

DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA Y CIENCIAS SOCIALES



**VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE
PRESCRIPCIÓN DE PROCESOS DE
INCAPACIDAD TEMPORAL, POR CÓDIGO
DIAGNÓSTICO 300 DE LA CIE, EN LA
COMUNIDAD VALENCIANA**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Joaquín A. Andani Cervera

Dirigida por:

Dra. Natividad Guadalajara Olmeda

Dra. Isabel Barrachina Martínez

Valencia, 2010

D^a NATIVIDAD GUADALAJARA OLMEDA, Catedrática de la Universidad Politécnica de Valencia y D^a ISABEL BARRACHINA MARTÍNEZ, Profesora contratada doctora de la Universidad Politécnica de Valencia.

CERTIFICAN:

Que la Memoria de Tesis "Variabilidad en la práctica médica de prescripción de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 de la CIE, en la Comunidad Valenciana" para obtener el grado de DOCTOR, ha sido realizada por D. Joaquín A. Andani Cervera, bajo nuestra dirección.

Valencia, 17 de septiembre de 2010.

Dra. Isabel Barrachina Martínez

Dra. Natividad Guadalajara Olmeda

INDICE

RESUMEN	15
ABSTRACT	17
RESUM	18
I.INTRODUCCIÓN	19
I.1. LA INCAPACIDAD TEMPORAL EN EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL ESPAÑOL.	21
<i>I.1.1. Concepto y marco legal</i>	21
<i>I.1.2. Evolución histórica</i>	25
<i>I.1.3. Gestión de la Incapacidad Temporal</i>	30
<i>I.1.4. Diferencias entre sistemas de información</i>	32
I.2. CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES.	36
I.3. LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y LA SALUD MENTAL	40
<i>I.3.1. Estudio preliminar de los grupos de la CIE</i>	41
<i>I.3.2. Estudio preliminar de desagregación de códigos diagnósticos de enfermedades mentales</i>	43
<i>I.3.3. Estudio preliminar en población sanitaria</i>	45
<i>I.3.4. Recursos para la Salud Mental en la Comunidad Valenciana</i>	47
I.4. VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA	49
<i>I.4.1. Definición</i>	49
<i>I.4.2. Antecedentes históricos</i>	50
<i>I.4.3. Nuevas tendencias en España sobre estudios de variabilidad en la práctica médica</i>	50
I.5. EL SISTEMA SANITARIO VALENCIANO	51
<i>I.5.1. Introducción</i>	51
<i>I.5.2. Conselleria de Sanidad</i>	52
<i>I.5.3. Agencia Valenciana de Salud</i>	52
<i>I.5.4. Departamentos de Salud</i>	53
<i>I.5.5. Centros de salud y consultorios</i>	57
I.6. SISTEMAS DE INFORMACIÓN	58
<i>I.6.1. Sistema de Información Poblacional (SIP)</i>	58
<i>I.6.2. Abucasis</i>	59
<i>I.6.3. Sistema de Información Ambulatoria (SIA)</i>	60

1.6.4. Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)	60
1.6.5. Sistema de Información Sanitaria de la Incapacidad Temporal	61
I.7. DEMOGRAFÍA DE LA EDAD LABORAL EN LA COMUNIDAD	62
II. ANTECEDENTES	65
II.1. INCAPACIDAD TEMPORAL	67
II.1.1. Prevalencia de Incapacidad Temporal	67
II.1.2. Trascendencia socio-económica de la Incapacidad Temporal	73
II.1.3. Oportunidades de mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal	75
II.2. SALUD MENTAL E INCAPACIDAD	80
II.2.1. Prevalencia de trastornos mentales	80
II.2.2. Prevalencia de Incapacidad Temporal por trastornos mentales	83
II.2.3. Las consecuencias de la Incapacidad Temporal por trastornos mentales	84
II.2.4. Factores relacionados con la Incapacidad Temporal por trastornos mentales	86
II.2.5. Diagnóstico de los trastornos mentales	87
II.2.6. Propuestas de mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal por trastornos mentales	93
II.3. VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA	99
II.3.1. Variabilidad en la práctica médica y sus factores	99
II.3.2. Consecuencias de la variabilidad en la práctica médica	102
II.3.3. Las soluciones a la variabilidad en la práctica médica	107
III. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	111
IV. METODO DE LA INVESTIGACIÓN	115
IV.1. OBJETIVOS	117
IV.1.1. Objetivo general	117
IV.1.2. Objetivos específicos	117
IV.2. HIPÓTESIS	118
IV.3. MATERIAL Y MÉTODOS	119
IV.3.1. Diseño	119
IV.3.2. Población a riesgo, selección de casos y fuentes de información.	120
IV.3.2.1. Población a riesgo	120
IV.3.2.1.1. Población laboral	121
IV.3.2.1.2. Población sanitaria	124
Población sanitaria por centro de trabajo	124
Población sanitaria por residencia del profesional	127
IV.3.2.2. Centros de salud y consultorios auxiliares del estudio	127
IV.3.2.3. Fuentes de información	130
IV.3.2.3.1. Fuentes de información de inclusión de casos	130
IV.3.2.3.2. Fuentes de información adicionales	131

IV.3.3. Métodos. _____	133
IV.3.3.1. Estudio descriptivo de los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal _____	133
IV.3.3.1.1. Descripción _____	133
IV.3.3.2. Estudio de la variabilidad en la práctica médica de prescripción de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 _____	134
IV.3.3.2.1. Descripción e Individuos de análisis _____	134
IV.3.3.2.2. Estudio preliminar del código 300 _____	134
IV.3.3.2.3. Estudios de variabilidad _____	135
Estandarización directa _____	135
Obtención de las tasas de Incidencia estandarizadas mínima y máxima y sus percentiles _____	138
Estadísticos de variabilidad _____	138
Coeficiente de Gini y Prueba de Lorenz _____	141
Chi al cuadrado (χ^2) _____	142
Estandarización indirecta _____	143
Razón de Incidencia estandarizada _____	146
Elaboración de las representaciones gráficas de estos análisis de variabilidad. _____	146
Análisis de la variabilidad de la Incidencia entre departamentos de salud. _____	147
Análisis de la variabilidad explicada por departamentos de salud. _____	148
IV.3.3.3. Estudio de asociación de factores a la variabilidad de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 y modelo explicativo _____	150
IV.3.3.3.1. Descripción _____	150
IV.3.3.3.2. Variable dependiente _____	150
IV.3.3.3.3. Variables independientes _____	151
Clasificación temática de las variables _____	151
Clasificación por niveles de las variables _____	161
IV.3.3.3.4. Otras variables _____	162
IV.3.3.3.5. Resumen de las variables independientes _____	163
IV.3.3.3.5. Análisis factorial _____	164
IV.3.3.3.6. Regresión lineal múltiple stepwise _____	164
IV.3.3.3.7. Ecuación de regresión y obtención de predicciones _____	166
IV.3.3.4. Programas estadísticos. _____	166
IV.4. ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN _____	167

V. RESULTADOS DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN SANITARIA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL _____ 171

V.1. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN POBLACIÓN LABORAL POR TODOS LOS DIAGNÓSTICOS _____	173
V.1.1. Estudio descriptivo con carácter global y por provincias. _____	173
V.1.2. Estudio descriptivo por departamentos de salud. _____	176
V.1.3. Estudio descriptivo por centro de salud. _____	179
V.1.4. Estudio descriptivo por facultativo. _____	181
V.1.5. Estudio descriptivo de los 14 diagnósticos seleccionados por el INSS _____	182
V.1.5.1. Estudio de la Incidencia _____	182
V.1.5.2. Estudio del Índice de ausencias _____	184
V.2. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN PERSONAL SANITARIO POR TODOS LOS DIAGNÓSTICOS _____	186
V.2.1. Estudio descriptivo con carácter global y por provincias, de acuerdo al centro de trabajo del profesional. _____	186

V.2.2. Estudio descriptivo por departamentos de salud, de acuerdo al centro de trabajo del profesional.	189
V.2.3. Estudio descriptivo por centros de salud, de acuerdo al centro de trabajo del profesional.	193
V.2.4. Estudio descriptivo con carácter global y por provincias, de acuerdo a la residencia del profesional.	195
V.2.5. Estudio descriptivo por departamentos de salud, de acuerdo a la residencia del profesional.	196
V.2.6. Estudio descriptivo por centro de salud, de acuerdo a la residencia del profesional.	198
V.2.7. Estudio descriptivo por facultativo, de acuerdo a la residencia del profesional.	199
V.2.8. Estudio descriptivo para cada uno de los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.	200
V.3. RESUMEN DE INDICADORES DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO POR TODOS LOS DIAGNÓSTICOS	202
V.4. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN POBLACIÓN LABORAL POR CÓDIGO DIAGNÓSTICO 300	205
V.4.1. Estudio descriptivo con carácter global y por provincias.	205
V.4.2. Estudio descriptivo por departamentos de salud.	207
V.4.3. Estudio descriptivo por centro de salud	212
V.4.4. Estudio descriptivo por facultativo.	213
V.4.5. Estudio descriptivo de la desagregación del código 300	215
V.5. ESTUDIO DESCRIPTIVO EN PERSONAL SANITARIO POR CÓDIGO DIAGNÓSTICO 300	218
V.5.1. Estudio descriptivo con carácter global y por provincias, de acuerdo al centro de trabajo del profesional.	218
V.5.2. Estudio descriptivo por departamentos de salud, de acuerdo al centro de trabajo del profesional.	221
V.5.3. Estudio descriptivo por centros de salud, de acuerdo al centro de trabajo del profesional.	224
V.5.4. Estudio descriptivo con carácter global y por provincias, de acuerdo a la residencia del profesional.	226
V.5.5. Estudio descriptivo por departamentos de salud, de acuerdo a la residencia del profesional.	227
V.5.6. Estudio descriptivo por centro de salud, de acuerdo a la residencia del profesional.	229
V.5.7. Estudio descriptivo por facultativo, de acuerdo a la residencia del profesional.	230
V.5.8. Estudio descriptivo de la desagregación del código 300 de acuerdo a la residencia del profesional.	231
V.6. RESUMEN DE INDICADORES DEL ESTUDIO DESCRIPTIVO POR CÓDIGO DIAGNÓSTICO 300	233

VI. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE PRESCRIPCIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CÓDIGO 300 237

VI.1. ESTUDIO PRELIMINAR AL ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD	239
VI.1.1. Número de procesos	239
VI.1.2. Perspectiva de género	240
VI.1.3. Perspectiva de edad	241
VI.1.4. Perspectiva de edad y género	243
VI.1.5. Perspectiva de nacionalidad	244
VI.1.6. Perspectiva de subgrupo poblacional	245

VI.1.7. Perspectiva según tipo de población de residencia _____	246
VI.1.8. Perspectiva de facultativo _____	247
VI.2. ANÁLISIS DE LA VARIABILIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE IT POR CÓDIGO 300 _____	248
VI.2.1. Análisis de la variabilidad entre centros de salud _____	248
VI.2.1.1. Obtención de las tasas de Incidencia estandarizadas _____	248
VI.2.1.2. Obtención de los estadísticos de variabilidad _____	248
VI.2.1.3. Coeficiente de Gini y Prueba de Lorenz _____	250
VI.2.1.4. Razón de Incidencia estandarizada _____	251
VI.2.1.5. Elaboración de las representaciones gráficas _____	256
VI.2.2. Análisis de la variabilidad entre departamentos de salud _____	260
VI.2.2.1. Verificación de la distribución normal _____	260
VI.2.2.2. Verificación de la homogeneidad de varianzas _____	262
VI.2.2.3. Análisis de la variabilidad _____	262
VI.2.2.3.1. Verificación de la diferencia de medias entre los departamentos de salud _____	262
VI.2.2.3.2. Identificación de los departamentos de salud cuyas medias difieren entre sí _____	263
VI.2.2.3.3. Análisis de la variabilidad en el nivel de departamento de salud _____	265
VI.2.3. Análisis de la variabilidad entre centros y departamentos de salud _____	268
VI.2.4. Análisis de la variabilidad entre centros de salud por otros factores _____	270
VI.2.4.1. Análisis de la variabilidad por el factor provincia _____	270
VI.2.4.2. Análisis de la variabilidad por los factores provincia y departamento _____	271
VI.2.4.3. Análisis de la variabilidad por otros factores _____	272
VI.2.4.3.1. Factor litoralidad _____	272
VI.2.4.3.2. Factor acreditación docente _____	274
VI.2.4.3.3. Factor tamaño poblacional _____	276
VI.3. RESUMEN DE RESULTADOS DE LA VARIABILIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE IT POR CÓDIGO 300279	
VII. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DE FACTORES A LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE PRESCRIPCIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CÓDIGO 300 Y MODELO EXPLICATIVO _____	281
VII.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES _____	283
VII.2. ANÁLISIS DE CORRELACIÓN _____	284
VII.2. ANÁLISIS FACTORIAL _____	288
VII.3. ANÁLISIS DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE _____	293
VII.3.1. Análisis de regresión lineal opción 1 _____	294
VII.3.2. Análisis de regresión lineal opción 2 _____	296
VII.4. MODELO EXPLICATIVO _____	301
VII.4.1. Ecuación de regresión _____	301

VIII. DISCUSIÓN	303
VIII.1. COMENTARIOS SOBRE LOS RESULTADOS	305
<i>VIII.1.1. Del estudio descriptivo de los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal</i>	<i>305</i>
VIII.1.1.1. De los procesos de Incapacidad Temporal en la población laboral por todos los diagnósticos	305
VIII.1.1.2. De los procesos de Incapacidad Temporal en población sanitaria por todos los diagnósticos	305
VIII.1.1.3. De los procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en población laboral	307
VIII.1.1.4. De los procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en población sanitaria.	308
<i>VIII.1.2. Del estudio de la variabilidad en la práctica médica de prescripción de procesos de Incapacidad Temporal por código 300</i>	<i>310</i>
VIII.1.2.1. Estudio preliminar del análisis de la variabilidad	310
VIII.1.2.2. Análisis de la variabilidad en la prescripción de IT por código 300	311
VIII.1.2.2.1. Análisis de la variabilidad entre centros de salud	311
VIII.1.2.2.2. Análisis de la variabilidad entre centros y departamentos de salud	313
VIII.1.2.2.3. Análisis de la variabilidad entre departamentos de salud	313
VIII.1.2.2.4. Análisis de la variabilidad entre centros de salud por otros factores	313
<i>VIII.1.3. Del estudio de la asociación de factores a la variabilidad de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 y modelo explicativo</i>	<i>314</i>
VIII.1.3.1. Del análisis de correlación	314
VIII.1.3.2. Del análisis factorial	315
VIII.1.3.3. Del análisis de regresión	316
VIII.2. LIMITACIONES	319
VIII.3. COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIOS	321
VIII.4. IMPLICACIONES Y ESTRATEGIAS	322
VIII.5. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN COLATERALES	323
IX. CONCLUSIONES	327
X. BIBLIOGRAFIA	335
XI. ANEXOS	357
ANEXO I: CENTROS DE SALUD INCLUIDOS EN EL ESTUDIO (739)	359
ANEXO II: CENTROS DE SALUD INCLUIDOS EN EL ESTUDIO (575)	373

RESUMEN

Las prestaciones de la Seguridad Social, en general, y la gestión sanitaria de la prestación de Incapacidad Temporal (I.T.), sobre todo en trastornos mentales, son asuntos de gran trascendencia social, económica y sanitaria actualmente en España. Esta Tesis pretende describir la variabilidad, por centros de salud, en la prescripción de procesos de I.T. de patologías incluidas en el código 300 de la CIE, en la Comunidad Valenciana (C.V.), durante 2009 y conocer las variables a las que se asocia dicha variabilidad, como elemento esencial para la mejora de la gestión sanitaria de esta prestación.

Para ello, se han estudiado los **480.755 procesos** de I.T. por todos los diagnósticos ocurridos durante 2009 en la C.V., de los que **26.069 procesos** correspondieron al código diagnóstico 300. Esta información se ha obtenido de los sistemas de información de la Conselleria de Sanidad y la Agencia Valenciana de Salud, previa preceptiva autorización. La unidad de análisis ha sido la Incidencia de procesos de IT en los **739 Centros de Salud y Consultorios Auxiliares** de la CV.

La metodología utilizada ha sido: el análisis descriptivo con el test de las medias para detectar diferencias significativas en función de las distintas variables socio demográficas, geográficas y de organización de la Agencia Valenciana de Salud, el análisis de la varianza y el análisis de regresión.

Se constata que los indicadores sanitarios de gestión son significativamente superiores en la población integrada por los profesionales del sistema sanitario público que en la población laboral general. Asimismo, se evidencia una variabilidad significativa entre los centros de salud, entre los departamentos de salud y entre las provincias de la C.V. También se han constatado diferencias significativas considerando los factores: litoralidad, acreditación para la formación médica posgraduada, y tamaño de la población donde radica el centro de salud.

El análisis de regresión lineal múltiple consigue explicar un 28,7% de la variabilidad de la prescripción de los procesos en los centros de salud. Los centros de salud de la provincia de Valencia respecto a los de Castellón, los centros de salud del litoral respecto a los del interior, y los centros acreditados para la docencia presentan mayor Incidencia de prescripción de procesos de I.T. por código 300.

La variabilidad evidenciada en la prescripción de estos procesos parece aconsejar la utilización de guías de práctica clínica en salud mental por los profesionales médicos de los centros de salud. Asimismo, las diferencias detectadas en los indicadores de gestión de la I.T. en población sanitaria y no sanitaria, quizás aconsejen abordajes diferenciales para ambas poblaciones.

ABSTRACT

Health Service, in general, and the sanitary management of the presentation of Temporary Disability (I.T.), especially in mental disorders, they are matters of great social, economic and sanitary transcendancy nowadays in Spain. This Thesis tries to describe the variability, for centers of health, in I.T.'s process prescription of pathologies included in the code 300 of the CIE, in the Valencian Community (C.V.), during 2009 and to know the variables with which the above mentioned variability is associated, as essential element for the improvement of the sanitary management of this presentation.

For it, 480.755 I.T.'s processes have been studied by all the diagnoses happened during 2009 in the C.V., of that 26.069 processes corresponded to the diagnostic code 300. This information has been obtained of the information systems of the Conselleria of Health and the Valencian Agency of Health, previous obligatory authorization. The unit of analysis has been IT's process incident in 739 Centers of Health and Auxiliary Doctor's offices of the CV.

The used methodology has been: the descriptive analysis with the test of the averages to detect significant differences depending on the different variables partner demographic, geographical and of organization of the Valencian Agency of Health, the analysis of the variance and the analysis of regression.

There is stated that the sanitary indicators of management are significantly top in the population integrated by the professionals of the sanitary public system that in the labor general population. Likewise, a significant variability is demonstrated between the centers of health, between the departments of health and between the provinces of the C.V. Also significant differences have been stated considering the factors: litoralidad, accreditation for the medical postgraduate formation, and size of the population where it takes root in the center of health.

The analysis of linear multiple regression manages to explain 28,7 % of the variability of the prescription of the processes in the centers of health. The centers of health of the province of Valencia with regard to those of Castellón, the centers of health of the littoral with regard to those of the interior, and the centers accredited for the teaching 300 present major incident of I.T.'s process prescription for code.

The variability demonstrated in the prescription of these processes seems to advise the guides' utilization of clinical practice in mental health for the medical professionals of the centers of health. Likewise, the differences detected in the indicators of management of the I.T. in sanitary and not sanitary population, probably advise differential boardings for both populations.

RESUM

Les prestacions de la Seguretat Social, en general, i la gestió sanitària de la prestació d'Incapacitat Temporal (I.T.), sobretot en trastorns mentals, són assumptes de gran transcendència social, econòmica i sanitària actualment a Espanya. Esta Tesi pretén descriure la variabilitat, per centres de salut, en la prescripció de processos de I.T. de patologies incloses en el codi 300 de la VAIG CIAR, a la Comunitat Valenciana (C.V.), durant 2009 i conèixer les variables a què s'associa la dita variabilitat, com a element essencial per a la millora de la gestió sanitària d'esta prestació.

Per a això, s'han estudiat els 480.755 processos de I.T. per tots els diagnòstics ocorreguts durant 2009 en la C.V., dels que 26.069 processos van correspondre al codi diagnòstic 300. Esta informació s'ha obtingut dels sistemes d'informació de la Conselleria de Sanitat i l'Agència Valenciana de Salut, prèvia preceptiva autorització. La unitat d'anàlisi ha sigut la incidència de processos d'IT en els 739 Centres de Salut i Consultoris Auxiliars de la CV.

La metodologia utilitzada ha sigut: l'anàlisi descriptiva amb el test de les mitjanes per a detectar diferències significatives en funció de les distintes variables soci demogràfiques, geogràfiques i d'organització de l'Agència Valenciana de Salut, l'anàlisi de la varianza i l'anàlisi de regressió.

Es constata que els indicadors sanitaris de gestió són significativament superiors en la població integrada pels professionals del sistema sanitari públic que en la població laboral general. Així mateix, s'evidencia una variabilitat significativa entre els centres de salut, entre els departaments de salut i entre les províncies de la C.V. També s'han constatat diferències significatives considerant els factors: litoralidad, acreditació per a la formació mèdica postgraduada, i grandària de la població on radica el centre de salut.

L'anàlisi de regressió lineal múltiple aconseguix explicar un 28,7% de la variabilitat de la prescripció dels processos en els centres de salut. Els centres de salut de la província de València respecte als de Castelló, els centres de salut del litoral respecte als de l'interior, i els centres acreditats per a la docència presenten major incidència de prescripció de processos de I.T. per codi 300.

La variabilitat evidenciada en la prescripció d'estos processos pareix aconsellar la utilització de guies de pràctica clínica en salut mental pels professionals mèdics dels centres de salut. Així mateix, les diferències detectades en els indicadors de gestió de la I.T. en població sanitària i no sanitària, potser aconsellen abordatges diferencials per a ambdós poblacions.

I . INTRODUCCIÓN

I.1. La Incapacidad Temporal en el Sistema de Seguridad Social Español.

I.1.1. Concepto y marco legal

El Sistema de Seguridad Social protege la situación del trabajador que se encuentre impedido temporalmente para el trabajo y necesite asistencia médica. Así, la Ley General de Seguridad Social establece que tendrán la consideración de situación determinante de la Incapacidad Temporal "las debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación (Seguridad Social, 1994)¹.

Se define la Incapacidad Temporal como aquella situación en la que se encuentra aquel sujeto que se ve imposibilitado temporalmente para realizar su actividad profesional, por una causa física o psíquica, teniendo derecho, si fuera titular de una relación laboral, a la suspensión de la misma en tanto recupera su estado de salud y teniendo derecho a la protección otorgada por el Sistema de Seguridad Social (Jover, 2006)². En principio, todos los españoles que residan y ejerzan normalmente su actividad en territorio nacional, cualquiera que sea su sexo, estado civil y profesión, estarán comprendidos en el Sistema de la Seguridad Social (Lorente, 1997)³. A ellos habría que añadir cualquier ciudadano, fuere cual fuere su nacionalidad, que se encuentra trabajando legalmente en España.

La Incapacidad Temporal puede derivarse de diversas contingencias: enfermedad común o accidente no laboral, o bien de accidente y enfermedad profesional. Estas situaciones originan dos tipos de prestaciones: la asistencia sanitaria y el subsidio económico cuya finalidad es paliar los efectos de la ausencia de salarios por la

1 Seguridad Social. 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, núm. 154, (29-06-1994). Recuperado el lunes 5 de julio de 2010, de Aranzadi.

2 Jover Ramírez, C. La Incapacidad Temporal para el trabajo. 1ª ed. Valencia: Tirant lo Blanch; 2006.

3 Lorente Arenas, F. La Incapacidad Temporal. 1ª ed. Madrid: Fernando Lorente Arenas; 1997.

imposibilidad de prestar el trabajo. (Redacción de Ediciones Francis Lefebvre, 2009)⁴

También tendrán la consideración de situaciones determinantes de la Incapacidad Temporal "los periodos de observación por enfermedad profesional, en los que se prescriba la baja del trabajo" (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2010)⁵

La Incapacidad Temporal está definida legalmente por tres elementos: la existencia de un daño a la salud, las tareas laborales que esa persona debe de realizar y el pronóstico respecto a la recuperación de su incapacidad laboral (Castejón, 2002)⁶. Así pues, no solo es necesario que exista una enfermedad, sino que esta condicione, de acuerdo al puesto de trabajo, una incapacidad para realizar las tareas del mismo.

Esto induce a pensar que la figura jurídica de la Incapacidad 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 (Castejón, 2002)⁷

El Sistema de Seguridad Social diferencia, como ya se ha comentado, entre contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral) y profesionales (enfermedad profesional y accidente laboral). Las primeras son las que no guardan relación con el trabajo desarrollado, en tanto que las segundas se producen o derivan del trabajo respectivamente.

En efecto, la Ley General de la Seguridad Social (Seguridad Social, 1994)⁸ dispone que serán beneficiarios de la prestación de Incapacidad Temporal las personas integradas en el Régimen General de la Seguridad Social que reciban asistencia sanitaria y estén impedidos para el trabajo, estén afiliadas y en alta o en situación asimilada a la de alta en la fecha del hecho causante y tengan cubierto un periodo de cotización de 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores al hecho causante, en caso de enfermedad

4 Redacción de Ediciones Francis Lefebvre. Memento Práctico Social 2009. Madrid: Ediciones Francis Lefebvre, S.A.; 2009.

5 Instituto Nacional de la Seguridad Social [sede web]. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2010 [acceso 14 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadtemporal/RegimenGeneral/Situacionesprotegidas28363/index.htm.

6 Castejón Castejón, J. El papel de las condiciones de trabajo en la Incapacidad Temporal por enfermedad común y accidente no laboral [tesis doctoral]. Bellaterra. Universitat Autònoma de Barcelona; 2002.

7 Castejón Castejón, J. El papel de las condiciones de trabajo en la Incapacidad Temporal por enfermedad común y accidente no laboral [tesis doctoral]. Bellaterra. Universitat Autònoma de Barcelona; 2002.

8 Seguridad Social. 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, núm. 154, (29-06-1994). Recuperado el lunes 5 de julio de 2010, de Aranzadi.

común, no exigiéndose periodo previo de cotización en caso de accidente, sea o no de trabajo, y de enfermedad profesional.

Por parte del Sistema de Seguridad Social se proporciona al trabajador una prestación económica en las diversas situaciones constitutivas de Incapacidad Temporal consistente en un subsidio. El nacimiento de dicho subsidio viene determinado por el informe médico de prescripción de Incapacidad Temporal.

En caso de accidente o enfermedad, el subsidio se abonará mientras el beneficiario se encuentre en situación de Incapacidad Temporal y tendrá una duración de 365 días prorrogables por otros 180 días cuando se presuma que, durante ellos, el trabajador puede ser dado de alta médica por curación. En caso de periodos de observación por enfermedad profesional, tendrá una duración de 6 meses prorrogables por otros 6 cuando se estime necesario para el estudio y diagnóstico de la enfermedad (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2010)⁹

El derecho se extingue: por el transcurso del plazo máximo establecido para la situación de Incapacidad Temporal de que se trate; por alta médica del trabajador, con o sin declaración de incapacidad permanente; por haber sido reconocido al beneficiario el derecho al percibo de la pensión de jubilación; por incomparecencia injustificada del beneficiario a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de Seguridad Social o a la Mutua de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social; y por fallecimiento (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2010)¹⁰

Con todo, la duración y extinción del proceso de Incapacidad Temporal, y con ello del subsidio, además de por otras circunstancias, se condiciona por el informe médico que extingue la prescripción de Incapacidad Temporal.

Así pues, la actuación clínica de prescripción de un proceso de Incapacidad Temporal debe pronunciarse, entre otros aspectos, sobre la situación determinante de la incapacidad, esto es, si se trata de una enfermedad común o profesional o accidente, sea o no de trabajo.

9 Instituto Nacional de la Seguridad Social [sede web]. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2010 [acceso 14 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadtemporal/RegimenGeneral/Situacionespr otegid28363/index.htm.

10 Instituto Nacional de la Seguridad Social [sede web]. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2010 [acceso 14 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadtemporal/RegimenGeneral/Situacionespr otegid28363/index.htm.

La determinación de una situación de Incapacidad Temporal corresponde al médico que atiende al paciente y es una decisión clínica que conlleva un pronunciamiento sobre si el paciente puede desarrollar su trabajo habitual, debido al problema de salud que padece, valorado de acuerdo al puesto de trabajo que desempeña. No hay duda de que al prescribir una Incapacidad Temporal el médico realiza una valoración; es decir, aplica un plan terapéutico de acuerdo con un pronóstico (Castejón, 2006).¹¹

Idéntico pronunciamiento debe mantenerse semanalmente a través de los partes de confirmación de la incapacidad. Con la emisión del informe médico que pone fin a la prescripción de la Incapacidad Temporal, el facultativo certifica que el trabajador ya no se encuentra impedido para el trabajo.

En conclusión, en la Comunidad Valenciana, las actuaciones clínicas de prescripción, de continuación de la prescripción y de finalización de la prescripción de procesos de Incapacidad Temporal por parte de los facultativos médicos de la Conselleria de Sanitat y la Agencia Valenciana de Salut son el origen de dicha situación de Incapacidad Temporal en el Sistema de Seguridad Social Español, que faculta al trabajador para justificar su ausencia al trabajo por enfermedad o accidente y que lleva aparejado un subsidio económico que compense la pérdida de ingresos por su trabajo.

Sin embargo, desde su inicio hasta el cumplimiento del día 365, la competencia para el control de la situación de Incapacidad Temporal está compartida, correspondiendo a las siguientes entidades: Servicio Público de Salud, para emitir partes de baja, confirmación y alta, que en el caso de la Comunitat Valenciana sería la Conselleria de Sanitat y Agència Valenciana de Salut; al Instituto Nacional de la Seguridad Social, para emitir propuestas de alta e intenciones de alta, así como para iniciar el expediente de incapacidad permanente; al Instituto Nacional de la Marina, para emitir bajas y altas, propuestas de alta e intenciones de alta, así como para iniciar el expediente de incapacidad permanente para trabajadores incluidos en el Régimen Especial del Mar; las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, para emitir partes de baja, confirmación y alta por Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional y propuestas de alta por contingencias comunes; empresas colaboradoras, para emitir partes de baja, confirmación y alta respecto de los trabajadores a su servicio, siempre que tengan asumidas las competencias en la gestión de la

11 Castejón J, Benavides FG, Gimeno D, Companya A, Fàbrega O, Funesa J. (2006). Calidad del diagnóstico médico en la certificación de la Incapacidad Temporal por enfermedad común. *Aten Primaria*. 2006; 37:142-7.

asistencia sanitaria y de la Incapacidad Temporal derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2010)¹²

Por el contrario, una vez agotado el plazo de 365 días, solo el Instituto Nacional de la Seguridad Social y el Instituto Nacional de la Marina son competentes en sus respectivos ámbitos para reconocer la situación de prórroga expresa, determinar la iniciación de expediente de Incapacidad Permanente, emitir el alta médica o emitir nueva baja médica cuando se produzca en el plazo de 180 días posteriores al alta médica por la misma o similar patología (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2010)¹³

En este estudio de investigación se van a incluir solamente los procesos de incapacidad derivados de contingencias comunes. No se van a considerar los procesos derivados de accidente, sea o no laboral, ni de enfermedades profesionales.

Ello se debe a que, como se explicitará más adelante, el estudio se centra en el código diagnóstico 300 de la CIE9MC. Dicho código no mantiene relación con accidentes, sean o no laborales, ni con enfermedades profesionales, al no estar incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales vigente en España (Enfermedades Profesionales, 2006)¹⁴

Por último, destacar que la medición de las enfermedades u otros procesos relacionados con la salud de los trabajadores es fundamental para conocer la situación epidemiológica de las poblaciones (Mirón, 2008).¹⁵

I.1.2. Evolución histórica

Se puede afirmar que, para conocer, entender y aplicar el vigente sistema de Seguridad Social, es preciso conocer muy bien el pasado

12 Instituto Nacional de la Seguridad Social [sede web]. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2010 [acceso 14 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadtemporal/RegimenGeneral/Situacionespr otegid28363/index.htm.

13 Instituto Nacional de la Seguridad Social [sede web]. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2010 [acceso 14 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadtemporal/RegimenGeneral/Situacionespr otegid28363/index.htm.

14 Enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social. Real Decreto 1299/2006, de 10 noviembre, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y establece criterios para su notificación y registro. BOE nº 302 (19-12-2006). Recuperado el viernes 18 de junio de 2010 de Westlaw.es, Base de datos jurídica Aranzadi.

15 Mirón Canelo JA, Alonso Sardón M. (2008) Medidas de frecuencia, asociación e impacto en investigación aplicada. Med Segur Trab 2008; Vol LIV Nª 211: 93-102

de la institución y su evolución histórica (Gonzalo y Nogueira, 2000)¹⁶.

La Incapacidad Temporal, al igual que otras contingencias de la Seguridad Social tiene una ordenación sumamente compleja, caótica y desordenada, que dificulta su comprensión y aplicación, situándonos en un espacio de inseguridad jurídica difícilmente justificable (Sempere, 2005)¹⁷

Así, antes de 1994, 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. (Castejón, 2002)¹⁸. La prestación asociada al riesgo de enfermedad se aseguró en su doble vertiente, esto es asistencia sanitaria y prestación económica sustitutiva del salario.

Ello es así porque, en origen, la finalidad de la prestación era garantizar al trabajador unos ingresos que le amparasen ante situaciones de enfermedad de tal índole que hicieran imposible el mantenimiento de la actividad laboral del cabeza de familia, cuando en la mayoría de casos, ésta era la única fuente de ingresos.

La Entidad Gestora, responsable de todas las prestaciones de seguridad social, incluida la asistencia sanitaria era el Instituto Nacional de Previsión (INP) creado por ley del 27 de febrero de 1908. El Instituto Nacional de Previsión fue la institución a la que se le encomendó la seguridad social española. Inicialmente encargado del sistema de libre contratación de pensiones obreras, asume posteriormente la administración del Seguro Obligatorio del Retiro Obrero (1919), Subsidio de Maternidad (1923), Seguro Obligatorio de Maternidad (1929), ampliación de los beneficios de la ley de accidentes del trabajo a los trabajadores agrícolas (1931),

16 Gonzalo González, B. y Nogueira Guastavino, M. coordinadores. Cien años de seguridad social. Madrid: Fraternidad-Muprespa y UNED, 2000.

17 Sempere AV. Hacia un nuevo modelo de gestión de la Incapacidad Temporal. Diagnósticos y prescripciones en salud mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. [Acceso 20 de julio de 2010]. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

18 Castejón Castejón, J. El papel de las condiciones de trabajo en la Incapacidad Temporal por enfermedad común y accidente no laboral [tesis doctoral]. Bellaterra. Universitat Autònoma de Barcelona; 2002.

obligaciones de la Ley de Accidentes de Trabajo en la Industria (1932) y el Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942).

En el año 1956 se publicó el Texto refundido de Accidentes de Trabajo y en 1974 el primer Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, del que todavía permanecen algunos artículos vigentes.

En todo este tiempo el marco de gestión de todas las prestaciones de la seguridad social estaba constituido por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) y el Instituto Nacional de Previsión (INP).

A las MATEPSS correspondía la prestación tanto económica como sanitaria en los casos de Incapacidad Laboral Transitoria por contingencias profesionales, de aquellos trabajadores cuyas empresas tuvieran esta gestión concertada con las mutuas y al Instituto Nacional de previsión correspondía la gestión de esta prestación, tanto en su aspecto económico como de asistencia sanitaria, cuando la empresa tuviera esta gestión concertada con dicho organismo y, además, la de todo el resto de prestaciones de protección social establecidas en la ley, incluida la gestión de la asistencia sanitaria.

En 1963, la Ley de Bases de la Seguridad Social 193/1963, de 28 de diciembre, equiparó los diversos orígenes o estados de la incapacidad laboral, definiendo en su Base 7ª el concepto de Incapacidad Laboral Transitoria. Concepto que será recogido posteriormente en sucesivas normas, desde el Texto Articulado de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado 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 hasta el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio (Castejon, 2002)¹⁹

También se recogía el concepto de invalidez provisional, situación que prorrogaba los efectos de la Incapacidad Laboral Transitoria más allá de los 18 meses desde el inicio de la misma, hasta un máximo de cuatro años y medio más, siempre que se proveyese que la invalidez no iba a tener carácter definitivo.

Cuando el Instituto Nacional de Previsión se extingue, en el año 1978, por aplicación de los pactos de la Moncloa (Real Decreto Ley

¹⁹ Castejón Castejón, J. El papel de las condiciones de trabajo en la Incapacidad Temporal por enfermedad común y accidente no laboral [tesis doctoral]. Bellaterra. Universitat Autònoma de Barcelona; 2002.

36/1978, de 16 de noviembre de 1978), las competencias se distribuyen entre: el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) para prestaciones médicas, incluida la prescripción y mantenimiento de la baja laboral y la determinación del alta; el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para prestaciones económicas; el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) para la gestión de servicios sociales; el Instituto Social de la Marina (ISM) para los servicios y gestión de estos para los trabajadores del mar; y la Tesorería General de la Seguridad Social .

En el mismo año 1978 se aprueba el cuadro de Enfermedades Profesionales y en 1994 se aprueba el 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 (Seguridad Social, 1994)²⁰ , que introduce modificaciones importantes respecto de la Incapacidad Temporal y de la maternidad.

La Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social (Medidas Fiscales, 1994)²¹ , incorporó distintas modificaciones en el ámbito de actuación de la Seguridad Social. Así, mediante la reforma del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social se introdujeron modificaciones en la acción protectora de la Seguridad Social, reuniendo las existentes prestaciones por incapacidad laboral transitoria e invalidez provisional en una única prestación por Incapacidad Temporal, reformando parcialmente su régimen jurídico estableciendo para la misma una duración máxima de doce meses prorrogables por otros seis y suprimiendo formalmente la invalidez provisional.

Con esta reforma también se configuró como contingencia específica, desligada de la incapacidad laboral transitoria, la de maternidad y, además, se unificaron los procedimientos de declaración y reconocimiento de la invalidez permanente a efecto de las prestaciones económicas contributivas, y se atribuyeron las competencias para tramitar y resolver a los órganos del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Además, se creó y reguló el Registro de Prestaciones Sociales Públicas, cuya gestión se encomendó al Instituto Nacional de la Seguridad Social como instrumento administrativo de coordinación

20 Seguridad Social. 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, núm. 154, (29-06-1994). Recuperado el lunes 5 de julio de 2010, de Aranzadi.

21 Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. Ley 42/1994, de 30 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, n° 313 (31-12-1994).

entre las distintas entidades y organismos responsables de la gestión de dichas pensiones.

Por último, se reformó el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social en lo que atañe a la regulación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, con el fin de reforzar la transparencia en la gestión de estos entes que, sin perjuicio de su carácter privado, administran recursos de naturaleza pública.

A la referida reforma habría que añadir otras anteriores (por ejemplo, la efectuada en materia de cuantía de la prestación y responsables del pago por la Ley 42/1992, de 24 de noviembre, cuya constitucionalidad fue declarada por sentencia del Tribunal Constitucional 34/1994, de 10 de febrero), y posteriores, por ejemplo, la efectuada en materia de extinción de la prestación económica por las Leyes 66/1997, de 30 de diciembre y 24/2001, de 27 de diciembre y por el Real Decreto Legislativo 6/2000, de 23 de junio (Sempere, 2005) ²².

Junto a ellas, las más recientes incorporadas por la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006 y las incorporadas por la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social que rectifica parcialmente las reformas del 2006. Las reformas referidas, aunque importantes, no son las únicas, todavía habría que añadir otras múltiples reformas directas de alcance reglamentario y otras indirectas que proceden de la reforma de otras contingencias, de materias e instituciones que son comunes al Sistema, o finalmente, de normas procedentes de otras parcelas del ordenamiento, singularmente del Estatuto de los Trabajadores (Sempere, 2005) ²³

Toda esta complejidad normativa se ha producido manteniéndose la ordenación reglamentaria procedente del desarrollo de la Ley de Seguridad Social de 1966 (singularmente el Decreto 3158/1966, de 23 de diciembre y la Orden de 13 de octubre de 1967, que han encajado múltiples reformas) que convive con todo un elenco de normas reglamentarias posteriores de distinta procedencia y alcance (desde el Decreto 1646/1972, de 23 de junio, pasando por el Real Decreto

22 Sempere AV. Hacia un nuevo modelo de gestión de la Incapacidad Temporal. Diagnósticos y prescripciones en salud mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. [Acceso 20 de julio de 2010]. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

23 Sempere AV. Hacia un nuevo modelo de gestión de la Incapacidad Temporal. Diagnósticos y prescripciones en salud mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. [Acceso 20 de julio de 2010]. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

53/1980, de 11 de enero, hasta los más recientes sobre gestión y control, el Real Decreto 575/1997, de 18 de junio, modificado por el Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio), incluida la aplicación de las modernas tecnologías para la presentación en soporte informático de los partes médicos (O Tas/ 399/2004, de 12 de febrero).

Sobre esta anacrónica y compleja estructura normativa, han impactado reformas procedentes de la invalidez permanente, la maternidad, el riesgo durante el embarazo, la jubilación parcial, el desempleo..., lo que dificulta su comprensión. Finalmente, algunas de las reformas producidas, singularmente las que han afectado a la Ley General de la Seguridad Social, no han tenido desarrollo reglamentario, dejando vacíos normativos que se resuelven por circulares internas de las entidades gestoras o por decisiones jurisprudenciales no siempre afortunadas (Sempere 2005) ²⁴

También merece la pena reseñar que en este caos y dispersión normativa la Comunitat Valenciana ha regulado recientemente el aseguramiento sanitario en la Comunidad Valenciana por ley (Aseguramiento sanitario, 2008) ²⁵. Esta ley tiene por objeto desarrollar las bases y los principios de coordinación señalados por el Estado en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de todas las personas dentro del ámbito de la Comunitat Valenciana y regulando el registro de datos de identificación, localización asignación de recursos y acreditación de prestaciones sanitarias del Sistema de Información Poblacional, así como la gestión de los documentos de identificación sanitaria.

I.1.3. Gestión de la Incapacidad Temporal

La gestión de la Incapacidad Temporal es un tema de gran trascendencia social, económica y sanitaria que plantea nuevos retos en la sociedad española actual. Así algunos autores (Sempere, 2005) ²⁶ abordan el estudio de los nuevos modelos de gestión en Incapacidad Temporal.

24 Sempere AV. Hacia un nuevo modelo de gestión de la Incapacidad Temporal. Diagnósticos y prescripciones en salud mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. [Acceso 20 de julio de 2010]. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

25 Aseguramiento sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunidad Valenciana. Ley 6/2008 de 2 de junio. Diario Oficial de la Comunidad Valenciana nº 5778, (5-6-2008).

26 Sempere AV. Hacia un nuevo modelo de gestión de la Incapacidad Temporal. Diagnósticos y prescripciones en salud mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. [Acceso 20 de julio de 2010]. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

El Sistema de Seguridad Social español defiende el respeto pleno a las competencias del Sistema Público de Salud en el control sanitario de las altas y bajas (INSALUD o Servicios Sanitarios de aquellas Comunidades Autónomas), y faculta a las Entidades Gestoras (INSS o Instituto Social de la Marina) o a las MATEPSS para establecer acuerdos de colaboración con los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

Esto tiene su razón de ser en que las prestaciones por Incapacidad Temporal son financiadas y gestionadas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en colaboración con las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y el reconocimiento o denegación del derecho a la prestación se lleva a cabo a partir de los partes de baja, confirmación y alta expedidos por los médicos del Servicio Público de Salud (Alba, 2009) ²⁷

Con el objetivo fundamental de controlar el gasto en la Incapacidad Temporal, el Ministerio de Trabajo ha firmado convenios con las Comunidades Autónomas para mejorar sus programas de prevención sanitaria y de lucha contra el fraude (Alba, 2009) ²⁸

Sin ir más lejos, el 23 de marzo de 2009 se suscribió el convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Generalitat para el control de la Incapacidad Temporal durante el periodo 2009-2012 ²⁹, que tiene por objeto establecer un marco de colaboración para alcanzar los objetivos fijados en el Plan anual de actuaciones para la modernización y mejora de la gestión y control de la IT y la racionalización del gasto de la prestación durante los años 2009, 2010, 2011 y 2012 en la Comunidad de Valencia.

A este convenio marco suscrito con la Comunitat Valenciana le siguen convenios específicos de carácter anual como es el Convenio específico entre la Comunidad Valenciana y el Ministerio de Trabajo e Inmigración (INSS) ³⁰ por el que se acuerda ejecutar para el año 2009 un programa específico que tiene por objeto el estudio del

27 Alba A. La Incapacidad Temporal para el trabajo: un análisis económico de su Incidencia y duración. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. [Acceso 20 de julio de 2010]. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

28 Alba A. La Incapacidad Temporal para el trabajo: un análisis económico de su Incidencia y duración. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. [Acceso 20 de julio de 2010]. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

29 Convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Generalitat para el control de la Incapacidad Temporal durante el periodo 2009-2012. Resolución de 21 de mayo de 2009. Boletín Oficial del Estado, n° 136, (5-6-2009).

30 Convenio de colaboración entre la Comunidad Valenciana y el Ministerio de Trabajo e Inmigración (INSS) por el que se acuerda ejecutar para el año 2009 un programa específico que tiene por objeto el estudio del comportamiento de los procesos de Incapacidad Temporal (IT) derivados de ciertas patologías y el desarrollo de determinadas estrategias para mejorar la gestión de ésta prestación. Resolución de 13 de octubre de 2009. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, n° 6126, (20-10-2009)

comportamiento de los procesos de Incapacidad Temporal (IT) derivados de ciertas patologías y el desarrollo de determinadas estrategias para mejorar la gestión de ésta prestación, suscrito en Madrid el 2 de julio de 2009.

En desarrollo de este convenio, en el estudio descriptivo (estudio 1) se analizan los indicadores de la gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal (Índice de ausencias, Duración media e Incidencia), que se describen más adelante, de acuerdo a los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, que se explicitan en la tabla siguiente:

Tabla 1: Códigos diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social

	Código	Descripción del diagnóstico
1	300	Trastornos neuróticos
2	311	Trastorno depresivo no calificado bajo otros
3	550	Hernia inguinal
4	725	Osteoartrosis/enfermedades afines
5	717	Trastorno interno rodilla
6	719	Otros trastornos y trastornos no especificados de articulación
7	722	Trastorno del disco intervertebral
8	723	Otras alteraciones columna cervical
9	724	Otras alteraciones de la espalda no especificados
10	726	Tendinitis intersecciones periféricas y síndromes conexos
11	727	Otros trastornos de sinovia tendón y bursa
12	728	Trastorno de musculo ligamento y fascia
13	729	Otros trastornos de tejido blandos
14	845	Esguinces y torceduras de tobillo y pie

Fuente: Convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Generalitat para el control de la Incapacidad Temporal durante el periodo 2009-2012. Resolución de 21 de mayo de 2009, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica en el BOE núm. 136 de 5 de junio de 2009.

I.1.4. Diferencias entre sistemas de información

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de sistemas sanitarios de las 17 Comunidades Autónomas y de las dos Ciudades Autónomas (englobadas estas últimas en el sistema de salud INGESA). Los datos que aquí se presentan han sido elaborados por la Comisión de Coordinación de la Inspección del Sistema Nacional de Salud, adscrita al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. La información procede de los sistemas de información de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Más adelante se refleja la población laboral media y a final de año de la Comunidad Valenciana que según la información facilitada por la Comisión de Coordinación del Sistema Nacional de Salud son,

respectivamente, de 1.753.193 (73,18% de 2.395.598) y 1.722.749 (71,91% de la misma población) trabajadores.

Esta población no coincide con la población laboral obtenida en el Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanidad para el ejercicio 2009 que fue de 2.395.598 personas.

Además de ello, la población de trabajadores protegidos en la Comunidad Valenciana a final de 2009, según la información facilitada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en su página Web³¹, es de 1.528.059 personas.

En consecuencia, la población laboral facilitada por los organismos estatales es un 26,82% inferior que la obtenida con los sistemas de información de la Comunidad Valenciana. La información facilitada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y por el Ministerio de Sanidad y Política Social, en relación a la gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, referida a la Comunidad Valenciana, no es coincidente con la que se obtiene de los sistemas de información de esta Comunidad.

Esta diferencia radica, al menos en parte, en que el Instituto Nacional de la Seguridad Social no incluye en sus datos estadísticos a los trabajadores de los regímenes especiales de trabajadores autónomos y de empleadas de hogar, según se indica en los informes de este organismo que pueden consultarse en la precitada página Web. Otro aspecto a tener en cuenta es que el citado instituto tampoco incluye como población trabajadora aquella que se encuentra en periodo de desempleo contributivo, aun cuando se trate de personas en situación asimilada al alta en Seguridad Social y, por tanto, susceptibles de serles prescrita un proceso de Incapacidad Temporal.

La tabla siguiente muestra los datos poblacionales facilitados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el seno de la Comisión de Coordinación de la Inspección del Sistema Nacional de Salud.

Tabla 2: Población laboral española.

Comunidad Autónoma	Población laboral media	Porcentaje	Población laboral a final de año
Andalucía	2.905.994	16,17%	2.873.799
Asturias	388.746	2,16%	383.485
Illes Balears	425.382	2,37%	419.945

31 Seguridad Social [sede web]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Inmigración. [acceso 14 de junio de 2010]. Estadísticas e Informes. Incapacidad Temporal. Ejercicio 2009. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otras_Prestaciones_de_la_Seguridad_Social/Incapacidad_Temporal/Ejercicio_2009/index.htm

Castilla-Mancha	718.434	4,00%	706.744
Cataluña	3.182.422	17,71%	3.099.878
Extremadura	391.390	2,18%	386.065
Galicia	1.034.224	5,75%	1.021.126
Madrid	2.849.126	15,85%	2.828.371
Murcia	538.482	3,00%	525.414
La Rioja	126.298	0,70%	124.419
Comunidad Valenciana	1.753.193	9,75%	1.722.749
Aragón	551.622	3,07%	543.794
canarias	707.650	3,94%	697.090
Cantabria	218.642	1,22%	212.119
INGESA (Ceuta y Melilla)	39.720	0,22%	39.395
Castilla León	938.576	5,22%	922.488
Navarra	264.683	1,47%	267.889
País Vasco	939.914	5,23%	938.015
S.N.S.	17.974.497	100,00%	17.712.785

Fuente: Datos elaborados por la Comisión de Coordinación de la Inspección del SNS, adscrita al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2009-Estadillo IT-SNS-indicadores CC.AA-definitivo.xls)

Así pues, los datos de procesos y días de ausencia de dichos procesos, como se verá más adelante, difieren en menos de un 2%. No obstante, como se ha comentado la población laboral difiere en un 26,82%.

En la tabla siguiente se muestran los datos preliminares de la gestión de la Incapacidad Temporal, facilitados por los organismos estatales.

Tabla 3: Datos de Incapacidad Temporal por CC.AA. Población laboral española.

	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Procesos IT activos a 31/12	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Andalucía	784.918	794.839	86.258	36.210.817	36.019.320
Asturias	110.420	112.072	14.333	5.477.079	5.606.630
Illes Balears	132.125	131.756	11.910	4.681.355	4.613.618
Castilla-Mancha	200.835	188.712	23.900	7.855.030	5.916.673
Cataluña	1.055.433	1.046.736	120.895	34.492.657	33.180.781
Extremadura	77.932	78.159	10.170	3.883.162	3.903.578
Galicia	249.765	247.315	47.553	17.102.075	15.268.204
Madrid	997.989	1.000.775	71.853	28.248.716	28.248.716
Murcia	153.292	151.536	22.727	8.376.801	7.892.392
La Rioja	40.681	41.082	3.220	1.320.902	1.356.896
Com. Valenciana	407.269	418.580	62.175	25.881.004	27.466.896
Aragón	172.367	172.337	12.323	4.430.910	6.439.844
canarias		253.405	11.925	8.493.999	5.502.421
Cantabria	73.425	74.106	7.526	2.939.473	2.992.704
INGESA (Ceuta y Melilla)	13.128	12.627	1.131	364.750	364.750
Castilla León	231.106	231.049	27.215	12.551.279	9.808.594
Navarra	117.074	116.907	8.412	3.416.090	3.309.502
País Vasco	336.056	336.270	37.384	15.444.473	13.583.950
Sistema Nacional de Salud	5.153.815	5.408.263	580.910	192.921.856	211.475.469

Fuente: Datos elaborados por la Comisión de Coordinación de la Inspección del SNS, adscrita al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2009-Estadillo IT-SNS-indicadores CC.AA-definitivo.xls)

Las definiciones de los datos de gestión de Incapacidad Temporal utilizados en la tabla anterior, son los siguientes:

Procesos de IT iniciados: Procesos de Incapacidad Temporal iniciados en 2009.

Procesos de IT finalizados: Procesos de Incapacidad Temporal finalizados en 2009.

Procesos de IT: Procesos con al menos un día de IT en 2009.

Días de ausencia por IT: Días de ausencia de IT por todos los procesos en 2009. Incluye los días de ausencia por IT en 2009 por los procesos iniciados con anterioridad al 1 de Enero de 2009 y los finalizados con posterioridad al 31 de Diciembre de 2009.

Días de ausencia por IT por todos los procesos de IT finalizados: Días de ausencia por IT por los procesos que han finalizado en 2009.

Con dicha información se han calculado tres indicadores de gestión sanitaria de Incapacidad Temporal (Índice de ausencias, Duración media e Incidencia), cuyas fórmulas se incluye a continuación:

Indice de Ausencias

$$= \frac{\text{Días perdidos por Incapacidad Temporal}}{\text{Población en riesgo (Población en situación de alta o asimilada al alta en Seguridad Social) } \times 365 \text{ días}} \times 100 \quad \frac{\text{días perdidos}}{\text{días laborables}}$$

Duración media

$$= \frac{\text{Días perdidos por los procesos de Incapacidad Temporal finalizados}}{\text{Procesos de Incapacidad Temporal finalizados}} \quad \frac{\text{días}}{\text{proceso}}$$

Incidencia

$$= \frac{\text{Número de pacientes de un individuo de análisis a los que se les ha prescrito un proceso de Incapacidad Temporal}}{\text{Población a riesgo (Población en situación de alta o asimilada al alta en Seguridad Social)}} \times 100$$

pacientes
población a riesgo

Estos tres indicadores, específicamente utilizados en este estudio para el estudio del absentismo (ausencia al trabajo) derivado de enfermedad (Incapacidad Temporal), derivan de los indicadores clásicos epidemiológicos: Incidencia, prevalencia, tasa de incidencia y duración de la enfermedad (Jenicek, 1990)³².

Tabla 4: Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal por CC.AA. Población laboral española.

Comunidad Autónoma	Índice ausencia	Incidencia	Prevalencia	Duración media	Días IT /afiliado
Andalucía	3,41	27,35	3,00	45,32	12,46
Asturias	3,86	28,83	3,74	50,03	14,09
Illes Balears	3,02	30,97	2,84	35,02	11,01
Castilla-Mancha	3,00	26,27	3,38	31,35	10,93
Cataluña	2,97	32,89	3,90	31,70	10,84
Extremadura	2,72	19,97	2,63	49,94	9,92
Galicia	4,53	23,91	4,66	61,74	16,54
Madrid		35,13	2,54	28,23	
Murcia	4,26	28,14	4,33	52,08	15,56
La Rioja	2,87	32,53	2,59	33,03	10,46
Com. Valenciana	4,04	23,88	3,61	65,62	14,76
Aragón	2,20	31,24	2,27	37,37	8,03
canarias	3,29		1,71	21,71	12,00
Cantabria	3,68	33,89	3,55	40,38	13,44
INGESA (Ceuta y Melilla)	2,52	31,79	2,87	28,89	9,18
Castilla León	3,66	24,62	2,95	42,45	13,37
Navarra	3,54	44,17	3,14	28,31	12,91
País Vasco	4,50	35,78	3,99	40,40	16,43
Sistema Nacional de Salud	2,94	31,32	3,90	39,10	12,75

Fuente: Datos elaborados por la Comisión de Coordinación de la Inspección del SNS, adscrita al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2009-Estadillo IT-SNS-indicadores CC.AA-definitivo.xls)

I.2. Clasificación Internacional de Enfermedades.

Para la adecuada codificación de los diagnósticos se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE9MC, 2010)³³ se recogen todos los

³² Jenicek M, Cléroux R. Epidemiología: Principios, técnicas, aplicaciones. Barcelona: Salvat;1990.

³³ Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, modificación clínica, eCIE9MC, 7ª Edición, Enero de 2010, versión 1.1.0 (19/02/2010). Edición Electrónica. Ministerio de Sanidad y Política Social. [recuperado el 7 de julio de 2010]. http://www.msps.es/ecieMaps-2010/basic_search/cie9mc_basic_search.html

posibles diagnósticos médicos, constituyéndose como el sistema más importante de codificación y clasificación que permite las comparaciones internacionales y la monitorización de los problemas de salud. Dicha clasificación se divide en 19 grupos, tal y como se resume en la tabla siguiente:

Tabla 5: Grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades

Grupo	Descripción
1	Enfermedades infecciosas
2	Neoplasias
3	Enfermedades endocrinas
4	Enfermedades de la sangre
5	Enfermedades mentales
6	Enfermedades sistema nervioso
7	Enfermedades sistema circulatorio
8	Enfermedades sistema respiratorio
9	Enfermedades sistema digestivo
10	Enfermedades sistema genitourinario
11	Complicaciones embarazo
12	Enfermedades de la piel
13	Enfermedades sistema osteomioarticular
14	Anomalías congénitas
15	Enfermedades de origen perinatal
16	Signos/síntomas mal definidos
17	Lesiones y envenenamientos
51	Códigos E
52	Códigos V

Fuente: Council on Clinical Classifications (EEUU). Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, modificación clínica, eCIE9MC, 7ª edición, Enero de 2010, versión 1.1.0 (19/02/2010). Edición electrónica. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperada el viernes 18 de junio de http://www.msps.es/ecieMaps-2010/basic_search/cie9mc_basic_search.html

El grupo 5, dedicado a las enfermedades mentales, incluye los códigos diagnósticos desde 290 a 319.

Las psicosis (excluyendo el retraso mental) disponen de los códigos del 290 al 299. Los retrasos mentales se codifican del 317 al 319.

Los trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos se codifican del 300 al 316.

En este grupo se incluyen los trastornos de ansiedad, disociativos y somatomórfos, objeto de la presente tesis, que se codifican con el código 300.

Tabla 6: Códigos diagnósticos de los trastornos mentales

Código	Trastornos mentales (Grupo 5 de la lista tabular de la CIE-9-MC)
290	Demencias
291	Trastornos mentales inducidos por alcohol
292	Trastornos mentales inducidos por drogas
293	Trastornos mentales transitorios debidos a enferm. clasif. en otro lugar
294	Trastornos mentales persistentes debidos a enferm. clasif. en otro lugar
295	Trastornos esquizofrénicos
296	Trastornos episódicos del humor
297	Trastornos delirantes
298	Otras psicosis no orgánicas
299	Trastornos generalizados del desarrollo
300	Trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos
301	Trastornos de la personalidad

302	Trastornos sexuales y de identidad sexual
303	Síndrome de dependencia del alcohol
304	Dependencia de drogas
305	Abuso de drogas, sin dependencia
306	Disfunción fisiológica con origen en factores mentales
307	Síntomas o síndromes especiales, no clasificados bajo otros conceptos
308	Reacción aguda al estrés
309	Reacción de adaptación
310	Trastornos mentales no psicóticos específicos por lesión cerebral
311	Trastorno depresivo, no clasificado bajo otros conceptos
312	Perturbación del comportamiento, no clasificada bajo otros conceptos
313	Perturbación de emociones específicas de infancia y de adolescencia
314	Síndrome hiperquinésico de la infancia
315	Retrasos específicos congénitos
316	Factores psíquicos asociados a enferme. Clasif. bajo otros conceptos
317	Retraso mental leve
318	Otro retraso mental especificado
319	Retraso mental de grado no especificado

Fuente: Council on Clinical Classifications (EEUU). Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, modificación clínica, eCIE9MC, 7ª edición, Enero de 2010, versión 1.1.0 (19/02/2010). Edición electrónica. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperada el viernes 18 de junio de http://www.msp.es/ecieMaps-2010/basic_search/cie9mc_basic_search.html

A su vez, el código 300 (código de tres dígitos) se subdivide, al adicionarle un cuarto o quinto dígito, de la forma que se explicita en la siguiente tabla. La adición de un cuarto o quinto dígito persigue añadir detalles clínicos o aislar términos para la precisión diagnóstica.

Tabla 7: Códigos diagnósticos incluidos en el código 300 de la CIE-9-MC

Código	Trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos (300)
300.00	Estado de ansiedad, no especificado
300.0	Trastornos de ansiedad
300.01	Trastorno de pánico sin agorafobia
300.02	Trastorno de ansiedad generalizado
300.09	Otros
300.1	Trastornos disociativos, de conversión y ficticios
300.10	Histeria, no especificada
300.11	Trastorno de conversión
300.12	Amnesia disociativa
300.13	Fuga disociativa
300.14	Trastorno de identidad disociativo
300.15	Trastorno o reacción disociativa, no especificada
300.16	Trastorno ficticio, con signos y síntomas psicológicos
300.19	Otras enfermedades ficticias y enfermedades ficticias no especificadas
300.2	Trastornos fóbicos
300.20	Fobia, no especificada
300.21	Agorafobia con trastornos de pánico
300.22	Agorafobia sin mención de ataques de pánico
300.23	Fobia social
300.29	Otras fobias aisladas o especificadas
300.3	Trastornos obsesivo-compulsivos
300.4	Trastorno distímico
300.5	Neurastenia
300.6	Trastorno de despersonalización
300.7	Hipocondría

300.8	Trastornos somatiformes
300.81	Trastorno de somatización
300.82	Trastornos somatoformes sin diferenciar
300.89	Otros trastornos somatiformes
300.9	Trastorno mental no psicótico no especificado

Fuente: Council on Clinical Classifications (EEUU). Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, modificación clínica, eCIE9MC, 7ª edición, Enero de 2010, versión 1.1.0 (19/02/2010). Edición electrónica. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperada el viernes 18 de junio de http://www.msps.es/ecieMaps-2010/basic_search/cie9mc_basic_search.html

I.3. La Incapacidad Temporal y la Salud Mental

Para analizar la situación actual de la Incapacidad Temporal por enfermedades mentales, antes de decidir que esta patología fuese la seleccionada para este proyecto de investigación, se hizo necesario un estudio preliminar que ahora se describe.

En primer lugar, se analizó la importancia de las enfermedades mentales como causantes de procesos de incapacidad respecto del conjunto de patologías. Posteriormente se analizó la desagregación de las enfermedades mentales en sus códigos diagnósticos y, por último se compararon estos resultados obtenidos en la población laboral con un subgrupo de la misma como es la población sanitaria.

Asimismo, y en aras a describir la precitada situación en la actualidad de la Salud Mental en la Comunidad Valenciana se estudiaron los recursos asistenciales de que se dispone para abordar la casuística generada por este grupo de enfermedades.

I.3.1. Estudio preliminar de los grupos de la CIE

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias, en valores absolutos, se exponen en la tabla y figuras siguientes:

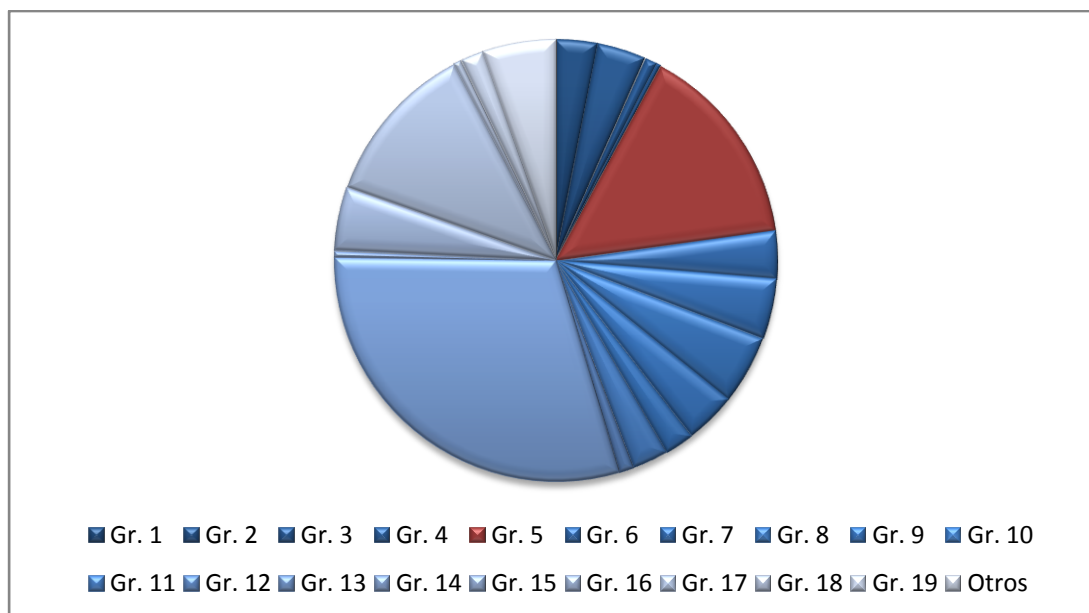
Tabla 8: Datos e Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal, de los 19 grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Datos absolutos. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

Enfermedad	Procesos IT iniciados		Procesos IT finalizados		Días de ausencia (procesos IT)		Días de ausencia (procesos IT finalizados)	
Grupo 1: Enf. infecciosas	26.822	6,62%	27.130	6,53%	806.065	3,04%	836.744	3,09%
Grupo 2: Neoplasias	7.099	1,75%	7.006	1,69%	943.823	3,56%	868.840	3,21%
Grupo 3: Enf. endocrinas	3.091	0,76%	3.168	0,76%	234.485	0,89%	235.891	0,87%
Grupo 4: Enf. de la sangre	949	0,23%	953	0,23%	94.066	0,36%	90.693	0,34%
Grupo 5: Enferm. mentales	30.496	7,53%	31.257	7,53%	3.965.902	14,98%	3.860.423	14,27%
Grupo 6: Enf. sistema nervioso	14.197	3,50%	14.471	3,48%	919.579	3,47%	923.055	3,41%
Grupo 7: Enf. Sist. circulatorio	10.643	2,63%	10.821	2,61%	1.166.108	4,40%	1.140.825	4,22%
Grupo 8: Enf. Sist. respiratorio	83.837	20,70%	84.736	20,41%	1.333.436	5,04%	1.470.504	5,43%
Grupo 9: Enf. sistema digestivo	18.515	4,57%	18.873	4,54%	995.908	3,76%	1.009.324	3,73%
Grupo 10: Enf. S. genitour.	10.416	2,57%	10.650	2,56%	569.848	2,15%	583.341	2,16%
Grupo 11: Compl. embarazo	10.194	2,52%	10.489	2,53%	700.059	2,64%	722.287	2,67%
Grupo 12: Enf. de la piel	6.443	1,59%	6.586	1,59%	285.491	1,08%	293.673	1,09%
Grupo 13: Enf. S. osteom.	88.491	21,85%	91.073	21,93%	7.898.068	29,83%	7.915.918	29,25%
Grupo 14: Anom. congénitas	1.187	0,29%	1.246	0,30%	119.004	0,45%	118.361	0,44%
Grupo 15: Enf. perinatal	459	0,11%	467	0,11%	30.163	0,11%	31.387	0,12%
Grupo 16: Signos mal defin.	24.223	5,98%	24.528	5,91%	1.222.076	4,62%	1.225.412	4,53%
Grupo 17: Lesiones y enven.	46.078	11,38%	47.233	11,37%	3.172.487	11,98%	3.210.727	11,87%
Grupo 51: Códigos E	1.946	0,48%	1.964	0,47%	162.258	0,61%	159.738	0,59%
Grupo 52: Códigos V	6.312	1,56%	6.404	1,54%	449.689	1,70%	460.548	1,70%
Otros	13.655	3,37%	16.199	3,90%	1.408.682	5,32%	1.900.758	7,02%
Comunidad Valenciana	405.053	100%	415.254	100%	26.477.197	100%	27.058.449	100%

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009CIEMC_Versión 02.xls)

Asimismo, se incluye una figura que reflejan estos mismos datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias, en valores relativos:

Figura 1: Días de ausencia por Incapacidad Temporal, de los 19 grupos de la CIE. Porcentajes. Población laboral de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras2.xls)

Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por cada uno de los grupos de clasificación de la CIE9-MC, se explicitan en la tabla siguiente:

Tabla 9: Datos e Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal, de los 19 grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Indicadores de gestión. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

Enfermedad	Índice de ausencia	Duración Media (días)	Incidencia
Grupo 1: Enfermedades infecciosas	0,09	30,84	1,12
Grupo 2: Neoplasias	0,11	124,01	0,30
Grupo 3: Enfermedades endocrinas	0,03	74,46	0,13
Grupo 4: Enfermedades de la sangre	0,01	95,17	0,04
Grupo 5: Enfermedades mentales	0,45	123,51	1,27
Grupo 6: Enfermedades sistema nervioso	0,11	63,79	0,59
Grupo 7: Enfermedades sistema circulatorio	0,13	105,43	0,44
Grupo 8: Enfermedades sistema respiratorio	0,15	17,35	3,50
Grupo 9: Enfermedades sistema digestivo	0,11	53,48	0,77
Grupo 10: Enferm. sistema genitourinario	0,07	54,77	0,43
Grupo 11: Complicaciones embarazo	0,08	68,86	0,43
Grupo 12: Enfermedades de la piel	0,03	44,59	0,27
Grupo 13: Enferm. sistema osteomioarticular	0,90	86,92	3,69
Grupo 14: Anomalías congénitas	0,01	94,99	0,05
Grupo 15: Enfermedades de origen perinatal	0,00	67,21	0,02
Grupo 16: Signos/síntomas mal definidos	0,14	49,96	1,01
Grupo 17: Lesiones y envenenamientos	0,36	67,98	1,92
Grupo 51: Códigos E	0,02	81,33	0,08

Enfermedad	Índice de ausencia	Duración Media (días)	Incidencia
Grupo 52: Códigos V	0,05	71,92	0,26
Otros	0,16	117,34	0,57
Comunidad Valenciana	3,03	65,16	16,91

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009CIEMC_Versión 02.xls)

En consecuencia, constatamos que las enfermedades mentales suponen el **7,53%** de los procesos de Incapacidad Temporal iniciados y el **14,98%** de los días de ausencia al trabajo por motivos de enfermedad.

