

Incapacidad laboral por patología del aparato locomotor en la Comunidad Foral de Navarra. Aspectos epidemiológicos

Occupational disability due to locomotor pathology in the Foral Community of Navarra. Epidemiological aspects

E. Sáinz de Murieta¹, J. Fernández Baraibar², I. Pascual², A. Mena¹, A. Martínez-Zubiri³, M.J. Condón¹

RESUMEN

Introducción. La discapacidad producida por la patología del aparato locomotor ocasiona una pérdida de horas de trabajo y unos costes indirectos que están aumentando a un ritmo creciente. Los objetivos de este estudio son estimar los costes en horas de trabajo totales perdidas ocasionadas por la patología del aparato locomotor en 2 áreas sanitarias de Navarra con 441.600 habitantes, obtener estándares de duración e incidencia de bajas y estudiar la relación entre duración media de las bajas y variables como la accesibilidad geográfica a los servicios de rehabilitación, vivir en entorno rural o urbano y entre diferentes áreas sanitarias.

Material y métodos. Se han estudiado todos los procesos de incapacidad temporal por patología del aparato locomotor en las Áreas Sanitarias I y III de Navarra en 1997 y 1998, recogiendo diferentes variables. Se ha realizado un estudio descriptivo de las patologías, contabilizando las jornadas laborales perdidas. Calculamos la incidencia anual de bajas por patologías. Comparamos duración media con otras variables.

Resultados. La discapacidad producida por la patología del aparato locomotor supone pérdidas de 221.054 jornadas de trabajo/año. La lumbalgia, el esguince de tobillo son los procesos más frecuentes. Encontramos un aumento en la incidencia de incapacidad temporal por lumbalgia y lumbociatalgia en las zonas básicas rurales de la zona media. No existen diferencias estadísticamente significativas con una $p < 0,05$ en la duración de la incapacidad temporal según área sanitaria, entorno rural o urbano ni accesibilidad geográfica a los servicios de rehabilitación. Se observa un descenso significativo estadísticamente el primer año de funcionamiento de un programa de gestión de incapacidad temporal.

Palabras clave. Incapacidad transitoria. Patología aparato locomotor. Unidades Básicas de Rehabilitación. Lumbalgia.

ABSTRACT

Introduction. Disability produced by locomotor pathology causes a loss in working hours and indirect costs that are increasing at a growing rate. The aims of this study are to estimate the costs in total working hours lost caused by this pathology in two health areas of Navarra with 441,600 inhabitants, to obtain standards for the duration and incidence of sick leave and to study the relation between the average duration of sick leave and variables such as the geographical accessibility of the rehabilitation services, residence in a rural or urban milieu, and between the different health areas.

Methods. We study all the processes of temporary disability due to pathology of the locomotor system in Health Areas I and III of Navarra in 1997 and 1998, taking different variables into account. We make a descriptive study of the pathologies, counting the working days lost. We calculate the annual incidence of sick leave because of pathologies. We compare average duration with other variables.

Results. These represent 221,054 lost working days per year. Low back pain and sprained ankles are the most frequent processes. We find an increase in the incidence of temporary disability due to low back pain and lumbar/sciatica in the basic rural areas of the middle region. There are no statistically significant differences with a $p < 0.05$ in the duration of temporary disability according to Health Area, rural or urban milieu or geographical accessibility to the Rehabilitation Services. A statistically significant fall can be observed in the first year of operation of a temporary disability management program.

Key words. Temporary disability. Locomotor system pathology. Basic Rehabilitation Units. Low back pain.

An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 28 (1): 83-92.

1. Servicio de Rehabilitación. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
2. Instituto Navarro de Salud Laboral. Pamplona.
3. Medicina Familiar y Comunitaria. Atención Primaria de Salazar. Navarra.

Este trabajo fue premiado en 1999, en el III certamen de la Sociedad Vasco-Navarra de Rehabilitación y Medicina Física, con el segundo premio.

Aceptado para su publicación el 5 de octubre de 2004.

Correspondencia:

Enrique Sáinz de Murieta García de Galdeano
Servicio de Rehabilitación
Hospital Virgen del Camino
C/ Irunlarrea, 4
Tfno: 948 429334

INTRODUCCIÓN

La discapacidad producida por la patología del aparato locomotor ocasiona una pérdida de horas laborales que están aumentando a un ritmo creciente en los países desarrollados, en tal medida que este fenómeno se contempla como una auténtica amenaza del estado de bienestar¹. Los costes ocasionados por la pérdida de dichas horas laborales se conocen como costes socioeconómicos indirectos, frente a los directos ocasionados por el coste de la asistencia médica y la prestación económica que el trabajador percibe mientras se encuentra en situación de incapacidad temporal (IT)².

