Dado que nuestro estudio se centra en el análisis de las incapacidades temporales por contingencias comunes, las figuras 5, 6 y 7 (págs. 167-169) visualizan el flujo de estos diferentes comunicados.

Con la entrada en vigor de esta normativa, las modificaciones de mayor trascendencia se centran, como hemos mencionado, en los modelos de los partes médicos, la prescripción, la duración y la extinción del derecho de la prestación así como la gestión de las prestaciones (cobertura de la prestación económica) y el control de la IT (arts. 11 a 14 y disposiciones adicionales 1ª y 2ª). En relación a este último aspecto, en la figura 8 (pág. 170) se expone un esquema del flujo del comunicado de alta cuando ésta se ha generado a partir de la propuesta de las entidades gestoras (el INSS o la mutua de accidentes de trabajo).

En relación a la duración de la IT, en principio se fija un periodo máximo de 12 meses, aunque es prorrogable otros 6 meses más cuando se considera que

---

durante este tiempo el trabajador puede curarse (prórroga ordinaria). Para ello es preciso que el médico que atiende al trabajador formalice el apartado “Informe a efectos de prórroga” del parte de confirmación inmediatamente anterior al momento de cumplirse los 12 meses.

Transcurrido este período de 18 meses, si el médico que atiende al trabajador considera que es necesario proseguir el tratamiento puede proponer al INSS una prórroga (prórroga especial) de 12 meses. Una vez transcurrido como máximo el período total de 30 meses, el trabajador está en situación de alta médica por curación o en situación de invalidez permanente.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) ha propuesto una serie de medidas para mejorar la gestión de la IT. Entre ellas, destacamos las siguientes: la existencia de un único documento de baja/alta de duración definible, la mejora del funcionamiento de la Inspección Sanitaria y su coordinación con los médicos de atención primaria, el establecimiento de una duración media de la IT sobrepasada la cual actuaría la Inspección Médica y revisaría el caso –esto agilizaría las pruebas complementarias, las interconsultas, los tratamientos especializados-, la creación de cauces de comunicación entre la atención primaria y las unidades básicas sanitarias de los servicios de prevención (los antiguos servicios médicos de empresa) – asegurando en cualquier caso el mantenimiento de la confidencialidad de la IT– y la búsqueda de soluciones alternativas a problemas sociales que, en ocasiones, se intentan paliar con la prescripción de la IT (49).

---

#### 1.3.4. Elementos éticos en la gestión de la incapacidad temporal

La complejidad de la IT hace que las decisiones relativas a la misma se sitúen en tres ámbitos diferenciados: el ético, el clínico y el legal. Ya hemos hablado de los dos últimos. Señalemos ahora algunas características del primero, no menos importante. La motivación para gestionar correctamente la IT es puramente ética: tener el convencimiento de que existe un beneficio social, ligado a esta prestación, que hay que preservar y potenciar, responder a la confianza que nos han depositado y hacer el trabajo bien hecho. Sin embargo, factores como la falta de acuerdo en el equipo o la creencia (o certeza) de que no hay apoyo ni preocupación por parte de la inspección, conduce a posturas derrotistas o de inhibición del problema. Para algunos médicos, la IT ha dejado de ser un problema porque hacen lo que los pacientes piden, bien porque tienen aversión al mínimo conflicto (por lo que prefieren ceder antes que enfrentarse a pacientes, sean o no simuladores), bien porque quieren ganarse fama de condescendientes entre la población, o porque en alguna ocasión no fueron apoyados en sus decisiones por su dirección (50).

La mayor participación de los pacientes en la toma de decisiones y los problemas que se derivan de la redistribución de los recursos económicos limitados han sido factores que han cambiado ciertos aspectos de las coordenadas éticas que se dan en relación a la IT. La bioética médica ha contribuido a resolver conflictos éticos de modo que se puedan tomar decisiones racionales, en condiciones de incertidumbre, con el fin de mejorar la corrección y la calidad de las decisiones clínicas (51,52). Los profesionales sanitarios deben ser veraces, obligación que responde a una actuación responsable cuando se expide una baja o un justificante de asistencia. No hay que confundir el deber de beneficencia o la lealtad hacia el paciente con la complicidad en el fraude a terceros.

Una segunda cuestión ética tiene que ver con la confidencialidad de los datos y el derecho a la intimidad de las personas. La confidencialidad, entendida como el deber que tiene todo profesional de no descubrir a terceros los hechos

---

conocidos en el ejercicio de su profesión, es una obligación exigible no sólo desde el punto de vista legal si no que se ha considerado como un deber ético que se recoge en el código deontológico (53). En relación a la IT a veces no se ha sido suficientemente beligerante para que fuera así y, en este sentido, el Real Decreto 575/1997 (43) viene a plantear esta cuestión con total crudeza, al obligar al médico de cabecera a remitir datos del diagnóstico a los servicios médicos de la entidad gestora de la Seguridad Social o a las mutuas de accidente de trabajo, lo que plantea un conflicto entre lo ético y lo legal no resuelto.

Finalmente, un último aspecto a tener en cuenta es la lealtad. En determinadas situaciones se puede generar un conflicto entre la lealtad que debemos al paciente y la que por otra parte debemos a la sociedad que carga con la prestación. Sin embargo, el médico es fundamentalmente un agente del paciente que debe defender sus intereses; y este deber no tiene porqué entrar en contradicción con el convencimiento de que, cuando se manejan fondos públicos, toda ineficiencia es injusta y que la eficiencia es también una obligación moral. Ahora bien, una cosa es ser eficiente y otra muy distinta convertirse en instrumentos de control social como parece desprenderse del anuncio de incentivos (con el objetivo de premiar la eficiencia en el trabajo) para reducir el gasto en IT. La utilización de estos criterios economicistas que incentivan exclusivamente el ahorro no sólo no nos resulta éticamente aceptable sino que nos parece puede tener efectos perversos (52). Algo que habrá que analizar para poder valorarlo con conocimiento de causa.

Todos estos elementos influyen en lo que se ha denominado la tensión de decidir y de decidir bien, sobre todo cuando nos hallamos en una situación en la que se piensa que se puede dar una alta forzada o bien al contrario, hacer el juego a otros que abusan de la prestación de la IT. La única manera de superar esta situación es llegar a un diagnóstico propio, evitar estereotipos e intentar hacerse una opinión basada en hechos. Inclinarsé por la hipótesis más conservadora (si no se trata de un paciente hiperdemandante de bajas laborales), tener muy en cuenta la historia clínica previa y fiarnos del paciente,

---

son aspectos que contribuyen a mejorar la gestión de la IT. Tratar de convencer al paciente de la necesidad de aceptar el alta, en caso que resulte bastante claro que nos hallamos ante un paciente simulador (y sólo como último recurso “forzar el alta”) y debatir los casos problemáticos en el marco de los equipos de atención primaria, compartiendo riesgos, tratando de obtener una segunda opinión (realizando pruebas complementarias, enviando el paciente al especialista), en caso que el proceso no esté claro, son recursos de los que dispone el profesional para afrontar la gestión de la IT (50).

Como resumen de este apartado, en la tabla 6 se señalan una serie de puntos clave relacionados con los aspectos éticos de la gestión de la IT.

Tabla 6. Elementos éticos clave de la gestión de la incapacidad temporal.

- 
- Escucha activa, es decir no dejarse llevar por el primer impulso de un estereotipo.
  - Valorar los antecedentes en relación a la demanda de bajas.
  - Obtener datos semiológicos mínimos que se apuntan en la historia.
  - Compartir riesgos mediante la petición de pruebas complementarias que sin ser complejas pueden descartar procesos banales de otros más graves que justifiquen la IT (por ejemplo, ECG ante una precordialgia).
  - Utilizar las sesiones clínica para incrementar la reflexión y obtener el apoyo psicológico de los compañeros.
  - Usar la persuasión normativa, poniendo como límite de la actuación, la norma legal establecida.
  - Utilizar la persuasión identificativa, sosteniendo una decisión con el ejemplo de otros pacientes.
  - Enfocar el asunto buscando el beneficio del paciente.
  - Anteponer la necesidad clínica (del alta o de la baja) a cualquier consideración económica.
  - En caso de tener que forzar el alta, hay que empezar de manera decidida, de modo que el paciente identifique el médico como responsable de la decisión.
- 

Fuente: Borrell y Guerra (50).

---

#### 1.4. Factores de riesgo asociados a la incapacidad temporal

Como ya se ha señalado al discutir el modelo causal de la IT, ésta se ha interpretado como una relación entre el ambiente de trabajo y la capacidad del trabajador para el trabajo. Esta respuesta es vista como un efecto sobre la salud que sólo es explicable por una elevada demanda física y/o psíquica del trabajo remunerado. En este sentido, Vogel (54) ha interpretado la incapacidad laboral como fenómeno generado a partir del ambiente de trabajo.

Otro enfoque sobre las ausencias en el trabajo por motivos de salud se basa en que estén asociadas a factores individuales tales como el comportamiento ante la enfermedad, la percepción de la misma y una personalidad pasiva, utilizándose la expresión “propensión al absentismo” (55) para ilustrar aquellas situaciones en que un número reducido de individuos son frecuentes absentistas.

Un argumento que se ha mencionado públicamente como motivo de ausencia en el trabajo ha sido la simulación, pero ésta no ha sido probada como causa de la incidencia. Al contrario, Vogel (54) sostiene que las estadísticas sobre absentismo señalan que se trata de un fenómeno limitado, que no hay indicadores que corroboren su aumento y que el nivel de simulación depende tanto de las características personales y de la motivación al trabajo, como del modelo del sistema de seguridad social.

Otro modo de interpretar la IT parte del análisis basado en las estrategias personales que desarrolla cada individuo para poder afrontar distintas situaciones (55). En este caso, una tensión origina una ausencia de corta duración, mecanismo que puede servir para reducir el estrés y en definitiva mejorar la salud, y que hay que interpretarlo como respuesta necesaria para restablecer el estado de salud previo a la situación de tensión.

Es obvio, no obstante, que sólo una parte de la IT se puede explicar de modo exclusivo por estos factores. Los episodios de IT tienen unos antecedentes de

---

origen multifactorial y muchos de ellos no están relacionados, o sólo marginalmente, con el ambiente de trabajo, como la mayoría de los accidentes de tráfico, ciertas enfermedades infecciosas, algunos procesos tumorales o determinados trastornos músculo-esqueléticos o respiratorios.

El estudio de los factores que intervienen en las ausencias en el trabajo se puede contemplar, como hemos señalado anteriormente, desde un enfoque sociológico dado que, si bien la mayoría de estudios referidos al absentismo son de naturaleza médica, como ha referido Alexanderson (11), las formulaciones teóricas del absentismo se sustentan también en disciplinas como la sociología, la psicología y la economía, por lo que los factores relacionados con el absentismo se pueden catalogar en función de distintas categorías estructurales.

Esta autora, tras una revisión de 320 trabajos publicados sobre absentismo, enumera los factores de los que se tiene, en uno u otro grado, evidencia de su influencia en el absentismo laboral, clasificándolos según su nivel estructural en a) los factores macro, que son los factores de ámbito nacional, como el nivel económico del país, la estructura y composición de la fuerza de trabajo, el sistema de seguridad social y los modelos sociales hegemónicos; b) los factores meso, que son los factores de ámbito laboral o comunitario como los contaminantes físicos, químicos u organizativos en el lugar de trabajo, las cargas familiares complementarias, la accesibilidad a los centros sanitarios; y c) los factores micro, que son los factores de ámbito individual como la edad, el género, los recursos personales o la situación familiar.

A nivel laboral y comunitario, que es el que más nos interesa aquí, se ha planteado como elementos que intervienen en el absentismo diversas teorías acerca de la especificidad del lugar de trabajo, entre las que destaca la llamada “cultura de la ausencia en el trabajo” (56,57). Esto significa que, en una organización determinada, según una ocupación y un estatus, existe una ausencia legitimada. Esto es posible porque se establece, muchas veces tácitamente, un pacto entre empleador y trabajador que responde “al juego de

---

una "cuota de permisividad" acerca de la ausencia legitimada al trabajo basada en la costumbre y la práctica" (58).

Otros estudios han puesto de relieve que los elementos decisivos para explicar las características de la ausencia en el trabajo son el acceso a los cuidados médicos, las prácticas locales de la atención sanitaria, el desarrollo legal del sistema de la seguridad social y el papel de los médicos en el proceso de certificar las ausencias por enfermedad (3,11,14, 59, 60, 61) .

En un análisis descriptivo de las IT realizado por Buitrago (17), que parte también de la premisa según la cual la IT constituye una importante fuente de información para la planificación en atención primaria, los factores asociados a los episodios de IT fueron la edad (62,52% de las bajas correspondió a los activos entre 20-39 años que representaron el 53,48% del total de días de IT), el género (52,02% hombres), los factores estacionales (climáticos) y la ocupación.

En relación a esta última variable, destaca que existía un predominio de las IT en el grupo "personal de servicios administrativos y similares" con un 37,84% de las IT, y en la categoría "personal de la extracción de minerales, preparación y tratamiento de materiales, fabricación de productos, del montaje y manejo de maquinaria e instalaciones, de la construcción y de los transportes" con un 34,17 % de las IT. El desconocimiento de los titulares activos en cada una de las categorías evaluadas (género, grupos de edad y grupos de ocupación) no permitió determinar las tasas de incidencia de IT en cada uno de ellos, lo cual hubiera sido más significativo que el resultado en términos de frecuencia absoluta. En esta línea, este mismo autor publicó en 1990 un trabajo en el que ponía de relieve que la edad y la profesión son variables relacionadas con la IT y en cambio el género, excluidas las bajas maternas, no parecía influir en la IT (18).

Sin embargo, la variable género ha sido objeto de análisis controvertido, fiel reflejo de que la IT es algo más que un problema de salud (14), de modo que

---

este mismo autor, más recientemente (1993), encontró diferencias significativas al analizar, por género, la IT en diferentes grupos ocupacionales (62). En esta misma línea de investigación son muy sugerentes los trabajos, entre otros, de Messing, según la cual la IT no se distribuye homogéneamente entre géneros, atribuyendo este hecho a una fuerte división sexista del trabajo que conlleva condiciones de trabajo distintas entre hombres y mujeres (63). También, Benavides (64), en una investigación sobre IT en trabajadores contratados más de 30 días en un hospital, puso de relieve que, entre las variables estudiadas, ser mujer, tener más de 30 años, trabajar en mantenimiento y limpieza del hospital o de auxiliar de clínica y en turno rotatorio son las características que mejor explican la incidencia de la IT en esta empresa. La diferencia relativa en la incidencia de IT entre hombres y mujeres se mantienen después de haber ajustado por edad, categoría laboral, tipo de contrato y turno de trabajo.

Igualmente, diversos trabajos han profundizado en la descripción de los datos recogidos mediante la notificación de la IT, llegando a conclusiones similares sobre su distribución por grupos de enfermedades (con predominio de enfermedades respiratorias, musculoesqueléticas y trastornos mentales), edad, género y duración de los episodios (65, 66), contemplando, en algunos casos, la actividad económica de la empresa como factor asociado a la IT (67). En este sentido, Núñez, además de confirmar los factores señalados anteriormente, pone de relieve que la actividad económica de la empresa (incluyendo como categoría diferenciada el grupo de autónomos), la edad y el género influyen en la incidencia de las diferentes patologías (68), por lo que al señalar el interés, desde el punto de vista epidemiológico, de los comunicados de baja, apunta la necesidad de cumplimentar en el parte de IT, de modo sistemático, la actividad laboral.

Otros trabajos han analizado los aspectos temporales de las bajas laborales, comparando la frecuencia entre altas y bajas según el día de la semana, hallándose diferencias significativas solamente el miércoles en que se dieron más bajas y el viernes que se prescribieron más altas (69), o su distribución temporal a lo largo del año (la estacionalidad) en función de los grupos

---

diagnósticos (70), o bien en otros estudios apuntando la necesidad de valorar el carácter laboral de determinadas afecciones antes de certificar cualquier proceso de baja laboral por enfermedad común o accidente no laboral (71).

El estudio de la IT centrado en la ocupación, como una de sus variables explicativas, ha permitido poner de relieve que la distribución de la IT es muy distinta entre las diferentes ocupaciones, siendo relevante en grupos específicos de trabajadores como, por ejemplo, el personal sanitario de enfermería (72). En este sentido, se ha constatado que los procesos de IT del personal de enfermería y administrativos de un centro de salud eran diferentes respecto a las bajas de la población general (62): el porcentaje de IT, excluidas las bajas maternales, era superior y estadísticamente significativo en personal administrativo y enfermería respecto la población titular activa (30,9 IT/100 activos en administrativos, 25,2% en enfermería frente a 16,5% de IT de la población activa,  $p < 0,005$ ).

De igual modo se ha puesto de manifiesto la diferencia de los procesos de IT entre el personal administrativo respecto a los ocupados en tareas manuales de carga y descarga en una empresa de servicios: los procesos de IT son más frecuentes entre los trabajadores manuales y los que tienen turno rotatorio y duran más en el personal administrativo, con un promedio de 52,5 días en éstos frente a 27,7 días en los primeros ( $p < 0,005$ ) (73). En esta línea también se ha observado que las trabajadoras ocupadas en la fabricación de pequeños elementos cerámicos para componentes electrónicos, en el montaje de componentes plásticos para la industria del automóvil o en mataderos industriales -tareas todas ellas con una elevada repetitividad de movimientos de hombros, muñecas y brazos-, presentaban un mayor número de bajas y de mayor duración que las trabajadoras del grupo control, compuesto por un número similar de pacientes que trabajaban en el laboratorio, como cuidadores familiares a domicilio o en supermercados (excepto las cajeras). Es decir, en trabajos más variados y con mayor movilidad (74).

---

Otras características de la ocupación que han sido analizadas son aquellas que hacen referencia a los aspectos psicosociales del trabajo. Así, Vahtera (75), analizando una cohorte de 530 empleados municipales durante el periodo 1990-1997, encontró que los trabajadores con pérdida de control sobre su trabajo a lo largo del período de estudio tenían un riesgo 1,30 veces superior (IC95%:1,19-1,41) de tener una baja que los que mantenían el control. En el mismo sentido se comportaban otras características como un decreciente apoyo social (1,30; IC95%:1,20-1,41) o un incremento de la demanda del trabajo (1,10; IC95%:1,03-1,17). Estos resultados permiten concluir que los cambios negativos en el ambiente psicosocial del trabajo tienen efectos adversos sobre la capacidad de trabajo de los empleados.

El estudio de la IT asociada a las variables que dependen del modelo de atención sanitaria y a la categoría profesional, nos ofrece resultados diversos. Investigaciones realizadas en el ámbito de los profesionales sanitarios ponen de relieve que el índice de IT está asociado al modelo de atención sanitaria (reformada versus no reformada), al área de salud en que se trabaje y a la categoría profesional del trabajador sanitario, según sea facultativo, personal de enfermería o personal no sanitario (76). Sin embargo, en otros trabajos, si bien se ha encontrado una duración mayor de la IT en personal de enfermería - 34,3 días en este colectivo frente a 17,7 días en médicos y 16,2 en personal no sanitario- no se hallaron diferencias significativas entre los profesionales pertenecientes a distintos modelos sanitarios (77). En cambio, cuando el estudio se ha circunscrito en los médicos de atención primaria, los procesos de incapacidad laboral se concentran mayoritariamente en la red no reformada, en profesionales de mayor edad y con mayor presión asistencial (78).

Uno de los elementos clave que caracteriza la IT es la duración del episodio, por lo que es lógico que haya sido una variable analizada en la mayoría de los estudios sobre IT. Aunque este aspecto no es central en nuestro trabajo, podemos indicar que diversos trabajos han analizado los patrones de duración de los procesos más frecuentes a fin de disponer de unos parámetros

---

(estándares) que permitan evaluar la actividad de los servicios de asistencia médica y la labor médica inspectora (79).

Esto ha conducido a establecer, por consenso, una “Guía de estándares de duración” de los procesos más frecuentes de IT (80). Sin embargo, cuando se han comparado algunos perfiles de duración con estos estándares propuestos por el Insalud, tanto en un Distrito sanitario (81) como en un Centro de Salud (82), se ha puesto de relieve la dificultad de cumplir, en la práctica, las recomendaciones propuestas. Ello ha sido especialmente manifiesto en relación a los procesos de menor duración potencial, que son los que causan menor número de días perdidos en total, pero que representan el mayor número de episodios de IT y, por lo tanto, una mayor carga asistencial.

Al caracterizar la duración de los episodios de IT, se han analizado los factores que intervienen en función de las variables sociodemográficas, de las patologías o grupos diagnósticos, según adscripción a regímenes de la Seguridad Social o según características del sistema de salud o de las características de los profesionales. Por un lado, se ha señalado que la duración media de una IT ha oscilado entre 35 días -en la década de los ochenta- (73, 83, 84, 85) y 45 días -en la década de los noventa- (86, 87), según se tenga en cuenta los motivos (patologías), las características sociolaborales o las variables sociodemográficas (edad y género). No obstante, recientemente se ha señalado que los factores más influyentes en la duración de la IT son la edad y el régimen de la Seguridad Social (88).

Al analizar los episodios de IT según género, edad, motivo y accesibilidad, utilizando como estándares la duración media de los procesos (en días), ya se puso de relieve, a finales de la década de los 80, que el factor que parecía influir más positivamente en el regreso al trabajo era la accesibilidad (89, 90). En este sentido, Gervás en un trabajo de 1990 (91) halló que, siendo el médico de cabecera quien tenía la iniciativa del alta en el 82% de los casos, el 96% de los mismos se reincorporaba a su trabajo habitual y a los nueve meses este porcentaje se mantenía alto (93%). Ello significa, según este autor, que la

---

gestión de los episodios de IT está estrechamente relacionada con la gestión clínica y asistencial más directa.

Más recientemente, a finales de la década de los 90, otros trabajos ponen de relieve también que la accesibilidad al sistema sanitario ha sido uno de los factores que influyen positivamente a la vuelta al trabajo (73, 88). En esta línea de análisis, Infante-Rivard (92) ha señalado algunos de los factores más significativos que favorecen la vuelta al trabajo (factores pronósticos) ante determinados problemas de salud prevalentes, como puede ser la lumbalgia mecánica: ser joven, tener un diagnóstico de dolor en vez de una lesión discal, un intervalo corto entre el accidente y el inicio del tratamiento, así como una buena movilidad al inicio del tratamiento y la ausencia de signos neurológicos; también facilitan una incorporación más rápida al trabajo una duración más larga del empleo, trabajar en una empresa pública más que privada y la posibilidad de disfrutar de descansos no programados.

Todas estas investigaciones han puesto en evidencia que múltiples y diferentes factores de riesgo están asociados a la IT. Factores que, como ya hemos dicho, responden a las características demográficas de los pacientes, a la naturaleza del daño, a las características del sistema sanitario y, más específicamente, a factores de riesgo relacionados con las condiciones de trabajo.

Sin embargo, no hemos hallado trabajos que hayan analizado las causas de la IT, y concretamente la influencia de las condiciones de trabajo en los episodios notificados como enfermedad común o accidente no laboral, razón por la que entendemos se justifica la realización de nuestro trabajo con la hipótesis y los objetivos que se detallan a continuación.

---

### 1.5. Hipótesis y objetivos del estudio

La hipótesis del presente estudio es que una proporción significativa de IT que se notifica como lesión o enfermedad no relacionada con el trabajo tiene realmente su origen en lesiones o enfermedades de origen laboral.

- Objetivo general

El objetivo principal de este estudio fue analizar la relación de los episodios de IT por enfermedad común y accidente no laboral con las condiciones de trabajo

- Objetivos específicos

1. Describir una muestra de IT por enfermedad o accidente no laboral certificada por médicos de un centro de atención primaria en trabajadores afiliados al Régimen General o al Régimen de Autónomos de la Seguridad Social.
  2. Valorar el origen laboral de una muestra de IT notificada como no laboral según la opinión de expertos.
  3. Analizar el papel de las condiciones de trabajo, el tipo de enfermedades y las características sociolaborales en la explicación de este fenómeno.
-

## **2. SUJETOS Y MÉTODOS**

## 2.1. Ámbito y muestra del estudio

El ámbito de estudio fue el municipio de Castelldefels, que, según el Padrón de 1998, contaba con una población de 43.307 habitantes -21.683 mujeres (50,1%), 21.624 hombres (49,9%) (93)- que eran atendidos por un único centro de atención primaria (CAP Castelldefels). La pirámide de población era relativamente simétrica en los diferentes grupos de edad hasta los setenta años, estrato a partir del cual el número de mujeres destacaba sobre el de hombres a causa de la mayor longevidad de aquellas. La población de estudio fue la población activa (16-65 años) asegurada de este municipio (n= 32.064 habitantes) (93). Por sectores de actividad, la población activa ocupada se distribuía en el sector servicios (61%), especialmente en el comercio y hostelería que ocupaban el 25%, en el sector secundario en pequeñas industrias (27%) y en la construcción (12%). El sector primario, centrado en la agricultura y pesca, era prácticamente inexistente (0,8%) (94).

De acuerdo al número de altas que se prescribieron durante 1996 (n = 3197) y la cadencia de prescripciones en función del día de la semana, y según el resultado del estudio piloto que se realizó basado en 50 episodios (95), se calculó el tamaño de la muestra y su distribución aleatoria a lo largo del período de estudio preestablecido (de 1 de enero 1999 a 31 de diciembre de 1999). Inicialmente, se diseñó la inclusión de todos los episodios de alta que se prescribieron en los días previamente seleccionados. Finalmente, como consecuencia de la reducción de la financiación solicitada, se redujo la muestra así como el período de estudio, que se estableció entre el 1 de Febrero de 1999 y el 30 de Junio de 1999. El número de casos incluidos en el estudio fue de 207 episodios de IT.

## 2.2. Definición de caso

Los casos objeto de estudio correspondieron a trabajadores que cotizaban en el Régimen General de la Seguridad Social o Régimen de Autónomos, que sufrieron un problema de salud que motivó una IT por enfermedad común o

---

accidente no laboral. Los casos seleccionados fueron los episodios de IT en el momento que cesaba esta situación y se producía el alta médica, con independencia del diagnóstico, prescrita por cualquiera de los trece médicos del CAP Castelldefels.

La inclusión en el estudio se realizó una vez que el médico de cabecera había prescrito el alta. Las contingencias por maternidad (bajas maternales por parto) fueron excluidas, dado que era una contingencia distinta a la IT.

Para cada episodio de alta se recogió la siguiente información:

- a) Datos personales: nombre, edad, género.
- b) Datos del episodio: fecha de baja y de alta, diagnóstico que constaba en el parte de IT, nombre del médico de cabecera, régimen de la Seguridad Social.
- c) Datos laborales: historia laboral, ocupación actual, tareas, actividad económica de la empresa en cada ocupación, tipo de contrato y factores de riesgo laboral percibidos.
- d) Datos sanitarios: historia clínica del problema de salud actual, antecedentes, conductas relacionadas con la salud y salud percibida.

### 2.3. Fuentes de información

Los datos procedían de cinco fuentes de información: el parte médico de notificación del alta (P9), el informe clínico del alta, un cuestionario laboral, la historia clínica y la hoja de evaluación de los expertos.

#### 2.3.1. Parte de notificación de alta

Es el documento que debía cumplimentar el médico y en virtud del cual se certificaba la situación médica de alta por curación del paciente asistido (anexo 1, pág. 173). De acuerdo a la Orden de 19 de junio de 1997, por la que se desarrolla la disposición final primera del Real Decreto 575/1997 y que establece los nuevos modelos de partes médicos de baja, confirmación de la

baja y parte de alta, el parte de alta contiene los datos personales, número de afiliación a la Seguridad Social, nombre, apellidos y número de colegiado del médico, el diagnóstico de la IT y la fecha de baja y alta.