Asimismo, las enfermedades mentales suponen el segundo grupo de enfermedades con mayor duración media de los procesos, solo superadas por el grupo de las neoplasias.

I.3.2. Estudio preliminar de desagregación de códigos diagnósticos de enfermedades mentales

La distribución de códigos diagnósticos del grupo 5 (Enfermedades mentales) de la CIE9-MC se refleja en la siguiente tabla. Como se observa, el código 300 supone el **63,68%** de todos los códigos del grupo 5. En segundo lugar se encuentra el código 311, Depresión, con un 17,77%; y en tercero, el código 309, Reacción de adaptación con un 8,36%.

Tabla 10: Distribución de los códigos diagnósticos incluidos en el grupo 5 de la CIE9-MC

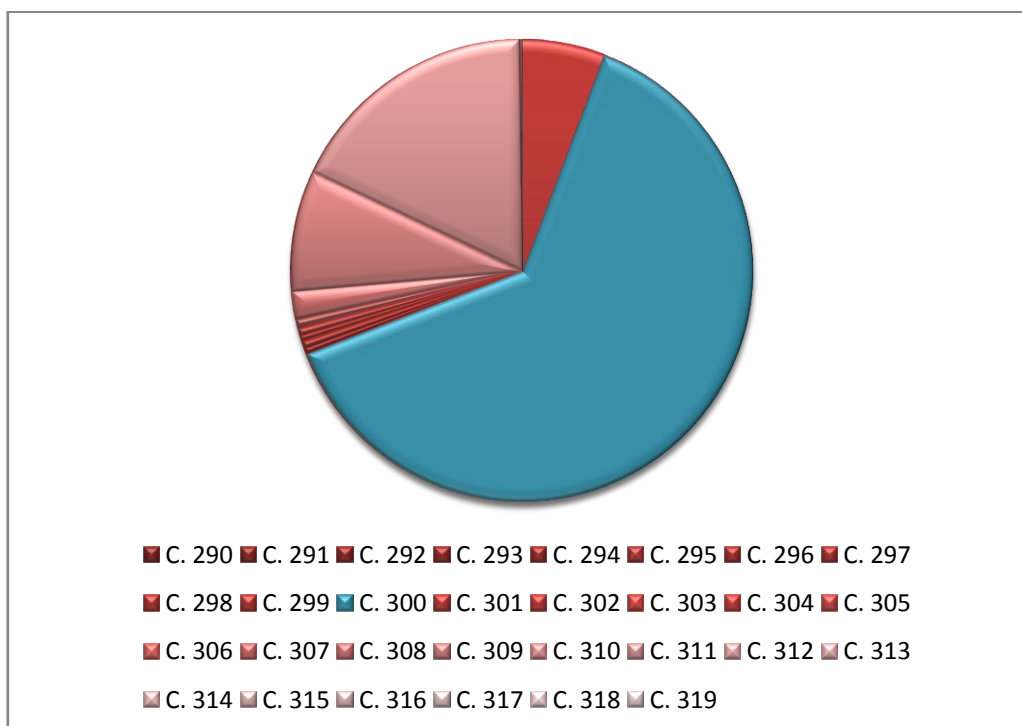
Código	Procesos IT totales	Porcentaje
290	8	0,02%
291	24	0,06%
292	30	0,07%
293	181	0,44%
294	25	0,06%
295	333	0,81%
296	1.454	3,53%
297	47	0,11%
298	270	0,66%
299	0	0,00%
300	26.069	63,38%
301	189	0,46%
302	6	0,01%
303	212	0,52%
304	166	0,40%
305	206	0,50%
306	45	0,11%
307	201	0,49%
308	821	2,00%
309	3.439	8,36%

Código	Procesos IT totales	Porcentaje
310	12	0,03%
311	7.311	17,77%
312	36	0,09%
313	39	0,09%
314	3	0,01%
315	1	0,00%
316	0	0,00%
317	0	0,00%
318	1	0,00%
319	3	0,01%
Grupo 5	41.132	100,00%

Fuente: Elaboración propia. (Distribución grupo 5.xls)

El código diagnóstico 300 supone el código más frecuente en los procesos de Incapacidad Temporal por enfermedades mentales, suponiendo el **63,38%** de los procesos.

Figura 2: Distribución de los códigos diagnósticos incluidos en el grupo 5 de la CIE9-MC



Fuente: Elaboración propia. (Figuras2.xls)

I.3.3. Estudio preliminar en población sanitaria

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias, en valores absolutos, se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 11: Datos e Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal, de los 19 grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Datos absolutos. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Grupos CIE9-MC	Procesos T iniciados		Procesos IT finalizados		Días de ausencia (procesos IT)		Días de ausencia (procesos IT finalizados)	
Grupo 1: Enf. infecciosas	2.337	8,16%	2.325	8,11%	54.184	3,87%	54.509	3,85%
Grupo 2: Neoplasias	471	1,64%	477	1,66%	48.540	3,47%	47.364	3,34%
Grupo 3: Enf. endocrinas	175	0,61%	182	0,64%	12.487	0,89%	12.944	0,91%
Grupo 4: Enf. de la sangre	66	0,23%	60	0,21%	6.986	0,50%	5.936	0,42%
Grupo 5: Enferm. mentales	2.170	7,58%	2.147	7,49%	197.539	14,11%	197.316	13,93%
Grupo 6: Enf. sistema nervioso	1.276	4,46%	1.271	4,43%	55.531	3,97%	54.294	3,83%
Grupo 7: Enf. Sist. circulatorio	659	2,30%	626	2,18%	48.198	3,44%	43.632	3,08%
Grupo 8: Enf. Sist. respiratorio	6.696	23,38%	6.684	23,31%	99.197	7,09%	102.097	7,21%
Grupo 9: Enf. sistema digestivo	1.149	4,01%	1.167	4,07%	43.122	3,08%	44.707	3,16%
Grupo 10: Enf. S. genitour.	723	2,53%	728	2,54%	33.971	2,43%	34.298	2,42%
Grupo 11: Compl. embarazo	464	1,62%	443	1,55%	36.838	2,63%	35.395	2,50%
Grupo 12: Enf. de la piel	335	1,17%	330	1,15%	13.093	0,94%	12.479	0,88%
Grupo 13: Enf. S. osteom.	6.089	21,26%	6.053	21,11%	407.209	29,09%	401.332	28,33%
Grupo 14: Anom. congénitas	89	0,31%	93	0,32%	7.138	0,51%	7.304	0,52%
Grupo 15: Enf. perinatal	12	0,04%	12	0,04%	936	0,07%	808	0,06%
Grupo 16: Signos mal defin.	1.717	6,00%	1.726	6,02%	59.704	4,27%	61.488	4,34%
Grupo 17: Lesiones y enven.	2.493	8,70%	2.502	8,73%	152.631	10,90%	155.161	10,95%
Grupo 51: Códigos E	72	0,25%	65	0,23%	3.474	0,25%	2.717	0,19%
Grupo 52: Códigos V	456	1,59%	436	1,52%	30.292	2,16%	28.106	1,98%
Otros	1.191	4,16%	1.343	4,68%	88.715	6,34%	114.847	8,11%
Comunidad Valenciana	28.641	100%	28.670	100%	1.399.783	100%	1.416.733	100%

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009CIE9MC_PobSanitaria.xls)

Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por cada uno de los grupos de clasificación de la CIE9-MC, se explicitan en la tabla siguiente:

Tabla 12: Población sanitaria de la Comunidad Valenciana. Datos e Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal, de los 19 grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Indicadores de gestión.

Descripción Grupo	Índice Ausencia	Duración Media	Incidencia
Grupo 1: Enfermedades infecciosas	0,26	23,47	4,08
Grupo 2: Neoplasias	0,23	99,43	0,82
Grupo 3: Enfermedades endocrinas	0,06	71,09	0,31
Grupo 4: Enfermedades de la sangre	0,03	98,88	0,12
Grupo 5: Enfermedades mentales	0,95	92,01	3,79
Grupo 6: Enfermedades sistema nervioso	0,27	42,77	2,23
Grupo 7: Enfermedades sistema circulatorio	0,23	69,82	1,15
Grupo 8: Enfermedades sistema respiratorio	0,47	15,29	11,70
Grupo 9: Enfermedades sistema digestivo	0,21	38,37	2,01
Grupo 10: Enferm. sistema genitourinario	0,16	47,16	1,26
Grupo 11: Complicaciones embarazo	0,18	79,92	0,81
Grupo 12: Enfermedades de la piel	0,06	37,85	0,59
Grupo 13: Enferm. sistema osteomioarticular	1,95	66,37	10,64
Grupo 14: Anomalías congénitas	0,03	78,95	0,15
Grupo 15: Enfermedades de origen perinatal	0,00	68,40	0,02
Grupo 16: Signos/síntomas mal definidos	0,29	35,66	3,00
Grupo 17: Lesiones y envenenamientos	0,73	62,09	4,36
Grupo 51: Códigos E	0,02	41,83	0,13
Grupo 52: Códigos V	0,14	64,46	0,80
Otros	0,42	85,62	2,08
Comunidad Valenciana	6,70	49,47	50,06

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009CIE9MC_PobSanitaria.xls)

I.3.4. Recursos para la Salud Mental en la Comunidad Valenciana

En la Comunidad Valenciana los recursos destinados a la salud mental, en régimen ambulatorio y de hospitalización, organizados en los Departamentos de Salud son los siguientes: centros de salud y consultorios, unidades de salud mental, unidades de salud mental infanto-adolescentes, unidades de hospitalización psiquiátrica, hospitales de día, unidades de hospitalización a domicilio, unidades de referencia específicas; y con ámbito supradepartamental, encontramos las unidades de media estancia, hospitales de día y unidades de larga estancia

Las Unidades de Salud Mental, son el eje asistencial y tienen una interrelación directa con los Equipos de Atención Primaria, las unidades de Hospitalización psiquiátrica, y el resto de dispositivos de atención comunitaria y con un enfoque biopsicosocial. Además de los recursos asistenciales referidos, que dependen de la Agencia Valenciana de Salud de la Conselleria de Sanidad, en la Comunidad Valenciana existe otra red de recursos para enfermos mentales que depende de la Conselleria de Bienestar Social.

La composición básica de los recursos destinados a la salud mental se integra por facultativos psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermería. En la tabla siguiente se describen los recursos humanos globales de la Comunidad Valenciana.

Tabla 13: Recursos en Salud Mental en la Comunidad Valenciana, 2009.

Categorías profesionales	Número de profesionales
Psiquiatras	314
Psicólogos	165
Enfermería	270
Trabajadores sociales	50
Medicina general	38
Auxiliar de enfermería	321
Terapeuta ocupacional	10
Monitores	8
Personal administrativo	68

Fuente: Conselleria de Sanitat. Servicio de Salud Mental. 2010.

Tabla 14: Distribución de unidades de salud por departamentos de salud en la Comunidad Valenciana, 2009.

DEPARTAMENTO DE SALUD	U S M	U S M I	H D	U C A	U A A	U H P	U M E	U L E	U D H	U H D	U T C A	U T E	U T B	U P N	C R P
DÉNIA	3	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ALCOI	2	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MARINA BAIXA	3	1	-	2	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
ALICANTE – SANT JOAN	3	1	-	1	1	1	-	-	1	1	1	1	-	-	-
ELDA	4	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ALICANTE – H. GENERAL	6	1	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ELX – H. GENERAL	5	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ORIHUELA	3	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TORREVIEJA	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VINARÓS	1	1 *	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CASTELLÓN	3	2	1	2	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-
LA PLANA	3	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SAGUNTO	3	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
VALENCIA – CLÍNICO	3	1	-	2	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-
VALENCIA – ARNAU VILAN.	5	1	-	2	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	1
VALENCIA – LA FE	4	1	1	1	1	1	-	-	-	1	1	1	1	-	1
REQUENA	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VALENCIA – H. GENERAL	3	1	-	3	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VALENCIA – DR. PESET	3	2	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	v
LA RIBERA	3	1	-	1	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-
GANDIA	3	1	1	1	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-
XÁTIVA - ONTINYENT	3	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
RECURSOS SUPRADEPARTAMENTALES															
H. Provincial Castellón	-	-	1	-	-	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-
H. Padre Jofré Valencia	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
C. Dr. Esquerdo Alicante	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Conselleria de Sanitat. Servicio de Salud Mental. 2010. (USM = unidad salud mental, USMIA = unidad salud mental infantil y adolescente, * Programa Infarto – Adolescentes, UHP = unidad de hospitalización psiquiátrica, ULE = unidad de larga estancia, UME = unidad media estancia de rehabilitación psicosocial, HD = hospital de día, UTCA = unidad de trastorno conducta alimentaria, UPN = unidad psicopatología neurofisiológica, UDH = unidad de desintoxicación hospitalaria, UTE = unidad de terapia electro convulsiva, UTB = unidad trastorno bipolar, CPR = centro de rehabilitación psicosocial)

I.4. Variabilidad en la práctica médica

I.4.1. Definición

Podría definirse la variabilidad en la práctica clínica como “las variaciones sistemáticas, no aleatorias, en las tasas estandarizadas de un procedimiento clínico particular a un determinado nivel de agregación de la población” (McPherson, 1995)³⁴.

Entre los objetivos de los estudios de variabilidad en la práctica médica (Almazán, 2002)³⁵ se señala por la literatura que tienen como objetivo comparar las tasas de diferentes ámbitos geográficos y valorar si la variabilidad implica una diferente utilización en los servicios. Los resultados se interpretan como evidencia indirecta de problemas en la calidad de la atención sanitaria, entendida en un sentido amplio y en relación con la accesibilidad, adecuación y efectividad.

Ésta es la definición más académica y hace referencia a un tipo de estudio para analizar las variaciones en la práctica médica que es el estudio ecológico, sin embargo hay otros tipos de estudios como son los estudios de datos primarios individuales.

Otros autores la definen como las diferencias observadas (por exceso o defecto) en la utilización de servicios sanitarios (por ejemplo, ingresos, estancias, métodos diagnósticos y terapéuticos) entre profesionales o zonas geográficas (Lozano, 2004)³⁶.

Los estudios ecológicos tienen como unidad de análisis agregaciones de individuos, a menudo basadas en criterios geográficos, como las áreas geopolíticas (estudios que comparan países y regiones) o bien las áreas de influencia de un hospital (definidas a partir de sectores sanitarios o cuotas de mercado de los hospitales). También las unidades geográficas pueden hacer referencia a áreas más pequeñas como barrios o áreas básicas de salud. De hecho, el análisis de la variabilidad se ha desarrollado a partir de los estudios que se basan en el análisis de estas áreas pequeñas (*small area analysis*).

34 McPherson, K. Cómo debería modificarse la política sanitaria ante la evidencia de variaciones en la práctica médica. *Var Pract Méd* 1995; 7:9-17.

35 Almazán C, Estrada MD. Variaciones en la práctica médica. 2002. *AATM*, 28.

36 Lozano F, Vaquero-Puerta C, Fonseca-Legrand JL, Vaquero-Morillo F, miembros de la Sociedad CastellanoLeonesa de Angiología y Cirugía Vasculat (SOCLACIVAS). *ANGIOLOGÍA* 2004; 56 (6): 549-559.

I.4.2. Antecedentes históricos

Los antecedentes históricos de la variabilidad en la práctica clínica debemos buscarlos en los estudios de Allison Glober, en los años 30, que estudió las diferencias entre las tasas de amigdalectomía escolares de una misma ciudad y que obtuvo unos resultados del 40% (Del Llano, 2008)³⁷. Posteriormente los estudios de Wennnberg y Guittelson en Vermont obtuvieron tasas de amigdalectomía entre el 70% y el 8%, tasas de histerectomías que variaban entre el 15% y el 70% y tasas de prostatectomías entre el 5% y el 15%.

No obstante, aunque la variabilidad en la práctica médica está documentada desde hace tiempo a nivel internacional, es de reseñar la menor producción española aunque, no obstante el interés investigador en este campo ha ido creciendo.

I.4.3. Nuevas tendencias en España sobre estudios de variabilidad en la práctica médica

Es de justicia reseñar el esfuerzo y la calidad de los trabajos realizados por el "Proyecto Atlas VPM", que es una iniciativa de investigación que busca describir cómo las poblaciones utilizan y son atendidas por el Sistema de Salud Público con el objetivo de informar sobre su calidad, eficiencia, equidad para su mejor gobierno. En su página web (<http://www.atlasvpm.org/avpm/>) disponen de abundante material académico y publicaciones que reflejan el esfuerzo de este grupo de investigadores en difundir los trabajos y las iniciativas en esta materia.

En el proyecto participan 16 de las 17 Administraciones Autonómicas de Salud, con más de cincuenta profesionales implicados.

Merece especial mención uno de los último trabajos (Sanfelix-Gimeno, 2009)³⁸ relativo a la variabilidad en el consumo y gasto de medicamentos.

La metodología que utilizan en algunas de sus publicaciones, los atlas de variaciones en la práctica médica del Sistema Nacional de Salud, de los que ya llevan publicados seis, ha sido referente en la

37 Del Llano J. Innovaciones en gestión de servicios de salud. [curso]. Fundación Gaspar Peral: cursos de verano 2008.

38 Sanfelix-Gimeno G. Variaciones en el consumo y gasto de medicamentos empleados en la hipertensión arterial en la Comunidad Valenciana. [Tesis doctoral]. Elche: Universidad Miguel Hernández de Elche; 2009.

elaboración de la presente tesis. Merece la pena destacarse los análisis descriptivos, incluyendo los estadísticos de variabilidad.

En concordancia con este tipo de estudios, algunos autores (Abellana, 2009)³⁹ utilizan modelos mixtos lineales generalizados a fin de determinar los efectos de los factores de riesgo y de conocer la distribución geográfica.

I.5. El Sistema Sanitario Valenciano

I.5.1. Introducción

El Sistema Sanitario Valenciano ha sufrido en los últimos años cambios organizativos de notable calado que han culminado con la creación y puesta en marcha de la Agencia Valenciana de Salud (AVS), (Cervera, 2006)⁴⁰. La Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana crea la Agencia Valenciana de Salud configurándola como el eje de la organización de los servicios sanitarios públicos en la Comunidad Valenciana. La Agencia Valenciana de Salud es un organismo autónomo de la Generalitat, de carácter administrativo, adscrito a la Conselleria de Sanidad, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines. Su finalidad es coordinar todas las entidades administrativas con responsabilidades en el campo de la salud, ejerciendo la función que la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, atribuye a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas.

El Decreto 25/2005, de 4 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueban los estatutos reguladores de la Agencia Valenciana de Salud, establece su estructura y sus normas de funcionamiento, en perfecta armonía con la estructura, tanto orgánica como funcional, de la Conselleria de Sanidad, que se regula en el Decreto 120/2007, de 27 de julio. De acuerdo con la normativa citada, el Sistema Sanitario Valenciano puede considerarse estructurado en tres niveles: Conselleria de Sanidad, Agencia Valenciana de Salud y Departamentos de Salud.

³⁹ Abellana R, Ascaso C, Carrasco JL, Castell C, Treserras R. *Med Clin(Barc)*.2009;132(12):454-458

⁴⁰ Cervera M. *La Agencia Valenciana de Salud. Rev Adm Sanit.* 2006; 4(1):33-54

I.5.2. Conselleria de Sanidad

Es el máximo órgano encargado de la dirección y ejecución de la política del Consell de la Generalitat en materia de sanidad. Ejerce, entre otras, las siguientes funciones: Definición de las directrices y prioridades de la política de protección de la salud en el ámbito de la Comunidad Valenciana, planificación y ordenación territorial de los recursos sanitarios, autorización, inspección y control de todo tipo de servicios sanitarios, garantía de las necesidades de salud pública para toda la población promoviendo la implicación de todos los agentes.

I.5.3. Agencia Valenciana de Salud

A la Agencia Valenciana de Salud le corresponde llevar a cabo la adecuada gestión y administración del Sistema Valenciano de Salud y de la prestación sanitaria en la Comunidad Valenciana. Sus funciones más destacadas son: establecer y aplicar los criterios generales de coordinación de todos los recursos y medios sanitarios públicos de la Comunidad Valenciana, establecer acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios, en orden a la adecuada utilización de los recursos sanitarios públicos, y el establecimiento de fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas y privadas, analizar y proponer a la Conselleria de Sanidad la constitución de fórmulas organizativas para la provisión y gestión de los servicios sanitarios, autorizar y desarrollar en sus centros la creación de nuevas unidades/fórmulas organizativas como son las áreas clínicas y las unidades de gestión clínica.

La Agencia Valenciana de Salud cuenta con una estructura central y una estructura periférica, basada en departamentos de salud. Los órganos centrales son: el Consejo de Administración, presidido por el Conseller de sanidad y con representación de la administración y de los principales agentes sociales; el Consejo de Salud de la Comunidad Valenciana, como órgano superior colegiado de carácter consultivo; el Director Gerente, que ejerce la dirección y gestión de la misma, de acuerdo con las directrices dictadas por su Consejo de Administración; y los órganos de gestión, constituidos por seis direcciones generales.

I.5.4. Departamentos de Salud

El Sistema Sanitario Valenciano se ordena en departamentos de salud, que equivalen a las áreas de salud previstas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Los departamentos de salud son las estructuras fundamentales del Sistema Sanitario Valenciano, siendo las demarcaciones geográficas en las que queda dividido el territorio de la Comunidad Valenciana a los efectos sanitarios y constituyendo el marco para la integración de las acciones de promoción y protección de la salud, de las de prevención y curación y de rehabilitación del estado de salud; a través de la coordinación de los recursos existentes y garantizando una sanidad sin escalones de manera que se posibilite la máxima eficiencia en la ubicación y uso de éstos, así como el establecimiento de las condiciones estratégicas más adecuadas que garanticen una sanidad sin escalones, en consonancia con los principios rectores de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Es un objetivo prioritario de la Agencia Valenciana de Salud la mayor eficiencia en la gestión de sus recursos y la coordinación de todas las entidades administrativas con responsabilidad en el campo de la salud (Atención sanitaria en la Comunidad Valenciana, 2007)⁴¹.

A tal efecto, los centros para la prestación de servicios asistenciales, pertenecientes a la Agencia Valenciana de Salud, podrán dotarse de un nuevo modelo organizativo que permita una mayor descentralización y autonomía en la toma de decisiones y en la gestión de sus recursos, mayores cotas de participación y corresponsabilidad por parte de sus profesionales y una mayor orientación hacia el paciente. Todo ello en un entorno organizativo más flexible y horizontal que permita la coordinación ágil y rápida de todos los recursos utilizando las herramientas actuales de la gestión.

Esta nueva configuración de la estructura y organización de los servicios sanitarios adscritos a la Agencia Valenciana de Salud no sólo es necesaria y se justifica por la aparición de las nuevas modalidades asistenciales, sino también por la adaptación organizativa de todos los centros asistenciales al nuevo marco que supone la citada Ley de Ordenación Sanitaria, avanzando tanto en la descentralización de la gestión sanitaria como en la integración de

⁴¹ Atención sanitaria en la Comunidad Valenciana. Decreto 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. 2007. DOCV nº 5518 (23-05-2007).

los distintos niveles asistenciales, mediante la puesta en funcionamiento de los Departamentos de Salud.

Además del departamento de salud, configurado como estructura fundamental del sistema sanitario valenciano, existen otros centros o servicios que, por su propia naturaleza en la prestación del servicio de atención sanitaria, han de ser también regulados en cuanto a su estructura, organización y funcionamiento. Tal es el caso del Servicio de Emergencia Sanitarias, el Centro de Transfusiones de la Comunidad Valenciana, los Hospitales de Crónicos, o cualesquiera otros existentes o que pudieran crearse.

La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, regula las diferentes fórmulas de gestión del Sistema Nacional de Salud, puestas en marcha por las Comunidades Autónomas. Precisamente en este marco se inscriben tanto la constitución de los consorcios como de las concesiones administrativas a través de la figura del comisionado que, en definitiva, permite la correcta supervisión del servicio público que se deba prestar relativo a la asistencia sanitaria en la zona o en su caso departamento correspondiente.

El entorno social y sanitario en el que se basó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y por el que se creó el Sistema Nacional de Salud organizando la atención sanitaria en dos ámbitos, Atención Primaria y Atención Especializada, hoy es bien distinto al existente a finales de los años ochenta.

Los cambios producidos en el escenario de los sistemas sanitarios, comunes en los países occidentales, están caracterizados por un incremento y modificación de la demanda de servicios sanitarios que hacen necesaria una adaptación de la oferta a las nuevas necesidades provocadas por un progresivo envejecimiento de la población y un cambio en el patrón epidemiológico.

El progresivo envejecimiento de la población con el incremento añadido de enfermedades crónicas y problemas de dependencia, unido a otros factores como la creciente inmigración, hace que existan sectores de población cada día más amplios con problemas en los que confluyen y a su vez se interrelacionan factores sanitarios y sociales.

Esta situación exige la implantación de nuevos modelos organizativos y estructuras que incorporan alternativas asistenciales a la hospitalización tradicional, bajo enunciados de eficacia y eficiencia, tales como: hospitales de día, unidades de

hospitalización a domicilio, unidades médicas de corta estancia y atención socio-sanitaria, cirugía mayor ambulatoria, etc.

Por otra parte, la implantación de las nuevas tecnologías de la información está permitiendo la interrelación asistencial en tiempo real entre los centros sanitarios.

En este contexto es fundamental la plena integración de niveles asistenciales habilitando formulas que permitan la circulación de los distintos profesionales por los distintos dispositivos existentes con el objetivo de que al paciente se le atienda en el lugar y por el profesional más adecuado para el nivel de complejidad de su patología. Esto exige fórmulas de gestión innovadoras y flexibles que permitan satisfacer estas nuevas necesidades.

Por otra parte, la atención a las urgencias, tanto desde la perspectiva asistencial propiamente dicha como por el impacto social que representan, merece una consideración especial, ya que cada vez más la población solicita, ante una urgencia, que se le dé respuesta en el menor tiempo posible y con la mayor capacidad resolutive.

La delimitación de los departamentos de Salud se realiza, sin perjuicio de las excepciones a que hubiera lugar, teniendo en cuenta los factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, culturales, epidemiológicos, laborales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como de las instalaciones sanitarias de cada Departamento de Salud, de tal forma que posibilite la solución de la mayor parte de los problemas de salud de la población.

La Agencia Valenciana de Salud determinará los departamentos de salud que, mediante los correspondientes acuerdos con las Universidades y Agencias Públicas de Investigación, Desarrollo e Innovación, se acreditarán para conseguir la máxima integración entre las misiones asistencial, docente e investigadora, adquiriendo la consideración de departamentos de salud con carácter universitario.

El Departamento de Salud, atendiendo a los criterios de la máxima integración de los recursos asistenciales, se divide en zonas básicas de salud. La zona básica de salud es el ámbito territorial básico de actuación de la Atención Primaria.

En el Departamento de Salud se integran: los centros de salud y consultorios, las unidades de apoyo, los centros sanitarios integrados, los hospitales y centros de especialidades, y aquellos

dispositivos y/o unidades de carácter docente e investigador que les sean asignados.

La historia clínica única por paciente, entendida como el conjunto de documentos en los que está contenida toda la información de los procesos asistenciales del paciente, se realizará bajo criterios de unidad e integración en todos los centros y servicios sanitarios y estará disponible para todos los profesionales que intervienen en el proceso asistencial. Con esta finalidad se tenderá a la introducción de nuevas tecnologías de la información y la comunicación que permitan acercar la atención al paciente e interrelacionar a los distintos profesionales respetando siempre la intimidad y privacidad de aquéllos.

Figura 3: Mapa de departamentos de salud de la Comunidad Valenciana con denominación oficial



I.5.5. Centros de salud y consultorios

Los centros de salud y consultorios constituyen el acceso inicial al sistema sanitario. En ellos se articulan los recursos necesarios para desarrollar las siguientes prestaciones: la atención sanitaria, a demanda, programada y urgente, tanto en la consulta como en el domicilio del paciente, la realización de los programas de salud específicos relativos a la mujer, la infancia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo, los enfermos crónicos, los enfermos terminales y todos aquellos que se incorporen a la cartera de servicios en base al plan de salud de la Comunidad Valenciana, la promoción y educación para la salud en el individuo, familia, grupo o comunidad mediante actividades integradas en los programas de salud, la atención a la salud bucodental, la atención a la salud sexual y reproductiva, la prevención enfocada fundamentalmente a la realización de actividades dirigidas a la detección precoz de las patologías de mayor incidencia y prevalencia de la zona, atención a problemas de salud mental y conductas adictivas, rehabilitación básica, trabajo social, cirugía menor, aquellas prestaciones de orden jurídico-legal derivadas de la legislación vigente, y todas aquellas funciones asistenciales de mayor nivel de complejidad que se determinen.

Los responsables de estas prestaciones son los miembros del Equipo de Atención Primaria (EAP), los profesionales de las unidades de apoyo y el resto de especialistas del departamento que se determinen con fin de acercar los servicios al usuario actuando todos ellos de forma coordinada e integrada.

I.6. Sistemas de información

Las tecnologías de la información pueden contribuir de forma esencial en la toma de decisiones en medicina. Así pues, la disponibilidad de la información del paciente en tiempo real para el médico, las guías clínicas, la historia clínica electrónica y otras muchas funcionalidades de las tecnologías de la información, pueden ayudar mucho en la toma de decisiones.

La Administración Sanitaria Valenciana, Conselleria de Sanitat y Agencia Valenciana de Salud, disponen de eficientes sistemas de información para la gestión sanitaria. De ellos se utilizarán para el estudio de investigación los siguientes: el Sistema de Información Poblacional (SIP), el sistema que conecta los centros y los sistemas de información de atención primaria y especializada de forma que toda la información clínica y administrativa del paciente está centralizada y disponible desde cualquier punto de la red asistencial pública (ABUCASIS), el Sistema de Información Ambulatoria (SIA), el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), el Sistema de compensación intercentros (COMPAS) y el Sistema de Información Sanitaria de la Incapacidad Temporal (SISIT).

I.6.1. Sistema de Información Poblacional (SIP)

El Sistema de Información Poblacional es el registro administrativo corporativo de la Conselleria de Sanitat, que recoge y actualiza los datos de identificación, localización, asignación de recursos sanitarios (departamento de salud, zona básica de salud, centro de salud y médico y pediatra de Atención Primaria) y derecho de las prestaciones sanitarias de las personas que residen en la Comunidad Valenciana o de desplazados que acceden al Sistema Sanitario Público

(Aseguramiento Sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunidad Valenciana, 2008) ⁴²

La información del SIP se mantiene actualizada fundamentalmente por los operarios que se conectan a la aplicación del SIP de forma "online" desde los centros asistenciales. También se actualiza mediante cruces informáticos con bases de datos procedentes de instituciones que aportan datos de interés relacionados con el aseguramiento (Tesorería General de la Seguridad Social y Mutualidades Administrativas).

El SIP supone en núcleo central de los sistemas de información del Sistema Sanitario Público de la Comunidad Valenciana que considera al paciente como eje central del sistema, y por ende, al número que lo identifica ante él. Así pues está integrado con, entre otros, los siguientes sistemas de información de interés para la asistencia sanitaria, la prestación farmacéutica, etc. Es, en consecuencia, una herramienta necesaria y útil para la investigación en materia sanitaria (Sistema de Información Poblacional, 2010) ⁴³

I.6.2. Abucasis

La Generalitat Valenciana ha sido pionera en la puesta en marcha de un buen número de proyectos directamente relacionados con las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) y uno de los más importantes ha venido de la mano de la Conselleria de Sanitat. Es el Proyecto Abucasis II que ha supuesto, entre otras ventajas, la unificación de las historias hospitalarias de los pacientes valencianos. El objetivo era dar una respuesta a la necesidad de contar con una historia clínica única de los pacientes en el ámbito ambulatorio como ya existía en los hospitales, e integrar diferentes aplicaciones y sistemas. En virtud de este proyecto la Conselleria de Sanidad recibió en 2005 el Premio Nacional de Informática y Salud que la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) que se concede anualmente a la Entidad Pública o Privada que ha destacado en la implantación y uso de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones en el ámbito sanitario.

42 Aseguramiento Sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunitat Valenciana. Ley 6/2008, de 2 de junio, de la Generalitat. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana núm. 5778, de 5/06/2008

43 Sistema de Información Poblacional. Portal de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat. Información a la ciudadanía. Tarjeta SIP. Recuperado el 18 de junio de 2010 de <http://www.san.gva.es/cas/ciud/homeciud.html>

I.6.3. Sistema de Información Ambulatoria (SIA)

El sistema de información ambulatoria de la Agencia Valenciana de Salud es un sistema de información que incluye varios módulos de gestión. Quizás, por su trascendencia, sea necesario destacar el dedicado a la historia clínica electrónica, accesible desde toda la red informática de la Conselleria de Sanitat y la Agencia Valenciana de Salut. En ella se registra, de forma única (historia clínica única) toda la información asistencial referida a todos los pacientes que son atendidos en las consultas de atención primaria y en las consultas externas de centros de especialidades y hospitales.

Este sistema de información recoge toda la información asistencial de los pacientes: cada una de las consultas con el sistema sanitario, información referida al profesional sanitario que lo atiende, diagnósticos activos y pasivos, motivos de consulta, exploración física y complementarias, anamnesis (entrevista clínica), prescripción de tratamientos, pruebas de laboratorio, prescripción de procesos de Incapacidad Temporal, etc.

Se constituye, en consecuencia, como el mejor sistema de información sanitario asistencial referido a los pacientes de la Comunidad Valenciana. Sobre este valioso sistema de información se practicará la primera extracción de información para el estudio de investigación.

I.6.4. Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)

El CMBD es una fuente de datos normalizada de información clínico-epidemiológica sobre la morbilidad atendida mediante hospitalización y forma parte del Plan Estadístico Nacional. De él se obtiene, anualmente, la denominada norma estatal, conjunto de datos e indicadores de referencia sobre los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) para el conjunto de hospitales del Sistema Nacional de Salud.

El CMBD es un registro de altas de hospitalización. El contenido del CMBD recoge 23 variables y el tratamiento posterior con un agrupador de diagnósticos permite incluir la variable GRD.

El CMBD, está compuesto por los siguientes ítems, entre otros: Identificación del hospital mediante el código del centro, identificación del paciente, Fecha de nacimiento, Sexo, Residencia habitual, Financiación de la asistencia prestada, Fecha de ingreso,

Servicio de ingreso, Circunstancias del ingreso, Diagnóstico principal, Otros diagnósticos, Código E, Procedimientos quirúrgicos y obstétricos, Otros procedimientos, Fecha de intervención, Fecha de alta, Circunstancias del alta, Identificación del servicio responsable del alta (Conjunto mínimo básico de datos, 1992) ⁴⁴

Todos los diagnósticos y procedimientos están codificados mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena edición, Modificación Clínica (CIE-9-MC), o sucesivas modificaciones que de la misma vayan apareciendo de forma oficial.

I.6.5. Sistema de Información Sanitaria de la Incapacidad Temporal

Este sistema de información, SISIT, se nutre fundamentalmente de la información que consta en el Sistema de Información Ambulatoria, a la que incorpora la información procedente de la digitalización de los partes de alta y baja de procesos de Incapacidad Temporal que todavía siguen emitiéndose en los talonarios al efecto (Sistema de Información Sanitaria de Incapacidad Temporal, 2010) ⁴⁵

Permite obtener informes datawarehouse, de utilización fundamental en la gestión clínica de los procesos de Incapacidad Temporal. De máximo interés para directivos del Sistema Sanitario Valenciano, Inspectores y Subinspectores de Servicios Sanitarios, Médicos de Atención Primaria, etc.

En relación a las poblaciones sobre las que puede segregarse información destacan fundamentalmente: población laboral, población sanitaria (que presta servicio en las instituciones y centros sanitarios de la Conselleria de Sanitat y la Agencia Valenciana de Salut) y la población funcionaria de la Administración del Consell de la Generalitat.

44 Conjunto mínimo básico de datos a utilizar en la información hospitalaria. Orden de 8 de octubre de 1992, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se regula el conjunto mínimo básico de datos a utilizar en la información hospitalaria. DO. Generalitat Valenciana 28 octubre 1992, núm. 1891.

45 Sistema de Información Sanitaria de la Incapacidad Temporal. Datawarehouse IT de mayo de 2010. Conselleria de Sanitat. Generalitat. 2010.

I.7. Demografía de la edad laboral en la Comunidad

La población a riesgo, tanto la laboral como su subgrupo la sanitaria, se encuentran incluidas en la población de la Comunidad Valenciana de 16 a 64 años.

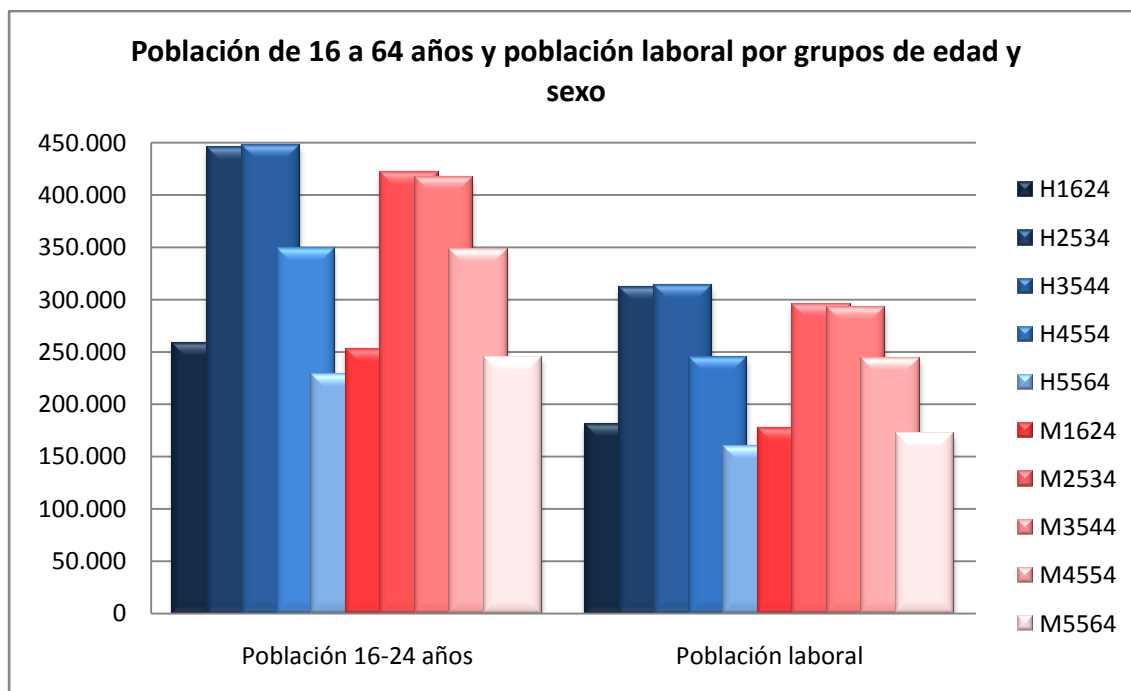
La distribución por grupos de edad y sexo de la población de la Comunidad Valenciana, de 16 a 64 años, se reflejan en la tabla y figura siguientes:

Tabla 15: Población y población laboral de la Comunidad Valenciana, de 16 a 64 años por grupos de edad y sexo

Grupos de edad y sexo	Población total	Distribución Pob. total	Población laboral	Distribución Pob. laboral
Mujeres de 16 a 24 años	252.221	7,3915%	177.007	7,3888%
Hombres de 16 a 24 años	257.757	7,5537%	180.902	7,5514%
Mujeres de 25 a 34 años	421.540	12,3535%	295.971	12,3548%
Hombres de 25 a 34 años	445.104	13,0440%	312.419	13,0414%
Mujeres de 35 a 44 años	416.864	12,2165%	292.724	12,2192%
Hombres de 35 a 44 años	447.307	13,1086%	314.025	13,1084%
Mujeres de 45 a 54 años	348.475	10,2123%	244.702	10,2147%
Hombres de 45 a 54 años	349.327	10,2372%	245.240	10,2371%
Mujeres de 55 a 64 años	245.362	7,1905%	172.301	7,1924%
Hombres de 55 a 64 años	228.358	6,6922%	160.307	6,6917%
Total	3.412.315	100,00%	2.395.598	100,00%

Fuente: Elaboración propia. (Datos globales para estandarización.xls)

Figura 4: Población y población laboral de la Comunidad Valenciana, de 16 a 64 años por grupos de edad y sexo



Fuente: Elaboración propia. (Figuras2.xls)

II. ANTECEDENTES

II.1. Incapacidad Temporal

II.1.1. Prevalencia de Incapacidad Temporal

El uso apropiado de la incapacidad laboral conlleva la disminución de costes varios, tanto monetarios como de salud. Lamentablemente ha existido más interés por los aspectos económicos que por los aspectos clínicos, de forma que, por ejemplo, sabemos poco acerca de los efectos adversos de la baja laboral y del reposo en general.

Los pocos ensayos clínicos al respecto de la Incapacidad Temporal revelan que el reposo es perjudicial en cuestiones tan diversas como la lumbalgia, el infarto de miocardio y las hepatitis infecciosas. Tampoco sabemos mucho sobre los efectos adversos de la medicalización (uso excesivo de recursos médicos) de la vida diaria, y de su repercusión en el número y duración de las bajas laborales, pero parece evidente un impacto directo en torno a los embarazos sanos, y los problemas e inconvenientes de la vida diaria, que se transforman en ansiedad y depresión (Gervás, 2006)⁴⁶.

La baja por enfermedad a largo plazo tiene consecuencias negativas para el individuo en situaciones de trabajo. Señalan los autores (Sieurin, 2009)⁴⁷ que, según los resultados, la actitud hacia la baja por enfermedad a tiempo parcial era positiva y este resultado indica que hay un potencial para un mayor grado de retorno parcial a trabajar en el grupo de personas de baja por enfermedad a largo plazo.

A pesar de que la baja por enfermedad fue menos frecuente entre los inmigrantes que entre los nativos y los períodos de baja por enfermedad de inmigrantes fueron de menor duración, las dos poblaciones de estudio no mostraron diferencias en las causas de la discapacidad (Soler, 2008)⁴⁸.

⁴⁶ Gervás J, Ruiz A, Pérez M. Fundación Alternativas. La Incapacidad Laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. [Acceso 20 de julio de 2010]. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

⁴⁷ Sieurin L, Josephson M, Vingard E. Las consecuencias positivas y negativas de licencia por enfermedad para el individuo, con especial atención por parte de- Fuente tiempo de baja por enfermedad. *Revista de Salud Pública*. 2009; 37 (1): 50-56.

⁴⁸ Soler-González J, Serna MC, Bosch A, Ruiz MC, Huertas E, Rue M. Baja por enfermedad entre los trabajadores nativos e inmigrantes en España-una fuente de estudio de 6 meses de seguimiento: *Scandinavian Journal*. 2008; 34 (6): 438 -443.

Un reciente trabajo (Aurrekoetxea, 2007)⁴⁹ señala que los estudios disponibles hasta la fecha en materia de Incapacidad Temporal son de tipo descriptivo y muestran que las enfermedades osteoarticulares y las mentales son las que más Incapacidad Temporal generan. La novedad de su planteamiento radica en abordar la cuestión de la repetición de los procesos de Incapacidad Temporal; así pues señala que las bajas; se repiten más a partir de los 45 años, que no se observan diferencias por sexo en relación con la tendencia a repetir bajas, que en mujeres, las enfermedades del embarazo, osteoarticulares, mentales y por causas externas son las que más bajas generan y las que más se repiten; que en varones, las enfermedades osteoarticulares, mentales, digestivas y por causas externas producen más bajas y se repiten más, y que, en definitiva, la repetición de las bajas puede ser una alternativa de control de la prestación de la Incapacidad Temporal.

Otros estudios abordan la cuestión de las diferencias que pueden encontrarse en las prescripciones de procesos de Incapacidad Temporal entre médicos de familia y médicos generalistas (Bayona, 2004)⁵⁰. Entre sus conclusiones destaca que el número de visitas de control y el número de IT previas era superior en el caso de los médicos de familia. Las IT de los médicos generalistas duraron más.

La evidencia de que existen diferencias en los indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal entre Comunidades Autónomas ha sido comunicada en diversos trabajos (Benavides, 2007b)⁵¹, que concluyen que la reincorporación al trabajo después de un episodio de Incapacidad Temporal es un proceso complejo que está influido, además de por la edad y el sexo, por la actividad económica y la comunidad autónoma.

Estudios realizados en referencia a la calidad de la información que consta en los partes de Incapacidad Temporal (Castejón, 2006)⁵², concluyen que la concordancia simple entre el diagnóstico del parte de alta y el del informe clínico es del 92%. La sensibilidad del parte respecto al informe por grupo diagnóstico variaba entre un 75-97%, el valor predictivo

⁴⁹ Aurrekoetxea Agirrea JJ, Sanzo Ollakarizketa JM, Zubero Oleagoitia E, Alamillo Gasco E. Repetición de procesos de Incapacidad Temporal según diagnóstico. *Aten Primaria*.2009;41(8):439-445.

⁵⁰ Bayona X, Jiménez M, Aguado A. Variables que influyen en la resolución de una Incapacidad Temporal por contingencias comunes de muy larga duración. *Arch Prev Riesgos Labor*.2004. 7(2):64-69.

⁵¹ Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S, Soria M, Sampere M, Gimeno D. Incapacidad Temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la comunidad autónoma. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81:183-190.

⁵² Castejón J, Benavides FG, Gimeno D, Company A, Fàbrega O, Funesa J. Calidad del diagnóstico médico en la certificación de la Incapacidad Temporal por enfermedad común. *Aten Primaria*. 2006; 37:142-7.

positivo en el 81-100% y el porcentaje de concordancia positiva oscilaba en el 86-97%. Los episodios de corta duración (menores de 15 días) tuvieron valores menores que los episodios de larga duración (mayores de 15 días). Los resultados corroboran que la calidad del diagnóstico del parte de alta es elevada, sin que la disponibilidad de mayor información sobre los motivos de baja modifique sustancialmente la calidad del diagnóstico.

Un reciente estudio (Álvarez-Theurer, 2009)⁵³, de gran calidad, aborda la distribución de diagnósticos causantes de Incapacidad Temporal en códigos CIE-9. Entre sus conclusiones merece la pena destacar que una buena información a los médicos de atención primaria permitirá mejorar la calidad de los diagnósticos de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Siendo las enfermedades mentales y las osteoarticulares, entre otras, las enfermedades laborales con mayor Incidencia y prevalencia estimadas son también los principales problemas de salud atendidos por el médico de atención primaria (Castejón, 2008a)⁵⁴.

Así pues, la ocurrencia de bajas por enfermedad completa se consideró un factor de riesgo independiente para la pérdida de empleo en pacientes con artritis crónica que tienen una enfermedad relacionada con problemas en el trabajo (De Buck, 2006)⁵⁵.

En los profesionales sanitarios, considerados como pacientes, es importante destacar la importancia del burnout (De Dios del Valle, 2007)⁵⁶. La prevalencia de este síndrome en los profesionales de atención primaria no es tan alta como en otros estudios, quizás debido a una menor presión asistencial. Pero no obstante, el estudio pone de manifiesto las relaciones que establece este síndrome con mayor absentismo laboral por problemas de salud y peores indicadores de calidad.

53 Álvarez-Theurer E, Vaquero-Abellán M. Medicina del trabajo y calidad del diagnóstico de los procesos causantes de Incapacidad Temporal. Med Segur Trab 2009; 55 (214): 72-79.

54 Castejón J. Enfermedades relacionadas con el trabajo:¿un reto para la atención primaria?. Aten Primaria. 2008; 40(9):439-46.

55 De Buck PDM, de Bock GH, van Dijk, van den Hout, Vandenbroucke JP, Vlieland TPMV. Licencia por enfermedad como factor de predicción de pérdida de empleo en pacientes con artritis crónica. Archivos Internacionales de Salud Ocupacional y Ambiental, 80 (2):160-170 11 2006.

56 De Dios del Valle R, Franco Vidal A. Prevalencia de burnout entre los profesionales de Atención Primaria, factores asociados y relación con la Incapacidad Temporal y la calidad de la prescripción. SEMERGEN.2007; 33(2):58-64.

Otros estudios (Gensana, 1995)⁵⁷ indican que la estabilidad laboral del médico es el factor analizado que más condiciona la incapacidad transitoria.

Diversos autores han estudiado el fenómeno de la duración de los procesos de Incapacidad Temporal. Entre ellos, algunos presentan trabajos en los que sólo encuentran asociación clara de la duración de la Incapacidad Temporal con la edad y con la existencia previa de enfermedad (Dekkers-Sanchez, 2008)⁵⁸.

Estos mismos autores (Dekkers-Sanchez, 2010)⁵⁹, recientemente, identifican cuatro de los factores importantes de la perpetuación para la baja por enfermedad de largo plazo, y que fueron identificados: obstáculos de salud, personales, sociales, y obstáculos relacionados con el trabajo. Y señalan cuatro temas principales para la vuelta al trabajo: mejorar condiciones de trabajo, características personales positivas del empleado, la influencia del ambiente social, y la influencia de la situación económica personal.

Otros autores (Flach, 2008)⁶⁰ señalan que la edad, el sexo, la duración del empleo, la causa y la historia de la baja por enfermedad, el salario y la afiliación del personal científico, son factores individuales que tienen una influencia significativa sobre la duración de baja por enfermedad; añadiendo que estos factores que contribuyen a este riesgo se pueden utilizar como herramientas en la toma de decisiones.

Por otra parte, varios estudios (Llargo, 2005)⁶¹ señalan que la duración de los procesos de Incapacidad Temporal es debida a factores diferentes al diagnóstico. Así pues, concluyen que la mujer presenta un mayor nivel de absentismo de Incapacidad Temporal con respecto al hombre. En el medio rural la duración media de la baja es superior en un 50 % a la del medio urbano a igualdad de causa que origina el proceso de Incapacidad Temporal.

⁵⁷ Gensana Lopez A, Torralba Guirao M, Calero García MI, González Ares JA. Relación entre el perfil del médico de cabecera y la incapacidad laboral transitoria de sus pacientes. *Atención Primaria*. 1995;16 (1): 27-50.

⁵⁸ Dekkers-Sanchez PM, Hoving JL, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Factors associated with long-term sick leave in sicklisted employees: a systematic review. *Occup Environ Med* 2008;65:153-157.

⁵⁹ Dekkers-Sanchez PM, Haije W, Sluiter JK, Frings-Dresen M. A qualitative study of perpetuating factors for long-term sick leave and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. *J Rehabil Med* 2010; 42: 544-552.

⁶⁰ Flach PA, Krol B, Groothoff JW. Factores determinantes de la duración de baja por enfermedad: Una herramienta para los directivos. *Rev salud pública Scan*. 2008; 36 (7): 713-719.

⁶¹ Llargo A, Álvarez Theurer E, Vaquero M, Lachica E. Estudio descriptivo de la Incapacidad Temporal en la provincia de Córdoba. *Med Segur Trab* 2005; Vol LI N° 199: 27-37.

En cambio, otros estudios (López Cuenca, 2006)⁶² concluyen que la causa que origina la Incapacidad Temporal es el factor que más determina la duración de la baja laboral; y que su prevención supondría la mejor herramienta de gestión.

En otros trabajos publicados (González-Barcala, 2006)⁶³ se señala que los factores que más influyen en la reincorporación al trabajo son la edad del paciente, el régimen de la seguridad social y la enfermedad diagnosticada.

En un reciente estudio (Álvarez-Theurer, 2009b)⁶⁴ analiza la duración de los periodos de Incapacidad Temporal. Entre sus conclusiones destaca que determinar el tiempo de duración de los procesos de Incapacidad Temporal contribuye a una adecuada gestión de esta prestación; que el sexo, la edad y el lugar de residencia predicen el tiempo de duración de la Incapacidad Temporal.

Otros estudios ponen de manifiesto la importancia de la Incapacidad Laboral como indicador de la salud de una población y su repercusión económica (García Díaz, 2006)⁶⁵. Además indican que se han constatado diferencias en la edad, el sexo, la profesión y la enfermedad. Parece confirmarse que en las Incapacidades Laborales, además de la enfermedad, otros factores determinan su obtención y duración.

Se han estudiado con cierta intensidad los factores que influyen en la Incapacidad Temporal. Entre ellos, algunos estudios analizan la relación con el trabajo a turnos (Kleiven, 1998)⁶⁶, señalando que los trabajadores por turnos no tenían un riesgo más alto de bajas por enfermedad para las enfermedades que, en estudios previos, han demostrado estar relacionadas con turnos y trabajo nocturno.

⁶² López Cuenca S, Albaladejo R, Villanueva Orbáiz R, Domínguez Rojas V. Análisis de la Incapacidad Temporal en trabajadores de la rama sanitaria de un área de salud. *Aten Primaria*. 2006; 38(10):550-4.

⁶³ González-Barcala FJ, Cadarso-Suárez C, Valdés-Cuadrado L, Lado-Lema ME, Bugarín-González R, Vilariño-Pombo C, Hervada-Vidal X. Determinantes de la duración de la Incapacidad Temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. *Aten Primaria*. 2006;37(8):431-8.

⁶⁴ Álvarez-Theurer E, LLergo-Muñoz A, Vaquero-Abellán M. Análisis de la duración de los periodos de Incapacidad Temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados. *Aten Primaria*. 2009; 41 (7): 387-393.

⁶⁵ García-Díaz AM, Pértega-Díaz S, Pita-Fernández S, Santos-García C, Vázquez-Vázquez J. Incapacidad Temporal: características en un centro de salud durante el periodo 2000-2002. *Aten Primaria*. 2006; 37(1):22-9.

⁶⁶ Kleiven M; Boggild H, Jeppesen HJ. El trabajo por turnos y Fuente de licencia por enfermedad: *Scandinavian Journal. Entorno trab y sal*. 1998; 24(3): 128-133.

En otros estudios (Torá, 2010)⁶⁷ se señala que las expectativas y valores de los trabajadores, así como de los profesionales sanitarios a la hora de gestionar la duración de la incapacidades temporales, pueden tener un papel relevante. En el sentido que, independientemente del diagnóstico médico, puede haber factores culturales (por ejemplo, la motivación del trabajador, el cuidado de la salud, el clima laboral en la empresa, etc.) que son recogidos por la variable «región», y que explicarían las diferencias observadas.

En relación a los episodios de baja por enfermedad a lo largo de la vida laboral, se señala por algunos autores (Gurdol, 2005)⁶⁸ que más del 6% de los activos o antiguos activos declaran haber cesado su actividad profesional durante más de seis meses por una razón de salud; las jóvenes mujeres declaran más a menudo que los hombres haber tenido paros por enfermedad de larga duración; aún hay más paros de trabajo de larga duración para los activos de la industria y la edificación. Asimismo, se observan paros de trabajo por razón de salud más frecuentes en los obreros que en los cuadros intermedios, y más del 15% activos o antiguos activos cesando su actividad más de seis meses por razón de salud declaran hoy un mal estado de salud. Por último, se observa que las personas que cesan su actividad padecen aún más de enfermedades crónicas y aún más se limitan en sus actividades diarias.

En un estudio sueco (Allebeck, 2004)⁶⁹ se relata que pocos estudios han analizado a fondo los factores con que se relacionan las bajas laborales y la evidencia científica rigurosa sobre la relación causal entre estos factores y licencia por enfermedad no existe. En relación a los factores relacionados con el trabajo, encontramos evidencia científica limitada de un efecto del trabajo físicamente agotador, y la evidencia científica para el control moderado de baja psicológica sobre la situación de trabajo. Han encontrado evidencia científica limitada para una correlación en el tiempo entre el desempleo y la ausencia de enfermedad, pero las pruebas científicas no son suficientes para las causas de la asociación.

⁶⁷ Torá I, Martínez JM, Delclos J, Jardí J, Alberti C, Serra C, Manzanera R, G. Benavides F. Duración de los episodios de Incapacidad Temporal por contingencia común según regiones sanitarias en Cataluña. Rev Esp Salud Pública. 2010; 84: 61-69.

⁶⁸ Gourdoul A. Les interruptions d'activité pour raisons de santé au cours de la vie professionnelle. Études et résultats. 2005; 418 : 1-12.

⁶⁹ Allebeck P, Scand J. Los factores de riesgo de licencia por enfermedad. Estudios generales. Suppl Salud Pública. 2004; 63:49-108.

Así pues, en un estudio actual se ha observado una mayor Incidencia y base reguladora diaria en la provincia de Barcelona respecto a la de Madrid que podría explicar su mayor coste (Ballesteros, 2009)⁷⁰.

Una reciente revisión de la literatura de 1984 a 2004 sobre factores determinantes de las situaciones de Incapacidad Temporal fue realizada por varios autores (Beemsterboer, 2009)⁷¹, concluyendo que en el periodo de estudio, la frecuencia y la duración de las bajas fueron determinadas por una amplia gama de factores.

La reincorporación al trabajo después de un episodio de Incapacidad Temporal es un proceso complejo que está influido, además de por la edad y el sexo, por la actividad económica y la Comunidad Autónoma (Benavides, 2007a)⁷².

Resulta muy interesante el abordaje econométrico (Alba, 2009)⁷³. Presenta una aproximación mediante determinantes y modelos para valorar la Incidencia, la reIncidencia y la duración de los procesos de Incapacidad Temporal, al tiempo que formula estimaciones econométricas sobre la duración de dicha incapacidad. El estudio describe los perfiles de los trabajadores con mayor Incidencia de Incapacidad Temporal. Asimismo, concluye que el género, la edad, la ocupación, el tipo de contrato, la forma de organización, la rama de actividad y la Comunidad Autónoma han demostrado una alta capacidad para explicar la Incidencia y la duración de la Incapacidad Temporal en España.

II.1.2. Trascendencia socio-económica de la Incapacidad Temporal

Es importante reseñar la trascendencia económica para el paciente de los procesos de Incapacidad Temporal.

⁷⁰ Ballesteros M, Serra c, Martínez jm, Plana M, Delclos GL, Benavides F. Comparación del coste de la Incapacidad Temporal por contingencia común en 2006 entre las provincias de Barcelona y Madrid. 2009. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 453-461

⁷¹ Beemsterboer W, Stewart R, Groothoff J, Nijhuis F. Una revisión de la literatura sobre los factores determinantes de enfermedad deje (1984-2004). Int J Med Occup Environ Health . 2009; 22 (2) :169-79

⁷² Benavides F, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S, Soria M, Sampere M y Gimeno D. 2007. Reincorporación al trabajo después de un periodo de Incapacidad Temporal: el papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la Comunidad Autónoma. Rev Esp Salud Pública 2007, Vol. 81, N.º 2

⁷³ Alba A. La Incapacidad Temporal para el trabajo: un análisis económico de su Incidencia y duración. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. [Acceso 20 de julio de 2010]. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

En referencia a la relación entre Incapacidad Temporal y Permanente, se señala por algunos autores (Karlsson, 2008)⁷⁴ que, además de los factores de riesgo socio-demográficos, los diagnósticos de baja por enfermedad constituyen un importante predictor de mediano y largo plazo de la pensión de incapacidad entre hombres y mujeres de baja por enfermedad a largo plazo.

Otros autores (Kivimaki, 2007)⁷⁵ añaden algún matiz al señalar que la licencia por enfermedad puede proporcionar un marcador de riesgo importante para la identificación de grupos con alto riesgo de una pensión de invalidez, especialmente para los diagnósticos psiquiátricos.

Asimismo, en otros estudios (Wallman, 2009)⁷⁶, se señala que la trayectoria de baja por enfermedad fue el predictor más importante de la probabilidad de ser concedida una pensión de invalidez en este estudio, aun cuando la influencia de otras variables que afectan los resultados se tuvieron en cuenta.

En no pocas ocasiones, cuando hay conflicto, el subsidio que percibe la persona que se encuentra en situación de Incapacidad Temporal es uno de los recursos económicos fundamentales con los que cuenta el núcleo familiar.

Al médico, además, se le plantea un conflicto de lealtades en algunos casos de Incapacidad Temporal, sobre todo cuando subyacen problemas socio-económicos, y esto produce frecuentemente angustia a los profesionales. Y, aunque muchos de ellos tienen muy clara la responsabilidad que se contrae con la sociedad cuando se gestiona una baja, no impide que se produzca un intenso malestar interior cuando, por hacer lo que procede, el alta laboral extingue un subsidio económico necesario en la familia del trabajador.

El coste económico directo de la Incapacidad Temporal depende, no solamente de los indicadores sanitarios, sino de las bases reguladoras de la población de estudio (Ballesteros, 2009)⁷⁷.

⁷⁴ Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KAE. Los factores de riesgo para la pensión de invalidez en una cohorte de base poblacional de los hombres y las mujeres con licencia por enfermedad de larga duración en Suecia. *Revista Europar de Salud Pública*. 2008; 18 (3): 224-231.

⁷⁵ Kivimaki M, Ferrie JE, Hagberg, Jefe J, Westerlund H, Vahtera J; Alexanderson K. Diagnóstico de baja por enfermedad-específica como marcador de riesgo para la pensión de discapacidad en una población sueca. *Diario de Epidemiología y Salud Comunitaria*. 2007; 61 (10): 915-920.

⁷⁶ Wallman T, Wedel H, Palmer E, Rosengren A, Johansson S, Eriksson H, Svardsudd K. Historial de licencia por enfermedad y otros posibles factores predictivos de una pensión de invalidez. *BMC Public Health*. 2009; 9:104.

⁷⁷ Ballesteros M, Serra c, Martínez jm, Plana M, Delclos GL, Benavides F. Comparación del coste de la Incapacidad Temporal por contingencia común en 2006 entre las provincias de Barcelona y Madrid. 2009. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 453-461

II.1.3. Oportunidades de mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal

El médico asistencial está acostumbrado a tener que valorar a diario la capacidad laboral de sus pacientes. Así, cuando considera que un paciente está imposibilitado para desempeñar sus actividades laborales, debe extenderle el documento de baja laboral (Incapacidad Temporal), que permite a este trabajador, por una parte, justificar ante el empresario su no asistencia al trabajo (ya que, de no hacerlo, podría ser despedido) y, por otra, obtener unas prestaciones o pagos sustitutivos de su salario durante el período en que esté en situación de Incapacidad Temporal (Martí, 2005)⁷⁸.

El nuevo marco regulador de la Incapacidad Temporal que se ha ido configurando a partir del año 1995 ha modificado sensiblemente la situación precedente al concederse a los médicos del INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social) y a los de los MATEPSS (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales) la capacidad de gestión de esta prestación en lo que se refiere a la enfermedad común. Esto provocó, en su día (Moreu, 2002)⁷⁹ un gran impacto en los ámbitos profesionales de la atención primaria que no ha tenido su repercusión paralela en la sociedad.

Diversos autores (Alvarez-Tehuer, 2007)⁸⁰ reconocen que existe unanimidad respecto a la necesidad de unificar criterios de gestión de la Incapacidad Temporal en las Unidades Médicas de Valoración de Incapacidades.

En consecuencia, es necesario desarrollar dispositivos de salud laboral para facilitar, en el ámbito de la atención primaria, la identificación de estas enfermedades y la coordinación de las actuaciones de los diferentes sistemas asistenciales que atienden las enfermedades laborales.

Es necesario señalar la estrecha relación entre las condiciones de trabajo y la Incapacidad Temporal. De este modo (Castejón, 2000)⁸¹ una proporción significativa de Incapacidades Temporales

⁷⁸ Martí G, Puig L, Gómez J, Jiménez Aj. Aspectos médico-legales de las incapacidades laborales. Med Clin (Barc). 2006;126(17):671-5

⁷⁹ Moreu F. Control de la incapacidad transitoria: ¿mutuas o Servicio Nacional de Salud?. FMC 2002; 9(6):418-20.