En la Ley General de la Seguridad Social³ y la Ley 42/1994 de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social⁴, se define la incapacidad temporal como aquella situación determinada por una enfermedad común o profesional o (y) accidente, sea de trabajo o no, en la que el trabajador recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social y está impedido para el trabajo, con una duración máxima de 12 meses; prorrogables por otros 6 meses cuando se presume que durante los mismos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación. La situación de incapacidad temporal origina el derecho a la percepción de una compensación económica para todas las personas integradas en el Régimen General de la Seguridad Social.

Existen numerosos trabajos en la bibliografía sobre este tema y en su valoración de la magnitud del problema coinciden en cifras de gran repercusión tanto para los Sistemas de Salud como para la economía del país⁵⁻¹². También coinciden en que existen grandes variaciones entre las regiones, el sexo, la edad, el tipo de trabajo y en la influencia de aspectos sociolaborales u otros factores como la actividad del médico prescriptor de la baja, la gestión institucional de la IT y la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios.

Esta problemática socioeconómica favoreció la realización de actuaciones en relación con la gestión institucional de las bajas, durante 1998, en nuestra Comunidad. Entre ellas se encuentran la colabora-

ción de la Inspección de Salud Laboral con los facultativos de Atención Primaria y Especializada, la aplicación informática de todos los procesos de IT que tienen su origen en los Centros de Salud y la dotación de recursos humanos a la Inspección de Salud Laboral dedicados al control de IT¹².

En el período de 1998, se produjeron cambios significativos en la organización de los servicios sanitarios en el Área I; se aumentaron los recursos humanos de rehabilitación con la contratación de un médico rehabilitador para atender las Unidades Básicas de Rehabilitación. Aunque aparentemente no fue un cambio cuantitativo importante, sí que supuso una reducción de listas de espera para ser atendido en las unidades de fisioterapia de algunas zonas básicas, concretamente las de Alsua y Echarri Aranaz mejorando significativamente la accesibilidad a la asistencia rehabilitadora. Este cambio nos ha permitido estudiar su posible influencia en la duración de las IT debidas a procesos del aparato locomotor.

Aunque hay investigaciones que estudian la influencia de programas de terapia física industrial en la reducción del absentismo laboral¹³, no hemos encontrado estudios que investiguen si existe relación entre accesibilidad a los Servicios de Rehabilitación del Sistema Sanitario Público y la duración de las IT que genera la patología del aparato locomotor. Si demostrásemos la existencia de dicha relación quedarían justificados los costes de la creación de nuevas Unidades Básicas de Rehabilitación, no sólo desde el principio de equidad en el acceso a los servicios sanitarios, sino también desde una perspectiva económica.

Los objetivos principales de este estudio fueron:

- Estimar los costes en horas de trabajo totales perdidas, ocasionadas por la patología del aparato locomotor en las Áreas Sanitarias I y III de nuestra Comunidad.
- Obtener datos de incidencia y estándares de duración de bajas, que sirvan como referencia en la evaluación de futuras intervenciones en este campo.

Los objetivos secundarios fueron:

- Estudiar las variaciones en la duración media de las bajas por patologías en función de diversos factores (la existencia de un programa de actuación en la gestión de las IT, la accesibilidad geográfica a los servicios de rehabilitación, el entorno rural o urbano y entre áreas de salud de características diferentes).
- Evaluar la utilidad de los registros de IT como fuente de datos epidemiológicos que pueden sugerir hipótesis etiológicas a investigar por otro tipo de estudios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron todos los procesos de IT producidos por las patologías del aparato locomotor, que tuvieron lugar en las Áreas Sanitarias I y III de la Comunidad Autónoma de Navarra en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1997 y el 31 de diciembre de 1998. Se registraron en la base de datos del sistema informático del Instituto de Salud Laboral de nuestra Comunidad que entró en funcionamiento en enero de 1997.

En cada proceso de IT se recogieron variables como:

1. Diagnóstico del proceso causante de la baja laboral clasificado según la CIE-9, MC (Clasificación Internacional de las Enfermedades, novena modificación clínica)¹⁴.
2. Fecha de inicio y de finalización de la IT.