La aplicación informatizada de la gestión de la IT en el CAP Castelldefels ha permitido disponer de una copia impresa por ordenador de estos items justo en el momento que el paciente venía a recoger el parte de alta. Otra información que se disponía en este documento era la codificación del diagnóstico según la WONCA –Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión (CIE-9) para la Atención Primaria- proporcionada por la propia aplicación del programa informático.

### 2.3.2. Cuestionario laboral

El cuestionario laboral, diseñado para este estudio, tenía como objetivo recoger las principales características de la historia laboral del trabajador y las condiciones de trabajo de la actual o más reciente ocupación, a fin de poder evaluar la exposición a riesgo laboral en cada episodio de IT.

El cuestionario fue administrado en forma de entrevista, por lo que fue diseñado para que mediante un proceso de codificación automática se pudieran introducir las variables en una base de datos centralizada y única en formato Access® y en entorno Windows95®.

El cuestionario fue elaborado a partir de los criterios seguidos por el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) sobre cuestionarios normalizados en salud laboral y su contenido se basó en modelos validados por Newman (96), Rosentock (97) y Karasek (98). También se tuvieron en cuenta los criterios señalados por el CDC y el NIOSH para la confección de un cuestionario estándar (99), los criterios del Occupational and Environmental Health Committee (100) para la realización de una historia ocupacional y, por último, los elementos esenciales del cuestionario utilizado en la Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo (101).

---

El contenido del cuestionario laboral se dividió en seis secciones (anexo 2, pág. 177). La primera sección, de identificación personal, contenía la fecha de nacimiento, el género, la dirección y un teléfono de contacto (ítems 1-3). En la segunda, de características generales del episodio de IT, se recogía la fecha de baja y alta, la identificación del médico de familia, el régimen de la Seguridad Social y las observaciones del entrevistado en cuanto a su proceso de baja (ítems 4-6). La tercera sección, de situación laboral, incluía aspectos generales relativos tanto al tipo de contratación, el horario y el turno de trabajo, la antigüedad en la empresa, la actividad y el tamaño de la misma (ítems 7-12).

La cuarta sección, de condiciones de trabajo, se centró en la ocupación que realizaba el paciente en el momento de iniciar la baja, el tiempo que había estado realizando este trabajo (ítems 13-14) y recogía también los factores de riesgo relacionados con las condiciones específicas del puesto de trabajo y de las tareas que realizó: a) los factores de riesgo relacionados con las condiciones ambientales y estructurales del lugar de trabajo (factores de riesgo físico, sistemas de aire acondicionado) (ítems 15-16), b) la utilización de productos o sustancias peligrosas (factores de riesgo químico) (ítem 17), c) los equipos de trabajo (herramientas, pantallas de ordenador) y las características de la tarea (ítems 18-19) y d) los factores organizacionales (factores de riesgo psicosocial) (ítem 20). Una última pregunta en esta sección hacía referencia a la opinión del entrevistado sobre si el problema de salud que había motivado su IT estaba relacionado con su trabajo (ítem 21).

En la sección quinta, de antecedentes laborales, incluía información relativa a las ocupaciones anteriores como la fecha de inicio y finalización, la actividad de la empresa y la ocupación desempeñada y los posibles factores de riesgo que hubiera percibido (ítem 22). Finalmente, en una última sección, de características de la entrevista, se recogía información referente a la calidad de la misma como su duración, el código del entrevistador y la colaboración del entrevistado.

### 2.3.3. Informe clínico del alta

El informe clínico del alta era una ficha, diseñada para este estudio, que cumplimentaba el médico de familia que había dado el alta (anexo 3, pág. 189). A partir de la historia clínica y en un formato de apartados abiertos, este documento recogía información clínica complementaria sobre el problema de salud que dio lugar a la IT.

Esta información se agrupaba en los apartados siguientes: a) antecedentes patológicos, b) manifestaciones clínicas, c) resultados de pruebas complementarias (en el caso que se hubieran realizado), d) opinión de los especialistas (si se había derivado el paciente) y e) diagnóstico principal y secundarios. La cumplimentación del informe clínico la realizaba el médico teniendo en cuenta la historia clínica del paciente, la cual se le proporcionaba, una vez efectuada la entrevista, al final del turno de mañana o tarde.

El objetivo de este documento era recoger la información que el profesional que atendió al paciente consideraba relevante para el episodio de IT. El informe clínico complementaba la información del parte de alta y ofrecía información clave para los evaluadores.

### 2.4. Codificación y tratamiento de las variables

La edad, la antigüedad en la empresa, la antigüedad en la ocupación, el número de trabajadores de la empresa (tamaño) se han recogido como variables cuantitativas (número de años, número de trabajadores...) y, tras un proceso de recodificación, se han agrupado, como variables categóricas, en los diferentes intervalos tal como aparecen en las respectivas tablas del apartado de resultados.

Para las variables introducidas con su denominación literal (actividad de la empresa, ocupación del trabajador y diagnóstico), se han codificado siguiendo los siguientes criterios:

---

- Para la *actividad de la empresa* se utilizó la versión catalana de la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CCAIE-93) (102). Un tratamiento posterior nos llevó a la necesidad de agrupar las actividades codificadas, estableciendo una recodificación de las mismas a partir de la CCAIE-93. El resultado de la misma y su correspondencia con las denominaciones literales se recogen en la tabla 7 (pág. 145).
- La *ocupación del trabajador* se codificó según la versión catalana de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CCO-94) (103). Al igual que en la variable anterior, un tratamiento posterior nos llevó a la necesidad de agrupar las ocupaciones codificadas estableciendo una recodificación de las mismas a partir de la CCO-94. En este caso, se procedió a dos recodificaciones de las ocupaciones, una utilizada para el análisis descriptivo simple y otra para la regresión logística (tabla 8, pág. 146).
- El *diagnóstico* se codificó según la Clasificación Internacional de los Problemas de Salud en Atención Primaria-2 (CIPSAP-2) o Clasificación WONCA, que es una adaptación de la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión (CIE-9) (104). Una vez codificados los distintos trastornos, se recodificaron de acuerdo a las 18 secciones de la CIPSAP-2. La mayoría de estas secciones están relacionadas con los aparatos y sistemas, otros con la etiología y algunos no tienen ninguna relación ni con los sistemas corporales ni con la etiología. El tratamiento final de esta variable se redujo a 9 grupos, siendo el grupo 9 el que corresponde a la agrupación “otras” que comprende las secciones de la CIPSAP-2 para las que no había suficientes casos. Un resumen de la clasificación de los diagnósticos que hemos realizado se encuentra en la tabla 9 (pág. 147).

Para el resto de variables hay que diferenciar aquellas que permiten evaluar la presencia de los factores de riesgo estructural, ambiental y ergonómico de aquellas que permiten evaluar los factores de riesgo psicosocial. En este sentido, los factores de riesgo se han agrupado según estuvieran relacionados

con la estructura, los contaminantes ambientales, la ejecución de la tarea y las características organizativas.

Para caracterizar los factores organizativos, o de riesgo psicosocial, se ha utilizado el modelo demanda-control-apoyo social (105). La información se recogió a partir del cuestionario de condiciones de trabajo, vida y satisfacción desarrollado por el Centre de Salut Laboral del Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona (106). El cuestionario contemplaba fundamentalmente tres dimensiones: demanda (incluye psicológica y física), control sobre el trabajo y apoyo social, distinguiendo dos tipos de apoyo en función de su origen: por parte de los compañeros y por parte de los supervisores. La dimensión de demanda estaba formada por 8 ítems (18.1 al 18.5 para la demanda física y del 18.6 al 18.8 para la psicológica), la de control por 4 (20.1, 20.3, 20.5 y 20.6) y apoyo social por 2 ítems (20.7 y 20.8). Las opciones de respuesta de la demanda eran 2 posibilidades (sí/no) otorgándose un punto a las respuestas positivas. En cambio, tanto el control como el apoyo social las respuestas se basaban en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, desde "muy de acuerdo" a "nada de acuerdo", puntuándose de 1 a 5 respectivamente. A continuación cada individuo obtuvo una puntuación para cada dimensión que fue la suma de las puntuaciones de los ítems que conformaban cada dimensión. Finalmente las dimensiones se dicotomizaron en cero (0) y uno (1), utilizando la mediana como punto de corte. La puntuación cero indicaba el nivel más bajo de exposición al factor de riesgo (no exposición), entendiéndose este punto de origen dónde existe la más baja demanda, el más alto control y el más alto apoyo social.

## 2.5. Recogida de información

Un elemento que se tuvo en especial consideración fue el momento de la recogida de la información de modo que su obtención no pudiera interpretarse como que se estaba fiscalizando al trabajador tanto por el motivo de la baja como por su duración, aspectos éstos que no entraban en los objetivos de nuestro estudio. El otro efecto que se quería evitar era el que pudiera afectar al

---

profesional que también pudiera modular su respuesta en cuanto pudiera interpretar que se estaba realizando una fiscalización de su actividad, aspecto éste que tampoco se había planteado en los objetivos del estudio.

Es por ello que se consideró la situación idónea para iniciar el proceso de recogida de la información el momento en el cual el médico había prescrito el alta y el paciente iba a recoger el documento en una oficina establecida a tal efecto en el CAP.

La Unidad de Gestión de la IT, integrada en la Unidad de Atención al Usuario, facilitaba el comunicado de alta por indicación del médico de familia, informaba al usuario del momento en el cual había de presentarse con el mismo a la empresa para reincorporarse a su actividad laboral e introducía los datos referentes al alta en la aplicación informática que disponía el equipo.

Estas personas eran las encargadas de solicitar el consentimiento informado al trabajador para su inclusión en el estudio. Los trabajadores que daban su consentimiento eran informados de nuevo por el entrevistador, de manera normalizada, sobre el estudio que se estaba realizando y también le solicitaba su consentimiento. Si el paciente aceptaba, se iniciaba la entrevista inmediatamente después del alta en el centro de atención primaria por una persona adecuadamente entrenada. Durante la entrevista se cumplimentaba el cuestionario laboral.

Al final de cada día, una vez realizadas las entrevistas, el entrevistador cumplimentaba aquellos apartados del informe clínico que permitían localizar la historia clínica del paciente (HCAP) (nombre y apellidos, número de seguridad social y número de HCAP, nombre y apellidos del médico, así como las fechas de baja y alta). Este documento se remitía al archivo de historias clínicas. Una vez se había identificado y localizado la HCAP se remitía, junto con una hoja del informe clínico para cumplimentar, a la consulta del médico de cabecera a través del circuito normalizado de transmisión de historias clínicas. Una vez el médico de familia había cumplimentado los diferentes apartados del informe

clínico, ambos documentos eran recogidos y remitidos de nuevo al archivo dónde el entrevistador los recogía de manera periódica.

Posteriormente, una copia del cuestionario laboral y del informe clínico era facilitada a cada uno de los expertos para que realizaran la evaluación de cada caso, cumplimentando para ello una hoja de evaluación diseñada a tal efecto (ver final anexo 4, pág. 203), como se explicará en el apartado siguiente.

Finalmente, estos datos fueron introducidos en la base de datos para su posterior análisis. En cada uno de estos documentos se ha preservado la confidencialidad de los datos personales para evitar que pudieran identificar tanto los individuos encuestados como los médicos de familia o los expertos evaluadores.

## 2.6. Valoración de los expertos

Una de las principales dificultades que se presentan al estudiar la relación entre las condiciones de trabajo y la salud es valorar adecuadamente la exposición al factor o a los factores de riesgo laboral que pueden contribuir en la aparición de los trastornos de salud.

Así, una vez cumplimentados el cuestionario laboral y el informe clínico, y tras asegurar la confidencialidad de la información recogida, una copia de ambos documentos se distribuyó a dos expertos: un especialista en medicina familiar y comunitaria y un especialista en medicina del trabajo, que valoraron por separado el papel de las condiciones de trabajo en cada episodio de IT, estableciendo si el proceso patológico que dió lugar al episodio de IT podía estar o no relacionado con dichas condiciones de trabajo.

Para ello se elaboró un manual del evaluador (anexo 4, pág. 193) cuyo objetivo fue el de unificar los criterios de evaluación de los distintos expertos. Este manual se ha realizado a partir del utilizado en el estudio sobre los efectos de

---

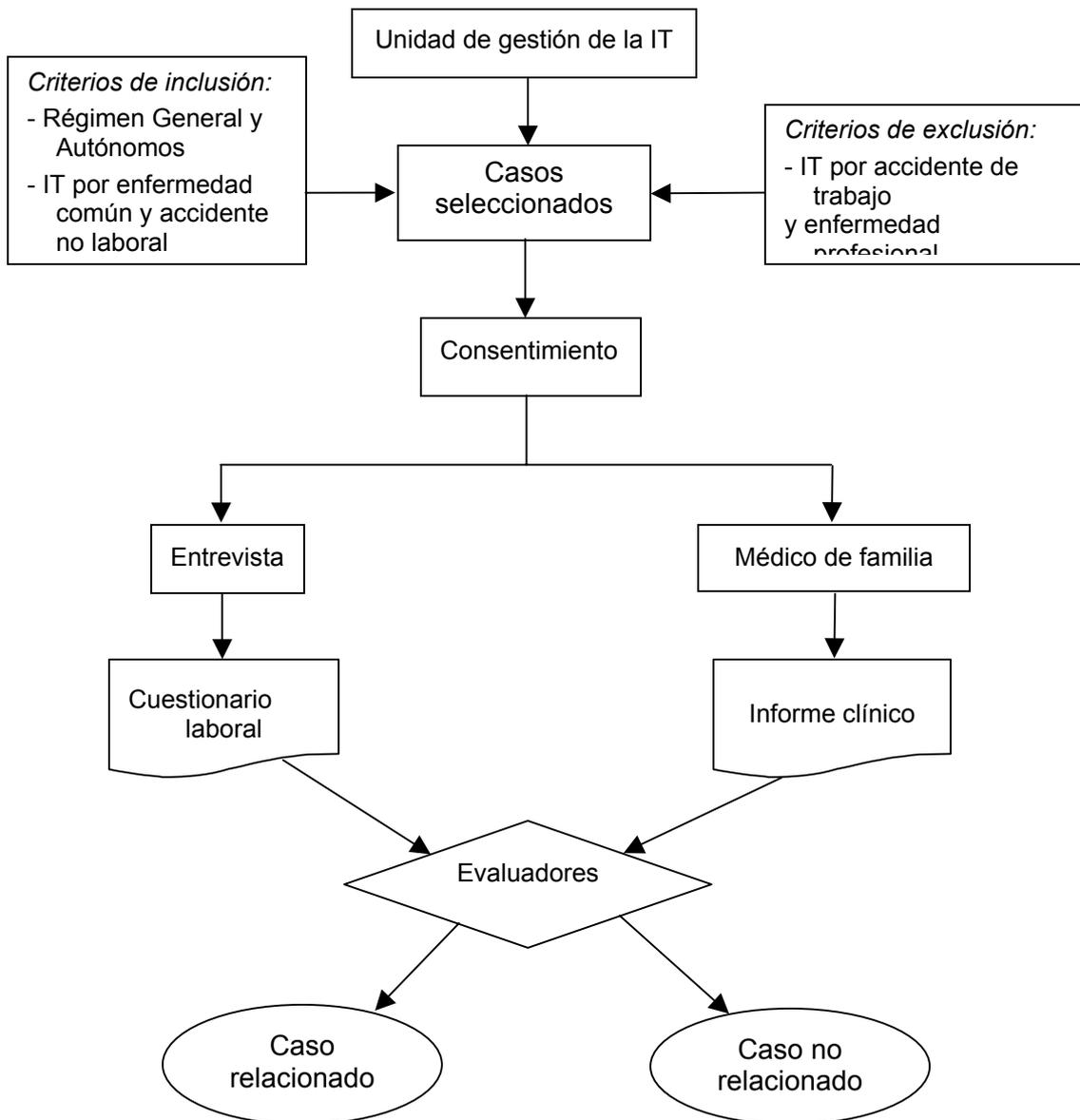
la exposición laboral a plaguicidas en la Comunidad Valenciana (107) y los criterios empleados por Gennart (108).

Mediante este procedimiento se trató de definir tres aspectos: a) la probabilidad de la relación causal, b) el grado de certeza en la opinión del experto y c) la calidad de la información recibida. El evaluador disponía de una hoja de evaluación en la cual señalaba, para cada caso, el resultado de su proceso para su posterior tratamiento informático. En ella el experto tenía que clasificar la relación causal en alguna de las siguientes categorías: probable, posible o nula. Si la información era insuficiente se consultaba nuevamente la historia clínica y, en algunos casos, se realizaba una entrevista con el propio facultativo para recabar más información. En caso de discrepancia entre los dos expertos, se recurrió a un tercer evaluador, que estableció el resultado final de la valoración mediante consenso. La figura 9 ilustra todo el proceso.

## 2.7. Análisis estadístico

El análisis se basó en el cálculo de proporciones y medias aritméticas, así como las correspondientes pruebas de hipótesis. Para valorar la concordancia entre los expertos se calculó el índice Kappa (109) (110). Asimismo, se estimaron los índices de exactitud (sensibilidad y valor predictivo positivo) de la opinión de los trabajadores respecto a la opinión de los expertos, utilizando a ésta última como la categoría estándar para realizar la comparación. De la misma manera, se comprobó el diagnóstico del P9 (parte de alta) con el diagnóstico del informe clínico (estándar) calculando la sensibilidad y el valor predictivo positivo. Por último, el análisis simple y ajustado, mediante el cálculo de la razón de odds cruda y la razón ajustada por edad se realizó aplicando modelos de regresión logística no condicional. Los paquetes estadísticos utilizados han sido EPIINFO v. 5 (111) y STATA v.6.0 (112).

Figura 9. Flujo de la identificación de casos, recogida de la información y evaluación de los casos.



### **3. RESULTADOS**

### 3.1. Participación y descripción de la muestra

El número de altas que se prescribieron en los días que se realizaron las entrevistas fue de 322 y el número de casos incluidos en el estudio ha sido de 207 episodios de IT. La tasa de participación fue del 64,3%, no existiendo ningún episodio repetido en el mismo individuo por igual o distinto diagnóstico. Como se puede observar en la tabla 10 (pág. 148), no hubo diferencias significativas entre los que participaron y no participaron respecto al género, a la edad, a la duración del episodio y al diagnóstico. Asimismo, se puede ver que hubo un claro predominio del género masculino (62,8 %). En la muestra estudiada la media de edad fue de 36,5 años (DE 11,3), si bien en el caso de los hombres era de 37,9 años (DE 11,9) y en las mujeres era de 34,2 años (DE 9,8).

#### 3.1.1. Características socio-laborales

La mayoría de los trabajadores con episodios de IT incluidos en la muestra trabajaban con contrato laboral indefinido (67,6 %). Todos ellos pertenecían al Régimen General de la Seguridad Social, no contando por lo tanto en la muestra, con trabajadores pertenecientes al Régimen de Trabajadores Autónomos. Según el tamaño de la empresa, el 40,1% estaban en empresas menores de 100 trabajadores y el 36,2 % en empresas superiores a 500 trabajadores. En un 74,4% de los casos, la antigüedad en la empresa fue superior a 1 año, en tanto que la antigüedad en la misma ocupación fue, en el 72,4% de la muestra, superior a 3 años, y el 27,5% alcanzaba una antigüedad en la ocupación superior a 15 años (tabla 11, pág. 149).

En relación a la duración de la jornada laboral, un 34,3 % de los individuos refirieron que era superior a las 40 horas semanales, si bien el 42,5% efectuaba una jornada de 40 horas a la semana. En cuanto al turno de trabajo, era mayoritario el turno partido (48,8%). El turno continuado lo realizaba un 35,3% de la muestra, distribuido en un 20,8% en el turno de mañana, un 8,2% en el turno de tarde y un 6,3% en el turno de noche. Un

---

10,6% de la muestra realizaba turno rotatorio. Es de destacar la categoría “Otros” (5,3 %), que incluye un horario laboral no normalizado, habiendo sido descrito como “muy irregular” (3 casos) o “según necesidades” (5 casos).

La tabla 12 (pág. 150) resume la actividad de las empresas en las que trabajaban los casos analizados. Destaca el sector servicios, que globalmente representaba dos tercios de la muestra (67,7%), distribuida mayoritariamente en el comercio, hostelería, transporte y comunicaciones. Los servicios personales –incluidos en el epígrafe “Otros servicios” (32,9%) - se focalizaban en las actividades sanitarias y en las actividades de limpieza de locales y limpieza a domicilio. El resto de las empresas se distribuían entre la industria manufacturera (19,3%) y la construcción (9,7%).

Respecto a la ocupación, en esta misma tabla, destaca el grupo de técnicos y profesionales -45 casos- (21,7%), que se distribuía mayoritariamente entre el grupo de profesionales de apoyo a la gestión financiera, comercial y administrativa (16 casos) y los profesionales sanitarios de primer ciclo (10 casos). Asimismo, el 21,3% de la muestra eran trabajadores del sector servicios, ocupados en la restauración (6 casos), en servicios personales (13 casos) y dependientes de comercio (19 casos). Los trabajadores de la industria (19,8%), se distribuían entre trabajadores cualificados de la industria de artes gráficas, soldadores y mecánicos ajustadores (11 casos), operadores de instalaciones y maquinaria fija (16 casos) y conductores y operadores de maquinaria móvil (14 casos). Por lo que respecta a los trabajadores no cualificados (17,9%), la mayoría eran empleados domésticos, de limpieza y de vigilancia de edificios (14 casos), trabajadores de la construcción (10 casos) y del transporte (9 casos).

### 3.1.2. Diagnósticos

La distribución de los episodios, según la clasificación diagnóstica de la WONCA, se ha realizado tanto a partir del diagnóstico que constaba en el informe clínico como en el que figuraba en el comunicado de alta, destacando,

---

como se puede observar en la tabla 13 (pág. 151) que la distribución en ambos grupos (informe clínico / comunicado de alta) era muy similar.

De acuerdo al informe clínico podemos destacar (primera columna de la tabla 13) que las patologías eran mayoritariamente enfermedades del aparato respiratorio (33,3%), lesiones y efectos adversos (18,8%), enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo (13,5%), las enfermedades infecciosas y parasitarias (6,3%) y los trastornos mentales (5,3%). Estos cinco grupos diagnósticos representaban el 77,2% de la patología. El resto de episodios fueron enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos (5,8%), patología del aparato digestivo (4,8%) y patología del aparato genito-urinario (3,4%). Cabe señalar que una proporción significativa correspondía a otros grupos diagnósticos (8,7%), englobando episodios de muy distinta naturaleza, como las enfermedades del aparato circulatorio (3 casos), neoplasias (2 casos), enfermedades del sistema endocrino, metabólicas y nutricionales (2 casos), patología de la piel (2 casos), trastornos relacionados con el embarazo, parto y puerperio (1 caso). Finalmente, 7 casos (3,4%) correspondieron a episodios en los que el diagnóstico se clasificó como “Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos” y 1 caso (0,5%) que correspondió a una intervención quirúrgica cuyo motivo no constaba especificado.

Tomando el diagnóstico que constaba en el informe clínico, considerando a éste como “gold standard”, se ha verificado la exactitud del diagnóstico del parte de alta. En dos episodios dispusimos del diagnóstico en el informe clínico pero no así en el parte de alta, por lo que el análisis se realizó sobre 205 episodios.

Así tenemos, como se recoge en la tabla 14, que la sensibilidad del parte de alta respecto al informe clínico oscilaba entre el 75% para el grupo de las “enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos” al 97,1% de las “enfermedades respiratorias”, hallando una sensibilidad superior al 90%

---

cuando se trataba de “enfermedades del aparato digestivo” (90%), “trastornos mentales” (90,9%) y “lesiones y efectos adversos” (94,9%).

Tabla 14. Sensibilidad (S) y valor predictivo positivo (VPP) del parte de alta de incapacidad temporal respecto al informe clínico.

Grupo diagnóstico	Parte de alta	Informe clínico			S (%)	VPP (%)
		Sí	No	Total		
Enfermedades infecciosas y parasitarias	<b>Sí</b>	11	0	11	84,6	100
	<b>No</b>	2	192	194		
	<b>Total</b>	13	192	205		
Trastornos mentales	<b>Sí</b>	10	0	10	90,9	100
	<b>No</b>	1	194	195		
	<b>Total</b>	11	194	205		
Enfermedades del sistema nervioso/órganos de los sentidos	<b>Sí</b>	9	0	9	75,0	100
	<b>No</b>	3	193	196		
	<b>Total</b>	12	193	205		
Enfermedades del aparato respiratorio	<b>Sí</b>	66	2	68	97,1	97,1
	<b>No</b>	2	135	137		
	<b>Total</b>	68	137	205		
Enfermedades del aparato digestivo	<b>Sí</b>	9	2	11	90,0	81,1
	<b>No</b>	1	193	194		
	<b>Total</b>	10	195	205		
Enfermedades del aparato génito-urinario	<b>Sí</b>	6	0	6	85,7	100
	<b>No</b>	1	198	199		
	<b>Total</b>	7	198	205		
Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo	<b>Sí</b>	25	3	28	89,3	89,3
	<b>No</b>	3	174	177		
	<b>Total</b>	28	177	205		
Lesiones y efectos adversos	<b>Sí</b>	37	2	39	94,9	94,9
	<b>No</b>	2	164	166		
	<b>Total</b>	39	166	205		
Otros grupos diagnósticos	<b>Sí</b>	16	7	23	94,1	69,6
	<b>No</b>	1	181	182		
	<b>Total</b>	17	188	205		

En relación al otro indicador analizado, el valor predictivo positivo (VPP), como también se puede observar en la misma tabla 14, la variabilidad era

mucho mayor, observando que variaba entre el 69,6% para el grupo diagnóstico "Otros diagnósticos" y el 100% que se daba en los grupos "enfermedades infecciosas y parasitarias", "trastornos mentales", "enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos" y "enfermedades del aparato genito-urinario", pasando por las "enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo" con un VPP, al igual que la sensibilidad, del 89,3%.

### 3.1.3. Factores de riesgo percibido

Los factores más prevalentes relacionados con la estructura y con las condiciones ambientales (tabla 15, pág. 152) fueron el ruido (43,5%), los humos, polvos y fibras en el aire (45,9%), el empleo de sustancias que consideraba peligrosas (30%) y el uso de aire acondicionado (50,7%). De las exigencias de la tarea (condiciones ergonómicas), los riesgos más frecuentemente señalados fueron los movimientos repetitivos (85%), las posturas incómodas (63,8 %) y la movilización de cargas (52,7 %), sin olvidar que la mayoría de entrevistados trabajaba de pie (61,8 %).

En cuanto a la disponibilidad del tiempo de trabajo, se señalaron como las principales características trabajar muy deprisa (62,3%) y con el tiempo muy ajustado (54,6 %). Por último, se contempló si la tarea exigía el trato con personas externas a la empresa (clientes, usuarios...), condición referida por el 69,1 % de los casos; la utilización del ordenador (pantallas de visualización de datos) referido por 61 pacientes (29,5 % de la muestra); y la percepción de esfuerzo físico ("se siente cansado con frecuencia durante el trabajo"), que manifestaron el 44,9 % de los trabajadores.

Un aspecto a señalar es que entre los que se declararon usuarios de ordenadores, casi la mitad (49,2%) indicaron la presencia de reflejos en la pantalla, un 44,3 % no disponían de respaldo de la silla regulable, el 29,5% no tenían pantalla regulable en inclinación y el 26,2% no disponía de un asiento con mecanismo regulable de la altura.