⁸⁰ Álvarez-Theurer E, Vaquero-Abellán M. Mejora de la calidad de una unidad médica de valoración de incapacidad laboral. Med Segur Trab. 2007; 3(207): 21-34

⁸¹ Castejón J, Jarque S, Benach J, Company A, Fàbrega O, Funes X., et al. 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 Labor 2000; 3(1):12-17.

calificadas como enfermedades no relacionadas con el trabajo están relacionadas con las condiciones de trabajo, y además es posible desarrollar una metodología que permita su cuantificación.

Existen facultativos hiperprescriptores de procesos de Incapacidad Temporal. Según autores (Diana, 2009)⁸², el perfil del hiperprescriptor de bajas laborales es el de un médico, con independencia del sexo al que pertenece, y de si padece o no burnout, que siente falta de tiempo para terminar su trabajo diario, falta de medios materiales y siente una frecuente intromisión de sus superiores en su labor habitual lo que le lleva a firmar un mayor número de bajas laborales.

(Álvarez-Theurer, 2009b)⁸³ abre una vía de investigación futura que valore el peso de factores no directamente relacionados con el proceso diagnóstico, y que determinan una mayor duración de la Incapacidad Temporal.

El conocimiento sobre la interacción entre el trabajador y el ambiente de trabajo podría revelar información útil sobre el complejo fenómeno de la reducción de licencia por enfermedad (Ekbladh, 2010)⁸⁴. El WEIS (Escala de Impacto de Medio Ambiente de Trabajo) parece útil para proporcionar información acerca de cómo las alteraciones y en el medio ambiente de trabajo podría ayudar a los trabajadores.

La investigación de la influencia de los factores culturales y las expectativas de los trabajadores en la duración (e Incidencia) de los episodios de Incapacidad Temporal debe constituir una línea prioritaria si queremos comprender en toda su extensión este fenómeno tan complejo. Esta es una condición necesaria si queremos mejorar su gestión sanitaria y laboral (Torá, 2010)⁸⁵.

⁸² Diana Domínguez IS. Burnout y prescripción de incapacidad laboral temporal Work satisfaction and temporary sick leave prescription in a sample of doctors inside a mutual society of industrial accidents and occupational diseases (matepss). Med Segur Trab 2009; 55 (215): 72-81.

⁸³ Álvarez-Theurer E, Llergo-Muñoz A Vaquero-Abellán M. Análisis de la duración de los periodos de Incapacidad Temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados. Aten Primaria. 2009; 41 (7): 387-393.

⁸⁴ Ekbladh E, Thorell LH, Haglund L. Las percepciones del ambiente de trabajo entre las personas con experiencia de largo plazo de baja por enfermedad. Rev prevención de la evaluación y rehabilitación. 2010; 35 (2):125-136.

⁸⁵ Torá I, Martínez JM, Delclos J, Jardí J, Alberti C, Serra C, Manzanera R, G. Benavides F. Duración de los episodios de Incapacidad Temporal por contingencia común según regiones sanitarias en Cataluña. Rev Esp Salud Pública. 2010; 84: 61-69.

Como propuestas de mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal, varios autores (Navarro, 2003) ⁸⁶ señalan como imprescindible un programa de formación de los facultativos en materia de valoración de la Incapacidad Temporal para lograr su participación activa.

Históricamente, los médicos de atención primaria no han entendido, con frecuencia, que la baja laboral no es sino un acto médico de certificación que ha de incorporar, además de las variables puramente clínicas, la valoración de las condiciones psicofísicas del trabajador y las características y condiciones del puesto de trabajo. Evidentemente, dicha certificación en el contexto de la historia clínica del paciente puede traer importantes beneficios terapéuticos para el mismo. Además, esta certificación supone para el trabajador incapacitado el acceso a una prestación económica que la sociedad ha establecido, y no siempre los médicos se han concienciado suficientemente de la responsabilidad que supone gestionar los recursos, siempre limitados, que la sociedad les asigna para su distribución.

En la consulta diaria del médico de atención primaria, la gestión de las bajas laborales ha sido considerada una carga burocrática difícilmente soportable, en ocasiones asimilada a meros actos administrativos.

Además de ello, es necesario reconocer que la gestión de la Incapacidad Temporal genera conflictos que afectan con frecuencia a la relación clínica con el paciente y, en estas ocasiones, el facultativo puede vivir la situación con angustia al considerar las situaciones laborales y económicas por las que atraviesan sus pacientes.

Al comentar estas situaciones con los facultativos de atención primaria es frecuente que manifiesten el sentimiento de soledad frente a las cuestiones derivadas de la gestión de la Incapacidad Temporal. Relatan la sensación de que los Inspectores Médicos de Servicios Sanitarios no son el referente que eran en esta prestación, probablemente por falta de recursos humanos, y que sus compañeros facultativos de atención especializada rara vez son conscientes de su participación en esta gestión. A ello hay que añadir las ineficiencias del sistema sanitario, tales como las listas de espera.

⁸⁶ Navarro Arribas C, Chicano Díaz S. Gestión de la incapacidad laboral. La Incapacidad Temporal: hacia un modelo de gestión. Medifam 2003; 13 (1): 29-34.

Los médicos se sienten moralmente obligados a buscar el mayor beneficio para sus pacientes, considerándose sus «abogados» ante el sistema, y a la vez deben lealtad a la sociedad que ha confiado en ellos sus recursos limitados. En este sentido, cabe señalar que muchos facultativos aun no han evolucionado desde la medicina paternalista hasta la medicina actual.

Pero, es necesario reseñar que la injusticia genera ineficiencia. De hecho, probablemente condicionado por una gestión ineficiente de los procesos de Incapacidad Temporal en nuestro país, las prestaciones en cuanto a duración han ido decreciendo de manera muy ostensible en estos últimos quince años en España.

Por ello, diversos autores (Zarco, 2001)⁸⁷ propugnan que conjugar la práctica clínica con las necesidades sociales (la beneficencia con la justicia) es vital; y que, por tanto, hay que introducir criterios de gestión económica en las prestaciones sanitarias para hacerlas eficientes y equitativas, pero no es sólo la economía la que establece las pautas de actuación.

Tras el estudio realizado por (Allebeck, 2004)⁸⁸. No hubo pruebas científicas de que la moderada cantidad de bajas por enfermedad se viese influida por el diseño del sistema de seguridad social, pero las pruebas no son suficientes sobre la magnitud de los cambios necesarios para influir en el nivel de ausencias por enfermedad. Sin embargo, los autores sí que encuentran evidencia científica moderada de los efectos de la situación socio-económico

Es una evidencia que faltan ensayos aleatorios y controlados para analizar licencias por enfermedad, incluidas las duraciones medias de las mismas (Axelsson, 2010)⁸⁹. Más del 99 % de los estudios de baja por enfermedad fueron observacionales. La razón de la escasez de ensayos controlados aleatorios se desconoce. Hay una clara necesidad urgente de estudios aleatorios controlados de los efectos que tiene la licencia por enfermedad en cuestiones de salud.

⁸⁷ Zarco J, Moya A, Júdez J, Pérez F, Magallón R. Gestión de las bajas laborales. Med Clin (Barc) 2001; 117: 500-509.

⁸⁸ Allebeck P, Scand J Suppl Salud Pública. 2004; 63:49-108.

⁸⁹ Axelsson I, Marnetoft SU. Beneficios y perjuicios de licencia por enfermedad: la falta de ensayos aleatorios y controlados. Int J Rehabil Res . 2010 Mar ; 33 (1) :1-3 .

Diversos autores (Benavides, 2005)⁹⁰ opinan que los datos de incapacidad deben ser incorporados de manera sistemática a los procedimientos de información sanitaria, que debe llevar aparejada una evidente mejora en el incremento de la cumplimentación del diagnóstico médico y una mejora de la calidad de éste (en una muestra se encontró que el 11,6% de los diagnósticos no coincidía en el parte de baja y la historia clínica).

Han existido diversas iniciativas editoriales en materia de Incapacidad Temporal destinadas a consulta para la mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal debido a los cambios producidos en los últimos años en la legislación reguladora de esta materia.

Entre ellas, merece la pena destacar la realizada en la Comunitat Valenciana (Conselleria de Sanitat, 1997)⁹¹. En dicho manual se abordan cuestiones relativas a aspectos básicos para la gestión y tramitación del proceso. Es necesario reseñar la inclusión de una guía de estándares de duración del procesos de la Incapacidad Temporal para 21 diagnósticos, así como un listado CIE 9-MC para la codificación del proceso de Incapacidad Temporal.

También es importante destacar la realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001)⁹². En dicho libro se recoge una serie de recomendaciones para la tramitación de los procesos de Incapacidad Temporal, una guía práctica de estándares de duración de procesos de Incapacidad Temporal, las referencias legales relacionadas con la Incapacidad Temporal y el Listado CIE-9-MC para su utilización en la gestión de procesos de Incapacidad Temporal.

Otra iniciativa es la realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo para sentar unas bases comunes de coordinación y cooperación en la Inspección sanitaria que permita el desarrollo de nuestro Sistema Nacional de Salud con mejores y mayores niveles de garantía y calidad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)⁹³

⁹⁰ Benavides FG. Utilidad sanitaria de la Incapacidad Temporal. 2005. Aten Primaria. 2005;36(7):388-9

⁹¹ Servicio de Inspección de la Conselleria de Sanitat. Manual de consulta para la gestión de la Incapacidad Temporal en la Comunidad Valenciana. 1ª ed. Valencia: Conselleria de Sanitat; 1997.

⁹² Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual de gestión de la Incapacidad Temporal. 3ª ed. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.

⁹³ Ministerio de Sanidad y Consumo. Líneas estratégicas comunes de la Inspección Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

Como complemento de las distintas publicaciones sobre la gestión de la Incapacidad Temporal destacar por el Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001)⁹⁴ un manual de supuestos prácticos de la Incapacidad Temporal que pretende aportar soluciones a algunas de las situaciones planteadas en la práctica diaria de una inspección médica no resueltas por la normativa.

II.2. Salud Mental e Incapacidad

II.2.1. Prevalencia de trastornos mentales

Los trastornos mentales figuran en cuarta posición entre los procesos responsables de mayor carga de enfermedad en el mundo. A pesar de su baja mortalidad, aparece al considerar en el análisis de la salud de las poblaciones tanto los resultados no mortales de las enfermedades (discapacidad) como los mortales. Esta alta contribución a la carga de enfermedad es debida a una combinación de la alta prevalencia de la depresión, su gran afectación en el funcionamiento, su aparición en edades tempranas de la vida y su curso altamente recurrente. (Ayuso, 2004)⁹⁵.

Varios estudios epidemiológicos realizados en Europa han señalado que aproximadamente un 25% de los pacientes que consultan en atención primaria presentan algún trastorno mental (Ansseau, 2004)⁹⁶. Esta prevalencia es muy similar a la obtenida en estudios multicéntricos llevados a cabo en España, en los cuales la prevalencia de los trastornos mentales oscila entre el 29,5 y el 53,5% (Simon, 2002)⁹⁷.

Las proyecciones llevadas a cabo por la OMS para el año 2020 señalan que la importancia relativa de las enfermedades mentales subirá a un 15% del total, fundamentalmente debido a una mayor expectativa de vida de la población y una disminución de la carga atribuible a las enfermedades infecciosas, de forma que la

⁹⁴ Ministerio de Sanidad y Consumo. Supuestos prácticos de Incapacidad Temporal. 1ª ed. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.

⁹⁵ Ayuso JL. Depresión: Una prioridad en salud pública. Med Clin (Barc) 2004;123(5):181-6

⁹⁶ Ansseau M, Dierick M, Buntinx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. J Affect Disord. 2004;76:49-55.

⁹⁷ Simon GE. Evidence review: efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 2002;24:213-24.

depresión pasará a ser la segunda causa de AVAD (años de vida ajustados por discapacidad o Disability adjusted life years) en el mundo, sólo por detrás de la cardiopatía isquémica (Murray, 1997)⁹⁸.

Los trastornos del estado de ánimo (TEA) y de la ansiedad (TA) constituyen las alteraciones psiquiátricas más comunes en la población laboral. Entre el 14 y el 18% de la población padece depresión y/o estados de ansiedad clínicamente significativos, aunque sólo el 3 o el 4% de los casos son correctamente diagnosticados (Ayuso, 1997)⁹⁹

En esta línea, algunos estudios (Ustun, 2004)¹⁰⁰ señalan la depresión unipolar como una de las cuatro principales causas de AVAD para ambos sexos considerados combinadamente. Se aprecia una diferencia por sexos en la depresión, que es la cuarta causa de AVAD en mujeres y la séptima en varones (el 5,6 frente al 3,4% de AVAD totales, respectivamente).

El proyecto ESEMeD-España²³, realizado dentro de un proyecto Europeo y coordinado con la iniciativa de la World Mental Health Surveys de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tiene como objetivo principal obtener datos sobre la epidemiología de los trastornos mentales en España (Haro, 2006)¹⁰¹. Dicho estudio consiste en una encuesta personal domiciliaria realizada a una muestra representativa de la población española mayor de 18 años de 5.473 individuos. El instrumento utilizado fue la versión del Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) desarrollada para la iniciativa Encuestas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (WHO World Mental Health Surveys). La tasa de respuesta fue del 78,6%. Los resultados se presentan ponderados a la población española. Un 19,5% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 8,4% en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, que tiene un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida. Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida son la fobia

98 Murray CJL, López A. Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2200. *Lancet* 1997; 349:1498-504.

99 Ayuso JL. Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos. *Psiquiatría.com* [Revista en Internet] * 1997. [acceso 21 de Julio de 2010]; Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vollnum1/art-2.htm>.

100 Ustun TB, Ayuso JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* 2004;184:386-92.

101 Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Marínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J, Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD -España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126(12):445-51

específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia. Los factores asociados a padecer un trastorno mental son el sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo, y estar desempleado, de baja laboral o con una incapacidad. La fobia social, la agorafobia y la fobia específica aparecen a edades más tempranas. Los trastornos del estado de ánimo (episodio de depresión mayor y distimia), junto con el trastorno de angustia, muestran una aparición más tardía.

En síntesis, la depresión es también el trastorno mental más prevalente en nuestro país, si bien los estudios comparativos europeos reflejan unas cifras de depresión en la población laboral menores que en otros países del continente. Se estima que entre un 5% y un 10% de la población presentará un episodio depresivo a lo largo de su vida. (Ayuso, 2001)¹⁰².

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población junto con la depresión, sin considerar las adicciones a sustancias, son los de ansiedad. Se calcula que alrededor de un cuarto de la población sufrirá un trastorno de ansiedad a lo largo de la vida. La prevalencia anual en diferentes países del mundo, incluyendo países desarrollados y en vías de desarrollo, se ha estimado en un intervalo del 2,4 al 18,2%, y las mujeres - como sucede con la depresión- presentan una prevalencia unas dos veces superior que la de los hombres (García Parajuá, 2007)¹⁰³.

Los trastornos de ansiedad son las enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la población y se encuentran en 15 a 20% de los pacientes que acuden a las consultas médicas (Bulbena, 2003)¹⁰⁴. La ansiedad, definida como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad médica primaria, o ser una reacción a ésta. Los trastornos primarios de ansiedad se clasifican de acuerdo con su duración y evolución, y según la existencia y naturaleza de todos los factores desencadenantes (Harrison, 2010)¹⁰⁵.

102 Ayuso JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN Study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308-16.

103 García-Parajuá P, Magariños M. Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo. *Medicine*. 2007;9(84):5414-5420.

104 Bulbena A, Bobes J, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N, Grupo de validación en español de escalas psicométricas (GVEEP). Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. *Med Clin (Barc)* 2003;121(10):367-74

105 Harrison. Principios de Medicina Interna. 17ª edición [Edición electrónica]. McGraw-Hill; 2010. Capítulo 386: Trastornos mentales. [Recuperado el 7 de julio de 2010]. <http://www.harrisonmedicina.com>

II.2.2. Prevalencia de Incapacidad Temporal por trastornos mentales

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las enfermedades mentales ocupan el tercer puesto del absentismo laboral y pérdida de días de actividad, provocados por problemas de salud (Sánchez-Uriz, 2006) ¹⁰⁶

Varios autores analizan qué factores son predictores de invalidez funcional y laboral en pacientes con trastorno depresivo mayor, y coinciden en que la gravedad y la recurrencia de la depresión, la edad avanzada y la duración de los episodios se asocian a peores resultados (Rytsala, 2007) ¹⁰⁷, no así el sexo.

En recientes estudios (Rodríguez Ortiz, 2005) ¹⁰⁸ señalan que uno de cada cinco pacientes relaciona su patología con el trabajo, siendo los diagnósticos más prevalentes los trastornos de adaptación, trastornos mixtos ansioso-depresivos y los episodios depresivos. Según los resultados obtenidos por estos autores, en tres de cada cuatro casos la duración media de la Incapacidad Temporal supera los seis meses. La distribución de los casos por grupos de edad muestra como el 30% está comprendido en el grupo de 30 a 39 años, y aproximadamente el 70% tiene menos de 50 años. Al analizar la distribución por grupos de edad y sexo, observamos como en todos los grupos de edad el número de mujeres es ampliamente superior al de los hombres, excepto en el grupo de 60 y más años en el que se igualan.

Por parte de los trastornos mentales, la depresión es una de las primeras causas de incapacidad laboral, y es más frecuente en mujeres. Asimismo es de destacar una mayor Incidencia de incapacidad laboral en mujeres con una mayor duración en los varones. Un 64,5% de mujeres en situación de incapacidad laboral por depresión frente a un 35,5% de varones, si bien es cierto que el porcentaje de las IT totales (incluidas las de causa psiquiátrica) también es superior en mujeres (un 57%) respecto a los varones (un 43%). Ello nos lleva a reflexionar sobre un posible sesgo debido a que las mujeres son más frecuentadoras en las consultas de atención primaria, lo que aumenta la

106 Sánchez-Uriz MA, Fe-Gamo M, Godoy FJ, Igual J, Romero A. ¿Conocemos el bienestar psicológico de nuestro personal sanitario? Rev Calid Asist. 2006;21(4):194-8

107 Rytsala HJ, Melartin TK, Leskela US, Sokero TP, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Predictors of long term work disability in major depressive disorder: a prospective study. Acta Psychiatr Scand. 2007;115:206-13.

108 Rodríguez Ortiz B, Gómez Gálido A, García Parra A, López Gómez I. Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de Incapacidad Temporal en la Comunidad de Madrid. MAPFRE MEDICINA, 2005; 16 (3): 32-42.

probabilidad de que sean diagnosticadas de este tipo de afecciones. En relación con la duración media para las IT por causa psiquiátrica, el valor medio sigue siendo superior en el caso de las mujeres: 89 días frente a 73,9 días en los varones (Sallent, 2007) ¹⁰⁹.

Un estudio reciente descriptivo y transversal ha estudiado, entre otros, la prevalencia de la Incapacidad Temporal por trastornos depresivos (Cruz, 2007) ¹¹⁰. La Incapacidad Temporal por trastorno depresivo afecta al 1% de la población laboral activa de la región durante un año. Seis de cada diez personas en esa situación eran mujeres. La edad media de los pacientes fue de 40 años para ambos sexos, con la siguiente distribución: el 22% de la IT afectaba a personas de menos de 30 años, el 58% a pacientes entre 30 y 49 años, y el 20% a mayores de 50 años. En cuanto a la duración del proceso, se obtuvieron los percentiles 25 y 75: un 25% de los casos de IT duraron 17 días o menos; otro 25% duraron más de 4 meses (122 días), y la mediana fue de 1 mes y medio. Las duraciones menores se correlacionan con edades inferiores de forma significativa, lo cual hace suponer que se trata de procesos menos graves. En este estudio no hubo diferencias entre sexos en relación con la duración. El número de visitas realizadas al médico de familia durante el período de estudio fue igual en varones y mujeres, a diferencia de la frecuentación habitual de las consultas, que es mayor en las mujeres; en este caso, podría explicarse por la necesidad de seguimiento del proceso de IT que es igual en ambos sexos.

En resumen, el sexo del paciente no determina diferencias en las características de edad y frecuentación ni tampoco en la duración del proceso de IT. La distribución de diagnósticos por sexo refleja la de la población laboral.

II.2.3. Las consecuencias de la Incapacidad Temporal por trastornos mentales

En las últimas décadas, las enfermedades mentales se han consolidado como uno de los problemas socio-sanitarios de mayor importancia debido a su elevada frecuencia (Incidencia y prevalencia) y a las consecuencias que originan sobre la

109 Sallent M, Riera N, Rojas M, Liste V, Ferriz G, Fernández FJ. Análisis de las incapacidades laborales por depresión en mujeres. *Psiquiatr. Biol.* 2007;14(5):171-5

110 Cruz Esteve I, Serna Arnáiz MC, Torres Altisent MA, Gascó Eguiluz E, Galván SL, Martín Gracia E. Influencia del sexo en la incapacidad laboral por depresión. *Psiquiatr. Biol.* 2007;14(5):167-70

sociedad en términos de mortalidad, morbilidad y costes económicos y sociales (López-Bastida, 2002)¹¹¹. Al analizar la distribución interna de los costes que conforman cada uno de estos bloques, se observa que el que ocasiona el mayor coste es la incapacidad permanente, seguida, como segunda partida en importancia, por los fármacos. En relación a la prevalencia de los trastornos mentales es necesario resaltar que son la segunda causa de Incapacidad Temporal de larga duración (Rodríguez Ortiz, 2005)¹¹².

Diversos autores, (Ayuso, 2000)¹¹³ (García Ullán, 2007)¹¹⁴, coinciden en que tanto los trastornos de ansiedad y depresivos constituyen un grupo de enfermedades de gran relevancia por su alta morbilidad y no solo porque inducen un deterioro en las esferas personal y familiar del paciente, así como una disminución de su calidad de vida, sino también por la implicación socioeconómica que comportan los costes asistenciales asociados y la disminución de la productividad por baja laboral

El coste total de la depresión en España varía según las fuentes, pero hay que diferenciar entre costes directos, derivados del manejo y del tratamiento del paciente, y el resto a pérdidas de la productividad generadas por la Incapacidad Temporal laboral por la depresión. (Ayuso, 2001)¹¹⁵.

Los costes directos en atención primaria por paciente/año, desagregados en sus componentes, son mayores en todos los casos en el grupo con trastorno de ansiedad generalizado, y destaca el consumo farmacéutico total. Además, se observa un elevado coste sanitario indirecto por incapacidad de difícil comparación. En conclusión, los pacientes que demandan atención por trastornos de ansiedad generalizados presentan un elevado número de comorbilidades y costes directos asociados en el ámbito de la Atención Primaria de salud. Los costes indirectos de incapacidad

111 López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Costes socio-económicos de las enfermedades mentales en las islas Canarias en 2002. *Aten Primaria*. 2004;34:32-7.

112 Rodríguez Ortiz B, Gómez Gálido A, García Parra A, López Gómez I. Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de Incapacidad Temporal en la Comunidad de Madrid. *MAPFRE MEDICINA*, 2005; 16 (3): 32-42.

113 Ayuso JL, Álvarez E. Depresión. *Psiquiatría en Atención Primaria* 2000;5:6-11.

114 García Ullán L, Pérez J, González V, Sánchez S. Trastornos depresivos. *Medicine*. 2007;9(85):5451-5460

115 Ayuso JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN Study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308-16.

laboral son superiores a los costes directos (Sicras-Mainar, 2008) ¹¹⁶.

II.2.4. Factores relacionados con la Incapacidad Temporal por trastornos mentales

Un aspecto que ha crecido muy especialmente dentro de la red de atención a la salud mental ha sido la búsqueda de ayuda profesional para los problemas ocurridos en el trabajo. Sobre la clásica psicopatología más vinculada al paro y a la pérdida de trabajo, emerge una nueva "psicopatología" relacionada con distintas formas de estrés en el trabajo. Patologías que no se vinculan de manera específica con determinadas clases sociales ni niveles de renta, sino que aparecen afectando a todos a lo largo de nuestra vida profesional (Espino, 2009) ¹¹⁷. Podemos diferenciar dos formas de stress laboral: por sobreesfuerzo en el Síndrome del quemado o *burnout*, y por acoso laboral o *mobbing* como la forma más característica de ejercicio continuado de violencia en el lugar de trabajo.

En relación al *mobbing*, algunos autores (Fernández Vicente, 2009) ¹¹⁸, señalan que en los procesos de Incapacidad Temporal debería actuarse como en cualquier otro caso en el que se considere que el paciente se puede beneficiar de un tiempo sin ir a trabajar, sin olvidar que la baja es una herramienta que se debe utilizar para la mejoría del paciente y no un elemento que aplace e impida que este se pueda adaptar mejor a la situación. Se debe fomentar que sea una baja activa, que le ayude a aclararse y resolver. Pactar una baja de corto plazo desde el principio contribuye a evitar que este tipo de bajas se cronifique y a hacer menos posible que la baja favorezca la posible aparición de una fobia a la reincorporación al trabajo. Que se vea como un medio para recuperarse y afrontar el problema y no como un fin en sí mismo.

El estado de un síndrome de fatiga crónica demostró ser un fuerte indicador de una situación de trabajo inactiva y de

116 Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R, Pizarro-Paixa I, Gómez-Lus S. Influencia de la morbilidad y uso de recursos en pacientes que demandan atención por trastorno de ansiedad generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2008;40(12):603-10

117 Espino Granado A. Delimitación de los efectos clínicos derivados de condiciones productoras de estrés laboral detectados en la red pública de salud (mental). Un estudio retrospectivo, relacional y cualitativo. [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de trabajo e inmigración. Secretaria de estado de seguridad social 2009. [Acceso 20 de Julio de 2010]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119800.pdf>

118 Fernández Vicente T, Peñasco P, Losada L. Actualización y aspectos prácticos sobre el *mobbing*. *FMC*. 2009;16(10):605-11

incapacidad de trabajo a largo plazo. Dado que se sabe poco acerca de intervenciones eficaces que eviten el absentismo y la incapacidad laboral, o faciliten la reincorporación al trabajo en personas con fatiga crónica, hay una gran necesidad de intervenciones tempranas de gran alcance para restaurar o mantener la capacidad de trabajo (Huibers, 2006) ¹¹⁹

El síndrome de burnout o de desgaste profesional, así como los problemas más generales de salud mental, merecen consideración en las organizaciones sanitarias, no sólo como reflejo del sufrimiento de los profesionales, sino también por la repercusión que puedan tener en la calidad de la atención a los pacientes (Esteva, 2006) ¹²⁰. De hecho otros autores han puesto de manifiesto que cada vez existe mayor conciencia de la alta prevalencia de morbilidad psiquiátrica entre los médicos y su relación con el entorno laboral (Tizón, 2004) ¹²¹.

La profesión médica se encuentra sujeta a una necesidad constante de actualización y a las dificultades propias de la tarea desempeñada, que supone tomar decisiones sobre la salud y el bienestar de terceras personas. La relación con los pacientes y sus familiares no siempre es fácil y las expectativas de éstos en ocasiones son difícilmente alcanzables para el profesional. Las propias expectativas con las que el médico comienza el desarrollo de la profesión resultan, con la práctica diaria, frustradas, y todo ello en ocasiones en un entorno de presión asistencial, social y de sensación de desamparo por parte de la Administración. Todo ello facilita la aparición del desgaste profesional, que suele tener consecuencias que afectan, como se ha visto, a la salud física, mental y al bienestar y la calidad de vida en general (Mingote, 2004) ¹²².

II.2.5. Diagnóstico de los trastornos mentales

El principal punto de contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes es el médico de familia, de manera que el 80% de los pacientes psiquiátricos atendidos en salud mental

119 Huibers MJH, Leona, SS, Kant IJ, Knottnerus, JA. Casuidad del síndrome de fatiga crónica como un factor de predicción de la situación laboral en los empleados cansados de baja por enfermedad: cuatro años y medio de seguimiento. 2006. *La ocupacional y medicina del medio ambiente*, 63 (8): 570-572.

120 Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp*. 2006;206(2):77-83

121 Tizón JL. ¿Profesionales quemados, profesionales desengañados o profesionales con trastornos psicológicos? *Aten Primaria*. 2004;33:326-30.

122 Mingote JC, Moreno J, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)* 2004;123(7):265-70.

proceden del ámbito de la asistencia primaria. De hecho, si consideramos la elevada prevalencia de los problemas relacionados con la salud mental en nuestro nivel asistencial, que oscilan entre un 18 y un 39% según diferentes estudios, y que sólo alrededor del 10% son derivados, podremos concluir el importante papel de la atención primaria en la asistencia a la enfermedad mental (Tellez, 2005).¹²³

Actualmente el diagnóstico sindrómico de los trastornos de ansiedad se realiza, en primer lugar, mediante la aplicación de los criterios contenidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV¹²⁴ o en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10)¹²⁵ y, secundariamente, mediante el uso de escalas de evaluación clínica.

En la evaluación del paciente ansioso, el médico debe establecer primero si la ansiedad precede o sigue a la enfermedad médica o si se debe a un efecto secundario de los medicamentos. Alrededor de la tercera parte de los pacientes que se presentan con ansiedad tienen una etiología médica de sus síntomas psiquiátricos, pero también puede haber un trastorno de ansiedad con síntomas somáticos en ausencia de una enfermedad médica identificable (Harrison, 2010)¹²⁶

En nuestro país, al igual que en otros de nuestro entorno, se dispone de datos que indican que los médicos de familia identifican solamente al 50% de sus enfermos psiquiátricos y que sólo un pequeño porcentaje de estos pacientes detectados precisa derivación al segundo nivel. De modo que menos de la mitad de los pacientes que presentan algún trastorno durante su vida recibirá tratamiento. (Tellez, 2005).¹²⁷

En muchos otros casos, existe una parte importante de la carga de la enfermedad que se puede evitar con estrategias de tratamiento ya existentes pero que en el momento actual no son coste-efectivas. El tipo de investigación requerida a este respecto debe ir encaminada a reducir el coste de las intervenciones. Por ejemplo, no es asumible por nuestro sistema

123 Tellez JM, Cerecedo MJ, Pascual P, Buitrago F. La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance? *Aten Primaria*. 2005;35(2):61-3.

124 Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, 1995.

125 Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid: Meditor; 1994.

126 Harrison. Principios de Medicina Interna. 17ª edición [Edición electrónica]. McGraw-Hill; 2010. Capítulo 386: Trastornos mentales. [Recuperado el 7 de julio de 2010]. <http://www.harrisonmedicina.com>

127 Tellez JM, Cerecedo MJ, Pascual P, Buitrago F. La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance? *Aten Primaria*. 2005; 35(2):61-3.

sanitario que todos los casos con depresión que entran en contacto con los sistemas sanitarios sean derivados a los dispositivos de atención especializada para recibir un tratamiento farmacológico complementado con un abordaje psicoterapéutico (Ayuso, 2000)¹²⁸.

Otros estudios (Ortiz-Lobo, 2006)¹²⁹ han constatado que existe una excesiva cantidad de pacientes que no presentan un trastorno mental diagnosticable y que son remitidos al centro de salud mental, muchos con tratamiento psicofarmacológico pautado, lo que pone en cuestión la función de filtro asistencial de la atención primaria con estas personas. Probablemente, la indiscriminada demanda asistencial de la población junto con una tendencia excesiva en la utilización de psicofármacos en la salud mental explica parte de este fenómeno.

La percepción que tienen los médicos encuestados de que más del 20% de las consultas que atienden en atención primaria son por problemas de salud mental, coincide con los porcentajes hallados en otras investigaciones, tanto en cuanto a la percepción de la demanda (22%) como de la demanda real (25-29%), (Latorre, 2005)¹³⁰. Los trastornos de salud mental percibidos por los médicos de atención primaria como más frecuentes son: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos somatomorfos, demencias y trastornos de la alimentación. Estos datos concuerdan con los presentados por otros autores acerca de la demanda real: en primer lugar, los trastornos de ansiedad, más concretamente el trastorno de ansiedad generalizada, seguidos de los trastornos del estado de ánimo y de los trastornos somatomorfos. Se observa que los médicos de atención primaria manifiestan con bastante frecuencia dificultades para la identificación y evaluación de este tipo de trastornos. Se han aducido diferentes razones para explicar estas dificultades en el diagnóstico de los trastornos mentales en atención primaria, como: la poca familiaridad con los trastornos psíquicos, la necesidad de mejorar las habilidades de los médicos de atención primaria en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.

Se hace cada vez más necesario mejorar la capacidad de los médicos no psiquiatras para detectar las enfermedades mentales,

128 Ayuso JL, Álvarez E. Depresión. *Psiquiatría en Atención Primaria* 2000; 5:6-11.

129 Ortiz-Lobo A, González R, Rodríguez F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. *Aten Primaria*. 2006;38(10):563-9.

130 Latorre JM, López-Torres J, Montañés J, Parra M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005; 36(2):85-92.

así como el desarrollo de programas educativos dirigidos a los médicos de atención primaria y la implantación de instrumentos de diagnóstico de enfermedades mentales que puedan ser utilizados por los no especialistas. Según algunos autores, los médicos con menos visitas disponen de más tiempo y, por ello, se involucran más con estos pacientes. En consecuencia, la reducción de la presión asistencial, en general, podría revertir en una disposición más favorable a hacerse cargo de esta demanda.

Una posible explicación a lo anterior sería que, a pesar de que los médicos manifiestan que conocen los servicios de salud mental y la manera de acceder a ellos, evalúan de manera negativa la coordinación con ellos. Además, la mayoría considera que muchos de los problemas de salud mental pueden ser tratados en las propias consultas de atención primaria. Probablemente, para los médicos de atención primaria, la solución no es tanto la derivación a los centros de salud mental como el apoyo que deben recibir de estos centros. En este sentido, los médicos valoran como muy positivas todas las formas de apoyo de los servicios especializados, en especial las interconsultas telefónicas, los seminarios sobre las actitudes que se deben tomar frente a los trastornos mentales y la colaboración conjunta de protocolos de actuación diagnóstica y terapéutica.

La alta prevalencia del malestar psicológico en la atención primaria, la confirmación de la insuficiente capacidad de los médicos para valorar y a tender adecuadamente la salud mental de los pacientes, y su elevado coste en recursos sanitarios (ocupando el segundo lugar del coste asistencial en gasto farmacéutico y el tercer lugar del coste asistencial total) son aspectos importantes a tener en cuenta para una adecuada valoración de la salud psicológica o mental de los pacientes (Reig-Ferrer, 2009) ¹³¹.

En España, a pesar de que los planes sanitarios de muchas comunidades autónomas promueven la coordinación entre los servicios de atención primaria y salud mental, investigaciones recientes (Arrillaga, 2002) ¹³², han puesto de manifiesto que, en general, los médicos de familia siguen percibiendo el grado de cooperación como insatisfactorio. Este mismo autor, en una

131 Reig-Ferrer A, Cabrero-García J, Lizán L. La valoración de la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la salud mental en la atención primaria de salud. *Aten Primaria*.2009;41(9):515-519.

132 Arrillaga M, Sarasqueta C, Ruiz M, Sánchez A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Aten Primaria*. 2004;33:491-5.

encuesta a los médicos y al personal de enfermería de varios centros de atención primaria de Guipúzcoa, comprobaron que estos profesionales valoraban como deficiente la coordinación con los centros de salud mental, percibían como insuficientes sus conocimientos en psiquiatría y se sentían poco preparados para tratar los trastornos mentales. En un estudio llevado a cabo en Castilla-La Mancha, (Latorre, 2005) encontraron que casi un 80% de los médicos de atención primaria encuestados valoraban negativamente la coordinación entre su centro de salud y los servicios especializados de salud mental.

En esta línea, diversos autores (Aragonés, 2008¹³³; Calderón, 2009¹³⁴) han puesto de manifiesto los desacuerdos diagnósticos entre médicos de atención primaria y psiquiatras cuyas concordancias se analizan en otros trabajos (Landa, 2008)¹³⁵. Todos ellos ponen de relevancia las diferentes percepciones respecto de la depresión en función de su distinta vinculación con el paciente, y de los contextos y expectativas de su práctica profesional. En muchos casos, el médico de atención primaria y el especialista en psiquiatría parecen referirse a un mismo problema clínico, a pesar de hacer un uso diferente de los términos clasificatorios. Mientras que para unos el paciente "sufre de ansiedad", el otro lo sintetiza como "un trastorno adaptativo con síntomas ansiosos". Refiriéndose básicamente a lo mismo, su codificación CIE-9 va a ser diferente: 300.0 (estados de ansiedad) frente 309.2 (reacciones adaptativas con predominio de la ansiedad, temores y/o preocupaciones). La reorientación de enfoques hacia el paciente ha de ser compartida, y para ello debería considerarse la colaboración entre médicos de familia y psiquiatras como componente clave en la calidad de la asistencia a la depresión. Landa et al (2008¹³⁶) analizaron en un estudio la concordancia diagnóstica entre atención primaria y psiquiatría en los pacientes derivados. Su conclusión principal es que la coIncidencia en general es baja, sobre todo a expensas del alto grado de desacuerdo en los trastornos mentales más comunes: trastornos depresivos, ansiosos y adaptativos.

En la práctica habitual, los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos y los trastornos adaptativos se sitúan en

133 Aragonés E. Desacuerdos diagnósticos entre médicos generales y psiquiatras. *Aten Primaria*. 2008; 40(12):644.

134 Calderón Gómez C, Retolaza A, Bacigalupe A, Payo J, Grandes G. Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Aten Primaria*. 2009;41(1):33-40

135 Landa González N, Goñi Sarriés A, García de Jalón Aramayo E, Lizasoain Urrea E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria*. 2008; 40:285-9.

136 Landa González N, Goñi Sarriés A, García de Jalón Aramayo E, Lizasoain Urrea E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria*. 2008; 40:285-9.

un área común (antaoño denominada neurosis), y tienen un altísimo grado de solapamiento entre sí. Es muy frecuente que un mismo paciente cumpla de forma simultánea los criterios para ser diagnosticado como afectado de trastorno de ansiedad y como trastorno depresivo. Por otra parte, los límites entre los trastornos adaptativos y los trastornos ansiosos o depresivos específicos suelen ser difusos. Cabe tener en cuenta que la expresión clínica habitual de los trastornos adaptativos suelen ser cuadros ansiosos y/o depresivos. En la práctica diaria la distinción diagnóstica entre un trastorno adaptativo con un episodio depresivo, o ansioso, leve, o moderado, de carácter «reactivo» puede ser complicada. Por otra parte, esta distinción quizá sea innecesaria desde el punto de vista del médico: clasificar y etiquetar un cuadro clínico se justifica para decidir la conducta terapéutica a seguir, y para este fin el médico suele apoyar más su decisión en la gravedad sintomática, el impacto funcional, las expectativas o preferencias del paciente y los medios de los que dispone, que en la etiqueta diagnóstica concreta (Pérez-Franco, 2006)¹³⁷.

Además, otros estudio (Iglesias, 2004)¹³⁸ ha evaluado la calidad de la información contenida en los volantes de interconsulta que se transmite entre atención primaria y salud mental. En cuanto a la calidad, coinciden con datos previos, en la existencia de déficit de información en las derivaciones de atención primaria a salud mental en cuanto a antecedentes personales y tratamientos previos. Con respecto al nivel de cumplimentación global, las posibilidades de mejora son claras.

Como ya se ha comentado, la depresión es un problema de salud creciente en atención primaria, con importantes carencias en su diagnóstico y tratamiento. La interrelación entre niveles asistenciales es un factor de especial relevancia en la atención al paciente con depresión (Calderón, 2009)¹³⁹.

137 Pérez-Franco B, Turabián-Fernández JL. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria? *Aten Primaria*. 2006; 37:37-9.

138 Iglesias C, González I, Ardura JR, Naves C, Franco A, Alonso MJ, Álvarez-Riesgo JA. Calidad de la interconsulta entre salud mental y atención primaria: comparación de dos tipos de documento de derivación (OMI-AP y tradicional). *Rev Calid Asistencial* 2004;19(5):319-22.

139 Calderón Gómez C, Retolaza A, Bacigalupe A, Payo J, Grandes G. Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Aten Primaria*. 2009;41(1):33-40

II.2.6. Propuestas de mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal por trastornos mentales

Hasta una quinta parte de la población puede llegar a tener un trastorno mental, lo que provoca que sean objeto de una mayor atención no sólo por parte del psiquiatra, sino también del médico de Atención Primaria. Este hecho justifica la necesidad de realizar una constante actualización con una clara aplicación práctica sobre los distintos aspectos diagnósticos y terapéuticos de los trastornos de ansiedad (Saiz, 2003)¹⁴⁰. Además, su diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz deben constituir una prioridad asistencial al tratarse de un grave problema de Salud Pública (Mingote, 2009)¹⁴¹. De igual manera, cobra especial importancia la formación en Salud Mental en los médicos del trabajo, y la inclusión de variables psicológicas en la vigilancia de la salud de los trabajadores.

En un reciente estudio observacional descriptivo (Álvarez, 2009)¹⁴² cuyo objetivo era evaluar la calidad del diagnóstico de los procesos causantes de la Incapacidad Temporal, los resultados evidenciaron que la mayor concordancia se obtuvo para el grupo diagnóstico de trastornos mentales.

La carga mundial de las estadísticas de enfermedad indican que cuatro de las 10 causas más importantes de enfermedad en todo el mundo son de origen psiquiátrico (Fauci, 2010)¹⁴³. Los cambios a que se halla sometido el sistema de atención sanitaria actual, subrayan la necesidad de que los médicos de atención primaria asuman la responsabilidad del diagnóstico y tratamiento iniciales de los trastornos mentales más frecuentes. Es importante que se realice un diagnóstico lo antes posible para asegurar que los pacientes accedan a los servicios médicos adecuados y mejorar el pronóstico clínico. Se han elaborado cuestionarios validados basados en el paciente, que indagan sistemáticamente la presencia de signos y síntomas vinculados con las entidades psiquiátricas más prevalentes y orientan al médico hacia una evaluación "más selectiva". Prime MD (y una forma de autocuestionamiento, PHQ) y el llamado Symptom-Driven Diagnostic System for Primary Care (SDDS-PC) son inventarios que

140 Sáiz J, Montes JM. Trastornos de ansiedad. *Medicine* 2003; 8(106):5693-5703.

141 Mingote JC, Gálvez M, del Pino P, Gutiérrez MD. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Med Segur Trab* 2009; 55 (214): 41-63

142 Álvarez E, Vaquero M (2009). Medicina del trabajo y calidad del diagnóstico de los procesos causantes de Incapacidad Temporal. *Med Segur Trab* 2009; 55 (214): 72-79.

143 Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. . *Harrison principios de medicina interna*. [Edición electrónica] Parte 16. Trastornos neurológicos. Sección 5. Trastornos psiquiátricos. 17ª Edición. Mc Graw Hill; 2010. [Recuperado el 7 de julio de 2010]. Disponible en : <http://www.harrisonmedicina.com>

se completan en 10 min y vinculan las respuestas del enfermo con los criterios diagnósticos formales en casos de trastornos de ansiedad, del ánimo, somatomorfos y de la alimentación, y de abuso o dependencia de alcohol.

Está indicada la consulta o derivación a un psiquiatra cuando el médico general detecte síntomas de enfermedad psicótica, manía, depresión o ansiedad grave, síntomas de trastorno de estrés postraumático (posttraumatic stress disorder, PTSD), ideas tanto suicidas como homicidas, o ausencia de respuesta a un tratamiento de primera línea.

Un objetivo de la investigación puede centrarse en el desarrollo de modelos de intervención coste-efectivos en atención primaria que permitan el abordaje eficaz de la depresión a este nivel, con un protocolo de actuación en casos resistentes y la derivación a atención especializada en casos muy contados (Copeland, 1999)¹⁴⁴.

La traducción y validación en español de la Clinical Anxiety Scale (CAS) y del Physician Questionnaire (PQ), contruidos ambos para la evaluación de la presencia y la gravedad de los síntomas de los trastornos de ansiedad en el ámbito de la atención ambulatoria, pretende paliar el déficit de instrumentos para la valoración clínica de la ansiedad, tanto en la práctica asistencial como en la investigación clínica, en el medio donde ésta se manifiesta con mayor prevalencia. Se puede considerar, según algunos autores (Echeburúa, 2000)¹⁴⁵ que ambas escalas pueden ser útiles en la valoración de la gravedad y evolución sintomática de los trastornos de ansiedad en medio ambulatorio hospitalario o de atención primaria, y complementan el escaso repertorio de escalas para trastornos de ansiedad ya validadas en español.

En este sentido, es importante destacar, el estudio de Lobo (2002)¹⁴⁶ donde han evaluado, por primera vez, las propiedades psicométricas de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) y la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), ampliamente utilizadas en la práctica asistencial y en investigación clínica.

144 Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME., Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. Br J Psychiatry 1999;174:312-21.

145 Echeburúa E. Medición clínica en trastornos fóbicos y de ansiedad. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P, editores. Medición clínica en psiquiatría y psicología. Barcelona: Masson, 2000; p. 369-75.

146 Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré, Badia X, Baró E, Grupo de validación en español de escalas psicométricas (GVEEP). Med Clin (Barc) 2002;118(13):493-9

Por otra parte, comprender el fenómeno del absentismo interesa al médico de atención primaria no sólo para aumentar su capacidad de abordaje de este fenómeno en sus pacientes, sino también para interpretar algo más su propia realidad laboral y social como profesional. El absentismo psíquico es, en el fondo, una forma de expresión más o menos consciente de un fracaso o la falta de capacidad para defenderse, protestar o quejarse de otra manera ante una relación contractual psicológicamente insatisfactoria y generadora de falta de sentido del trabajo, que se manifiesta en una falta de ilusión, de identificación y de compromiso por trabajar a pleno rendimiento (García Sánchez, 2002) ¹⁴⁷.

Potencialmente, los programas destinados a reducir la duración de licencia por enfermedad en pacientes con trastornos mentales menores llevado a cabo cerca del lugar de trabajo (por ejemplo, médicos del trabajo) tienen más éxito que los programas en atención primaria (Brouwers, 2007) ¹⁴⁸. Hay una necesidad urgente de un mayor conocimiento acerca de la efectividad de las intervenciones. La mejora en la organización del tratamiento de estos problemas mediante la elaboración de Guías de práctica clínica para su uso preferente dentro de la medicina laboral y la atención primaria de salud (Nystuen, 2001) ¹⁴⁹. La experiencia de la implantación de Guías de práctica clínica para el tratamiento de los trastornos adaptativos por los profesionales de atención primaria de salud y salud laboral en los Países Bajos, centradas en la adquisición de habilidades de afrontamiento y de recuperación del control por parte de las personas con problemas laborales está dando resultados positivos en forma de menos tiempos de baja, menos absentismo y reducción de los síntomas psicofísicos.

Son escasos los ensayos controlados aleatorizados por conglomerados en cuestiones relativas a la Incapacidad Temporal en general y a la debida a trastornos mentales, en particular. Merece la pena destacar el estudio realizado en estos autores (Bakker, 2006) ¹⁵⁰. Realizaron la aleatorización en el nivel de médicos de cabecera, que recibieron la capacitación MISS-versus

147 García Sanchez S. El absentismo psíquico. FMC 2002;9(1):41-5

148 Brouwers EPM, de Bruijne MC, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PFM. El coste-efectividad de una intervención activa de los trabajadores sociales para los pacientes con trastornos mentales menores de baja por enfermedad : un ensayo controlado aleatorizado. Rev Sal Pub .2007;17(2):214-220.

149 Nystuen P, Hagen KB, Herrin J. Problemas de salud mental como causa de baja por enfermedad a largo plazo en la fuerza laboral de origen noruego. 2001. Rev Sal Pub, 29 (3): 175-182.

150 Bakker, IM; Terluin, B; van Marwijk, HWJ; Gundy, CM; Smit, JH; van Mechelen, W; Stalman, WAB. Eficacia de una intervención mínima para el estrés mental relacionadas con trastornos con Licencia por enfermedad (MISS), protocolo de estudio de un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados en la práctica general. 2006. BMC Public Health, 6: 124-124.

ningún entrenamiento, con el fin de comparar la MISS vs la atención habitual a nivel de pacientes. Este trabajo puede contribuir a las pruebas sobre las opciones de tratamiento en la práctica general en los pacientes de baja por enfermedad, y podría contribuir a una nueva directriz y apropiada.

Entre las propuestas de intervención en materia de diagnósticos y prescripciones en salud mental por parte de Atención Primaria algunos autores (Araña, 2008)¹⁵¹ destacan la necesidad de adoptar medidas para mejorar la idoneidad de los profesionales que actualmente dispensan Bajas por Incapacidad Laboral Temporal en asuntos de Salud Mental. También añaden que desde una perspectiva estrictamente sanitaria, cabe reflexionar en el impacto económico que está generando la falta de resolución de los problemas de Salud Mental de la Población, para el conjunto de la Sociedad. Programas Formativos que suplan los déficits concretos mostrados, tanto para la población sanitaria, como empresarial, Administración y población laboral, resultan de urgencia. Asimismo, señalan que respecto al perfil profesional, los datos presentados avalan la necesidad de efectuar cambios inmediatos en los Centros de Atención Primaria para optimizar este funcionamiento actual, donde el Médico de Atención Primaria necesita compensar su cualificación con formación en Terapia de Conducta y Psicofarmacología, compartiendo su nivel de intervención, de forma interdisciplinar con otros profesionales: Psiquiatras con formación complementaria en Terapia de Conducta, Psicólogos cualificados con formación en Clínica, Terapia de Conducta y Farmacología. En definitiva afirman que existen datos suficientes para estimar amortizados estos cambios que se proponen para Atención Primaria, no sólo por la garantía de retorno de la inversión, sino por la previsible incorporación de beneficios y mejoras, económicas, en la calidad de vida, la calidad del trabajo, la mejoras en la relación y en el bienestar general de la población.

Resulta muy interesante destacar un trabajo que aborda la evaluación forense de la enfermedad mental en la Incapacidad Temporal, para valorar la simulación y la realidad (Arce, 2006)¹⁵² que concluye que el juicio forense corresponde al

151 Araña S et al. Diagnósticos y prescripciones en salud mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social; 2008. [Acceso 20 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.seg_social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

152 Arce R. Evaluación forense de la enfermedad mental en la Incapacidad Temporal: simulación y realidad. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. [Acceso 20 de julio de 2010]. Disponible en : http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

forense que ha de formarlo sobre la base de una aproximación multimétodo y de la verificación de daño psicológico propio de una incapacidad laboral temporal en ambos métodos de medida. Si se ha encontrado este daño en la salud mental en ambos métodos, el forense en su juicio habrá de tener presente todas las medidas de consistencia (las medidas de validez del MMPI-2, las estrategias de simulación en la entrevista clínico-forense; la consistencia inter-medidas tanto en el daño esperado como en otras medidas de la salud mental). Si la evaluación pasa todos estos controles, el juicio será que el sujeto tiene un daño en la salud mental compatible con una baja laboral temporal. Para responder a la demanda legal de establecer una relación causa efecto entre el daño y la baja laboral, el psicólogo forense se valdrá de los motivos que se relacionen en la entrevista clínico forense con los síntomas. Finalmente, antes de descartar una evaluación por simulación, el forense habrá de verificar que no esté ante un falso positivo.

También es importante destacar que recientemente, el Instituto Nacional de la Seguridad Social ha publicado la segunda edición de su "Manual de Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal" (Instituto Nacional de la Seguridad Social, 2009)¹⁵³.

Este documento pretende ser una ayuda a los facultativos de dicho Instituto y a los de los servicios públicos de salud de las Comunidades Autónomas en la mejora de la gestión sanitaria de los procesos de Incapacidad Temporal. Se define el tiempo estándar como el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador. Dicho tiempo asume la presunción de que el trabajador tiene una alta probabilidad de estar incapacitado para la realización de las tareas y requerimientos profesionales. Se define tiempo estándar como el tiempo de recuperación funcional suficiente para el desempeño de los requerimientos o tareas profesionales del trabajador en términos de homogeneidad. Pueden existir factores dependientes del propio paciente o del tipo de actividad laboral realizada que condicionen que el tiempo de recuperación funcional sea

153 Instituto Nacional de la Seguridad Social. Manual de Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal [monografía en internet]. 2ª edición. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2009 [acceso el 23 de agosto de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/Publicaciones/Publicacionesporcon28156/Informacionsobrepen47075/Incapacidadtemporal/index.htm

inferior al tiempo estándar definido. En todo caso, una vez alcanzado el tiempo estándar, deberá ser el médico del paciente el que valore el alta laboral, tras realizar el reconocimiento médico completo del trabajador y una evaluación de sus deficiencias y discapacidades. La continuidad en la situación de Incapacidad Temporal puede estar motivada por la existencia de complicaciones clínicas derivadas del propio proceso o de procesos intercurrentes, por una insuficiente respuesta terapéutica o su ausencia, por la existencia de complicaciones del tratamiento o por requerimientos específicos del puesto de trabajo. Debe ser el médico encargado del seguimiento del proceso el encargado de objetivar estos factores y valorar su incidencia en la duración real del proceso de Incapacidad Temporal.

En el caso de los trastornos mentales dicho manual propone los tiempos estándar que se reflejan en la siguiente tabla:

Tabla 16: *Tiempos estándar de duración de la incapacidad mental por trastornos mentales.*

Código	Trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos (300)	Tiempo estándar (en días)
300.0	Estados de ansiedad	20
300.00	Estado de ansiedad, no especificado	20
300.01	Trastorno de pánico sin agorafobia	30
300.02	Trastorno de ansiedad generalizado	30
300.09	Otros	20
300.1	Trastornos disociativos, de conversión y ficticios	20
300.2	Trastornos fóbicos	14
300.20	Fobia, no especificada	14
300.21	Agorafobia con trastornos de pánico	30
300.22	Agorafobia sin mención de ataques de pánico	30
300.23	Fobia social	14
300.3	Trastornos obsesivo-compulsivos	60
300.4	Trastorno distímico	45
300.5	Neurastenia	30
300.7	Hipocondría	4
300.8	Trastornos somatiformes	20
300.81	Trastorno de somatización	60

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social, *Manual de Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal 2009*.

No podemos dejar de mencionar el Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana (Dominguez, 2001)¹⁵⁴ cuya vocación continuista con el plan anteriormente aprobado y de concordancia con la filosofía emanada del informe

¹⁵⁴ Domínguez A. Coordinador. Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana; 2001.

sobre reforma psiquiátrica de 1985 y la Ley General de Sanidad, resultan innegables.

II.3. Variabilidad en la práctica médica

II.3.1. Variabilidad en la práctica médica y sus factores

De acuerdo a Marion (1998)¹⁵⁵, existen varios factores explicativos de la variabilidad en la práctica médica. Se resumen en la tabla siguiente:

Tabla 17: Factores explicativos de la Variabilidad en la práctica médica

Factores explicativos VPM
Inexactitud de los datos o del tratamiento
Errores / omisiones en las bases de datos
Problemas de codificación
Problemas del denominador
Variaciones aleatorias: anuales, áreas pequeñas
Factores de la población (demanda)
Diferencias en morbilidad
Factores demográficos: edad, sexo
Características socio-demográficas
Expectativas / demandas de los pacientes
Costumbres que prevalecen
Oferta de recursos
Factores del sistema sanitario (oferta)
Sistema de financiación y pago
Organización de los servicios
Cobertura y accesibilidad
Incertidumbre
Factores del proveedor directo
Ignorancia

Fuente: Marion, 1998

Un reciente estudio pretende dar una idea global de la variabilidad en la prescripción farmacéutica, no limitada a un solo grupo de fármacos (López de Castro, 2005)¹⁵⁶. Se ha encontrado coeficientes de variación en torno al 35% en casi todos los grupos estudiados, lo que indica la existencia de una

155 Marión, J., Peiró, S., Márquez, S., Meneu, R. (1998). Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Medicina Clínica, Med Clin (Barc). 110:382-90.

156 López de Castro F, Montero MJ, Valles N, Fernández O, Alejandro G, Chacón J. Variabilidad en la prescripción farmacéutica de Castilla la Mancha durante el 2003. Rev Esp Salud Pública. 2005; 79: 551-558.

importante variabilidad en la prescripción. Estos coeficientes de variación superiores al 33% empiezan a traducir dispersiones grandes, por lo que podemos calificar de importante la variabilidad observada. Respecto a las causas de la variabilidad observada, atendiendo al coeficiente de determinación promedio encontrado (0,492), señala el autor que casi la mitad de la misma podría explicarse por las variables estudiadas, factores influyentes «por el lado de la demanda» (población) en su mayoría. Pero, no obstante, existe una parte de la variabilidad en la prescripción no explicada por los factores dependientes de la población.

En otros estudios (Gispert, 2006) ¹⁵⁷ relativos a la asociación entre factores individuales y del entorno asociados a variabilidad geográfica en trastornos psicológicos mediante análisis multinivel, se han identificado que los factores que pueden evidenciar la variabilidad territorial pertenecen a dos niveles de agregación: características individuales y características derivadas de la zona de residencia; siendo la variable más destacada la morbilidad crónica.

Recientemente otros autores (Del Llano, 2008) ¹⁵⁸, hablan de factores dependientes de la población, factores dependientes de la oferta de servicios y factores dependientes del médico. Estos últimos se deben a incertidumbre por falta de evidencia científica y por la información limitada del médico. La información limitada del médico: el 15% de las decisiones clínicas están basadas en la evidencia científica, y en la experiencia personal o de los colegas y no en razonamientos probabilísticos. La hipótesis de la incertidumbre profesional se define como que cada profesional adopta un estilo de práctica médica basándose en sus preferencias, creencias o percepciones sobre el valor marginal de la intervención (efectividad subjetiva).

Son numerosos los artículos recientes que abordan la cuestión de la variabilidad. En un estudio sobre Variabilidad geográfica en la Incidencia de la diabetes de tipo1 en personas menores de 30 años de edad en Cataluña, el autor (Abellana, 2009) ¹⁵⁹ ha estudiado la variabilidad en la Incidencia de diabetes,

157 Gispert R, Puig X, Palomara E, Autonel J, Giné JM, Ribas G, Coll JJ (2006) Factores individuales y del entorno asociados a la variabilidad geográfica de los trastornos psicológicos entre áreas pequeñas: un análisis multinivel. Rev Esp Salud Publica 2006; 80:335-347.

158 Del Llano J. Innovaciones en gestión de servicios de salud. [curso]. Fundación Gaspar Peral: cursos de verano 2008.

159 Abellana R, Ascaso C, Carrasco JL, Castell C, Treserras R. Med Clin(Barc).2009;132(12):454-458

analizando el efecto del sexo, la edad y la densidad de población, entre otros.

Como señala Salvá Coll, (2009)¹⁶⁰, se ha encontrado en nuestro sistema nacional de salud considerable variación en las tasas de hospitalización en hospitales de agudos debido a procesos de salud mental. Dichas variaciones podrían ser atribuidas a abordajes distintos, tanto desde la política sanitaria (potenciación de la psiquiatría comunitaria, reforma de salud mental,...), como desde la oferta (recursos disponibles y modelo de provisión de la asistencia). Asimismo señalan que se ha observado la existencia de un patrón de variabilidad geográfica en las hospitalizaciones psiquiátricas de los principales diagnósticos (psicosis por sustancias, trastornos esquizofrénicos, psicosis afectivas, trastornos neuróticos, dependencia y abuso de drogas y anorexia nerviosa) en unidades de agudos entre comunidades autónomas e, incluso, en el subnivel provincial. No obstante, dicha variabilidad no es atribuible a variaciones regionales en la Incidencia de las enfermedades mentales, pues entre ellas no se han detectado diferencias estadísticamente significativas. Para explicar este hecho, los modelos multivariantes muestran que una variable independiente determinante de la tasa de hospitalización es el número de camas disponibles para salud mental en dichos centros. Este resultado nos remite a tres tipos de explicaciones posibles, seguramente condicionados también por el estilo de práctica. Primera, que en algunas Comunidades se esté produciendo un exceso de utilización de recursos por exceso de oferta. Segunda, infrautilización por falta de recursos en algunas Comunidades. Tercera, mala utilización de recursos disponibles: un exceso de ingresos psiquiátricos en agudos, cuando ofreciendo otro tipo de unidades (de no-agudos) de menor coste y más enfocados al aspecto rehabilitador, probablemente se obtendría una mejor calidad asistencial.

Un estudio muy reciente realizado en Noruega (Aakvik, 2010)¹⁶¹ concluye que el 98% de la variación no explicada en la licencia por enfermedad se atribuye a factores del paciente y no influenciados por la variación en la práctica médico de cabecera o diferencias en las características a nivel municipal. Así pues, señala que, según los resultados del estudio, el

160 Salvá Coll J. La variabilidad en las hospitalizaciones por motivos psiquiátricos en hospitales de agudos. Atlas VPM. 2009; 189-190.

161 Aakvik A, Holmas TH, el Islam MK. ¿variación en medicina general (GP) Materia práctica para la longitud de licencia por enfermedad? Un análisis multinivel basado en Origen de datos de Noruega GP-paciente. Social Science & Medicine. 2010; 70 (10): 1590-98.

diagnóstico médico es un factor importante que explica la duración de las licencias por enfermedad. Asimismo señala que en Noruega los deseos del propio paciente son importantes cuando se toman decisiones de este tipo, y que la variación en la práctica médica en este tipo de actuaciones no importa mucho en el resultado final. Este estudio informa que, aunque en muchos estudios han analizado las bajas por enfermedad certificada y factores predictivos, no hay estudios de evaluación de su variación entre pacientes, médicos de cabecera o zonas geográficas dentro de un marco multinivel. La novedad de este estudio es el empleo de un modelo multinivel de intercepto aleatorios.

II.3.2. Consecuencias de la variabilidad en la práctica médica

La variabilidad puede deberse a un problema de calidad de la actuación facultativa; este es el supuesto que se produce en un procedimiento para el cual existe evidencia científica sobre su efectividad e indicaciones. En otras ocasiones, se puede producir la variabilidad por un problema de incertidumbre, al no existir el suficiente conocimiento científico sobre cuál es la actuación clínica prescriptora más adecuada.

Los estudios de la variabilidad en la práctica médica en EE.UU. han comprobado que hasta un 30 % del coste total sanitario de Estados Unidos podría evitarse, sin afectar negativamente a los resultados en salud (Greenfield, 1992).¹⁶²

En definitiva, las variaciones en la práctica médica pueden representar un indicador de problemas de calidad en utilización de recursos. En definitiva, solamente mejorando el conocimiento de los resultados de un procedimiento específico podrán compatibilizarse los intereses de reducción de costes sanitarios y mejora de calidad y efectividad de la atención médica (Marion, 1998).¹⁶³

De acuerdo a este mismo autor, puede concluirse, en relación a la variación en la práctica médica que, desde un punto de vista que considere la salud como un derecho de la población, la

162 Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers, W, Kravitz, RL et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the medical outcomes study. JAMA 1992; 267:1624-30.

163 Marión, J., Peiró, S., Márquez, S., Meneu, R. (1998). Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Medicina Clínica, Med Clin (Barc). 110:382-90.

disminución de la variabilidad, con su consiguiente efecto sobre la efectividad clínica, es uno de los pasos fundamentales para que otro individuo pueda beneficiarse de la atención médica, con el consiguiente incremento de la eficiencia social del sistema sanitario.

Las variaciones en la práctica médica pueden afectar de forma importante a la calidad a los costes de la atención sanitaria y, específicamente en nuestro estudio, a las prestaciones de la Seguridad Social Española. En la misma línea, en cuanto a diferencias entre facultativos, se evidencian en el estudio sobre variabilidad en la utilización de recursos hospitalarios en pacientes con EPOC (Verdaguer, 2003).¹⁶⁴

Las causas de las variaciones en la práctica médica varían y la consecuencia final de una elevada variación es la producción de resultados asistenciales diferentes (Lozano, 2004)¹⁶⁵.

El gasto sanitario consume cada vez mayores proporciones de los recursos financieros de los países industrializados. En consecuencia, se deberían utilizar mecanismos que asegurasen que los recursos dedicados a sanidad se usen en servicios efectivos. Una de las razones que sugieren las dudas es la existencia de una amplia variabilidad en la práctica clínica. La probabilidad de que un ciudadano reciba un procedimiento médico puede ser muy superior en unas regiones geográficas que en otras. La variabilidad existe entre regiones, hospitales, y médicos (Lázaro y de Mercado, 2004b)¹⁶⁶

La gran variabilidad nos debe plantear dudas sobre la calidad de la atención, tanto en términos de equidad (infrautilización en determinadas zonas de salud) como de eficiencia (sobreutilización inadecuada en otras) López de Castro, 2005)¹⁶⁷.

Las medidas de control de gasto limitan la cantidad de servicios prestados, pero plantean la deficiencia de que no disminuirán selectivamente el uso inapropiado, ni incrementarán el uso

164 Verdaguer, A., Peiró, S. Librero, J. Variabilidad de utilización de recursos hospitalarios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Archivos de Bronconeumología, vol. 39 núm. 10.

165 Lozano F, Vaquero-Puerta C, Fonseca-Légrand JL, Vaquero-Morillo F, miembros de la Sociedad CastellanoLeonesa de Angiología y Cirugía Vasculat (SOCLACIVAS). ANGIOLOGÍA 2004; 56 (6): 549-559.

166 Lázaro P. Variabilidad y uso apropiado de procedimientos médicos. Reunión sobre "La variabilidad de la práctica clínica: Significado y gestión". FISCAM (Fundación para la Investigación en Salud de Castilla LaMancha). Toledo, 6 de mayo de 2004.

167 López de Castro F, Montero MJ, Valles N, Fernández O, Alejandro G, Chacón J. Variabilidad en la prescripción farmacéutica de Castilla la Mancha durante el 2003. Rev Esp Salud Pública. 2005; 79: 551-558.

apropiado, ni por ende, aumentarán la calidad asistencial (Lázaro y de Mercado, 2006a).¹⁶⁸

Al estudiar la variabilidad en urgencias hospitalarias y de atención primaria (Oterino de la Fuente, 2007)¹⁶⁹ se evidenció que la variabilidad encontrada está por debajo de la relatada para los estudios de variaciones en ingresos hospitalarios, aunque dado el volumen de visitas urgentes, el impacto de estas variaciones es mayor que en otras actividades asistenciales. El mantenimiento de la variabilidad tras la estandarización sugiere que las diferencias no provienen solamente de las que presentan las estructuras demográficas entre áreas. Otros posibles factores explicativos serían las diferencias en accesibilidad, en características y organización de los recursos y en las decisiones de los pacientes.

Un reciente estudio del Programa Nacional de I+D+I denominado "Diagnósticos y prescripciones en salud mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal" (Araña, 2008)¹⁷⁰ concluía que los datos que se analizaron permitieron confirmar la existencia de un déficit entre los médicos de atención primaria para la detección, diagnóstico y abordaje de la psicopatología o salud mental. El hallazgo permitió afirmar que la relación entre estas carencias, con el número y duración de los procesos por Incapacidad Temporal era estimable.