3. Duración en jornadas de trabajo.

4. Zona Básica donde se produjo.

Se consideraron patologías relacionadas con el aparato locomotor todos aquellos procesos clasificados por la CIE-9, MC dentro del capítulo 13 de enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conectivo (códigos CIE-9 MC 710-739), y del capítulo 17, lesiones y envenenamientos (códigos CIE-9 MC 800-999)¹⁴.

El ámbito de estudio fueron las Áreas Sanitarias I y III de nuestra Comunidad, con poblaciones de 381.825 y 59.778 habitantes respectivamente, según datos del censo de 1996¹⁵. La población que se estudió estaba formada por todos los asegurados en regímenes de la Seguridad Social (General, Especial de trabajadores autónomos, Agrario por cuenta propia y ajena y Empleadas de hogar) de dichas áreas, población dinámica pero estable. Para facilitar los cálculos se utilizó el número de asegurados del 1 de julio de 1997 y 1998, que fueron en el Área I de 153.587 y 153.065 y en el Área III 20.264 y 20.420 respectivamente.

El estudio comprendió de dos partes:

1. La primera constituida por un estudio descriptivo de las patologías del aparato locomotor que causaron IT durante los años 1997 y 1998. Se contabilizaron las jornadas laborales perdidas y se realizó el cálculo de la incidencia anual de bajas (IAB), calculada según la siguiente fórmula:

$$\text{Incidencia Anual de Bajas (IAB)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de bajas tramitadas al año}}{\text{N}^\circ \text{ de asegurados}} \times 100$$

Se calculó la IAB en las dos Áreas Sanitarias durante 1997 y 1998 para aquellas patologías de mayor prevalencia (lumbalgia y lumbociatalgia) en el entorno rural y urbano de las áreas sanitarias estudiadas. Se ha diferenciado dentro del entorno rural entre rural montaña y rural zona media. Con la evolución de la sociedad resulta cada vez más complejo diferenciar

entre entorno urbano y rural. En nuestra Comunidad en aquellas poblaciones menores de 5.000 habitantes pensamos que hay diferencias en los estilos de vida que podrían originar diferencias en el nivel de salud. De una forma arbitraria clasificamos como zonas básicas rurales las poblaciones con un censo de menos de 5.000 habitantes. Las que se encontraban geográficamente

mente al norte de la Comarca de Pamplona las clasificamos como rural montaña y las geográficamente al sur de la Comarca de Pamplona como rural zona media (poblaciones menores de 5.000 habitantes de las Comarcas de Estella, Tafalla y Sangüesa).

En la segunda parte se relacionó la duración media de las bajas por patologías con la variable año en que se produjo la baja (1997 ó 1998), con la variable baja producida en Área Sanitaria I y III, con la variable baja ocasionada en Zonas Básicas con buena o muy buena accesibilidad geográfica a los Servicios de Rehabilitación y Zonas Básicas con mala accesibilidad y con la variable lugar de residencia, entorno rural o urbano.

Se clasificaron las Zonas Básicas, en función de la accesibilidad geográfica a los Servicios de Rehabilitación, en:

- Zonas Básicas de regular o mala accesibilidad geográfica cuando la duración del trayecto por carretera es mayor de 20 minutos (zonas básicas de Burguete, Isaba, Leiza, Salazar, Aoiz, Carcastillo, Peralta, Ulzama).
- Zonas con buena accesibilidad geográfica cuando la duración del trayecto por carretera es menor de 20 minutos a las Unidades de Rehabilitación tanto hospitalarias como extrahospitalarias (resto de zonas básicas de las Areas Sanitarias I y III de Navarra).

A continuación se describe el proceso de análisis realizado. En primer lugar para cada patología se calculó la duración media con la correspondiente desviación típica y varianza, en todas y cada una de las zonas básicas de salud agrupadas en función de las variables a comparar. Después se calculó la duración media y la varianza de cada grupo para poderlas comparar posteriormente con las de los otros grupos. Utilizamos el test T de Welch, diseñado para estudios de comparación de medias entre muestras con grandes diferencias entre las varianzas, que es uno de los principales obstáculos que encuentran los estudios de duración media de bajas. Para el análisis estadístico

de los datos utilizamos el programa SPSS/PC y Epiinfo v. 6.04.

RESULTADOS

El número de IT producidas por la patología del aparato locomotor en 1997 en las Áreas I y II fue de 9.221, que supusieron 221.054 jornadas laborales perdidas. La duración media por baja fue 23,97 días. Considerando la jornada laboral media de ocho horas, supondrían 1.768.232 horas de trabajo perdidas.