---

Finalmente, en relación a los factores organizativos o de riesgo psicosocial (tabla 16, pág. 153), destaca que la demanda total (demanda física y demanda psicológica conjuntamente) fue alta en el 39,1% de la muestra, si bien esta proporción era mayor respecto a la demanda física (40,1%) que en relación a la demanda psicológica (30,4%). El control de la tarea y el apoyo social fueron altos respectivamente en el 58% y 62,3% de la muestra. Como se tratará oportunamente, hay que considerar que una alta demanda es un factor de riesgo en tanto que un alto control y un elevado apoyo social se consideran “factores protectores”.

### 3.2. Evaluación de los expertos

La valoración de cada episodio de IT por parte de los expertos como episodio relacionado o no relacionado con el trabajo ha sido un elemento fundamental para alcanzar los objetivos planteados en este estudio. Así abordamos tanto el análisis de los episodios de IT, según estén o no relacionados con las condiciones de trabajo, por parte de los expertos entre sí, como de éstos respecto a la opinión de los trabajadores.

#### 3.2.1. Concordancia entre expertos

Como se puede observar en la tabla 17, la concordancia entre los expertos A y B fue elevada: 173 casos concordantes (sobre los 207), de los cuales 30 estaban relacionados con el trabajo. Esto representa una concordancia simple del 83,6% y un índice Kappa de 0,53.

---

Tabla 17. Concordancia entre los expertos A y B en la valoración de la relación del episodio de incapacidad temporal con las condiciones de trabajo.

		Experto B				Total
		Probable/posible		Improbable/nula		
Experto A	Probable/posible	30	(14,6%)	22	(10,6%)	52 (25,1%)
	Improbable/nula	12	(5,8%)	143	(69,1%)	155 (74,9%)
	Total	42	(20,3%)	165	(79,7%)	207 (100%)

Índice Kappa = 0,53

Sin embargo, en 34 casos (16,4%) uno de los dos expertos consideró que el episodio estaba relacionado con el trabajo mientras que el otro experto no lo consideró relacionado con el trabajo, por lo que se recurrió a un tercer experto C para que efectuara la evaluación definitiva de los casos discordantes. De estos casos discordantes, el experto C sólo consideró que 3 episodios (8,8 %) estaban relacionados con el trabajo.

Por lo tanto, según la valoración final de los expertos, 33 episodios (15,9 % de la muestra) de IT notificadas como episodios debidos a enfermedad común y accidente no laboral estaban relacionados con las condiciones de trabajo.

### 3.2.2. Concordancia entre expertos y percepción del trabajador

Por su parte, de acuerdo con la opinión de los trabajadores en 74 casos (35,7%) los trastornos de salud que habían ocasionado el episodio de IT estaban relacionados con su trabajo.

Al comparar la opinión de los expertos (considerada como valor de referencia) con la percepción del trabajador, se encontraron 45 falsos positivos y 4 falsos negativos, lo que nos dice que la opinión del trabajador respecto a la del experto posee de una sensibilidad del 87,8% y una especificidad del 74,1%,

con un valor predictivo positivo (VPP) de 39,1% y un valor predictivo negativo (VPN) del 96,9% (Tabla 18).

Tabla 18. Valoración de la percepción del trabajador sobre la relación del episodio de incapacidad temporal con las condiciones de trabajo en comparación con la opinión de los expertos.

		Experto					
		Relación		No relación		Total	
Trabajador	Relación	29	(14,0%)	45	(21,7%)	74	(35,7%)
	No relación	4	(1,9%)	129	(62,3%)	133	(64,3%)
	Total	33	(15,9%)	174	(84,1%)	207	(100%)

### 3.3. Los episodios de incapacidad temporal y las condiciones de trabajo

Una vez clasificados los episodios de IT según fueran de origen laboral o no de acuerdo a la opinión de los expertos, se valoró los factores que pudieran predecir el origen laboral de los episodios de IT. Al analizar los episodios de IT según estuvieran relacionados con las condiciones de trabajo (laborales) o no estuvieran relacionados con las condiciones de trabajo (no laborales) se consideró, por este orden, las variables demográficas, las sociolaborales y los diagnósticos de los episodios.

Así, respecto al género no se halló una diferencia significativa entre los episodios laborales y no laborales. En cambio, respecto la edad, en los episodios laborales hubo un predominio de los casos de edad superior a 31 años, encontrándose una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de edad de 31-45 años y superior a 45 años ( $p = 0,04$ ) (tabla 19, pág. 154).

Esta diferencia no fue significativa respecto la antigüedad en la empresa (menos de un año versus más de un año), ni respecto a la actividad de la

empresa. En relación a la duración de los episodios, categorizados de duración inferior o igual a 15 días y de duración superior a 15 días, no se hallaron diferencias significativas entre los episodios laborales y no laborales. En ambos grupos predominaron los episodios de duración inferior o igual a 15 días: 20 casos (60,6%) de los episodios laborales y 115 casos (66,1%) de los episodios no laborales. En cambio, en esta misma tabla se puede observar una diferencia estadísticamente significativa para la ocupación con un claro predominio de los trabajadores de la industria y de los trabajadores no cualificados en los episodios laborales, frente a los técnicos, administrativos y trabajadores de servicios (comercio, restauración, servicios personales) en los episodios no laborales ( $p = 0,01$ ). También se halló una diferencia significativa en relación a la antigüedad en la ocupación (menos de 15 años versus igual o superior a 15 años) entre los episodios laborales y no laborales ( $p = 0,04$ ).

Considerando las variables edad, antigüedad en la empresa, antigüedad en la ocupación y duración de los episodios como variables continuas, el análisis de su distribución entre los episodios relacionados y no relacionados con el trabajo reflejó que la media de edad de los episodios laborales ( $\bar{x} = 42,1$  años; DE:10,7) era significativamente superior a la de los episodios no laborales ( $\bar{x} = 35,5$  años; DE:11,1) ( $p = 0,002$ ). De igual modo, la comparación de la media de la antigüedad en la ocupación era significativamente superior en los episodios laborales ( $\bar{x} = 15,6$  años; DE:11,6) respecto los episodios no laborales ( $\bar{x} = 10,7$  años; DE:9,7) ( $p = 0,01$ ). Sin embargo, no se observaron diferencias significativas ( $p=0,07$ ) respecto a la antigüedad en la empresa entre los episodios laborales ( $\bar{x} = 12,2$  años; DE:10,3) y los no laborales ( $\bar{x} = 9$  años; DE:9,3). Al analizar la duración del episodio como variable continua tampoco se observaron diferencias significativas ( $p = 0,9$ ) entre episodios laborales ( $\bar{x} = 27,1$  días; DE:37,1) y no laborales ( $\bar{x} = 25,6$  días; DE:52,8).

En la tabla 20 se muestran las RO crudas ( $RO_c$ ) y ajustadas por edad ( $RO_e$ ) en relación al género, la antigüedad, la ocupación y la duración, poniendo de relieve que en las personas mayores de 45 años la probabilidad de tener un

episodio de IT laboral notificado como no laboral fue tres veces superior que en los menores de 31 años.

Tabla 20. Asociación cruda (RO<sub>c</sub>) y ajustada por edad (RO<sub>e</sub>) con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%), de los episodios de incapacidad temporal relacionados con el trabajo respecto a la edad, el género, la antigüedad en la ocupación, la ocupación y la duración del episodio

	RO <sub>c</sub>	IC 95%	RO <sub>e</sub>	IC 95%
<u>Edad</u>				
< 31 años	1			
De 31 a 45 años	2,3	0,8 – 6,4	–	–
> 45 años	3,6	1,3 – 10,3	–	–
<u>Género</u>				
Hombres	1		1	
Mujeres	0,7	0,3 – 1,5	1,1	0,4 - 2,0
<u>Antigüedad en la ocupación</u>				
< 15 años	1		1	
≥ 15 años	2,2	1,03 – 4,9	1,3	0,5 – 3,1
<u>Ocupación</u>				
Directivos, técnicos, profesionales y administrativos	1		1	
Trabajadores de servicios de restauración, servicios personales y comercio	1,4	0,4 – 5,5	1,9	0,5 – 7,8
Trabajadores cualificados	4,4	1,1 – 16,9	3,8	1,0 – 15,0
Operarios de maquinaria	6,0	1,8 – 19,9	7,5	2,2 – 25,9
Trabajadores no cualificados	5,2	1,6 – 16,6	5,2	1,6 – 17,1
<u>Duración del episodio</u>				
≤ 15 días	1		1	
> 15 días	1,3	0,6 – 2,7	1,0	0,5 – 2,3

Cuando la antigüedad en la ocupación fue superior a 15 años, la probabilidad de que el episodio de IT fuera laboral se duplicaba, siendo estadísticamente significativa respecto a los que llevaban menos de 15 años en la ocupación, asociación que disminuía y perdía significación estadística al ajustar por edad.

En relación a la ocupación, la probabilidad de que un episodio de IT estuviera relacionado con el trabajo en los trabajadores no cualificados fue 5 veces superior al de los directivos, siéndolo para los operarios de maquinaria de 6 veces, para los trabajadores cualificados de 4,4 veces y mucho menor para los trabajadores de servicios (restauración, servicios personales y comercio, no alcanzando en este caso una significación estadística). Al ajustar por edad se mantuvo esta diferencia, aunque en menor grado, para los trabajadores no cualificados, operarios de maquinaria, los trabajadores cualificados y siendo igualmente no significativa para los trabajadores de servicios (restauración, servicios personales y comercio).

En esta misma tabla podemos observar que las diferencias no fueron significativas entre los episodios laborales y no laborales en relación a su duración -superior a 15 días respecto a los de duración igual o inferior a este período-, tendencia que se mantenía al ajustar por edad.

Centremos ahora el análisis de los factores de riesgo laboral más específicos. Este análisis se aplicará a la muestra en su conjunto y a la categoría correspondiente a las enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo (grupo XIII de la Clasificación WONCA), al ser esta categoría diagnóstica la que tiene mayor número de episodios relacionados con el trabajo.

Cuando comparamos los factores de riesgo percibidos entre los episodios laborales y no laborales pudimos observar (tabla 21, pág. 155) una diferencia estadísticamente significativa para las altas temperaturas (42,4%,  $p=0,004$ ), la presencia de humos, polvos no metálicos o fibras en el aire (63,6%,  $p=0,04$ ), el uso de sustancias peligrosas (48,5%,  $p=0,02$ ), las posturas incómodas o forzadas (84,8%,  $p=0,01$ ), el transporte o movilización de cargas (81,8%,  $p=0,0005$ ), estar de pie la mayor parte de la jornada (87,9%,  $p=0,001$ ), trabajar con un tiempo muy ajustado (72,7 %,  $p=0,03$ ) y estar cansado con frecuencia durante el trabajo (66,7%,  $p=0,01$ ). En cambio, estar sentado la mayor parte de la jornada (12,1%,  $p=0,04$ ), el trato directo con personas ajenas a la empresa (51,5%,  $p=0,03$ ) y el uso de pantallas de ordenador (6,1%,  $p=0,003$ ) fueron

---

características que sobre todo se dieron entre los episodios no relacionados con las condiciones de trabajo.

En relación a los factores de riesgo psicosocial, hubo diferencias estadísticamente significativas entre los episodios laborales y no laborales respecto a la alta demanda total (63,6%,  $p=0,003$ ) y la alta demanda física (72,7%,  $p=0,0001$ ) (tabla 22, pág. 156).

Cuando se calculó la RO cruda y ajustada por edad, para estos factores de riesgo percibidos, observamos que para las condiciones ambientales fue significativa la presencia de altas temperaturas ( $RO_c = 3,4$ ; IC 95%: 1,5-7,5), humos polvo no metálico y fibras minerales ( $RO_c = 2,4$ ; IC 95%: 1,1-5,1) y uso de sustancias peligrosas ( $RO_c = 2,6$ ; IC 95%: 1,2-5,6). Cuando ajustamos por edad, la asociación se mantuvo para la presencia de altas temperaturas ( $RO_e = 4,1$ ; IC 95%: 1,8-9,6), humos polvo no metálico y fibras minerales ( $RO_e = 2,5$ ; IC 95%: 1,6-5,6) y uso de sustancias peligrosas ( $RO_e = 2,6$ ; IC 95%: 1,2-5,7) (tabla 23, pág. 157).

En relación a las condiciones ergonómicas, se encontró asociación significativa cuando la tarea comportaba posturas incómodas o forzadas ( $RO_c = 3,8$ ; IC 95%: 1,4-10,2), transporte y movilización de cargas ( $RO_c = 5,0$ ; IC 95%: 2,0-12,8), trabajar de pie toda la jornada ( $RO_c = 5,5$ ; IC 95%: 1,8-16,3) y con el tiempo muy ajustado ( $RO_c = 2,5$ ; IC 95%: 1,1-5,8). En cambio la asociación fue inversa al considerar las variables estar sentado la mayor parte de la jornada ( $RO_c = 0,3$ ; IC 95%: 0,1-0,9) y el trato directo con personas ajenas ( $RO_c = 0,4$ ; IC 95%: 0,2-0,9). Como se puede observar en esta misma tabla, al ajustar por edad, las razones de odds de las variables consideradas mantuvieron las diferencias significativas entre los episodios laborales y no laborales (tabla 23, pág. 157).

Al analizar los factores de riesgo psicosocial se encontraron diferencias significativas entre los episodios laborales y no laborales respecto a la demanda total ( $RO_c = 3,3$ ; IC 95%: 1,5-7,2), diferencia que se puso de relieve respecto a la demanda física ( $RO_c = 5,2$ ; IC 95%: 2,3-11,9) y no sobre la demanda psicológica

( $RO_c=1,2$ ; IC 95%:0,5-2,6). Por lo que respecta al resto de variables de riesgo psicosocial (control y apoyo social) no se hallaron diferencias significativas. Las mismas tendencias, incluso incrementándose el valor de la asociación, se observaron al ajustar la demanda física por la edad ( $RO_e=6,4$ ; IC 95%:2,7-15,2).

### 3.4. Análisis según grupos diagnósticos

En relación a la distribución de los diagnósticos tenemos que, como se puede observar en la tabla 24 (pág. 158), los episodios laborales fueron debidos principalmente a enfermedades del aparato locomotor (20 episodios -60,6%-), enfermedades del aparato respiratorio (4 episodios -12,1%-), trastornos mentales (3 episodios -9,1%-) y, en la misma proporción, a los catalogados como lesiones y efectos adversos (3 episodios -9,1%-). El resto de episodios laborales correspondieron a las siguientes categorías diagnósticas: enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades del sistema nervioso/órganos de los sentidos y enfermedades del aparato digestivo con un caso en cada categoría.

En cambio, los grupos diagnósticos más frecuentes en los episodios no laborales fueron las enfermedades del aparato respiratorio (65 episodios -37,4%-) -probablemente atribuible a los procesos gripales invernales-, y las lesiones y efectos adversos (36 episodios -20,7%-). Hay que destacar que solo el 4,6% de los episodios no laborales fueron debidos a enfermedades del aparato locomotor (8 episodios). En el grupo de "Otros diagnósticos" los episodios no laborales, con 18 casos, representaba el 10,3% de los mismos, e incluía un amplio espectro de diagnósticos entre los que destacaban 2 episodios debidos a enfermedades endocrinas y metabólicas, 2 neoplasias, 3 episodios debidos a enfermedades del sistema vascular (venas varicosas, hemorroides) y 7 episodios catalogados como signos, síntomas y estados patológicos mal definidos (fiebre de origen desconocido, dolor torácico, mareo o vértigo).

Un abordaje complementario fue observar, en cada una de las categorías diagnósticas consideradas, la distribución de los episodios por grupo diagnóstico según fueran considerados por los expertos como laborales o no laborales (tabla 25, pág. 159). Esto nos puso de relieve que el 71,7 % de los episodios debidos a las enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo se dieron en episodios relacionados con las condiciones de trabajo. En cambio, el resto de grupos diagnósticos se presentaron de forma mayoritaria entre los episodios no relacionados con las condiciones de trabajo aunque el 27,3 % de los trastornos mentales fueron clasificados como de probable origen laboral. Los expertos consideraron que estaban relacionados con el trabajo 3 episodios (7,7%) en la categoría diagnóstica “Lesiones y efectos adversos”, 1 episodio (10%) en la categoría diagnóstica “Enfermedades del aparato digestivo”, 1 episodio (8,3%) en la categoría “Enfermedades del sistema nervioso” y 1 episodio (6,7%) en la categoría “Enfermedades infecciosas y parasitarias”.

Si analizamos los episodios de IT laborales y no laborales en función de los grupos diagnósticos, pudimos observar (tabla 26) que la probabilidad de que un episodio debido a un trastorno del grupo de enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo fuera laboral era 30 veces superior ( $RO_c = 31,9$ ;  $IC_{95\%}: 11,8-86,4$ ) respecto los episodios cuyos motivos eran debidos a otros diagnósticos, siendo esta relación también significativa al ajustar por edad. Para el resto de grupos diagnósticos no se halló una asociación, excepto para el grupo de trastornos mentales, si bien no alcanzó significación estadística. Para los trastornos del grupo de las enfermedades del aparato respiratorio hallamos una relación inversa.

Tabla 26. Asociación, cruda ( $RO_c$ ) y ajustada por edad ( $RO_e$ ) con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%), de los episodios de incapacidad temporal relacionados con el trabajo para cada grupo diagnóstico WONCA, tomando el resto de diagnósticos como categoría de referencia.

Diagnóstico WONCA	$RO_c$	IC 95%	$RO_e$	IC 95%
Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo	31,9	11,8 – 86,4	30,4	10,9 – 84,9
Enfermedades del aparato respiratorio	0,2	0,08 – 0,7	0,2	0,08 – 0,7
Enfermedades del aparato respiratorio excepto la gripe	0,5	0,1 – 1,7	0,5	0,1 – 1,9
Lesiones y efectos adversos	0,4	0,1 – 1,3	0,4	0,1 – 1,6
Trastornos mentales	2,1	0,5 – 8,3	1,7	0,4 – 7,2

#### 3.4.1. Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo

Dado que los episodios del grupo diagnóstico de las enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo, como hemos visto fueron los que aportaron un mayor número de casos al grupo de IT de probable origen laboral, a continuación se analiza este grupo diagnóstico de modo detallado.

El número de episodios comprendido en este grupo de patologías fue de 28, lo que representó el 13,5% de la muestra. De éstos, los episodios relacionados con las condiciones de trabajo fueron 20, lo que representaba el 71,4% de los episodios de esta categoría diagnóstica y el 60,6% de la totalidad de los episodios relacionados con las condiciones de trabajo estudiados. Tal como vemos en la tabla 27 (pág. 160), no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en relación a las variables sociodemográficas (género y edad), laborales (antigüedad en la ocupación, actividad de la empresa y ocupación del entrevistado) y duración de los episodios.

En relación a los factores de riesgo percibidos relacionados con la estructura, las condiciones ambientales y la tarea (riesgos ergonómicos), se observaron

diferencias significativas entre los episodios laborales y no laborales respecto a algunos de ellos, siguiendo una tendencia similar al analizar el conjunto de los episodios relacionados con el trabajo.

Como se puede apreciar en la tabla 28 (pág. 161), la distribución de estos factores entre episodios laborales y no laborales fue estadísticamente diferente para las altas temperaturas (35%,  $p=0,05$ ), el transporte o movilización de cargas (85%,  $p=0,05$ ) y estar de pie la mayor parte de la jornada (95%,  $p=0,005$ ).

Es de destacar también que hubo una diferencia significativa en los episodios no laborales respecto el uso de aire acondicionado ( $p=0,01$ ) y respecto al trato directo con personas ajenas a la empresa ( $p=0,02$ ).

Respecto los factores de riesgo psicosocial (tabla 29, pág. 162), la alta demanda física que viene referida en el 80% de los episodios laborales frente el 25% en los episodios no laborales, presentaba una diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,006$ ). El bajo control en la tarea se distribuía significativamente diferente entre los episodios laborales, referido por el 40% de los mismos, respecto a los no laborales que se dió en el 100% de los episodios ( $p=0,03$ ).

Al ajustar por edad pudimos observar (tabla 30, pág. 163) que la razón de odds entre los episodios laborales respecto los no laborales se dió en un conjunto de factores de riesgo cuyo perfil era superponible al que hemos visto para el conjunto de los episodios relacionados con el trabajo. Sin embargo, sólo hallamos que esta razón era estadísticamente significativa para la demanda física ( $RO_e = 151,2$ ; IC 95% = 1,6-14.255,9) y para el control ( $RO_e = 1,1$ ; IC 95% = 1-1,2) y en relación al uso de pantallas de ordenador encontramos una relación inversa ( $RO_e = 0,1$ ; IC 95% = 0,03-0,5).

---

#### **4. DISCUSIÓN**

Antes de entrar a discutir el significado de los resultados y sus consecuencias, hemos considerado oportuno comenzar abordando las posibles limitaciones de los resultados, ya que esto, sin duda, condiciona la discusión posterior.

#### 4.1. Selección de la muestra

Una primera cuestión a subrayar es que podemos considerar la participación como aceptable (64%), no habiéndose encontrado diferencias estadísticamente significativas entre participantes y no participantes en los días seleccionados para extraer la muestra. Tampoco respecto al conjunto de la población ocupada en el municipio y en el Estado en relación a algunas características demográficas y sociolaborales.

Así, en cuanto la edad, la distribución fue similar entre la población del municipio (94) y la muestra estudiada: 34,4% vs. 35,3 % en los menores de 31 años; 35,3% vs. 39,1% en los de 31 a 45 años; y 30,2% vs. 25,6 % en los mayores de 45 años.

La muestra que se ha estudiado presenta un perfil sociolaboral que responde a las características económicas de Castelldefels. La distribución según los sectores de actividad fue similar entre la población del municipio (94) y los casos estudiados, dado que el 61% de la población activa del municipio está ocupada en el sector servicios (sobre todo en el comercio y hostelería, que ocupa el 25%), el 27 % en el sector secundario (mayoritariamente en pequeñas industrias) y el 12% en construcción y en la muestra observamos que un 67,7% está trabajando en el sector servicios (22,7% en comercio, reparaciones y hostelería y 32,9% en actividades inmobiliarias, sanitarias y trabajo doméstico), 22,7% en el sector secundario y 9,7% en la construcción. De igual modo, la distribución de los sectores de actividad en los episodios estudiados presenta una tendencia que se puede superponer a la distribución de trabajadores según rama de actividad referidos en la IV Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo (IV ENCT) (113): 65,3% en el sector servicios (20,8% en el comercio y hostelería), 27% en el sector secundario y 8,7% en la construcción.

---

En relación a la ocupación también hemos observado una tendencia similar en el estudio respecto los datos que nos ofrece la Encuesta de Población Activa (EPA) de 1999 para el conjunto del país (114), si exceptuamos los ocupados en el sector servicios. Así, en nuestra muestra el 36,1% son directivos, técnicos y profesionales versus 38,5 % en España; 21,3% están ocupados en servicios (restauración, servicios personales y dependientes de comercio) versus 14 % en el Estado; 19,8% son trabajadores de la industria (artes gráficas, soldadores, mecánicos montadores, operadores de instalaciones y de maquinaria fija y móvil) al igual que en el conjunto de la población activa que es también de 19,8 % y, por último, el 17,9% se consideran trabajadores no cualificados (empleados domésticos, limpieza, construcción y transporte) versus 14,6 % en España.

Los trabajadores con contrato temporal en la muestra (29%) representa una proporción algo menor a los datos que proporciona la Encuesta de Coyuntura Laboral para 1999 en todo el Estado (36,8%) (23).

Si observamos otras variables laborales como los turnos, vemos que en la muestra el turno partido (48,8%), de predominio matutino (20,8%) o con turno rotatorio (10,6%), son similares a la IV ENCT, según la cual la organización temporal del trabajo (horario de trabajo) más extendida es la jornada partida (mañana y tarde) que afecta el 56,7% de los trabajadores, la jornada continuada de mañana el 23,2% y el porcentaje de trabajo a turnos rotatorios es del 11%, distribución que tampoco presenta diferencias significativas respecto a la Tercera Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo de 1997 (115).

Por otro lado, al igual que hemos comentado las características demográficas y sociolaborales de la muestra, al referirnos a la distribución de la morbilidad, es decir los motivos de IT, encontramos que estos motivos, en nuestros casos, se distribuyeron entre los trastornos respiratorios (32,4%), las enfermedades musculoesqueléticas (13,5%) y las lesiones y efectos adversos (18,8%) y fueron semejantes a la de otros estudios que han analizado los episodios de IT

---

en el ámbito de la atención primaria, cuyo referente ha sido también la población adscrita a un centro de salud (14, 16, 18-20, 65-70, 83): los tres motivos más frecuentes de IT fueron las enfermedades respiratorias (entre 19%-38%), los trastornos musculoesqueléticos (entre 14,7%-23,9%) y las lesiones o efectos adversos (entre el 11,1%-14,5%).

Hay que señalar, sin embargo, que la elevada prevalencia del grupo de las enfermedades del aparato respiratorio en nuestro estudio (32,4% en el conjunto de la muestra) puede ser explicado, como se ha señalado en otros trabajos, a que la incidencia de este grupo de patologías tiene un patrón típico estacional (17, 69, 116). Según el Boletín Epidemiológico Semanal, en el año de estudio la incidencia máxima de la onda epidémica de gripe se alcanzó en las semanas del 16 al 23 de Enero y del 14 al 20 de febrero (117), no olvidando, que el trabajo de campo fue realizado en los meses de febrero a junio, cuando se dieron el mayor número de episodios por procesos gripales o de infecciones de vías respiratorias altas. Un estudio que hubiera incluido episodios a lo largo de todo el año habría evitado este acúmulo de casos por enfermedades respiratorias.

#### 4.2. Calidad de la información

Esta es una cuestión clave de nuestra investigación. Dado que a los documentos de la IT se les ha dado una finalidad fundamentalmente administrativa (control de bajas), han sido cuestionados como fuente de información válida en relación a las variables básicas –edad, género- (15, 67, 118) o, más específicamente, en lo referente a la cumplimentación del diagnóstico (119), en el sentido de que la información de los comunicados de IT era deficiente o inducía sistemáticamente a error.

Sin embargo, nuestros resultados muestran que el diagnóstico que consta en el parte de alta tiene una buena exactitud respecto al informe clínico de alta. Cuando comparamos los diagnósticos que figuran en el parte de alta y en el informe clínico de alta destaca la elevada coincidencia entre los diagnósticos

---

que figuran en ambos documentos. Así, se ha asociado una elevada sensibilidad del parte de alta respecto al informe clínico para las enfermedades del aparato respiratorio, las lesiones y efectos adversos, trastornos mentales y enfermedades del aparato digestivo. Por otra parte, el VPP fue del 100% para los episodios debidos a trastornos mentales, enfermedades infecciosas y parasitarias y enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos. Esta es la primera vez que se evalúa en nuestro país la exactitud del diagnóstico del parte de alta de IT, aunque algún estudio ha puesto de relieve que el médico a lo largo del proceso de IT llega a un diagnóstico más exacto que en el momento inicial de extender la baja (120).

Igualmente, en un trabajo recientemente publicado sobre la coincidencia entre los diagnósticos al principio del episodio (parte de baja) y al final (parte de alta) realizado en la comunidad de Navarra (121), se refiere que el grado de concordancia de los diagnósticos que constan en los comunicados de baja y de alta es de aceptable a muy aceptable (índice de Kappa entre 0,57 y 0,74), según los grupos de patologías. Aunque el grado de acuerdo disminuye en los procesos de mayor duración (IT superior a dos meses), los autores concluyen que los partes de baja constituyen una buena fuente de información epidemiológica.