Otros autores, añaden nuevas consideraciones al estudio de la variabilidad en la práctica clínica (Del Llano, 2008)¹⁷¹. Así pues, la existencia de variaciones significativas va repercutir de forma negativa en la calidad asistencial poniendo de manifiesto tres tipos de problemas: un problema de efectividad, un problema de eficiencia y un problema de accesibilidad. Ante estos problemas existe la necesidad de buscar soluciones, buscando aquellos métodos o estrategias de garantía de calidad que sean más efectivas en la disminución de la variabilidad.

168 Lázaro y de Mercado, P. (2006). Estandarización en la práctica clínica. En: Oteo LA, editor. Gestión Clínica: desarrollo e instrumentos. Ediciones Diaz de Santos, 2006: 201-232.

169 Oterino de la fuente D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez A, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. Gac Sanit. 2007;21(4):316-20.

170 Araña S et al. (2008). Diagnósticos y prescripciones en salud mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. [Acceso 20 de julio de 2010]. http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

171 Del Llano J. Innovaciones en gestión de servicios de salud. [curso]. Fundación Gaspar Peral: cursos de verano 2008.

La variación en la práctica clínica, según autores (Del Llano, 2008)¹⁷², plantea problemas de efectividad (por ejemplo, las probabilidades de sufrir una intervención innecesaria o de tener un peor resultado tras una intervención quirúrgica, son diferentes dependiendo el hospital dónde va a ser intervenido el paciente); de eficiencia (por ejemplo, utilización inapropiada de recursos en los hospitales, con el coste-oportunidad que ello implica); y de accesibilidad (por ejemplo, las probabilidades de un paciente de ser intervenido es diferente según el hospital que tenga asignado).

No obstante todo lo comentado, según autores (Peiró, 2009)¹⁷³, las desigualdades en utilización de servicios no implican necesariamente inequidad. En el caso de la prostatectomía por cáncer de próstata, procedimiento de dudosa efectividad, las desigualdades observadas en contra de las áreas menos favorecidas no deberían interpretarse como prueba de inequidad.

El nivel primario de atención de salud asume la prevención en salud mental y la atención a la patología psiquiátrica no grave, pero la variabilidad en la asistencia a estos problemas es poco conocida (Pérez de Arribas, 2008)¹⁷⁴. Los resultados muestran que la atención primaria está lejos de proporcionar un abordaje homogéneo a los pacientes con problemas de salud mental, existiendo notables diferencias en los registros dependiendo de la Unidad de Atención Primaria que proporcione la atención. De esto se deduce que existen importantes variaciones individuales entre los profesionales, a la hora de reflejar en un registro la atención proporcionada a los pacientes con problemas de salud mental.

En estudios realizados para analizar la variabilidad de la práctica médica en los servicios de urgencias (Moreno, 2007)¹⁷⁵ señalan que la adopción de medidas y herramientas de gestión clínicas y coste-efectivas tiene que favorecer políticas que disminuyan la sobreutilización de recursos innecesarios y que aumenten el empleo de los realmente resolutivos. La calidad de la información y la variabilidad en la práctica médica están

172 Del Llano J. Innovaciones en gestión de servicios de salud. [curso]. Fundación Gaspar Peral: cursos de verano 2008.

173 Peiró S, Meneu R, Bernal E. Variabilidad, efectividad y desigualdad. Histerectomías y prostatectomías por enfermedad neoplásica en España (2002-2004). Rev Esp Salud Pública 2009, Vol. 83, N.º 1

174 Pérez de Arriba J, Pinto J, Latorre K, Aizpuru F. Variabilidad de procesos de salud mental en Atención Primaria. Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Atlas VPM 5. 2008.

175 Moreno Millán E. Variabilidad de la práctica clínica en la atención a urgencias y emergencias. emergencias 2007;19: 222-224.

inversamente relacionadas, de forma que una variación mayor de los datos implica una disminución en su calidad. A mayor abundamiento, cuando se trata de sistemas financiados públicamente, como el caso de España, los mecanismos decisorios deberían conllevar actuaciones todavía más ajustadas, y que supusieran un menor riesgo clínico para los pacientes y un menor gasto económico para el resto de los ciudadanos.

El mismo autor (Aizpuru, 2008)¹⁷⁶ concluye en otro estudio que la variabilidad encontrada en la hospitalización en centros de agudos es alta o muy alta, salvo para las psicosis por sustancias en las que la variabilidad encontrada es moderada. Señala, además, que la disponibilidad de recursos de atención crónica, la propensión en determinadas áreas a utilizar los hospitales de agudos para atender la enfermedad psiquiátrica y la provincia de residencia son los factores que mejor explicarían la variabilidad encontrada.

Aunque el sistema sanitario se declara universal, solidario y equitativo, estamos lejos de proporcionar un abordaje homogéneo a los pacientes con problemas de salud mental en el nivel primario de salud (Pérez de Arriba, 2008)¹⁷⁷. Una de las limitaciones para este tipo de actuaciones radica en que todavía los registros informáticos son de reciente implantación y deben servir para comprender la variabilidad de la práctica médica en el campo específico de la salud mental atendida en el nivel primario de salud. Por otra parte, es factible que los médicos de atención primaria alcancen un alto grado de calidad en la clasificación de diagnósticos contemplados en la CIE-9-MC mediante la implantación de medidas de evaluación, corrección de errores e información. En el apartado de los trastornos de ansiedad observamos una amplia variación en las prevalencias registradas en las distintas unidades de salud mental. En conjunto hay un sobrerregistro de trastornos de ansiedad respecto a los casos esperados. Esto se puede deber a que la prevalencia real observada supera ya el 5% teórico que recoge la cartera de servicios, o a una formación insuficiente de los médicos en este tema, lo que lleva a una incorrecta clasificación de los síntomas y signos.

176 Aizpuru F, Latorre K, Ibáñez B2, Pérez de Arriba J, Mosquera F, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. Atlas de VPM. 2008; 3(1): 199-216.

177 Pérez de Arriba J, Pinto Urizar J, Latorre K, Aizpuru F. Variabilidad de procesos de salud mental en Atención Primaria. Atlas VPM. 2008; 191-7.

II.3.3. Las soluciones a la variabilidad en la práctica médica

En relación con el problema específico de la Incapacidad Temporal, algunos autores (Ugalde, 1996) ¹⁷⁸ han relacionado la falta de formación especializada del médico de cabecera como factor implicado en la mayor prescripción de Incapacidad Temporal. En consecuencia, una mejora de estas circunstancias redundaría en una disminución de la variabilidad.

Algunos autores (Marion, 1998) ¹⁷⁹, hace algunos años, señalaban que las propuestas de actuación sobre esta variabilidad deben ir encaminadas a reducir la variabilidad por la vía de la reducción de los cuidados innecesarios o inapropiados (que no aportan beneficios o son perjudiciales para los pacientes), aspecto en el que coincide el propósito de los financiadores, profesionales de la salud y pacientes, y que sólo es abordable desde perspectivas científicas (clínicas y clínico-epidemiológicas) de la variabilidad.

Las guías de práctica clínica proporcionan interesante información para la toma de decisiones, y su propósito es disminuir la variabilidad de la práctica médica para garantizar un nivel óptimo de calidad y mejorar la atención sanitaria, señalando que dichas guías contribuyen a disminuir la variabilidad de la práctica clínica mediante la definición de unos estándares que deben tender a mejorar la atención sanitaria, gracias a la incorporación del conocimiento científico, a pesar de las dificultades que entraña traspasarlo de la teoría a la realidad (Aymerich, 2004) ¹⁸⁰

Las dos estrategias básicas a partir de estas constataciones son: asumir que la mejor información (reducción de incertidumbre) por parte de profesionales y pacientes modificará la toma de decisiones (existen ya numerosas evidencias que refuerzan esta estrategia), o asumir la presencia de incertidumbre y actuar sobre los estilos de práctica, ya sea controlando el desarrollo de la oferta o mediante diversos tipos de intervenciones. Estas dos orientaciones básicas, construidas sobre las VPM y la hipótesis de la incertidumbre, constituyen

178 Ugalde M, Alberquilla A, González C, Pilas M Rivera JM. Perfiles de duración de la IT en un distrito sanitario y su comparación con algunos estándares propuestos. Gac Sanit 1996; 10: 293-298.

179 J, Peiró S, Márquez S, Meneu de Guillerna R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc). 1998; 110:382-90.

180 Aymerich, M., Sánchez, E. (2004). Del conocimiento científico de la investigación clínica a la cabecera del enfermo: las guías de práctica clínica y su implementación. Gac Sanit 2004; 18 (4): 326-34

los ejes del conjunto de estrategias de política y de gestión clínica y sanitaria desarrolladas en los últimos 25 años, incluido el movimiento Medicina Basada en la Evidencia y la Colaboración Cochrane (Peiró, 2004)¹⁸¹.

La disminución de la variabilidad de la práctica asistencial debe ser un objetivo común de nuestras organizaciones. Entre los instrumentos de que se dispone para disminuir la variabilidad merecen destacarse: las guías de práctica clínica (*clinical practice guidelines*), las vías clínicas o trayectorias clínicas (*clinical pathways o critical pathways*) y los protocolos clínicos (*care protocols*) como los más significativos, (Berenguer, 2005)¹⁸²

Ante este planteamiento, puede resultar muy útil el manejo de Guías de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con ansiedad en Atención Primaria (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008)¹⁸³

Mejorar la toma de decisiones implica manejar la incertidumbre, lo que disminuye la VPC y, con ello, se mejora la calidad de la prestación, proponiendo el autor el uso de guías de práctica clínica o protocolos (Lázaro y de Mercado, 2006a).¹⁸⁴

Además de ello, cabe reseñar que la razón fundamental para desarrollar estándares de calidad y equidad es mejorar los resultados en los pacientes (Lázaro y de Mercado, 2006b)¹⁸⁵.

La Medicina Basada en la Evidencia ha intentado reducir la variabilidad y mejorar la idoneidad de la práctica clínica (Ochoa, 2006)¹⁸⁶.

La monitorización del trabajo clínico con indicadores de adecuación a los procesos, procedimientos, protocolos, guías o

181 Peiró S. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Grupo de Variaciones en la Práctica Médica. Red temática IRYSS. Gac Sanit 2004;18(1):72-5

182 Berenguer J, Esteve M y Verdaguer A. 2004. La disminución de la variabilidad en la práctica asistencial: del marco teórico conceptual a la implementación y evaluación, una necesidad. Rev Calidad Asistencial 2004;19(4):213-5

183 Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.

184 Lázaro y de Mercado, P. (2006). Estandarización en la práctica clínica. En: Oteo LA, editor. Gestión Clínica: desarrollo e instrumentos. Ediciones Diaz de Santos, 2006: 201-232.

185 Lázaro y de Mercado. P. (2006a). Necesidad, adecuación y utilización de los servicios sanitarios. Capítulo 2. En Oteo LA, editor. Gestión clínica: desarrollo e instrumentos. Ediciones Diaz de Santos, 2006:51-93.

186 Ochoa, C. Gonzalez de Dios, J. Evaluación de la adecuación de la práctica clínica a la evidencia científica. Evid Pediatr. 2006; 2:61

vías clínicas que se determinen, también jugará un papel importante para disminuir la variabilidad clínica (Ojeda-Pérez, 2006)¹⁸⁷. Señala además el autor, que los sistemas de registro de "errores" o de "actuaciones mejorables" también influirán en la formación de los profesionales, y constituyen un mecanismo de autorregulación que podría resultar muy útil para profesionales del conocimiento. Y concluye que, debería existir un sistema de información suficientemente dotado para poder recoger toda la información y procesarla adecuadamente. La informatización de la historia clínica y la existencia de repositorios documentales informatizados con acceso seguro, son fundamentales para poder limitar la variabilidad clínica en el trabajo diario, así como la disponibilidad de sistemas "inteligentes" que ayuden a la decisión y al seguimiento clínico de los pacientes. En esa línea se está trabajando desde la Conselleria de Sanitat, en relación a los sistemas de información para la gestión, incluida la gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal.

La medicina basada en la evidencia (MBE) y su consecuencia -las guías de práctica- son las principales estrategias para reducir la variabilidad de la clínica (Turabian, 2006)¹⁸⁸. El éxito de la MBE está en conseguir que los médicos hagan que su práctica sea más homogénea de lo que lo era previamente. Pero, aunque con frecuencia se dice que la ciencia es la base de la medicina, ésta es predominantemente un arte, en el que el conocimiento científico puede ser aplicado en diferente grado y en el que la estandarización de la mayoría de los procedimientos técnicos está limitada. Además, es un arte con características especiales, ya que se realiza en el seno de una relación humana, donde el «objeto» del arte es un sujeto con «significados». Por ello, concluye que el camino más seguro de reducir la incertidumbre es la contextualización.

La difusión de los resultados de los estudios ayudará a reconocer áreas de mejora de la calidad y de la continuidad en la asistencia de los problemas de salud mental (Pérez de Arribas, 2008)¹⁸⁹. Asimismo, la variabilidad observada en casi todos los indicadores incluidos en este estudio, indica la necesidad de más formación continuada en salud mental, sobre

187 Ojeda-Pérez F. Variabilidad clínica. Una visión del profesional médico. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21(2):63-5.

188 Turabián-Fernández JL, Pérez-Franco B. La variabilidad es un indicador de buena gestión clínica en medicina de familia. Aten Primaria. 2006;37(3):160-3.

189 Pérez de Arriba J, Pinto J, Latorre K, Aizpuru F. Variabilidad de procesos de salud mental en Atención Primaria. Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Atlas VPM 5. 2008.

todo en herramientas diagnósticas, y mayor coordinación con los servicios especializados.

Aquellos métodos de garantía de calidad que han demostrado ser más efectivos en disminuir la variabilidad han sido: las Auditorias médicas, la Investigación de resultados, la Elaboración de guías clínicas, protocolos y vías clínicas, la Métodos de búsqueda de la excelencia (Benchmarking), la Evaluación económica en asistencia sanitaria y la Creación de Registros (Del Llano, 2008)¹⁹⁰.

Además, merece la pena destacar los estudios realizados por Aizpuru (2010)¹⁹¹ referidos a la variabilidad en el diagnóstico de enfermos crónicos en atención primaria, en los que se evidenciaron que la variabilidad era menor en aquellos procesos que utilizan guías de práctica clínica basadas en la evidencia. Entre los procesos crónicos estudiados, se incluyeron la depresión y la ansiedad.

190 Del Llano J. Innovaciones en gestión de servicios de salud. [curso]. Fundación Gaspar Peral: cursos de verano 2008.

191 Aizpuru F, Latorre A, Latorre K, Ibañez B, Apiñaniz A et al. (2010). Comunicación en las XXX Jornadas de Economía de la Salud. Valencia. 2010.

III. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La justificación de la realización de la investigación se fundamenta en los siguientes pilares esenciales:

1. La gestión sanitaria de la prestación de Incapacidad Temporal del Instituto Nacional de la Seguridad Social en España es un asunto de gran trascendencia social, económica y sanitaria.
2. Persisten desde hace tiempo diversas iniciativas en línea con la mejora de la gestión de esta prestación, por parte de las Administraciones Sanitarias y de la Seguridad Social.
3. Los estudios previos en la materia, de carácter descriptivo observacional, han descrito diferencias geográficas en esta prestación, al comparar varias Comunidades Autónomas; al tiempo que han señalado diversos factores no sanitarios como implicados en las características de los procesos de Incapacidad Temporal.
4. Las enfermedades mentales, tanto a nivel nacional como internacional, han sido descritas como una de las principales patologías condicionantes de procesos de Incapacidad Temporal, junto a la patología osteo-articular. De hecho, en el estudio preliminar de esta tesis se constató que las enfermedades mentales supusieron el **7,53%** de los procesos de Incapacidad Temporal iniciados y el **14,98%** de los días de ausencia al trabajo por motivos de enfermedad en la Comunidad Valenciana durante 2009.
5. El código diagnóstico 300 supone el código más frecuente en los procesos de Incapacidad Temporal por enfermedades mentales, suponiendo el **63,38%** de los procesos. Así pues, este código supuso **26.069** procesos de Incapacidad Temporal en la Comunidad Valenciana durante 2009.
6. La metodología de análisis de la variabilidad de la práctica clínica es relativamente reciente en España y no existen antecedentes de su utilización en los procedimientos clínicos de prescripción de procesos de Incapacidad Temporal.
7. Una vez evidenciada la variabilidad de los actos médicos de prescripción de procesos de Incapacidad Temporal, se

podría avalar la adopción de medidas adecuadas de gestión, fundamentalmente a través de guías clínicas de actuación, que permitan mejorar la atención al paciente, disminuir la variabilidad médica garantizando una asistencia sanitaria equitativa e incrementar la eficacia de las actuaciones médicas.

IV. METODO DE LA INVESTIGACIÓN

IV.1. Objetivos

IV.1.1. Objetivo general

El objetivo general del estudio se concreta en analizar la variabilidad mostrada en la prescripción de procesos de Incapacidad Temporal en pacientes diagnosticados de patologías incluidas en el código 300 de la CIE-9-MC, en la Comunidad Valenciana, durante el año 2009, y conocer las variables a las que se asocia dicha variabilidad, determinando un modelo explicativo de la misma.

IV.1.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos incluyen:

- 1.** Describir los principales indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal (Incidencia, Duración Media e Índice de Ausencias), para todos los diagnósticos en general y para el código 300 de la CIE9-MC y los subcódigos que lo integran, en la población laboral y en la población sanitaria de la Comunidad Valenciana, durante el año 2009, agrupados por facultativo de atención primaria prescriptor del proceso, por centro de salud, por departamento de salud, por provincia y para el global de la Comunidad.
- 2.** Analizar la variabilidad observada en la práctica clínica de prescripción de procesos de Incapacidad Temporal, cuyo diagnóstico está incluido en el código 300 de la CIE-9-MC.
- 3.** Analizar la relación entre la variabilidad observada en los procesos de Incapacidad Temporal, cuyo diagnóstico está incluido en el código 300 de la CIE-9-MC, y los indicadores de gestión y organización del Sistema Sanitario Valenciano, los factores socio-demográficos y los indicadores de consumo de recursos asistenciales, determinando un modelo explicativo de dicha variabilidad.

IV.2. Hipótesis

El estudio de investigación tiene un primer componente descriptivo de los principales indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal (Incidencia, Duración media e Índice de ausencias) sobre el que no se formulan hipótesis.

En relación a los componentes analíticos, se formulan las siguientes hipótesis:

1. En la prescripción de procesos de incapacidad, cuyo diagnóstico se incluye en el código 300 de la CIE-9-MC, se ha adoptado la hipótesis nula de que no existe variabilidad entre los centros de salud, los departamentos de salud y la provincia, tanto en población en riesgo como en un subgrupo de la misma (población sanitaria), una vez estandarizada la Incidencia acumulada de los procesos por edad y sexo.
2. De rechazarse esta hipótesis nula se contrastará una segunda hipótesis nula que afirma que no existe asociación entre la Incidencia acumulada estandarizada y diversos factores de gestión y organización del sistema sanitario valenciano, socio-demográficos y de consumo de recursos asistenciales, y que, por tanto, no existe un modelo explicativo de la variabilidad y asociaciones observadas en los procesos de Incapacidad Temporal cuyo diagnóstico esté incluido en el código 300 de la CIE-9-MC.

IV.3. Material y métodos

IV.3.1. Diseño

Se ha realizado un estudio epidemiológico poblacional transversal ecológico (Pita, 1995)¹⁹², con tres estudios:

El **primer estudio** es de tipo descriptivo de las variaciones geográficas de los principales indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal (Incidencia, Duración Media e Índice de Ausencias) en la población de la Comunidad Valenciana durante el año 2009, para la población laboral y para la población integrada por los profesionales sanitarios, agrupados por facultativo de atención primaria prescriptor del proceso, por centro de salud, por departamento de salud y por provincia, para cada uno de los 19 grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, para cada uno de los 14 diagnósticos seleccionados por el INSS para 2009 y, específicamente, para el código diagnóstico 300 (Objetivo específico 1).

El **segundo estudio** está dedicado al análisis de la variabilidad de la Incidencia acumulada, estandarizada por edad y sexo, de los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 de la clasificación Internacional de Enfermedades, por centro de salud, por departamento de salud y por provincia mediante los indicadores clásicos de variación desarrollados para el análisis de áreas pequeñas, en orden a determinar si la variabilidad observada es de carácter aleatorio o sistemático (Objetivo específico 2).

En el **tercer estudio** se han analizado las relaciones entre la Incidencia acumulada, estandarizada por edad y sexto, de los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 de la clasificación Internacional de Enfermedades y determinados indicadores de gestión y organización del Sistema Sanitario Valenciano, factores socio-demográficos y consumo de recursos asistenciales, y la determinación de un modelo explicativo (Objetivo específico 3).

¹⁹² Pita Fernández S. **Tipos de estudios clínico epidemiológicos**. En: Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid; DuPont Pharma, S.A.; Unidad de epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante: 1995. p. 25-47.

IV.3.2. Población a riesgo, selección de casos y fuentes de información.

IV.3.2.1. Población a riesgo

La denominada población a estudio o población a riesgo, de acuerdo a las notas metodológicas de Librero *et al* (2005b)¹⁹³, del Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS), incluida en el estudio es toda la población trabajadora de la Comunidad Valenciana (en adelante, **población laboral**), entendiéndose por tal la que se encuentra de alta o asimilada al alta en el Sistema de Seguridad Social Español, con edades comprendidas entre los 16 y 65 años de edad durante 2009. Dicha población es la población de riesgo de sufrir el suceso, ya que solo son susceptibles de que se les prescriba por el facultativo de atención primaria un proceso de Incapacidad Temporal la población trabajadora de alta en Seguridad Social.

No obstante, es necesario reseñar que se excluyen de esta población a riesgo todas aquellas personas incluidas en los regímenes especiales de la Seguridad Sociales denominados mutualidades administrativas: MUFACE (Mutualidad Funcionarios Civiles del Estado), MUGEJU (mutualidad General de Justicia) e ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas), que suponen un 2,73% respecto de la población laboral (Conselleria de Sanitat, 2009)¹⁹⁴. Y ello debido a su particularidad en la gestión de las ausencias al trabajo por enfermedad, al no ser beneficiarios de procesos de Incapacidad Temporal sino licencias de enfermedad. Para estas últimas no precisan que el facultativo prescriba una baja laboral, sino que emite un informe médico que es estudiado por los órganos de personal al que está adscrito el trabajador en orden a determinar la concesión de esta licencia de enfermedad. En la mayoría de los casos, los precitados informes son emitidos por facultativos ajenos a la Agencia Valenciana de Salud y que, por tanto, no registran sus actuaciones médicas en el sistema de información ABUCASIS-SIA. En los pocos casos en que los facultativos, que emiten el informe, pertenezcan a la Agencia Valenciana de Salud, no cumplimentan dicho informe en el

193 Librero J, Rivas F, Peiró S, Allepuz A, Montes Y, Bernal-Delgado E, Sotoca R, Martínez N por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Notas metodológicas en el Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. 2005. 1(1): 43-48.

194 Conselleria de Sanitat. Datawarehouse SIP. [Monografía en internet]. Edición: diciembre 2009. Valencia. Generalitat; 2009 [recuperado el 25 de julio de 2010]. Disponible en: https://sip.san.gva.es/infosip/nuevo/Informes/Informe_Ampliado_Diciembre_09.pdf

sistema de información, sino en el modelo en formato papel que aporta el trabajador.

IV.3.2.1.1. Población laboral

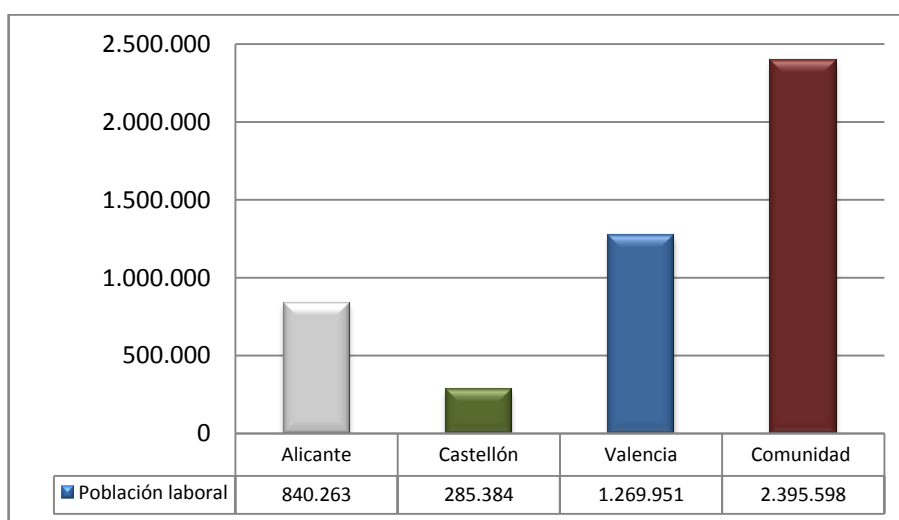
La población laboral de la Comunidad Valenciana, seleccionada a fecha 1 de enero de 2009, fue la considerada como población a riesgo y estaba integrada por **2.395.598 habitantes**, con la distribución por provincias que se refleja en la tabla y figura siguientes:

Tabla 18: Población a riesgo (laboral). Distribución provincial.

Provincia	Población laboral	Distribución
Alicante	840.263	35,08%
Castellón	285.384	11,91%
Valencia	1.269.951	53,01%
Comunidad Valenciana	2.395.598	100,00%

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009General.xls)

Figura 5: Población a riesgo (laboral). Distribución provincial.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras.xls)

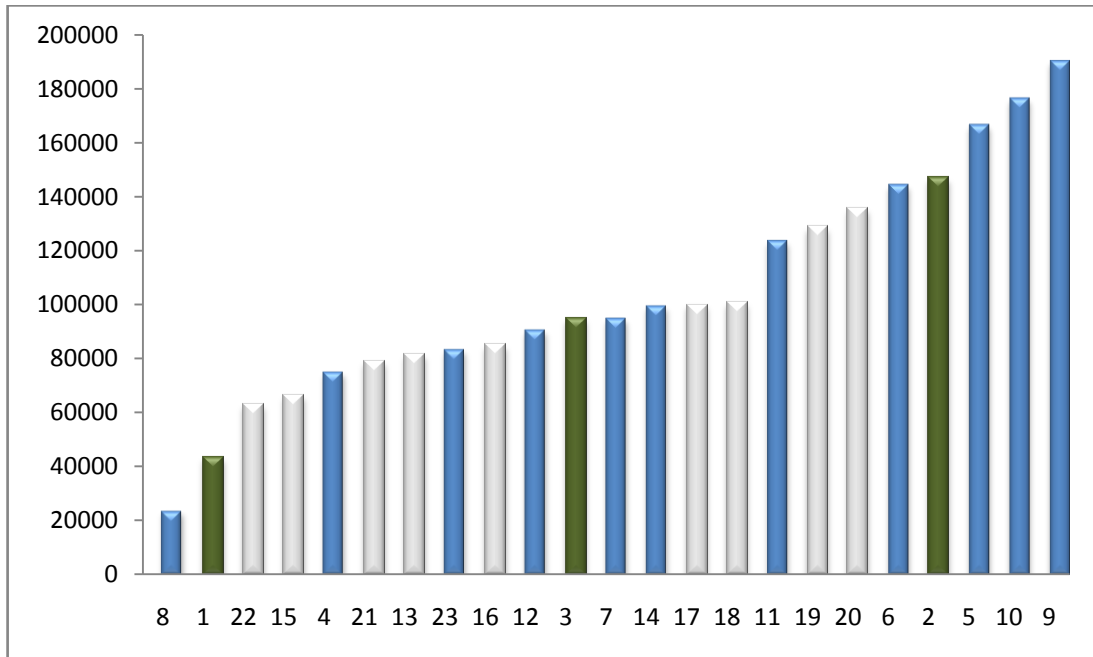
La población laboral distribuida en los 23 departamentos de salud en que está organizado el Sistema Sanitario Público de la Comunidad Valenciana adopta la distribución que se refleja en la tabla y figura siguientes:

Tabla 19: Población a riesgo (laboral). Distribución departamental.

Departamento de Salud	Población laboral	Distribución
1	43.413	1,81%
2	147.034	6,14%
3	94.937	3,96%
4	75.201	3,14%
5	166.670	6,96%
6	144.546	6,03%
7	95.087	3,97%
8	23.754	0,99%
9	190.347	7,95%
10	176.490	7,37%
11	123.817	5,17%
12	90.799	3,79%
13	81.438	3,40%
14	99.706	4,16%
15	66.439	2,77%
16	84.981	3,55%
17	99.918	4,17%
18	100.693	4,20%
19	128.782	5,38%
20	135.833	5,67%
21	79.116	3,30%
22	63.063	2,63%
23	83.534	3,49%
Comunidad Valenciana	2.395.598	100,00%

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009General.xls)

Figura 6: Población a riesgo (laboral). Distribución por departamentos de salud.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras.xls) En color verde los departamentos de la provincia de Castellón, en blanco los de Alicante y en azul los de la provincia de Valencia

IV.3.2.1.2. Población sanitaria

Para alguno de los estudios se ha utilizado, además, un subgrupo poblacional de la población a riesgo (población laboral), la denominada **población sanitaria**, definida como aquella población, con la condición de personal sanitario, que presta servicios en centros e instituciones sanitarias de la Agencia Valenciana de Salud.

Para el estudio de esta población se consideraron dos perspectivas: la del centro de trabajo del profesional y la de la población de residencia del mismo.

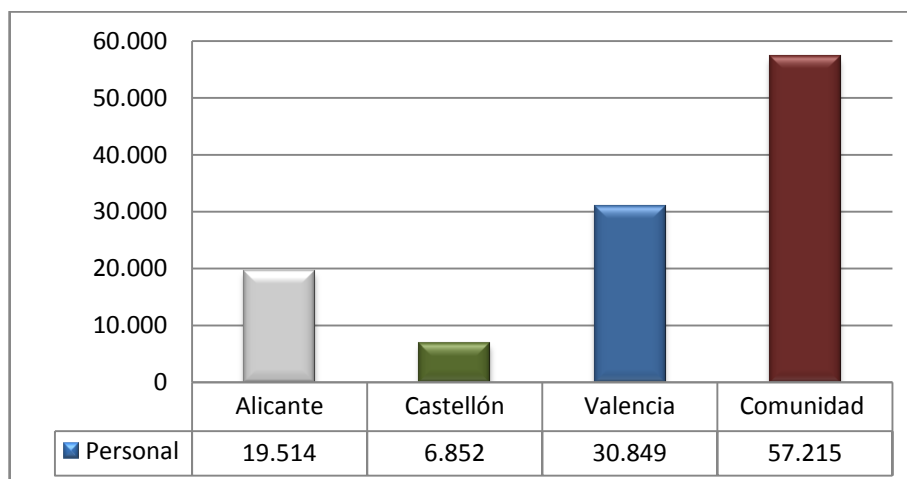
Población sanitaria por centro de trabajo

Esta población sanitaria de la Comunidad Valenciana, seleccionada a fecha 1 de enero de 2009, fue la considerada como población a riesgo y estaba integrada por **57.215 profesionales sanitarios**, de acuerdo al centro de trabajo del profesional, con la distribución por provincias que se refleja en la tabla y figura siguientes:

Tabla 20: Población a riesgo sanitaria por centro de trabajo. Distribución provincial.

Provincia	Personal Sanitario	Distribución
Alicante	19.514	34,11%
Castellón	6.852	11,98%
Valencia	30.849	53,92%
Comunidad Valenciana	57.215	100,00%

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario.xls)

Figura 7: Población a riesgo sanitaria. Distribución provincial por centro de trabajo

Fuente: Elaboración propia. (Figuras.xls)

La población sanitaria distribuida en los 23 departamentos de salud en que está organizado el Sistema Sanitario Público de la Comunidad Valenciana, adopta la distribución que se refleja en la siguiente tabla y figura. Es necesario hacer constar que esta población sanitaria a riesgo está integrada únicamente por personal estatutario adscrito a la Agencia Valenciana de Salud. En el caso de departamentos de salud gestionados mediante concesión administrativa, el personal estatutario supone un porcentaje respecto del total del personal. Es el caso de los departamentos 22, 23, 11 y 13.

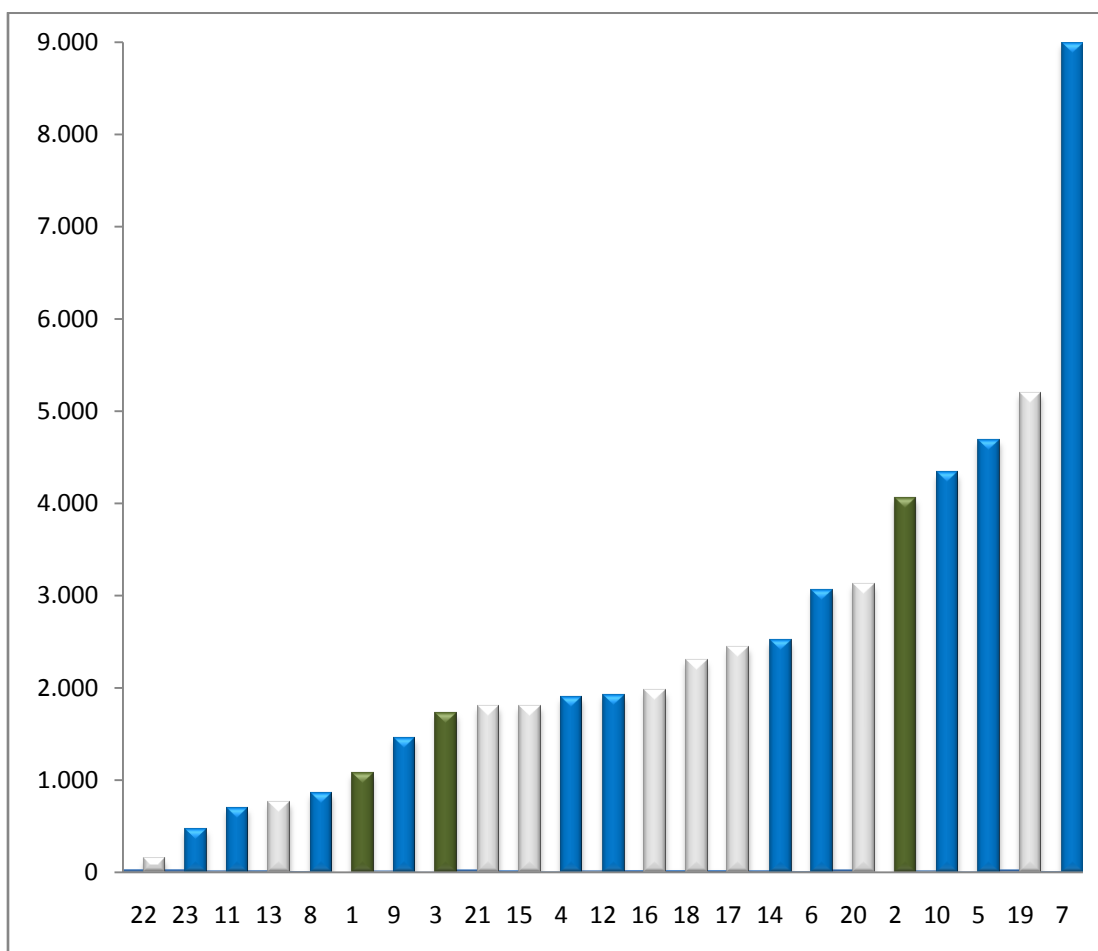
Tabla 21: Población a riesgo sanitaria. Distribución departamental.

Departamento de Salud	Personal Sanitario	Distribución
1	1.072	1,87%
2	4.057	7,09%
3	1.723	3,01%
4	1.898	3,32%
5	4.681	8,18%
6	3.057	5,34%
7	8.989	15,71%
8	853	1,49%
9	1.451	2,54%
10	4.330	7,57%
11	695	1,21%
12	1.922	3,36%
13	759	1,33%
14	2.508	4,38%
15	1.797	3,14%
16	1.967	3,44%
17	2.435	4,26%
18	2.296	4,01%
19	5.193	9,08%

Departamento de Salud	Personal Sanitario	Distribución
20	3.125	5,46%
21	1.796	3,14%
22	146	0,26%
23	465	0,81%
Comunidad Valenciana	57.215	100,00%

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario.xls)

Figura 8: Población a riesgo sanitaria por centro de trabajo. Distribución departamental.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras.xls) En color verde los departamentos de la provincia de Castellón, en blanco los de Alicante y en azul los de la provincia de Valencia

Población sanitaria por residencia del profesional

La población sanitaria de la Comunidad Valenciana, distribuida por provincias, de acuerdo a la residencia del profesional es la siguiente:

Tabla 22: Población sanitaria de la Comunidad Valenciana. Distribución por provincias de acuerdo a la residencia.

Provincia	Personal Sanitario	Distribución
Alicante	18.927	33,08%
Castellón	6.068	10,61%
Valencia	32.221	56,32%
Comunidad Valenciana	57.215	100,00%

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_CentrosSalud_Versión 05.xls)

IV.3.2.2. Centros de salud y consultorios auxiliares del estudio

En el **primer estudio**, descriptivo de los indicadores sanitarios de la gestión de la Incapacidad Temporal, se han incluido los **739** centros de salud y consultorios auxiliares de los 23 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana. Se relacionan en el anexo I.

En la tabla y figura siguientes se refleja la distribución de centros de salud por departamento de salud:

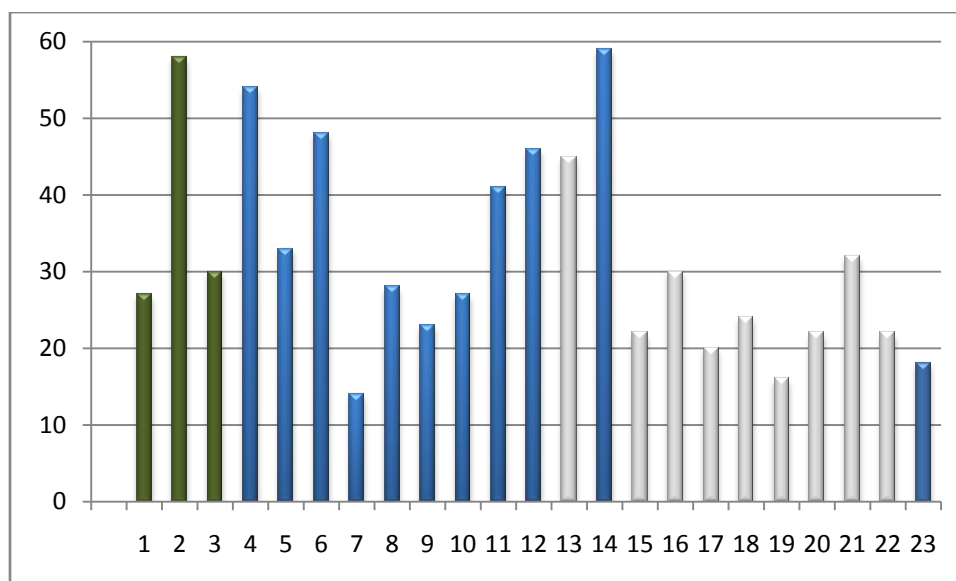
Tabla 23: Distribución de los 739 centros de salud en departamentos de salud

Departamento de salud	Centros de salud
1	27
2	58
3	30
4	54
5	33
6	48
7	14
8	28
9	23
10	27
11	41
12	46
13	45
14	59
15	22
16	30
17	20
18	24
19	16

Departamento	Centros
20	22
21	32
22	22
23	18
Total	739

Fuente: Elaboración propia

Figura 9: Distribución de los 739 centros de salud en departamentos de salud



Fuente: Elaboración propia. En verde departamentos de la provincia de Castellón; en azul de la provincia de Valencia y en blanco de la provincia de Alicante

En el **segundo estudio**, dedicado al análisis de la variabilidad en la práctica médica de prescripción de procesos de Incapacidad Temporal por código 300, para el cálculo de los estadísticos de variabilidad se han escogido para la mayoría de los análisis **539** centros que corresponden a los incluidos entre los percentiles 5 y 95 de acuerdo a la distribución de la variable a estudiar (Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300).

Para la fase de análisis de la variabilidad por departamentos de salud, se han escogido **575** centros, que se relacionan en el Anexo II. Para ello, se ha eliminado un centro que presentaba una Incidencia acumulada por código de 300 de 10,2147; al considerar que podría tratarse de un error toda vez que el percentil 95 de la distribución de Incidencias ha resultado ser de 1,951 y que el valor máximo inferior a él era de 3,756. Asimismo, se han eliminado del tercer estudio 163 centros (163_cs_excluidos.xls) con Incidencia acumulada por código de

300 con valor 0, que significa que en dichos centros, aun habiéndose prescrito procesos de Incapacidad por otros códigos diagnósticos, no se había prescrito ni uno solo por código 300; tratándose de 156 consultorios auxiliares y de 7 centros de salud con una población asignada muy pequeña (máximo de 1.421 habitantes).

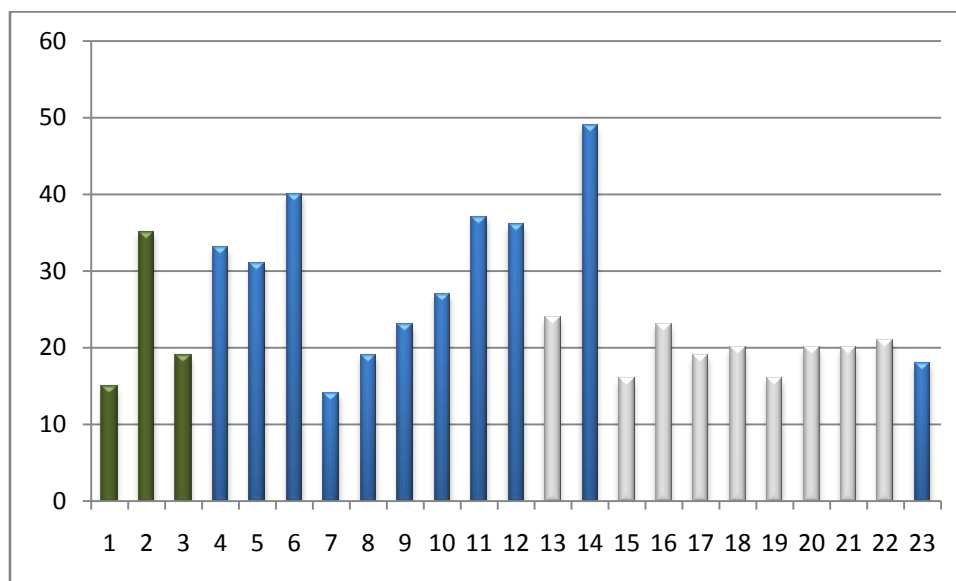
En el **tercer estudio**, dedicado al análisis de la asociación de factores a la variabilidad de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300, se han escogido **575** centros.

Tabla 24: Distribución de los 575 centros de salud en departamentos de salud

Departamento de salud	Centros de salud
1	15
2	35
3	19
4	33
5	31
6	40
7	14
8	19
9	23
10	27
11	37
12	36
13	24
14	49
15	16
16	23
17	19
18	20
19	16
20	20
21	20
22	21
23	18
Total	575

Fuente: Elaboración propia

Figura 10: Distribución de los 575 centros de salud en departamentos de salud



Fuente: Elaboración propia

IV.3.2.3. Fuentes de información

IV.3.2.3.1. Fuentes de información de inclusión de casos

ABUCASIS – Sistema de Información ambulatoria (SIA).

De dicho sistema de información se obtuvo la información relevante relativa a los procesos de Incapacidad Temporal: número de SIP del paciente, fecha de baja y de alta del proceso y código diagnóstico del proceso de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC), así como días de incapacidad durante 2009 y duración de los procesos cerrados en 2009. Se seleccionaron todos los procesos de Incapacidad Temporal con al menos un día de incapacidad durante 2009, esto es, se incluyeron los procesos iniciados con anterioridad y que se finalizaron en 2009, los procesos que se inician en 2009 aunque no finalicen en ese periodo y, por supuesto, aquellos procesos iniciados y finalizados en 2009. En total se estudiaron **480.755 procesos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos**. De ellos, **26.069** correspondieron al **código 300**.

De cada uno de los procesos se obtuvo la siguiente información adicional: facultativo prescriptor del proceso de Incapacidad

Temporal, así como el centro de salud, departamento y provincia de la Comunidad Valenciana dónde presta sus servicios.

Sistema de Información Sanitaria de la Incapacidad Temporal (SISIT).

Se obtuvo asimismo información de aquellos procesos de Incapacidad Temporal que no habían sido prescritos por los facultativos a través del módulo SIS de ABUCASIS, sino utilizando el procedimiento manual de cumplimentación de los partes de baja y alta. Esto acontece por dos razones: la implementación de SIA no alcanza al 100% de la Comunidad Valenciana en 2009, además de que se mantiene la efectividad de los procesos de incapacidad temporal prescritos en los modelos oficiales en papel. La información de estos procesos fue integrada con la obtenida de ABUCASIS-SIA.

IV.3.2.3.2. Fuentes de información adicionales

SIP

Es el Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanidad. De dicho sistema, mediante la identificación de los casos a través del número SIP, se obtuvieron los siguientes datos de los pacientes a los que le fue prescrita la Incapacidad Temporal: fecha de nacimiento, sexo, tipo de población de residencia (a través del código postal de residencia), nacionalidad (español o extranjero), facultativo de atención primaria (número de colegiado) y clave médica asignada, centro de salud asignado, , régimen de afiliación a la Seguridad Social, población asignada al facultativo de atención primaria (cupos médicos), ratio activos/pensionistas del facultativo de atención primaria y población laboral (de alta en seguridad social y por tanto en riesgo en nuestro estudio) asignada al facultativo de atención primaria.

CIRO

Es el sistema de información de gestión de recursos humanos de la Conselleria de Sanidad y la Agencia Valenciana de Salud. Se obtuvo información, a través del de NIF, de aquellos procesos de Incapacidad Temporal prescritos a personal sanitario de la

Agencia Valenciana de Salud. Asimismo se obtuvo la identificación del centro de trabajo, departamento y provincia en que presta servicios el paciente. Y se obtuvo la fecha de nacimiento del facultativo prescriptor de los procesos de Incapacidad Temporal.

CMBD

Conjunto mínimo básico de datos de la información hospitalaria y de cirugía mayor ambulatoria. De dichos sistema, y para aquellos pacientes que sufrieron un ingreso hospitalario y fueron sometidos a cirugía mayor ambulatoria, se recabó la siguiente información: diagnóstico principal, número de estancias, a partir de la fecha de ingreso y fecha de alta (en dos grupos: psiquiatría y otros) y servicio hospitalario de ingreso (en dos grupos: psiquiatría y otros).

Acuerdos de Gestión AVS

Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud 2009. De dicho sistema de información se obtuvo la siguiente información: demora de consulta en atención primaria (porcentaje de pacientes que esperan más de 2 días para visita en atención primaria), demora en primeras consultas en atención especializada, información clínica compartida (entre atención primaria y especializada), tasa de uso de consulta en atención primaria (tasa estandarizada de utilización poblacional de las consultas de atención primaria), gasto total por persona estandarizado, índice de absentismo por Incapacidad Temporal no profesional en personal sanitario e índice de utilización de la historia clínica electrónica.

IV.3.3. Métodos.

IV.3.3.1. Estudio descriptivo de los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal

IV.3.3.1.1. Descripción

Estudio descriptivo de la variación geográfica de la Incidencia, Duración Media e Índice de Ausencias de todos los procesos de Incapacidad Temporal y de los procesos de Incapacidad Temporal por código 300, en la población laboral y sanitaria de la Comunidad Valenciana, con carácter global y por provincias, por departamento de salud, por centro de salud y por facultativo prescriptor, durante 2009, así como para cada uno de los 19 grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, para cada uno de los 14 diagnósticos seleccionados por el INSS para 2009.

En el caso de la población sanitaria se ha estudiado tanto de acuerdo al centro de trabajo del profesional como a la asignación poblacional por criterios de residencia. Ambas perspectivas se han considerado necesarias por cuanto la primera de ella permite el análisis de la casuística en relación al centro de trabajo y la segunda es la aplicación a la población sanitaria del mismo criterio que a la población laboral en su conjunto.

En la agrupación por centro de trabajo, se han estudiado los indicadores antes mencionados con carácter global y por provincias, por departamento de salud y por centro de salud. En la agrupación obtenida de la asignación del Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanitat, de acuerdo a criterios de residencia, se han estudiado los indicadores con carácter global y por provincias, por departamentos de salud, por centros de salud, por facultativo prescriptor, por cada uno de los 19 grupos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, para cada uno de los 14 diagnósticos seleccionados por el INSS para 2009.

IV.3.3.2. Estudio de la variabilidad en la práctica médica de prescripción de procesos de Incapacidad Temporal por código 300

IV.3.3.2.1. Descripción e Individuos de análisis

Para el análisis de la variabilidad de la Incidencia acumulada estandarizada, utilizamos, de acuerdo a Librero (2005b)¹⁹⁵, de territorios definidos geográficamente por su relación con los servicios sanitarios o bien definidos administrativamente. En nuestro estudio:

- a) El centro de salud al que están adscrito el facultativo prescriptor y el paciente.
- b) El Departamento de salud al que está adscrito el centro de salud.

La estructura sanitaria de la Conselleria de Sanidad y la Agencia Valenciana de Salud se definen en el Mapa Sanitario de la Comunidad Valenciana (2007¹⁹⁶), aprobado por Decreto del Consell de la Generalitat en, aunque en 2008¹⁹⁷ se actualizó y 2009 se modificó en varias ocasiones (2009a¹⁹⁸, 2009b¹⁹⁹, 2009c²⁰⁰). En dicha estructura se definen los departamentos de salud y los centros de salud que tiene adscritos.

IV.3.3.2.2. Estudio preliminar del código 300

En este apartado se analizan el número de procesos, la perspectiva de género, la perspectiva de edad, la perspectiva de edad y género, de nacionalidad, de subgrupo poblacional según acceso de Seguridad Social, de población de residencia según el tamaño, y de facultativo, de los procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en la Comunidad Valenciana, durante 2009.

195 Librero J, Rivas F, Peiró S, Allepuz A, Montes Y, Bernal-Delgado E, Sotoca R, Martínez N por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Notas metodológicas en el Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. 2005. 1(1): 43-48.

196 Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana. Decreto 224/2007, de 16 de noviembre, del Consell. Diario oficial de la Comunidad Valenciana, nº 5643, (20-11-2007).

197 Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana: actualización. Resolución de 11 de abril de 2008 del Conseller de Sanidad. Diario oficial de la Comunidad Valenciana, nº 5767, (21-05-2008).

198 Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana: modificación. Resolución de 15 de abril de 2009 del Conseller de Sanidad. Diario oficial de la Comunidad Valenciana, nº 5996, (20-04-2009).

199 Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana: modificación. Resolución de 16 de abril de 2009 del Conseller de Sanidad. Diario oficial de la Comunidad Valenciana, nº 5996, (20-04-2009).

200 Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana: modificación. Resolución de 23 de abril de 2009 del Conseller de Sanidad. Diario oficial de la Comunidad Valenciana, nº 6016, (19-05-2009).

Para cada una de las perspectivas (género, edad, nacionalidad, subgrupo poblacional según acceso de Seguridad Social, de tipo población de residencia) se reflejan los datos absolutos y en porcentaje en dos tipos de poblaciones: la población laboral y la población formada por los casos de Incapacidad Temporal por código 300.

Para estudiar las diferencias entre las perspectivas de género (masculino y femenino), edad (grupos de edad: de 16ª 24 años, de 25 a 34 años, de 35 a 44 años, de 45 a 54 años y de 55 a 64), nacionalidad (española y extranjera), subgrupo poblacional (población sanitaria y no sanitaria), población de residencia según el tamaño (menos de 1000 habitantes, entre 1001 y 2000, entre 2001 y 5000, entre 5001 y 20000, y más de 20000 habitantes) se utilizó el análisis de comparación de medias para muestras relacionadas, obteniéndose el estadístico t y su significación.

IV.3.3.2.3. Estudios de variabilidad

Los análisis efectuados en este estudio fueron los siguientes:

Estandarización directa

Se ha utilizado, en primer lugar, el método directo de estandarización (Grupo VPM-IRYS)²⁰¹. Si calculamos la Incidencia acumulada en la población de alta en Seguridad Social de referencia obtenemos las tasas crudas. Es necesario señalar que se contabilizan todos los procesos de Incapacidad Temporal y no personas. Esto es, una persona podría ser susceptible de dos procesos de Incapacidad Temporal en el mismo año 2009.

Considerando que la edad y el sexo son dos variables determinantes de la morbilidad de las patologías susceptibles de prescripción de Incapacidad Temporal por código 300 y sus subgrupos, las diferencias en la distribución de la población de las diferentes provincias, departamentos y centros de salud prescriptores justificaría la variabilidad en las respectivas tasas de Incapacidad Temporal.

Para controlar este efecto se calcularon las tasas estandarizadas por edad y sexo de la Incidencia acumulada de los

201 Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Apotheque núm. 5: Método directo e indirecto. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

procesos, lo que posibilita la comparación entre provincias, departamentos y centros de salud obviando sus diferencias demográficas.

Estas tasas estandarizadas por edad y sexo se calcularon empleando como población de referencia la población laboral de la Comunidad Valenciana, obtenida del Sistema de Información Poblacional. En consecuencia, estas tasas estandarizadas, que son las que se utilizan en el estudio, pueden no coincidir con las tasas crudas, al representar las tasas que tendrían las provincias, los departamentos y los centros de salud si todos ellos tuvieran una población en riesgo con la distribución de edad y sexo de la población en riesgo de la Comunidad Valenciana. Para cada una de estas tasas se calcularon los intervalos de confianza al 95 %.

En primer lugar, se procedió a una estandarización directa de las tasas de Incidencia acumulada estandarizada por edad y sexo, de los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300, de los 739 centros de salud. Para ello, se precisó la distribución en estratos (grupos de edad y sexo) de la población estándar seleccionada, la población laboral de la Comunidad Valenciana, de edades entre 16 y 64 años, tal y como se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 25: Grupos de población laboral de la Comunidad Valenciana (por edad y sexo) para estandarización directa de tasas de Incidencia

Mujeres		Grupos de edad		Hombres
14,97%	177.007	De 16 a 24 años	180.902	14,91%
25,02%	295.971	De 25 a 34 años	312.419	25,76%
24,75%	292.724	De 35 a 44 años	314.025	25,89%
20,69%	244.702	De 45 a 54 años	245.240	20,22%
14,57%	172.301	De 55 a 64 años	160.307	13,22%
100,00%	1.182.705	Total	1.212.893	100,00%

Fuente: Elaboración propia. (Datos globales para estandarización.xls)

También se precisó la relación de tasas específicas de Incidencia acumulada de las poblaciones de todos los centros de salud de la Comunidad Valenciana; esto es, la Incidencia acumulada para cada uno de los estratos (grupos de edad y sexo) mediante el número de procesos de IT iniciados en cada uno de los estratos y la población trabajadora perteneciente a cada uno de los estratos. En la tabla siguiente se muestra como ejemplo, los datos de un centro de salud cualquiera:

Tabla 26: Ejemplo de un centro de salud y sus grupos de población (por edad y sexo) para estandarización directa de tasas de Incidencia.

Centro salud	Grupos de edad y sexo	Tasa específica (Incidencia)
29	Hombres de 16 a 24 años	1,064834
29	Mujeres de 25 a 34 años	0,374713
29	Hombres de 25 a 34 años	1,075265
29	Mujeres de 35 a 44 años	1,091875
29	Hombres de 35 a 44 años	1,145419
29	Mujeres de 45 a 54 años	0,888447
29	Hombres de 45 a 54 años	1,381961
29	Mujeres de 55 a 64 años	0,664503
29	Hombres de 55 a 64 años	1,058064
29	Hombres de 16 a 24 años	0,976227

Fuente: Elaboración propia. (Datos globales para estandarización.xls)

Las fórmulas de la estandarización directa son las siguientes (Schoenbach, 2000)²⁰²:

$$\text{Tasa Incidencia específica IT centro de salud A en el } k - \text{ésimo estrato} = \frac{c_k}{n_k} = r_k$$

Donde: c_k = número de casos de IT en el k -ésimo estrato de la población centro de salud A
 n_k = número total de personas en el k -ésimo estrato de la población centro de salud A
 r_k = tasa de Incidencia específica en el k -ésimo estrato de la población del centro de salud A.

$$\text{Tasa Incidencia estandarizada centro de salud A} = \frac{(r_1 N_1 + r_2 N_2 + r_3 N_3 + \dots + r_n N_n)}{(N_1 + N_2 + N_3 + \dots + N_n)}$$

O lo que es lo mismo:

$$\text{Tasa Incidencia estandarizada centro de salud A} = \sum \left(r_k \times \frac{N_k}{N} \right)$$

Donde: r_k = tasa de Incidencia específica en el k -ésimo estrato de la población del centro de salud A.
 N_k = número de personas en el k -ésimo estrato de la población estándar.
 N = número total de personas en la población estándar ($\sum N_k$)

²⁰² Schoenbach VJ. Estandarización de tasas y razones. En: Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, coordinador. Comprendiendo los fundamentos de la epidemiología. Edición otoño 2000. Departamento de Epidemiología Escuela de Salud Pública Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill; 2000. 129-152.

Obtención de las tasas de Incidencia estandarizadas mínima y máxima y sus percentiles

Del resultado del análisis anterior, tasas de Incidencia estandarizadas por el método directo, por edad y sexo, se calcularon la tasa mínima y la máxima, y los percentiles 5, 25, 50, 75 y 95 de la distribución de las mismas.

Estadísticos de variabilidad

Se emplearon los siguientes estadísticos de variabilidad, de acuerdo a los trabajos de McPherson (1981²⁰³, 1982²⁰⁴, 1990²⁰⁵), de Diehr (1992²⁰⁶, 1993²⁰⁷), Marqués (2003)²⁰⁸, Librero (2005)²⁰⁹, Bernal (2007²¹⁰, 2009a²¹¹, 2009b²¹²) y Ruiz Jareño (2009²¹³), para comparar las tasas obtenidas y la variabilidad observada: razón de variación, coeficiente de variación, coeficiente de variación ponderado y componente sistemático de la variación.

La razón de variación. En los estudios de variabilidad es frecuente la utilización de indicadores de variabilidad y, entre

203 McPherson K, Strong PM, Epstein A, Jones L. Regional variation in the use of common surgical procedures within and between England and Wales, Canada and the United States of America. Soc Sci Med 1981; 15A: 273-288.

204 McPherson K, Wennberg JE, Hovind OE, Clifford P. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. N Eng J Med 1982; 307:1310-1314.

205 McPherson K. Why do variations occur? In: Mooney G, Anderson TF, eds. The challenges of medical practice variations. London: McMillan, 1990: 16-34.

206 Diehr P, Cain K, Ye Z, Abdul-Salam F. Small area variation analysis. Methods for comparing several diagnostic related groups. Med Care 1993; 31:YS45-YS53.

207 Diehr P, Cain KC, Kreuter W, Rosenkranz S. Can small-area analysis detect variation in surgery rates? The power of small-area variation analysis. Med Care 1992; 30: 484-502.

208 Marqués Espí JA, Peiró S, Medrano Heredia J. Variaciones en las tasas estandarizadas de intervenciones quirúrgicas en Alicante. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad, Subsecretaría para la Agencia Valenciana de Salud; 2003.

209 Librero J, Rivas F, Peiró S, Allepuz A, Montes Y, Bernal-Delgado E, Sotoca R, Martínez N por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Notas metodológicas en el Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. 2005. 1(1): 43-48. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

210 Bernal Delgado E, Beltrán Peribáñez J, Martínez Lizaga N, Abadía B, Villaverde MV por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variabilidad en el tratamiento quirúrgico de cáncer de mama y de próstata. 2007. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

211 Bernal E, Aibar C, Villaverde MV, Abadía B, Librero J, Peiró S, Ridao M, por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variaciones en el uso de cesáreas en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. 2009. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

212 Bernal E, Aibar C, Villaverde MV, Abadía B, Librero J, Peiró S, Ridao M, por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variaciones en la utilización de cesáreas en función del riesgo obstétrico en los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud. 2009. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

213 Ruiz Jareño L. Variaciones geográficas en la cirugía de la patología degenerativa de raquis en el Sistema Nacional de Salud [tesis doctoral]. Tesis doctorales en red (<http://www.tdr.cesca.es>). Universidad de Valencia; 2009. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

ellos, el inicial es la razón de variación (Grupo VPM-IRYS)²¹⁴. Es la razón entre el más alto y el más bajo de los valores observados (valor máximo / valor mínimo).

Pese a que apenas utiliza información, únicamente los dos valores más extremos, es una medida muy utilizada por su sencillez y su valor intuitivo para interpretar la variabilidad. Una RV igual a dos significa una variabilidad del doble entre el área (centro de salud, departamento o provincia) con mayor y menor frecuencia del procedimiento.

Debe ser interpretado con cautela cuando las áreas son pequeñas (menos de 10.000 habitantes) o la frecuencia del procedimiento es baja. Es usual, y por ello lo realizaremos, sustituirlo por la razón de variación entre los centros de salud en los percentiles 95 y 5 (RV_{5-95}) que reduce el efecto de los valores extremos, y acompañarlo de la razón de variación entre los percentiles 75 y 25 (RV_{75-25}) que ofrece una idea de la variabilidad en el 50% central de las observaciones y que de acuerdo a Librero et al por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Librero, 2005a²¹⁵ 2005b²¹⁶), una idea de la variabilidad en el 50% de las tasas de Incidencia acumulada.

$$RV = \frac{\max(DSR_i)}{\min(DSR_i)}$$

Donde: DSR = Tasa de Incidencia estandarizada

El coeficiente de variación se obtuvo entre las tasas incluidas en los percentiles 5 y 95. Es el cociente entre la desviación estándar y la tasa media. El CV expresa el valor de la desviación estándar en unidades de media con la ventaja, frente a la desviación estándar, de no depender de las unidades de medida. Es interpretable en términos de variación relativa (más

214 Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Apotheque núm. 3: Razón de variación. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

215 Librero J, Rivas F, Peiró S, Allepuz A, Montes Y, Bernal-Delgado E, Sotoca R, Martínez N por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. 2005. 1(1): 43-48.

216 Librero J, Rivas F, Peiró S, Allepuz A, Montes Y, Bernal-Delgado E, Sotoca R, Martínez N por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Notas metodológicas en el Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. 2005. 1(1): 43-48.

variabilidad a mayor valor del coeficiente). También utilizaremos el coeficiente de variación para las tasas entre el percentil 5 y 95.

$$CV = \frac{\sqrt{\sum (DSR_i - \overline{DSR})^2 / (n-1)}}{\sum DSR_i / n} \quad \text{siendo } \overline{DSR} = \frac{\sum DSR_i}{n}$$

Donde: DSR = Incidencia estandarizada; n = número de centros de salud.

Se calculó el coeficiente de variación ponderado (CVW₅₋₉₅). Este coeficiente está ponderado por tamaño poblacional de cada centro de salud y suele ser un estadístico de elección, al soportar mejor que el coeficiente de variación la presencia de tamaños poblacionales diferentes en los centros de salud, siguiendo a los mismos autores.

Es el cociente entre la desviación estándar entre centros de salud y la media entre centros de salud, ponderadas por el tamaño de cada área. El CVw es similar al CV, si bien otorga mayor peso a los centros de salud con mayor número de habitantes y soporta mejor que éste la presencia de áreas con tamaños poblacionales diferentes.

Es uno de los estadísticos de elección cuando el tamaño de los centros de salud es muy diferente.

$$CV_W = \frac{\sqrt{\sum n_i (DSR_i - \overline{DSR})^2 / (\sum n_i - 1)}}{\sum n_i DSR_i / \sum n_i}$$

Donde: DSR = Tasa de Incidencia estandarizada; n = número de centros de salud.

A continuación se obtuvieron el componente sistemático de la variación (CSV) para el conjunto de las tasas estandarizadas y el CSV₅₋₉₅ (coeficiente sistemático de la variación entre los percentiles 5 y 95), que miden la variación entre tasas de Incidencia de diferentes centros de salud (variación sistemática).

Recuérdese que existe, según el modelo que las explicita, otra variabilidad denominada aleatoria que ocasiona las diferencias

dentro de cada centro de salud. A mayor CSV, mayor variación sistemática y por tanto no esperable por azar (Ibáñez, 2009).

Mide la variación de la desviación entre la tasa observada y esperada, expresada como porcentaje de la tasa esperada.

Es una medida derivada a partir de un modelo que reconoce dos fuentes de variación: variación sistemática (diferencia entre áreas) y variación aleatoria (diferencia dentro de cada área).

Mide la variación de la desviación entre la tasa observada y esperada, expresada como porcentaje de la tasa esperada. A mayor SCV mayor variación sistemática (no esperable por azar).

Cuando la variabilidad de los distintos procedimientos que es necesario comparar, SCV y en especial, estadística EB, son las medidas más robustas y permiten la superación de los problemas derivados de las diferencias en los procedimientos de las tasas de prevalencia (Ibáñez, 2009)²¹⁷.

$$CSV = \frac{1}{n} \left(\sum \frac{(y_i - e_i)^2}{e_i^2} - \sum \frac{1}{e_i} \right)$$

Donde: y_i = número de procesos de incapacidad temporal observados en el centro de salud i ; e_i = número de procesos de incapacidad temporal esperadas en el centro de salud i en función de la estructura de edad y sexo y las tasas específicas de intervenciones por edad y sexo (ajuste por el método indirecto); n = número de centros de salud.

Coefficiente de Gini y Prueba de Lorenz

Son medidas de concentración que tratan de poner de relieve el mayor o menor grado de igualdad en el reparto del total de los valores de la variable; son, por tanto, indicadores del grado de distribución de la variable. Aunque este coeficiente es muy utilizado en estudios de desigualdades por renta, en nuestro estudio lo utilizamos para medir la variabilidad de las tasas de Incidencia acumulada. El coeficiente de Gini es un número entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad (todos los centros de salud tendrían la misma tasa estandarizada de Incidencia) y 1 se corresponde con la perfecta desigualdad (un centro de salud tendría todos los procesos de Incapacidad Temporal y los demás ninguno).

217 Ibáñez B, Librero J, Bernal E, Peiró S, González López- Valcárcel B, Martínez N, Aizpuru F. ¿Hay mucha variación en la variación? Revisando las estadísticas de variación de áreas pequeñas en los servicios de investigación en salud. BioMed Central [Revista en internet] [Publicado en Internet el 02 de abril 2009] BMC Res Salud Serv 2009; 9: 60. <http://www.biomedcentral/1472-6963/9/60>

$$C_G = \frac{\sum_{i=1}^{n-1} (p_i - q_i)}{\sum_{i=1}^{n-1} p_i}$$

Donde:

- C_G : Coeficiente de Gini
- $p_i = \frac{N_i}{N} \cdot 100$ y N_i es la frecuencia acumulada de la población.
- $q_i = \frac{u_i}{u_n} \cdot 100$ y u_i es el producto de la tasa de Incidencia acumulada de procesos de incapacidad temporal por código 300, por la población acumulada.