En 1998 se produjeron 9.810 IT que supusieron 217.740 jornadas de trabajo perdidas. La duración media de I.T. fue 22,20 días. Utilizando el cálculo anterior se obtienen 1.741.920 horas de trabajo perdidas.

Tanto en 1997 como en 1998 la patología que mayor número de IT ocasionó fue la lumbalgia. Le siguieron en importancia los esguinces de tobillo, ciatalgias y otras algias de raquis como las torticolis y las cervicalgias. Las entesopatías, esguinces de diferentes localizaciones y patología del hombro supusieron porcentajes muy bajos. El resto de patologías con sus códigos correspondientes no las presentamos en la tabla 1 por originar porcentajes mínimos.

Las mayores duraciones medias correspondieron a las IT por ciatalgias, cervicobraquialgias y los procesos de IT generados por esguinces y torceduras en diferentes partes de la espalda no especificadas. Le siguieron las cervicalgias y los esguinces de rodilla y pierna. Durante 1998 se observó un descenso en la duración media de los procesos de IT más frecuentes, con excepción de los ocasionados por espasmos musculares (Tabla 2).

Se observó cómo en la zonas básicas rurales de la zona media la incidencia de procesos de IT con el diagnóstico de lumbalgia era claramente superior a la de las zonas urbanas y a la incidencia en zonas básicas rurales de la montaña, tanto en 1997 como en 1998 (Fig. 1).

Con la incidencia anual de procesos de IT por ciatalgia se produjo el mismo fenómeno en los dos años del estudio, con una incidencia claramente superior en las zonas básicas rurales de la zona media (Fig. 2).

Tabla 1. Diagnóstico de las patologías del aparato locomotor en orden decreciente de importancia por número de bajas producidas en 1997 y 1998 en las Áreas Sanitarias I y III.

Diagnóstico	Códigos				
	CIE-MC	1997	%	1998	%
Lumbalgia	724.2	2.688	29,15	2.820	28,74
Esguince tobillo	845.00	1.163	12,61	1.203	12,26
Lumbociatalgia	724.3	1.111	12,04	1.131	11,56
Tortícolis no especificada	723.5	398	4,31	451	4,59
Cervicalgia	723.1	376	4,07	358	3,64
Espasmo muscular	728.85	364	3,94	415	4,23
Esguinces rodilla y pierna	844.9	254	2,75	240	2,44
Esguinces y torceduras partes no especificadas de espalda	847.0	205	2,22	216	2,20
Entesopatías de localización no especificada	726.90	156	1,69	136	1,38
Síndrome cervicobraquial	723.3	118	1,27	154	1,56
Esguince tobillo no especificado	848.9	98	1,06	72	0,73
Esguinces rodilla y El diferente de LLI, LLE, LC	844.8	91	0,68	126	1,27
Trastornos bolsas y tendones del hombro, no especificados	726.10	93	1	146	1,48
Entesopatía de muñeca y carpo	726.4	93	1	147	1,49
Capsulitis adhesiva hombro	726.0	73	0,79	61	0,62
Esguinces de LLI rodilla	844.1	70	0,75	77	0,78

Tabla 2. Duración en días de las bajas producidas en 1997 y 1998 en las Áreas Sanitarias I y III por las patologías del aparato locomotor de mayor incidencia.

Diagnóstico	Código CIE-MC	1997			1998		
		DMB	Desviación Estándar	VARIANZA	DMB	Desviación Estándar	VARIANZA
Lumbalgia	724.2	20,67	34,86	1.215,78	18,35	29,12	848,08
Esguince de tobillo	845.00	17,62	24,01	576,67	15,42	17,48	305,86
Ciatalgia	724.3	32,79	44,48	1.978,50	31,81	40,34	1.627,64
Tortícolis no especificada	723.5	16,91	31,29	979,21	14,33	26,88	722,91
Cervicalgia	723.1	28,28	44,63	1.992,10	24,62	38,03	1.446,47
Espasmo muscular	728.85	11,54	18,24	332,87	11,86	17,90	320,57
Esguinces rodilla y pierna	844.9	27,37	38,42	1.476,55	24,55	32,74	1.072,19
Esguinces y torceduras partes no especificadas espalda	847.0	34,21	41,70	1.739,12	32,21	35,02	1.226,98
Entesopatías de localización no especificada	726.90	21,02	35,58	1.265,99	16,65	24,65	607,98
Síndrome cervicobraquial	723.3	34,03	45,89	2.106,08	34	50,03	2.504,00

En la duración media de las IT por lumbalgia del Área I no existen diferencias significativas con las del Área III en el año 1997. Tanto en el Área III como el Área I se produce un descenso estadísticamente significativo en la duración media de las IT por lumbalgia en 1998 respecto a 1997.