Una explicación de esta buena exactitud y reproducibilidad podría ser explicado, al menos en parte, por las medidas desarrolladas en el marco de la reforma de la atención primaria, iniciada a partir de mediados de los años 80, tal como ponen de manifiesto algunos trabajos que comparan la mejora en la prescripción, cumplimentación, seguimiento y duración de la IT entre colectivos de áreas reformadas respecto las no reformadas (89, 90).

Nuestro trabajo se ha basado, además de los documentos señalados (parte de alta e informe clínico), en el cuestionario laboral. Para valorar la calidad de la información recogida a través del mismo hemos de considerar la fiabilidad de la información recogida, al tratarse de factores de riesgo laboral percibido por el propio trabajador.

---

Para tomar en su justa medida la fiabilidad de los factores percibidos por los trabajadores, un primer aspecto que se ha tenido en cuenta ha sido la antigüedad en la empresa (que es superior a un año en el 74,4% de los episodios) y la antigüedad en la ocupación (que es superior a 3 años en el 72,4% de la muestra), variables que interpretamos, especialmente la última, como indicativas de una continuidad en el trabajo y, por lo tanto, de una estabilidad en una actividad laboral. Pensamos que este alto porcentaje de casos con un trabajo estable permite afirmar que la información obtenida a través del cuestionario laboral puede reflejar, de un modo preciso, los riesgos laborales percibidos, que pueden estar presentes en el lugar de trabajo.

En este sentido, al comparar la proporción de los factores de riesgo percibidos de nuestra muestra con los riesgos percibidos en la IV ENCT, tal como podemos ver en la tabla 31 (pág. 164), se presentan algunas similitudes, si bien en nuestro caso hay más trabajadores que perciben vibraciones, humos y polvos, que utilizan sustancias peligrosas y que adoptan posturas incómodas o realizan movimientos repetitivos.

#### 4.3. La etiología de la incapacidad temporal común

Uno de los hallazgos más relevantes de nuestra investigación ha sido la notable proporción de episodios de IT –casi un 16%– que los expertos han cualificado como probablemente relacionados con el trabajo.

El procedimiento para analizar la posible relación de los episodios de IT común con el trabajo ha sido mediante la evaluación por expertos. La validez de este resultado se sustenta en el hecho de que ha habido un alto grado de concordancia entre los expertos, habida cuenta que realizaron una evaluación independiente para cada caso y desde ámbitos de práctica clínica sensiblemente diferentes.

Este resultado se ve reforzado al observar que en otros estudios, como por ejemplo el de Gennart (108), en el cual un grupo de 4 expertos (médicos

---

especialistas en medicina del trabajo) analizaron el posible origen laboral de una muestra aleatoria de los ingresos hospitalarios en el servicio de medicina interna de un hospital general de una zona urbana, concluyeron que el 10,5% de los mismos tenían un proceso relacionado (probable/posible) con el trabajo actual o pasado. Según estos autores, la validez de los resultados se sostiene, por un lado, en el hecho que la enfermedad esté relacionada (causada, agravada o acelerada) con la ocupación del paciente de acuerdo a estudios previos que sustentan la asociación entre la enfermedad y los factores de riesgo y, por otro lado, porque la valoración se realiza al margen del contexto inmediato de carácter asistencial o indemnizatorio.

En nuestro caso, en el que participaron como evaluadores externos un médico especialista en medicina del trabajo y un médico especialista en medicina familiar y comunitaria, se dieron unas condiciones similares de valoración en la que quedaba al margen de la misma cualquier sesgo atribuible a la influencia de la posible relación asistencial médico-paciente. Al observar una concordancia aceptable ( $Kappa=0,53$ ) entre los dos evaluadores, nos está indicando, además, que los criterios con los cuales evaluaron los casos fueron similares. Por otro lado, aunque no de manera formal, los evaluadores tuvieron en cuenta los conocimientos previos sobre la posible asociación entre las enfermedades evaluadas y los factores de riesgo laboral.

Este resultado sustenta la hipótesis inicial del estudio; es decir, que hay una proporción significativa de IT notificadas como enfermedades no relacionadas con el trabajo que de hecho están relacionadas con las condiciones de trabajo. Desde la perspectiva del sujeto, su percepción incrementa este porcentaje de IT de posible etiología laboral hasta el 36%. Resultado éste esperable, por cuanto es coherente que el trabajador al cualificar su episodio de IT lo relacione con mayor frecuencia con las condiciones de trabajo, ya que éstas pueden interferir negativamente sobre su capacidad de trabajo y su reincorporación, aún cuando estas condiciones no hayan contribuido a la generación de la enfermedad específica que ha ocasionado la IT. En este sentido, señalemos que según la IV ENCT, un 13% de los trabajadores refiere haber demandado

---

atención médica por un problema de salud derivado del trabajo y, del total de motivos de consulta, el 20% ha estado relacionado con daños derivados del trabajo.

De acuerdo a nuestros resultados, cuando un trabajador afirmaba que su episodio no estaba relacionado con el trabajo la probabilidad de que coincidiera con la opinión del experto sería casi del 97%, en tanto que esta coincidencia era menor cuando el trabajador valoraba que el episodio estaba relacionado con el trabajo.

Estos resultados son esperables por cuanto que pone de manifiesto, por un lado, que puede existir una sobrevaloración del trabajador al cualificar su episodio de IT como relacionado con las condiciones de trabajo, pero no hay que olvidar, también, por otro lado, que pudiera existir una infravaloración de los expertos al considerar la relación laboral de las IT comunes.

En este sentido, hay que tener en cuenta la calidad de la información retrospectiva de los propios trabajadores respecto las bajas. Como remarcó Fredriksson (122), cuando los motivos de IT se deben a trastornos musculoesqueléticos, la fiabilidad del test-retest mostró una concordancia entre la información referida por los pacientes y los datos recogidos de un 0,88 y 0,97 y unos índice Kappa entre 0,73 y 0,93, concluyendo que los datos recogidos retrospectivamente tenían una validez suficiente para medir la morbilidad de los trastornos músculo-esqueléticos asociados a las condiciones relacionadas con el trabajo.

Por otra parte, los expertos han podido valorar de forma restrictiva la relación causal entre el diagnóstico de IT y las condiciones de trabajo, sin tener en cuenta la doble vía de asociación entre la IT y las condiciones de trabajo: en su origen (etiología) y en su desarrollo (proceso). Y no hay que olvidar que esta segunda vía pueda ser más importante que la primera, aunque desde el punto de vista de responsabilidad empresarial y de prevención son las primeras las que nos deben de interesar prioritariamente. En este sentido, como señala

---

Benavides (34), las condiciones de trabajo pueden estar asociadas a la IT por dos vías diferentes: por un lado, con el desarrollo de una enfermedad relacionada con el trabajo (incluyendo el accidente de trabajo), que nos conduce a una ausencia en el trabajo y, por el otro lado, el desarrollo de una enfermedad común que se puede agravar con las condiciones de trabajo provocando también una ausencia laboral. Este es un doble abordaje que, como subraya Vahtera (123) al mejorar las condiciones de trabajo no solamente reducimos las consecuencias de la morbilidad (por ejemplo las ausencias en el trabajo), sino que también se reduce el riesgo de aparición de la misma.

Es por ello que teniendo en cuenta estas consideraciones podemos concluir que, posiblemente, el verdadero porcentaje de episodios de IT relacionado con el trabajo se sitúe realmente entre el 16% de los expertos y el 36% percibido por los trabajadores.

#### 4.4. Características de los episodios de incapacidad temporal de origen laboral.

La distribución de los episodios laborales en función del género fue similar a la de los episodios no laborales así como a la del conjunto de los episodios estudiados, no hallando diferencias estadísticamente significativas (69,7% hombres en los episodios laborales y 61,7% hombres en los episodios no laborales versus 62,8% en el conjunto de la muestra). Como hemos señalado al inicio de la discusión al hablar de las limitaciones del estudio (sesgo de selección), esta distribución por género coincide con la de otros estudios sobre IT (16,18,66-69,82,89), con independencia que se hubieran realizado en el ámbito de una empresa o en el ámbito territorial del servicio sanitario (área de salud, distrito sanitario, etc.), si bien en ellos no se analizan por separado, a diferencia de nuestro trabajo, los episodios laborales respecto a los no laborales.

---

En cambio, en nuestro análisis la variable que adquiere significación estadística es la edad. En efecto, pudimos comprobar que la media de edad de los episodios laborales era significativamente superior a la de los episodios no laborales. Igualmente, al considerar la antigüedad en la ocupación como una variable continua se observó una diferencia significativa en los episodios laborales, con una media de 15,6 años, significativamente superior a los no laborales, que fue de 10,7 años. Esto indica que, como media, las personas que tienen episodios de IT relacionados con el trabajo llevan también más años en la misma ocupación. Por otro lado, la edad es una variable asociada a la probabilidad de desarrollar un episodio de IT, pues en la medida que ésta aumenta se hacen más frecuentes los episodios de IT (124).

Sin duda, la asociación de la edad y la antigüedad, ambas correlacionadas entre sí, con el origen laboral de la IT era esperable, pues la antigüedad y la edad pueden ser interpretadas como el tiempo de exposición a un determinado factor de riesgo, lo que hace más probable el posible origen laboral del problema de salud que justifica la IT. Dada la posible colinearidad de la variable edad respecto a la antigüedad en la ocupación (coeficiente de Pearson= 0,60) y la antigüedad en la empresa (coeficiente de Pearson= 0,59), la asociación de estas variables pone de relieve que el efecto que parecía deberse a la antigüedad (en la ocupación o en la empresa) puede explicarse, en realidad, por el incremento de la edad, que lleva asociada una mayor antigüedad en la empresa y por supuesto en la ocupación.

En cuanto la duración de la IT, no hemos hallado diferencias significativas entre los episodios de IT laborales y no laborales. Analizada como variable continúa la duración media de los episodios laborales fue de 27,1 días, mientras que los episodios no relacionados con el trabajo fue de 25,6 días. Es de destacar, no obstante, que tanto si se trataba de episodios laborales como de episodios no laborales, la mayor parte de ellos tenían una duración igual o inferior a 15 días, porcentaje que alcanzaba el 60% en los episodios laborales y el 66% en los no laborales, no siendo tampoco la diferencia significativa ( $p=0,54$ ).

---

Este perfil de la duración es sensiblemente diferente a los resultados de otros trabajos, como el estudio de todas las bajas del año 1992 ocurridas en un distrito sanitario de la Comunidad de Madrid (81), en el cual la duración media global fue de 45,1 con una mediana de 16 días, lo que a juicio de los autores son resultados que reflejan una gran variabilidad en el comportamiento de este parámetro. En otro estudio, basado en un análisis de los procesos de IT ocurridos entre 1996 y 1999 en un centro de salud urbano de Santa Cruz de Tenerife (82), se encontró que el 56% de los mismos fue de una duración inferior a 16 días y el 34% duró entre 16 y 90 días. Igualmente, estos autores observaron una gran variabilidad de la duración media de los procesos según el grupo diagnóstico, que oscilaba de 83 días para trastorno agudo no clasificado hasta 5,7 días para gastroenteritis aguda. No tenemos una explicación plausible respecto a la duración más corta de los episodios incluidos en la muestra respecto a la duración encontrada en otros estudios.

Respecto a los motivos de IT, si bien la distribución de la patología en el total de la muestra no difiere, como hemos visto, con la distribución de las causas de IT referidos por otros trabajos ya citados anteriormente (81, 82, 88), sí que hallamos diferencias en los motivos de IT entre los episodios laborales y no laborales. Como se ha podido ver, la distribución de las enfermedades en los episodios laborales se centra en la patología músculo-esquelética, en la patología respiratoria, en las lesiones y efectos adversos y en la patología por trastornos mentales.

La explicación de esta diferencia entendemos es debida a que una parte significativa de la IT por estas patologías fueron consideradas de origen laboral. Así, por ejemplo, de los 28 episodios del grupo "Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo", 20 episodios fueron considerados laborales. Estos datos coincidirían con estudios que subrayan el papel significativo de este tipo de trastornos en la industria (125), con el hecho según el cual el trabajo pesado que implique levantar y desplazar peso contribuía de manera significativa en la certificación de la baja por trastornos músculo-esqueléticos (126) o que determinadas ocupaciones como soldadores (127), trabajadores de

---

montaje (128,129), estampación y montaje de automóviles (130) y conductores (131) se han identificado como factores predictores, estadísticamente significativos, respecto a las ausencias en el trabajo por trastornos músculo-esqueléticos.

En cambio, en relación a los trastornos del grupo de las enfermedades del aparato respiratorio, hallamos una relación inversa lo que indicaría la existencia de un “efecto protector” para este grupo de patologías, si bien como se ha comentado anteriormente, el hecho de que la época en la que se realizó el estudio coincidió con el período invernal, con elevada prevalencia de estos procesos respiratorios y que los mismos, según los expertos, no estuvieran relacionados con las condiciones de trabajo, explicarían estos resultados.

También nos parece relevante, a pesar del reducido número de efectivos, que en el grupo de “Trastornos mentales”, de los 11 episodios de IT por este motivo, 3 de ellos fueran considerados relacionados con las condiciones de trabajo. Para este grupo de patologías, nuestros resultados coincidirían con una tendencia que se debe atribuir, por un lado, como ha señalado Stansfeld (132), a que las prácticas de trabajo están cambiando rápidamente y disminuye la seguridad laboral (tanto en el puesto de trabajo como en la propia continuidad del trabajo) y, por otro lado, al hecho que, como ha puesto de relieve Gimeno al analizar los trastornos afectivos en la población laboral, el aumento de trabajos con mayor esfuerzo psíquico podrían comportar un mayor riesgo de padecer un trastorno afectivo (133).

En cuanto a los episodios del grupo “Lesiones y efectos adversos”, los expertos sólo consideraron laborales el 7,7% de este grupo diagnóstico, lo que podría responder al cambio del perfil laboral de la fuerza de trabajo (al distribuirse en otros sectores de actividad), una condición que tiene en cuenta Lien (134) cuando atribuye la reducción de un 35% de la incidencia de los accidentes laborales en Noruega, durante el período 1990-1993, al desplazamiento que se dio de la industria primaria y secundaria hacia el sector terciario y que además

---

se acompañó de una disminución global de los episodios de baja de larga duración.

En nuestro caso, también podría ser debido al hecho que las lesiones y efectos adversos -esto es, los llamados accidentes- son difícilmente “ocultables” como IT común y se declaran directamente como accidentes de trabajo por lo que los expertos encontraron sólo un pequeño número de IT común por estos motivos que pudieran ser de origen laboral.

Un elemento relevante en nuestro estudio ha sido el papel de la ocupación como variable asociada a los episodios de IT laborales. Esta característica ya ha sido analizada en diversos estudios sobre la incapacidad laboral, como el estudio Whitehall II (135), según el cual existen diferencias según la ocupación o grado de empleo y las ausencias por enfermedad, o bien en el trabajo de Vathera (136) que pone en evidencia que en los hombres, y en menor grado las mujeres, el lugar de trabajo está asociado de modo significativo con desigualdades en los niveles de salud, lo que se refleja en las ausencias por enfermedad certificadas médicamente. En nuestro caso hemos podido ajustar en qué medida determinadas ocupaciones pueden estar más asociadas que otras a la IT laboral. En este sentido, el riesgo de que un episodio de IT estuviera relacionado con el trabajo en los trabajadores no cualificados fue 5 veces superior al de los directivos, profesionales y administrativos y para los operarios de máquina fue de 6 veces, asociación que además se incrementaba al ajustar por edad. Nuestro resultado corrobora el estudio de Benavides (137) que pone de relieve, en una cohorte de trabajadores del sector del transporte público urbano (autobuses), el papel relevante de la ocupación en el episodio de IT no laboral. Así pues, y tal como era de esperar, la ocupación y la antigüedad (que pueden ser consideradas como un indicador de dosis acumulada) han resultado ser variables asociadas a la relación laboral de la IT.

En cambio, respecto la actividad de la empresa no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas, una hipótesis que también se planteó en el estudio sobre IT en un centro de atención primaria de la Comunidad Valenciana

---

(CAP Benifaió), dónde tampoco se encontraron diferencias significativas entre el conjunto de causas de IT y las distintas actividades (67). No obstante, en este caso, al igual que en los trabajos citados previamente, el análisis se centró en todos los episodios de IT, sin diferenciar aquellos episodios que pudieran tener un origen laboral o no.

Una posible explicación de esta diferencia de resultados, según se analice la ocupación del trabajador o la actividad económica de la empresa, puede explicarse por el hecho que la ocupación es un indicador más sensible sobre los riesgos laborales que la actividad económica.

Entrando en un mayor detalle sobre las condiciones de trabajo, encontramos que los factores de riesgo asociados a los episodios de IT laborales fueron la presencia de altas temperaturas, los humos, el polvo no metálico y fibras minerales, el uso de sustancias peligrosas así como las posturas incómodas o forzadas, el transporte y movilización de cargas y la alta demanda física.

Estos resultados son coincidentes con otros trabajos, aunque en ellos tampoco se analizaron por separado los episodios laborales de los no laborales. Así, la investigación llevada a cabo por Messing (63), si bien su objetivo se centró en valorar el papel del género en las ausencias laborales en una muestra de trabajadores de mataderos de aves y de la industria conservera, puso de relieve, para ambos sexos, una asociación significativa respecto a determinadas características del trabajo como, por ejemplo, una relación pobre con los compañeros de trabajo o el supervisor (RO=2,0), un puesto de trabajo de dimensiones no adaptadas al trabajador (RO=1,9), desconocer de antemano la hora de finalización del turno (RO=1,3), los movimientos repetitivos iguales o superiores a 30 repeticiones por minuto (RO=1,6) y la temperatura del puesto de trabajo inferior a 9 °C (RO=1,6).

En esta línea, otros estudios realizados en ámbitos diferentes presentan resultados similares. Así, el trabajo ya referido de Eshoj (124) que, todo y tratarse de un estudio de episodios de IT de larga duración (superior a 10

---

semanas), los riesgos asociados a los mismos fueron, para los hombres, realizar un trabajo físico pesado (superior a 20Kg) (RO=2,1), tener un trabajo repetitivo y monótono (RO=1,7), la pérdida de satisfacción laboral (RO=2,1) y presentar muchas lumbalgias durante los 3 últimos años (RO=2,1). Para las mujeres, los factores que identificaron fueron realizar un trabajo físico pesado (RO=2,8), la pérdida de influencia sobre su propia situación laboral (RO=2,1) y presentar lumbalgias de repetición durante los 3 últimos años (RO=1,8). En resumen, este autor concluyó que los individuos que realizaban un trabajo físico pesado y con lumbalgias presentaban un riesgo elevado de padecer una baja superior a 10 semanas.

En nuestro trabajo, al analizar separadamente los episodios debidos a las enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo hallamos diferencias significativas para la demanda física, lo cual coincidiría, además de con los trabajos citados de Messing y Eshoj, con aquellos que indican que la carga biomecánica parece ser el factor ocupacional más importante que predice los cuadros recurrentes de lumbalgia y las bajas atribuidas a trastornos vertebrales (138). También otras investigaciones señalan que la demanda física en algunas actividades industriales como la industria conservera de pescado incrementa las ausencias por trastornos músculo-esqueléticos (139). En cambio, resultó paradójico hallar que en relación al uso de pantallas de ordenador se diera una relación inversa ( $RO_e=0,1$  IC95%=0,03-0,5), contrariamente a lo que esperábamos, lo que podría indicar que la utilización de PVD actúa como un factor de protección respecto a los episodios de origen osteomuscular, asunto sobre el que no hemos hallado resultados externos que lo confirmaran, por lo que entendemos que deberá profundizarse este aspecto en estudios posteriores al objeto de verificar estos hallazgos.

En lo referente a la demanda psicológica del trabajo, nuestros resultados ponen de relieve que en el grupo de enfermedades del aparato locomotor la variable control aparece asociada significativamente, lo que ya algunos autores han señalado como que los efectos del ambiente psicológico del trabajo representan una causa de ausencia por dolor lumbar (140). En este sentido,

también hay que tener en cuenta que elevados niveles de distrés emocional y una pobre o reducida capacidad para afrontar situaciones están asociados con ausencias en el trabajo, motivo por el que algunos autores sostienen que el tratamiento del dolor músculo-esquelético debe incluir intervenciones dirigidas a modificar comportamientos (141).

En síntesis, nuestra investigación ha puesto de relieve que las IT de origen laboral están asociadas a la edad, a la antigüedad en el puesto de trabajo y a determinadas ocupaciones dónde, según la percepción de los trabajadores, existen una mayor exposición a determinados factores de riesgo, siendo esta asociación más evidente cuando la IT es debida a patología músculo-esquelética. Ello es así, sin duda, porque los expertos que han valorado la relación laboral de estas IT han basado su juicio precisamente en la existencia de esta información, lo que lleva a confirmar la coherencia de su decisión.

La cuestión ahora es discutir por qué, si pensamos que estos resultados son ciertos, ocurre esta situación. Es decir, cuales son las razones que contribuyen a que se certifique como una IT común una IT de origen laboral en un porcentaje que puede estar, como hemos señalado, entre el 16% y el 36%.

#### 4.5. La atención primaria y la patología laboral

Como ya nos referimos en la introducción, el análisis de la IT, y en nuestro caso específico el estudio de la IT laboral, debe tener en cuenta un primer aspecto relacionado con las características legislativas que regulan las prestaciones de la Seguridad Social en nuestro país. Así, una situación de IT viene legitimada por la prescripción que de la misma realiza un médico de cabecera o médico de familia cuando en base a un problema de salud justifica la no asistencia al trabajo, siempre y cuando este motivo responda a una enfermedad común o accidente no laboral. En el caso que sea debido a una enfermedad profesional o accidente de trabajo esta prescripción corresponde al médico de la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

---

Esta dualidad genera disfunciones dentro del sistema de atención primaria de salud y, en numerosas ocasiones, el paciente, que desconoce la etiología laboral de su enfermedad, acude al ámbito sanitario que le es más cercano o que le inspira mayor confianza, que suele ser la atención primaria (AP). En este sentido, la reforma de la atención primaria ha facilitado que la relación entre el paciente y su médico de cabecera haya mejorado, lo que se ha traducido, entre otros aspectos, en un incremento de la dedicación horaria, en el aumento de las consultas ambulatorias, en el desarrollo de programas de promoción de la salud en la población adulta o en la reducción del número de las prescripciones de IT, especialmente respecto a determinados procesos como los síndromes gripales (89).

Sin embargo, y a pesar de esta mejora asistencial, la detección y la notificación de los procesos de IT por patología laboral no se ha producido con igual intensidad bien porque, como acertadamente ha señalado Ares (142), el médico de atención primaria no siempre piensa en la posibilidad de que exista un nexo entre los trastornos que presentan algunos de sus pacientes con los riesgos relacionados con su actividad laboral, bien porque en el contexto de una determinada entidad mutualística no se considere patología laboral determinadas entidades nosológicas o bien porque no existan unos canales de comunicación fluidos entre la AP y la Mutua, dado que el médico de cabecera no dispone de un procedimiento claro para declarar una patología laboral. No obstante, en este sentido, y según los resultados de la Unitat de Salut Laboral Costa de Ponent, analizando los procesos que en 1994 fueron atendidos en el sistema sanitario público y notificados de forma voluntaria por los médicos de familia como patologías laborales, presentaron unas tasas significativamente superiores a los procesos declarados por el procedimiento establecido a través del circuito oficial de declaración. Así, al comparar las tasas por 100.000 ocupados de patología profesional y relacionada con el trabajo obtenidas a través del circuito de declaración de enfermedades profesionales y las obtenidas a través de un sistema de notificación voluntario en el marco de la atención primaria de salud, la notificación de la patología musculoesquelética,

---

respiratoria y dermatológica fue entre 3 y 4 veces superior a las obtenidas por el circuito oficial en el mismo territorio y período estudiado (143).

Un segundo elemento de gran importancia que puede ayudarnos a explicar nuestros resultados está relacionado con la gestión de la IT. Como hemos dicho, la prescripción de la IT es un acto médico complejo que implica, además de una valoración clínica, tener en consideración connotaciones sociales, laborales y económicas, lo que supone para el médico no sólo un seguimiento clínico continuo sino dar respuestas, además, a los conflictos éticos que con frecuencia se le presentan en el manejo de los episodios de IT (144).

El médico, bien del sistema sanitario público bien de los servicios asistenciales de las mutuas de AT y EP, se convierte en el eje del procedimiento médico-administrativo en la medida que el parte médico de baja, como hemos dicho, es el acto que origina la iniciación de las actuaciones conducentes a la declaración o denegación del derecho de subsidio. Una problemática que ha llevado a que la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Médicos (OMC) aprobara en su sesión de febrero de 2001 una declaración sobre “Ética y Deontología de los comunicados y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión” (145), señalando no sólo la responsabilidad, libertad, independencia y veracidad del médico de atención primaria para expedir los comunicados de IT, sino la obligación ética de los médicos de atención especializada para compartir sus conocimientos con aquellos respecto la situación de IT de un paciente. Asimismo esta Declaración señala que el control de las situaciones de bajas y altas no puede estar motivada por la incentivación económica que algunas mutuas o empresas autoaseguradoras pudieran tener con los médicos que redujeran el tiempo de baja o dieran un mayor número de altas a efectos económicos.

En este sentido, el anuncio de incentivos a los médicos por reducción del gasto en IT debe ponernos en guardia porque los incentivos deben premiar la eficiencia en el trabajo. En cambio, no sólo no nos resulta ética sino que nos

---

parece perversa su utilización con criterios economicistas que exclusivamente incentivan el ahorro, medidas que pueden mediatizar la propia gestión del proceso de IT.

Para gestionar la IT no es necesario incentivos especiales sino el del trabajo bien hecho, lo cual requiere también analizar las decisiones clínicas que se tiene que tomar y especialmente el proceso de comunicación que debe apoyarlas. En definitiva, la motivación para gestionar correctamente la IT es puramente ética dado que existe un beneficio social, ligado a esta prestación, que hay que preservar y potenciar, así como responder a la confianza que nos han depositado y hacer el trabajo bien hecho.

Algunas actitudes han conducido a entender la prescripción de la IT más como un trámite burocrático que como una indicación médica o una herramienta de valor terapéutico. En este caso, como ya indicábamos, la IT deja de ser un problema y comporta que algunos médicos hacen lo que los pacientes piden, bien por temor al mínimo conflicto, porque quieren ganarse fama de condescendientes o porque en alguna ocasión no fueron apoyados en sus decisiones por su dirección o inspección (50).

La gestión de la IT requiere también que el médico sea veraz cuando expide una baja o un justificante de asistencia y no se debe confundir, en este caso, el deber de beneficencia o la lealtad al paciente con la complicidad en el fraude a terceros, lo que a veces se ha calificado de tolerancia. Esta tiene que ver más con el respeto a las opiniones e ideales de vida que con la complacencia y tampoco se debe confundir ni con la impotencia de reconducir una relación ni con la pasividad ante casos que sospechamos simulación o simple abuso (52).

Otro aspecto importante a considerar en el abordaje de la gestión de los episodios de IT es la confidencialidad. Entendida como el deber que tiene todo profesional de no descubrir a terceros los hechos conocidos en el ejercicio de su profesión, es una obligación exigible no sólo desde el punto de vista legal sino como un deber ético que se recoge en el código deontológico y que en

---

relación a la IT a veces no se ha sido lo suficientemente beligerante para que fuera así. En este sentido, el Real Decreto 575/1997 de 18 de abril (43) vino a crear un escollo mayor al obligar al médico de cabecera a remitir, en determinados supuestos, los datos del diagnóstico a los servicios médicos de la entidad gestora de la Seguridad Social o a las mutuas de accidente de trabajo.