Si esto lo representamos gráficamente obtendremos la **curva de concentración o curva de Lorenz**. La manera de representarlo será, en el eje de las X, los valores p_i en % y en el de las Y los valores de q_i en %. Al ser un %, el gráfico siempre será un cuadrado, y la gráfica será una curva que se unirá al cuadrado, por los valores $(0,0)$, y $(100,100)$, y quedará siempre por debajo de la diagonal. La manera de interpretarla será: cuanto más cerca se sitúe esta curva de la diagonal, menor concentración habrá, o más homogeneidad en la distribución. Cuanto más se acerque a los ejes, por la parte inferior del cuadrado, mayor concentración

Chi al cuadrado (χ^2)

Es la clásica medida de relación entre dos variables cualitativas, empleada con $k-1$ grados de libertad (Daniel, 1989) ²¹⁸. Aunque este estadístico no mide directamente la variabilidad, permite conocer si las tasas entre áreas resultan homogéneas. Expresa si las diferencias entre los casos observados y los casos esperados son significativas (Schwartz, 1988) ²¹⁹. Es un indicador cada vez menos utilizado, pues se obtienen resultados significativos habitualmente.

²¹⁸ Daniel W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3ª Ed. Madrid: Limusa; 1989.

²¹⁹ Schwartz D. Métodos estadísticos para médicos y biólogos. Barcelona: Editorial Herder; 1988)

$$X^2 = \left(\sum \frac{(y_i - e_i)^2}{e_i} \right) \approx X^2_{I-1}$$

Estandarización indirecta

En segundo lugar, se ha utilizado el método indirecto de estandarización que permite analizar las razones de Incidencia estandarizada (RIE), que requieren estimar los casos esperados en cada centro de salud (Grupo VPM-IRYS)²²⁰

El método indirecto utiliza los tamaños de los grupos de la variable por la que se quiere ajustar y las tasas específicas de la población estándar para calcular cuántos eventos se podrían esperar en las poblaciones si tuviesen las tasas específicas de la población estándar.

El número de procesos de IT esperados representa el número de procesos de IT que se producirían si la población laboral de los diferentes centros de salud tuviera una probabilidad de serles prescrito un proceso de IT de forma similar a la de la población laboral de la Comunidad Valenciana de la misma edad y sexo.

Los eventos esperados se combinan con los observados en realidad (observados/esperados) mediante el RIE (habitualmente se multiplica por 100).

Con el método de estandarización indirecta no es posible la comparación entre centros de salud, dado que ahora se aplican unas tasas específicas constantes (la de la población general) sobre las pirámides de cada área al no poder obviarse las diferencias en estructura de edad y sexo de la población laboral entre ellos, pero sí permite la comparación de cada centro de salud con un patrón global, en este caso el de la población laboral de la Comunidad Valenciana (Librero, 2005b)²²¹.

220 Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Apotheque núm. 1: Tasa cruda y tasa estandarizada. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Apotheque núm. 1. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

221 Librero J, Rivas F, Peiró S, Allepuz A, Montes Y, Bernal-Delgado E, Sotoca R, Martínez N por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Notas metodológicas en el Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. 2005b. 1(1): 43-48.

Para efectuar la estandarización indirecta de la Incidencia acumulada hizo falta obtener la siguiente información. En primer lugar, la distribución en cada centro de salud de la población según los estratos definidos (grupos de edad y sexo) y procesos de IT iniciados. Sirva de ejemplo los datos del centro de salud que se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 27: Ejemplo de un centro de salud y sus grupos de población (por edad y sexo) para estandarización indirecta de tasas de Incidencia.

Centro salud	Grupos de edad y sexo	Población	Procesos IT iniciados
29	Mujeres de 16 a 24 años	1.033	11
29	Hombres de 16 a 24 años	1.067	4
29	Mujeres de 25 a 34 años	1.860	20
29	Hombres de 25 a 34 años	1.923	21
29	Mujeres de 35 a 44 años	1.746	20
29	Hombres de 35 a 44 años	1.913	17
29	Mujeres de 45 a 54 años	1.447	20
29	Hombres de 45 a 54 años	1.505	10
29	Mujeres de 55 a 64 años	945	10
29	Hombres de 55 a 64 años	922	9

Fuente: Elaboración propia. (Datos globales para estandarización.xls)

También se precisó disponer de tasas específicas de Incidencia de la población estándar, en nuestro caso la población laboral de la Comunidad Valenciana, para cada uno de los estratos. Los datos se reflejan en la tabla siguiente:

Tabla 28: Población laboral de la Comunidad Valenciana. Tasas de Incidencia por estratos (grupos de edad y sexo) utilizadas para la estandarización indirecta.

Grupos de edad y sexo	Tasa específica (Incidencia)
Mujeres de 16 a 24 años	0,649128
Hombres de 16 a 24 años	0,275840
Mujeres de 25 a 34 años	1,558598
Hombres de 25 a 34 años	0,851100
Mujeres de 35 a 44 años	1,575544
Hombres de 35 a 44 años	0,958521
Mujeres de 45 a 54 años	1,476487
Hombres de 45 a 54 años	0,950091
Mujeres de 55 a 64 años	1,099822
Hombres de 55 a 64 años	0,922607

Fuente: Elaboración propia. (Datos globales para estandarización.xls)

Las fórmulas de la estandarización indirecta se explicitan a continuación (Schoenbach, 2000)²²²:

$$\text{Tasa Incidencia específica Población estándar en el } k - \text{ésimo estrato} = \frac{C_k}{N_k} = R_k$$

Donde: C_k = número de casos de IT en el k -ésimo estrato de la población de estándar
 N_k = número total de personas en el k -ésimo estrato de la población de estándar
 R_k = tasa de Incidencia en el k -ésimo estrato de la población estándar

A continuación se aplica la tasa específica (de la población estándar) a la población de cada estrato a cada centro de salud.

$$\begin{aligned} &\text{Número esperado de casos de IT para el centro A} \\ &= \sum ((\text{Tasas I específicas por estrato de la población estándar}) \\ &\times (\text{Tamaño de los estratos de la población de estudio})) = \sum (R_k n_k) \end{aligned}$$

$$\text{Casos observados en el centro A} = \sum d_k$$

$$RIE = \frac{\text{Casos observados}}{\text{Casos esperados}} = \frac{\sum d_k}{\sum (R_k n_k)}$$

RIE = Razón de Incidencia estandarizada.

Donde: d_k = número de casos en el k -ésimo estrato de la población del centro de salud (casos observados)
 n_k = tamaño del k -ésimo estrato de la población del centro de salud
 R_k = tasa de Incidencia en el k -ésimo estrato de la población estándar

²²² Schoenbach VJ. Estandarización de tasas y razones. En: Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, coordinador. Comprendiendo los fundamentos de la epidemiología. Edición otoño 2000. Departamento de Epidemiología Escuela de Salud Pública Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill; 2000. 129-152

Razón de Incidencia estandarizada

Los eventos esperados se combinan con los observados en realidad (observados/esperados) mediante la Razón de Incidencia Estandarizada (RIE). De estas RIE se estudiaron el número y porcentaje de centros de salud con razón de Incidencia estandarizada inferior o superior en más de un 50% a la razón de Incidencia estandarizada del conjunto de la población estudiada cuyo valor es 1. Este estudio da una idea global de la variabilidad global a nivel geográfico (Grupo VPM-IRYS)²²³.

Elaboración de las representaciones gráficas de estos análisis de variabilidad.

Se han utilizado las siguientes representaciones gráficas, siguiendo los trabajos de Bernal (2007)²²⁴ y otros autores:

Gráficos de puntos (dotplot). Para representar gráficamente la variabilidad se utilizan gráficos de puntos (dotplot) en los que cada punto representa el valor de una tasa estandarizada de Incidencia en un centro de salud. Los centros de salud con tasas similares se representan al mismo nivel, con lo que los dotplot adoptan una imagen romboidal, que será más simétrica cuanto más se parezca la distribución estudiada a una normal (Grupo VPM-IRYS)²²⁵. Se han elaborado estos gráficos para el conjunto de los 739 centros de salud y para los centros incluidos entre los percentiles 5 y 95. En este último se puede observar con más claridad la variabilidad de las tasas entre centros de salud (Grupo VPM-IRYS)²²⁶.

También se ha elaborado otro gráfico de puntos de enorme interés intuitivo muestra la distribución de las tasas de Incidencia acumulada por departamentos de salud. Para cada uno de los departamentos de salud se señala en color rojo la media de Incidencia. Y, adicionalmente, se ha preparado un gráfico

223 Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Apotheque núm. 4: Razón de utilización estandarizada. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

224 Bernal Delgado E, Beltrán Peribáñez J, Martínez Lizaga N, Abadía B, Villaverde MV por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variabilidad en el tratamiento quirúrgico de cáncer de mama y de próstata. 2007.

225 Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Apotheque núm. 1: Tasa cruda y tasa estandarizada. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Apotheque núm. 1. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

226 Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Apotheque núm. 2: Gráficos de puntos y burbujas. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Apotheque núm. 2. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

(boxplot) que muestra la distribución de las tasas de Incidencia acumulada por departamentos de salud, con indicación de la media y los intervalos de confianza al 95.

Análisis de la variabilidad de la Incidencia entre departamentos de salud.

Merece la pena detenerse en el análisis de la varianza explicada por el factor Departamento de Salud. Se utiliza para valorar si las tasas de los centros de salud de un mismo departamento de salud correlacionan entre sí y sobre medias diferentes a las de otros departamentos.

Para ello hemos comprobado si los diferentes grupos definidos por la variable departamento, difieren en la variable Incidencia. La Variable independiente o Factor (VI) ha sido los departamentos de salud, y la Variable cuantitativa dependiente ha sido la Incidencia. Se ha adoptado como hipótesis (H) de ANOVA ("Analysis of Variance") de un factor que: "Las medias de la Incidencia acumulada estandarizada (variable dependiente) en cada nivel (departamentos de salud) de la variable independiente son iguales. Si esta hipótesis fuese cierta, los departamentos no diferirían en la Incidencia.

La estrategia para poner a prueba la igualdad de medias consiste en obtener el Estadístico F, que refleja el grado de parecido existente entre las medias que se están comparando. Si las medias muestrales son distintas, F tomará un valor mayor que 1.

No obstante, dicho estadístico F requiere de dos condiciones: la normalidad de la distribución de la variable y la homogeneidad de varianzas.

La normalidad de la distribución de la variable se verifica mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En el caso que no pueda verificarse esta normalidad, una de las soluciones más aceptadas es la transformación de la variable. En nuestro estudio la transformamos por su raíz cuadrada positiva.

La homogeneidad de varianzas se comprueba con el Estadístico de Levene. Si la prueba de Levene resulta significativa, se utiliza el Estadístico de Welch. Este estadístico es un test aproximado para igualdad de medias sin asumir la homogeneidad de varianzas. En consecuencia, en aquellos casos en los que no se verifique la condición de homogeneidad de varianzas, en vez de utilizar el

estadístico F que proporciona la técnica ANOVA, se usará el contraste de Welch. Esta prueba proporciona una alternativa al estadístico F que no requiere la homogeneidad de las varianzas y cuyos resultados convergen con los proporcionados por el ANOVA a medida que se amplía el tamaño muestral (Martin, 2009)²²⁷.

Si se obtiene un resultado significativo en la prueba de Welch, nos permite concluir que existen diferencias significativas entre las medias de Incidencia de los departamentos de salud y, en consecuencia, nos permite rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias entre los citados departamentos.

Una vez validada la diferencia de medias, se obtiene el resultado del Estadístico de Welch y su nivel de significación, para poder rechazar la hipótesis de igualdad de varianzas entre los departamentos de salud. Al rechazar esta hipótesis, sabemos que las medias de dichos departamentos no son iguales, pero desconocemos dónde se encuentran las diferencias.

Para saber qué media difiere de qué otra se debe utilizar un tipo especial de análisis denominado comparaciones múltiples post hoc o comparaciones a posteriori. Se ha seleccionado, de entre todas las posibles, la prueba de Games-Howell que permite no asumir varianzas iguales.

Gráficamente se ha utilizado el procedimiento de gráficos de medias con intervalos LSD del 95% para representar las medias y los intervalos de las Incidencias en los departamentos de salud. (modelo lineal generalizado, opciones de gráficos de medias)

Análisis de la variabilidad explicada por departamentos de salud.

Por último, procedemos a analizar los datos utilizando los modelos jerárquicos o multinivel (Pardo, 2007)²²⁸, que han ido cobrando un interés creciente en los últimos años. Otros autores también defienden la validez de estos modelos (Herrera, 2009)²²⁹.

El término multinivel hace referencia a estructuras de datos jerarquizados o anidados, lo que significa que la información

227 Martín, F, Romero, PM, Sánchez, G. La investigación en dirección de recursos humanos: análisis empírico de los procesos de construcción y comprobación de la teoría. Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa, vol. 18, núm. 3 (2009), 37-64

228 Pardo A, Ruiz MA, San Martín R. Cómo ajustar e interpretar modelos multinivel con SPSS. Psicothema 2007; 19(2): 308-321.

229 Herrera M. Gasto en farmacia y médico de atención primaria: un enfoque multinivel. Estadística Española 2009. 51 (171): 331-361

sobre las observaciones está desglosada en varios niveles; en nuestro caso, centros de salud agrupados en departamentos de salud. El nivel más bajo de información (nivel 1) se refiere a los centros de salud y el nivel superior (nivel 2) contiene información referida a los departamentos de salud. La metodología multinivel es de especial interés en economía, principalmente en micro-econometría, debido a que las relaciones estudiadas en los individuos suelen estar influenciadas por el contexto social al que pertenecen.

Dos procedimientos habituales en el análisis de datos multinivel son la desagregación desde el nivel superior hacia el inferior o la agregación de las variables del nivel inferior hacia el superior. En el primer caso, a los individuos del nivel 1 se les adjudica el mismo valor de la variable a nivel superior. En el segundo caso, los datos individuales son agregados en unidades del nivel superior, eliminando la variación intragrupal. Este último caso comúnmente se denomina análisis contextual o ecológico.

Analizar variables de diferentes niveles en un único nivel es inadecuado. Uno de los problemas que es la denominada falacia ecológica, que consiste en analizar datos en el nivel 2 y formular conclusiones a un nivel 1. Otro de los problemas se produce con resultados obtenidos nivel 1 y su interpretación incorrecta a nivel 2, denominada falacia atomística.

El enfoque multinivel soluciona los problemas anteriores. Para analizar los datos utilizamos un Análisis de Varianza (Grupo VPM-IRYS)²³⁰ por un factor de efectos aleatorios (AEA), de acuerdo al trabajo de Pardo (2007)²³¹. La significación se evalúa con la prueba de Wald Z y el resultado obtenido se denomina coeficiente de correlación intraclase (CCI), y representa el grado de variabilidad existente entre los distintos departamentos en comparación con la variabilidad existente entre los centros de salud de un mismo departamento. En consecuencia, también representa el grado de relación o similitud entre los centros de salud de un mismo departamento de salud.

Adicionalmente se efectúa un segundo análisis, denominado análisis de componentes de la varianza. La tabla de análisis de

230 Librero J, Rivas F, Peiró S, Allepuz A, Montes Y, Bernal-Delgado E, Sotoca R, Martínez N por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Notas metodológicas en el Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. 2005. 1(1): 43-48.

231 Pardo A, Ruiz MA, San Martín R. Cómo ajustar e interpretar modelos multinivel con SPSS. *Psicothema* 2007; 19(2): 308-321.

varianza divide la varianza de Tasa ajustada en 2 componentes, uno para cada factor. Cada factor (centros de salud), después del primero (departamentos de salud), está anidado en el de arriba (departamentos de salud). En nuestro caso solamente valoramos el factor departamento de salud. Entendemos que en los residuos o error están incluidos tanto el factor centro de salud como otros. El objetivo de este análisis es comparar la cantidad de variabilidad con la que contribuye cada uno de los factores, llamados los componentes de varianza.

IV.3.3.3. Estudio de asociación de factores a la variabilidad de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 y modelo explicativo

IV.3.3.3.1. Descripción

Se realizaron unos análisis secundarios, de tipo ecológico, para valorar si existe algún tipo de asociación o relación entre las tasas de Incidencia acumulada y algunas variables de la oferta sanitaria, a través de los indicadores de gestión y organización del sistema sanitario valenciano, de los factores socio-demográficos y de los recursos sanitarios, así como un modelo explicativo de la variabilidad.

Las variables que se utilizarán para estudiar la variabilidad, sus asociaciones y su modelo explicativo, se resumen a continuación. De cada variable se incluye su denominación, su definición, el tipo de variable y el sistema de información que posibilita su extracción.

Todas las variables se referencian al número SIP como identificador. Por supuesto, este número SIP se ha encriptado adecuadamente para garantizar la confidencialidad.

IV.3.3.3.2. Variable dependiente

La variable dependiente del estudio es la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal en 2009 por centro de salud de la Comunidad Valenciana, cuyo diagnóstico estuviese incluido en el código 300 de la lista tabular de la Clasificación Internacional de Enfermedades (**VDIncidencia300**). Dicha variable se ha estandarizado por edad y sexo, de acuerdo a la población laboral de la Comunidad Valenciana. Los datos de la variable se han

obtenido del Sistema de Información SISIT y se han estandarizado mediante el programa Epidat.

Para la realización de los análisis estadísticos ha sido necesario proceder a transformar esta variable en su raíz cuadrada positiva (**VDIncidencia300SQ**).

IV.3.3.3. Variables independientes

Clasificación temática de las variables

Las **48** variables independientes se han clasificado en los siguientes grupos de indicadores:

1. Indicadores de gestión y organización del Sistema Sanitario Valenciano.
2. Indicadores socio-demográficos.
3. Indicadores de consumo de recursos asistenciales.

1. Indicadores de gestión y organización del Sistema Sanitario Valenciano. (17)

1. Población cupo (**CenPobCup**): es la población mayor de 14 años asignada al centro de salud, a los facultativos de atención primaria. La población hasta los 14 años es asignada a los facultativos pediatras. Es una variable cuantitativa discreta y proviene del Sistema de Información SIP.
2. Población cupo promedio (**CenPobCupProm**): es la población mayor de 14 años asignada, en promedio, a los facultativos de ese centro de salud. Es una variable cuantitativa continua y proviene del Sistema de Información SIP.
3. Población laboral (**CenPobLab**): es la población laboral asignada al centro de salud (de 16 a 64 años y de alta o en situación asimilada al alta en el Sistema de Seguridad Social). Es una variable cuantitativa discreta y se obtiene del Sistema de Información SIP.

4. Población laboral promedio (**CenPobLabProm**): es la población laboral asignada, en promedio, a los facultativos de ese centro de salud. Es una variable cuantitativa continua y proviene del Sistema de Información SIP.

5. Claves médicas de centro (**CenNumFac**): es el número de claves médicas (facultativos de atención primaria) del centro de salud.

6. Promedio de edad de facultativos (**CenPromEdadFac**): se trata del promedio de edad de los facultativos adscritos a un centro de salud. Es una variable cuantitativa continua y se ha obtenido del Sistema de Información CIRO, a través del Sistema de Información SISIT a partir de la fecha de nacimiento de dichos facultativos.

7. Ratio activo / pensionista (**CenRatioActPen**): es la proporción, en el centro de salud, entre la población de pacientes activos en el Sistema de Seguridad Social y la población de pacientes pensionistas asignados. Es una variable cuantitativa continua y se obtiene del Sistema de Información SIP.

8. Centro acreditado (**CenAcred**): es una variable dicotómica que indica si el centro de salud al que está adscrito el facultativo prescriptor de la Incapacidad Temporal y el paciente, cuenta con acreditación de docencia especializada en ciencias de la salud por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

9. Demora atención primaria (**CenDemAP**): es el porcentaje, en el centro de salud, de pacientes que esperan más de dos días para la visita en el centro de salud. Es una variable cuantitativa continua. Procede del Sistema de Información de los Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud para 2009. Esta una variable de la que disponemos de información, tanto a nivel de centro de salud como de departamento de salud.

10. Demora atención primaria (**DepDemAP**): es la variable descrita en el apartado anterior pero agregada por departamentos de salud.

11. Demora atención especializada (**DepDemAE**): es una variable, medida a nivel de departamento de salud, que refleja la demora en primeras consultas en Atención

Especializada. Es una variable cuantitativa continua. Procede del Sistema de Información de los Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud para 2009.

12. Información compartida (**CenInfComp**): es una variable, medida a nivel del centro de salud, que refleja el porcentaje de compartición de la información clínica entre Primaria y Especializada. Es una variable cuantitativa continua. Procede del Sistema de Información de los Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud para 2009. Disponemos de los valores por centro de salud y por departamento de salud. Esta una variable de la que disponemos de información, tanto a nivel de centro de salud como de departamento de salud.

13. Información compartida (**DepInfComp**): es la variable descrita en el apartado anterior pero agregada por departamentos de salud.

14. Tasa poblacional de uso de atención primaria (**DepUsoAP**): mide la utilización de la población de las consultas de atención primaria, medido a nivel de departamento de salud. Es una variable cuantitativa continua. Procede del Sistema de Información de los Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud para 2009. Disponemos de los valores por centro de salud y por departamento de salud.

15. Absentismo (**DepAbsen**): mide el índice de absentismo por Incapacidad Temporal del personal sanitario, medida a nivel de departamento de salud. Es una variable cuantitativa continua. Procede del Sistema de Información de los Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud para 2009.

16. Utilización historia clínica (**CenUtilHC**): es una variable que mide, en cada centro de salud, el porcentaje de utilización de la historia clínica electrónica. Es una variable cuantitativa continua. Procede del Sistema de Información de los Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud para 2009. Disponemos de los valores por centro de salud y por departamento de salud.

17. Utilización historia clínica (**DepUtilHC**): es la misma variable descrita en el apartado anterior, pero agregada por departamentos de salud.

Tabla 29: Indicadores de gestión y organización del Sistema Sanitario Valenciano.

Indicadores de gestión y organización del Sistema Sanitario Valenciano (14 variables)	Abreviatura
1 Población asignada (cupo) al centro de salud (*)	CenPobCupo
2 Indicador de promedio de cupo por facultativo del C.S. (*)	CenPobCupProm
3 Población laboral asignada al centro de salud (*)	CenPobLab
4 Indicador de promedio de población laboral por facultativo del C.S. (*)	CenPobLabProm
5 Claves médicas de centro (*)	CenNumFac
6 Promedio de edad de facultativos del C.S.(***)	CenPromEdadFac
7 Ratio población activo / pensionista del C.S. (*)	CenRatioActPen
8 Acreditación del C.S. para la formación sanitaria especializada(**)	CenAcred
9 Indicador de demora en atención primaria del C.S.(****)	CenDemAP
10 Indicador de demora en atención primaria del D.S. (****)	DepDemAP
11 Indicador de demora en atención especial. del D.S. (****)	DepDemAE
12 Indicador compartición inform. primaria y especializada centro salud (****)	CenInfComp
13 Indicador compartición información primaria y especializada del depto (****)	DepInfComp
14 Indicador utilización de las consultas de atención primaria depto salud (****)	DepUsoAP
15 Indicador de absentismo del departamento de salud (****)	DepAbsen
16 Indicador de utilización historia clínica electrónica en el centro de salud (****)	CenUtilHC
17 Indicador de utilización historia clínica electrónica en depto de salud (****)	DepUtilHC

Fuente: (*) Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanitat, (**) Registro de Acreditación de centros de salud para la formación sanitaria especializada de la Conselleria de Sanitat, (***) Sistema de Información CIRO para la gestión de los recursos humanos de la Conselleria de Sanitat y la Agencia Valenciana para la Salud,(****) Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud para 2009. Nota: Las variables DemAP, InfComp y UtilHC están medidas a nivel de centro de salud y de departamento.

2. Indicadores socio-demográficos. (22)

1. Población femenina laboral de 16 a 24 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenM1624C**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
2. Población femenina laboral de 25 a 34 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenM2534C**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
3. Población femenina laboral de 35 a 44 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenM3544C**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.

4. Población femenina laboral de 45 a 54 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenM4554C**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
5. Población femenina laboral de 55 a 64 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenM5564C**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
6. Población masculina laboral de 16 a 24 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenH1624C**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
7. Población masculina laboral de 25 a 34 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenH2534C**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
8. Población masculina laboral de 35 a 44 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenH3544C**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
9. Población masculina laboral de 45 a 54 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenH4554C**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
10. Población masculina laboral de 55 a 64 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenH5564C**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
11. Población femenina laboral de 16 a 64 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenM1664C**): es la población de esas

- características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
12. Población masculina laboral de 16 a 64 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenH1664C**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
 13. Población laboral de 16 a 64 años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenT1664**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
 14. Población de 65 o más años del centro de salud referida al total de la población asignada al centro (**CenT>64C**): es la población de esas características adscrita al centro de salud correspondiente. Es una variable cuantitativa discreta y se ha obtenido del Sistema de Información SIP.
 15. Indicador de litoralidad del centro de salud (**CenLitor**): Para cada centro de salud se precisa si su población es costera o de interior. Es una variable dicotómica, que toma el valor 0 si el centro de salud está ubicado en el interior y el valor 1 si se encuentra en el litoral.
 16. Indicador de tipo de población del centro de salud (**CenHabPob**): Para cada centro de salud se precisa el tipo de población donde radica en función del número de habitantes de la misma. Son cinco grupos (menos de 1000, entre 1.001 y 2.000, entre 2.001 y 5.000, entre 5.001 y 20.000 y más de 20.000). Para efectuar los análisis esta variable se ha transformado en una variable dummy, adoptando el valor 0 en las poblaciones menores de 2.000 habitantes y el valor 1 en las mayores de dicho tamaño poblacional. Previamente se han analizado mediante el procedimiento ANOVA para valorar entre qué grupos se observaban diferencias significativas.
 17. Indicador social de dependencia (**DepISDepen**): calculado a partir de las fichas del banco de datos municipales del IVIE (Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas) para el conjunto de la población del Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanitat, medida a nivel de departamento de

salud. Su cálculo se realiza de acuerdo a la siguiente fórmula: $((\text{Población} < 15 + \text{Población} > 64) / (\text{Población de 15 a 64})) * 100$

18. Indicador social de longevidad (**DepISLongev**): calculado a partir de las fichas del banco de datos municipales del IVIE (Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas) para el conjunto de la población del Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanitat, medida a nivel de departamento de salud. Su cálculo se realiza de acuerdo a la siguiente fórmula: $((\text{Población} > 74) / (\text{Población} > 64)) * 100$
19. Indicador social de maternidad (**DepISMatern**): calculado a partir de las fichas del banco de datos municipales del IVIE (Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas) para el conjunto de la población del Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanitat, medida a nivel de departamento de salud. Su cálculo se realiza de acuerdo a la siguiente fórmula: $((\text{Población de 0 a 4 años}) / (\text{Mujeres de 15 a 49})) * 100$
20. Indicador social de tendencia (**DepISTenden**): calculado a partir de las fichas del banco de datos municipales del IVIE (Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas) para el conjunto de la población del Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanitat, medida a nivel de departamento de salud. Su cálculo se realiza de acuerdo a la siguiente fórmula: $((\text{Población de 0 a 4 años}) / (\text{Población de 5 a 9 años})) * 100$
21. Indicador social de renovación de la población activa (**DepISRenov**): calculado a partir de las fichas del banco de datos municipales del IVIE (Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas) para el conjunto de la población del Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanita, medida a nivel de departamento de salud. Su cálculo se realiza de acuerdo a la siguiente fórmula: $((\text{Población de 20 a 29}) / (\text{Población de 55 a 64})) * 100$
22. Provincia (**IdProv**): es la provincia en que se haya el departamento de salud. Es una variable cualitativa nominal y proviene de los sistemas de información SIA y SIP. Para efectuar los análisis esta variable se ha transformado en dos variables dummy, de la siguiente forma:

Tabla 30: Variables Dummy de la variable Provincia

	Z ₁	Z ₂
Castellón	0	0
Alicante	1	0
Valencia	0	1

Fuente: Elaboración propia.

Las 22 variables se describen en la tabla siguiente:

Tabla 31: Indicadores socio-demográficos.

	Indicadores socio-demográficos (19 variables)	Abreviaturas
1	Población femenina laboral de 16 a 24 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenM1624C
2	Población femenina laboral de 25 a 34 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenM2534C
3	Población femenina laboral de 35 a 44 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenM3544C
4	Población femenina laboral de 45 a 54 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenM4554C
5	Población femenina laboral de 55 a 64 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenM5564C
6	Población masculina laboral de 16 a 24 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenH1624C
7	Población masculina laboral de 25 a 34 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenH2534C
8	Población masculina laboral de 35 a 44 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenH3544C
9	Población masculina laboral de 45 a 54 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenH4554C
10	Población masculina laboral de 55 a 64 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenH5564C
11	Población femenina laboral de 16 a 64 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenM1664C
12	Población masculina laboral de 16 a 64 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenH1664C
13	Población laboral de 16 a 64 años del centro de salud por 100 habitantes del cupo (*)	CenT1664C
14	Población de 65 o más años del centro de salud por 100 habitantes del cupo (*)	CenT>64C
15	Indicador de litoralidad del centro de salud (*)	CenLitor
16	Indicador de tipo de población del centro de salud (*)	CenHabPob
17	Indicador social de dependencia por departamento de salud (**)	DepISDepen
18	Indicador social de longevidad por departamento de salud(**)	DepISLongev
19	Indicador social de maternidad por departamento de salud (**)	DepISMatern
20	Indicador social de tendencia por departamento de salud (**)	DepISTenden
21	Indicador social de renovación de la población activa por departamento de salud (**)	DepISRenov
22	Identificador de provincia	IdProv

Fuente: (*) Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanitat, (**) Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanitat en colaboración con el Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas.

3. Indicadores de consumo de recursos asistenciales. (9)

1. Índice de Ausencias (**CenIndAus**): Es el índice de ausencias de todos los procesos por todos los diagnósticos, en el centro de salud. Es una variable cuantitativa continua y se obtiene del Sistema de Información SIA, mediante las fechas de baja y alta de los procesos de Incapacidad Temporal.
2. Duración media (**CenDurMed**): Es la duración media de todos los procesos por todos los diagnósticos, en el centro de salud. Es una variable cuantitativa continua y se obtiene

del Sistema de Información SIA, mediante las fechas de baja y alta de los procesos de Incapacidad Temporal finalizados en 2009.

3. Gasto por habitante (**DepGasHab**): es el gasto por habitante total por persona estandarizado, expresado en euros, medido a nivel de departamento de salud. Es una variable cuantitativa continua. Procede del Sistema de Información de los Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud para 2009.
4. Diagnóstico psiquiátrico de ingreso referido a la población laboral del centro de salud (**CenDxPsig**): es la relación entre el número de diagnósticos principales que motivan el ingreso hospitalario de los pacientes de ese centro de salud que se encuentran en situación de Incapacidad Temporal, registrado en CMBD y la población laboral del centro. Ello debido a que solamente se han contabilizado los ingresos de los pacientes que tuvieron al menos un episodio de Incapacidad Temporal durante 2009. Se incluye el número de ingresos cuyo diagnóstico esté incluido en el grupo 5 de la lista tabular de la CIE9-MC. Es una variable cuantitativa.
5. Diagnóstico no psiquiátrico (**CenDxNPsig**): es la relación entre el número de diagnósticos principales que motivan el ingreso hospitalario de los pacientes de ese centro de salud que se encuentran en situación de Incapacidad Temporal, registrado en CMBD y la población laboral del centro. Ello debido a que solamente se han contabilizado los ingresos de los pacientes que tuvieron al menos un episodio de Incapacidad Temporal durante 2009. Se incluye el número de ingresos cuyo diagnóstico esté incluido en el grupo 5 de la lista tabular de la CIE9-MC. Es una variable cuantitativa.
6. Ingreso psiquiátrico (**CenInPsig**): es la relación entre el número de ingresos en que el servicio hospitalario responsable del ingreso del paciente es psiquiatría de los pacientes de ese centro de salud que se encuentran en situación de Incapacidad Temporal, referido a la población laboral del centro de salud. Es una variable cuantitativa continua. Procede del sistema de información CMBD.
7. Ingreso otros (**CenInNPsig**): es la relación entre el número de ingresos en que el servicio hospitalario responsable

del ingreso del paciente no es psiquiatría, referido a la población laboral del centro de salud. Es una variable cuantitativa continua. Procede del sistema de información CMBD.

8. Estancias psiquiátricas (**CenEstPsiq**): es el número de estancias hospitalarias, tanto si el ingreso es en psiquiatría/salud mental como si el diagnóstico principal está incluido en el grupo 5 de la lista tabular de la CIE9-MC de los pacientes de ese centro de salud que se encuentran en situación de Incapacidad Temporal, referido a la población laboral del centro de salud. Es una variable cuantitativa continua. Procede del sistema de información CMBD.
9. Estancias no psiquiátricas (**CenEstNPsiq**): es el número de estancias hospitalarias, tanto si el ingreso es en servicios y unidades distintos a psiquiatría/salud mental como si el diagnóstico principal no está incluido en el grupo 5 de la lista tabular de la CIE9-MC de los pacientes de ese centro de salud que se encuentran en situación de Incapacidad Temporal, referido a la población laboral del centro. Es una variable cuantitativa continua. Procede del sistema de información CMBD.

Tabla 32: Indicadores de consumo de recursos asistenciales.

Indicadores de consumo de recursos asistenciales (9 variables)	Abreviaturas
1 Índice de Ausencias por todos los diagnósticos en 2009, del centro de salud (*)	CenIndAus
2 Duración media procesos de Incapacidad Temporal (todos los diagnósticos), del centro salud (*)	CenDurMed
3 Indicador de gasto por habitante y año, por departamento de salud (**)	DepGasHab
4 Diagnóstico principal del ingreso incluido grupo 5 CIE-9-MC/PobLab C.S., por 1.000 hab. (***)	CenDxPsiq
5 Diagnóstico principal del ingreso no en grupo 5 de la CIE-9-MC/PobLab, por 1.000 hab. (***)	CenDxNPsiq
6 Servicio psiquiátrico responsable del ingreso / Población laboral C.S., por 1.000 hab. (***)	CenInPsiq
7 Servicio no psiquiátrico responsable del ingreso / Población laboral C.S., por 1.000 hab. (***)	CenInNPsiq
8 Estancias hospitalización en servicio psiquiátrico / Población laboral C.S., por 1.000 hab. (***)	CenEstPsiq
9 Estancias hospitalización en servicio no psiquiátrico / Población laboral C.S., por 1.000 hab. (***)	CenEstNPsiq

Fuente: (*) Sistema de Información Ambulatoria de la Conselleria de Sanitat, adaptado por el Sistema de Información de la Inspección de Servicios Sanitarios, (**) Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud para 2009, (***) Conjunto mínimo básico de datos de la información hospitalaria de la Comunidad Valenciana.

Es necesario resaltar que no han podido incluirse indicadores relacionados con los recursos de salud mental del Sistema Sanitario Valenciano, al no estar disponible la información de manera adecuada a los fines de este estudio. La introducción de datos a este respecto hubiese supuesto una fuente de error

evidente al no disponerse de fuentes de información que facilitasen el conocimiento ni de los recursos destinados por salud mental a cada uno de los centros de salud ni de la actividad asistencial prestada por dichos recursos.

Clasificación por niveles de las variables

La clasificación en niveles de las variables independientes persigue evitar la falacia ecológica. Esta se podría definir en nuestro estudio como un error en la argumentación basado en la errónea interpretación de datos estadísticos, en el que se infiere la naturaleza de los centros de salud a partir de las estadísticas agregadas de los departamentos de salud al que dichos centros de salud pertenecen. Esta falacia da por supuesto que todos los miembros de un centro de salud muestran las mismas características del departamento de salud, y esto, obviamente, es falso. Por tanto, analizar variables de diferentes niveles en un único nivel es inadecuado.

En consecuencia, se han clasificado las variables de acuerdo al nivel del estudio. El nivel 1 corresponde al centro de salud y está integrado por **36 variables** y el nivel 2 corresponde al departamento de salud y los forman **12 variables**.

Tabla 33: Clasificación en niveles de las variables independientes: Variables de nivel 1 (centro de salud)

Nivel 1: Centro de Salud		Abreviaturas
1	Población asignada al centro de salud (*)	CenPobCupo
2	Indicador de promedio de cupo por facultativo del C.S. (*)	CenPobCupProm
3	Población laboral asignada al centro de salud (*)	CenPobLab
4	Indicador de promedio de población laboral por facultativo del C.S. (*)	CenPobLabProm
5	Claves médicas de centro (*)	CenNumFac
6	Promedio de edad de los facultativos de atención primaria del centro de salud (***)	CenPromEdadFac
7	Ratio de población activo / pensionista del centro de salud (*)	CenRatioActPen
8	Acreditación del centro de salud para la formación sanitaria especializada (**)	CenAcred
9	Indicador de demora en la atención primaria del centro de salud (****)	CenDemAP
10	Indicador de participación información primaria y especializada del centro salud (****)	CenInfComp
11	Indicador de utilización de la historia clínica electrónica en el centro de salud (****)	CenUtilHC
12	Población femenina laboral de 16 a 24 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenM1624C
13	Población femenina laboral de 25 a 34 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenM2534C
14	Población femenina laboral de 35 a 44 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenM3544C
15	Población femenina laboral de 45 a 54 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenM4554C
16	Población femenina laboral de 55 a 64 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenM5564C
17	Población masculina laboral de 16 a 24 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenH1624C
18	Población masculina laboral de 25 a 34 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenH2534C
19	Población masculina laboral de 35 a 44 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenH3544C
20	Población masculina laboral de 45 a 54 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenH4554C
21	Población masculina laboral de 55 a 64 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenH5564C
22	Población femenina laboral de 16 a 64 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenM1664C
23	Población masculina laboral de 16 a 64 años del centro salud por 100 hab del cupo (*)	CenH1664C

Nivel 1: Centro de Salud		Abreviaturas
24	Población laboral de 16 a 64 años del centro de salud por 100 habitantes del cupo (*)	CenT1664C
25	Población de 65 o más años del centro de salud por 100 habitantes del cupo (*)	CenT>64C
26	Índice de Ausencias por todos los diagnósticos en 2009, del centro de salud (*)	CenIndAus
27	Duración media procesos Incapacidad Temporal (todos diagnósticos), del centro salud (*)	CenDurMed
28	Diagnóstico principal ingreso incluido grupo 5 CIE-9-MC/PobLab C.S., por 1.000 hab. (***)	CenDxPsiq
29	Diagnóstico principal ingreso no en grupo 5 de la CIE-9-MC/PobLab, por 1.000 hab. (***)	CenDxNPsq
30	Servicio psiquiátrico responsable del ingreso / Población laboral C.S., por 1.000 hab. (***)	CenInPsiq
31	Servicio no psiquiátrico responsable ingreso / Población laboral C.S., por 1.000 hab. (***)	CenInNPsq
32	Estancias hospitalización servicio psiquiátrico /Población laboral C.S., por 1.000 hab. (***)	CenEstPsiq
33	Estancias hospitalización servicio no psiquiátrico /Población laboral C.S., por 1.000 hab. (***)	CenEstNPsq
34	Indicador de litoralidad del centro de salud (*)	CenLitor
35	Indicador de tipo de población, por número de habitantes, del centro de salud (*)	CenHabPob
36	Identificador de provincia	IdProv

Fuente: (*) Sistema de Información Ambulatoria de la Conselleria de Sanitat, adaptado por el Sistema de Información de la Inspección de Servicios Sanitarios, (**) Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud para 2009, (***) Conjunto mínimo básico de datos de la información hospitalaria de la Comunidad Valenciana.

Tabla 34: Clasificación en niveles de las variables independientes: Variables de nivel 2 (departamento de salud)

Nivel 2: Departamento de Salud		Abreviaturas
1	Indicador de demora en la atención primaria del departamento de salud (****)	DepDemAP
2	Indicador de demora en la atención especializada del departamento de salud (****)	DepDemAE
3	Indicador compartición información primaria y especializada del departamento (****)	DepInfComp
4	Indicador utilización de las consultas de atención primaria del departamento salud (****)	DepUsoAP
5	Indicador de absentismo del departamento de salud (****)	DepAbsen
6	Indicador de utilización de la historia clínica electrónica en el departamento salud (****)	DepUtilHC
7	Indicador de gasto por habitante y año, por departamento de salud (**)	DepGasHab
8	Indicador social de dependencia por departamento de salud (**)	DepISDepen
9	Indicador social de longevidad por departamento de salud(**)	DepISLongev
10	Indicador social de maternidad por departamento de salud (**)	DepISMatern
11	Indicador social de tendencia por departamento de salud (**)	DepISTenden
12	Indicador social de renovación de la población activa por departamento de salud (**)	DepISRenov

Fuente: (*) Sistema de Información Ambulatoria de la Conselleria de Sanitat, adaptado por el Sistema de Información de la Inspección de Servicios Sanitarios, (**) Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud para 2009, (***) Conjunto mínimo básico de datos de la información hospitalaria de la Comunidad Valenciana.

IV.3.3.3.4. Otras variables

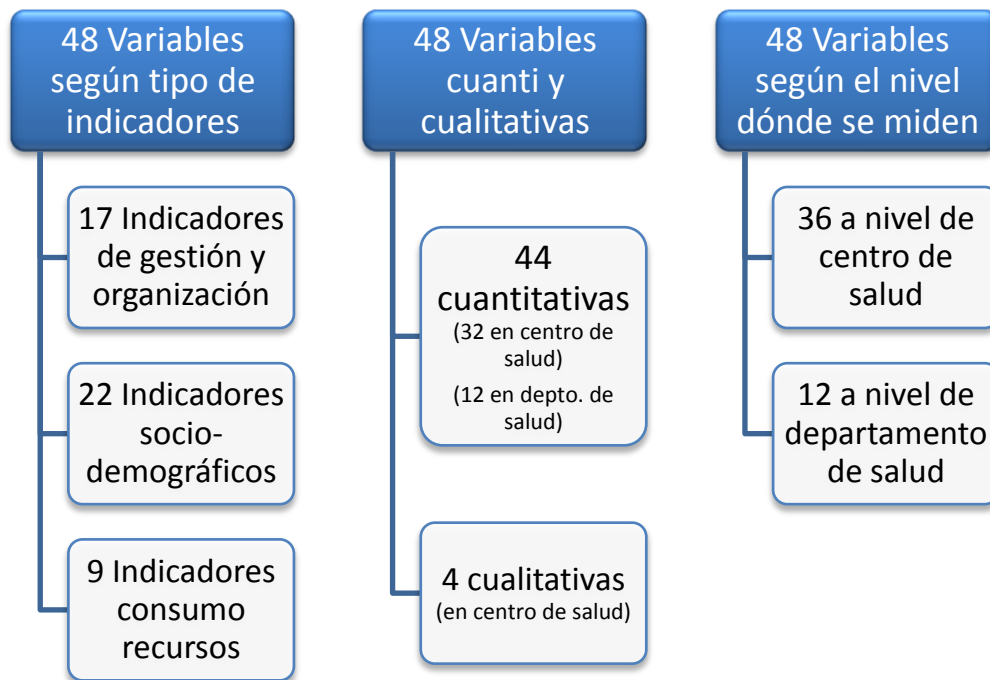
Asimismo, se ha precisado de otras variables, para conformar la base de datos que permitiera el análisis de los indicadores anteriores:

Departamento (IdDep): es el departamento de salud al que está adscrito el centro de salud del facultativo y del paciente. Es una variable cualitativa nominal y proviene de los sistemas de información SIA y SIP.

Código Centro (IdCen): es el centro de salud al que está adscrito el facultativo de atención primaria prescriptor del proceso de Incapacidad Temporal. Es una variable cualitativa nominal y proviene de los sistemas de información SIA y SIP.

IV.3.3.3.5. Resumen de las variables independientes

Figura 11: Clasificación de las variables independientes



Fuente: Elaboración propia.

IV.3.3.3.5. Análisis factorial

El análisis factorial es una técnica de reducción de datos que se utiliza para encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un conjunto numeroso de variables. Estos grupos homogéneos se forman con las variables que se correlacionan mucho entre sí y procurando, inicialmente, que unos grupos sean independientes unos de otros.

En nuestro estudio utilizamos el análisis factorial contenido en el paquete estadístico SPSSW PASW 18.0. Utilizamos el método de extracción denominado componentes principales que asume que es posible explicar el 100% de la varianza observada.

Se ha utilizado el método de rotación de la solución factorial denominado "Varimax". Éste es un método de rotación ortogonal que minimiza el número de variables que tienen saturaciones altas en cada factor, simplificando la interpretación de los factores optimizando la solución por columna.

Una vez alcanzada la solución factorial final, obtendremos las estimaciones de las puntuaciones de los centros de salud en cada uno de los factores resultantes de la extracción a fin de valorar la situación relativa de cada sujeto en esas dimensiones ocultas capaces de resumir la información contenida en las variables originales. Utilizaremos el método de regresión para estimar las puntuaciones factoriales. (SPSS Inc., 2007)²³²

IV.3.3.3.6. Regresión lineal múltiple stepwise

La regresión lineal múltiple se ha utilizado para analizar las asociaciones entre variables (Pértega, 2000)²³³. Se explora y cuantifica la relación entre una variable llamada dependiente o criterio y una o más variables independientes o predictoras. Según el número de estas últimas hablamos de regresión lineal simple o múltiple. Permite además desarrollar una ecuación lineal con fines predictivos.

Existen varios métodos de selección de variables, que persiguen intentar maximizar el ajuste del modelo de regresión utilizando el mínimo número posible de variables. Se ha elegido el método stepwise que basa la selección de variables en dos criterios estadísticos:

²³² SPSS Inc. Manual del usuario de PASW Statics Base 17.0. Chicago; 2007.

²³³ Pértega Díaz S., Pita Fernández S. Técnicas de regresión: Regresión Lineal Múltiple. Cad Aten Primaria 2000; 7: 173-176.

En primer lugar, el criterio de significación: solo se incorporan al modelo de regresión aquellas variables que contribuyen de forma significativa al ajuste del modelo. Se ha escogido el criterio de probabilidad de F que establece que una variable pasa a formar parte del modelo de regresión si el nivel crítico asociado a su coeficiente de correlación parcial al contrastar la hipótesis de independencia (entre esa variable y la variable dependiente) es menor que 0,05 (probabilidad de entrada). Y permanece incluida en el modelo, en el que van añadiéndose nuevas variables, en tanto en cuanto su nivel crítico de significación no supere 0,10 (probabilidad de salida).

En segundo lugar, el criterio de tolerancia: una vez superado el criterio de significación, una variable solo pasa a formar parte del modelo de regresión si su nivel de tolerancia es mayor que el nivel establecido (0,0001) y si, además, aun correspondiéndole un coeficiente de correlación parcial significativamente distinto de cero, su incorporación al modelo hace que alguna de las variables previamente seleccionadas pase a tener un nivel de tolerancia por debajo del nivel establecido. Esto se realiza porque valores de tolerancia muy pequeños indican que esa variable puede ser explicada por una combinación lineal del resto de variables, lo cual significa que existe colinealidad.

Este método por pasos permite que la selección de variables independientes para el análisis de regresión se realice de acuerdo a criterios estadísticos. Así pues, se selecciona en primer lugar la variable independiente que más alto correlaciona (en valor absoluto) con la variable dependiente. A continuación, se selecciona la siguiente variable de acuerdo al mismo criterio. Cada vez que se incorpora una nueva variable al modelo, las variables previamente seleccionadas son evaluadas nuevamente para determinar si siguen cumpliendo o no los criterios de inclusión y exclusión. El proceso se detiene cuando no quedan variables que superen los criterios de inclusión (entrada) y las variables seleccionadas no cumplen los criterios de exclusión (salida).

Una medida de ajuste que ha recibido una gran aceptación en el contexto del análisis de regresión es el coeficiente de determinación R^2 , que es el cuadrado del coeficiente de correlación múltiple (coeficiente de correlación de Pearson). Es una medida estandarizada que toma valores entre 0 (cuando las

variables son independientes) y 1 (cuando entre las variables existe una correlación perfecta). La interpretación de este coeficiente es la siguiente: es el grado de ganancia que podemos obtener al predecir una variable basándonos en el conocimiento que tenemos de otra y otras variables. Por ejemplo, si R^2 fuera de 0,76 indicaría que si conociéramos el valor de la variable o variables independientes, mejoraríamos en un 76% nuestra predicción sobre la variable dependiente respecto de la predicción que haríamos basándonos solamente en la media de esa variable dependiente.

En resumen, el análisis de regresión lineal permite, por una parte, averiguar en qué medida la variable dependiente puede ser explicada por la variable o variables independientes y, por otra, obtener predicciones de la variable dependiente a partir de la o las variables independientes. Es importante destacar que el análisis de regresión no permite afirmar que las relaciones detectadas sean de tipo causal, solamente es posible hablar de grado de relación (SPSS Inc., 2007)²³⁴

IV.3.3.3.7. Ecuación de regresión y obtención de predicciones

A partir de los coeficientes B del modelo de regresión múltiple, incluyendo el valor de la constante, se puede construir la ecuación de regresión.

Conociendo estos pesos de la ecuación de regresión, se podrían obtener los pronósticos que la ecuación asigna a cada caso. El modelo permitiría generar predicciones para el valor esperado o para un valor individual de la variable dependiente asociado a valores de las variables independientes.

IV.3.3.4. Programas estadísticos.

Los análisis estadísticos se realizaron con los siguientes programas estadísticos:

- PASW Statistics 18.0. ("*Statiscal Product and Service Solutions*").
- Stata/SE 10.0 for Windows
- Epidat 3.1
- Statgraphics Centurión versión 15.2.1 y 16.

²³⁴ SPSS Inc. Manual del usuario de PASW Statics Base 17.0. Chicago; 2007.

IV.4. Ética de la investigación

El estudio de investigación, por su naturaleza observacional y por la utilización de datos agregados que, en ningún caso incluyen datos de identificación de pacientes, precisa aprobación por el Comité de Ética de la Investigación Clínica (CEIC) o por el Comité de Ética de la Investigación (CEI).

En los ficheros de datos que se han utilizado para la realización de los estudios se ha encriptado el número SIP, para evitar la identificación de los pacientes.

Este estudio cuenta con las autorizaciones pertinentes de la Conselleria de Sanidad de la Generalitat para la utilización de los datos de los sistemas de información con fines docentes e investigadores.



CONSELLERIA DE SANITAT

D. Luis Rosado Bretón, en su condición de Secretario Autonómico de la Conselleria de Sanitat e Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud, en uso de las atribuciones que tiene conferidas y al amparo de la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, mediante la presente

AUTORIZA a D. **Joaquín Andani Cervera**, investigador principal del proyecto de tesis doctoral "Variabilidad de la práctica clínica en la prescripción de procesos de Incapacidad Temporal", dirigida por el Departamento de Economía y Ciencias Sociales de la Universidad Politécnica de Valencia, a acceder a los datos de carácter personal incluidos en los Sistemas de Información de la Conselleria de Sanitat y poder efectuar un tratamiento de los mismos.

La información será utilizada exclusivamente para los fines que justifican el proyecto de investigación y para los que se solicita la utilización de los datos de los Sistemas de Información de la Conselleria de Sanitat. El investigador se compromete a guardar la debida confidencialidad y seguridad encriptando los datos personales mientras estén en uso, mediante la encriptación del número SIP; así como a que una vez construidas las bases de datos de estudio los datos personales serán destruidos quedando las bases desidentificadas.

La autorización podrá ser revocada en cualquier momento, si se alteran o incumplen los requisitos y consideraciones que la han hecho posible.

Valencia, 23 de agosto de 2010

EL SECRETARIO AUTONÓMICO DE LA CONSELLERIA DE SANITAT

Fdo.: Luis Rosado Bretón



CONSSELLERIA DE SANITAT
DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA

Micser / Masco 31 33
46010 VALÈNCIA
Tel 96 386 06 01
Fax 96 386 92 33

Valencia, 4 de octubre de 2010

D. Elías Ruiz Rojo, como secretario del CEIC de la DGSP y CSISP, informa que éste Comité, habiéndose reunido el día 01 de octubre de 2010, ha evaluado el proyecto de investigación denominado **“Variabilidad de la práctica clínica en la prescripción de procesos de Incapacidad Temporal”**, siendo su investigador principal D. Joaquín Andani Cervera, y considera que se trata de un estudio pertinente y correcto en su metodología y sus aspectos éticos.

En consecuencia, este Comité acuerda **aprobar** dicho proyecto.

Fdo.: Elías Ruiz Rojo
Secretario del CEIC de la DGSP y CSISP

**V. RESULTADOS DEL ESTUDIO
DESCRIPTIVO DE LOS
INDICADORES DE GESTIÓN
SANITARIA DE LA INCAPACIDAD
TEMPORAL**

En este capítulo V se recogen los resultados del estudio descriptivo de los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal (Incidencia, Duración Media e Índice de Ausencias), para todos los diagnósticos en general y para el código 300 de la CIE9-MC y los subcódigos que lo integran, en la población laboral y en la población sanitaria de la Comunidad Valenciana, durante el año 2009, agrupados por facultativo de atención primaria prescriptor del proceso, por centro de salud, por departamento de salud, por provincia y global de la Comunidad.

V.1. Estudio descriptivo en población laboral por todos los diagnósticos

V.1.1. Estudio descriptivo con carácter global y por provincias.

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 35: Datos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, global y por provincias en población laboral de la Comunidad Valenciana.

Provincia	Población laboral	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Alicante	840.263	136.473	139.962	8.957.340	9.256.510
Castellón	285.384	39.151	40.462	2.581.713	2.654.843
Valencia	1.269.951	229.429	234.830	14.938.144	15.147.096
Comunidad Valenciana	2.395.598	405.053	415.254	26.477.197	27.058.449

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009General.xls)

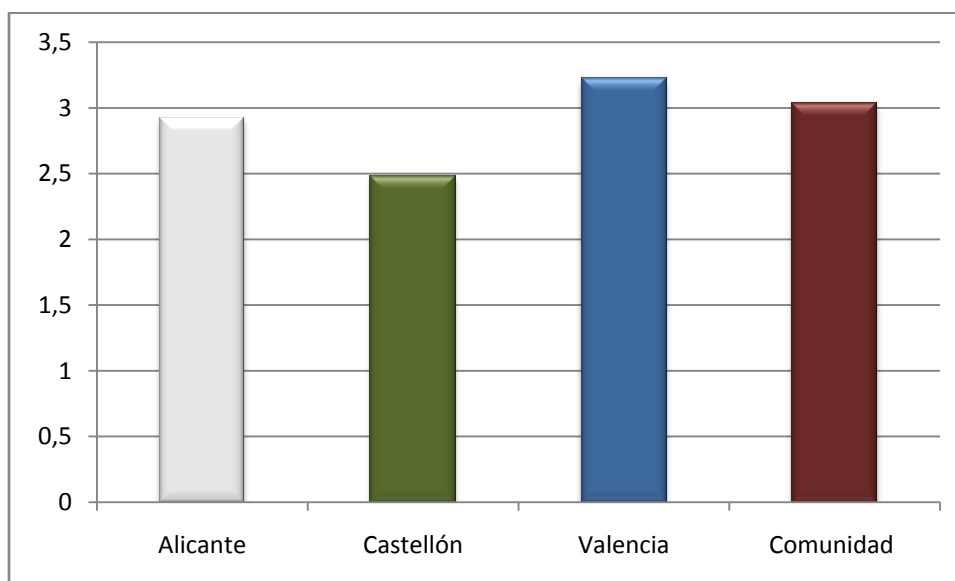
Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por provincias de la Comunidad Valenciana, así como el global de la Comunidad, se explicitan en la tabla y figuras siguientes:

Tabla 36: Indicadores de gestión de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, global y por provincias, en población laboral de la Comunidad Valenciana.

Provincia	Población laboral	Índice ausencia	Duración media	Incidencia
Alicante	840.263	2,92	66,14	16,24
Castellón	285.384	2,48	65,61	13,72
Valencia	1.269.951	3,22	64,50	18,07
Comunidad Valenciana	2.395.598	3,03	65,16	16,91

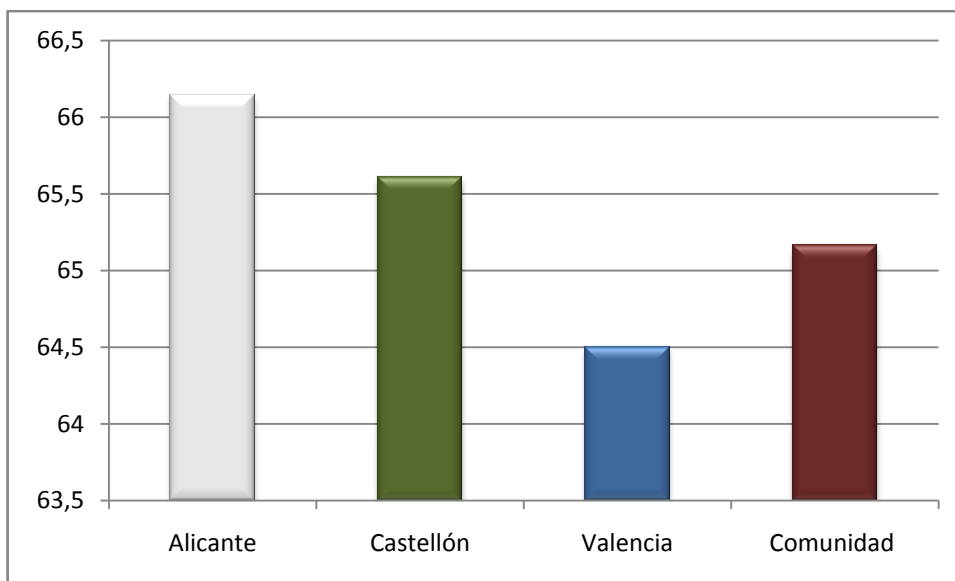
Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009General.xls)

Figura 12: Índice de ausencias por todos los diagnósticos, global y por provincias, en población laboral de la Comunidad Valenciana.



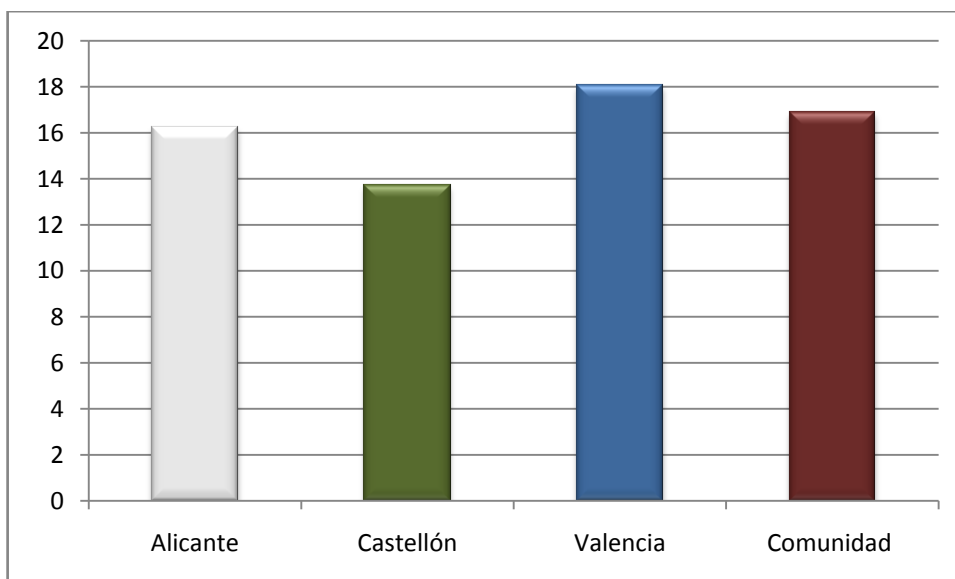
Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls)

Figura 13: Duración media por todos los diagnósticos, global y por provincias, en población laboral de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls)

Figura 14: Incidencia por todos los diagnósticos, global y por provincias, en población laboral de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls)

V.1.2. Estudio descriptivo por departamentos de salud.

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 37: Datos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, por Departamentos de Salud en población laboral de la Comunidad Valenciana.

Departamento de Salud	Población laboral	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
1	43.413	5.819	6.027	424.245	428.204
2	147.034	20.234	20.917	1.243.697	1.293.223
3	94.937	13.098	13.518	913.771	933.416
4	75.201	12.501	12.895	883.993	895.507
5	166.670	32.572	33.210	1.978.582	1.999.056
6	144.546	27.320	27.873	1.796.279	1.805.523
7	95.087	19.171	19.637	1.188.363	1.204.342
8	23.754	3.474	3.537	225.655	228.623
9	190.347	34.380	35.052	2.255.150	2.266.919
10	176.490	33.091	33.835	1.987.542	2.029.626
11	123.817	22.954	23.624	1.588.248	1.629.348
12	90.799	12.737	13.096	962.173	977.939
13	81.438	9.782	9.934	674.079	673.054
14	99.706	15.299	15.668	1.055.531	1.059.919
15	66.439	8.450	8.628	562.718	580.440
16	84.981	11.724	12.072	886.369	901.682
17	99.918	22.582	23.302	1.218.955	1.295.723
18	100.693	13.631	13.956	980.500	998.056
19	128.782	28.720	29.512	1.479.706	1.578.409
20	135.833	21.936	22.482	1.525.871	1.557.218
21	79.116	10.950	11.155	962.398	968.399
22	63.063	8.698	8.921	666.744	703.529
23	83.534	15.930	16.403	1.016.628	1.050.294
Comunidad Valenciana	2.395.598	405.053	415.254	26.477.197	27.058.449

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009General.xls)

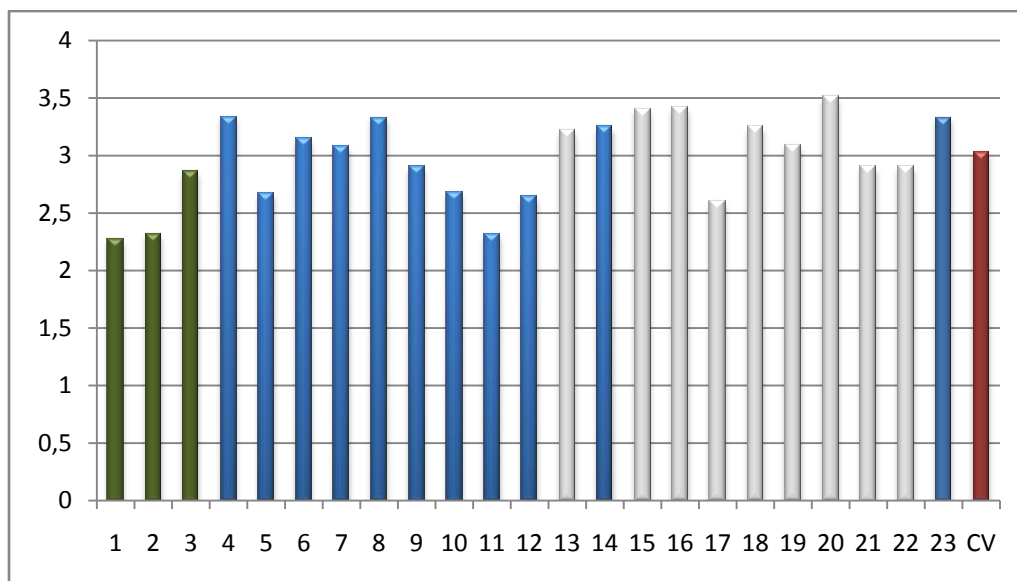
Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, se explicitan en la tabla y figuras siguientes:

Tabla 38: Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal, por todos los diagnósticos por Departamentos de Salud en población laboral de la Comunidad Valenciana.

Departamento Salud	Población laboral	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
1	43.413	2,27	67,75	12,01
2	147.034	2,32	67,27	12,72
3	94.937	2,86	74,69	13,80
4	75.201	3,34	55,61	22,60
5	166.670	2,67	71,51	13,54
6	144.546	3,15	53,48	22,30
7	95.087	3,08	69,27	16,15
8	23.754	3,33	86,81	13,84
9	190.347	2,90	78,86	13,79
10	176.490	2,68	71,05	13,40
11	123.817	2,32	61,83	13,76
12	90.799	2,64	69,05	13,80
13	81.438	3,22	69,45	16,62
14	99.706	3,25	60,19	19,54
15	66.439	3,40	64,78	18,90
16	84.981	3,42	61,33	20,16
17	99.918	2,6	64,64	14,62
18	100.693	3,25	64,67	18,06
19	128.782	3,09	59,99	18,75
20	135.833	3,51	68,97	18,54
21	79.116	2,90	74,67	14,03
22	63.063	2,90	67,65	15,34
23	83.534	3,33	64,03	19,07
Comunidad Valenciana	2.395.598	3,03	65,16	16,91

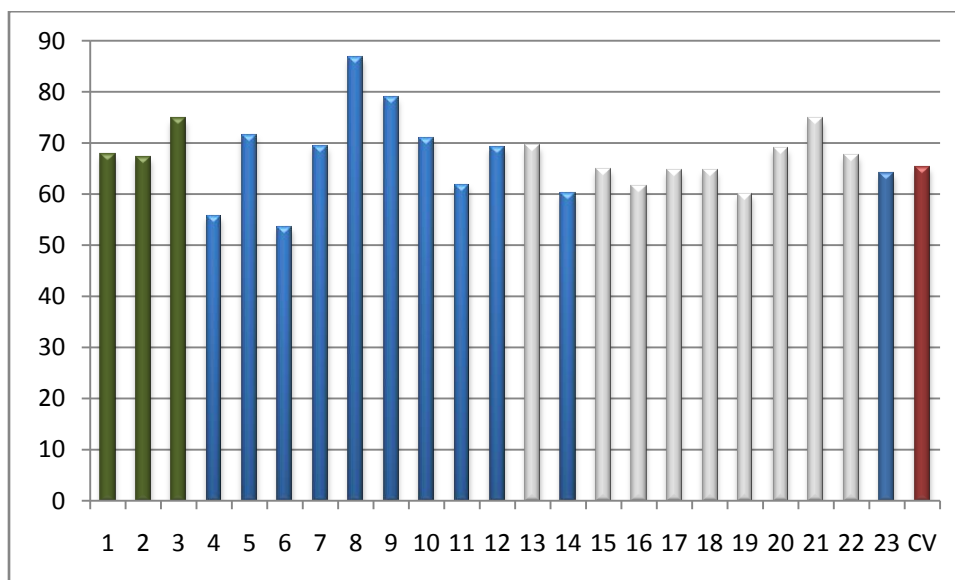
Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009General.xls)

Figura 15: Índice de ausencias por todos los diagnósticos por departamentos de salud en población laboral de la Comunidad Valenciana.