Existen diferencias significativas en la duración de las IT por lumbalgia en las dos áreas en 1998 respecto a 1997. No existen esas diferencias en las IT por ciatalgia.

No existen diferencias estadísticamente significativas en la duración media de las IT por lumbalgias ni en las IT por cia-

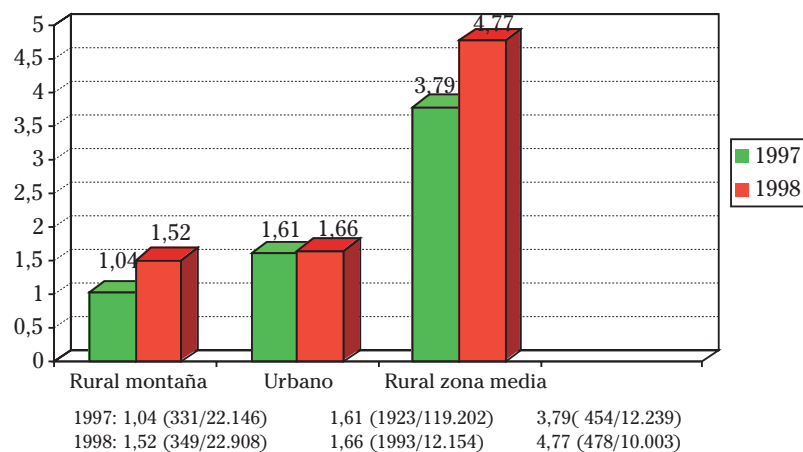


Figura 1. Incidencia de bajas por lumbalgia.

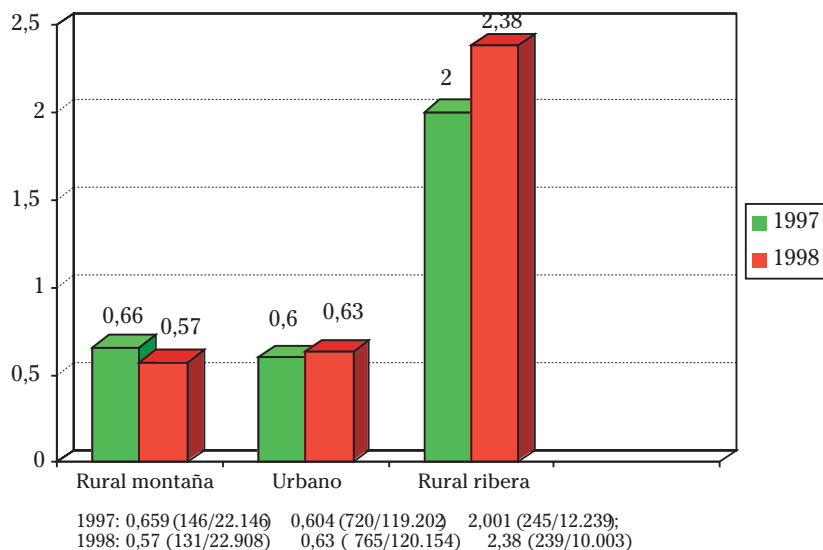


Figura 2. Incidencia de bajas por ciatalgia.

talgias en 1998 en función de la accesibilidad geográfica a los servicios de rehabilitación (Tabla 3).

No existen diferencias estadísticamente significativas en la duración media de las IT por lumbalgias en las zonas básicas rurales respecto a la de las zonas urbanas en ninguno de los dos años del estudio (Tabla 4).

DISCUSION

Al igual que en estudios de características similares, este trabajo pone de manifiesto en nuestra Comunidad la magnitud del problema socioeconómico que supone la patología del aparato locomotor, fenómeno ya conocido en los países industrializados. En el estudio también se constata que en 1998 se produjo un ahorro aproxi-

Tabla 3. Comparación de duraciones medias de bajas en función de diferentes variables.