En la gestión de los procesos de IT puede entrar en conflicto la lealtad que debemos al paciente y la que debemos a la sociedad que carga con la prestación. Sin embargo, el médico es fundamentalmente un agente del paciente, que debe defender sus intereses y que no tiene porqué entrar en contradicción ya que cuando se manejan fondos públicos toda ineficiencia es injusta y la eficiencia es también una obligación moral. No obstante, hay que dejar claro que una cosa es ser eficiente y otra muy distinta convertirse en instrumento de control social.

La interacción entre estos factores es compleja y en ocasiones hay que tener en cuenta que no siempre lo legal es lo ético, tal como Borrell ha señalado (50). Por ejemplo, ante una baja poco “razonable” desde una perspectiva clínica, como pudiera ser el caso de una madre que tiene un hijo ingresado en un hospital pediátrico, se puede aplicar una cierta dosis de flexibilidad. En otros casos, la prescripción de la IT no se puede basar en una evidencia clínica, por ejemplo cuando un paciente acude a la consulta con un parte de urgencias con “virasis” por el que ha tenido que guardar cama un día, y posiblemente merecerá un juicio de credibilidad. En otras ocasiones, al contrario, se tiene la convicción ética de que un paciente está abusando de las bajas pero las evidencias clínicas van completamente a su favor: se suceden exploraciones complementarias que alargan el proceso y sobre una base orgánica leve cada vez estamos más convencidos de que el cuadro está simulado.

Todo ello crea lo que se ha denominado la tensión de decidir entre poder dar una alta forzada o bien al contrario, hacer el juego a otros que abusan de la

---

prestación de la IT. La manera de superar esta situación es formar un diagnóstico propio, elaborar una opinión basada en hechos (evitando estereotipos), inclinarse por la hipótesis más conservadora (si no se trata de un paciente hiperdemandante de bajas laborales), tener muy en cuenta la historia clínica previa, fiarnos del paciente, tratar de convencer al paciente de la necesidad de aceptar el alta (en caso que resulte bastante claro que nos hallamos ante un paciente simulador), “forzar el alta” como último recurso y, en el marco de los equipos de atención primaria, debatir los casos problemáticos, compartiendo riesgos tratando de obtener una segunda opinión (realizando pruebas complementarias, enviando el paciente al especialista) en caso que el proceso no esté claro (146).

Y estas situaciones que forman parte de la gestión de la IT genera en los médicos dilemas; es decir, situaciones que como han sido definidas por Timpka (147), son aquellas que ocasionan conflictos e interfieren los resultados del propio trabajo. Como ha señalado este mismo autor en un estudio efectuado con médicos generales (GP's), médicos privados y psiquiatras suecos (60), la mayoría de ellos (54%) manifestaron que estos dilemas están relacionados con problemas relativos al sistema de seguridad social y concretamente en la tarea de clasificar la capacidad laboral del paciente, concluyendo que hay dos elementos clave que conducen a esta situación: los cambios legislativos que responden a situaciones económicas y políticas de carácter general y al hecho que el concepto de diagnóstico no está directamente relacionado con la incapacidad laboral (se pierde parte del conocimiento científico como componente de la certificación). Estos autores sugieren que para superar esta situación hay que enfocar los problemas más en el entorno laboral y el lugar de trabajo y establecer una coordinación efectiva entre las diferentes unidades asistenciales, empleadores y trabajadores, más que disponer de métodos o estándares para clasificar la incapacidad laboral. En este sentido, las unidades de salud laboral con funciones de soporte especializado en salud laboral a la atención primaria desarrolladas en nuestro país (148) son experiencias que contribuyen a reforzar el abordaje multidisciplinar de la gestión de la IT.

---

Ya hemos mencionado que la gestión de la IT repercute en el incremento de costes sobre la AP, tanto en la vertiente estrictamente económica: en términos de personas atendidas, pruebas complementarias, prestaciones farmacéuticas, etc..., como en la sobrecarga asistencial de sus profesionales: aumento de las listas de espera, colapso en determinadas consultas especializadas, incremento de los tiempos de espera para la realización de pruebas complementarias que de otro modo no recaerían sobre la red asistencial pública.

Si intentamos analizar el coste económico de la IT, sabemos que el gasto consolidado del Sistema de la Seguridad Social en relación a la IT común (IT no laboral) fue, en 1999, de 554.693 millones de pesetas (23) y que para determinadas patologías como las lumbalgias, que se ha estimado que representan el 5% de las incapacidades laborales o el 4,8% de jornadas laborales perdidas (149), superaron, para 1998, un gasto de 11.000 millones de pesetas (27). Si atribuyéramos al gasto global asociado a los procesos de IT el porcentaje de episodios de IT común que son de probable origen profesional, podríamos estimar que el gasto en subsidios de los episodios de IT laborales ascendería al 16% del gasto que el Sistema de la Seguridad Social destina a la IT, es decir unos 88.750 millones de pesetas (533,4 millones de euros), cantidad que debería ser asumida por las propias Mutuas ya que la mayoría de estos episodios serían enfermedades profesionales. Además, habría que añadir los gastos directamente sanitarios tanto en recursos materiales como humanos y pensar, como hemos señalado, en el tiempo que este problema puede estar consumiendo en los médicos de AP.

No obstante, esta valoración de los costes económicos asociados a la prestación económica y sanitaria de la IT laboral que se declara como común, requiere un estudio específico que permita evaluar la desviación sistemática que se está produciendo en nuestro sistema de seguridad social.

---

Sin embargo, como se señala en el Informe Durán (150), en la situación actual sólo se puede pretender alcanzar una aproximación parcial al conocimiento de los costes que generan no solo porque los conceptos y métodos para evaluarlos han sido muy dispares, incluso entre los distintos países de la UE, sino porque en España no se dispone de ningún tipo de evaluación económica que estime de manera exhaustiva el coste económico de los daños a la salud relacionados con el trabajo. Si ello es así, es fácil entender la complejidad con que nos encontramos cuando tratamos de analizar el gasto de IT por contingencia común cuando el origen de la misma es laboral.

En este sentido, el mencionado Informe Durán propone, entre otras medidas, la modificación de distribución de los costes en el pago de las prestaciones por IT evitando la diferente responsabilidad en el pago de esta prestación según se trate de una contingencia común o profesional. Cabría matizar, sin embargo, que si bien es posible homogeneizar la prestación económica, no queda claro que debiera ocurrir lo mismo respecto la responsabilidad en el pago de esta prestación (151). También se han apuntado soluciones como la que contempla un período único de IT (se habla de 7 días) a cargo de la empresa, indistintamente sea debida a contingencia común o laboral. Estas propuestas se deben contemplar en detalle, especialmente a partir de la entrada de las Mutuas en la gestión económica de la IT por contingencias comunes, lo cual ha dado pie a plantear la “indeferenciación” de la IT, un aspecto que puede representar una amenaza, dado que se pueden diluir los objetivos de prevención de los riesgos laborales, ya que éstos hay que desarrollarlos en relación a los daños asociados al entorno específico del lugar de trabajo.

En relación con el abordaje del aspecto económico de la IT, resulta contraintuitivo el hallazgo observado en este estudio, según el cual el 16% de los episodios de IT notificados como contingencia común, podrían haberse debido a contingencias laborales. Tal como hemos mencionado, cuando se trata de una IT común las empresas son las que deben asumir los gastos del día 4 al día 15. En cambio, si se trata de una enfermedad profesional o accidente de trabajo, el pago corre a cargo de la Mutua desde el día del

---

accidente. Además, la prestación económica percibida por el trabajador también es diferente según la contingencia: un 75% cuando se trata de una IT por contingencia profesional y un 60% cuando es por contingencia común.

Estos requisitos de la prestación económica de la IT han sido esgrimidos como factores que facilitan una connivencia de las empresas y los trabajadores para que una contingencia común sea tratada como laboral y ha llevado a entender que exista la posibilidad de que estemos asistiendo a un efecto contrario o perverso del sistema de aseguramiento. En este sentido, Castellá (152), que analiza la accidentalidad del período 1977-1999 constata, a partir de un modelo matemático, que la accidentalidad calculada deja de coincidir con la real a partir de 1993/94 con un desfase constante del 4% y que evoluciona de forma paralela a lo largo del período 1993-1999. Para este autor esto significa que “o bien existe un sesgo (que no es posible explicar) en los datos utilizados o bien que un 4% de los accidentes de trabajo que se están declarando desde 1993/94 no se declaraban antes o al menos no se declaraban como tales”, lo cual lleva a plantear que al menos parte de las incapacidades de origen común se declaren como accidentes de trabajo.

Sin embargo, también podemos pensar que el 16% de patología laboral notificada como IT común es consecuencia de la voluntad de las Mutuas por derivar hacia el Sistema Nacional de Salud patologías que deberían ser asumidas por ellas pues, no se trata sólo de indemnizar económicamente al trabajador sino también la de prestarle una asistencia sanitaria, a veces complicada y prolongada, para la cual las Mutuas pueden carecer de recursos.

El último aspecto que queremos tratar es relativo a las consecuencias que afectan la calidad de vida profesional (153,154) originados por los dilemas generados por la propia gestión de la IT, a los que nos hemos referido, y que repercuten con un aumento de la demanda/presión asistencial de los propios profesionales sanitarios.

---

Uno de los aspectos relacionados con la gestión de la IT son las soluciones organizativas que adoptan los equipos de AP en la tramitación de los partes de IT. En este sentido, una de las estrategias concretas que se han señalado para mejorar este aspecto de la actividad asistencial ha sido la agilización de la administración de los partes de IT, programando los correspondientes a aquellos procesos que se prevean de larga duración (por ejemplo tener los partes de baja preparados para 4 semanas) y delegando en otros miembros del equipo la entrega de los mismos (155,156). En definitiva, se trata tanto de adecuar organizativamente las sobrecargas como desarrollar habilidades de afrontamiento en los profesionales, medidas tendentes a mejorar la calidad de vida profesional (157).

Una circunstancia que repercute en la actividad cotidiana de los profesionales sanitarios es la falta de conexión entre la atención primaria y las mutuas. En este sentido, y como hemos indicado con anterioridad, el proceso de gestión de la IT se halla parcelado y redundante en detrimento de una prestación sanitaria óptima para el paciente y con una incidencia directa sobre el proceso de IT que se ve afectado tanto en sus aspectos cuantitativos (mayor duración del proceso, recaídas por la misma causa, etc...), como por sus aspectos cualitativos (pérdida de la unidad de actuación asistencial, pautas de tratamiento y/o rehabilitación contradictorias respecto a las exigencias de las tareas del trabajador, insatisfacción del paciente, etc...). Ante esta situación sería conveniente establecer ámbitos de actuación común, siendo más necesario cuando, como muestran los resultados que hemos obtenido en nuestro estudio, se pone de manifiesto que una proporción significativa de procesos de IT por contingencia común son, de hecho, de carácter laboral.

En este sentido, es importante tener en cuenta que los artículos 38 y 39 del Reglamento de los Servicios de Prevención (158) contemplan la colaboración de los servicios de prevención “con los servicios de atención primaria de salud y de asistencia especializada para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades relacionadas con el trabajo, y con las Administraciones sanitarias competentes en la actividad de salud laboral” y “...con las

---

autoridades sanitarias para proveer el Sistema de Información Sanitaria en Salud Laboral". Estas medidas legislativas configuran un marco que facilita la actividad multidisciplinar y coordinada que permite prevenir aquellos daños a la salud que, estando relacionados con las condiciones de trabajo, son considerados desvinculados a los factores de riesgo laboral al ser tratados como procesos de IT por contingencia común.

---

## **5. CONCLUSIONES**

---

En este último apartado se abordan, de un modo sintético, tres aspectos complementarios que se desprenden del trabajo realizado. Así trataremos, en primer lugar, las conclusiones que se derivan directamente del diseño y de la metodología utilizada. A continuación se abordarán las conclusiones que se desprenden de los resultados propios del trabajo de campo. Finalmente se señalarán unas recomendaciones que puedan facilitar la posible solución de los problemas señalados.

Por lo que se refiere a la metodología seguida hay que señalar que:

1. La muestra seleccionada en el ámbito de la atención primaria sobre las IT se llevó a cabo a partir de un grado de participación aceptable (64%), no parece estar afectada por ningún sesgo de selección en relación a la edad, el género, la actividad de la empresa o la ocupación.
2. La distribución de las enfermedades halladas no difiere respecto a las tendencias señaladas en otros estudios. No obstante, se apunta como un posible sesgo estacional la elevada prevalencia de trastornos de las vías respiratorias superiores.
3. La calidad del diagnóstico recogido en el parte de alta es aceptable. Esto se traduce, comparándola con el contenido del informe clínico, en la existencia de una sensibilidad y valor predictivo superior al 90%, lo que no había sido estudiado hasta ahora en nuestro país.

Respecto los resultados específicos podemos concluir que:

1. La proporción de IT notificada como enfermedad común que es de probable origen laboral, oscila entre un 16% según los expertos y un 36% según la percepción de los propios trabajadores.
  2. Las IT de origen laboral están asociadas a la edad, a la antigüedad en el puesto de trabajo y a determinadas ocupaciones dónde, según la
-

percepción de los trabajadores, existe una mayor exposición a determinados factores de riesgo, siendo esta asociación más evidente cuando la IT es debida a patología musculoesquelética.

3. Este porcentaje de IT de probable origen laboral que es notificada como no laboral equivale a una cantidad aproximada de 88.000 millones de pesetas (529 millones de euros) que debería ser asumida por las Mutuas.
  4. La dualidad de sistemas de la prescripción de la IT, según sea laboral o no, genera disfunciones, que están en la base de esta proporción de episodios de IT por enfermedad común que de hecho pueden ser debidas a enfermedad profesional, una situación que se ve agravada por la carencia de unos procedimientos claros de declarar una enfermedad profesional por parte del médico de cabecera.
  5. La inhibición, en ciertos casos, y la falta de recursos, especialmente humanos, en otros, por parte de las entidades aseguradoras (mutuas de accidente de trabajo), contribuye a que no se considere patología laboral determinados problemas de salud de los trabajadores asegurados.
  6. La falta de formación en materia de patología relacionada con el trabajo es otro elemento que favorece la subdetección y subdeclaración de la patología laboral.
  7. La gestión de la IT en el ámbito de la atención primaria genera dilemas que deben resolverse mediante una relación médico paciente persuasiva y en el contexto de compartir responsabilidades en el seno del equipo de atención primaria.
-

Como hemos indicado, es posible apuntar unas recomendaciones encaminadas a facilitar líneas de trabajo que podrían contribuir a mejorar el abordaje de la IT, medidas que deberían orientarse hacia:

1. La formación a nivel de los profesionales de la atención primaria, de las mutuas y a los servicios de prevención con el fin de identificar patologías relacionadas con el trabajo.
  2. La coordinación de los diferentes ámbitos asistenciales para mejorar la gestión de estos procesos.
  3. El desarrollo de sistemas de información que permitan que el conocimiento proporcionado por el análisis de la IT repercuta en la adopción de medidas preventivas en el lugar de trabajo.
-

## **6. BIBLIOGRAFÍA**

---

1. Benavides FG, Castejón E, Mira M, Benach J, Moncada S. Glosario de prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson; 1998.
  2. Taylor P. Absentismo. En: Organización Internacional del Trabajo (Ed.). Enciclopedia de salud y Seguridad en el Trabajo (2ª edición). Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1997.
  3. Gründemann RWM, van Vuuren CV Preventing absenteeism at the workplace. European Research Report. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 1997.
  4. Fábrega O, Company A. La gestión de la incapacidad temporal en Gestión de Atención Primaria. En: Gené Badia J y Grego Recasens JM, directores. Curso a distancia de Gestión de Atención Primaria. Barcelona: semFYC y Formació Continuada Les Heures-Universitat de Barcelona. Fundació Bosch Gimpera; 1999. p. 95-103.
  5. Caldas R, Pérez FJ. Gestión de la incapacidad temporal. Conceptos, legislación y tramitación de la incapacidad temporal. En: Borrell F, coordinador. Incapacidad temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona: semFYC; 1999. p. 60-86.
  6. Mira M. Absentismo laboral. En: Benavides FG, Ruiz C, García AM. Salud Laboral: Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Barcelona: Masson; 1997. p. 351-361
  7. Chadwick-Jones JK, Nicholson N, Brown C. Social Psychology of absenteeism. New York: Praeger; 1982.
  8. Martín E, Sabaté E. Entorno a un análisis sociológico del absentismo y la enfermedad de corta duración. Rev Seg Social 1983; 17:9-10.
  9. Peiró M. Gestió de l'absentisme més enllà del dilema entre competitivitat i qualitat de vida laboral. En: LLibre de la V Diada de Medicina del Treball. Barcelona: Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball; 1995. p. 9-13.
  10. Mets JT. Diagnosis of Absenteeism. En: Zenz C. Occupational Medicine. Principles and practical applications. 2º Ed. Chicago: Year Book Medical Publishers Inc.; 1988. p. 1096-1105.
-

11. Alexanderson K. Sickness absence: a review of performed studies with focused on levels of exposures and theories utilized. *Scand J Soc Med* 1998; 26(4): 241-249.
  12. Briner RB. Absence from work. En: Snashall D. Editor. *ABC of work related disorders*. Londres: BMJ, 1997. p. 43-46.
  13. Mejica J. *Derecho sanitario de la incapacidad temporal*. Granada: Editorial Comares; 1998.
  14. 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.
  15. Farrés J, Portella E. Utilidad epidemiológica de los partes de incapacidad laboral transitoria. *Rev San Hig Pub* 1982; 56:1237-1247.
  16. Benavides FG, Bolumar F, Mur P, Vioque J, Ferrandiz E, Herrero JF y cols. Incapacidad laboral transitoria. Una fuente de datos para el conocimiento del estado de salud de la comunidad. *Aten Primaria* 1986; 3:19-23.
  17. Buitrago F, Espigares M, Luengo L. Análisis de las incapacidades laborales transitorias en la población adscrita a un centro de salud urbano. *Rev San Hig Pub* 1990; 64:795-805.
  18. Buitrago F, Lozano L, Bonino F, Fernández-Lozano C, Candela M, Altimiras J. Influencia del sexo, la edad y la profesión en las incapacidades laborales transitorias en un centro de salud. *Aten Primaria* 1993; 11: 293-297.
  19. 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: 773-784.
  20. Porter LW, Steers RM. Organizational Work and Personal Factor in Employee Turnover and Absenteeism. *Psycholog Bull* 1983; 70: 151-176.
  21. Quijano F. Incapacidad temporal/permanente. Situación actual en España. Cambios y consecuencias. En: Borrell F, coordinador. *Incapacidad temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión*. Barcelona: semFYC; 1999. p. 5-14
-

22. Ruiz A. La incapacidad temporal y la atención primaria. La gran oportunidad, la gran amenaza. Propuesta de un cambio. En: Borrell F, coordinador. Incapacidad temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona: semFYC; 1999. p. 15-57.
  23. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Encuesta de Coyuntura Laboral. En: Anuario de estadísticas laborales y asuntos sociales. Madrid: Ministerio de Trabajo Asuntos Sociales; 2000.
  24. Memoria Económico-Financiera y de Gestión. Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Ejercicio de 1998. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
  25. Encuesta de Salud Vasca 1992. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco; 1993.
  26. Ruiz R, Pérez F, Zarco J. El coste social y sanitario de las lumbalgias. FMC-Formación Médica Continuada 1994; 1:329-331.
  27. González MA, Condón MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. Med Clin (Barc) 2000; 114: 491-492.
  28. Nagi SZ. Some conceptual issues in disability and rehabilitation. En: Susman MB (Ed.). Sociology and Rehabilitation. Washington: American Sociological Association; 1965. p. 100-113.
  29. Alonso J. La medición del estado de salud. En: Martínez-Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. (Eds) Salud Pública. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 341-361.
  30. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias 2ª ed. Barcelona: Masson; 1992. p.130-138.
  31. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de deficiencias, discapacidades y minusvalía. Un manual de clasificación relacionada con las consecuencias de la enfermedad. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales; 1983.
  32. Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE de 29 de junio de 1994.
  33. Castejón J. Incapacidad temporal y modelo sanitario. Aten Primaria 1996; 2:97-98.
-

34. Benavides FG, Benach J, Moncada S. Working conditions and sickness absence: a complex relation. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:368.
  35. Marmot M, Feeney A, Hipley M, North F, Syme SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49:124-130.
  36. Ley de Bases de la Seguridad Social 193/1963 de 28 de diciembre. BOE nº 312 de 30 diciembre de 1963.
  37. Texto Articulado de la Ley General de Seguridad Social. Decreto 907/1966 de 21 de abril. BOE nº 96 de 22 de abril de 1966 y BOE nº 97 de 23 abril de 1966.
  38. Ley 24/1972, de 21 de junio, de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de la Seguridad Social. BOE nº 149 de 22 junio de 1972.
  39. Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio. BOE nº 154 de 29 de junio de 1994.
  40. Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. BOE nº 313 de 31 de diciembre de 1994.
  41. Borrell F, coordinador, Caldas R, Violán C, García JJ, Pérez F, Ruiz A, Grupo de trabajo semFYC. Incapacidad temporal: mejoras en la gestión. Documentos semFYC nº 12. Santander: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 1998.
  42. Real Decreto 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidentes de trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. BOE nº 98 de 24 de abril de 1997.
  43. Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. BOE nº 98 de 24 de abril de 1997.
  44. Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, por el que se modifica el Real Decreto 575/1997 en desarrollo del apartado 1 párrafo segundo, del artículo 131(bis) de la Ley General de la Seguridad Social. BOE nº 145 de 18 de junio de 1998.
-

45. Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. BOE nº 313 de 30 de diciembre de 1997.
  46. Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. BOE nº 315 de 31 de diciembre de 1996.
  47. Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. BOE nº 296 de 12 de diciembre de 1995.
  48. Orden de 19, de junio de 1997, por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. BOE nº 150 de 24 de junio de 1997.
  49. Grupo de trabajo de IT de semFYC de las Jornadas de Primavera. Santander, abril 1998. Valoración de los cambios normativos de la gestión de la incapacidad temporal. Aten Primaria 1998; 22:465-466.
  50. Borrell F, Guerra G. Aspectos emocionales, clínicos y de comunicación relativos a la incapacidad temporal. En: Borrell F, coordinador. Incapacidad temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona: semFYC; 1999. p.102-118.
  51. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: EUDEMA; 1991.
  52. Moya A. Consideraciones éticas sobre la incapacidad temporal. En: Borrell F, coordinador. Incapacidad temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona: semFYC; 1999. p. 87-100.
  53. Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos de España. Código de Deontología Médica. Madrid: Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos de España; 1979. p. 53.
  54. Vogel J, Kinlund H, Diderichsen F. Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975-1989 [Working conditions, illness and sickness absence, 1975-1989]. Stockholm: Statistics Sweden; 1992.
  55. Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. Soc Sci Med 1991; 32:15-27.
-

56. Dodier N. Social uses of illness at the workplace: sick leave and moral evaluation. *Soc Sci Med* 1985; 20:123-128.
  57. Nicholson N, Johns G. The absence culture and the psychological contract-who's in control of absence? *Acad Manage Rev* 1985; 10:397-407.
  58. Johns G, Nicholson N. The meanings of absence: new strategies for theory and research. *Res Org Behav* 1982; 4: 127-172.
  59. Hammer HT, Landau JC, Stern RN. Absenteeism when workers have a voice: the case of employee ownership. *J Appl Psychol* 1981;66:561-573.
  60. Timpka T, Hensing G, Alexanderson K. Dilemmas in sickness certification among Swedish physicians. *Eur J Public Health* 1995; 5:215-219.
  61. Hensing G, Alexanderson K, Timpka T. Dilemmas in the daily work of social insurance officers. *Scand J Soc Welfare* 1997; 6:301-309.
  62. Buitrago F, Lozano L, Fernández Lozano C, Bonino F, Candela M, Altimiras J. Incapacidades laborales transitorias de los colectivos profesionales administrativos y de enfermería. *Gac Sanit* 1993;7:190-195.
  63. Messing K, Tissot F, Saurel-Cubizolles MJ, Kaminski M, Bourguine M. Sex as Variable Can Be a Surrogate for Some Working Conditions. *JOEM* 1998; 40:250-260.
  64. Benavides FG, Sáez M, Barceló, Serra C, Mira M. Incapacidad Temporal: estrategias de análisis. *Gac Sanit* 1999; 13:185-190.
  65. García E, Ibarrola B, Escudero G, Cueva M, Frieyro JE. Estudio de las bajas laborales producidas durante un año en la población adscrita a una unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria* 1984; 1:228-232.
  66. Frieyro JE, Escudero G, Cueva M, Ibarrola B, García E. Incidencia de bajas laborales producidas en la población adscrita a una unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria* 1985; 2:325-328.
  67. Sempere E, Polo A, Bayon A. La incapacidad laboral transitoria. Utilidad de su registro en atención primaria de salud. *Rev San Hig Púb* 1990; 64: 805-815.
-

68. Núñez D, Otero C, Sanz C, Amador J, Fernández C, Paz J. Estudio de la incapacidad laboral transitoria durante un año en el Área IV de Asturias. *Aten Primaria* 1995; 15: 561-565.
  69. Millas J, Rubio ML, Roy MJ, Gutiérrez F, Hernández MF, Acín A, Cariñena ML. Estudio de las bajas laborales en un centro urbano de atención primaria. *Aten Primaria* 1991; 8: 264.
  70. Pérez MC, Marco MD, Arenas MS, López JM, Orozco D, Sidro LF. Análisis de las bajas laborales en el centro de salud Florida-Portazgo durante el período de un año. *Aten Primaria* 1990; 7:160-161.
  71. Jiménez JF, Martínez JA, Rodado C, Martínez D, Sánchez-Seco P, Reyes A. Incidencia de bajas laborales en un CS urbano: consideraciones acerca de los grupos diagnósticos (WONCA) que las originaron. *Medicina del Trabajo* 1996; 5:11-32.
  72. Ibarburu I, Labraca JJ, Lerma M, Solanas B. Incapacidad laboral transitoria en atención primaria. *Aten Primaria* 2000; 25: 598.
  73. García I, Alonso MT, Pérez N, Latorre O. Análisis del absentismo por enfermedad en una empresa de servicios. Una propuesta de coordinación entre los servicios de salud laboral y los profesionales de atención primaria. *Rev San Hig Púb* 1990; 64:785-794.
  74. Palsson B, Horstmann V, Attewell RG, Ohlsson K, Skerfving S. Sick-leave and disability pensions among female assembly workers. *European Journal of Public Health* 1997; 7:162-168.
  75. Vahtera J, Kiwimaki M, Pentti J, Theorell T. Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: a seven year follow up of initially healthy employees. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 484-493.
  76. López-Picazo JL, Ortín E, Navarro A, Moreno P, Pereñíguez JE. Estudio de la incapacidad laboral transitoria por enfermedad común en trabajadores de una gerencia de atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 85-88.
  77. Sánchez ML, Martínez C, Arce A, Ayala S, Martín-Rabadan M, Álvarez C. Evaluación del absentismo laboral en los trabajadores de Atención
-