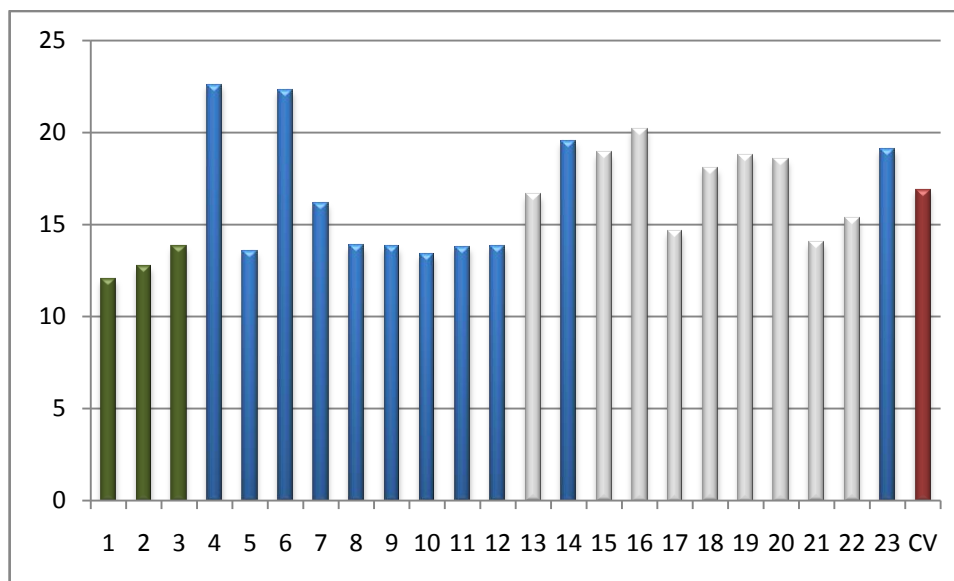
Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls) En verde los departamentos de salud de la provincia de Castellón; en azul los de la provincia de Valencia; en blanco los de Alicante y en rojo la Comunidad Valenciana

Figura 16: Duración media por todos los diagnósticos por departamentos de salud en población laboral de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls) En verde los departamentos de salud de la provincia de Castellón; en azul los de la provincia de Valencia; en blanco los de Alicante y en rojo la Comunidad Valenciana

Figura 17: Incidencia por todos los diagnósticos por departamentos de salud en población laboral de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls) En verde los departamentos de salud de la provincia de Castellón; en azul los de la provincia de Valencia; en blanco los de Alicante y en rojo la Comunidad Valenciana

V.1.3. Estudio descriptivo por centro de salud.

Considerando que la explicitación de los datos de 739 centros de salud y consultorios auxiliares en una tabla no proporcionaría información descriptiva excesivamente adecuada, se ha optado por resumir el estudio descriptivo por centros de salud mediante los estadísticos de tendencia central, dispersión y posición que se contemplan en las dos tablas siguientes, tanto para los datos de Incapacidad Temporal como para los indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal.

Tabla 39: Estadísticos de tendencia central, dispersión y posición de los datos de Incapacidad Temporal, por todos los diagnósticos por centros de salud en población laboral de la Comunidad Valenciana.

	Población laboral	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Media	3.242	548	562	35.828	36.615
Mediana	1.025	166	171	11.747	11.865
Desviación St	4.318	795	815	49.617	50.759
Máximo	20.172	4.182	4.329	285.784	294.782
Mínimo	0	0	0	3	0
Percentil 5	104	4	4	309	239
Percentil 25	433	41	42	2.955	3.181
Percentil 50	1.025	166	171	12.006	11.917
Percentil 75	4.420	722	733	48.830	48.814
Percentil 95	13.034	2.300	2.360	144.926	148.936

	Población laboral	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Comunidad Valenciana	2.395.598	405.053	415.254	26.477.197	27.058.449

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009General_CS.xls)

Tabla 40: Estadísticos de tendencia central, dispersión y posición de los Indicadores de gestión de Incapacidad Temporal, por todos los diagnósticos por Centros de Salud en población laboral de la Comunidad Valenciana.

	Población laboral	Índice ausencia	Duración media	Incidencia
Media	3.242	2,71	73,17	14,15
Mediana	1.025	2,87	67,23	14,83
Desviación St	4.318	1,22	31,63	6,34
Máximo	20.172	7,22	320,50	31,23
Mínimo	0	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	104	0,37	34,90	1,54
Percentil 25	433	2,10	58,93	11,08
Percentil 50	1.025	2,88	67,23	14,83
Percentil 75	4.420	3,42	80,43	18,61
Percentil 95	13.034	4,52	132,05	23,05
Comunidad Valenciana	2.395.598	3,03	65,16	16,91

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009General_CS.xls)

V.1.4. Estudio descriptivo por facultativo.

Considerando que la explicitación de los datos de 2.779 facultativos de atención primaria de centros de salud y consultorios auxiliares en una tabla no proporcionaría información descriptiva adecuada, se ha optado por resumir el estudio descriptivo por facultativos mediante los estadísticos de tendencia central, dispersión y posición que se contemplan en las dos tablas siguientes, tanto para los datos de Incapacidad Temporal como para los indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal.

Tabla 41: Datos de Incapacidad Temporal, por facultativo por todos los diagnósticos en población laboral de la Comunidad Valenciana.

	Población laboral	Procesos de IT iniciados	Procesos de IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Media	802	136	139	8.861	9.056
Mediana	899	144	148	9.369	9.519
Desviación St	331	71	73	4.618	4.813
Máximo	2.060	507	508	35.255	38.159
Mínimo	0	0	0	2	0
Percentil 5	0	1	2	126	116
Percentil 25	694	98	100	6.348	6.410
Percentil 50	899	144	148	9.365	9.516
Percentil 75	1.018	183	187	11.860	12.114
Percentil 95	1.168	240	245	15.694	16.421
Comunidad Valenciana	2.395.598	405.053	415.254	26.477.197	27.058.449

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009General_Fac.xls)

Tabla 42: Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal, por facultativo, por todos los diagnósticos en población laboral de la Comunidad Valenciana.

	Población Laboral C.V.	Índice ausencia	Duración media	Incidencia
Media	802	2,78	69,65	15,34
Mediana	899	2,91	64,68	16,26
Desviación St	331	1,26	37,95	6,71
Máximo	2.060	14,97	365,00	100,00
Mínimo	0	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	0	0,00	34,81	0,00
Percentil 25	694	2,27	54,83	12,59
Percentil 50	899	2,91	64,67	16,26
Percentil 75	1.018	3,52	76,22	19,49
Percentil 95	1.168	4,39	110,36	24,11
Comunidad Valenciana	2.395.598	3,03	65,16	16,91

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009General_Fac.xls)

V.1.5. Estudio descriptivo de los 14 diagnósticos seleccionados por el INSS

En este apartado del estudio se analizan los índices de ausencias y las Incidencias respecto al global de diagnósticos, de cada uno de los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, con los siguientes niveles de agrupamiento:

- Comunidad Valenciana.
- Provincias de la Comunidad Valenciana.

V.1.5.1. Estudio de la Incidencia

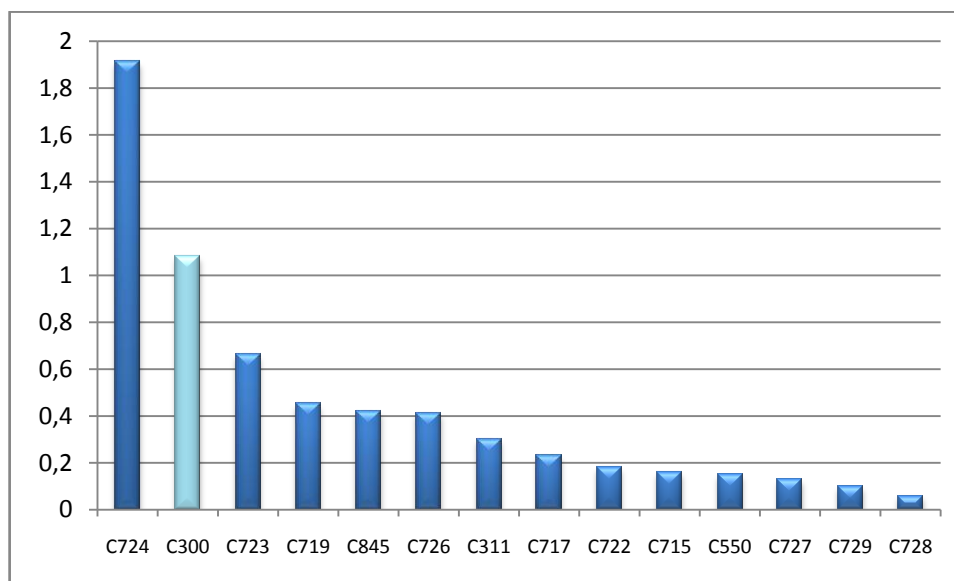
En las tablas siguientes se reflejan los resultados de los procesos de IT iniciados y la Incidencia de la Incapacidad Temporal, para los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Tabla 43: Datos e Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal (Incidencia), de los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en Población laboral de la Comunidad Valenciana.

Diagnóstico	Procesos IT iniciados	Porcentaje	Incidencia
724 - OTRAS ALTERAC. DE LA ESPALDA NO ESPEC.	45.869	11,32%	1,91
300 - TRASTORNOS NEUROTICOS	25.859	6,38%	1,08
723 - OTRAS ALTERACIONES COLUMNA CERVICAL	15.843	3,91%	0,66
719 - OTROS TRASTORNOS Y TRAS. NEOM ARTICUL.	10.767	2,66%	0,45
845 - ESGUINCES Y TORCEDURAS TOBILLO Y PIE	10.005	2,47%	0,42
726 – TENDIN.INTERSEC. PERIF. Y OTROS SINDR	9.841	2,43%	0,41
311 - TRASTORNO DEPRESIVO NO CLAS. EN OTROS	7.254	1,79%	0,30
717 - TRASTORNO INTERNO RODILLA	5.430	1,34%	0,23
722 - TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL	4.220	1,04%	0,18
715 - OSTEOARTROSIS/ENF AFINES	3.840	0,95%	0,16
550 - HERNIA INGUINAL	3.510	0,87%	0,15
727 - OTROS TRASTORNOS SINOV. TENDON Y BURSA	3.025	0,75%	0,13
729 - OTROS TRASTORNOS DE TEJIDO BLANDOS	2.499	0,62%	0,10
728 - TRASTORNO DE MUSCULO LIGAM. Y FASCIA	1.396	0,34%	0,06
TOTAL DE LOS 14 DIAGNÓSTICOS EN LA C.V.	149.358	36,87%	6,23
TOTAL DE TODOS LOS DIAGNÓSTICOS EN LA C.V.	405.053	100%	16,91

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009INSSAutProv_Incidencia_Versión 05.xls)

Figura 18: Datos e Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal (Incidencia), de los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en Población laboral de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls)

Tabla 44: Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal (Incidencia), de los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, por provincias en población laboral de la Comunidad Valenciana.

Diagnóstico	Incidencia Alicante	Incidencia Castellón	Incidencia Valencia
724 - OTRAS ALTERAC. DE LA ESPALDA NO ESPEC.	1,82	1,49	2,08
300 - TRASTORNOS NEUROTICOS	0,94	0,74	1,25
723 - OTRAS ALTERACIONES COLUMNA CERVICAL	0,61	0,41	0,75
719 - OTROS TRASTORNOS Y TRAS. NEOM ARTICUL.	0,45	0,37	0,48
845 - ESGUINCES Y TORCEDURAS TOBILLO Y PIE	0,39	0,36	0,46
726 - TENDIN.INTERSEC. PERIF. Y OTROS SINDR	0,37	0,31	0,43
311 - TRASTORNO DEPRESIVO NO CLAS. EN OTROS	0,25	0,28	0,34
717 - TRASTORNO INTERNO RODILLA	0,19	0,24	0,25
722 - TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL	0,16	0,15	0,20
715 - OSTEOARTROSIS/ENF AFINES	0,14	0,15	0,18
550 - HERNIA INGUINAL	0,13	0,14	0,15
727 - OTROS TRASTORNOS SINOV. TENDON Y BURSA	0,11	0,10	0,15
729 - OTROS TRASTORNOS DE TEJIDO BLANDOS	0,11	0,09	0,11
728 - TRASTORNO DE MUSCULO LIGAM. Y FASCIA	0,05	0,04	0,07
TOTAL DE LOS 14 DIAGNÓSTICOS EN ALICANTE	5,73	4,86	6,88
TOTAL DE TODOS LOS DIAGNÓSTICOS EN ALICANTE	16,24	13,72	18,07

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009INSSAutProv_Incidencia_Versión 05.xls)

V.1.5.2. Estudio del Índice de ausencias

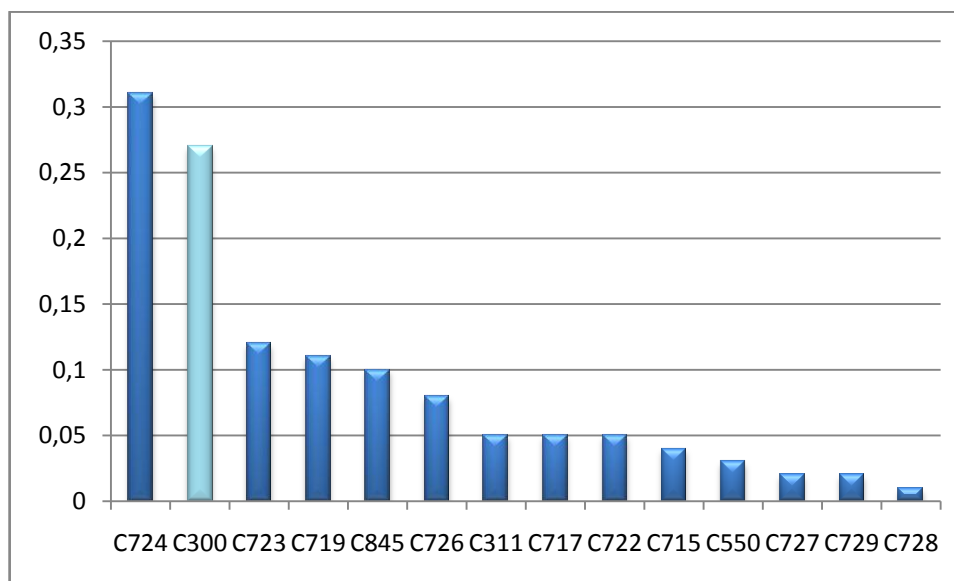
En las tablas y figuras siguientes se reflejan los resultados de los días de ausencia por IT y el Índice de Ausencias de la Incapacidad Temporal, para los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Tabla 45: Datos e Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal (Índice de Ausencias), de los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en Población laboral de la Comunidad Valenciana.

Diagnóstico	Días de Ausencia por IT	Porcentaje	Índice de ausencias
724 - OTRAS ALTERAC. DE LA ESPALDA NO ESPEC.	2.749.600	10,38%	0,31
300 - TRASTORNOS NEUROTICOS	2.366.679	8,94%	0,27
723 - OTRAS ALTERACIONES COLUMNA CERVICAL	1.065.224	4,02%	0,12
719 - OTROS TRASTORNOS Y TRAS. NEOM ARTICUL.	922.781	3,49%	0,11
845 - ESGUINCES Y TORCEDURAS TOBILLO Y PIE	839.861	3,17%	0,10
726 – TENDIN.INTERSEC. PERIF. Y OTROS SINDR	696.109	2,63%	0,08
311 - TRASTORNO DEPRESIVO NO CLAS. EN OTROS	469.767	1,77%	0,05
717 - TRASTORNO INTERNO RODILLA	459.499	1,74%	0,05
722 - TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL	459.048	1,73%	0,05
715 - OSTEOARTROSIS/ENF AFINES	353.269	1,33%	0,04
550 - HERNIA INGUINAL	244.004	0,92%	0,03
727 - OTROS TRASTORNOS SINOV. TENDON Y BURSA	210.184	0,79%	0,02
729 - OTROS TRASTORNOS DE TEJIDO BLANDOS	198.257	0,75%	0,02
728 - TRASTORNO DE MUSCULO LIGAM. Y FASCIA	87.222	0,33%	0,01
TOTAL DE LOS 14 DIAGNÓSTICOS EN C.V.	11.121.504	42,00%	1,27
TOTAL DE TODOS LOS DIAGNÓSTICOS EN C.V.	26.477.197	100%	3,03

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009INSSAutProv.xls)

Figura 19: Datos e Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal (Índice de ausencias), de los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en Población laboral de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls)

Tabla 46: Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal (Índice de Ausencias), de los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, por provincias, en población laboral de la Comunidad Valenciana.

Diagnóstico	Índice de Ausencias Alicante	Índice de ausencias Castellón	Índice de Ausencia Valencia
724 - OTRAS ALTERAC. DE LA ESPALDA NO ESPEC.	0,29	0,25	0,34
300 - TRASTORNOS NEUROTICOS	0,23	0,18	0,31
723 - OTRAS ALTERACIONES COLUMNA CERVICAL	0,12	0,08	0,13
719 - OTROS TRASTORNOS Y TRAS. NEOM ARTICUL.	0,11	0,08	0,11
845 - ESGUINCES Y TORCEDURAS TOBILLO Y PIE	0,08	0,08	0,11
726 – TENDIN.INTERSEC. PERIF. Y OTROS SINDR	0,08	0,07	0,08
311 - TRASTORNO DEPRESIVO NO CLAS. EN OTROS	0,05	0,06	0,06
717 - TRASTORNO INTERNO RODILLA	0,04	0,05	0,06
722 - TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL	0,04	0,05	0,06
715 - OSTEOARTROSIS/ENF AFINES	0,04	0,03	0,04
550 - HERNIA INGUINAL	0,03	0,02	0,03
727 - OTROS TRASTORNOS SINOV. TENDON Y BURSA	0,02	0,02	0,03
729 - OTROS TRASTORNOS DE TEJIDO BLANDOS	0,02	0,02	0,02
728 - TRASTORNO DE MUSCULO LIGAM. Y FASCIA	0,01	0,01	0,01
TOTAL DE ESTOS 14 DIAGNÓSTICOS EN ALICANTE	1,15	1,00	1,40
TOTAL DE TODOS LOS DIAGNÓSTICOS EN ALICANTE	2,92	2,48	3,22

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009INSSAutProv.xls)

V.2. Estudio descriptivo en personal sanitario por todos los diagnósticos

V.2.1. Estudio descriptivo con carácter global y por provincias, de acuerdo al centro de trabajo del profesional.

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 47: Datos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, por centro de trabajo del profesional, en Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Provincia	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Alicante	19.514	10.517	10.562	474.384	484.260
Castellón	6.852	2.133	2.082	119.379	113.861
Valencia	30.849	15.991	16.026	806.020	818.612
Comunidad Valenciana	57.215	28.641	28.670	1.399.783	1.416.733

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_porcentrosdetrabajo_Versión 05.xls)

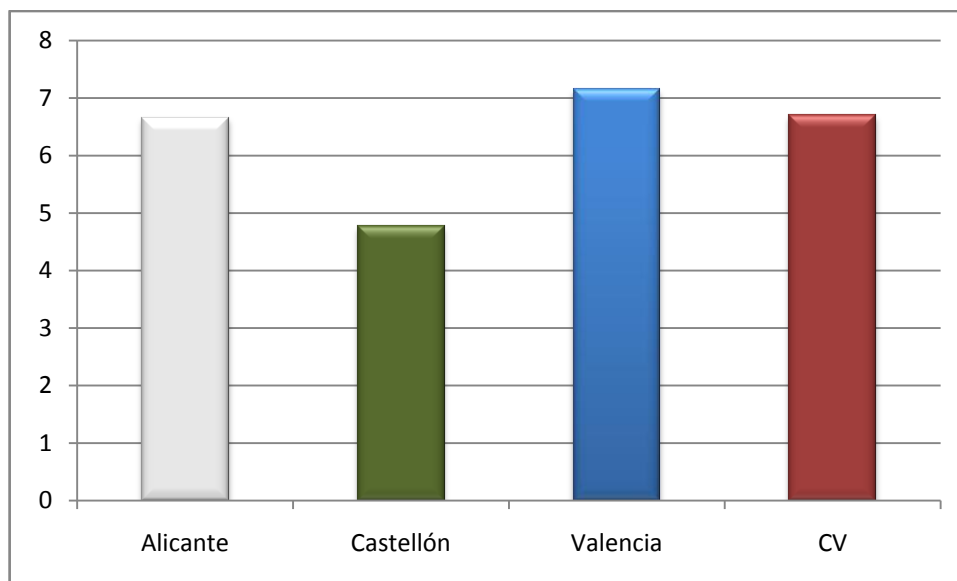
Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por provincias de la Comunidad Valenciana, así como el global de la Comunidad, se explicitan en la tabla y figuras siguientes:

Tabla 48: Indicadores de gestión de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, por centro de trabajo del profesional, en Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Provincia	Personal Sanitario	Índice ausencia	Duración media	Incidencia
Alicante	19.514	6,66	45,85	53,89
Castellón	6.852	4,77	54,69	31,13
Valencia	30.849	7,16	51,08	51,84
Comunidad Valenciana	57.215	6,70	49,47	50,06

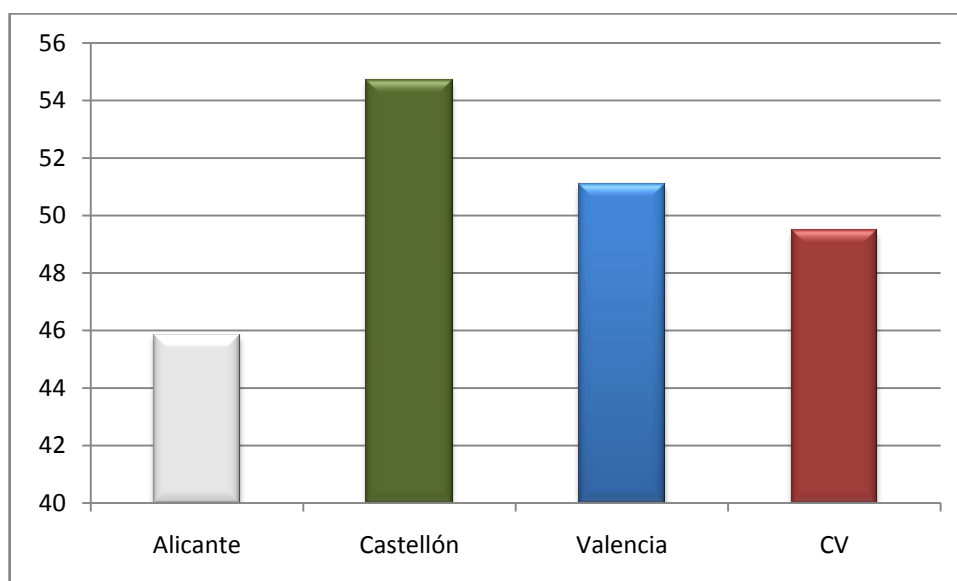
Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_porcentrosdetrabajo_Versión 05.xls)

Figura 20: Índice de ausencias por todos los diagnósticos, por centro de trabajo del profesional, en Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.



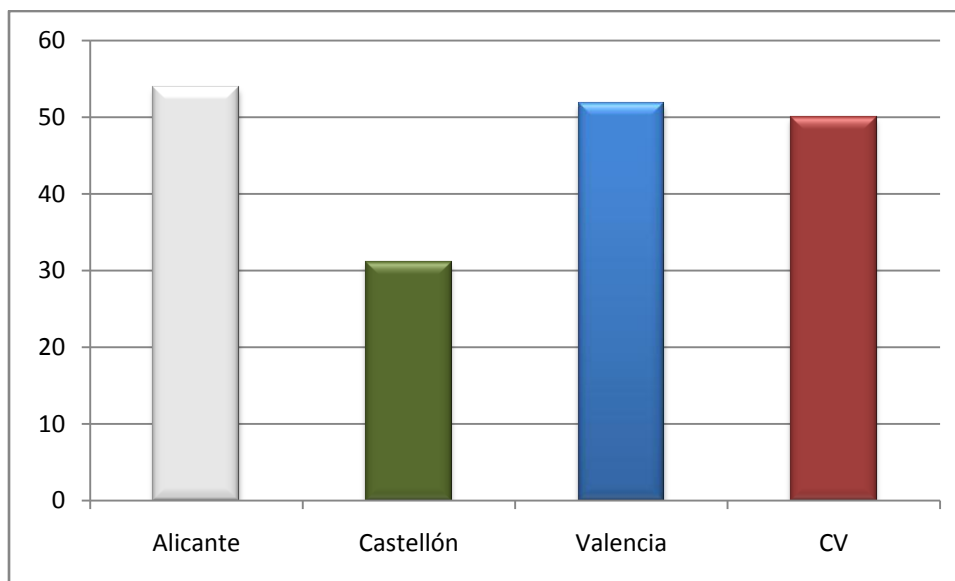
Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls)

Figura 21: Duración media por todos los diagnósticos, por centro de trabajo del profesional, en Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls)

Figura 22: Incidencia por todos los diagnósticos, por centro de trabajo del profesional, en Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls)

V.2.2. Estudio descriptivo por departamentos de salud, de acuerdo al centro de trabajo del profesional.

La población sanitaria de la Comunidad Valenciana, distribuida por departamentos de salud, incluyendo hospitales y centros de especialidades, de acuerdo al centro de trabajo en el que prestan servicios es la siguiente:

Tabla 49: Distribución por departamentos de salud, por centro de trabajo del profesional.

Departamento de Salud	Personal Sanitario	Distribución
1	1.072	1,87%
2	4.057	7,09%
3	1.723	3,01%
4	1.898	3,32%
5	4.681	8,18%
6	3.057	5,34%
7	8.989	15,71%
8	853	1,49%
9	1.451	2,54%
10	4.330	7,57%
11	695	1,21%
12	1.922	3,36%
13	759	1,33%
14	2.508	4,38%
15	1.797	3,14%
16	1.967	3,44%
17	2.435	4,26%
18	2.296	4,01%
19	5.193	9,08%
20	3.125	5,46%
21	1.796	3,14%
22	146	0,26%
23	465	0,81%
Comunidad Valenciana	57.215	100,00%

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_porcentrosdetrabajo_Versión 05.xls)

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 50: Datos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, por centro de trabajo del profesional, por Departamentos de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Departamento de Salud	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
1	1.072	234	236	12.145	12.448
2	4.057	1.268	1.251	73.709	70.854
3	1.723	458	434	23.578	23.066
4	1.898	1.120	1.111	66.901	65.185
5	4.681	2.629	2.606	130.545	129.881
6	3.057	2.068	2.062	98.629	101.627
7	8.989	2.344	2.349	118.575	118.262
8	853	193	198	11.934	12.627
9	1.451	2.322	2.329	118.758	120.832
10	4.330	2.765	2.770	129.059	130.611
11	695	734	767	39.253	41.149
12	1.922	683	687	36.672	36.304
13	759	361	367	17.835	19.193
14	2.508	741	763	43.771	48.066
15	1.797	574	573	29.022	28.786
16	1.967	791	790	33.266	32.249
17	2.435	2.873	2.879	117.177	119.260
18	2.296	838	844	38.546	39.065
19	5.193	2.795	2.787	114.886	117.617
20	3.125	1.484	1.477	71.691	71.480
21	1.796	564	580	34.902	38.349
22	146	122	127	6.988	7.578
23	465	679	683	31.942	32.243
Comunidad Valenciana	57.215	28.641	28.670	1.399.783	1.416.733

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_porcentrosdetrabajo_Versión 05.xls)

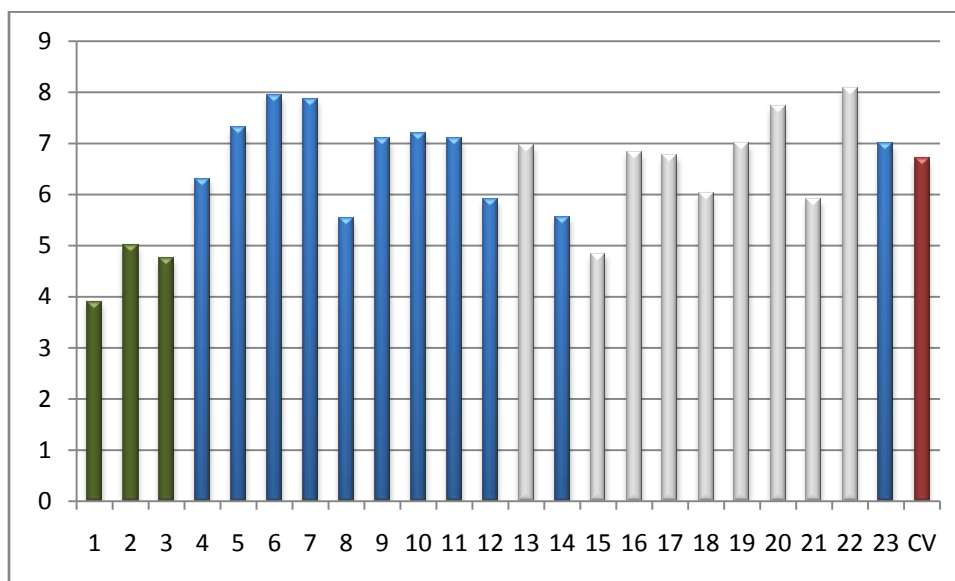
Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, se explicitan en la tabla y figuras siguientes:

Tabla 51: Indicadores de gestión de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, por centro de trabajo del profesional, por Departamentos de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Departamento De Salud	Personal Sanitario	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
1	1.072	3,90	56,34	25,84
2	4.057	5,01	54,34	32,73
3	1.723	4,75	54,66	30,64
4	1.898	6,31	59,96	36,78
5	4.681	7,31	55,03	48,54
6	3.057	7,94	50,57	57,28
7	8.989	7,87	50,07	59,62
8	853	5,54	60,94	33,29
9	1.451	7,09	48,64	53,55
10	4.330	7,20	44,54	59,82
11	695	7,09	45,81	52,23
12	1.922	5,91	52,53	38,97
13	759	6,97	56,20	49,01
14	2.508	5,55	62,74	35,17
15	1.797	4,84	56,35	31,39
16	1.967	6,82	41,29	60,24
17	2.435	6,77	40,13	60,66
18	2.296	6,03	51,00	43,82
19	5.193	6,99	40,53	63,97
20	3.125	7,73	47,03	60,38
21	1.796	5,91	65,65	35,36
22	146	8,07	61,33	47,26
23	465	6,99	41,60	57,20
Comunidad Valenciana	57.215	6,70	49,47	50,06

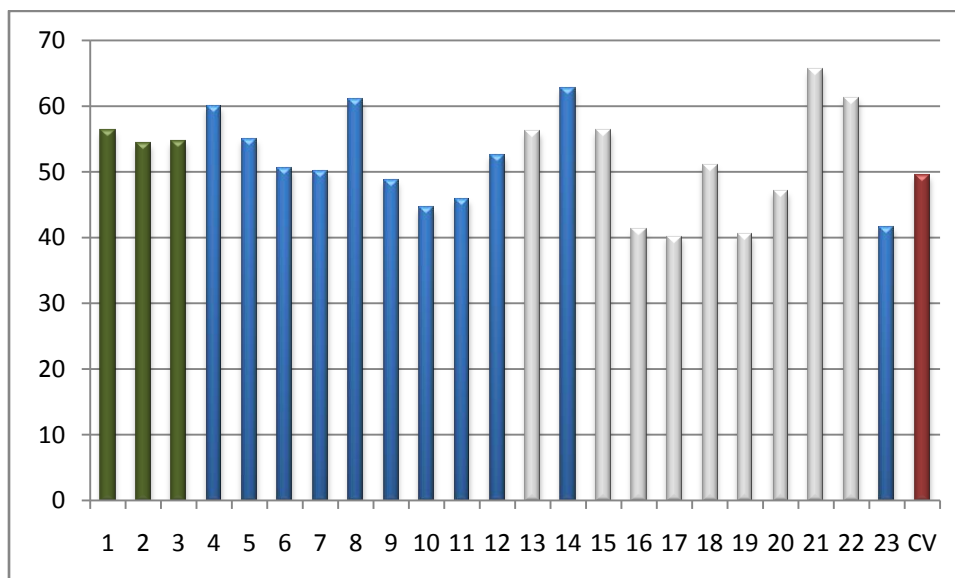
Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_porcentrosdetrabajo_Versión 05.xls)

Figura 23: Índice de ausencias por todos los diagnósticos, por centro de trabajo del profesional, por Departamentos de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.



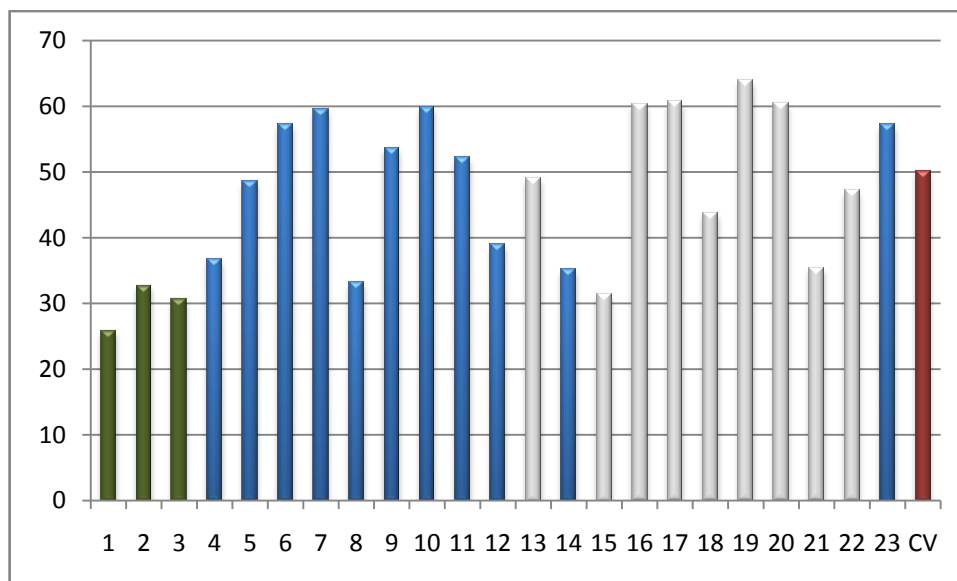
Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls)

Figura 24: Duración media por todos los diagnósticos, por centro de trabajo del profesional, por Departamentos de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls)

Figura 25: Incidencia por todos los diagnósticos, por Departamentos de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras4.xls)

V.2.3. Estudio descriptivo por centros de salud, de acuerdo al centro de trabajo del profesional.

Considerando que la explicitación de los datos de 1.132 centros de trabajo, incluyendo hospitales y centros de especialidades, en una tabla no proporcionaría información descriptiva excesivamente adecuada, se ha optado por resumir el estudio descriptivo por centros de salud mediante los estadísticos de tendencia central, dispersión y posición que se contemplan en las dos tablas siguientes, tanto para los datos de Incapacidad Temporal como para los indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal.

Tabla 52: Estadísticos de tendencia central, dispersión y posición de los datos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, por centros de trabajo. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Media	51	25	25	1.236	1.232
Mediana	4	2	2	73	60
Desviación St	322	174	174	8.458	8.528
Máximo	7.609	4.392	4.432	215.741	223.236
Mínimo	1	0	0	0	0
Percentil 5	1	0	0	0	0
Percentil 25	2	0	0	0	0
Percentil 50	4	2	2	73	60
Percentil 75	22	10	10	483	505
Percentil 95	91	62	61	2.596	2.642
Comunidad Valenciana	57.215	28.641	28.670	1.399.783	1.416.733

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_porcentrosdetrabajo_Versión 05.xls)

Tabla 53: Estadísticos de tendencia central, dispersión y posición de los Indicadores de gestión la de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, por centros de trabajo. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

	Personal sanitario	Índice ausencia	Duración media	Incidencia
Media	51	5,14	34,56	41,53
Mediana	4	3,40	19,79	33,33
Desviación St	322	6,62	51,68	46,96
Máximo	7.609	49,73	365,00	700,00
Mínimo	1	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	1	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	2	0,00	0,00	0,00
Percentil 50	4	3,40	19,91	33,33
Percentil 75	22	7,51	47,84	63,64
Percentil 95	91	16,99	115,76	100,00
Comunidad Valenciana	57.215	6,70	49,47	50,06

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_porcentrosdetrabajo_Versión 05.xls)

V.2.4. Estudio descriptivo con carácter global y por provincias, de acuerdo a la residencia del profesional.

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 54: Datos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, de acuerdo a la residencia del profesional. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Provincia	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Alicante	18.927	10.403	10.425	464.312	473.578
Castellón	6.068	1.960	1.921	109.432	106.369
Valencia	32.221	16.278	16.324	826.039	836.786
Comunidad Valenciana	57.215	28.641	28.670	1.399.783	1.416.733

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_CentrosSalud_Versión 05.xls)

Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por provincias de la Comunidad Valenciana, así como el global de la Comunidad, se explicitan en la tabla siguiente:

Tabla 55: Indicadores de gestión la de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, de acuerdo a la residencia del profesional. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Provincia	Personal Sanitario	Índice ausencia	Duración media	Incidencia
Alicante	18.927	6,72	45,43	54,96
Castellón	6.068	4,94	55,36	32,30
Valencia	32.221	7,02	51,26	50,52
Comunidad Valenciana	57.215	6,70	49,47	50,06

Fuente: Elaboración propia. ((Resultados2009Sanitario_CentrosSalud_Versión 05.xls)

V.2.5. Estudio descriptivo por departamentos de salud, de acuerdo a la residencia del profesional.

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 56: Datos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos de acuerdo a la residencia del profesional, por Departamentos de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Departamento de Salud	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
1	850	234	236	12.145	12.448
2	3.796	1.268	1.251	73.709	70.854
3	1.421	458	434	23.578	23.066
4	2.610	1.120	1.111	66.901	65.185
5	5.243	2.629	2.606	130.545	129.881
6	3.586	2.068	2.062	98.629	101.627
7	4.005	2.344	2.349	118.575	118.262
8	618	193	198	11.934	12.627
9	4.528	2.322	2.329	118.758	120.832
10	4.878	2.765	2.770	129.059	130.611
11	1.597	734	767	39.253	41.149
12	1.742	683	687	36.672	36.304
13	755	361	367	17.835	19.193
14	2.092	741	763	43.771	48.066
15	1.832	574	573	29.022	28.786
16	1.332	791	790	33.266	32.249
17	4.615	2.873	2.879	117.177	119.260
18	1.838	838	844	38.546	39.065
19	4.337	2.795	2.787	114.886	117.617
20	2.564	1.484	1.477	71.691	71.480
21	1.369	564	580	34.902	38.349
22	283	122	127	6.988	7.578
23	1.322	679	683	31.942	32.243
Comunidad Valenciana	57.215	28.641	28.670	1.399.783	1.416.733

Fuente: Elaboración propia. ((Resultados2009Sanitario_CentrosSalud_Versión 05.xls)

Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, se explicitan en la tabla siguiente:

Tabla 57: Indicadores de gestión de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos de acuerdo a la residencia del profesional, por Departamentos de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Departamento de Salud	Personal Sanitario	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
1	850	3,91	52,64	27,47
2	3.796	5,32	56,63	33,40
3	1.421	4,54	53,21	32,23
4	2.610	7,02	58,65	42,92
5	5.243	6,82	49,84	50,14
6	3.586	7,54	49,28	57,68
7	4.005	8,11	50,35	58,53
8	618	5,29	63,76	31,22
9	4.528	7,19	51,88	51,29
10	4.878	7,25	47,16	56,68
11	1.597	6,73	53,68	45,97
12	1.742	5,77	52,87	39,19
13	755	6,47	52,37	47,78
14	2.092	5,73	63,03	35,42
15	1.832	4,34	50,20	31,35
16	1.332	6,84	40,81	59,39
17	4.615	6,96	41,43	62,26
18	1.838	5,74	46,27	45,61
19	4.337	7,26	42,20	64,45
20	2.564	7,66	48,40	57,87
21	1.369	6,98	66,08	41,16
22	283	6,77	59,62	43,22
23	1.322	6,62	47,22	51,35
Comunidad Valenciana	57.215	6,70	49,47	50,06

Fuente: Elaboración propia. ((Resultados2009Sanitario_CentrosSalud_Versión 05.xls)

V.2.6. Estudio descriptivo por centro de salud, de acuerdo a la residencia del profesional.

Considerando que la explicitación de los datos de 739 centros de salud y consultorios auxiliares en una tabla no proporcionaría información descriptiva excesivamente adecuada, se ha optado por resumir el estudio descriptivo por centros de salud mediante los estadísticos de tendencia central, dispersión y posición que se contemplan en las dos tablas siguientes, tanto para los datos de Incapacidad Temporal como para los indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal.

Tabla 58: Estadísticos de tendencia central, dispersión y posición de los datos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos de acuerdo a la residencia del profesional, por centros de salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Media	77,42	38,76	38,80	1.894,16	1.917,09
Mediana	15,04	5,91	5,91	340,18	361,38
Desviación St	150,92	81,36	80,91	3.903,37	3.891,45
Máximo	1.292,12	716,32	716,28	35.900,04	33.088,78
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	4,01	0,99	0,99	21,69	13,01
Percentil 50	19,05	7,88	8,87	432,76	441,46
Percentil 75	69,67	33,50	32,51	1.580,10	1.715,30
Percentil 95	400,27	201,20	201,39	10.078,42	10.041,75
Comunidad Valenciana	57.215	28.641	28.670	1.399.783	1.416.733

Fuente: Elaboración propia. ((Resultados2009Sanitario_CentrosSalud_Versión 05.xls)

Tabla 59: Estadísticos de tendencia central, dispersión y posición de los Indicadores de gestión de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos de acuerdo a la residencia del profesional, por Centros de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

	Personal Sanitario	Índice ausencia	Duración media	Incidencia
Media	77,42	6,47	47,73	42,82
Mediana	15,04	5,76	42,13	41,86
Desviación St	150,92	7,00	57,50	31,32
Máximo	1.292,12	65,49	370,85	294,88
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	4,01	2,65	9,14	24,57
Percentil 50	19,05	6,18	45,01	45,87
Percentil 75	69,67	8,07	58,27	58,28
Percentil 95	400,27	16,03	136,25	98,29
Comunidad Valenciana	57.215	6,70	49,47	50,06

Fuente: Elaboración propia. ((Resultados2009Sanitario_CentrosSalud_Versión 05.xls)

V.2.7. Estudio descriptivo por facultativo, de acuerdo a la residencia del profesional.

Considerando que la explicitación de los datos de 2.779 facultativos de atención primaria de centros de salud y consultorios auxiliares en una tabla no proporcionaría información descriptiva adecuada, se ha optado por resumir el estudio descriptivo por facultativos mediante los estadísticos de tendencia central, dispersión y posición que se contemplan en las dos tablas siguientes, tanto para los datos de Incapacidad Temporal como para los indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal.

Tabla 60: Datos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos de acuerdo a la residencia del profesional, por facultativo. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Media	20,59	10,31	10,32	503,70	509,80
Mediana	16,30	6,80	7,77	357,03	360,47
Desviación St	16,03	10,28	10,23	531,29	551,95
Máximo	119,83	104,90	105,86	4.792,75	5.283,01
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	1,92	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	8,63	2,91	2,91	118,36	102,92
Percentil 50	16,30	6,80	7,77	357,03	360,47
Percentil 75	27,80	14,57	14,57	714,55	718,48
Percentil 95	52,82	31,08	31,08	1.529,51	1.558,41
Comunidad Valenciana	57.215	28.641	28.670	1.399.783	1.416.733

Fuente: Elaboración propia. ((Resultados2009Sanitario_CentrosSalud_Versión 05.xls)

Tabla 61: Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos de acuerdo a la residencia del profesional, por Centros de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

	Personal Sanitario I	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
Media	20,59	6,30	49,30	46,51
Mediana	16,30	5,59	40,56	44,12
Desviación St	16,03	5,30	45,81	29,37
Máximo	119,83	58,78	370,15	354,62
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	1,92	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	8,63	2,69	21,30	27,63
Percentil 50	16,30	5,59	40,56	44,12
Percentil 75	27,80	8,67	64,82	62,72
Percentil 95	52,82	14,53	122,22	96,95
Comunidad Valenciana	57.215	6,70	49,47	50,06

Fuente: Elaboración propia. ((Resultados2009Sanitario_CentrosSalud_Versión 05.xls)

V.2.8. Estudio descriptivo para cada uno de los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

En las tablas siguientes se reflejan los resultados de los procesos de IT iniciados y la Incidencia de la Incapacidad Temporal, para los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Tabla 62: Datos e Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal (Incidencia), de los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Diagnóstico	Procesos IT iniciados	Porcentaje	Incidencia
724 - OTRAS ALTERACIONES DE LA ESPALDA NO ESPECIFICADOS	2.664	9,30%	4,67
300 - TRASTORNOS NEUROTICOS	1.361	4,75%	2,38
723 - OTRAS ALTERACIONES COLUMNA CERVICAL	859	3,00%	1,50
726 - TENDINITIS INTERSECCIONES PERIF. Y SINDR. CONEXOS	734	2,56%	1,29
845 - ESGUINCES Y TORCEDURAS DE TOBILLO Y PIE	572	2,00%	1,00
719 - OTROS TRASTORNOS Y TRASTORNOS ARTICULACION	503	1,76%	0,88
311 - TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN CONCEPTOS	378	1,32%	0,66
722 - TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL	241	0,84%	0,42
717 - TRASTORNO INTERNO RODILLA	193	0,67%	0,34
727 - OTROS TRASTORNOS DE SINOVIA TENDON Y BURSA	177	0,62%	0,31
715 - OSTEOARTROSIS/ENF AFINES	171	0,60%	0,30
729 - OTROS TRASTORNOS DE TEJIDO BLANDOS	147	0,51%	0,26
728 - TRASTORNO DE MUSCULO LIGAMENTO Y FASCIA	90	0,31%	0,16
550 - HERNIA INGUINAL	51	0,18%	0,09
TOTAL DE LOS 14 DIAGNÓSTICOS EN C.V.	8.141	28,42%	14,26
TOTAL DE TODOS LOS DIAGNÓSTICOS EN C.V.	28.641	100%	50,06

Fuente: Elaboración propia. (Resultado2009DiagINSS_AutProv_PobSanitaria.xls)

Tabla 63: Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal (Incidencia), de los 14 diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, por provincias.

Diagnóstico	Incidencia Alicante	Incidencia Castellón	Incidencia Valencia
724 - OTRAS ALTERACIONES DE LA ESPALDA NO ESPECIFICADOS	4,97	3,08	4,77
300 - TRASTORNOS NEUROTICOS	2,54	1,75	2,40
723 - OTRAS ALTERACIONES COLUMNA CERVICAL	1,57	0,86	1,58
726 - TENDINITIS INTERSECCIONES PERIF. Y SINDR. CONEXOS	1,50	0,84	1,24
845 - ESGUINCES Y TORCEDURAS DE TOBILLO Y PIE	1,10	0,84	0,97
719 - OTROS TRASTORNOS Y TRASTORNOS ARTICULACION	0,84	0,66	0,95
311 - TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO EN CONCEPTOS	0,57	0,61	0,72
722 - TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL	0,42	0,36	0,43
717 - TRASTORNO INTERNO RODILLA	0,30	0,28	0,39
727 - OTROS TRASTORNOS DE SINOVIA TENDON Y BURSA	0,29	0,26	0,35
715 - OSTEOARTROSIS/ENF AFINES	0,26	0,25	0,33
729 - OTROS TRASTORNOS DE TEJIDO BLANDOS	0,25	0,12	0,24
728 - TRASTORNO DE MUSCULO LIGAMENTO Y FASCIA	0,17	0,12	0,16
550 - HERNIA INGUINAL	0,06	0,07	0,10
TOTAL DE LOS 14 DIAGNÓSTICOS EN ALICANTE	14,85	10,09	14,65
TOTAL DE TODOS LOS DIAGNÓSTICOS EN ALICANTE	54,96	32,30	50,52

Fuente: Elaboración propia. (Resultado2009DiagINSS_AutProv_PobSanitaria.xls)

V.3. Resumen de Indicadores del estudio descriptivo por todos los diagnósticos

A continuación se muestran los principales datos de indicadores del Estudio descriptivo en población laboral y personal sanitario de los procesos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos.

Figura 26: Datos e Indicadores del Estudio descriptivo por todos los diagnósticos en población laboral

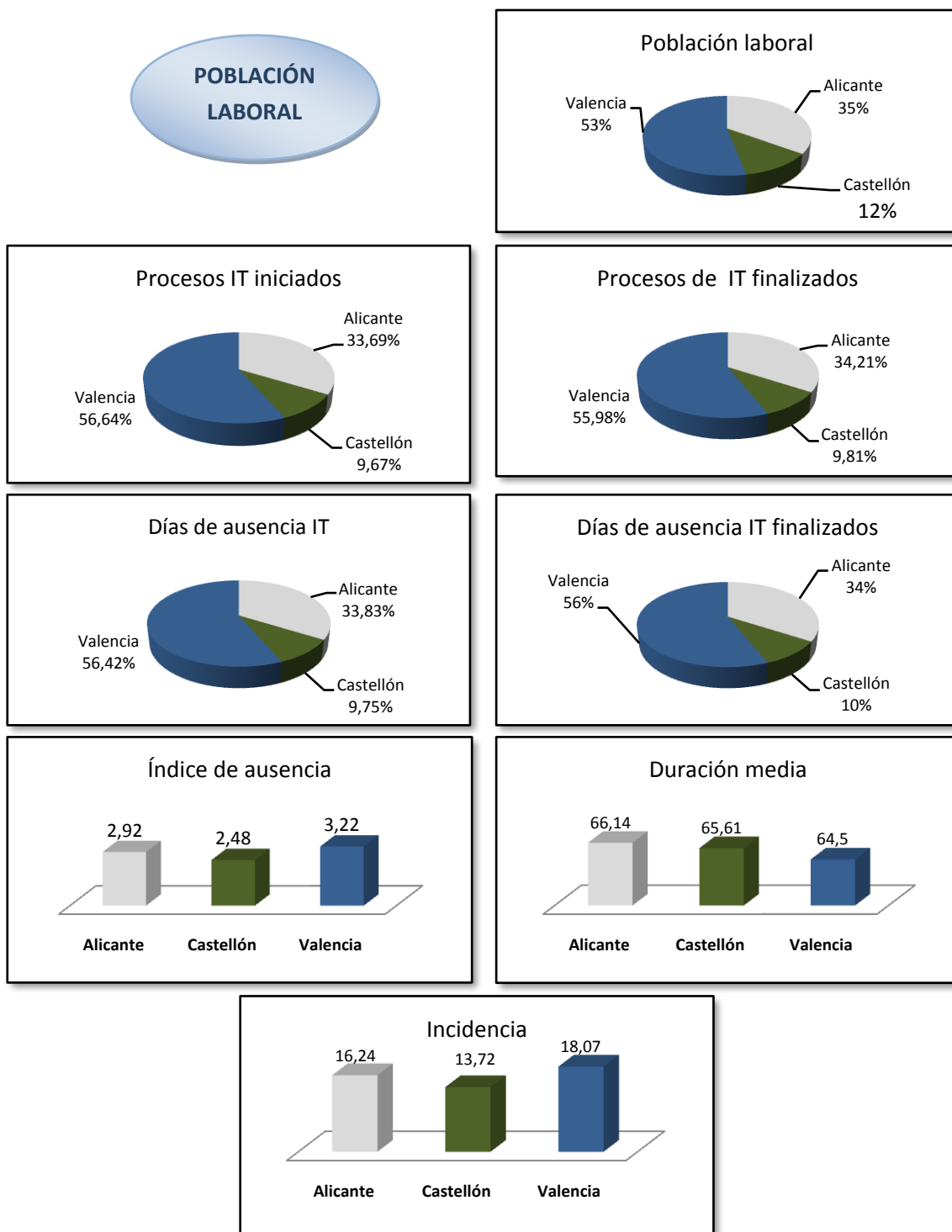
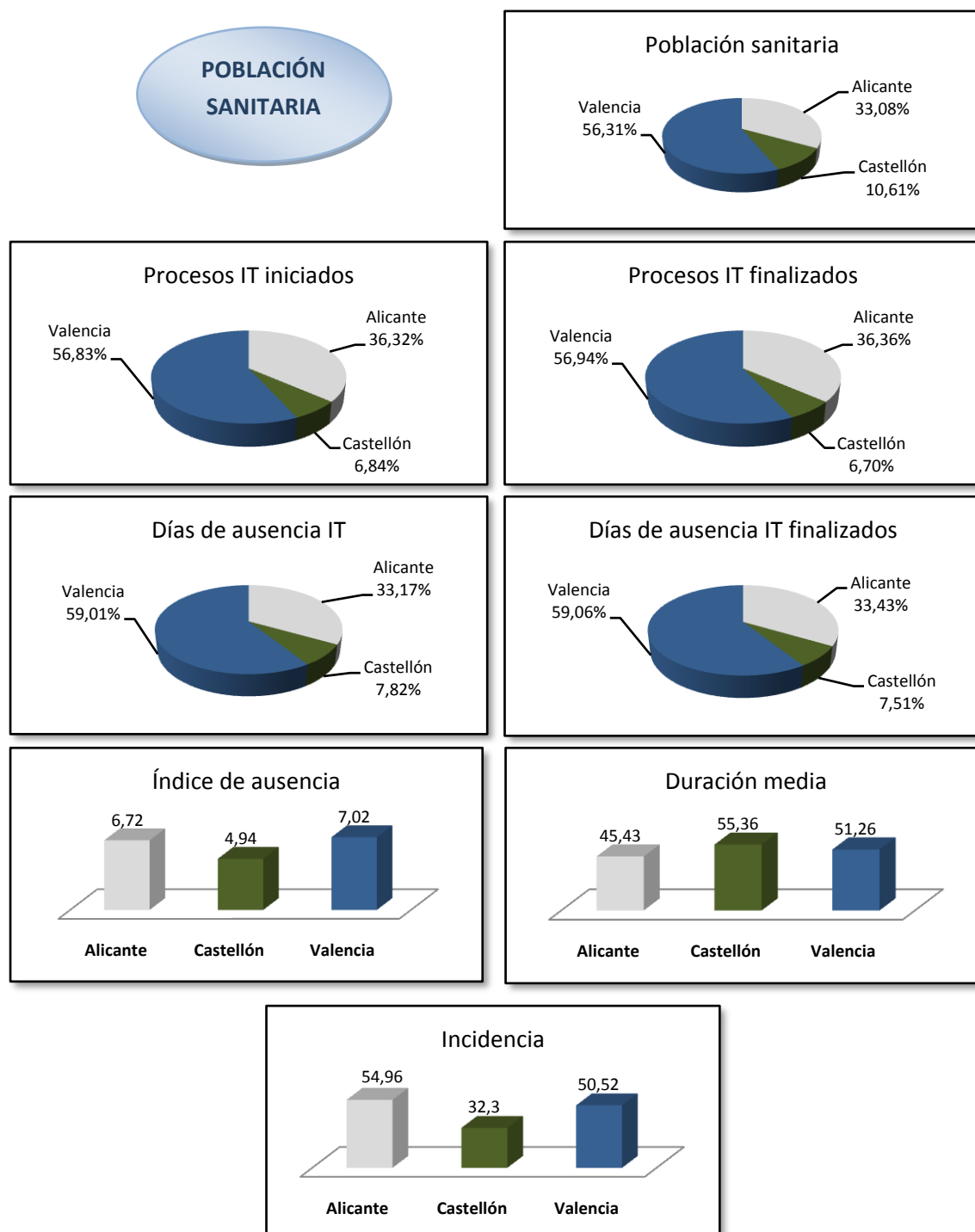


Figura 27: Datos e Indicadores del Estudio descriptivo por todos los diagnósticos en población sanitaria



V.4. Estudio descriptivo en población laboral por código diagnóstico 300

V.4.1. Estudio descriptivo con carácter global y por provincias.

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 64: Datos de Incapacidad Temporal por código 300. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

Provincia	Población laboral	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Alicante	840.263	7.934	6.175	703.938	716.232
Castellón	285.384	2.113	1.680	190.930	196.461
Valencia	1.269.951	15.812	12.339	1.452.526	1.490.850
Comunidad Valenciana	2.395.598	25.859	20.194	2.347.394	2.403.543

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009_Cod300_Versión 05.xls)

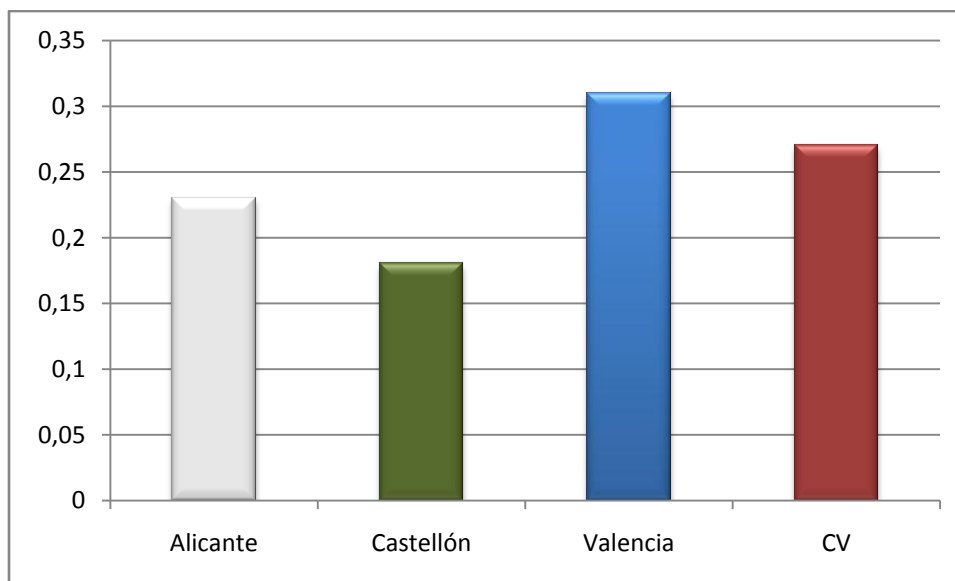
Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por provincias de la Comunidad Valenciana, así como el global de la Comunidad, se explicitan en la tabla y figuras siguientes:

Tabla 65: Indicadores de gestión de Incapacidad Temporal por código 300. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

Provincia	Población laboral	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
Alicante	840.263	0,23	115,99	0,94
Castellón	285.384	0,18	116,94	0,74
Valencia	1.269.951	0,31	120,82	1,25
Comunidad Valenciana	2.395.598	0,27	119,02	1,08

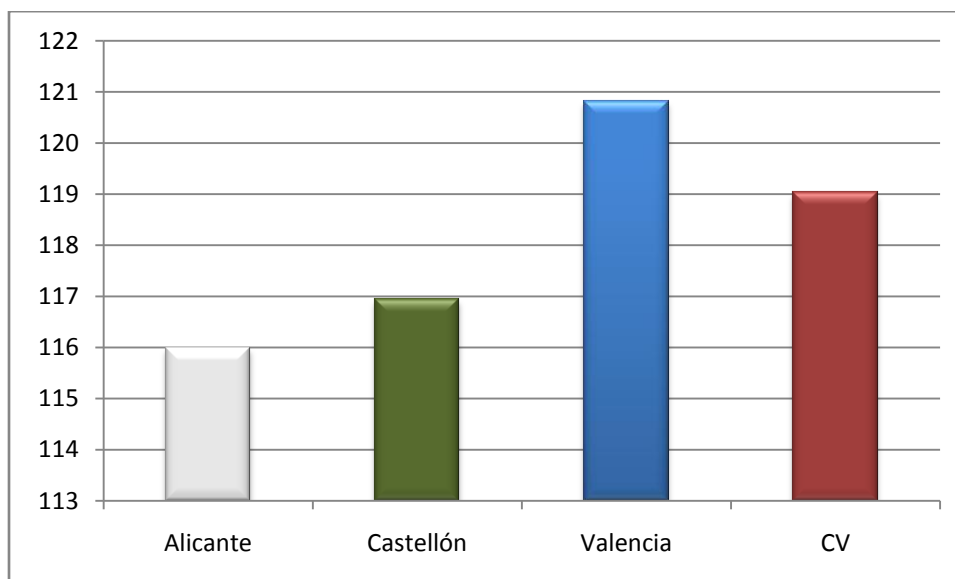
Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009_Cod300_Versión 05.xls)

Figura 28: Índice de ausencias por código diagnóstico 300, global y por provincias, en población laboral de la Comunidad Valenciana.



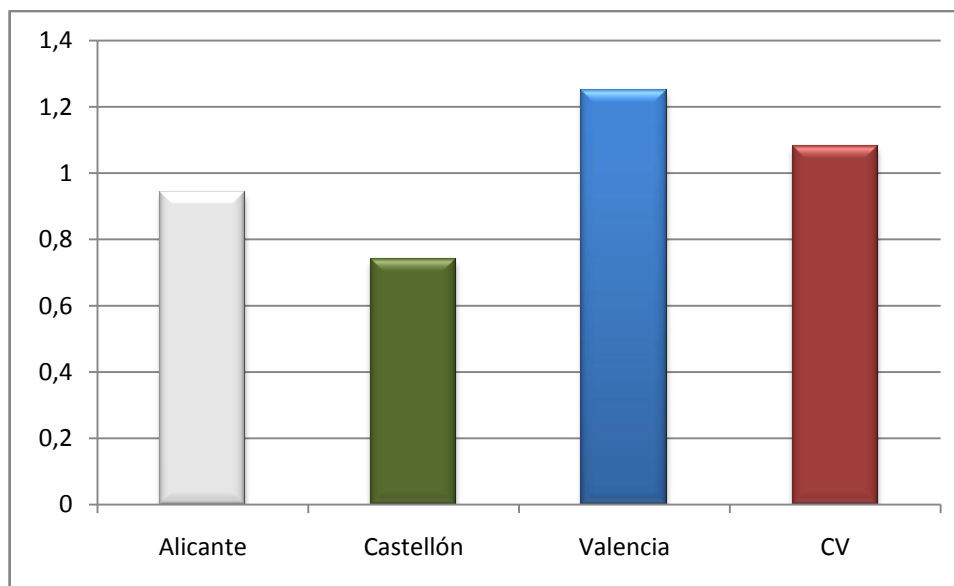
Fuente: Elaboración propia. (Figuras5.xls)

Figura 29: Duración media por código diagnóstico 300, global y por provincias, en población laboral de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras5.xls)

Figura 30: Duración media por código diagnóstico 300, global y por provincias, en población laboral de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras5.xls)

V.4.2. Estudio descriptivo por departamentos de salud.

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 66: Datos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300, por Departamentos de Salud. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

Departamento de Salud	Población laboral	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
1	43.413	338	276	31.023	32.777
2	147.034	1.068	859	87.607	89.636
3	94.937	707	545	72.300	74.048
4	75.201	807	617	78.447	81.786
5	166.670	2.347	1.831	214.432	218.614
6	144.546	2.033	1.544	188.297	194.138
7	95.087	1.225	949	112.577	111.599
8	23.754	178	133	17.204	15.288
9	190.347	2.509	1.939	236.398	241.929
10	176.490	2.418	1.922	209.903	220.584
11	123.817	1.414	1.114	130.793	131.938
12	90.799	839	664	78.878	79.661
13	81.438	499	406	41.883	44.392
14	99.706	957	774	82.128	88.036
15	66.439	565	432	56.767	56.550
16	84.981	755	567	73.059	71.202
17	99.918	1.361	1.110	111.498	114.680
18	100.693	857	629	82.338	79.260

Departamento de Salud	Población laboral	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
19	128.782	1.525	1.218	118.845	122.431
20	135.833	1.250	965	114.662	119.281
21	79.116	493	371	45.737	45.281
22	63.063	629	477	59.149	63.155
23	83.534	1.085	852	103.469	107.277
Comunidad Valenciana	2.395.598	25.859	20.194	2.347.394	2.403.543

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009_Cod300_Versión 05.xls)

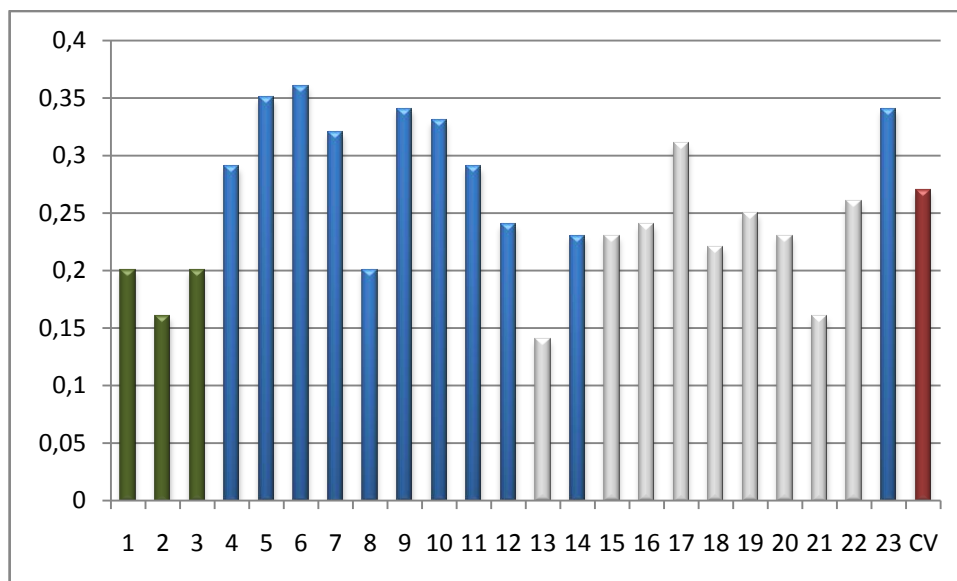
Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, se explicitan en la tabla y figuras siguientes:

Tabla 67: Indicadores de gestión la de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300, por Departamentos de Salud. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

Departamento de Salud	Población laboral	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
1	43.413	0,20	118,76	0,78
2	147.034	0,16	104,35	0,73
3	94.937	0,20	135,87	0,74
4	75.201	0,29	132,55	1,07
5	166.670	0,35	119,40	1,41
6	144.546	0,36	125,74	1,41
7	95.087	0,32	117,60	1,29
8	23.754	0,20	114,95	0,75
9	190.347	0,34	124,77	1,32
10	176.490	0,33	114,77	1,37
11	123.817	0,29	118,44	1,14
12	90.799	0,24	119,97	0,92
13	81.438	0,14	109,34	0,61
14	99.706	0,23	113,74	0,96
15	66.439	0,23	130,90	0,85
16	84.981	0,24	125,58	0,89
17	99.918	0,31	103,32	1,36
18	100.693	0,22	126,01	0,85
19	128.782	0,25	100,52	1,18
20	135.833	0,23	123,61	0,92
21	79.116	0,16	122,05	0,62
22	63.063	0,26	132,40	1,00
23	83.534	0,34	125,91	1,30
Comunidad Valenciana	2.395.598	0,27	119,02	1,08

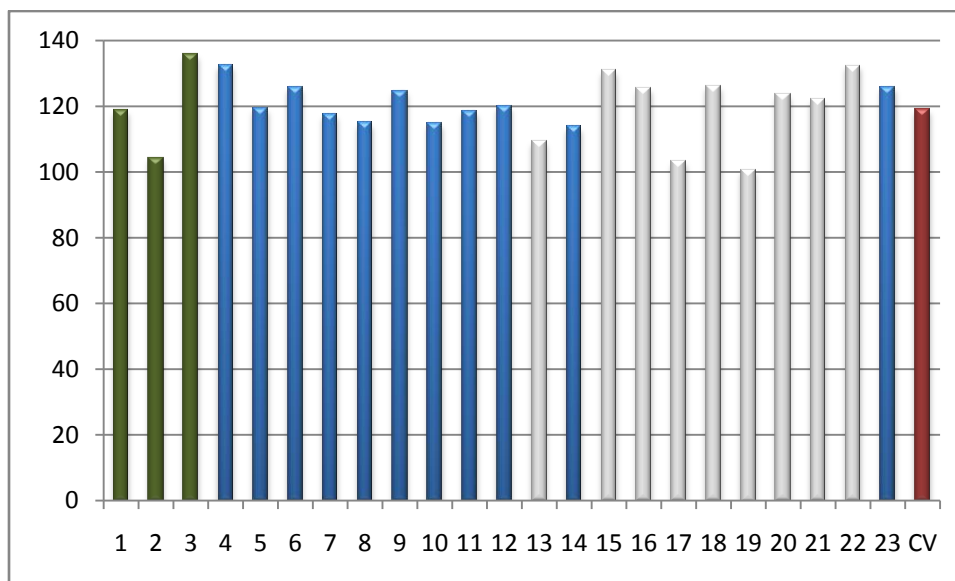
Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009_Cod300_Versión 05.xls)

Figura 31: Índice de ausencias de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300, por Departamentos de Salud en población laboral de la Comunidad Valenciana.