	Bajas Totales	Duración Total bajas	Duración media de baja	Desviación Estándar	Diferencia medias	Intervalo de confianza	T Welch
Lumbalgia-97 Área I	2.402	49.458	20,59	34,77	0,78	-5,14-3,58	-0,35 (<1,96) No diferencias significativas P<0,05
Lumbalgia-97 Área III	286	6.113	21,37	35,67			
Lumbalgia-97 Área III	286	6.113	21,37	35,67	5,61	0,78-10,44	2,28 (>1,96) Si diferencias significativas P<0,05
Lumbalgia-98 Área III	334	5.267	15,76	23,28			
Lumbalgia-97 Área I	2.402	49.458	20,59	34,77	1,90	0,08-3,72	2,05 Si diferencias Significativas P<0,05
Lumbalgia-98 Área I	2.486	46.467	18,69	29,80			
Ciatalgia Área I y III 1997	1.111	36.426	32,79	44,48	0,98	-2,53-4,49	0,55 No diferencias significativas P<0,05
Ciatalgia Área I y III 1998	1.135	36.104	31,81	40,34			
Lumbalgia 1998, significativas accesibilidad a rehabilitación	2.143	39.927	18,63	28,86	1,41	-7,66-4,84	-0,44 No diferencias significativas P<0,05
Lumbalgias 1998, en zonas de mala accesibilidad a rehabilitación	137	2.746	20,04	36,59			
Ciatalgia 1998, en zonas de buena accesibilidad a rehabilitación	837	26.392	31,53	39,73	10,30	-22,54-0,81	-1,65 No diferencias significativas P<0,05
Ciatalgia 1998, en zonas de mala accesibilidad a rehabilitación	71	2.970	41,83	51,32			

Tabla 4. Comparación de duraciones medias en relación a vivir en las zonas básicas rurales o urbanas durante 1997 y 1998.

	Bajas Totales	Duración Total bajas	Duración media de baja	Desviación estándar	Diferencia medias	Intervalo de confianza	T Welch
Lumbalgia-97 zonas urbanas	1.923	39.003	20,28	33,78	1,38	-1,67-4,43	-0,69 (<1,96) No diferencias significativas P<0,05
Lumbalgia-97 zonas rurales	765	16.568	21,66	37,46			
Lumbalgia-98 zonas urbanas	1.993	36.237	18,74	28,44	0,56	-1,88-3	-0,45 (<1,96) No diferencias significativas P<0,05
Lumbalgia-98 zonas rurales	827	15.497	18,74	30,69			

mado de 26.512 horas de trabajo, a pesar del aumento en el número de bajas. Ese ahorro se consiguió al disminuir la duración media de dicha bajas (estadísticamente significativo para una $P < 0,05$).

Sin embargo, el hallazgo más relevante de este estudio ha sido dar a conocer mediante el análisis sistemático de los datos notificados en los documentos de IT, ciertos aspectos en relación a la incapacidad que no habían sido detectados por otras fuentes de datos¹⁶. Concretamente la detección de una diferencia muy marcada en la incidencia de IT por lumbalgia en el entorno clasificado como rural zona media, que duplica a la de los entornos rural montaña y urbano. Esa diferencia se mantiene durante 1997 y 1998. Con las IT por cialgia se produce el mismo fenómeno, que se repite durante los dos años del estudio. Este hecho también lo percibíamos en nuestra actividad laboral, aunque carecíamos de datos que lo objetivase. Para lograr conclusiones fiables habría que obtener muestras estratificadas por sexo, edad y actividad laboral. Una hipótesis que explicaría esas diferencias sería la existencia de un colectivo con mayor vulnerabilidad a padecer lumbalgias y cialgias, entre los trabajadores y trabajadoras de las zonas básicas clasificadas como rural zona media. Coincidimos con estudios sociológicos realizados sobre este tema¹⁷ en la importancia de recoger el sexo en las estadísticas de IT para aumentar su validez, y conocer mejor la problemática de las trabajadoras. En esta línea sería interesante, a nivel sociológico, profundizar en Navarra en el estudio de los modelos familiares de división del trabajo e implicación de los varones en el trabajo doméstico, como ya han hecho algunos estudios¹⁸. También sería interesante estratificar esos grupos en categorías homogéneas por actividad laboral. Otra hipótesis sería que se trata de poblaciones no comparables porque tienen diferentes distribuciones según sexo y edad. En lo que no encontramos diferencias significativas es en la duración de las IT ni por lumbalgias ni por cialgias en función del entorno rural y urbano, aunque en la comparación no se diferenció entre rural montaña y rural zona media. Tampoco existen dife-

rencias significativas en los dos años del estudio con relación a la duración de las IT por lumbalgia entre las dos áreas de salud estudiadas.