- Primaria en un área sanitaria. Seguimiento de dos años. Centro de Salud 1993; 3:95-100.
78. Nebot C, Juvanet N, Canela J. Factores condicionantes del absentismo laboral entre los médicos de atención primaria. Aten Primaria 1997; 17:257-260.
  79. Portella E, Ferrús L, Porta M. La duración de los procesos de incapacidad laboral transitoria según su causa: definición de estándares. Control de Calidad Asistencial 1989;4:20-27.
  80. Insalud. Guía Práctica de estándares de duración de procesos de ILT (2ª edición). Madrid: Instituto Nacional de Salud; 1998.
  81. Ugalde M, Alberquilla A, González C, Pilas M, Rivera JM. Perfiles de duración de incapacidad laboral transitoria en un distrito sanitario y su comparación con algunos estándares propuestos. Gac Sanit 1996; 10:293-298.
  82. González M, Reyes F, Sánchez M, Hernández M, Vígara R. Análisis de la distribución de la incapacidad temporal y comparación con los estándares del Servicio. Medicina del Trabajo 2000; 9:15-18.
  83. Alfonso JL, Sanchis-Bayarri V. Contribución al estudio del absentismo laboral en la atención primaria. Rev Clín Esp 1987; 180:216-220.
  84. Ferrús L, Porta M, Portella E. Aplicaciones en la explotación de un registro administrativo: la incapacidad laboral transitoria. Rev San Hig Pub 1990; 64:721-748.
  85. Sánchez MA, Canga A, García E. Absentismo laboral en el medio hospitalario. Medicina y Seguridad en el Trabajo 1989; 36:71-74.
  86. Estaun E, Centol I, Castellano P, Centol A, Saavedra P. Estudio de la incapacidad laboral transitoria en Las Palmas. Medicina y Seguridad del Trabajo 1993; 60:21-30.
  87. Garrido EM, García JC, Bueno A, Luna JD, Villanueva E. Frecuencia del absentismo laboral en un hospital comarcal. Evolución a lo largo de seis años. Medicina del Trabajo 1997; 6:209-214.
  88. Royo-Bordonada MA. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. Gac Sanit 1999; 13: 177-184.
-

89. Gensana A, Torralba M, Calero MI, González JA. Relación entre el perfil del médico de cabecera y la incapacidad laboral transitoria de sus pacientes. *Aten Primaria* 1995;16:47-51.
  90. Sans C, Ribó J. Definició de dos perfils d'activitat dels metges de medicina general: xarxa no reformada i equips d'atenció primària. *Salut Catalunya* 1995; 9:12-15.
  91. Gervas JJ, Perez MM, Salcedo 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: 759-771.
  92. Infante-Rivard C, Lortie M. Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain. *Occup Environ Med* 1996; 53: 488-494.
  93. Instituto Nacional de Estadística. Población por municipio, sexo y edad. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase>.
  94. Serratosa A, Gené J, editores. La salut de Castelldefels. Situació actual i propostes de futur. Castelldefels: Ajuntament de Castelldefels, Àrea de Sanitat i Serveis Socials. Àrea Bàsica de Salut de Castelldefels; 1999.
  95. Castejón J, Jarque S, Benach J, Company A, Fábrega O, Funes X, Benavides FG. El papel de las condiciones de trabajo en la incidencia de la incapacidad temporal por contingencias comunes. Resultados de un estudio piloto. *Arch Prev Riesgos Lab* 2000; 3(1):12-17.
  96. Newman LS. Occupational Illness. *N Engl J Med* 1995; 333:1128-1134.
  97. Rosentock L, Logerfo J, Heyer NJ, Carter WB. Development and Validation of a Self-Administered Occupational Health History Questionnaire. *J Occup Med* 1984; 26(1): 50-54.
  98. Karasek R. Job content questionnaire. Los Angeles: Department of Industrial Systems Engineering, University of Southern California; 1985.
  99. Ehrenberg RL, Sniezek JE. Development of a Standard Questionnaire for Occupational Health Research. *Am J Public Health* 1989;79(Supp):15-17.
  100. The Occupational and Environmental Health Committee of the American Lung Association of San Diego and Imperial Counties. Talking the Occupational History. *Annals of Internal Medicine* 1983; 99:641-651.
-

101. Paoli P. Second European Survey on Working Conditions. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 1997.
  102. Classificació catalana d'activitats econòmiques (CCAIE-93). Adaptació de la CNAE-93. Institut d'Estadística de Catalunya. Barcelona; 1995.
  103. Classificació catalana d'ocupacions (CCO-94). Adaptació de la CNO-94. Institut Estadística de Catalunya. Barcelona; 1996.
  104. WONCA. Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria. Barcelona: Masson SA y SG Editores, SA; 1988.
  105. Karasek R, Theorell T. Healthy Work: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990. p.381.
  106. Artazcoz L, Cruz JL, Moncada S, Sánchez A. Estrés y tensión laboral en enfermeras y auxiliares de clínica de hospital. Gac. Sanit 1996; 10:282-292.
  107. Orts E, García AM, Benavides FG, Fletcher T. Validación de un cuestionario para medir retrospectivamente la exposición laboral a plaguicidas. Gac Sanit 1997; 11:274-280.
  108. Gennart JP, Hoet P, Lison D, Lauwerys R, Coche E y Lambert M. Importance of accurate employment histories of patients admitted to units of internal medicine. Scan J Work Environ Health 1991; 17:386-391.
  109. Hernández I, Porta M, Miralles M, Benavides FG, Bolúmar F. La cuantificación de la variabilidad en las observaciones clínicas. Med Clín (Barc) 1990; 95:424-429.
  110. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley & Sons; 1981. p. 212-235.
  111. Dean Andrew G. EPIINFO Versión 5: Epidemiología con microordenadores. Traducido por Juan Carlos Fernández Merino. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 1991. p. 275.
  112. StataCorp. 1999. Stata Statistical Software: Release 6.0. College Station, TX. Stata Corporation.
  113. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Disponible en : [http://www.mtas/insht/statistics/4enct\\_perc.htm](http://www.mtas/insht/statistics/4enct_perc.htm). Madrid 2001.
-

114. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Anuario de Estadísticas Laborales 1999. Disponible en [http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario00/EPA/epa11\\_1.html](http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario00/EPA/epa11_1.html).
  115. III Encuesta Nacional sobre Condiciones de Trabajo. Resumen de resultados. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1998. p. 30.
  116. Garrido EM, García JC, García F. Influencia del sexo, la edad y el diagnóstico en la incapacidad temporal de la población adscrita a un centro de salud. *Medicina del Trabajo* 2001; 10:25-30.
  117. Boletín Epidemiológico Semanal. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro Nacional de Epidemiología 2000;8:33-44.
  118. Ferrús L, Portella E, Fábregas R, Porta M. Análisis del contenido informativo del sistema de declaración y registro de la incapacidad laboral transitoria. Libro de Ponencias de las Primeras Jornadas sobre optimización en los servicios sanitarios; 1986 Jun 12-14; Barcelona;1986. p. 607-627.
  119. Ruiz E, Caballero I, Parellada N, Arada A, Moliner A, Verduras C. Utilidad de los registros de incapacidad transitoria en atención primaria. *Aten Primaria* 1996; (Supp) 1: 379.
  120. Ferrús L, Gervás JJ, Porta M, Portella E. Dificultades del uso de la ICHPPC-2 (Clasificación de la WONCA) para la codificación retrospectiva de los partes de incapacidad laboral transitoria (ILT). *Gac Sanit* 1987; 1(3):113-117.
  121. Layana E, Artieda L, Lezaun M, Extramiana E, Ciprian C. Fiabilidad del diagnóstico médico en un registro poblacional de incapacidad temporal por contingencias comunes. Resultados de un estudio de concordancia. *Medicina del Trabajo* 2001; 10:93-97.
  122. Fredriksson K; Toomingas A; Torgen M; Thorbjornsson CB; Kilbom A. Validity and reliability of self-reported retrospectively collected data on sick leave related to musculoskeletal diseases. *Scand J Work Environ Health* 1998; 24 (5): 425-431
  123. Vahtera J, Kivimaki M. Authors' reply. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55:368.
-

124. Eshoj P, Jepsen JR, Nielsen CV. Long-term sickness absence-risk indicators among occupationally active residents of a Danish county. *Occup Med* 2001; 51(5): 347-355.
  125. Guo HR, Tanaka S, Halperin WE, Cameron LL. Back pain prevalence in US industry and estimates of lost workdays. *Am J Public Health* 1999; 89(7): 1029-35.
  126. Tellnes G, Bruusgaard D, Sandvik L. Occupational factors in sickness certification. *Scand J Prim Health Care* 1990; 8(1): 37-44.
  127. Burdorf A, Naaktgeboren B, Post W. Prognostic factors for musculoskeletal sickness absence and return to work among welders and metal workers. *Occup Environ Med* 1998; 55 :490-495.
  128. Williams NR, Dickinson CE. Musculoskeletal complaints in lock assemblers, testers and inspectors. *Occup Med (Oxf)* 1997; 47:479-484.
  129. Bystrom S, Hall C, Welander T, Kilbom A. Clinical disorders and pressure-pain threshold of the forearm and hand among automobile assembly line workers. *J Hand Surg* 1995; 20:782-790.
  130. Park RM, Krebs JM, Mirer FE. Occupational disease surveillance using disability insurance at an automotive stamping and assembly complex. *JOEM* 1996; 38:1111-1123.
  131. Magnusson ML, Pope MH, Wilder DG, Areskoug B. Are occupational drivers at an increased risk for developing musculoskeletal disorders? *Spine* 1996; 21:710-717.
  132. Stansfeld SA, Fuhrer R, Head J, Ferrie J, Shipley M. Work and psychiatric disorder in the Whitehall II Study. *J Psychosom Res* 1997; 43:73-81
  133. Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Jarque S, de Cambra S, Devesa J. Trastornos afectivos en la población laboral: ¿un problema emergente en salud laboral? *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 493-495.
  134. Lien L, Nygard JF, Mowe G, Tellnes G. [Occupational injuries and prolonged sick listings during the period 1989-93]. *Yrkesskader og langtidssykmeldinger i perioden 1989-93. Tidsskr Nor Laegeforen.* 1997; 117:1774-1778.
-

135. Feeney A; North F; Head J; Canner R; Marmot M. Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II Study. *Occup Environ Med* 1998; 55: 91-98.
  136. Vahtera J; Virtanen P; Kivimaki M; Pentti J. Workplace as an origin of health inequalities. *J Epidemiol Community Health* 1999; 53: 399-407.
  137. Benavides FG, Benach J, Mira M, Sáez M, Barceló A. Occupational categories and sickness absence certified as attributable to common diseases. *Eur J Public Health* (En prensa).
  138. Wickstrom GJ, Pentti J. Occupational factors affecting sick leave attributed to low-back pain. *Scand J Work Environ Health* 1998; 24:145-152.
  139. Palsson B, Stromberg U, Ohlsson K, Skerfving S. Absence attributed to incapacity and occupational disease/accidents among female and male workers in the fish-processing industry. *Occup Med* 1998; 48: 289-295.
  140. Hemingway H, Shipley MJ, Stansfeld S, Marmot M. Sickness absence from back pain, psychosocial work characteristics and employment grade among office workers. *Scand J Work Environ Health* 1997; 23: 121-129.
  141. Grossi G, Soares JJ, Angesleva J, Perski A. Psychosocial correlates of long-term sick-leave among patients with musculoskeletal pain. *Pain* 1999; 80: 607-619.
  142. Ares A. El médico de familia ante las enfermedades profesionales. *Aten Primaria* 1997; 20:449-452.
  143. Company A, Castejón J, Fàbrega O, Parellada N. Patología laboral notificada en la Unidad de Salud Laboral de la DAP Baix Llobregat-Litoral. I Congreso Latino-americano de Epidemiología. Salvador de Bahia, 1995.
  144. Zarco J, Moya A, Júdez J, Pérez F, Magallón R. Gestión de las bajas laborales. *Med Clin (Barc)* 2001; 117:500-509.
  145. Muñoz R, Herranz G. Declaració de la Comissió Central de Deontologia sobre Ètica i Deontologia dels comunicats i certificats de baixes i altes laborals en atenció primària i especialitzada i la funció dels metges inspectors en el seu control i supervisió. Servei d'Informació Col·legial. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona 2001:57-59.
-

146. Prados JA, Quesada F. Manejo de un paciente en baja laboral injustificada: el arte de negociar. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1995; 2:537-544.
  147. Timpka T, Arborelius E. A method for study of dilemmas during health care consultations. Med Inform 1991; 16: 55-64.
  148. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Pla de Salut de Catalunya 1993-1995. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1993.
  149. Martín P, Ballina FJ, Hernández R, Cueto A. Lumbalgia e incapacidad laboral. Epidemiología y prevención. Aten Primaria 1995; 16:641-646.
  150. Durán F, Castellanos F, Benavides FG, Valdeolivas Y, Tudela G, Giráldez y cols. Informe sobre riesgos laborales y su prevención. La seguridad y la salud en el trabajo en España. Madrid: Presidencia del Gobierno; 2001.
  151. Valenzuela de Quinta E. El Informe Durán. Trabajo Seguro 2001; 3:12-14.
  152. Castellá JL. Accidentes, empleo, carga de trabajo y peligrosidad del trabajo. Prevención, Trabajo y Salud 2000; 7: 1-14. Disponible en [http://www.mtas.es/insht/revista/A\\_07\\_ST.htm](http://www.mtas.es/insht/revista/A_07_ST.htm).
  153. Mingote JC. Síndrome *burnout* o síndrome de desgaste profesional. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1998; 5:493-503.
  154. Freudenberg HJ. Staff burnout. J Soc Issues 1974; 30:159-165.
  155. Martín J. Trabajo con demanda excesiva. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1998; 5:572-581.
  156. Bellón JA. Cómo entender y manejar el exceso de presión asistencial en atención primaria: consideraciones prácticas. Cuadernos de gestión 1997; 3:108-129.
  157. Cabezas C. Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1998; 5:491-492.
  158. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE nº 27 de 31 de enero de 1997.
-

**TABLAS**

---

Tabla 4. Características de la prestación por incapacidad temporal según el tipo de contingencia.

Contingencia	Requisitos	Responsabilidad de las prestaciones sanitarias	Responsabilidad del pago de la prestación económica	Duración	Extinción
<b>Enfermedad común</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alta en la Seguridad Social</li> <li>Alta asimilada <sup>(1)</sup></li> <li>Haber cotizado 180 días dentro de los últimos 5 años</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio Público de Salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Del 4º al 15º día: empresario</li> <li>A partir del 16º día: INSS o entidad aseguradora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>12 meses <sup>(3)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Curación</li> <li>Propuesta invalidez</li> <li>Agotamiento plazo</li> <li>Jubilación</li> <li>Fallecimiento</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alta en la Seguridad Social</li> <li>Alta asimilada <sup>(1)</sup></li> <li>No precisa período previo de cotización</li> </ul>				
<b>Enfermedad profesional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alta en la Seguridad Social</li> <li>Alta asimilada <sup>(1)</sup></li> <li>No precisa período previo de cotización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mutua AA TT y EEPP</li> <li>Servicio Público de Salud <sup>(2)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prórroga especial: 12 meses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inspección médica</li> <li>Incomparecencia (revisión)</li> </ul>	
<b>Accidente de trabajo</b>					

<sup>(1)</sup> Recibir prestaciones de carácter contributivo a cargo del INEM o trabajadores con contrato temporal que al finalizar se encontraban en incapacidad temporal.

<sup>(2)</sup> En caso de trabajador autónomo que no haya concertado la prestación con una mutua, trabajador del Régimen Especial Agrario o Régimen de Empleadas del Hogar.

<sup>(3)</sup> En caso de enfermedad profesional se prevé un período de observación para establecer el diagnóstico de acuerdo al cuadro de EEPP (RD 1995/1978).

Tabla 5. Destinatario y datos contenidos en los diferentes documentos de gestión (parte de baja, confirmación y alta) de la incapacidad temporal.

	Destinatario			
	Servicio Público de Salud	INSS, ISM o Mutua	Trabajador	Empresa
<b>Documento</b>	<b>Original</b>	<b>1ª copia</b>	<b>2ª copia</b>	<b>3ª copia</b>
<b>Parte de baja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen</li> <li>• Situación</li> <li>• Datos del trabajador</li> <li>• Datos de la empresa</li> <li>• Descripción de la limitación de la capacidad funcional</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Duración probable de la baja (días/meses)</li> <li>• Fecha de la baja</li> <li>• Datos del facultativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen</li> <li>• Situación</li> <li>• Datos del trabajador</li> <li>• Datos de la empresa</li> <li>• Descripción de la limitación de la capacidad funcional</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Duración probable de la baja (días/meses)</li> <li>• Fecha de la baja</li> <li>• Datos del facultativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen</li> <li>• Situación</li> <li>• Datos del trabajador</li> <li>• Datos de la empresa</li> <li>• Duración probable de la baja (días/meses)</li> <li>• Fecha de la baja</li> <li>• Datos del facultativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen</li> <li>• Situación</li> <li>• Datos del trabajador</li> <li>• Datos de la empresa</li> <li>• Duración probable de la baja (días/meses)</li> <li>• Fecha de la baja</li> <li>• Datos del facultativo</li> </ul>
<b>Parte de confirmación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos del trabajador</li> <li>• Datos de la empresa</li> <li>• Descripción limitación capacidad funcional</li> <li>• Informe complementario (3º parte y sucesivamente cada 4 partes)</li> <li>• Informe prórroga</li> <li>• Datos del facultativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos del trabajador</li> <li>• Datos de la empresa</li> <li>• Datos del facultativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos del trabajador</li> <li>• Datos de la empresa</li> <li>• Datos del facultativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos del trabajador</li> <li>• Datos de la empresa</li> <li>• Datos del facultativo</li> </ul>
<b>Parte de alta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen</li> <li>• Situación (activo/desempleado)</li> <li>• Datos del trabajador</li> <li>• Datos de la empresa</li> <li>• Resultado reconocimiento médico</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Duración probable de la baja (días/meses)</li> <li>• Fecha de la baja</li> <li>• Fecha del alta</li> <li>• Datos del facultativo</li> <li>• Causa del alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen</li> <li>• Situación (activo/desempleado)</li> <li>• Datos del trabajador</li> <li>• Datos de la empresa</li> <li>• Resultado reconocimiento médico</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Duración probable de la baja (días/meses)</li> <li>• Fecha de la baja</li> <li>• Fecha del alta</li> <li>• Datos del facultativo</li> <li>• Causa del alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen</li> <li>• Situación (activo/desempleado)</li> <li>• Datos del trabajador</li> <li>• Datos de la empresa</li> <li>• Duración probable de la baja (días/meses)</li> <li>• Fecha de la baja</li> <li>• Fecha del alta</li> <li>• Datos del facultativo</li> <li>• Causa del alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Régimen</li> <li>• Situación (activo/desempleado)</li> <li>• Datos del trabajador</li> <li>• Datos de la empresa</li> <li>• Duración probable de la baja (días/meses)</li> <li>• Fecha de la baja</li> <li>• Fecha del alta</li> <li>• Datos del facultativo</li> <li>• Causa del alta</li> </ul>

Tabla 7. Actividades económicas de acuerdo a la versión catalana de la Clasificación Nacional de Actividades de 1993 (CCAIE-93).

Denominación de la actividad	CCAIE-93	Recodificación
Agricultura, ganadería, caza y pesca	01110 - 05022	0
Industrias extractivas, industria química, energía eléctrica, gas y agua	10100 - 14502 23000 - 23302 24000 - 24700 40000 - 41000	1
Industria metalúrgica	27000 - 35500	2
Otras industrias manufactureras	15000 - 16000 17000 - 18302 19000 - 19300 20000 - 20522 21000 - 22330 25000 - 25242 26000 - 26820 36000 - 36630	3
Construcción	45000 - 45500	4
Comercio, reparaciones y hostelería	50000 - 52740 55000 - 55522	5
Transporte y comunicaciones	60000 - 64200	6
Otros servicios (actividades inmobiliarias, actividades sanitarias, hogares que ocupan personal doméstico)	37000 - 37200 65000 - 67203 70000 - 74843 75000 - 80423 85000 - 85325 90000 - 93050 95000 - 99000	7

Fuente: Institut Estadística de Catalunya (102)

Tabla 8. Ocupaciones utilizadas en el análisis simple y la regresión logística de acuerdo a la recodificación de la versión catalana de la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994 (CCO-94).

Denominación de la ocupación	CCO-94		Recodificación
<i><u>Análisis simple</u></i>			
Directivos de administración y empresas	1000	1701	1
Técnicos y profesionales	2000	3550	2
Empleados administrativos	4000	4605	3
Trabajadores de servicios de restauración, servicios personales y comercio	5000	5330	4
Trabajadores cualificados, agrarios y pescadores	6000	6324	5
Trabajadores cualificados de la construcción	7000	7299	6
Trabajadores de la industria	7300	7624	7
	7700	7942	
	8000	8490	
	8500	8640	
Trabajadores no cualificados	9000	9352	8
	9400	9800	
<i><u>Regresión logística</u></i>			
Directivos, técnicos, profesionales y administrativos	1000	4999	1
Trabajadores de servicios de restauración, servicios personales y comercio	5000	5999	2
Trabajadores cualificados	6000	7999	3
Operarios de maquinaria	8000	8999	4
Trabajadores no cualificados	9000	9999	5

Fuente: Institut Estadística de Catalunya (103)

Tabla 9. Clasificación Internacional de los Problemas de Salud en Atención Primaria-2 (CIPSAP-2) o Clasificación WONCA

Denominación de los grupos de enfermedades	Códigos enfermedades
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	008- 136-
II. Neoplasias	151- 239-
III. Enfermedades del sistema endocrino, metabólicas, nutricionales	240- 279-
IV. Enfermedades de la sangre	280- 2899
V. Trastornos mentales	294- 316-
VI. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	340- 388-
VII. Patología del aparato circulatorio	390- 459-
VIII. Patología del aparato respiratorio	460- 519-
IX. Patología del aparato digestivo	520- 579-
X. Patología del aparato génito-urinario	580- 629-
XI. Embarazo, parto y puerperio	633- 670-
XII. Patología de la piel y tejido subcutáneo	680- 709-
XIII. Patología del aparato locomotor y tejido conjuntivo	714- 739-
XIV. Anomalías congénitas	746- 758-
XV. Morbimortalidad perinatal	778-
XVI. Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos	7803 797-
XVII. Lesiones y efectos adversos	802- 9950
XVIII. Clasificación suplementaria (incluye procedimientos preventivos y problemas familiares y sociales)	V01- V999

Fuente: WONCA (104)

Tabla 10. Características de los episodios de incapacidad temporal incluidos en el estudio de los trabajadores participantes y no participantes, según el género, la edad, la duración de la incapacidad temporal y el grupo diagnóstico.

	Participantes		No participantes		P
	N	%	N	%	
<u>Género</u>					
Hombres	130	62,8	67	58,3	0,42
Mujeres	77	37,2	48	41,7	
<u>Edad</u>					
< 31 años	73	35,3	41	35,7	0,97
de 31 a 45 años	81	39,1	46	40,0	
> de 45 años	53	25,6	28	24,3	
<u>Duración</u>					
≤ 15 días	135	65,2	72	62,6	0,64
> 15 días	72	34,8	43	37,4	
<u>Diagnóstico</u>					
Enfermedades infecciosas y parasitarias	13	6,3	7	6,1	0,26
Trastornos mentales	11	5,3	7	6,1	
Enfermedades del sistema nervioso/órganos de los sentidos	12	5,8	2	1,7	
Enfermedades del aparato respiratorio	69	33,3	38	33,0	
Enfermedades del aparato digestivo	10	4,8	6	5,2	
Enfermedades del aparato génito-urinario	7	3,4	4	3,5	
Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo	28	13,5	24	20,9	
Lesiones y efectos adversos	39	18,8	12	10,4	
Otros grupos diagnósticos	18	8,7	15	13,0	
Total	207	100	115	100	

Tabla 11. Características de los episodios de incapacidad temporal según las variables sociolaborales.

	N	%
<u>Contrato</u>		
Indefinido	140	67,6
Temporal	60	29,0
Otros	7	3,4
<u>Tamaño de la empresa</u>		
De 1 a 9	27	13,0
De 10 a 49	43	20,8
De 50 a 99	13	6,3
De 100 a 499	31	15,0
De 500 o más	75	36,2
No sabe-no contesta	18	8,7
<u>Antigüedad en la empresa</u>		
≤1 año	53	25,6
>1año - ≤5 años	47	22,7
>5 años - ≤10 años	34	16,4
>10 años	73	35,3
<u>Antigüedad realizando la misma ocupación</u>		
0 – 3 años	57	27,5
4 – 9 años	50	24,2
10 – 14 años	43	20,7
≥ 15 años	57	27,5
<u>Horas semanales trabajadas</u>		
< 40 horas	46	22,2
40 horas	88	42,5
> 40 horas	71	34,3
No sabe / No contesta	2	1,0
<u>Turno de trabajo</u>		
De mañana	43	20,8
De tarde	17	8,2
De noche	13	6,3
Partido	101	48,8
Rotatorio	22	10,6
Otros	11	5,3
Total	207	100

Tabla 12. Características de los episodios de incapacidad temporal según la actividad y la ocupación de acuerdo a la versión catalana de la Clasificación Nacional de Actividades (CCA-E-93) y de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CCO-94).

	n	%
<u>Actividad de la empresa (CCA-E-93)</u>		
Industria extractivas, industria química, energía eléctrica, gas y agua	7	3,4
Industria metalúrgica	18	8,7
Otras industrias manufactureras	22	10,6
Construcción	20	9,7
Comercio, reparaciones y hostelería	47	22,7
Transporte y comunicaciones	25	12,1
Otros servicios (actividades inmobiliarias, sanitarias, personal doméstico)	68	32,9
<u>Ocupación del entrevistado (CCO-94)</u>		
Directivos administración y empresa	3	1,4
Técnicos profesionales	45	21,7
Empleados administrativos	27	13,0
Trabajadores del servicio de restauración, servicios personales y comercio	44	21,3
Trabajadores cualificados, agrarios y pesqueros	2	1,0
Trabajadores cualificados de la construcción	8	3,9
Trabajadores de la industria	41	19,8
Trabajadores no cualificados	37	17,9
<u>Total</u>	207	100

Tabla 13. Distribución de los episodios de incapacidad temporal según grupos diagnósticos (clasificación WONCA) de acuerdo al diagnóstico que constaba en el informe clínico y en el parte de alta de la incapacidad temporal.

Diagnóstico	Informe clínico		Parte de alta IT	
	N	%	N	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	13	6,3	11	5,4
Trastornos mentales	11	5,3	10	4,9
Enfermedades del sistema nervioso/órganos de los sentidos	12	5,8	9	4,4
Enfermedades del aparato respiratorio	69	33,3	68	33,2
Enfermedades del aparato digestivo	10	4,8	11	5,4
Enfermedades del aparato génito-urinario	7	3,4	6	2,9
Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo	28	13,5	28	13,7
Lesiones y efectos adversos	39	18,8	39	19
Otros grupos diagnósticos <sup>(1)</sup>	18	8,7	23	11,2
<b>TOTAL</b>	<b>207</b>	<b>100</b>	<b>205<sup>(2)</sup></b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> "Otros grupos diagnósticos" comprende los siguientes grupos de la WONCA: II. Neoplasias; III. Enfermedades del sistema endocrino, metabólicas, nutricionales; IV. Enfermedades de la sangre; VII. Patología del aparato circulatorio; XI. Embarazo, parto y puerperio. XII. Patología de la piel y tejido subcutáneo; XIV. Anomalías congénitas; XV. Morbimortalidad perinatal; XVI. Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos; XVIII. Clasificación suplementaria (incluye procedimientos preventivos y problemas familiares y sociales).

<sup>(2)</sup> En dos episodios no consta el diagnóstico en el parte de alta.

Tabla 15. Número (n) y porcentaje (%) de trabajadores que perciben la exposición a factores de riesgo relacionados con la estructura y las condiciones ambientales, las condiciones ergonómicas y las organizativas.