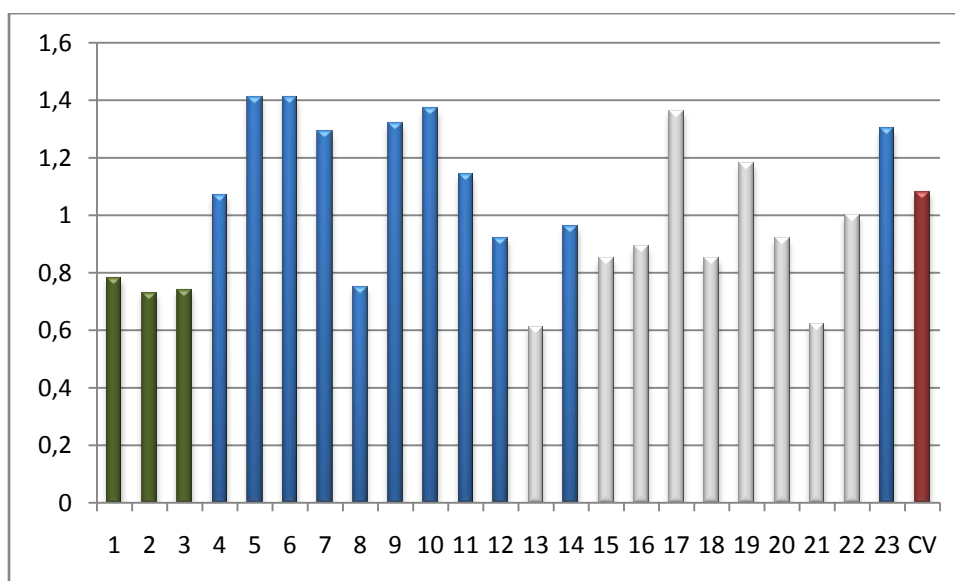
Fuente: Elaboración propia. (Figuras5.xls)

Figura 32: Duración media de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300, por Departamentos de Salud en población laboral de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras5.xls)

Figura 33: Incidencia de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300, por Departamentos de Salud en población laboral de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras5.xls)

A continuación, se procedió a una estandarización de las tasas de Incidencia por departamentos de salud, con el objetivo de poder comparar las Incidencias entre sí. El resultado de la estandarización y la comparación entre departamentos de salud se refleja en la tabla siguiente:

Tabla 68: Comparación de las tasas de Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 por departamentos de salud, estandarizadas por edad y sexo de acuerdo a la población laboral de la Comunidad Valenciana

Departamento de Salud	Incidencia estandarizada
13	0,6127
21	0,6231
2	0,7264
3	0,7447
8	0,7493
1	0,7786
15	0,8504
18	0,8511
16	0,8884
20	0,9202
12	0,9240
14	0,9598
22	0,9974
4	1,0731
11	1,1420
19	1,1842
7	1,2883
23	1,2989
9	1,3181
17	1,3621
10	1,3700
6	1,4065
5	1,4082

Fuente: Elaboración propia. (Tasas estandarizadas por departamento.xls)

Vistos estos resultados se puede concluir que el departamento de salud con mayor Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 es el número 13 y que el menor es el número 5.

V.4.3. Estudio descriptivo por centro de salud

Considerando que la explicitación de los datos de 739 centros de salud y consultorios auxiliares en una tabla no proporcionaría información descriptiva excesivamente adecuada, se ha optado por resumir el estudio descriptivo por centros de salud mediante los estadísticos de tendencia central, dispersión y posición que se contemplan en las dos tablas siguientes, tanto para los datos de Incapacidad Temporal como para los indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal.

Tabla 69: Estadísticos de tendencia central, dispersión y posición de los datos de Incapacidad Temporal por código 300, por centros de salud. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

	Población laboral	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Media	3.242	34,9919	27,3261	3.176,4465	3.252,4263
Mediana	1.025	9	7	809	829
Desviación St	4.318	53,8061	42,2366	4.883,5336	5.100,0662
Máximo	20.172	313	239	30.866	33.566
Mínimo	0	0	0	0	0
Percentil 5	104	0	0	0	0
Percentil 25	433	1	1	26	5
Percentil 50	1.025	9	7	809	829
Percentil 75	4.420	46	37	4.265	4.398
Percentil 95	13.034	154	123	13.296	14.507
Comunidad Valenciana	2.395.598	25.859	20.194	2.347.394	2.403.543

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009_Cod300_Versión 05.xls)

Tabla 70: Estadísticos de tendencia central, dispersión y posición de los Indicadores de gestión la de Incapacidad Temporal por código 300, por Centros de Salud. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

	Población laboral	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
Media	3.242	0,20	120,45	0,79
Mediana	1.025	0,19	115,90	0,76
Desviación St	4.318	0,17	64,66	0,63
Máximo	20.172	0,92	425,50	3,85
Mínimo	0	0,00	2,00	0,00
Percentil 5	104	0,00	19,97	0,00
Percentil 25	433	0,02	90,54	0,24
Percentil 50	1.025	0,19	115,90	0,76
Percentil 75	4.420	0,32	141,16	1,23
Percentil 95	13.034	0,50	239,05	1,77
Comunidad Valenciana	2.395.598	0,27	119,02	1,08

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009_Cod300_Versión 05.xls)

V.4.4. Estudio descriptivo por facultativo.

Considerando que la explicitación de los datos de los 2.551 facultativos de un total de 2.779 facultativos de atención primaria de centros de salud y consultorios auxiliares (91,80% de los facultativos) en una tabla no proporcionaría información descriptiva adecuada, se ha optado por resumir el estudio descriptivo por facultativos mediante los estadísticos de tendencia central, dispersión y posición que se contemplan en las dos tablas siguientes, tanto para los datos de Incapacidad Temporal como para los indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal.

Tabla 71: Datos de Incapacidad Temporal por código 300, por facultativo. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

	Población laboral	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Media	802	9,4491	7,3807	858,4160	879,9572
Mediana	899	9	7	749	744
Desviación St	331	6,1279	4,9494	641,9547	711,6154
Máximo	2.060	42	31	4357,00	4038,00
Mínimo	0	0	0	0,00	0,00
Percentil 5	0	0	0	0,00	0,00
Percentil 25	694	5	4	376,50	337,00
Percentil 50	899	9	7	749,00	744,00
Percentil 75	1.018	13	10	1224,50	1269,00
Percentil 95	1.168	20	16	2077,20	2247,30
Comunidad Valenciana	2.395.598	25.859	20.194	2.347.394	2.403.543

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009_Cod300_Versión 05.xls)

Tabla 72: Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal por código 300, por Centros de Salud. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

	Población laboral	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
Media	802	0,26	111,95	1,06
Mediana	899	0,24	109,25	1,00
Desviación St	331	0,19	69,35	0,78
Máximo	2.060	3,05	475,00	25,00
Mínimo	0	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	0	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	694	0,13	65,29	0,62
Percentil 50	899	0,24	109,25	1,00
Percentil 75	1.018	0,37	151,00	1,44
Percentil 95	1.168	0,60	228,00	2,20
Comunidad Valenciana	2.395.598	0,27	119,02	1,08

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009_Cod300_Versión 05.xls)

V.4.5. Estudio descriptivo de la desagregación del código 300

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 73: Datos de Incapacidad Temporal por código 300: desagregación. Valores absolutos. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

Diagnóstico	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
300	327	270	43.064	46.657
300.0	13.740	11.014	1.187.091	1.248.423
300.00	5.918	4.389	436.940	425.920
300.01	85	60	6.755	6.143
300.02	435	330	42.713	40.309
300.04	-	1	213	468
300.09	22	11	1.296	651
300.1	-	1	68	418
300.11	17	10	1.726	934
300.12	3	1	343	316
300.14	3	2	737	581
300.15	20	13	1.757	1.204
300.2	6	3	571	499
300.20	22	16	1.418	1.198
300.21	44	38	5.817	7.060
300.22	25	16	3.268	2.493
300.23	13	11	1.997	2.797
300.29	7	7	572	762
300.3	90	60	10.460	8.059
300.4	4.901	3.791	584.101	590.179
300.5	73	64	6.496	7.559
300.6	-	1	189	279
300.7	4	5	410	748
300.8	7	7	962	1.350
300.81	9	7	782	751
300.82	1	3	797	1.112
300.89	3	2	35	39
300.9	85	60	6.815	6.635
Comunidad Valenciana	25.859	20.194	2.347.394	2.403.543

Fuente: Elaboración propia. (Diag300en2009_Desagregación.xls)

Tabla 74: Datos de Incapacidad Temporal por código 300: desagregación. Porcentaje. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

Diagnóstico	% Procesos Iniciados	% Procesos Finalizados	% Días Ausencia	% Días Ausencia Finalizados
300	1,26%	1,34%	2%	1,94%
300.0	53,13%	54,54%	51%	51,94%
300.00	22,88%	21,73%	19%	17,72%
300.01	0,33%	0,30%	0%	0,26%
300.02	1,68%	1,63%	2%	1,68%
300.04	0,00%	0,01%	0%	0,02%
300.09	0,08%	0,06%	0%	0,03%
300.1	0,00%	0,01%	0%	0,02%
300.11	0,07%	0,05%	0%	0,04%
300.12	0,01%	0,01%	0%	0,01%
300.14	0,01%	0,01%	0%	0,02%
300.15	0,08%	0,06%	0%	0,05%
300.2	0,02%	0,02%	0%	0,02%
300.20	0,08%	0,08%	0%	0,05%
300.21	0,17%	0,19%	0%	0,29%
300.22	0,10%	0,08%	0%	0,10%
300.23	0,05%	0,06%	0%	0,12%
300.29	0,03%	0,03%	0%	0,03%
300.3	0,35%	0,30%	0%	0,34%
300.4	18,95%	18,77%	25%	24,55%
300.5	0,28%	0,32%	0%	0,31%
300.6	0,00%	0,01%	0%	0,01%
300.7	0,02%	0,02%	0%	0,03%
300.8	0,03%	0,03%	0%	0,06%
300.81	0,03%	0,03%	0%	0,03%
300.82	0,01%	0,02%	0%	0,05%
300.89	0,01%	0,01%	0%	0,00%
300.9	0,33%	0,30%	0%	0,28%
Comunidad Valenciana	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia. (Diag300en2009_Desagregación.xls)

Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de ausencia, Duración Media e Incidencia de la población laboral de la Comunidad Valenciana, se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 75: Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal por código 300: desagregación. Población laboral de la Comunidad Valenciana.

Diagnóstico	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
300	0,0049	172,82	0,0136
300.0	0,1358	113,35	0,5735
300.00	0,0500	97,05	0,2470
300.01	0,0008	102,83	0,0035
300.02	0,0049	122,25	0,0181
300.04	0,0000	407,81	0,0000
300.09	0,0001	56,65	0,0009
300.1	0,0000	364,23	0,0000
300.11	0,0002	90,38	0,0007
300.12	0,0000	274,85	0,0001
300.14	0,0001	253,06	0,0001
300.15	0,0002	95,27	0,0009
300.2	0,0001	144,87	0,0002
300.20	0,0002	74,46	0,0009
300.21	0,0007	186,21	0,0018
300.22	0,0004	154,98	0,0010
300.23	0,0002	243,46	0,0005
300.29	0,0001	110,61	0,0003
300.3	0,0012	134,91	0,0038
300.4	0,0668	155,67	0,2046
300.5	0,0007	117,49	0,0030
300.6	0,0000	242,45	0,0000
300.7	0,0000	162,84	0,0002
300.8	0,0001	195,90	0,0003
300.81	0,0001	108,93	0,0004
300.82	0,0001	322,52	0,0001
300.89	0,0000	16,76	0,0001
300.9	0,0008	111,06	0,0035
Comunidad Valenciana	0,27	119,02	1,08

Fuente: Elaboración propia. (Diag300en2009_Desagregación.xls)

V.5. Estudio descriptivo en personal sanitario por código diagnóstico 300

V.5.1. Estudio descriptivo con carácter global y por provincias, de acuerdo al centro de trabajo del profesional.

La población sanitaria de la Comunidad Valenciana, distribuida por departamentos de salud, incluyendo hospitales y centros de especialidades, de acuerdo al centro de trabajo es diferente a si consideramos esta misma población, según su población de residencia.

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 76: Datos de Incapacidad Temporal por código 300, por centros de trabajo. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Provincia	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Alicante	19.514	475	464	37.197	36.087
Castellón	6.852	122	107	8.475	7.073
Valencia	30.849	744	753	66.927	67.743
Comunidad Valenciana	57.215	1.341	1.324	112.599	110.903

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroTrabajo.xls)

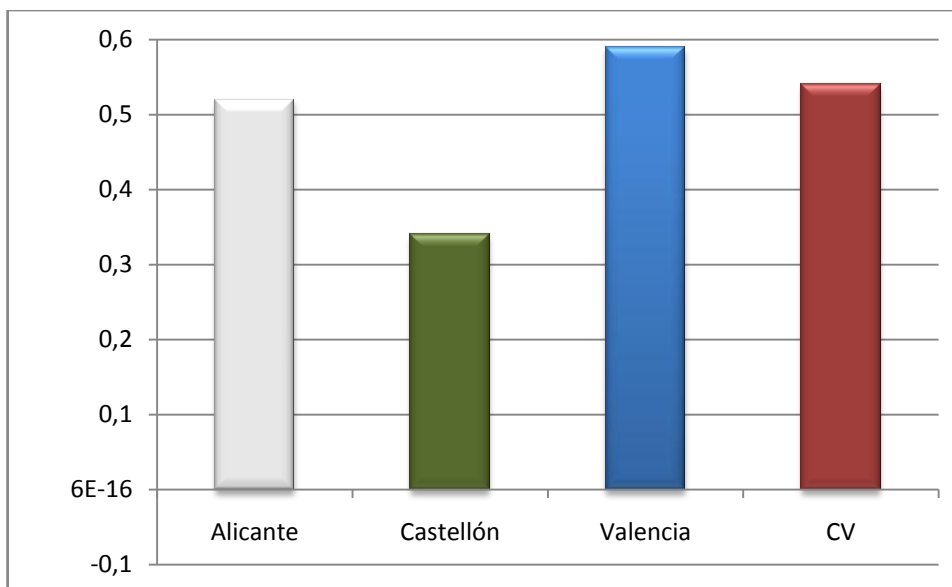
Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por provincias de la Comunidad Valenciana, así como el global de la Comunidad, se explicitan en la tabla y figuras siguientes:

Tabla 77: Indicadores de gestión la de Incapacidad Temporal por código 300, por centros de trabajo. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Provincia	Personal Sanitario	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
Alicante	19.514	0,52	77,77	2,43
Castellón	6.852	0,34	66,10	1,78
Valencia	30.849	0,59	89,96	2,41
Comunidad Valenciana	57.215	0,54	83,76	2,34

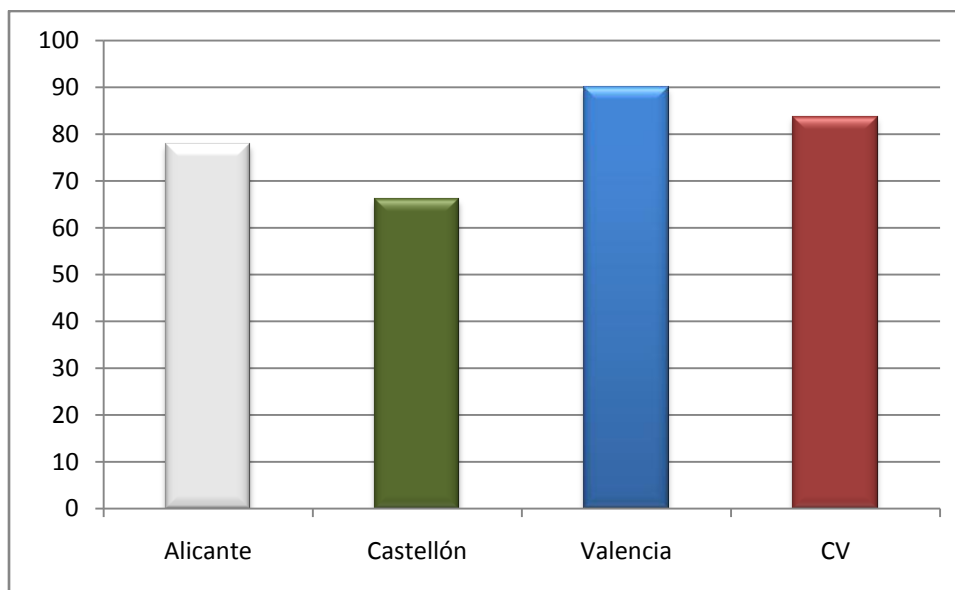
Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroTrabajo.xls)

Figura 34: Índice de ausencias por código diagnóstico 300, global y por provincias, en población sanitaria de la Comunidad Valenciana.



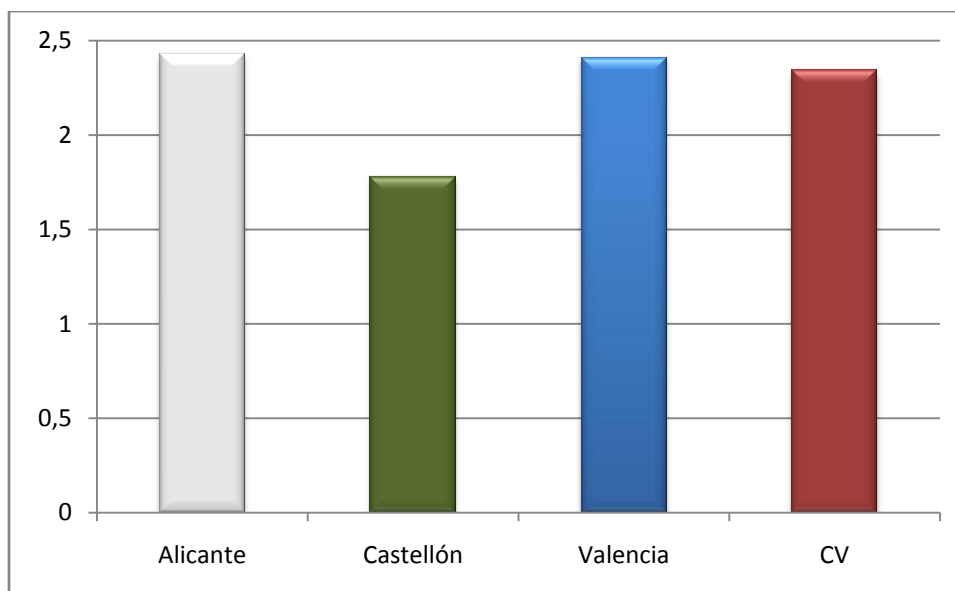
Fuente: Elaboración propia. (Figuras5.xls)

Figura 35: Duración media por código diagnóstico 300, global y por provincias, en población sanitaria de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras5.xls)

Figura 36: Incidencia por código diagnóstico 300, global y por provincias, en población sanitaria de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras5.xls)

V.5.2. Estudio descriptivo por departamentos de salud, de acuerdo al centro de trabajo del profesional.

La población sanitaria de la Comunidad Valenciana, distribuida por departamentos de salud, incluyendo hospitales y centros de especialidades, de acuerdo al centro de trabajo en el que prestan servicios puede consultarse en el apartado 2.2.

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 78: Datos de Incapacidad Temporal por código 300, por centros de trabajo, por Departamentos de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Departamento de Salud	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
1	1.072	17	12	871	569
2	4.057	82	76	6.070	5.149
3	1.723	23	19	1.534	1.355
4	1.898	43	42	3.447	3.626
5	4.681	116	100	11.428	9.858
6	3.057	93	86	7.284	6.996
7	8.989	208	223	19.195	21.517
8	853	11	16	1.302	1.729
9	1.451	26	26	2.482	2.710
10	4.330	129	131	11.601	10.930
11	695	24	27	1.727	1.826
12	1.922	32	33	2.553	2.123
13	759	24	25	2.051	1.930
14	2.508	50	57	4.309	4.713
15	1.797	42	45	3.785	4.439
16	1.967	43	42	3.611	3.599
17	2.435	55	51	4.109	3.689
18	2.296	50	51	4.172	3.990
19	5.193	126	116	8.827	7.975
20	3.125	104	102	6.587	6.790
21	1.796	26	28	3.674	3.416
22	146	5	4	381	259
23	465	12	12	1.599	1.715
Comunidad Valenciana	57.215	1.341	1.324	112.599	110.903

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroTrabajo.xls)

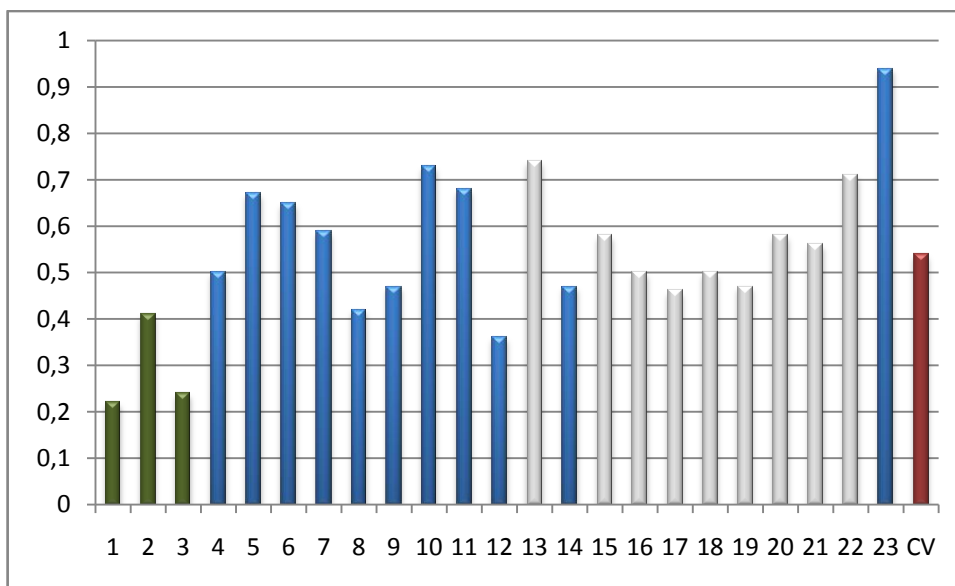
Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, se explicitan en la tabla y figuras siguientes:

Tabla 79: Indicadores de gestión la de Incapacidad Temporal por código 300, por centro de trabajo, por Departamentos de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Departamento de Salud	Personal Sanitario	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
1	1.072	0,22	47,42	1,59
2	4.057	0,41	67,75	2,02
3	1.723	0,24	71,32	1,33
4	1.898	0,50	86,33	2,27
5	4.681	0,67	98,58	2,48
6	3.057	0,65	81,35	3,04
7	8.989	0,59	96,49	2,31
8	853	0,42	108,06	1,29
9	1.451	0,47	104,23	1,79
10	4.330	0,73	83,44	2,98
11	695	0,68	67,63	3,45
12	1.922	0,36	64,33	1,66
13	759	0,74	77,20	3,16
14	2.508	0,47	82,68	1,99
15	1.797	0,58	98,64	2,34
16	1.967	0,50	85,69	2,19
17	2.435	0,46	72,33	2,26
18	2.296	0,50	78,24	2,18
19	5.193	0,47	68,75	2,43
20	3.125	0,58	66,57	3,33
21	1.796	0,56	122,00	1,45
22	146	0,71	64,75	3,42
23	465	0,94	142,92	2,58
Comunidad Valenciana	57.215	0,54	83,76	2,34

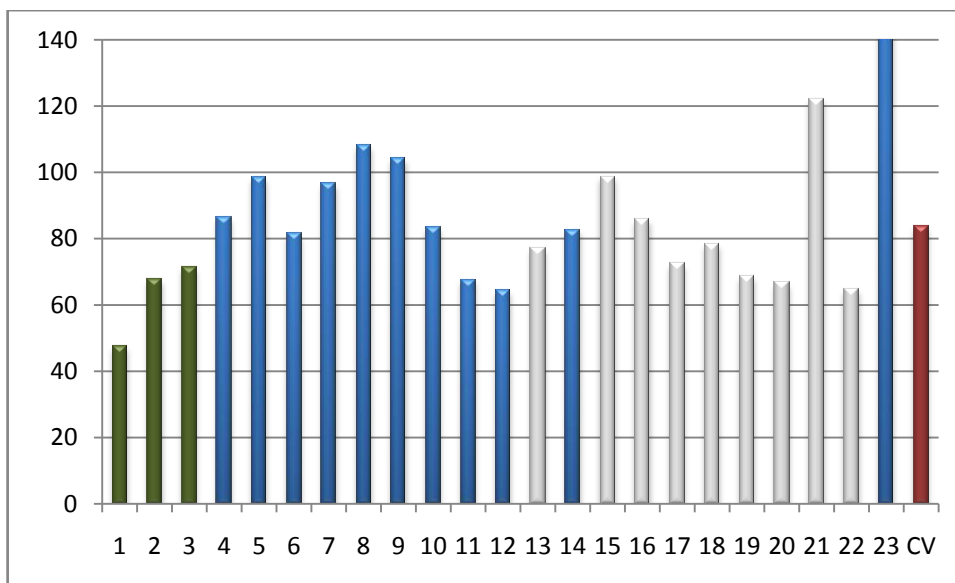
Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroTrabajo.xls)

Figura 37: Índice de ausencias de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300, por Departamentos de Salud en población sanitaria de la Comunidad Valenciana.



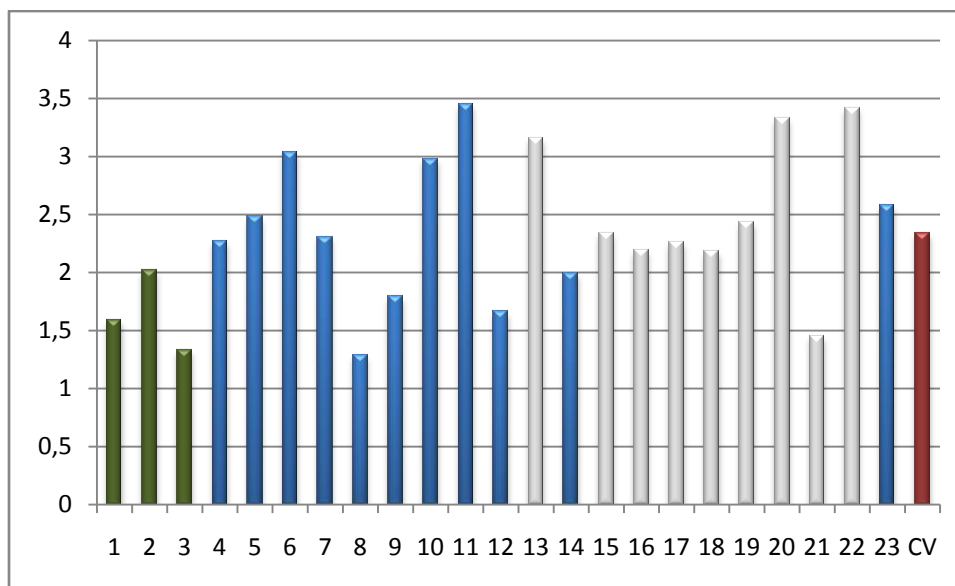
Fuente: Elaboración propia. (Figuras6.xls)

Figura 38: Duración media de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300, por Departamentos de Salud en población sanitaria de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras6.xls)

Figura 39: Incidencia de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300, por Departamentos de Salud en población sanitaria de la Comunidad Valenciana.



Fuente: Elaboración propia. (Figuras6.xls)

V.5.3. Estudio descriptivo por centros de salud, de acuerdo al centro de trabajo del profesional.

Considerando que la explicitación de los datos de 1.132 centros de trabajo, incluyendo hospitales y centros de especialidades, en una tabla no proporcionaría información descriptiva excesivamente adecuada, se ha optado por resumir el estudio descriptivo por centros de salud mediante los estadísticos de tendencia central, dispersión y posición que se contemplan en las dos tablas siguientes, tanto para los datos de Incapacidad Temporal como para los indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal.

Tabla 80: Estadísticos de tendencia central, dispersión y posición de los datos de Incapacidad Temporal, por código 300, por centros de trabajo. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

	Personal sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Media	51	1,18	1,17	99,47	97,97
Mediana	4	0	0	0	0
Desviación St	322	7,19	7,42	645,24	679,61
Máximo	7.609	165	184	15876	18633
Mínimo	1	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	1	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	2	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 50	4	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 75	22	1,00	1,00	14,00	3,00
Percentil 95	91	4,00	3,45	322,00	357,90
TOTAL	57.215	1.341	1.324	112.599	110.903

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroTrabajo.xls)

Tabla 81: Estadísticos de tendencia central, dispersión y posición de los Indicadores de gestión la de Incapacidad Temporal, por código 300, por centros de trabajo. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

	Personal sanitario	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
Media	51	0,44	20,64	2,24
Mediana	4	0	0	0
Desviación St	322	1,75	52,78	7,78
Máximo	7.609	28,40	365,00	100,00
Mínimo	1	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	1	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	2	0,00	0,00	0,00
Percentil 50	4	0,00	0,00	0,00
Percentil 75	22	0,14	3,00	1,16
Percentil 95	91	2,26	126,23	10,00
TOTAL	57.215	0,44	20,64	2,24

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroTrabajo.xls)

V.5.4. Estudio descriptivo con carácter global y por provincias, de acuerdo a la residencia del profesional.

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 82: Datos de Incapacidad Temporal por código 300. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Provincia	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Alicante	18.927	474	464	37.195	36.397
Castellón	6.068	104	95	7.405	6.431
Valencia	32.221	763	765	67.999	68.075
Comunidad Valenciana	57.215	1.341	1.324	112.599	110.903

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroSalud.xls)

Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por provincias de la Comunidad Valenciana, así como el global de la Comunidad, se explicitan en la tabla siguiente:

Tabla 83: Indicadores de gestión la de Incapacidad Temporal por código 300. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Provincia	Personal Sanitario	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
Alicante	18.927	0,54	78,48	2,50
Castellón	6.068	0,33	67,75	1,72
Valencia	32.221	0,58	88,94	2,36
Comunidad Valenciana	57.215	0,54	83,76	2,34

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroSalud.xls)

V.5.5. Estudio descriptivo por departamentos de salud, de acuerdo a la residencia del profesional.

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 84: Datos de Incapacidad Temporal por código 300, por Departamentos de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Departamento de Salud	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
1	850	15	12	749	569
2	3.796	66	66	5.384	4.924
3	1.421	24	17	1.272	938
4	2.610	65	59	5.753	5.196
5	5.243	125	115	11.164	9.673
6	3.586	90	80	8.231	7.541
7	4.005	87	84	8.535	8.685
8	618	10	15	1.067	1.386
9	4.528	108	110	8.854	9.533
10	4.878	135	151	11.374	13.396
11	1.597	47	50	4.401	4.298
12	1.742	21	24	1.776	1.682
13	755	30	31	2.198	2.091
14	2.092	43	50	2.935	3.528
15	1.832	34	37	3.051	3.861
16	1.332	27	30	2.691	3.504
17	4.615	127	115	8.017	6.607
18	1.838	40	40	3.457	2.972
19	4.337	104	104	8.245	7.900
20	2.564	77	73	5.212	5.410
21	1.369	26	27	3.379	3.168
22	283	9	9	943	884
23	1.322	32	27	3.909	3.158
Comunidad Valenciana	57.215	1.341	1.324	112.599	110.903

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroSalud.xls)

Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de Ausencias, Duración Media e Incidencia, por Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana, se explicitan en la tabla siguiente:

Tabla 85: Indicadores de gestión la de Incapacidad Temporal por código 300, por Departamentos de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Departamento de Salud	Personal Sanitario	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
1	850	0,24	47,96	1,74
2	3.796	0,39	74,32	1,74
3	1.421	0,25	55,81	1,66
4	2.610	0,60	87,58	2,49
5	5.243	0,58	84,32	2,38
6	3.586	0,63	94,15	2,50
7	4.005	0,58	103,33	2,16
8	618	0,47	93,42	1,59
9	4.528	0,54	86,85	2,39
10	4.878	0,64	88,54	2,76
11	1.597	0,76	85,23	2,96
12	1.742	0,28	70,85	1,19
13	755	0,80	68,22	3,91
14	2.092	0,38	69,96	2,07
15	1.832	0,46	105,53	1,88
16	1.332	0,55	118,10	1,99
17	4.615	0,48	57,60	2,75
18	1.838	0,52	75,14	2,19
19	4.337	0,52	76,09	2,40
20	2.564	0,56	73,93	2,99
21	1.369	0,68	118,66	1,87
22	283	0,92	99,31	3,13
23	1.322	0,81	118,29	2,38
Comunidad Valenciana	57.215	0,54	83,76	2,34

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroSalud.xls)

V.5.6. Estudio descriptivo por centro de salud, de acuerdo a la residencia del profesional.

Considerando que la explicitación de los datos de 739 centros de salud y consultorios auxiliares en una tabla no proporcionaría información descriptiva excesivamente adecuada, se ha optado por resumir el estudio descriptivo por centros de salud mediante los estadísticos de tendencia central, dispersión y posición que se contemplan en las dos tablas siguientes, tanto para los datos de Incapacidad Temporal como para los indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal.

Tabla 86: Estadísticos de tendencia central, dispersión y posición de los datos de Incapacidad Temporal por código 300, por centros de salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Media	77,42	1,81	1,79	152,37	150,07
Mediana	15,04	0,00	0,00	0,00	0,00
Desviación St	150,92	3,92	3,83	339,56	335,35
Máximo	1292,12	40,40	35,60	3463,08	3204,71
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	4,01	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 50	15,04	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 75	69,67	1,97	1,98	133,57	132,13
Percentil 95	400,27	9,85	8,90	834,18	873,33
Comunidad Valenciana	57.215	1.341	1.324	112.599	110.903

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroSalud.xls)

Tabla 87: Estadísticos de tendencia central, dispersión y posición de los Indicadores de gestión la de Incapacidad Temporal por código 300, por Centros de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

	Personal Sanitario	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
Media	77,42	0,46	33,22	2,14
Mediana	15,04	0,00	0,00	0,00
Desviación St	150,92	1,24	59,64	6,73
Máximo	1292,12	19,00	365,32	98,13
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	4,01	0,00	0,00	0,00
Percentil 50	15,04	0,00	0,00	0,00
Percentil 75	69,67	0,50	49,52	2,54
Percentil 95	400,27	1,82	159,37	7,62
Comunidad Valenciana	57.215	0,54	83,76	2,34

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroSalud.xls)

V.5.7. Estudio descriptivo por facultativo, de acuerdo a la residencia del profesional.

Considerando que la explicitación de los datos de 2.551 facultativos de un total de 2.779 facultativos de atención primaria de centros de salud y consultorios auxiliares (91,80% de los facultativos) en una tabla no proporcionaría información descriptiva adecuada, se ha optado por resumir el estudio descriptivo por facultativos mediante los estadísticos de tendencia central, dispersión y posición que se contemplan en las dos tablas siguientes, tanto para los datos de Incapacidad Temporal como para los indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal.

Tabla 88: Datos de Incapacidad Temporal por código 300, por facultativo. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

	Personal Sanitario	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
Media	20,59	0,48	0,48	40,52	39,91
Mediana	16,30	0,00	0,00	0,00	0,00
Desviación St	16,03	0,85	0,86	83,57	92,85
Máximo	119,83	8,73	7,80	675,96	864,88
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	1,92	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	8,63	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 50	16,30	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 75	27,80	0,97	0,97	38,96	21,55
Percentil 95	52,82	1,94	1,95	220,22	261,62
Comunidad Valenciana	57.215	1.341	1.324	112.599	110.903

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroSalud.xls)

Tabla 89: Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal por código 300, por Centros de Salud. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

	Personal Sanitario	Índice de ausencia	Duración media	Incidencia
Media	77,42	0,53	28,42	2,35
Mediana	15,04	0,00	0,00	0,00
Desviación St	150,92	1,57	66,51	5,57
Máximo	1292,12	39,45	366,67	100,98
Mínimo	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 5	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentil 25	4,01	0,00	0,00	0,00
Percentil 50	15,04	0,00	0,00	0,00
Percentil 75	69,67	0,46	20,09	3,26
Percentil 95	400,27	2,66	174,80	10,10
Comunidad Valenciana	57.215	0,54	83,76	2,34

Fuente: Elaboración propia. (Resultados2009Sanitario_300_CentroSalud.xls)

V.5.8. Estudio descriptivo de la desagregación del código 300 de acuerdo a la residencia del profesional.

Los datos preliminares, necesarios para la aplicación de las fórmulas de Incidencia, duración media e índice de ausencias se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 90: Datos de Incapacidad Temporal por código 300: desagregación. Valores absolutos. Población sanitaria de la Comunidad Valenciana.

Diagnóstico	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
300	12	13	1.533	1.678
300.0	740	737	57.160	56.756
300.00	307	290	20.599	19.133
300.02	17	18	897	1.082
300.11	2	1	358	47
300.2	1	1	26	26
300.20	1	-	44	-
300.21	-	3	261	1.001
300.22	2	1	116	93
300.29	-	1	132	224
300.3	2	2	170	170
300.4	251	249	30.728	30.146
300.5	5	6	444	364
300.9	1	2	131	183
Comunidad Valenciana	1.341	1.324	112.599	110.903

Fuente: Elaboración propia. (Diag300en2009_Desagregación_PobSanitaria_PorCentroTrabajo.xls)

Tabla 91: Población sanitaria de la Comunidad Valenciana. Datos de Incapacidad Temporal por código 300: desagregación. Porcentaje.

Diagnóstico	Procesos IT iniciados	Procesos IT finalizados	Días de ausencia (procesos IT)	Días de ausencia (procesos IT finalizados)
300	0,89%	0,98%	1,36%	1,51%
300.0	55,18%	55,66%	50,76%	51,18%
300.00	22,89%	21,90%	18,29%	17,25%
300.02	1,27%	1,36%	0,80%	0,98%
300.11	0,15%	0,08%	0,32%	0,04%
300.2	0,07%	0,08%	0,02%	0,02%
300.20	0,07%	0,00%	0,04%	0,00%
300.21	0,00%	0,23%	0,23%	0,90%
300.22	0,15%	0,08%	0,10%	0,08%
300.29	0,00%	0,08%	0,12%	0,20%
300.3	0,15%	0,15%	0,15%	0,15%
300.4	18,72%	18,81%	27,29%	27,18%
300.5	0,37%	0,45%	0,39%	0,33%
300.9	0,07%	0,15%	0,12%	0,17%
Comunidad Valenciana	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboración propia. (Diag300en2009_Desagregación_PobSanitaria_PorCentroTrabajo.xls)

Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal, Índice de ausencias, Duración media e Incidencia, se exponen en la tabla siguiente:

Tabla 92: Población sanitaria de la Comunidad Valenciana. Indicadores de gestión de la Incapacidad Temporal por código 300: desagregación.

Diagnóstico	Índice de ausencias	Duración media	Incidencia
300	0,01	129,08	0,02
300.0	0,27	77,01	1,29
300.00	0,10	65,98	0,54
300.02	0,00	60,11	0,03
300.11	0,00	47,00	0,00
300.2	0,00	26,00	0,00
300.20	0,00	0,00	0,00
300.21	0,00	333,67	0,00
300.22	0,00	93,00	0,00
300.29	0,00	224,00	0,00
300.3	0,00	85,00	0,00
300.4	0,15	121,07	0,44
300.5	0,00	60,67	0,01
300.9	0,00	91,5	0,00
Comunidad Valenciana	0,54	83,76	2,34

Fuente: Elaboración propia. (Diag300en2009_Desagregación_PobSanitaria_PorCentroTrabajo.xls)

V.6. Resumen de Indicadores del estudio descriptivo por código diagnóstico 300

A continuación se muestran los principales datos de indicadores del Estudio descriptivo en población laboral y personal sanitario de los procesos de Incapacidad Temporal por el código diagnóstico 300.

Figura 40: Datos e Indicadores del Estudio descriptivo por código diagnóstico 300 en población laboral

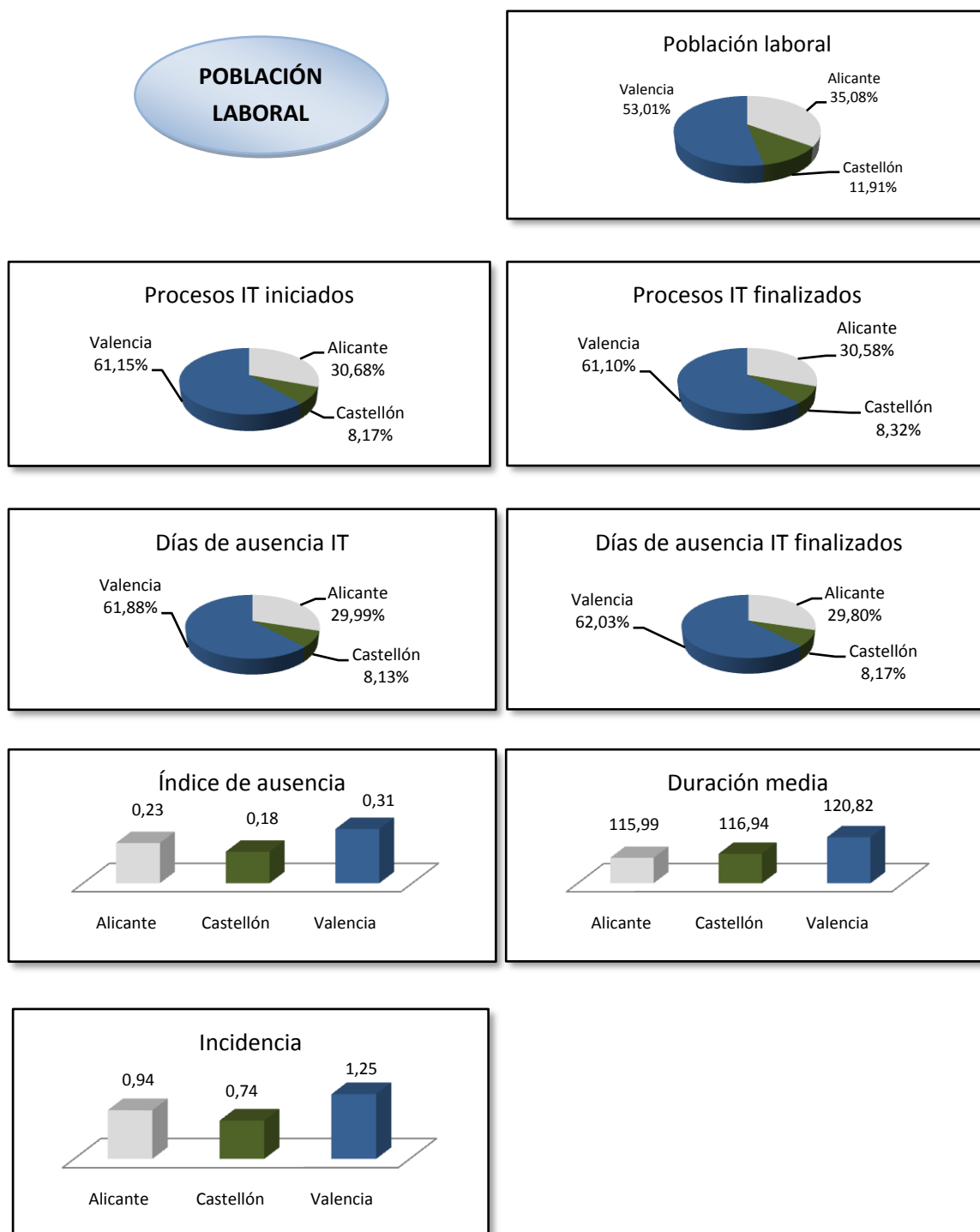
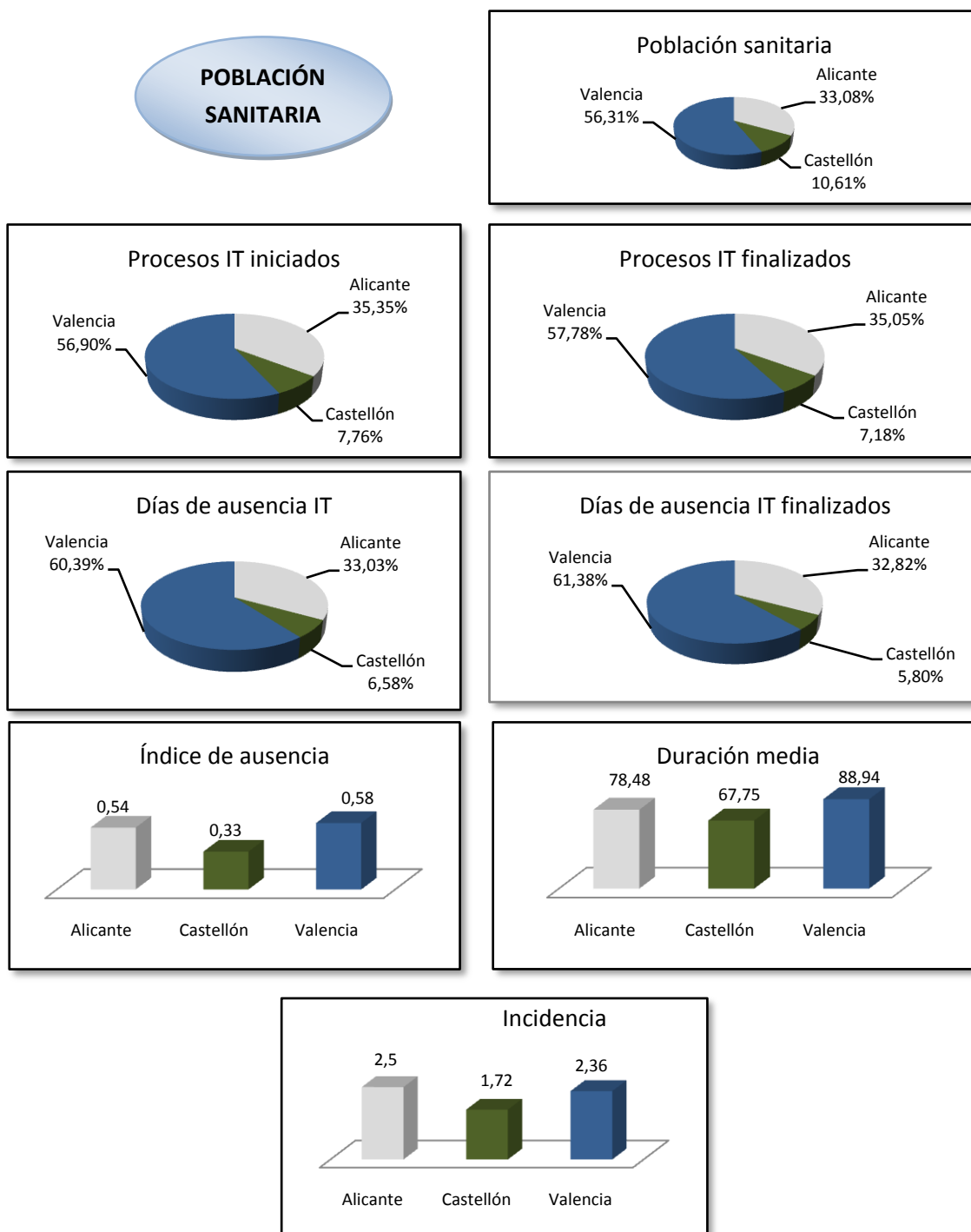


Figura 41: Datos e Indicadores del Estudio descriptivo por código diagnóstico 300 en población laboral



**VI. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE
LA VARIABILIDAD EN LA
PRÁCTICA MÉDICA DE
PRESCRIPCIÓN DE PROCESOS DE
INCAPACIDAD TEMPORAL POR
CÓDIGO 300**

Análisis de la variabilidad de la Incidencia acumulada, estandarizada por edad y sexo, de los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 (y todo el rango de dígitos cuarto y quinto tras él) de la clasificación Internacional de Enfermedades, durante 2009, por centro de salud y por departamento de salud, mediante los indicadores clásicos de variación desarrollados para el análisis de áreas pequeñas, para determinar si dicha variabilidad es de carácter sistemático o aleatorio.

VI.1. Estudio preliminar al análisis de la variabilidad

En este apartado se procede a una descripción general de los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 que tuvieron lugar durante 2009 en la Comunidad Valenciana. Se analizan el número de procesos, la perspectiva de género, la perspectiva de edad, la perspectiva de edad y género, de nacionalidad, de población de residencia y de facultativo.

VI.1.1. Número de procesos

Como ya se ha visto, durante el año 2009 se prescribieron en la Comunidad Valenciana 25.859 nuevos procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 (incluyendo los subcódigos) lo que supuso un **6,39%** de todos los procesos de Incapacidad Temporal (405.053).

El número de procesos de Incapacidad Temporal por código 300, con al menos un día de incapacidad durante 2009 fue de **26.069 procesos**. De ellos, se iniciaron en 2009, **25.859** procesos. De otra parte, se finalizaron durante 2009, **20.194** procesos.

En consecuencia, de todos los procesos con al menos 1 día de incapacidad en 2009 (26.069) se iniciaron en 2009 (25.859) el 99,19%.

La ratio entre el número de procesos iniciados (25.859) y el número de procesos finalizados (20.194) fue del 78,09%. Por tanto, puede estimarse que durante 2009, por cada 4 procesos que se iniciaron solamente se finalizaron 3; esto es, el año 2009

supuso un incremento de la prevalencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.

VI.1.2. Perspectiva de género

De los 26.069 procesos de Incapacidad Temporal con al menos un día de incapacidad durante 2009, el 61,71% (16.088) correspondiente a pacientes del sexo femenino. El restante 38,29% (9.981) correspondió a pacientes del sexo masculino.

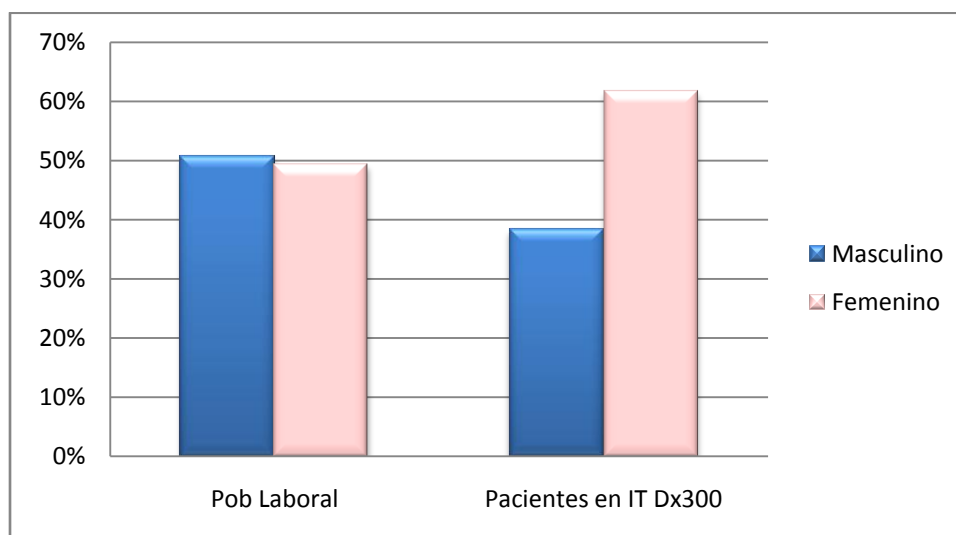
Los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 son más frecuentes en mujeres (61,71%) que en hombres (38,29%), cuando la población laboral es de distribución similar por sexos (Masculino=50,63%; Femenino=49,37%).

Tabla 93: Distribución de población laboral y pacientes en situación de IT por código 300, por género

Subgrupos poblacionales	Población	Distribución	Paciente en IT	Distribución	Diferencia
Masculino	1.212.893	50,63%	9.981	38,29%	-12,34%
Femenino	1.182.705	49,37%	16.088	61,71%	12,30%
Total	2.395.598	100%	26.069	100%	0%

Fuente: Elaboración propia.

Figura 42: Distribución de población laboral y pacientes en situación de IT por código 300, por género



Fuente: Elaboración propia. (Figuras2.xls)

Los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 son más frecuentes en mujeres, de forma significativa, tal y como se desprende del análisis efectuado, que se refleja en la tabla siguiente:

Tabla 94: Prueba de muestras relacionadas, para los procesos de Incapacidad Temporal, por código 300, por género

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilat)
	Media	Desv. St.	Err. típ. media	IC 95% diferencia				
				Inferior	Superior			
IT_H - IT_M	-,0444	,296	,0110	-,0659	-,0228	-4,03	727	,000

Fuente: Elaboración propia. (Estudio2_Preliminar.sav)

VI.1.3. Perspectiva de edad

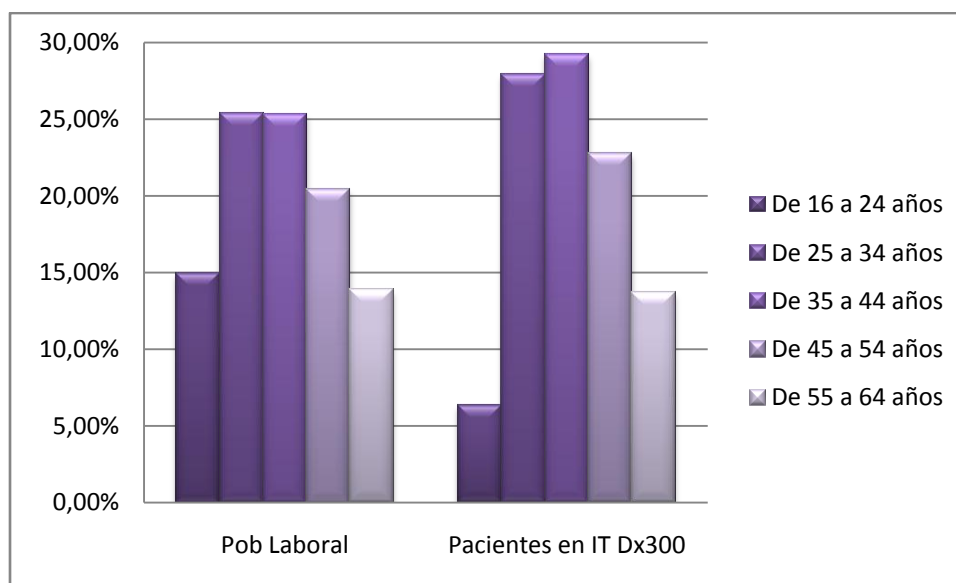
La distribución de los pacientes en grupos de edad se muestra en la tabla y figura siguientes:

Tabla 95: Distribución de población laboral y pacientes en situación de IT por código 300, por grupos de edad

Grupos de edad	Población laboral	Distribución	Paciente en IT	Distribución	Diferencia
De 16 a 24 años	357.909	14,94%	1.650	6,33%	-8,61%
De 25 a 34 años	608.390	25,40%	7.277	27,91%	2,51%
De 35 a 44 años	606.749	25,33%	7.624	29,25%	3,92%
De 45 a 54 años	489.942	20,45%	5.945	22,80%	2,35%
De 55 a 64 años	332.608	13,88%	3.573	13,71%	-0,17%
Total	2.395.598	100%%	26.069	100,00%	0%

Fuente: Elaboración propia. (Estudio_Paciente_Facultativo_v02.xls)

Figura 43: Distribución de población laboral y pacientes en situación de IT por código 300, por grupos de edad



Fuente: Elaboración propia. (Figuras2.xls)

Al comparar los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico en grupos de edad, solamente se han encontrado diferencias significativas entre el grupo de edad de 16^a a 24 años y el resto de grupos. Los resultados se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 96: Prueba de muestras relacionadas, para los procesos de Incapacidad Temporal, por código 300, por grupos de edad

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilatl)
	Media	Desv. Típ.	Error típ. de la media	IC 95 diferencia Inf.	Sup.			
IT_1624 - IT_2534	-,0048	,0107	,0004	-,0056	-,0040	-12,105	718	,000
IT_1624 - IT_3544	-,0048	,009	,0004	-,0055	-,0041	-13,619	719	,000
IT_1624 - IT_4554	-,0044	,008	,0003	-,0051	-,0038	-13,683	719	,000
IT_1624 - IT_5564	-,0050	,012	,0004	-,0059	-,0041	-11,214	719	,000
IT_2534 - IT_3544	,0000	,010	,0004	-,0007	,0007	,085	723	,932
IT_2534 - IT_4554	,0003	,010	,0004	-,0003	,0011	1,034	723	,301
IT_2534 - IT_5564	-,0001	,013	,0005	-,0011	,0007	-,350	723	,727
IT_3544 - IT_4554	,0003	,008	,0003	-,0002	,0009	1,107	725	,269
IT_3544 - IT_5564	-,0002	,012	,0005	-,0010	,0006	-,462	725	,644
IT_4554 - IT_5564	-,0005	,011	,0004	-,0013	,0002	-1,330	725	,184

Fuente: Elaboración propia. (Estudio2_Preliminar.sav)

VI.1.4. Perspectiva de edad y género

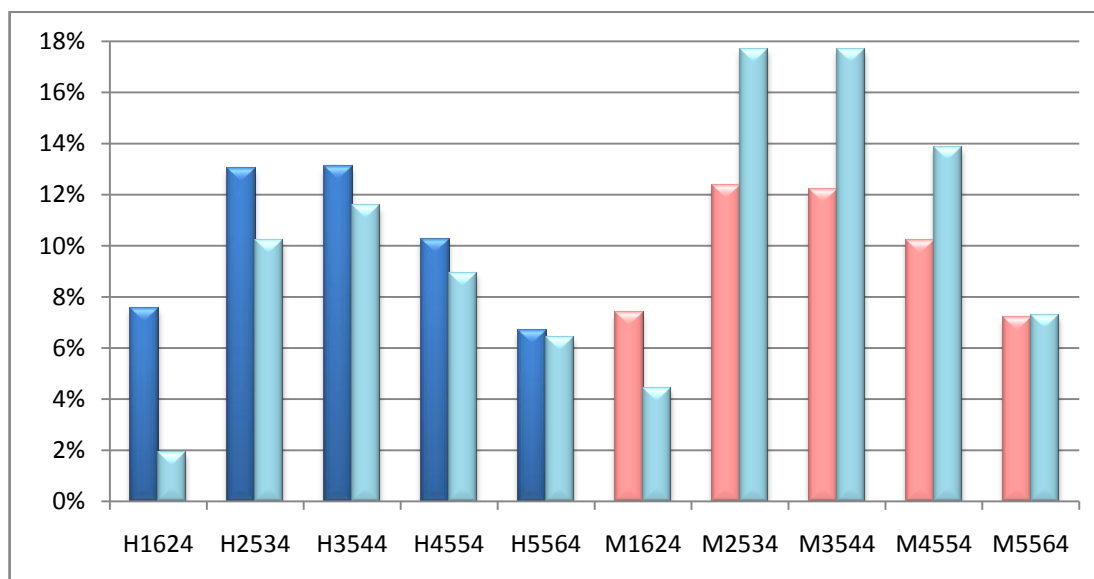
La distribución de los pacientes en grupos de edad y sexo se muestra en la tabla y figura siguientes:

Tabla 97: Distribución de población laboral y pacientes en situación de IT por código 300, por género y grupos de edad

Grupos de edad y sexo	Población	Distribución	Pacientes en IT	Distribución	Diferencia
Mujeres de 16 a 24 años	177.007	7,39%	1151	4,42%	-2,97%
Hombres de 16 a 24 años	180.902	7,55%	499	1,91%	-5,64%
Mujeres de 25 a 34 años	295.971	12,35%	4617	17,71%	5,36%
Hombres de 25 a 34 años	312.419	13,04%	2660	10,20%	-2,84%
Mujeres de 35 a 44 años	292.724	12,22%	4614	17,70%	5,48%
Hombres de 35 a 44 años	314.025	13,11%	3010	11,55%	-1,56%
Mujeres de 45 a 54 años	244.702	10,21%	3614	13,86%	3,65%
Hombres de 45 a 54 años	245.240	10,24%	2331	8,94%	-1,30%
Mujeres de 55 a 64 años	172.301	7,20%	1896	7,27%	-0,07%
Hombres de 55 a 64 años	160.307	6,69%	1677	6,43%	-0,26%
Total	2.395.598	100%	26.069	100,00%	0%

Fuente: Elaboración propia. (Estudio_Paciente_Facultativo_v02.xls)

Figura 44: Distribución de población laboral y pacientes en situación de IT por código 300, por género y grupos de edad



Fuente: Elaboración propia. (Figuras2.xls) H: hombres; M: mujeres. En azul población masculina; en rosa población femenina, en verde mar Incidencia de Incapacidad Temporal por código 300

VI.1.5. Perspectiva de nacionalidad

De los 26.069 procesos de Incapacidad Temporal con al menos un día de incapacidad durante 2009, el 94,41% (24.613) correspondiente a pacientes de nacionalidad española. El restante 5,59% (1.456) correspondió a pacientes de nacionalidad no española.

Tabla 98: Distribución de población laboral y pacientes en situación de IT por código 300, por nacionalidad

Subgrupos poblacionales	Población	Distribución	Paciente en IT	Distribución	Diferencia
Nacionalidad española	2.051.280	85,63%	24.616	94,43%	8,80%
Otras nacionalidades	344.318	14,37%	1.453	5,57%	-8,80%
Total	2.395.598	100,00%	26.069	100%	0%

Fuente: Elaboración propia.

Se han evidenciado diferencias significativas entre la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 entre los pacientes, según sean de nacionalidad española o extranjera, pudiéndose concluir que la Incidencia es significativamente superior en la población de nacionalidad española. Los resultados se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 99: Prueba de muestras relacionadas, para los procesos de Incapacidad Temporal, por código 300, por nacionalidad

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilat)
	Media	Desv. típ.	Error típ. de la media	IC95 diferencia				
				Inf.	Sup.			
IT_NAC - IT_EXT	,0060	,0119	,0004	,0051	,0069	13,54	711	,000

Fuente: Elaboración propia. (Estudio2_Preliminar.sav)

VI.1.6. Perspectiva de subgrupo poblacional

Teniendo en cuenta tres subgrupos poblacionales entre los pacientes a los que se les prescribió un proceso de Incapacidad Temporal: población laboral, población sanitaria y población funcionaria, la distribución se resume en la tabla siguiente:

Tabla 100: Distribución de población laboral y pacientes en situación de IT por código 300, por subgrupos poblacionales

Subgrupos poblacionales	Población	Distribución	Pacientes en IT	Distribución	Diferencia
Población no sanitaria	2.338.521	97,62%	23.916	91,74%	-5,88%
Población sanitaria	57.077	2,38%	1.671	6,41%	5,88%
Total	2.395.598	100%	26.069	100,00%	0%

Fuente: Elaboración propia. (Estudio_Paciente_Facultativo_v02.xls)

Tabla 101: Prueba de muestras relacionadas, para los procesos de Incapacidad Temporal, por código 300, por subgrupo poblacional sanitario y no sanitario

	Diferencias relacionadas				t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% IC para la diferencia Inferior Superior			
IT_NOSAN - IT_SAN	-,020803	,076640	,002974	-,026643 - ,014963	-6,995	663	,000

Fuente: Elaboración propia. (Estudio2_Preliminar.sav)

Las diferencias entre la Incidencia por procesos de Incapacidad Temporal por código 300 entre personal sanitario y no sanitario muestra diferencias significativas.

VI.1.7. Perspectiva según tipo de población de residencia

Tabla 102: Distribución de población laboral y pacientes en situación de IT por código 300, por tipo de población de residencia

Tipos de población de residencia	Población	Distribución	Pacientes en IT	Distribución	Diferencia
Poblaciones menores de 1000 hab.	77.759	3,25%	696	2,67%	-0,58%
Poblaciones entre 1.001 y 2000 hab.	89.686	3,74%	683	2,62%	-1,12%
Poblaciones entre 2.001 y 5000 hab.	216.348	9,03%	1.588	6,09%	-2,94%
Poblaciones entre 5.001 y 20.000 hab.	976.219	40,75%	5.733	21,99%	-18,76%
Poblaciones mayores de 20.000 hab.	1.035.586	43,23%	17.369	66,63%	23,40%
Total	2.395.598	100%	26.069	100,00%	0%

Fuente: Elaboración propia. (Estudio_Paciente_Facultativo_v02.xls)

Tabla 103: Prueba de muestras relacionadas, para los procesos de Incapacidad Temporal, por código 300, por subgrupo poblacional sanitario y no sanitario

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilat)
	Media	Desv. típ.	Error típ. de la media	95 IC para la diferencia				
				Inferior	Superior			
IT<1000 - IT<2000	,0006	,0606	,0034	-,0061	,0074	,188	310	,851
IT<1000 - IT<5000	-,5176	2,5832	,3132	-1,1429	,1076	-1,652	67	,103
IT<1000 - IT<20000	-,0000	,0574	,0029	-,0058	,0057	-,010	377	,992
IT<1000 - IT_>20000	-,0034	,0747	,0036	-,0106	,0037	-,942	419	,347
IT<2000 - IT<5000	-,4527	2,3417	,2555	-,9608	,0554	-1,772	83	,080
IT<2000 - IT<20000	,0013	,0740	,0037	-,0059	,0086	,359	399	,720
IT<2000 - IT_>20000	-,0005	,0731	,0035	-,0075	,0065	-,143	420	,887
IT<5000 - IT<20000	,3684	2,1434	,2132	-,0546	,7916	1,728	100	,087
IT<5000 - IT_>20000	,3604	2,1269	,2116	-,0593	,7803	1,703	100	,092
IT<20000 - IT_>20000	-,0026	,0434	,0018	-,0062	,0009	-1,422	558	,156

Fuente: Elaboración propia. (Estudio2_Preliminar.sav)

No se objetivan diferencias significativas entre los grupos poblacionales, aunque algunas comparaciones están cercanas al límite de significación.

VI.1.8. Perspectiva de facultativo

El promedio de edad del facultativo prescriptor de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en la Comunidad Valenciana, durante 2009, fue de 50,71 años.

El número de facultativos distintos que prescribieron procesos de Incapacidad Temporal por código 300 fueron 2.551 (91,80% de los facultativos de atención primaria).

De ellos, solamente 1.029 prescribieron procesos a personal sanitario.