En los resultados de la comparación de medias, se observa, que en 1998 se produjo un descenso estadísticamente significativo respecto a 1997, en la duración media de las lumbalgias. La implantación de equipos de seguimiento protocolizado de las bajas durante 1998 es probable que haya conseguido su objetivo de disminuir inicialmente la duración media de las bajas. Esto ocurre en las dos áreas estudiadas. Más difícil es mantener ese descenso a lo largo del tiempo, por lo que serían interesantes estudios de seguimiento de ese fenómeno. Puede tener interés estudiar si ha disminuido la duración media de las IT por otras patologías de alta prevalencia como por ejemplo las alteraciones del estado de ánimo o ansiedad. En las bajas por cialgias no se produce un descenso estadísticamente significativo, eso podría deberse a la mayor implicación de factores orgánicos (hernia discal, estenosis de canal lumbar, etc.) y menor importancia de factores psicosociales (insatisfacción laboral, estrés en el trabajo).

Otro aspecto a destacar es la importancia que tienen como causa de IT los procesos incapacitantes del aparato locomotor que habitualmente se tratan en los servicios de rehabilitación. La lumbalgia, el esguince de tobillo y la cialgia son las causas más frecuentes de IT por patología del aparato locomotor en nuestro estudio, resultados que coinciden con otros estudios realizados en nuestro país^{11,12,19}. Son procesos cuyo manejo terapéutico no requiere intervenciones costosas y en los que aumentar los días de reposo o inactividad más allá de los necesarios puede ser un factor yatrógeno que empeora el pronóstico²⁰.

Otra de las contribuciones de este estudio es el poder disponer de una base de datos estadísticos (media, desviación estándar y varianza) por patologías en las áreas estudiadas que podemos utilizar como indicadores. A la hora de medir los beneficios socioeconómicos de los servicios de salud carecemos con frecuencia de

indicadores. Suárez y col²¹ encuentran que pequeñas modificaciones en los indicadores suponen grandes modificaciones en los costes y los beneficios (indicadores de gran sensibilidad). Entre esos indicadores se incluyen la duración media de la incapacidad.

En el análisis de los resultados de la comparación de duraciones medias por lumbalgia y ciatalgias en relación con la accesibilidad a los servicios de rehabilitación, no encontramos diferencias significativas. Es probable que la población activa de esas zonas alejadas de servicios sanitarios, no sea comparable por tipo de actividad con la de las zonas básicas más cercanas a hospitales de referencia, con un mayor porcentaje de trabajadores autónomos.

Otras limitaciones de estos estudios son la inexactitud en el diagnóstico de la IT, que añade un sesgo no desdeñable²²; como por ejemplo que una lumbalgia puede considerarse como una ciatalgia en función del médico prescriptor, lo que va a tener un efecto en la duración media de las bajas. También es frecuente que bajas causadas por problemas psicológicos se encubran como orgánicas, diagnosticándolas como cervicalgias o dorsalgias y viceversa. Hay autores²³ que han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los procesos psicológicos principales reflejados en la historia clínica y los que aparecen en los partes de IT. Por último otro inconveniente surge por la dificultad para comparar los resultados obtenidos en distintos estudios cuando se codifican las patologías con diferentes clasificaciones. Encontramos numerosos autores^{12,22,24-26} que utilizan el sistema WONCA-Cipsap 2²⁷ en lugar de emplear la CIE-9 MC, al entender aquella clasificación más ajustada a la terminología utilizada en los documentos de baja.

CONCLUSIONES

En definitiva, este trabajo pone de manifiesto que al igual que en países de nuestro entorno los costes en jornadas de trabajo perdidas por IT en las áreas de salud estudiadas, debidas a las patologías del aparato locomotor, afectan a niveles

macroeconómicos y que la lumbalgia es la patología del aparato locomotor que más pérdidas en horas de trabajo supone, seguida del esguince de tobillo. La variable duración media de algunas bajas puede reducirse con mayor facilidad en las bajas por lumbalgia que en las bajas por ciatalgia. Los descensos en las duraciones medias por lumbalgias se han producido en las dos áreas sanitarias estudiadas.

Detectamos en este estudio incidencias de IT por lumbalgia diferentes en entornos urbano y rural zona media, siendo mucho más elevadas en el entorno rural zona media y esas diferencias se han mantenido en los dos años del estudio.