Factores de riesgo percibidos	n	%
<u><i>Condiciones estructurales y ambientales</i></u>		
Vibraciones	70	33,8
Ruido	90	43,5
Altas temperaturas	45	21,7
Bajas temperaturas	27	13,0
Humedad	48	23,2
Iluminación inadecuada	52	25,1
Humo, polvos y fibras en el aire	95	45,9
En el lugar de trabajo:		
<i>Se pueden abrir ventanas</i>	94	45,4
<i>Hay aire acondicionado</i>	105	50,7
Utiliza sustancias peligrosas	62	30,0
<u><i>Condiciones ergonómicas</i></u>		
Adopta posturas incómodas	132	63,8
Transporta o moviliza cargas	109	52,7
Realiza movimientos repetidos	176	85,0
Está sentado la mayor parte de la jornada	59	28,5
Está de pie la mayor parte de la jornada	128	61,8
Está cansado con frecuencia durante el trabajo	93	44,9
Utiliza pantallas de ordenador	61	29,5
<u><i>Condiciones organizativas</i></u>		
Trabaja muy deprisa	129	62,3
Trabaja con el tiempo muy ajustado	113	54,6
Trata con personas no empleadas en la empresa	143	69,1

Tabla 16. Número (n) y porcentaje (%) de trabajadores que perciben la exposición a los factores de riesgo psicosocial.

	N	%
Demanda total <sup>1</sup>		
Alta	81	39,1
Baja	126	60,9
Demanda física		
Alta	83	40,1
Baja	124	59,9
Demanda psicológica		
Alta	63	30,4
Baja	144	69,6
Control		
Alto	120	58,0
Bajo	87	42,0
Apoyo social		
Alto	129	62,3
Bajo	78	37,7

<sup>1</sup> Los efectivos de cada categoría (alta/baja) se obtienen de la suma de los casos correspondientes a la misma categoría sean de demanda física o psicológica.

Tabla 19. Características sociodemográficas (género y edad), laborales (antigüedad en la empresa, actividad de la empresa y ocupación) y duración de los episodios de incapacidad temporal laborales y no laborales.

	Laborales		No laborales		$\chi^2$	p		
	N	%	N	%				
<u>Género</u>								
Hombres	23	69,7	107	61,5	0,49	0,49		
Mujeres	10	30,3	67	38,5				
<u>Edad</u>								
< 31 años	6	18,2	67	38,5	6,27	0,04		
de 31 a 45 años	14	42,4	67	38,5				
> de 45 años	13	39,4	40	23,0				
<u>Antigüedad en la empresa</u>								
≤ 1 año	6	18,2	47	27,0	0,72	0,40		
> 1 año	27	81,8	127	73,0				
<u>Antigüedad en la ocupación</u>								
< 15 años	19	57,6	131	75,3	4,4	0,04		
≥ 15 años	14	42,4	43	24,7				
<u>Actividad de la empresa (CCAE-93)</u>								
Industria extractivas, industria química, energía eléctrica, gas y agua	1	3,0	6	3,4	2,71	0,84		
Industria metalúrgica	2	6,1	16	9,2				
Otras industrias manufactureras	5	15,2	17	9,8				
Construcción	5	15,2	15	8,6				
Comercio, reparaciones y hostelería	7	21,2	40	23,0				
Transporte y comunicaciones	3	9,1	22	12,6				
Otros servicios (actividades inmobiliarias, sanitarias, actividades de limpieza)	10	30,7	58	33,3				
<u>Ocupación del entrevistado (CCO-94)</u>								
Directivos administración y empresa	0	0,0	3	1,7			18,10	0,01
Técnicos profesionales	5	15,2	40	23,0				
Empleados administrativos	0	0,0	27	15,5				
Trabajadores del servicio de restauración, servicios personales y comercio	4	12,1	40	23,0				
Trabajadores cualificados, agrarios y pesqueros	1	3,0	1	0,6				
Trabajadores cualificados de la construcción	3	9,1	5	2,9				
Trabajadores de la industria	10	30,3	31	17,8				
Trabajadores no cualificados	10	30,3	27	15,5				
<u>Duración</u>								
≤ 15 días	20	60,6	115	66,1	0,37	0,54		
> 15 días	13	39,4	59	33,9				
<u>Total</u>	33	100	174	100				

Tabla 21. Número (n) y porcentaje (%) de trabajadores que perciben la exposición a los factores de riesgo relacionados con la estructura, las condiciones ambientales, la tarea y la organización del trabajo, según su episodio sea laboral o no laboral de acuerdo a la opinión de los expertos.

Factores de riesgo percibidos	Laborales		No laborales		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Vibraciones	15	45,5	55	31,6	1,80	0,18
Ruido	17	51,5	73	42,0	0,68	0,41
Altas temperaturas	14	42,4	31	17,8	8,48	0,004
Bajas temperaturas	4	12,1	23	13,2	0,01	1,00 <sup>1</sup>
Humedad	10	30,3	38	21,8	0,69	0,41
Iluminación inadecuada	8	24,2	44	25,3	0,01	0,93
Presencia de humos, polvos no metálicos o fibras en el aire	21	63,6	74	42,5	4,97	0,04
Ventilación natural (ventanas practicables)	15	45,5	79	45,4	0,03	0,85
Aire acondicionado	8	24,2	97	55,7	9,79	0,002
Uso de sustancias peligrosas	16	48,5	46	26,4	6,42	0,02
Posturas incómodas o forzadas	28	84,8	104	59,8	6,50	0,01
Transporte o movilización de cargas	27	81,8	82	47,1	12,04	0,0005
Movimientos repetidos con brazos, manos y muñecas	31	93,9	145	83,3	1,69	0,18 <sup>1</sup>
Sentado la mayor parte de la jornada	4	12,1	55	31,6	4,26	0,04
De pie la mayor parte de la jornada	29	87,9	99	56,9	10,01	0,001
Ritmo de trabajo rápido (trabaja muy deprisa)	24	72,7	105	60,3	1,32	0,25
Tiempo muy ajustado	24	72,7	89	51,1	4,38	0,03
Trato directo con personas ajenas	17	51,5	126	72,4	4,74	0,03
Cansado con frecuencia durante el trabajo	22	66,7	71	40,8	6,49	0,01
Uso de pantallas de ordenador	2	6,1	59	33,9	9,05	0,003
Total	33	100	174	100		

<sup>1</sup> Valor esperado menor de 5. Test exacto de Fisher (valor-P 2-colas)

Tabla 22. Número (n) y porcentaje (%) de trabajadores que perciben la exposición a los factores de riesgo psicosocial, según su episodio sea laboral o no laboral de acuerdo a la opinión de los expertos.

	Laborales		No laborales		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Demanda total <sup>1</sup>						
Alta	21	63,6	60	34,5		
Baja	12	36,4	114	65,5	8,71	0,003
Demanda física						
Alta	24	72,7	59	33,9		
Baja	9	27,3	115	66,1	15,82	0,0001
Demanda psicológica						
Alta	11	33,3	52	29,9		
Baja	22	66,7	122	70,1	0,04	0,85
Control						
Alto	22	66,7	98	56,3		
Bajo	11	33,3	76	43,7	0,83	0,36
Apoyo social						
Alto	23	69,7	106	60,9		
Bajo	10	30,3	68	39,1	0,57	0,45

<sup>1</sup> Los efectivos de cada categoría (alta/baja) se obtienen de la suma de los casos correspondientes a la misma categoría sean de demanda física o psicológica.

Tabla 23. Asociación, cruda ( $RO_c$ ) y ajustada por edad ( $RO_e$ ) con sus intervalos de confianza al 95% (IC 95%), de los episodios de incapacidad temporal laborales respecto a los factores de riesgo percibidos relacionados con la estructura, las condiciones ambientales, la tarea y los factores de riesgo psicosocial.

Factores de riesgo percibidos	$RO_c$	IC 95%	$RO_e$	IC 95%
Altas temperaturas	3,4	1,5 – 7,5	4,1	1,8 – 9,6
Presencia de humos, polvos no metálicos o fibras en el aire	2,4	1,1 – 5,1	2,5	1,6 – 5,6
Uso de sustancias peligrosas	2,6	1,2 – 5,6	2,6	1,2 – 5,7
Posturas incómodas o forzadas	3,8	1,4 – 10,2	4,9	1,7 – 13,9
Transporte o movilización de cargas	5,0	2,0 – 12,8	6	2,3 – 15,7
Sentado la mayor parte de la jornada	0,3	0,1 – 0,9	0,3	0,09 – 0,8
De pie la mayor parte de la jornada	5,5	1,8 – 16,3	6,8	2,2 – 20,8
Tiempo muy ajustado	2,5	1,1 – 5,8	2,8	1,2 – 6,4
Trato directo con personas ajenas	0,4	0,2 – 0,9	0,4	0,2 – 0,9
Cansado con frecuencia durante el trabajo	2,9	1,3 – 6,4	2,9	1,3 – 6,6
Uso de pantallas de ordenador	0,1	0,02 – 0,5	0,1	0,03 – 0,5
Demanda total	3,3	1,5 – 7,2	4,5	1,9 – 10,3
Demanda física	5,2	2,3 – 11,9	6,4	2,7 – 15,2
Demanda psicológica	1,2	0,5 – 2,6	1,2	0,5 – 2,8
Control	0,6	0,3 – 1,4	0,6	0,3 – 1,4
Apoyo social	0,7	0,3 – 1,5	0,8	0,4 – 1,9

Tabla 24. Diagnóstico (clasificación WONCA) de los episodios de incapacidad temporal laborales y no laborales según la opinión de los expertos.

Diagnóstico	Laborales		No laborales	
	n	%	n	%
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1	3,0	12	6,9
Trastornos mentales	3	9,1	8	4,6
Enfermedades del sistema nervioso/órganos de los sentidos	1	3,0	11	6,3
Enfermedades del aparato respiratorio	4	12,1	65	37,4
Enfermedades del aparato digestivo	1	3,0	9	5,2
Enfermedades del aparato génito-urinario	–	–	7	4,0
Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo	20	60,6	8	4,6
Lesiones y efectos adversos	3	9,1	36	20,7
Otros grupos diagnósticos <sup>1</sup>	–	–	18	10,3
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>174</b>	<b>100</b>

<sup>1</sup> "Otros grupos diagnósticos" comprende los siguientes grupos de la WONCA: II. Neoplasias; III. Enfermedades del sistema endocrino, metabólicas, nutricionales; IV. Enfermedades de la sangre; VII. Patología del aparato circulatorio; XI. Embarazo, parto y puerperio. XII. Patología de la piel y tejido subcutáneo; XIV. Anomalías congénitas; XV. Morbimortalidad perinatal; XVI. Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos; XVIII. Clasificación suplementaria (incluye procedimientos preventivos y problemas familiares y sociales).

Tabla 25. Distribución de los episodios de incapacidad temporal laborales y no laborales, según la opinión de los expertos, en las categorías diagnósticas consideradas (clasificación WONCA).

Diagnóstico	Laborales		No laborales		TOTAL
	n	%	n	%	
Enfermedades infecciosas y parasitarias	1	6,7	12	92,3	13
Trastornos mentales	3	27,3	8	72,7	11
Enfermedades del sistema nervioso/órganos de los sentidos	1	8,3	11	91,7	12
Enfermedades del aparato respiratorio	4	5,8	65	94,2	69
Enfermedades del aparato digestivo	1	10,0	9	90,0	10
Enfermedades del aparato génito-urinario	-	-	7	100	7
Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo	20	71,4	8	28,7	28
Lesiones y efectos adversos	3	7,7	36	92,3	39
Otros grupos diagnósticos <sup>1</sup>	-	-	18	100	18
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>15,9</b>	<b>174</b>	<b>84,8</b>	<b>207</b>

<sup>1</sup> "Otros grupos diagnósticos" comprende los siguientes grupos de la WONCA: II. Neoplasias; III. Enfermedades del sistema endocrino, metabólicas, nutricionales; IV. Enfermedades de la sangre; VII. Patología del aparato circulatorio; XI. Embarazo, parto y puerperio; XII. Patología de la piel y tejido subcutáneo; XIV. Anomalías congénitas; XV. Morbimortalidad perinatal; XVI. Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos; XVIII. Clasificación suplementaria (incluye procedimientos preventivos y problemas familiares y sociales).

Tabla 27. **Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo.** Características sociodemográficas (género y edad), laborales (antigüedad en la ocupación, actividad de la empresa y ocupación) y duración de los episodios de incapacidad temporal laborales y no laborales según la opinión de los expertos.

	Laborales		No laborales		$\chi^2$	p
	N	%	N	%		
<u>Género</u>						
Hombres	16	80	4	50	2,5	0,1
Mujeres	4	20	4	50		
<u>Edad</u>						
< 31 años	3	15	3	37,5	2,2	0,3
de 31 a 45 años	7	35	3	37,5		
> de 45 años	10	50	2	25		
<u>Antigüedad en la ocupación</u>						
< 15 años	12	60	5	62,5	0,01	0,9
≥ 15 años	8	40	3	37,5		
<u>Actividad de la empresa (CCAЕ-93)</u>						
Industria extractivas, industria química, energía eléctrica, gas y agua	1	5	-	-	2,9	0,8
Industria metalúrgica	2	10	1	12,5		
Otras industrias manufactureras	3	15	1	12,5		
Construcción	4	20	-	-		
Comercio, reparaciones y hostelería	4	20	2	25		
Transporte y comunicaciones	1	5	1	12,5		
Otros servicios (actividades inmobiliarias, sanitarias, actividades de limpieza)	5	25	3	37,5		
<u>Ocupación del entrevistado (CCO-94)</u>						
Directivos administración y empresa	0	-	0	-	6,9	0,2
Técnicos profesionales	2	10	1	12,5		
Empleados administrativos	0	-	1	12,5		
Trabajadores del servicio de restauración, servicios personales y comercio	2	10	3	37,5		
Trabajadores cualificados, agrarios y pesqueros	0	-	0	-		
Trabajadores cualificados de la construcción	2	10	0	-		
Trabajadores de la industria	7	35	2	25		
Trabajadores no cualificados	7	35	1	12,5		
<u>Duración del episodio</u>						
≤ 15 días	9	45	4	50	0,06	0,8
> 15 días	11	55	4	50		
Total	20	100	8	100		

Tabla 28. **Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo.** Número (n) y porcentaje (%) de trabajadores que perciben la exposición de los factores de riesgo relacionados con la estructura, las condiciones ambientales y la tarea, según su episodio sea laboral o no laboral, según la opinión de los expertos.

Factores de riesgo percibidos	Laborales		No laborales		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Vibraciones	11	55,0	3	37,5	0,7	0,4
Ruido	11	55,0	6	75	0,9	0,3
Altas temperaturas	7	35,0	0	-	3,7	0,05
Bajas temperaturas	2	10,0	1	12,5	0,03	0,8
Humedad	6	30,0	3	37,5	0,1	0,7
Iluminación inadecuada	7	35,0	4	50,0	0,5	0,5
Presencia de humos, polvos no metálicos o fibras en el aire	15	75,0	5	62,5	0,4	0,5
Ventilación natural (ventanas practicables)	8	40,0	3	37,5	0,01	0,9
Aire acondicionado	3	15,0	5	62,5	6,3	0,01
Uso de sustancias peligrosas	9	45,0	3	37,5	0,1	0,7
Posturas incómodas o forzadas	18	90,0	6	75,0	1,0	0,3
Transporte o movilización de cargas	17	85,0	4	50,0	3,7	0,05
Movimientos repetidos con brazos, manos y muñecas	20	100	8	100	-	-
Sentado la mayor parte de la jornada	1	5,0	1	12,5	0,5	0,5
De pie la mayor parte de la jornada	19	95	4	50,0	7,9	0,005
Ritmo de trabajo rápido (trabaja muy deprisa)	14	70,0	4	50,0	1,0	0,3
Tiempo muy ajustado	14	70,0	4	50,0	1,0	0,3
Trato directo con personas ajenas	8	40,0	7	87,5	5,2	0,02
Cansado con frecuencia durante el trabajo	11	55,0	6	75,0	0,9	0,3
Uso de pantallas de ordenador						
Total	20	100	8	100		

Tabla 29. **Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo.** Número (n) y porcentaje (%) de trabajadores que perciben la exposición de los factores de riesgo psicosocial, según su episodio sea laboral o no laboral, según la opinión de los expertos.

	Laborales		No laborales		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Demanda total <sup>(1)</sup>						
Alta	13	65,0	3	37,5		
Baja	7	35,0	5	62,5	1,8	0,2
Demanda física						
Alta	16	80,0	2	25,0		
Baja	4	20,0	6	75,0	7,5	0,006
Demanda psicológica						
Alta	6	30,0	3	37,5		
Baja	14	70,0	5	62,5	0,1	0,7
Control						
Alto	12	60,0	8			
Bajo	8	40,0	0	100	4,5	0,03
Apoyo social						
Alto	12	60,0	6	75,0		
Bajo	8	40,0	2	25,0	0,5	0,4

(1) Los efectivos de cada categoría (alta/baja) se obtienen de la suma de los casos correspondientes a la misma categoría sean de demanda física o psicológica.

Tabla 30. **Enfermedades del aparato locomotor y tejido conjuntivo.** Asociación, ajustada por edad ( $RO_e$ ) e intervalo de confianza al 95% (IC 95%) de los episodios de incapacidad temporal laborales y no laborales según los expertos respecto a los factores de riesgo percibidos relacionados con la estructura, las condiciones ambientales, la tarea y los factores de riesgo psicosocial.

Factores de riesgo percibidos	$RO_e$	IC 95%		
Presencia de humos, polvos no metálicos o fibras en el aire	1,5	0,2	–	9,8
Uso de sustancias peligrosas	1,6	0,3	–	9,8
Posturas incómodas o forzadas	2,1	0,2	–	22,9
Transporte o movilización de cargas	7,3	0,9	–	62,1
Sentado la mayor parte de la jornada	0,1	0,002	–	2,7
Tiempo muy ajustado	3,7	0,5	–	27,4
Trato directo con personas ajenas	0,1	0,01	–	1,0
Cansado con frecuencia durante el trabajo	0,3	0,04	–	2,5
Uso de pantallas de ordenador	0,1	0,03	–	0,5
Demanda total	7,4	0,7	–	72,3
Demanda física	151,2	1,6	–	14.255
Demanda psicológica	0,6	0,1	–	4,1
Control	1,1	1,0	–	1,2
Apoyo social	1,9	0,3	–	14,1

Tabla 31. Porcentaje de trabajadores de la IV ENCT (INSHT) y de la muestra estudiada que perciben la exposición a algunos factores de riesgo relacionados con la estructura, las condiciones ambientales, la tarea y los factores de riesgo psicosocial.

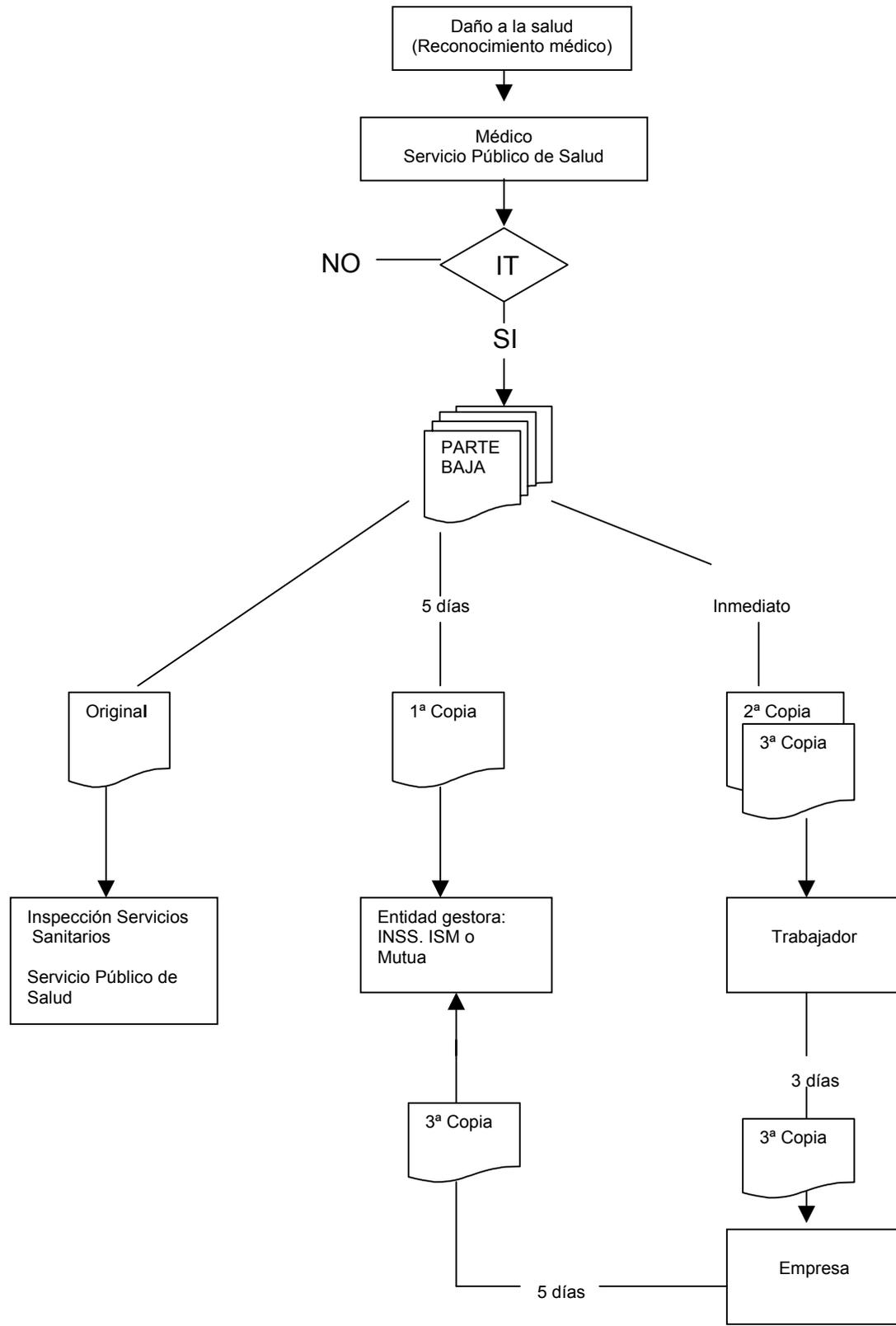
Factores de riesgo percibidos	IV ENCT	Muestra
<b><u>Condiciones ambientales</u></b>		
Vibraciones	7,2	33,8
Ruido	36,5	43,5
Altas temperaturas	25,8	21,7
Bajas temperaturas	20,4	13,0
Humedad	15,4	23,2
Exposición a humos, polvos y fibras en el aire	27,7	45,9
Uso de sustancias peligrosas o nocivas	17,1	30,0
<b><u>Condiciones ergonómicas</u></b>		
Adopta posturas incómodas	8,4	63,8
Realiza movimientos repetidos	34,1	85,0
Está sentado la mayor parte de la jornada	27,5	28,5
Está de pie la mayor parte de la jornada	40,1	61,8
<b><u>Condiciones organizativas</u></b>		
Trabaja con el tiempo muy ajustado	89,9	54,6

ENCT: Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo; INSHT: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

**FIGURAS**

---

Figura 5. Flujo del comunicado de baja de incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral).



Fuente: Real Decreto 575/1997, de 18 de abril y Orden de 19 de junio de 1997

Figura 6. Flujo del comunicado de confirmación de incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral).

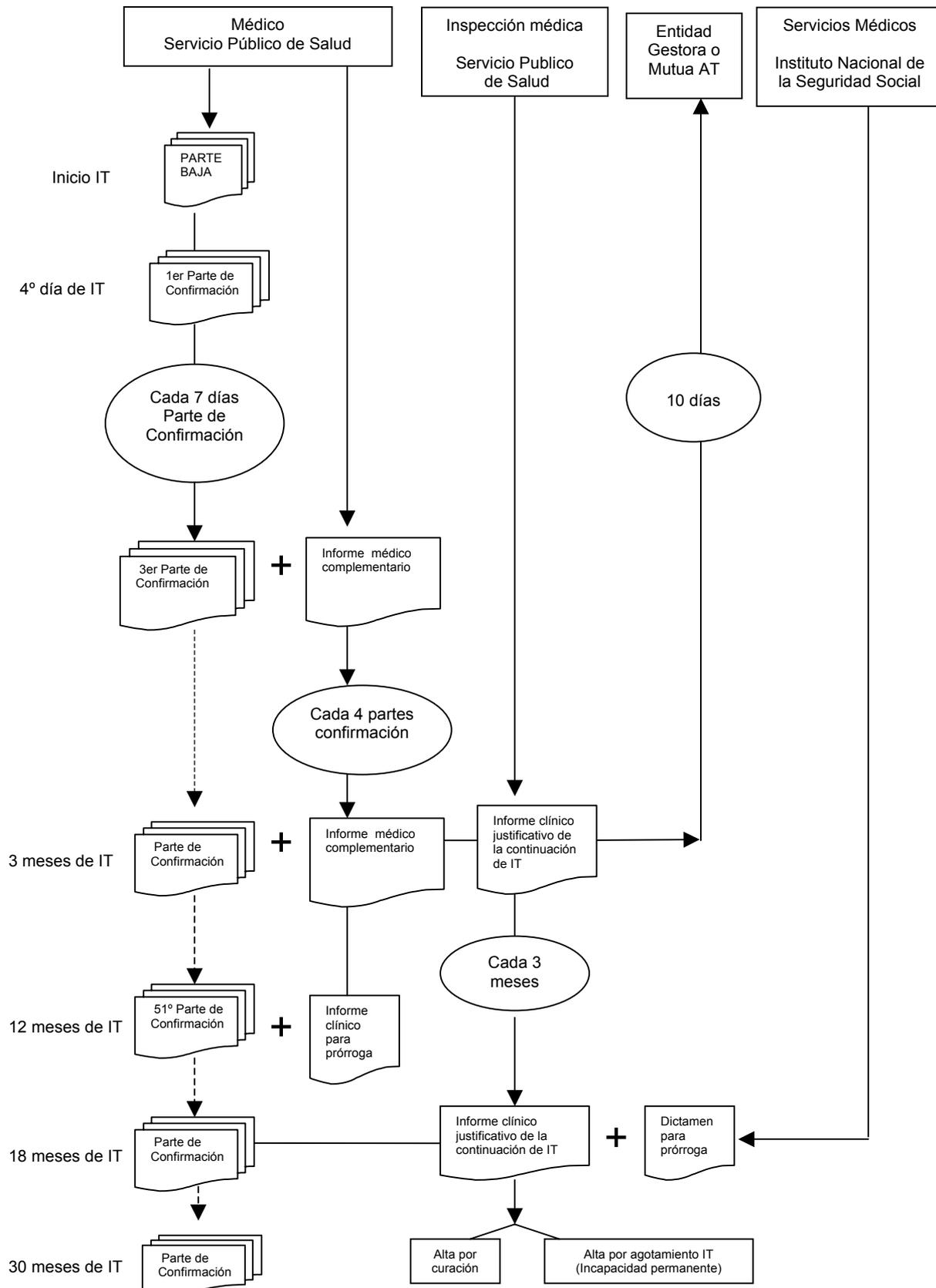


Figura 7. Flujo del comunicado de alta de incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral) extendido por el facultativo del Servicio Público de Salud.