Agradecimientos

Agradecemos al Instituto Navarro de Salud Laboral la ayuda prestada para la realización de este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. NACHEMSON A. Chronic pain-the end of the welfare state? *Qual Life Res* 1994; 3: S11-S17.
2. YELIN E, CALLAHAN LF. The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditions. *National Arthritis Data Work Groups Arthritis rheum* 1995; 38: 1351-1362.
3. 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. *Boletín Oficial del Estado* número 154, 29 de junio de 1994.
4. Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. *Boletín Oficial del Estado* número 313, 31 de diciembre de 1994.
5. Quebec Task Force on spinal disorders. Magnitude of the problem. *Spine* 1987; 12: S12-S16.
6. LEVY E, FERME A, PEROCHEAU D, BONO I. Socioeconomic costs of osteoarthritis in France. *Rev Rheum Ed Fr* 1993; 60: S63-S67.
7. WATSON PJ, MAIN CJ, WADDELL G, GALES TF, PURCELL-JONES G. Medically Certified work loss, recurrence and costs of wage compensation for back pain: a follow-up study of the working population of Jersey. *Br J Rheumatol* 1998; 37: 82-87.
8. SNOOK SH, WEBSTER BS. The cost of disability. *Clin Orthop* 1987; 221: 77-84.

9. SPENGLER DM, BIGOS SJ, MARTIN NA, ZEH J, FISHER L, NACHEMSON AL. Back injuries in industry: a restrospective study I. Overview and cost analysis. *Spine* 1986; 11: 241-245.
10. WEBSTER BS, SNOOK SH. The cost of 1989 worker's compensation low back pain claims. *Spine* 1993; 19: 1111-1116.
11. TORNERO J, ATANCE JC, GRUPELI BE, VIDAL J. Impacto socioeconómico de la incapacidad de origen reumático en la provincia de Guadalajara. *Rev Esp Reumatol* 1998; 25: 340-345.
12. MARTÍN A, TORRES M. El absentismo por ILT en la gestión de Recursos Humanos de los centros sanitarios públicos. *Mapfre Medicina* 1995; 6: 97-111.
13. HOCHANADEL CD. Conrad de Evolution of an On-site Industrial Physical therapy program *J Occup Med* 1993; 35: 1011-1016.
14. Ministerio Sanidad y Consumo; Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación clínica. Madrid 1999: 1137-1334.
15. Instituto de Estadística del Gobierno de Navarra. Estadística de la población de Navarra. Publicaciones del Gobierno de Navarra. Pamplona.1996.
16. BENAVIDES FG, BOLUMAR F, MUR P, VIOQUE J, FERRÁNDIZ E, HERRERO JF et al. Incapacidad laboral transitoria. Una fuente de datos para el conocimiento del estado de salud de la comunidad. *Aten Prim* 1986; 3: 25-30.
17. MATA A. Las cuestiones de género en las estadísticas laborales. *Rev Int Trab* 1999; 118 : 305-320.
18. CASARES ME. La familia Navarra: continuidad y cambio. (Tesis Doctoral). Pamplona. Universidad Pública de Navarra 2002.
19. FERRUS 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.
20. HILDE G, HAGEN KB, JAMTVEDT G, WINNEM M. Advice to stay active as a single treatment for low back pain and sciatica. *Cochrane Database of Systematic Rewiews*. Issue 4, 2002.
21. SUÁREZ M, GARCÍA A, GONZÁLEZ J. Relación coste-beneficio en un Servicio de Salud Laboral: Indicadores. *Mapfre Medicina* 1997; 8: 119-131.
22. ABRAIN A, LAFUENTE MP, URRACA J, OLASAGASTI C, GIL JM, RUIZ A. Análisis del nivel de exactitud del diagnóstico oficial de la incapacidad laboral transitoria. *Aten Prim* 1993; 11: 453-457.
23. PORTELLA E, FERRÚS L, PORTA M. Análisis del absentismo laboral por enfermedad: perspectiva y límites. *Rev San Hig Pub* 1990; 64: 715-720.
24. PORTELLA E, FERRUS L, PORTA M. La duración de los procesos de incapacidad laboral transitoria según su causa: definición de estándares. *Rev San Hig Pub* 1990; 64: 927-941.
25. MILLAS J, RUBIO ML, ROY MJ, GUTIÉRREZ F, HERNÁNDEZ MF, ACÍN A et al. Estudio de las bajas laborales en un centro urbano de Atención Primaria. *Aten Prim* 1991; 8: 264.
26. 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 Prim* 1990; 7: 160-161.
27. MARTÍN MA, GERVAJ JJ. Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria. Masson y SG eds, Barcelona 1990.