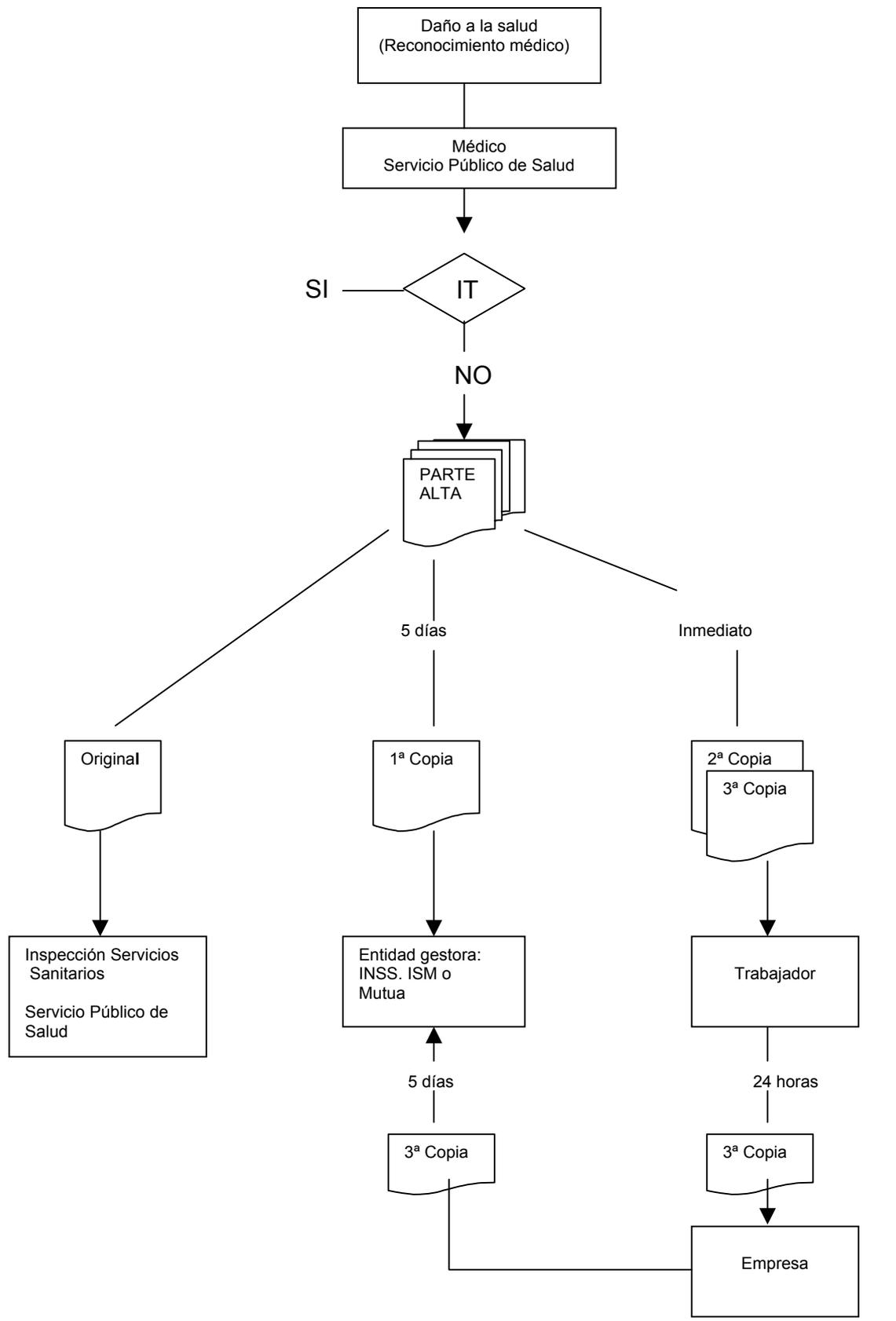
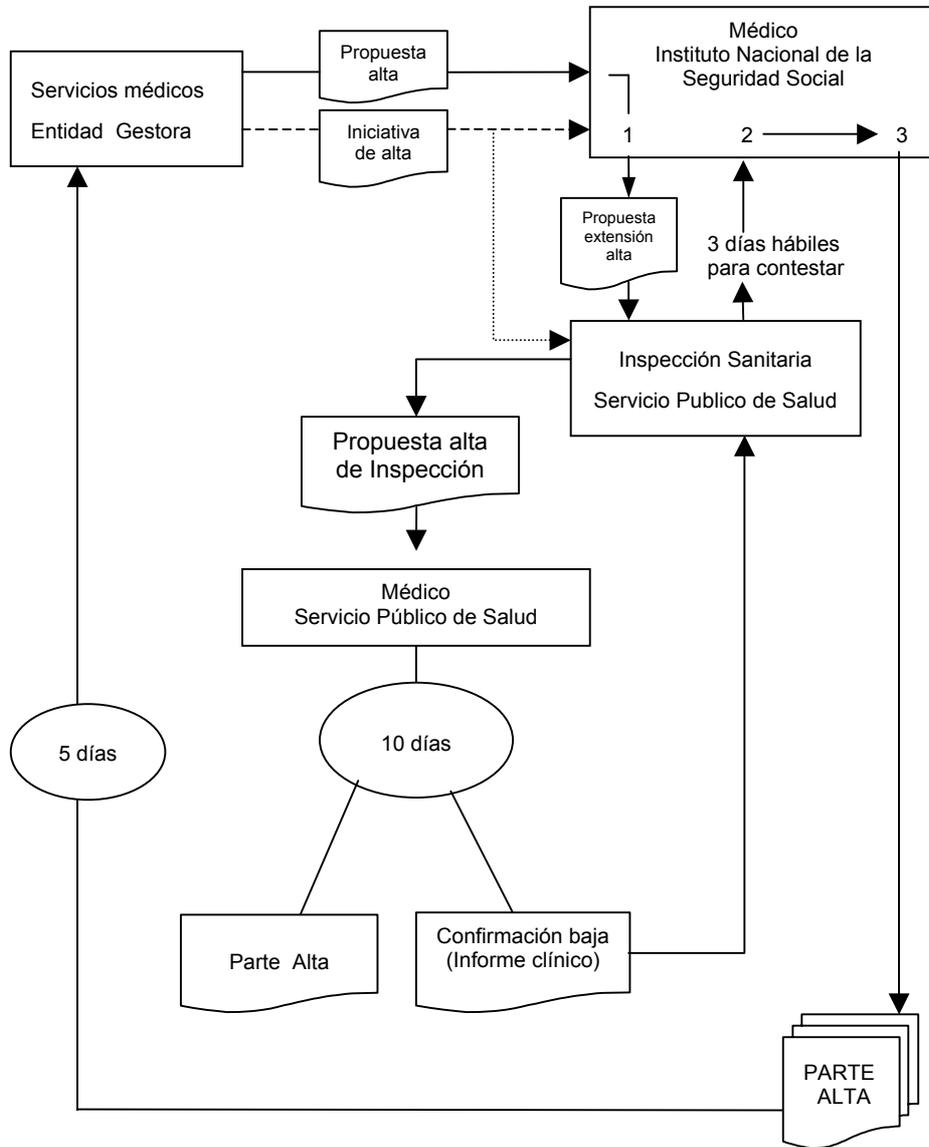


Figura 8. Flujo del comunicado de alta de incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral) a propuesta de los servicios médicos de la entidad gestora o de la mutua, a los exclusivos efectos de la prestación económica de la Seguridad Social.



Fuente: Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, Orden de 19 de junio de 1997 y Real Decreto 1117/1998 de 5 de junio.

## **7. ANEXOS**

---

**7.1. ANEXO 1**  
*PARTE DE NOTIFICACIÓN DE ALTA*

---

**PARTE MÉDICO DE BAJA / ALTA DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES**      **SEGURIDAD SOCIAL**  
**COMUNICAT MÈDIC DE BAIXA / ALTA D'INCAPACITAT TEMPORAL PER CONTINGÈNCIES COMUNES**      **SEGURETAT SOCIAL**

**RÉGIMEN/RÈGIM**      **SITUACIÓN/SITUACIÓ**

GENERAL/GENERAL       ACTIVO/ACTIU     

AUTÓNOMOS/AUTÒNOMS       DESEMPLEADO/DESOCCUPAT     

AGR. C/PROPIA/AGR. C/PROPI     

AGR. C/AJENA/AGR. C/D'ALTRE     

MAR/MAR     

E. HOGAR/E. LLAR     

M. CARBÓN/M. CARBÓ     

**DATOS DEL TRABAJADOR/DADES DEL TREBALLADOR**

NÚM. TARJETA SANITARIA/NÚM. TARGETA SANITÀRIA: .....

NÚM. AFILIACIÓN A LA S. S./NÚM. AFILIACIÓ A LA S.S.: .....

NÚM. DNI/NÚM. DOCUMENT NACIONAL D'IDENTITAT: .....

NOMBRE Y APELLIDOS/NOM I COGNOMS: .....

Domicilio/Domicili	Localidad/Localitat	Provincia/Província	CP/CP	CP/CP	Teléfono/Telèfon
--------------------	---------------------	---------------------	-------	-------	------------------

**DATOS DE LA EMPRESA/DADES DE L'EMPRESA**

Nombre de la Empresa/Nom de l'empresa	Domicilio/Domicili	Localidad/Localitat	Provincia/Província	CP/CP
Entidad pago IT/CC/Entitat pagament IT/CC Empr. Colaboradora/Empr. Col·laboradora	Mutua/Mutua	Actividad Empresa/Activitat empresa	Código CNAE/Codi CNAE	Puesto de trabajo/Lloc de treball
MUTUA/MUTUA <input type="checkbox"/> INSS <input type="checkbox"/> ISM <input type="checkbox"/>				

**DESCRIPCIÓN DE LA LIMITACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (en el parte de baja) / RESULTADO RECONOCIMIENTO MÉDICO (en el parte de alta)**  
**DESCRIPCIÓ DE LA LIMITACIÓ DE LA CAPACITAT FUNCIONAL (en el comunicat de baixa) / RESULTAT RECONeixEMENT MÈDIC (en el comunicat d'alta)**

**DIAGNÓSTICO/DIAGNÒSTIC** .....

Código CIE-9 MC/Codi CIE-9 MC

↓ DURACIÓN PROBABLE DE LA BAJA? / DURADA PROBABLE DE LA BAIXA?	DÍAS/DIES	MESES/MESOS

Duración estándar / Durada estàndard

De ..... a ..... días/dies

**PARTE DE BAJA COMUNICAT DE BAIXA**      Fecha de la BAJA / Data de la BAIXA

**PARTE DE ALTA COMUNICAT D'ALTA**      Fecha del ALTA (\*) / Data de l'ALTA (\*)

RECALIDA/RECAIGUDA      SI  ENFER. COMUN/MALALIA COMUNA     

NO  ACC. NO LABORAL/ACC. NO LABORAL     

**P. 9**

(\*) En los partes de alta, cumplimente también la fecha de la baja. En els comunicats d'alta, emplenar també la data de la baixa

**Ejemplar para el SERVICIO PÚBLICO DE SALUD**      **Exemplar per al SERVEI PÚBLIC DE SALUD**

DATOS DEL FACULTATIVO - CIAS / DADES DEL FACULTATIU - CIAS	Firma, Fecha y Sello/Signatura, data i segell
	Número de colegiado / Número de col·legiat

**CAUSA DEL ALTA/CAUSA DE L'ALTA**

Curación/Curació     

Fallecimiento/Defunció     

Inspección Médica/Inspecció Mèdica     

Prop. de Incapacidad/Prop. d'Incapacitar     

Agotamiento plazo/Esgotament termini     

Mejoría que permite realizar trab. habitual     

Miñora que permet realitzar feina habitual     

Incomparencia/Incomparsa/Inença

**7.2. ANEXO 2**  
*CUESTIONARIO LABORAL*

---

### Cuestionario laboral

**0.- CODIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO**

Número de orden \_\_\_\_\_  
 Fecha entrevista \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**I.- IDENTIFICACIÓN PERSONAL**

1.-¿Cuál es su fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*(A cumplimentar por el entrevistador a partir del comunicado de alta)*

2.- Género	H.- Hombre	M.- Mujer
Nombre	_____	
Apellidos	_____	
Teléfonos de contacto	_____	_____
Dirección	_____	
Población	_____	
3.- Código Postal	_____	

**II.- CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA IT**

*(A cumplimentar por el entrevistador a partir del comunicado de alta)*

Fecha de baja	_____ / _____ / _____
Fecha de alta	_____ / _____ / _____
4.- Médico de familia	_____
5.- Régimen de la Seguridad Social	_____

6.-Observaciones del entrevistado \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**III.- SITUACIÓN LABORAL**

7.- Actualmente es usted un trabajador: *(Señale con un círculo)*

- 1. En paro \_\_\_\_\_
- 2. Autónomo \_\_\_\_\_
- 3. Con contrato indefinido \_\_\_\_\_
- 4. Con contrato temporal \_\_\_\_\_
- 5. Otros \_\_\_\_\_

8.- ¿Cuantas horas a la semana trabaja habitualmente / trabajaba? \_\_\_\_\_

No rellenar

Horas

9.- ¿Cuál es / era su turno de trabajo? (Señale con un círculo)

1. De mañana
2. De tarde
3. De noche
4. Partido (mañana y tarde)
5. Rotatorio (2 turnos)
6. Rotatorio (3 turnos)
7. Otros \_\_\_\_\_

10.- ¿Cuál es la actividad principal de la empresa en la que trabaja /de la última empresa en la que ha trabajado?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11.- ¿Desde hace cuanto tiempo que trabaja en esta empresa / Cuánto tiempo trabajó en la empresa?

\_\_\_\_\_

(Años y/o meses)

12.- ¿Cuántos trabajadores están empleados en la empresa? (Señale con un círculo)

- |               |                          |
|---------------|--------------------------|
| 1. Ninguno    | 5. De 100 a 499          |
| 2. De 1 a 9   | 6. De 500 o más          |
| 3. De 10 a 49 | 7. No sabe / No contesta |
| 4. De 50 a 99 |                          |

#### IV.- CONDICIONES DE TRABAJO

13.- ¿De qué trabaja actualmente / De que ha trabajado en su último trabajo?

(Indicar el puesto de trabajo y la tarea concreta que realiza)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14.- ¿Desde hace cuanto tiempo está realizando este trabajo / Cuánto tiempo estuvo realizando este trabajo?

\_\_\_\_\_

(Años y/o meses)

15.- A continuación le enumeraré una serie de riesgos del entorno de trabajo. Dígame, por favor, si en su trabajo hay / había alguna de las siguientes condiciones. (Señale con un círculo)

- |  |         |
|--|---------|
| 1. Herramientas manuales o maquinaria que produce <u>vibraciones</u>                 | Sí / No |
| 2. <u>Ruido</u> a un nivel que obliga a elevar la voz para hablar                    | Sí / No |
| 3. <u>Temperaturas elevadas</u> , incluso en invierno se suda sin trabajar           | Sí / No |
| 4. <u>Bajas temperaturas</u> , incluso en verano                                     | Sí / No |
| 5. <u>Humedad</u> (hay manchas en las paredes)                                       | Sí / No |
| 6. <u>Iluminación</u> inadecuada teniendo que forzar la vista para realizar su tarea | Sí / No |
| 7. Presencia de <u>humos</u> , polvos no metálicos o fibras en el aire               | Sí / No |

No rellenar

C.N.A.E.









C.N.O.



**20.- Me gustaría conocer ahora algunas características de su relación con su trabajo. Para ello, le voy a leer unas afirmaciones y deseo que me diga si esta muy de acuerdo o nada de acuerdo** (*Repetir tras cada afirmación: Muy de acuerdo (1), de acuerdo (2), poco de acuerdo (3), en desacuerdo (4) o nada de acuerdo(5)*)

- |   |                     |                          |
|---|---------------------|--------------------------|
|   | <i>(Puntuación)</i> |                          |
| 1. Mi trabajo es interesante y variado  | _____               | <input type="checkbox"/> |
| 2. Estoy satisfecho con el tipo de trabajo que realizo  | _____               | <input type="checkbox"/> |
| 3. Aprendo cosas nuevas   | _____               | <input type="checkbox"/> |
| 4. Si pudiese cambiaría de trabajo  | _____               | <input type="checkbox"/> |
| 5. Me consultan o comunican con antelación los cambios que afectan a mi tarea                                       | _____               | <input type="checkbox"/> |
| 6. Conozco con antelación los cambios que se puedan producir en mi departamento o sección relativos a la producción | _____               | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tengo posibilidades de introducir cambios en mi trabajo  | _____               | <input type="checkbox"/> |
| 8. El supervisor o encargado valora mi trabajo  | _____               | <input type="checkbox"/> |
| 9. Me llevo bien con mis compañeros de trabajo  | _____               | <input type="checkbox"/> |

**21.- Finalmente, ¿piensa que el problema de salud que ha motivado la baja está relacionado con su trabajo?** (*Señale con un círculo*)

Sí / No

No rellenar

**V.- ANTECEDENTES LABORALES**

**22.- Ahora para acabar, es importante que nos indique todos los trabajos que ha realizado últimamente. Por favor, intente recordar, los trabajos previos realizados, empezando con el trabajo anterior al que hemos comentado.**

Trabajo 2                      Fecha inicio \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Fecha finalización \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Actividad de la empresa

\_\_\_\_\_

Ocupación (*especificar tareas*)

\_\_\_\_\_

¿Recuerda de manera especial algún riesgo presente en su trabajo?

\_\_\_\_\_

Trabajo 3                      Fecha inicio \_\_\_\_ / \_\_\_\_      Fecha finalización \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Actividad de la empresa

\_\_\_\_\_

Ocupación (*especificar tareas*)

\_\_\_\_\_

¿Recuerda de manera especial algún riesgo presente en su trabajo?

\_\_\_\_\_

Años  
 C.N.A.E.  
  
 C.N.O.  
  
  
  Años  
 C.N.A.E.  
  
 C.N.O.

Trabajo 4	Fecha inicio ____ / ____ Fecha finalización ____ / ____ Actividad de la empresa _____ _____ Ocupación <i>(especificar tareas)</i> _____ _____ ¿Recuerda de manera especial algún riesgo presente en su trabajo? _____ _____ _____	No rellenar <input type="text"/> <input type="text"/> Años  C.N.A.E. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  C.N.O. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-----------	---	---

**La entrevista ha concluido. Gracias por su colaboración**

**VI.- CARACTERÍSTICAS DE LA ENTREVISTA**

Hora inicio  
 Hora finalización  
 Duración de la entrevista (en minutos)

Código de identificación del entrevistador

Colaboración del entrevistado  
*[Muy mala (1), mala (2), regular (3), buena (4) o muy buena (5)]*

Rellenar	
:	
:	

*LISTA DE RECUERDO DE PRODUCTOS O  
SUSTANCIAS PELIGROSAS (Pregunta 17)*

---

**Humos y polvos**

---

1. Humos de soldadura
2. Otros humos
3. Polvo de asbesto o amianto
4. Fibra de vidrio
5. Polvo de sílice
6. Talco
7. Otros polvos

---

Especifique

**Metales**

---

1. Aluminio
2. Arsénico
3. Cadmio
4. Cromo
5. Plomo
6. Mercurio
7. Níquel
8. Otros

---

Especifique

**Disolventes**

---

1. Alcoholes
2. Benceno/Tolueno/Xileno
3. Tetracloruro de carbono
4. Petroleo/éter/benceno
5. Tri/Tetracloroetileno
6. Otros

---

Especifique

---

**Productos químicos**

---

1. Ácidos
2. Sosa cáustica, lejía, sulfumán y otros productos de limpieza
3. Amoniaco
4. Jabones y detergentes
5. Pintura y barnices
6. Colorantes
7. Formaldehído
8. Resinas plásticas
9. Estireno
10. Insecticidas
11. Otros

---

Especifique

**Radiaciones**

---

1. Rayos X
2. Láser
3. Infrarrojos
4. Ultravioletas
5. Microondas

---

Especifique

---

**7.3. ANEXO 3**  
*INFORME CLÍNICO DEL ALTA*

---

**Recordeu, si us plau, que es tracta de recollir la informació necessària per a que els avaluadors puguin establir l'existència o no d'una relació entre el problema de salut i les condicions de treball del pacient.**

**Escriviu amb lletra clara i majúscula.**

## IDENTIFICACIÓ

Dr/a.:

Treballador/a:

N.A.S.S.:

Talleu per la línia de punts

.....

## *Informe clínic*

Període de baixa:

Data baixa:

Data alta:

Qüestionari laboral número:

## PROBLEMA DE SALUT QUE VA DONAR LLOC A LA INCAPACITAT TEMPORAL

Antecedents patològics
Manifestacions clíniques
Resultats més destacats de les proves complementàries (si s'han fet)
Informació més rellevant que va proporcionar l'especialista/es (si s'ha derivat al pacient)
Diagnòstic principal
Diagnòstics secundaris

**7.4. ANEXO 4**

*MANUAL DE EVALUACIÓN PARA LOS EXPERTOS*

---

## 1.- INTRODUCCIÓ

Una de les principals dificultats al estudiar la relació entre les condicions de treball i la salut és valorar adequadament l'exposició al factor o factors de risc laboral que poden contribuir en l'aparició dels trastorns de salut.

L'objectiu principal de l'estudi "Paper de les condicions de treball en la incapacitat temporal per malaltia comuna i accident no laboral" és quantificar, en l'àmbit de l'Atenció Primària, la proporció d'IT que notificades com a lesions o malalties no relacionades amb el treball tenen una relació amb les condicions de treball.

Per assolir aquest objectiu cal contrastar la informació sobre les condicions de treball i el problema de salut motiu de la IT, tasca essencial de l'avaluació. A partir d'aquests dos tipus d'informació, l'objectiu final de l'avaluació és determinar, per cada episodi d'IT, la relació entre el diagnòstic motiu d'aquesta IT i les condicions de treball.

La informació s'ha recollit en el moment que es produeix l'alta i es facilita als experts un dossier amb dos documents específics: el qüestionari laboral i l'informe clínic.

El **qüestionari laboral** es complimenta a través d'una entrevista al treballador en el moment que recull l'alta mèdica i té per finalitat recollir informació que permeti caracteritzar les condicions de treball.

L'**informe clínic** es realitza pel metge de capçalera i recull informació complementària al diagnòstic, per caracteritzar el problema de salut motiu d' IT.

Aquest text s'ha realitzat amb la finalitat de disposar d'uns criteris homogenis per l'avaluació i facilitar la col·laboració dels experts en la seva tasca.

---

## **2.- DOCUMENTACIÓ BÀSICA PER L'EXPERT**

L'expert rep el dossier referent a cada alta amb còpia dels dos documents, el qüestionari laboral i l'informe clínic.

### **2.1. Qüestionari laboral**

El qüestionari laboral aporta una informació estructurada per avaluar l'exposició laboral per cada episodi d'IT recollida en els següents apartats:

- Activitat de l'empresa (pregunta 10)
- Ocupació (lloc de treball i tasca específica que realitza el treballador) (pregunta 13)
- Antiguitat en aquest lloc de treball (pregunta 14)
- Riscos de l'entorn de treball (pregunta 15)
- Utilització de productes o substàncies perilloses (pregunta 17)
- Característiques de la tasca (càrrega física i temps de treball) (pregunta 18)
- Factors organitzacionals (pregunta 20)

### **2.2.- Informe clínic**

Es tracta d'un document en què la informació ve expressada de forma literal, complimentat pel metge que ha atès el malalt (metge de capçalera o metge de família), un cop ha revisat la història clínica del pacient. L'objectiu d'aquest document és disposar d'informació sobre el problema de salut per avaluar-lo en termes de la seva relació amb les condicions de treball. La informació es recull en els següents apartats:

- I. Antecedents patològics
  - II. Manifestacions clíniques
  - III. Resultats proves complementàries (si s'han fet)
  - IV. Si el pacient s'ha derivat a l'especialista, informació més rellevant que ha proporcionat
  - V. Diagnòstic principal
  - VI. Diagnòstic secundari
-

### **3.- AVALUACIÓ**

En aquesta fase de l'estudi, nucli del treball a càrrec de l'avaluador, es tracta de definir tres aspectes:

- a) la probabilitat de la relació causal
- b) el grau de certesa en l'opinió de l'expert
- c) la qualitat de la informació rebuda

#### **3.1.- PROBABILITAT DE LA RELACIÓ CAUSAL**

La probabilitat de la relació causal s'ha classificat en 3 categories, a partir dels criteris utilitzats per Gennart JP, Hoet P, Lison D, Lauwerys R, Coche E i Lambert M en l'estudi "Importance of accurate employment histories of patients admitted to units of internal medicine" (Scand J Work Environ Health 1991;17:386-91).

##### **1. Relació segura/molt probable**

Els criteris d'inclusió en aquesta categoria tindran en compte:

- a) Relació ben establerta entre riscos laborals i/o ocupació i la malaltia
- b) Coneixement d'una exposició amb suficient intensitat per causar la malaltia

Exemples:

- epicondilitis en treballador d'obres públiques que utilitza martell pneumàtic
  - lumbàlgia mecànica en treballador de càrrega i descàrrega en la distribució de begudes
  - dermatitis irritativa en treballadora domèstica
  - braquialgies o cervicalgies o síndrome canal carpiana en treballador ocupat en la introducció dades ordinador
-

## **2. Relació probable/possible**

En aquesta categoria, el criteri a tenir en compte serà l'existència d'indicis que suggereixin una possible associació entre el treball i la patologia.

En aquesta categoria s'inclouen els casos que la intensitat de l'exposició ha estat molt reduïda en el conjunt de la vida laboral però el factor de risc està associat a la patologia motiu de la IT.

Exemples:

- trastorns del son en treballadors a torns rotatoris
- afonia crònica en personal docent
- foliculitis en treballador metal·lúrgic (torner, rectificador) en contacte prolongat amb olis minerals

## **3. Probabilitat de relació molt baixa o nul·la**

En aquesta categoria s'inclouen els episodis amb un diagnòstic que no tingui relació amb l'ocupació o tasca ni amb cap dels factors de risc.

Exemple:

- gonartrosi en un administratiu d'oficina bancària
- gastroenteritis aguda en treballadora d'oficina de correus

### **3.2. GRAU DE CERTESA EN L'OPINIÓ DE L'EXPERT**

Es tracta de que l'expert informa sobre la seguretat personal que té en l'avaluació en funció de la informació subministrada a través del qüestionari laboral i de l'informe clínic.

Les categories a considerar són les següents:

---

## **1. Seguretat alta**

La informació que proporciona el qüestionari laboral, l'informe clínic i els coneixements que existeixen sobre la especificitat de la relació causal permeten assegurar una avaluació amb un grau de certesa molt acceptable.

## **2. Seguretat moderada**

La informació que proporciona el qüestionari laboral, l'informe clínic i els coneixements que existeixen sobre la especificitat de la relació causal permeten assegurar una avaluació amb un grau de certesa acceptable amb limitacions.

## **3. Seguretat baixa**

La informació que proporciona el qüestionari laboral, l'informe clínic i els coneixements que existeixen sobre la especificitat de la relació causal no permeten assegurar una avaluació amb un grau de certesa acceptable.

### **3.3.- QUALITAT DE LA INFORMACIÓ REBUDA**

Aquest paràmetre el processarem en l'estudi pilot perquè l'expert aporti la seva opinió sobre la qualitat de la informació disponible en el qüestionari laboral com en l'informe clínic. Es consideraran les següents categories:

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1.- Qualitat informació bona:      | precisió de la informació, presentació                |
| 2.- Qualitat informació regular:   | manquen dades, son molt generals, lletra poc llegible |
| 3.- Qualitat informació deficient: | poca informació, i/o molt genèrica, lletra il·legible |

## **4.- COMENTARIS GLOBALS SOBRE LA IDONEÏTAT DEL QÜESTIONARI**

.....  
.....

---

*HOJA DE EVALUACIÓN PARA LOS EXPERTOS*

---