Los estadísticos de tendencia central, dispersión y posición se reflejan en la tabla siguiente:

Tabla 104: Estadísticos de la variable edad del facultativo prescriptor

Estadístico	Valor
Promedio	50,71
Mediana	51,00
DesvSt	7,25
Varianza	52,58
Máximo	69,00
Mínimo	28,00
P5	37,00
P25	47,00
P50	51,00
P75	55,00
P95	62,00

Fuente: Elaboración propia. (Estudio_Paciente_Facultativo_v02.xls)

VI.2. Análisis de la variabilidad en la prescripción de IT por código 300

VI.2.1. Análisis de la variabilidad entre centros de salud

A continuación se describen los resultados del análisis de la variabilidad de la prescripción de procesos de Incapacidad Temporal por código 300, en centros de salud de la Comunidad Valenciana.

VI.2.1.1. Obtención de las tasas de Incidencia estandarizadas

Se obtuvieron las tasas de Incidencia estandarizadas, por edad y sexo, por el método directo; y se calcularon la tasa mínima y la máxima, y los percentiles 5, 25, 50, 75 y 95 de la distribución de las mismas, para los 739 centros de salud y consultorios auxiliares de los 23 departamentos de salud de la Comunidad Valenciana.

La tasa estandarizada mínima fue de 0 y la máxima de 10,2147. Los percentiles que se obtuvieron son 0,01 (P_5), 0,280 (P_{25}), 0,796 (P_{50}), 1,233 (P_{75}) y 1,951 (P_{95}).

VI.2.1.2. Obtención de los estadísticos de variabilidad

Se obtuvieron los siguientes estadísticos de variabilidad, aplicando la metodología descrita en el apartado de metodología: razón de variación, coeficiente de variación, coeficiente de variación ponderado y componente sistemático de la variación.

La mayor parte de los estadísticos de variabilidad obtenidos lo fueron para los 575 centros de salud y consultorios auxiliares incluidos entre los percentiles 5 y 95 de la distribución de la Incidencia estandarizada de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.

La razón de variación (**RV** $_{5-95}$) de 195,0520 se obtuvo excluyendo aquellas tasas de Incidencia estandarizadas inferiores al percentil 5 y superiores al percentil 95; esto es, la población laboral en el centro de salud en el P_{95} recibió 195 veces más procesos de Incapacidad Temporal por código 300 que la población laboral del centro de salud del P_5 .

Si valoramos solamente los valores en los percentiles 25 y 75 (**RV₂₅₋₇₅**), que corresponden a 0,280 y 1,233, la población laboral del centro de salud situado en el P₇₅ recibió más de 4 veces más procesos de Incapacidad Temporal por código 300 que la población laboral del centro de salud del P₂₅ ($RV_{25-75} = 4,400$).

Este último estadístico ofrece, de acuerdo a Librero et al por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Librero, 2005a²³⁵ 2005b²³⁶), una idea de la variabilidad en el 50% de las tasas de Incidencia acumulada.

El coeficiente de variación (**CV₅₋₉₅**) se obtuvo entre las tasas incluidas en los percentiles 5 y 95, con un valor de 0,450.

De igual forma se procedió con el coeficiente de variación ponderado (**CVW₅₋₉₅**) y se obtuvo un valor de 0,323. Este coeficiente está ponderado por tamaño poblacional de cada centro de salud y suele ser un estadístico de elección, al soportar mejor que el coeficiente de variación la presencia de tamaños poblacionales diferentes en los centros de salud, siguiendo a los mismos autores.

A continuación se obtuvieron el componente sistemático de la variación para el conjunto de las tasas estandarizadas (**CSV**), con un valor de 0,157 y para aquellas incluidas entre los percentiles 5 y 95 (**CSV₅₋₉₅**), en cuyo caso se obtuvo un valor de 0,056. Asimismo, se realizó la prueba Chi² que resultó ser significativa ($p < 0,001$).

²³⁵ Librero J, Rivas F, Peiró S, Allepuz A, Montes Y, Bernal-Delgado E, Sotoca R, Martínez N por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. 2005a. 1(1): 43-48.

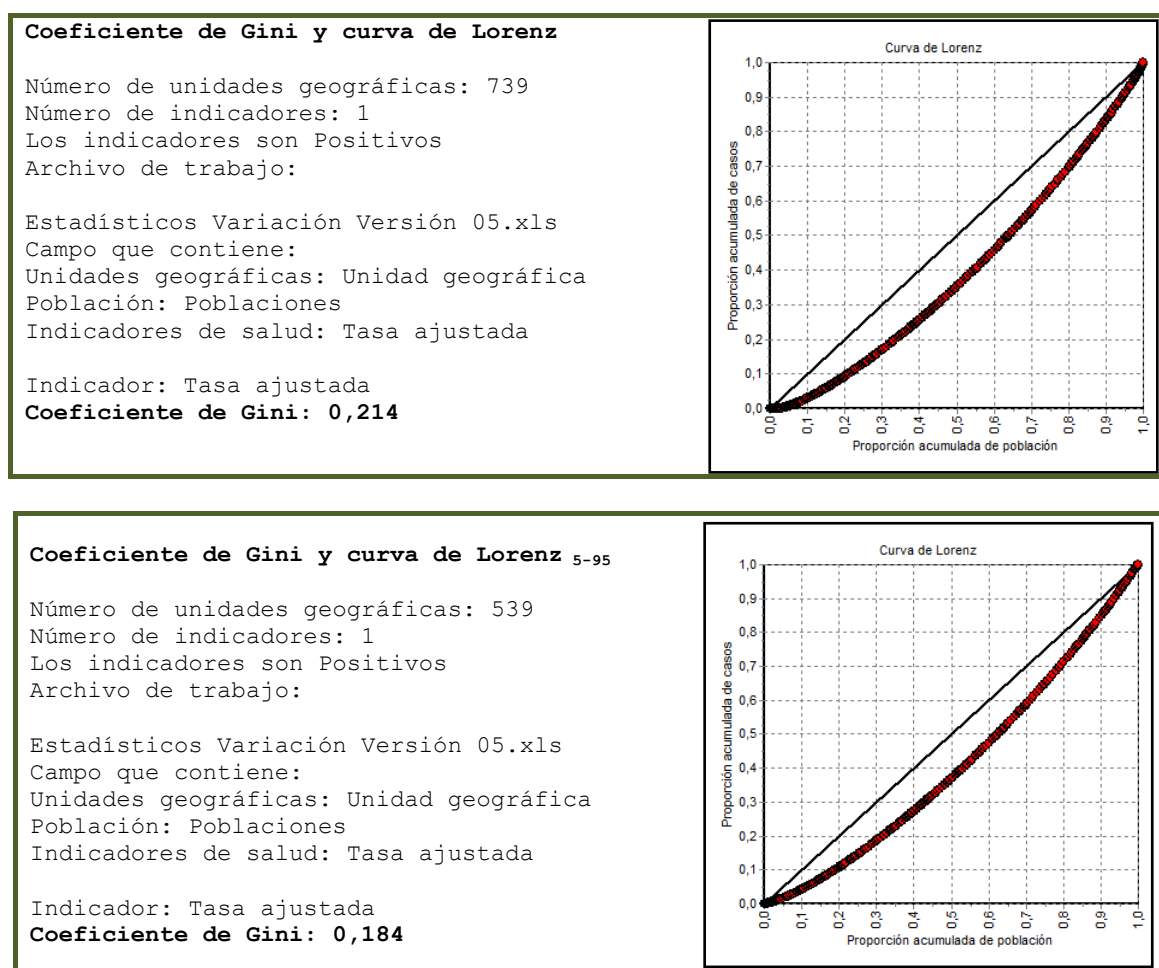
²³⁶ Librero J, Rivas F, Peiró S, Allepuz A, Montes Y, Bernal-Delgado E, Sotoca R, Martínez N por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Notas metodológicas en el Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. 2005b. 1(1): 43-48.

VI.2.1.3. Coeficiente de Gini y Prueba de Lorenz

A continuación se presentan los resultados obtenidos con el programa Epidat 3.1 para el cálculo del Coeficiente de Gini y la curva de Lorenz, primero para todas las tasas de Incidencia de los 739 centros de salud, y luego solamente para aquellas incluidas entre los percentiles 5 y 95.

Obsérvese que para los 739 centros de salud el coeficiente de Gini (**Coef.Gini**) es 0,214 y al considerar solamente los centros de salud entre los percentiles 5 y 95 (**Coef.Gini₅₋₉₅**), desciende hasta 0,184. El área encima de la curva desciende al considerar la **Curva de Lorenz₅₋₉₅** en relación a la **Curva de Lorenz**.

Figura 45: Coeficiente de Gini y Curva de Lorenz.

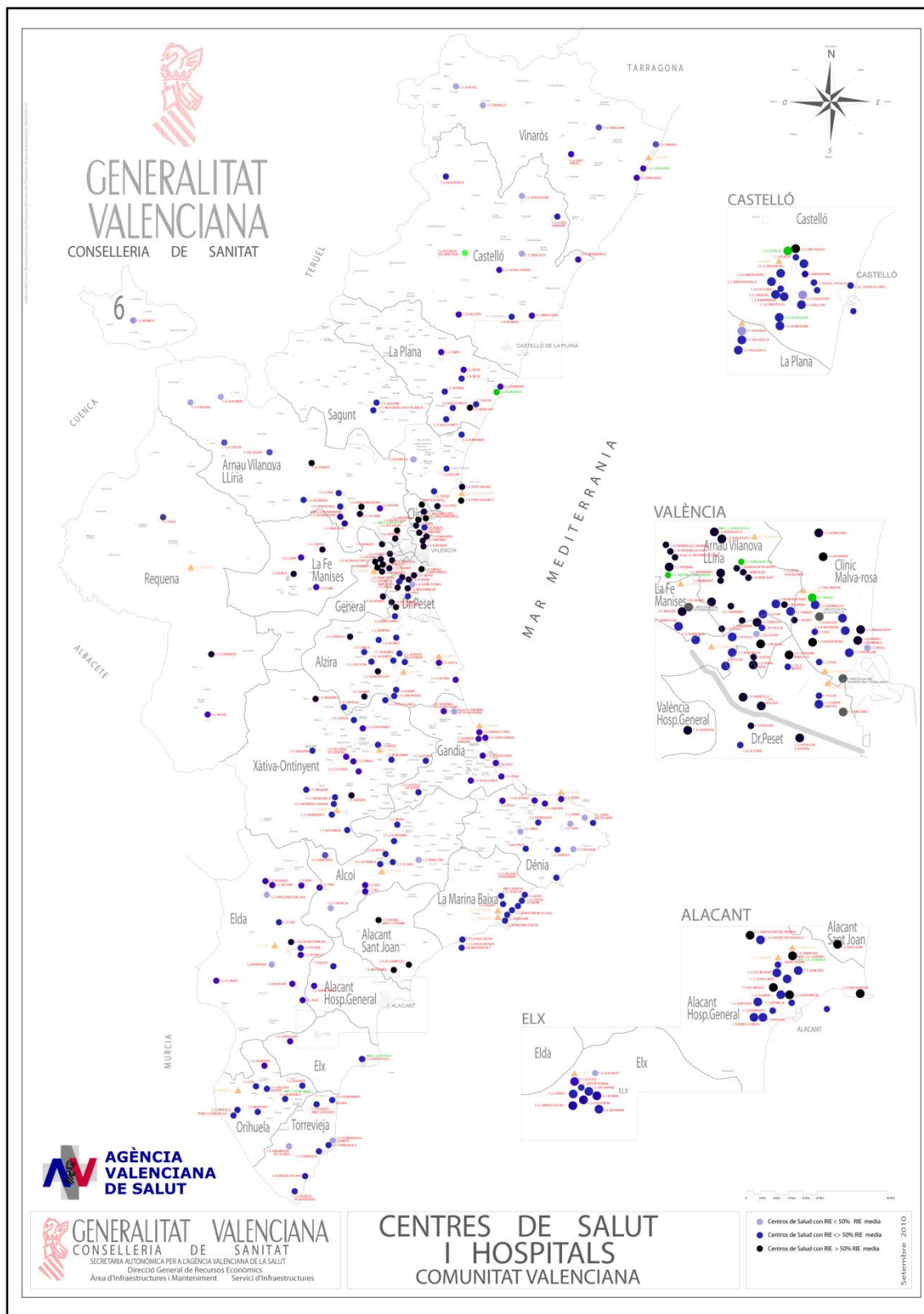


Fuente: Elaboración propia.

VI.2.1.4. Razón de Incidencia estandarizada

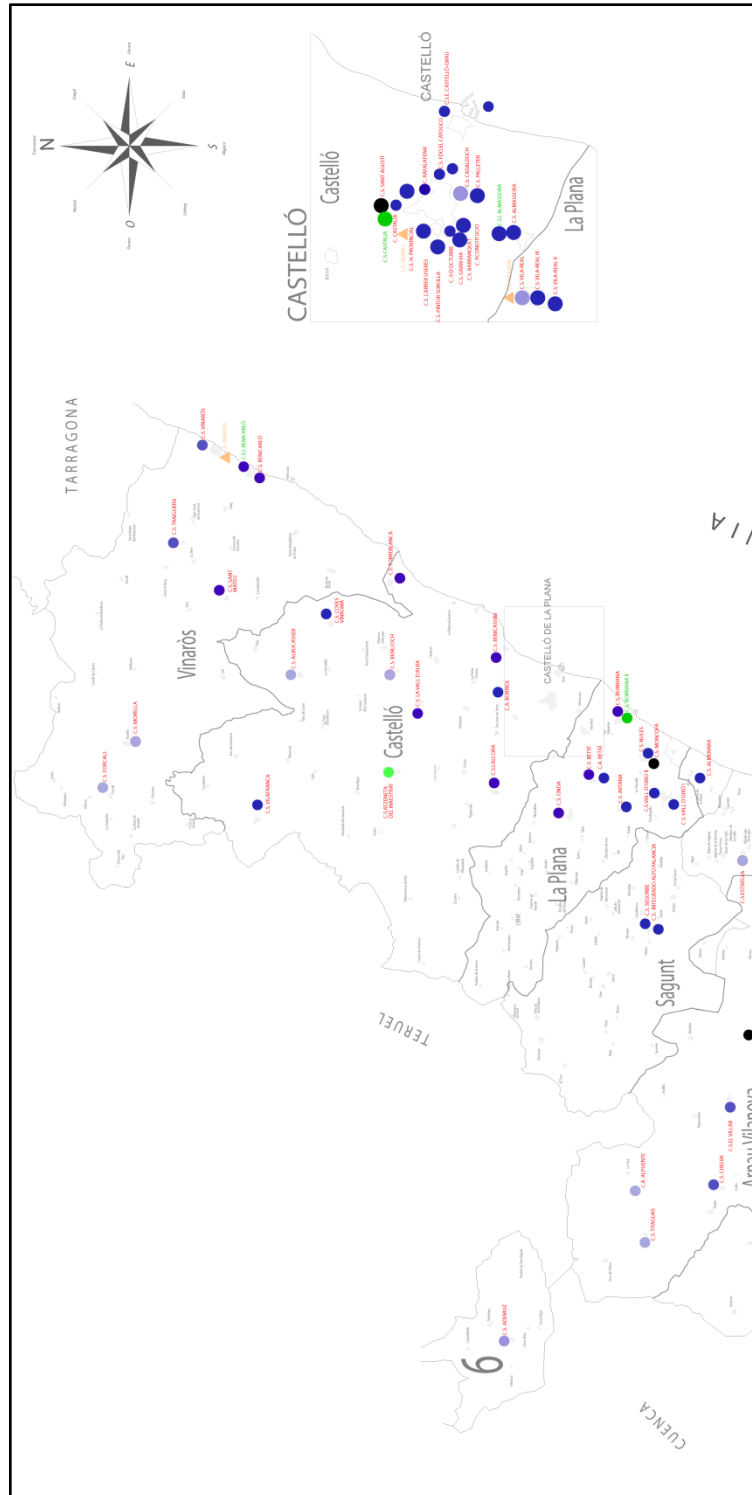
Los resultados de la Estandarización por el método indirecto (*Resultados_RIE_PorCentro.xls*) muestran que los centros de salud con razón de Incidencia estandarizada inferior en más de un 50% a la razón de Incidencia del conjunto de la población estudiada ($I=1,0794$) fueron 72, lo que supone un 9,74% de los centros de salud. Los centros de salud con razón de Incidencia estandarizada superior en más de un 50% a la razón de Incidencia estandarizada del conjunto de la población estudiada fueron 115, lo que supone un 15,56% de los centros de salud. La suma de ambos grupos produce 187 centros de salud con razón de Incidencia estandarizada inferior o superior en más de un 50% a la razón de Incidencia del conjunto de la población estudiada, lo que supone un total de 25,30% de los centros de salud.

Figura 46: Mapa de distribución de razones de incidencia estandarizada de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en los centros de salud en la Comunidad Valenciana



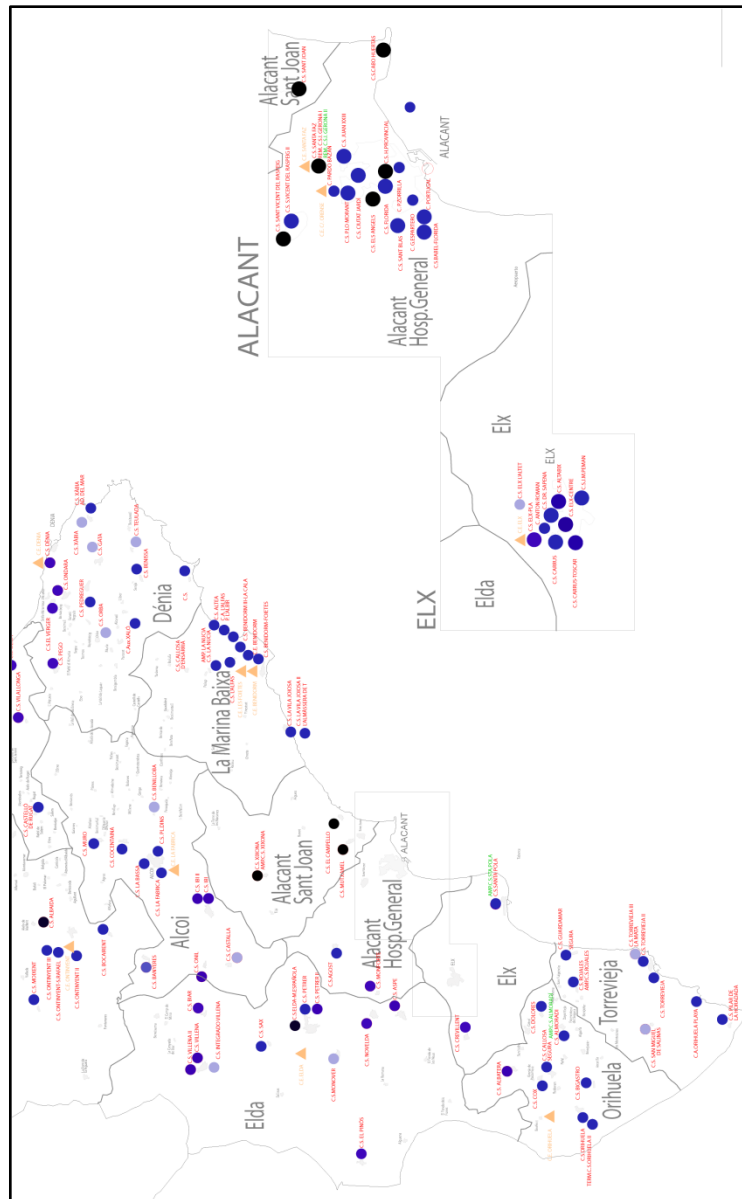
Fuente: Elaboración propia.

Figura 47: Mapa de distribución de razones de incidencia estandarizada de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en los centros de salud en Castellón



Fuente: Elaboración propia

Figura 49: Mapa de distribución de razones de incidencia estandarizada de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en los centros de salud en Alicante

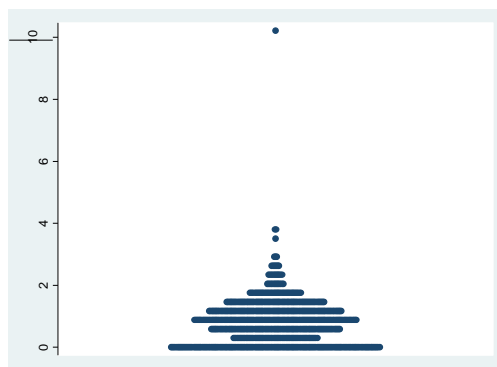


Fuente: Elaboración propia

VI.2.1.5. Elaboración de las representaciones gráficas

Se presentan a continuación los gráficos de puntos (dotplot), utilizados habitualmente para representar gráficamente la variabilidad. En ellos cada punto representa el valor de una tasa de Incidencia en un centro de salud. Los centros de salud con tasas similares se representan al mismo nivel, con lo que los dotplot adoptan una imagen romboidal. Obsérvese el centro de salud con un valor de Incidencia estandarizada de aproximadamente 10,2147, pudiendo suponerse que se trata de un error.

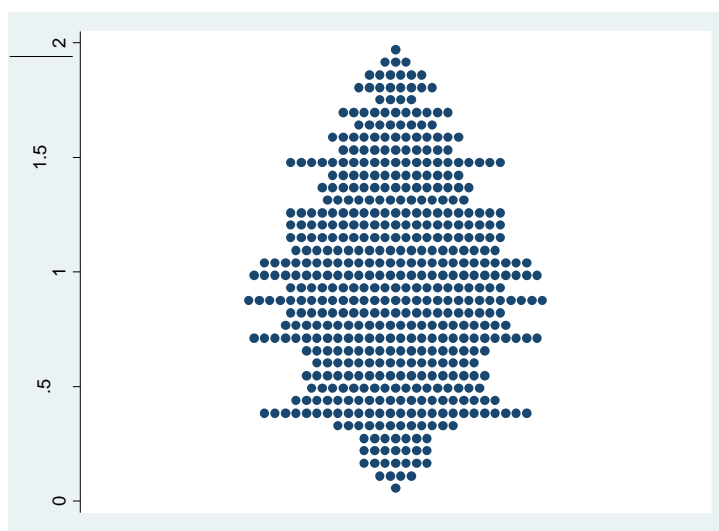
Figura 50: Gráfico de puntos (dotplot) de las tasas de Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal de los 739 centros de salud



Fuente: Elaboración propia. (Stata SE 10. Anova centros y dptos.dta; Gráfico Dotplot Incidencia 300.gph)

Se presenta un segundo gráfico dotplot en el que se han incluido solamente las tasas de Incidencia acumulada entre los percentiles 5 y 95. En él se puede observar con más claridad la variabilidad de las tasas entre centros de salud (Grupo VPM-IRYS)²³⁷

Figura 51: Gráfico de puntos (dotplot) de las tasas de Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal de los 539 centros de salud, incluidos entre los percentiles 5 y 95.

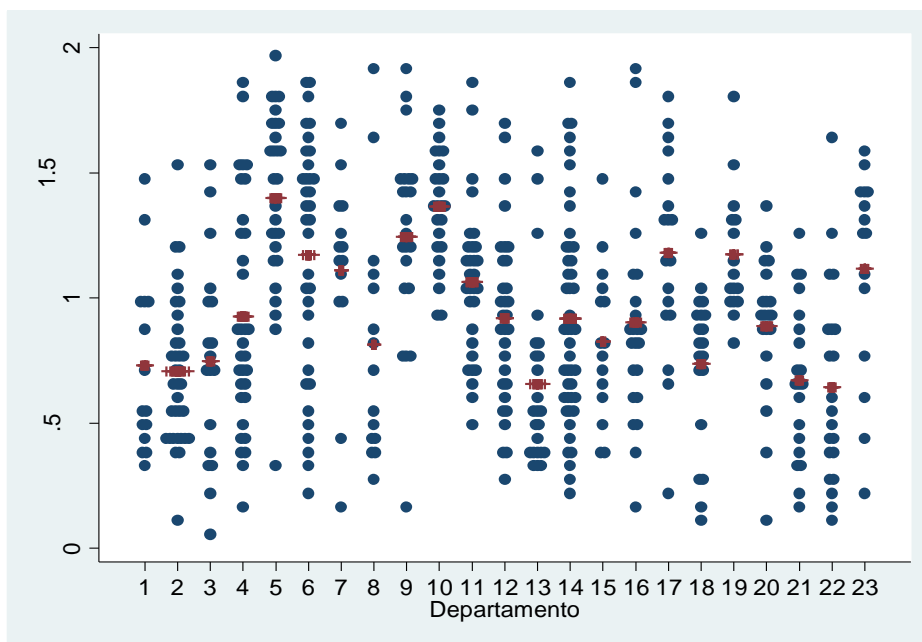


Fuente: Elaboración propia. (Stata SE 10. Anova centros y dptos_5_95.dta; Gráfico Dotplot Incidencia 300_5_95.gph)

²³⁷ Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Apotheque núm. 2: Gráficos de puntos y burbujas. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Apotheque núm. 2. Disponible en <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

Otro gráfico dotplot de enorme interés intuitivo muestra la distribución de las tasas de Incidencia acumulada por departamentos de salud. Para cada uno de los departamentos de salud se señala en color rojo la media de Incidencia.

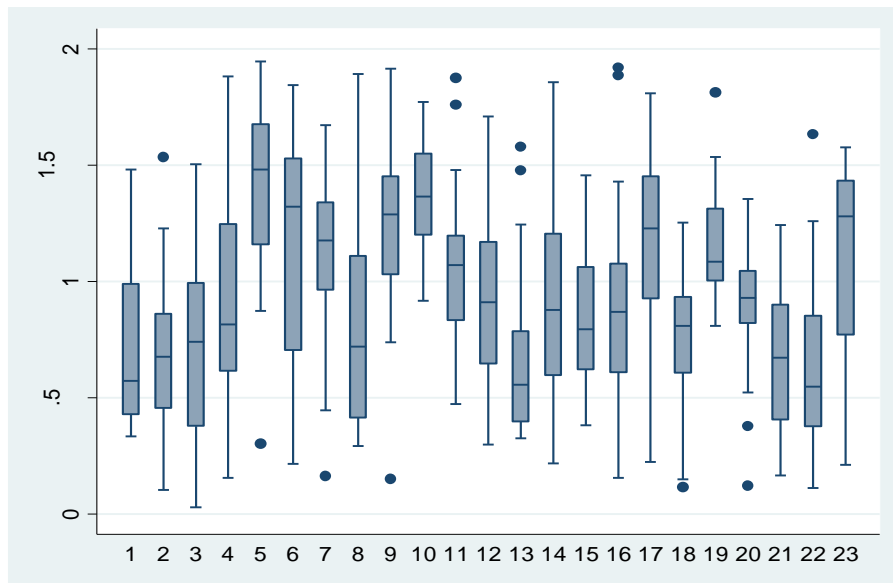
Figura 52: Gráfico de puntos (dotplot) de las tasas de Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal de los 539 centros de salud, agrupados por departamentos de salud, incluidos entre los percentiles 5 y 95.



Fuente: Elaboración propia. (Stata SE 10. Anova centros y dptos_5_95.dta; Gráfico Dotplot Incidencia 300_5_95_Por Dpto.gph)

Merece la pena incluir otro gráfico (boxplot) que muestra la distribución de las tasas de Incidencia acumulada por departamentos de salud, con indicación de la media y los intervalos de confianza al 95.

Figura 53: Gráfico de caja (boxplot) de las tasas de Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal de los 539 centros de salud, agrupados por departamentos de salud, incluidos entre los percentiles 5 y 95.



Fuente: Elaboración propia. (Stata SE 10. Anova centros y dptos_5_95.dta; Gráfico Boxplot Incidencia 300_5_95_Por Dpto_con intervalos.gph)

VI.2.2. Análisis de la variabilidad entre departamentos de salud

Para analizar esta variabilidad utilizamos **575** centros de salud, de acuerdo a lo señalado en el apartado correspondiente de la Metodología.

La estrategia para poner a prueba la igualdad de medias consiste en obtener el Estadístico F, que refleja el grado de parecido existente entre las medias que se están comparando. No obstante, para la utilización de dicho estadístico, de manera previa, hay que verificar la normalidad de la distribución de la variable (Prueba de Kolmogorov-Smirnov) y la homogeneidad de varianzas (Prueba de Levene).

VI.2.2.1. Verificación de la distribución normal

Se verifico, primeramente, la normalidad de la distribución de la variable Incidencia de IT por código 300. En la prueba de Kolmogorov-Smirnov obtuvimos un valor del Estadístico de 1,561 y una p de 0,015 que, al ser un valor significativo, indica que no podemos asumir una distribución normal de la variable. Los resultados se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 105: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Incidencia 300
N		575
Parámetros normales ^{a,b}	Media	1,05310
	Desviación típica	,565715
	Absoluta	,065
Diferencias más extremas	Positiva	,065
	Negativa	-,050
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,561
Sig. asintót. (bilateral)		,015
a. La distribución de contraste es la Normal.		
b. Se han calculado a partir de los datos.		

Fuente: Elaboración propia. (Estudio5_Kolmogorov-Smirnov.spv)

Para solventar esta cuestión, se ha tenido que transformar la variable Incidencia de IT por código 300 mediante el cálculo de su raíz cuadrada positiva (VD_Incidencia_SQ).

Repetimos la prueba de Kolmogorov-Smirnov y obtuvimos un valor del Estadístico de 0,494 y una p de 0,968 que, al ser un valor no significativo, indica que podemos asumir una distribución normal de la variable. Los resultados se muestran en la tabla siguiente:

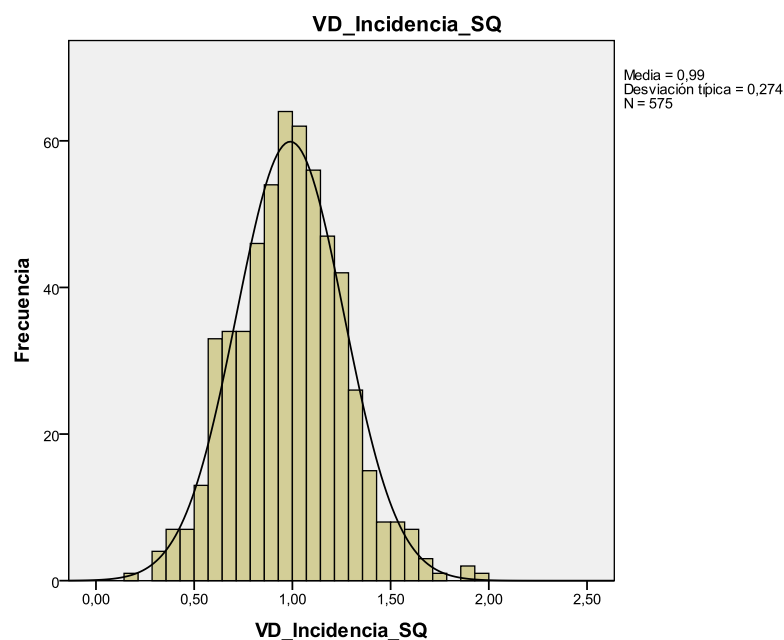
Tabla 106: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

Incidencia 300		
N		575
Parámetros normales ^{a,b}	,9891	1,05310
	,27357	,565715
Diferencias más extremas	,021	,065
	-,014	-,050
Z de Kolmogorov-Smirnov		,494
Sig. asintót. (bilateral)		,968

a. La distribución de contraste es la Normal.
b. Se han calculado a partir de los datos.

Fuente: Elaboración propia. (Estudio5_Kolmogorov-Smirnov.spv)

Figura 54: Distribución de la variable dependiente VD_Incidencia_SQ



Fuente: Elaboración propia. (Datos_porcentro_300_Versión10_Estudio5_575centros.sav)

VI.2.2.2. Verificación de la homogeneidad de varianzas

La prueba de Levene ha resultado ser significativa, tal y como se muestra en la tabla siguiente:

Tabla 107: Prueba de homogeneidad de varianzas para la variable dependiente VD_Incidencia_SQ

Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
2,426	22	552	,000

Fuente: Elaboración propia. (Estudio5_Kolmogorov-Smirnov.spv)

Este resultado no permite confirmar la homogeneidad de varianzas y, por tanto, deberemos utilizar el Estadístico de Welch en el Análisis de la Varianza.

VI.2.2.3. Análisis de la variabilidad

VI.2.2.3.1. Verificación de la diferencia de medias entre los departamentos de salud

Considerando que no hemos podido confirmar la homogeneidad de varianzas, deberemos utilizar el Estadístico de Welch, tal y como se refleja en la tabla siguiente. En nuestro caso hemos obtenido un valor del Estadístico de Welch de 10,806.

Se obtiene un resultado significativo que nos permite concluir que existen diferencias significativas entre las medias de Incidencia de los departamentos de salud y, en consecuencia, nos permite rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias entre los citados departamentos.

Tabla 108: Pruebas robustas de igualdad de medias para variable dependiente VD_Incidencia_SQ

	Estadístico	gl1	gl2	Sig.
Welch	10,806	22	176,072	,000

Fuente: Elaboración propia. (Datos_porcentro_300_Versión10_Estudio5_575centros.sav)

VI.2.2.3.2. Identificación de los departamentos de salud cuyas medias difieren entre sí

Para saber qué media difiere de qué otra se debe utilizar un tipo especial de análisis denominado comparaciones múltiples post hoc o comparaciones a posteriori. Se ha seleccionado, de entre todas las posibles, la prueba de Games-Howell que permite no asumir varianzas iguales.

En la tabla siguiente se muestra, como ejemplo, los datos correspondientes al Departamento 1, en aquellos casos en los que la diferencia resulta significativa. El resto de datos constan en anexo a la presente tesis.

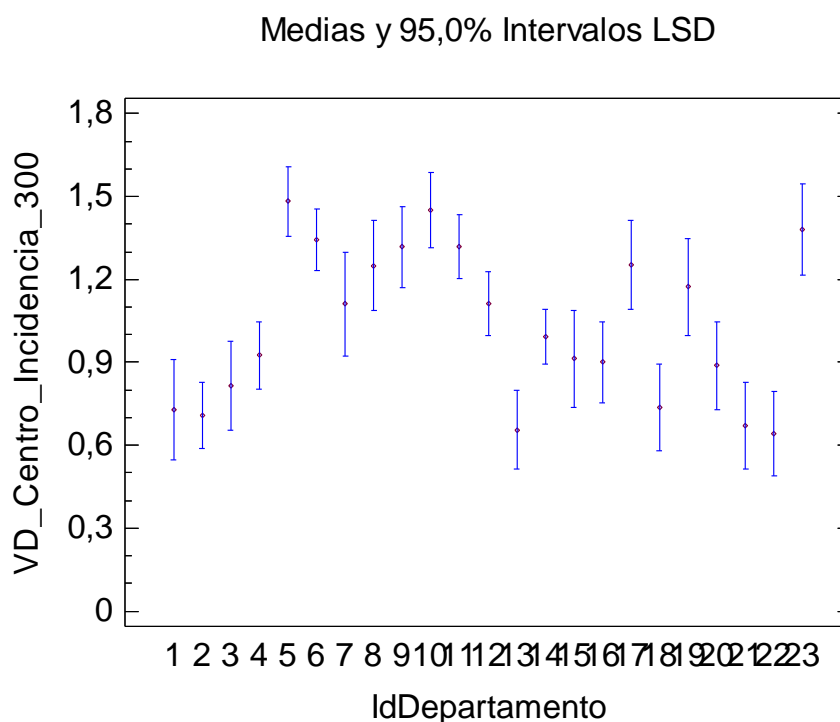
Tabla 109: ANOVA de un factor. Prueba post hoc (a posteriori). Comparaciones múltiples Games-Howell. Ejemplo del Departamento 1.

(I) Departa- mento	(J) Departa- mento	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
1	5	-,37076	,06319	,001	-,6236	-,1179
	6	-,28954	,07052	,029	-,5641	-,0149
	9	-,29162	,07277	,041	-,5771	-,0061
	10	-,36412	,05958	,001	-,6074	-,1208
	11	-,28862	,06723	,021	-,5531	-,0242
	19	-,24628	,05971	,047	-,4908	-,0018

Fuente: Elaboración propia. (Datos_porcentro_300_Versión10_Estudio5_575centros.sav)

En el gráfico siguiente puede observarse de forma explícita si dos departamentos difieren significativamente en sus medias lo cual sucede si los intervalos de confianza no se solapan.

Figura 55: Gráfico de medias con intervalos LSD del 95% para departamentos de salud



Fuente: Elaboración propia. (Statgraphics. Estudio_3_Versión10_739.sgp)

El gráfico permite observar que, por ejemplo los departamentos de salud 23 y 1 no se solapan, por lo que las diferencias entre sus medias, son significativas. Igual razonamiento podríamos adoptar para otros departamentos entre sí, tras la observación del gráfico.

VI.2.2.3.3. Análisis de la variabilidad en el nivel de departamento de salud

En el apartado de Análisis de la variabilidad explicada por departamentos de salud utilizábamos un modelo multinivel (Análisis de varianza: un factor de efectos aleatorios: AEA) para estudiar la variabilidad en cada departamento de salud (Nivel 1) y la variabilidad entre los departamentos de salud (Nivel 2). Obtuvimos que la variabilidad en el nivel 2 es de 0,2216 (Coeficiente de correlación intraclase).

Vamos a intentar reducir la variabilidad en dicho nivel 2 (variabilidad entre las medias de los departamentos) mediante un Análisis de regresión: medias como resultados (RMR). Para ello utilizamos las 12 variables independientes medidas en el nivel 2

Tabla 110: Clasificación en niveles de las variables independientes: Variables de nivel 2 (departamento de salud)

Nivel 2: Departamento de Salud		Abreviaturas
1	Indicador de demora en la atención primaria del departamento de salud (****)	DepDemAP
2	Indicador de demora en la atención especializada del departamento de salud (****)	DepDemAE
3	Indicador compartición información primaria y especializada del departamento (****)	DepInfComp
4	Indicador utilización de las consultas de atención primaria del departamento salud (****)	DepUsoAP
5	Indicador de absentismo del departamento de salud (****)	DepAbsen
6	Indicador de utilización de la historia clínica electrónica en departamento de salud (****)	DepUtilHC
7	Indicador de gasto por habitante y año, por departamento de salud (**)	DepGasHab
8	Indicador social de dependencia por departamento de salud (**)	DepISDepen
9	Indicador social de longevidad por departamento de salud(**)	DepISLongev
10	Indicador social de maternidad por departamento de salud (**)	DepISMatern
11	Indicador social de tendencia por departamento de salud (**)	DepISTenden
12	Indicador social de renovación de la población activa por departamento de salud (**)	DepISRenov

Fuente: Elaboración propia.

Al valorar la proporción de varianza debida al departamento de salud respecto a la varianza total ($0,008062 / (0,055546 + 0,008062) = 0,1267$ (Coeficiente de correlación intraclase). En consecuencia, cabe interpretar que la variabilidad en el nivel 2 (Departamento de Salud) ha disminuido de 0,2216 (modelo multinivel de análisis de la varianza por un factor de efectos aleatorios) a 0,1267 (modelo multinivel de análisis de regresión de medias como resultados). Esto es, la variabilidad en el nivel de departamento de salud se ha visto reducida tras la introducción en el modelo de las 12 covariables medidas en dicho nivel.

Tabla 111: Análisis de regresión: medias como resultados (RMR. Estimaciones de parámetros de covarianza para VD Incidencia_SQ

Parámetro	Estimación	Error típico	Wald Z	Sig.	IC 95%		
					Límite inferior	Límite superior	
Residuos	,055546	,003700	15,014	,000	,048748	,063292	
Intersección [sujeto = IdDepartamento]	Varianza	,008062	,005610	1,437	,151	,002062	,031530

Fuente: Elaboración propia (Estudio3_Regresión lineal_05.spv)

El valor no significativo del Estadístico de Wald Z indica que los departamentos de salud, después de controlar las 12 covariables, no parece que los centros sigan diferenciándose en la Incidencia acumulada estandarizada.

No obstante, si comparamos los valores de 2LL (2x log de la verosimilitud restringida) de ambos modelos obtenemos que la diferencia entre ambos valores (35,73) se distribuye según Chi-cuadrado con 1 grado de libertad. La probabilidad de encontrar valores mayores o iguales a 207,91 en la distribución Chi-cuadrado con 1 gl es $< 0,001$.

En consecuencia, después de controlar los efectos de las 12 covariables, los departamentos siguen diferenciándose significativamente entre sí.

Tabla 112: Comparación de valores de 2LL en modelos AEA y RMR

Modelo	2LL
AEA	54,710
RMR	90,440

Elaboración propia. (Datos_PorCentro_300_Version_06.sav; Estudio_5_Análisis factor efectos aleatorios.spv) y (Datos_PorCentro_300_Version_10_Estudio_6_7_8.sav; Estudios-6_7_8_Versión_10_Multinivel_RPR.spv)

Esto es, después de controlar el efecto debido a las 12 covariables, el **12,67%** de la varianza de la variable dependiente (Incidencia acumulada estandarizada 300) todavía es atribuible al factor departamento de salud.

Recordemos los resultados que obteníamos con el análisis de la varianza por un factor de efectos aleatorios:

Tabla 113: *Análisis de Varianza: un factor de efectos aleatorios (AEA).
Estimaciones de parámetros de covarianza.*

Parámetro	Estimación	Error típico	Wald Z	Sig.	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Residuos	,058894	,003544	16,617	,000	,052341	,066266
Id_Departamento	Varianza ,016768	,005812	2,885	,004	,008501	,033075

Variable dependiente: VD_Incidencia_SQ.

Elaboración propia. Fuente: Elaboración propia. (Datos_porcentro_300_Versión10_Estudio5_575centros.sav; Estudio5_AEA.spv)

Comparando las estimaciones de los parámetros de covarianza del modelo AEA con el modelo RMR puede conocerse la proporción de varianza explicada por el nivel 2: $(0,016768 - 0,008062) / 0,016768 = 0,5192$. Esto es, el **51,92%** de las diferencias observadas entre los departamentos son diferencias atribuibles a las 12 covariables precitadas.

VI.2.3. Análisis de la variabilidad entre centros y departamentos de salud

Se procede al análisis de la variabilidad entre centros de salud explicada por el factor departamento de salud.

Para analizar los datos utilizamos un Análisis de Varianza por un factor de efectos aleatorios (AEA) para los 575 centros de salud. Obtenemos que la varianza del factor departamento de salud (Nivel 2) (0,016768) indica cuánto varía la variable dependiente entre los departamentos de salud. La varianza de los residuos (Nivel 1) (0,058894) indica cuánto varía la variable dependiente dentro de cada departamento. Según estas estimaciones, la variabilidad entre los departamentos representa el $(0,016768) / (0,016768 + 0,058894) = 0,2216$ de la variabilidad total. La significación, medida mediante la prueba de Wald Z, es de 0,004. Según estos resultados, la variabilidad entre los departamentos representa el **22,16%** de la variabilidad total.

Este es el denominado coeficiente de correlación intraclase (CCI), y representa el grado de variabilidad existente entre los distintos departamentos en comparación con la variabilidad existente entre los centros de salud de un mismo departamento. En consecuencia, también representa el grado de relación o similitud entre los centros de salud de un mismo departamento de salud.

Tabla 114: Análisis de Varianza: un factor de efectos aleatorios (AEA). Estimaciones de parámetros de covarianza.

Parámetro	Estimación	Error típico	Wald Z	Sig.	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Residuos	,058894	,003544	16,617	,000	,052341	,066266
Id_Departamento Varianza	,016768	,005812	2,885	,004	,008501	,033075
Variable dependiente: VD_Incidencia_SQ.						

Elaboración propia. Fuente: Elaboración propia. (Datos_porcentro_300_Versión10_Estudio5_575centros.sav; Estudio5_AEA.spv)

No obstante, se efectúa un segundo análisis, mediante otro programa estadístico, denominado análisis de componentes de la varianza.

La tabla de análisis de varianza aquí mostrada divide la varianza de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en 2 componentes, uno para cada factor.

El objetivo de este análisis es comparar la cantidad de variabilidad con la que contribuye cada uno de los factores, llamados los componentes de varianza. En este caso, el factor que más contribuye a la varianza es el error (factores no determinados). Su contribución representa 77,88% de la variación total en Tasa ajustada.

En consecuencia, el **factor departamento de salud** explica el **22,12%** de la variabilidad total. Este resultado es muy similar al descrito en el párrafo anterior.

Tabla 115: Análisis de Componentes de Varianza. Variable dependiente: Incidencia_300.
Factores: Departamento

<i>Fuente</i>	<i>Suma de Cuadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Cuadrado Medio</i>	<i>Comp. Var.</i>	<i>Por ciento</i>
Total (corregido)	42,9595	574			
Departamento	10,4434	22	0,474699	0,0167328	22,12
Error	32,5161	552	0,058906	0,058906	77,88

Fuente: Elaboración propia. (Statgraphics Centurión versión 16. Análisis componentes de varianza_575.sgp)

VI.2.4. Análisis de la variabilidad entre centros de salud por otros factores

VI.2.4.1. Análisis de la variabilidad por el factor provincia

La tabla de análisis de varianza aquí mostrada divide la varianza de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en 2 componentes, uno para cada factor.

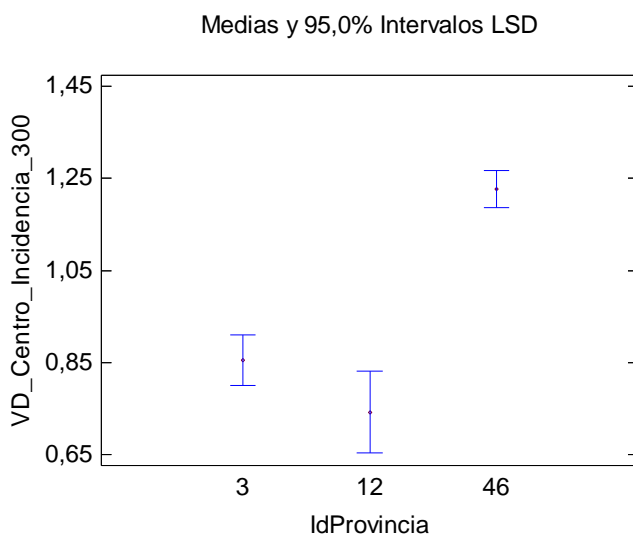
En consecuencia, el **factor provincia** explica el **20,21%** de la variabilidad total.

Tabla 116: Análisis de Componentes de Varianza. Variable dependiente: Incidencia_300. Factor: Provincia

Fuente	Suma de Cuadrados	Gl	Cuadrado Medio	Comp. Var.	Por ciento
TOTAL (CORREGIDO)	183,699	574			
Provincia	23,6082	2	11,8041	0,0709111	20,21
ERROR	160,091	572	0,27988	0,27988	79,79

Fuente: Elaboración propia. (Statgraphics Centurión versión 16. Análisis componentes de varianza_575_2.sgp)

Figura 56: Gráfico de medias con intervalos LSD del 95% para la variable provincia



Fuente: Elaboración propia. (Statgraphics Version14_Datos300_575.sgp)

VI.2.4.2. Análisis de la variabilidad por los factores provincia y departamento

En este análisis, cada factor, después del primero, está anidado en el de arriba.

En nuestro estudio, el factor departamento de salud está anidado en el factor provincia.

Al considerar ambos factores simultáneamente, observamos que el **factor provincia** explica el **19,03%** de la variabilidad y el **factor departamento de salud** (anidado en provincia) explica el **7,97%** de la variabilidad.

Tabla 117: Análisis de Componentes de Varianza. Variable dependiente: Incidencia_300. Factores: Provincia y Departamento

Fuente	Suma de Cuadrados	Gl	Cuadrado Medio	Comp. Var.	Por ciento
TOTAL (CORREGIDO)	183,699	574			
Provincia	23,6082	2	11,8041	0,0666505	19,03
Departamento	18,9424	20	0,947119	0,0279168	7,97
ERROR	141,149	552	0,255704	0,255704	73,00

Fuente: Elaboración propia. (Statgraphics Centurión versión 16. Análisis componentes de varianza_575_2.sgp)

VI.2.4.3. Análisis de la variabilidad por otros factores

No se ha evidenciado variabilidad importante debida a otros factores considerados, como son la litoralidad (4,65%), la acreditación para la docencia del centro de salud (2,44%) y el tamaño de la población en que radica el centro de salud (2,40%).

No obstante, la representación gráfica mediante gráficos LSD permite visualizar las diferencias significativas en algunos supuestos para los factores considerados.

VI.2.4.3.1. Factor litoralidad

No se ha evidenciado un efecto importante en la variabilidad de la Incidencia de Incapacidad Temporal por código 300 en centros de salud debido al factor litoralidad ((4,65%).

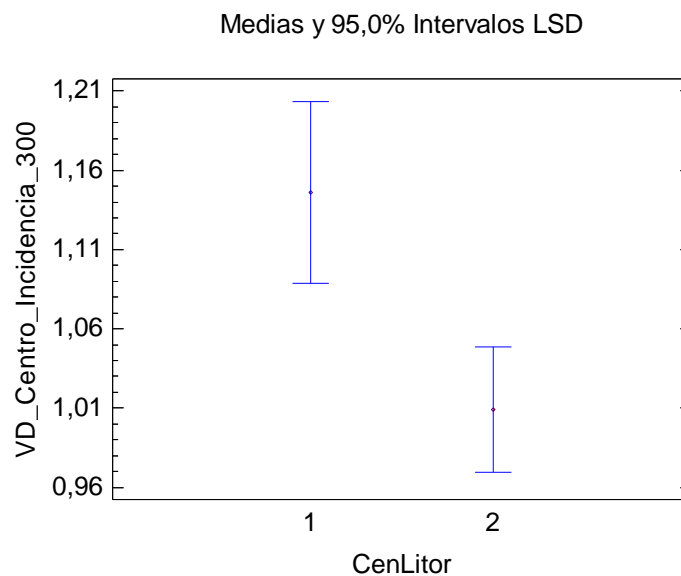
Tabla 118: Análisis de Componentes de Varianza. Variable dependiente: Incidencia_300. Factores: Litoralidad del centro de salud

Fuente	Suma de Cuadrados	Gl	Cuadrado Medio	Comp. Var.	Por ciento
TOTAL (CORREGIDO)	42,9595	574			
CenLitor	0,970753	1	0,970753	0,00357621	4,65
ERROR	41,9887	573	0,0732787	0,0732787	95,35

Fuente: Elaboración propia. (Statgraphics Centurión versión 16. Análisis componentes de varianza_575_2.sgp)

El gráfico de medias LSD muestra que existen diferencias significativas entre los centros de salud del litoral (1) y los centros de salud del interior (2).

Figura 57: Gráfico de medias con intervalos LSD del 95% para la variable litoralidad



Fuente: Elaboración propia. (Statgraphics Version14_Datos300_575.sgp)

VI.2.4.3.2. Factor acreditación docente

No se ha evidenciado un efecto importante en la variabilidad de la Incidencia de Incapacidad Temporal por código 300 en centros de salud debido al factor litoralidad (2,44%).

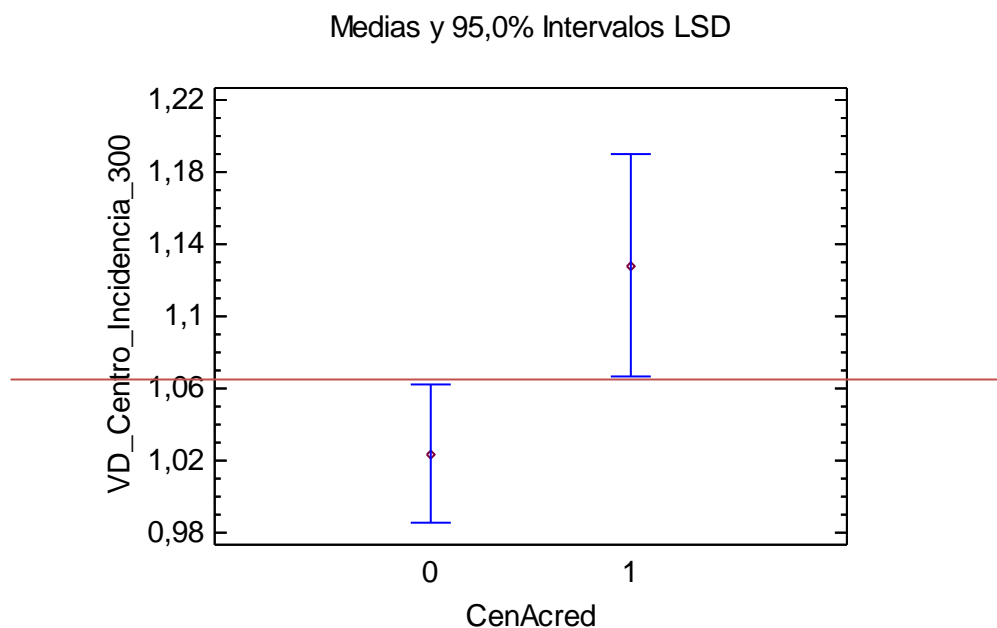
Tabla 119: Análisis de Componentes de Varianza. Variable dependiente: Incidencia_300. Factores: Acreditación para la docencia del centro de salud

Fuente	Suma de Cuadrados	Gl	Cuadrado Medio	Comp. Var.	Por ciento
TOTAL (CORREGIDO)	42,9595	574			
CenAcred	0,505675	1	0,505675	0,00185455	2,44
ERROR	42,4538	573	0,0740904	0,0740904	97,56

Fuente: Elaboración propia. (Statgraphics Centurión versión 16. Análisis componentes de varianza_575_2.sgp)

El gráfico de medias LSD muestra que existen diferencias significativas entre los centros de acreditados para la docencia (1) y los centros de salud no acreditados (0).

Figura 58: Gráfico de medias con intervalos LSD del 95% para la variable acreditación de la docencia



Fuente: Elaboración propia. (Statgraphics Version14_Datos300_575.sgp)

VI.2.4.3.3. Factor tamaño poblacional

No se ha evidenciado un efecto importante en la variabilidad de la Incidencia de Incapacidad Temporal por código 300 en centros de salud debido al factor tamaño de la población donde radica el centro de salud (2,40%).

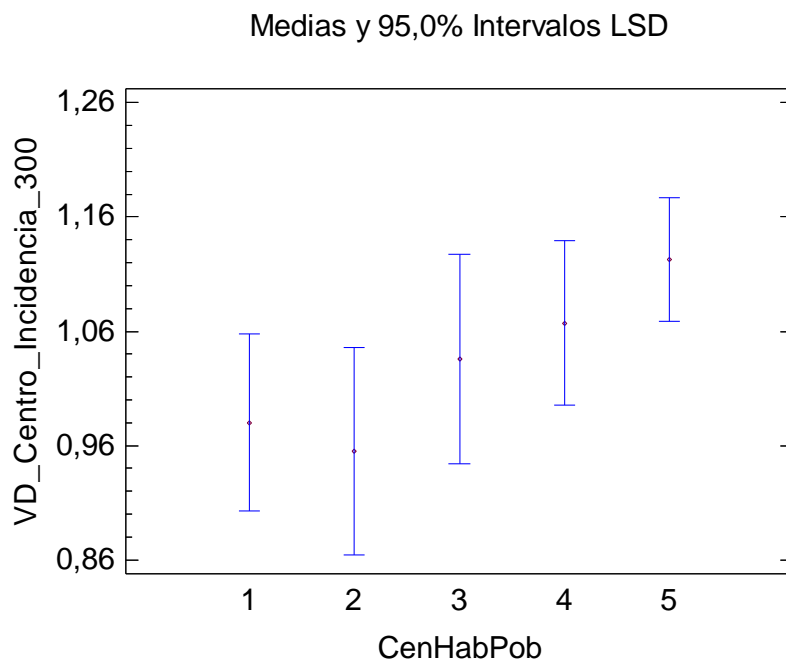
Tabla 120: Análisis de Componentes de Varianza. Variable dependiente: Incidencia_300. Factores: Tamaño de la población donde radica el centro de salud

Fuente	Suma de Cuadrados	Gl	Cuadrado Medio	Comp. Var.	Por ciento
TOTAL (CORREGIDO)	42,9595	574			
CenHabPob	1,0869	4	0,271725	0,00180602	2,40
ERROR	41,8726	570	0,0734607	0,0734607	97,60

Fuente: Elaboración propia. (Statgraphics Centurión versión 16. Análisis componentes de varianza_575_2.sgp)

El gráfico de medias LSD muestra que existen diferencias casi significativas entre los centros del grupo de población 5 (más de 20.000 habitantes) y los grupos 1 (menos de 1.000 habitantes) y 2 (entre 1.000 y 2.000 habitantes).

Figura 59: Gráfico de medias con intervalos LSD del 95% para el tamaño poblacional donde se ubica el centro de salud



VI.3. Resumen de resultados de la variabilidad en la prescripción de IT por código 300

A continuación, en la siguiente tabla, se presentan los resultados de estos análisis: Tasas estandarizadas de Incidencia y estadísticos de variabilidad. Razón de Incidencia estandarizada. Variabilidad explicada por el factor departamento de salud.

Tabla 121: *Procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300. Tasas estandarizadas de Incidencia y estadísticos de variabilidad. Razón de Incidencia estandarizada. Variabilidad explicada por el factor departamento de salud.*

Datos crudos	Casos (Procesos de IT iniciados) *	25.859
	Tasa de Incidencia cruda *	1,0794
Tasa de Incidencia estandarizada por edad y sexo	Tasa mínima *	0,000
	Tasa máxima *	10,214
	Percentil 5 *	0,010
	Percentil 25 *	0,280
	Percentil 50 *	0,796
	Percentil 75 *	1,233
	Percentil 95 *	1,951
Estadísticos de Variabilidad	Razón de variación ₅₋₉₅ **	195,052
	Razón de variación ₂₅₋₇₅ ***	4,400
	Coficiente de variación ₅₋₉₅ **	0,450
	Coficiente de variación ponderado ₅₋₉₅ **	0,323
	Componente sistemático de la variación *	0,157
	Componente sistemático de la variación ₅₋₉₅ **	0,056
	Coficiente de Gini *	0,214
	Coficiente Gini ₅₋₉₅ **	0,184
	$p(\text{Chi}^2)_{5-95}$ **	<0,001
Razón de Incidencia estandarizada	Centros de Salud < 50% *	72 (9,74%)
	Centros de Salud > 50% *	115 (15,56%)
	Centros de Salud <= 50% *	187 (25,30)
Variabilidad explicada por el factor Departamento de Salud	CCI ₅₇₅ ****	0,222
	IC95% CCI ₅₇₅ ****	0,140 – 0,333
	p	0,004

Fuente: Elaboración propia. (Estadísticos Variabilidad_Versión 06.xls) (Datos_PorCentro_300_Versión_05.sav;

Datos_porcentro_300_Versión10_Estudio5_575centros.sav; Estudio5_AEA.spv; Análisis componentes varianza_575_2.sgp)

* En 739 centros de salud y consultorios auxiliares, ** En los 539 centros de salud incluidos entre los percentiles 5 y 95, *** En los centros de salud incluidos entre los percentiles 25 y 75, **** En los 575 centros de salud (excluidos centros de salud y consultorios auxiliares con Incidencia 0 y el centro de salud con I=10,214)

**VII. RESULTADOS DEL ESTUDIO
DE ASOCIACIÓN DE FACTORES A
LA VARIABILIDAD EN LA
PRÁCTICA MÉDICA DE
PRESCRIPCIÓN DE PROCESOS DE
INCAPACIDAD TEMPORAL POR
CÓDIGO 300 Y MODELO
EXPLICATIVO**

Estudio de la asociación entre la Incidencia acumulada, estandarizada por edad y sexo, de los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 (y todo el rango de dígitos cuarto y quinto tras él) de la clasificación Internacional de Enfermedades y los indicadores de gestión y organización del Sistema Sanitario Valenciano, indicadores socio-demográficos y indicadores de consumo de recursos asistenciales.

VII.1. Estadísticos descriptivos de las variables independientes

A continuación se muestran los estadísticos descriptivos de cada una de las **32** variables que se han introducido en el análisis factorial. Se trata de las variables cuantitativas medidas a nivel de centro de salud.

Tabla 122: Estadísticos descriptivos de las variables introducidas en el análisis factorial

	Variable	Media	Desviación típica	Max	Mín
1	CenPobCupo	5554,79	6228,99	97	27712
2	CenPobCupProm	1204,17	393,41	114	3008
3	CenPobLab	4066,78	4569,28	78	20172
4	CenPobLabProm	777,81	271,66	78	2060
5	CenNumFac	4,56	4,65	1	24
6	CenPromEdadFac	48,18	2,66	40	59
7	CenRatioActPen	11,27	28,43	0,02	641
8	CenDemAP	10,11	8,81	0,01	60,02
9	CenUtilHC	90,01	7,15	13,36	99,62
10	CenInfComp	26,96	11,48	0,32	99,44
11	CenM1624C	5,07	1,18	0,40	11,54
12	CenM2534C	8,32	1,97	0,52	17,73
13	CenM3544C	8,55	1,77	0,30	16,39
14	CenM4554C	7,35	1,49	0,81	12,53
15	CenM5564C	5,53	1,91	0,51	18,93
16	CenM1664C	34,82	5,95	4,05	67,20
17	CenH1624C	5,27	1,22	0,15	9,77
18	CenH2534C	8,88	2,21	0,44	25,13
19	CenH3544C	9,32	1,95	1,21	21,75
20	CenH4554C	7,62	1,54	0,96	15,34
21	CenH5564C	5,25	1,56	0,00	77,07
22	CenH1664C	36,36	6,31	3,69	77,07
23	CenT1664C	71,18	11,79	7,74	136,91
24	CenTm64	34,47	16,37	2,89	116,70
25	CenÍndAus	3,04	0,90	0,09	6,08
26	CenDurMed	70,46	18,63	29,33	186,50
27	CenDxPsiq	0,027	0,10	0,00	1,15

	Variable	Media	Desviación típica	Max	Mín
28	CenDxNoPsiq	0,10	0,23	0,00	2,41
29	CenInPsiq	0,03	0,10	0,00	1,15
30	CenInNoPsiq	0,11	0,26	0,00	3,39
31	CenEstPsiq	0,35	1,59	0,00	24,13
32	CenEstNoPsiq	0,49	1,16	0,00	10,71

Fuente: Elaboración propia. (Estudio03_Analisis factorial_01.spv)

VII.2. Análisis de correlación

A continuación se muestran las relaciones de correlación.

Tabla 123: Relaciones de correlación variable dependiente con variables independientes

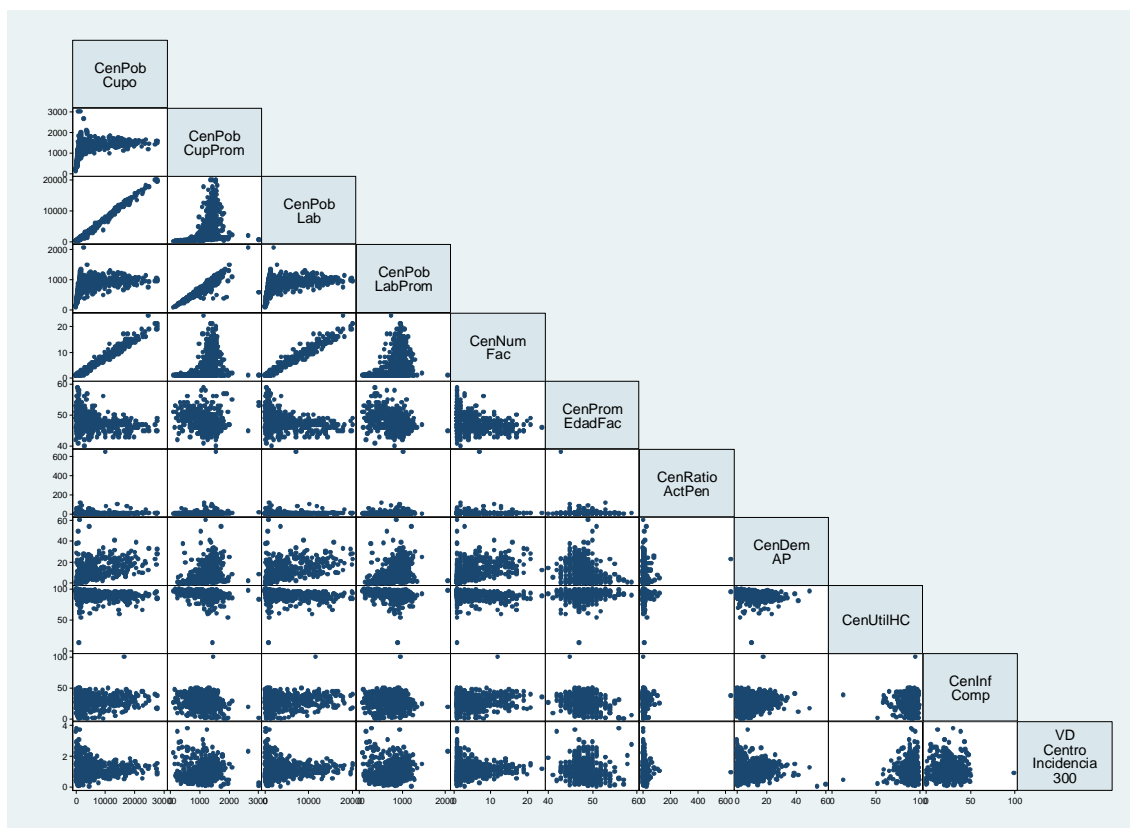
Variable independiente	Correlación de Pearson	Sig. (bilateral)
CenPobCupo	,080	,086
CenPobCupProm	,034	,469
CenPobLab	,089	,058
CenPobLabProm	,104	,026
CenNumFac	,072	,124
CenPromEdadFac	-,109	,019
CenRatioActPen	-,017	,720
CenDemAP	,060	,196
CenUtilHC	,045	,334
CenInfComp	-,005	,923
CenM1624C	-,145	,002
CenM2534C	,021	,652
CenM3544C	,047	,316
CenM4554C	-,090	,050
CenM5564C	-,200	,000
CenM1664C	-,108	,021
CenH1624C	-,172	,000
CenH2534C	-,060	,196
CenH3544C	-,057	,226
CenH4554C	-,084	,072
CenH5564C	-,215	,000
CenH1664C	-,154	,001
CenT1664C	-,139	,003
CenTm64	-,217	,000
CenÍndAus	,380	,000
CenDurMed	-,142	,002
CenDxPsiq	-,085	,068
CenDxNoPsiq	-,005	,918
CenInPsiq	-,088	,050
CenInNoPsiq	,001	,985
CenEstPsiq	-,103	,027
CenEstNoPsiq	,062	,185

Fuente: Correlación VD con VI.spv En azul, las correlaciones significativas positivas; en rojo, las correlaciones significativas negativas.

VII. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DE FACTORES A LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE PRESCRIPCIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CÓDIGO 300 Y MODELO EXPLICATIVO

A continuación, mediante el gráfico matrix se explicitan las relaciones bivariadas entre la variable dependiente y las variables independientes correspondientes a los indicadores de gestión y organización del Sistema Sanitario Público Valenciano, así como las relaciones bivariadas entre estas últimas.

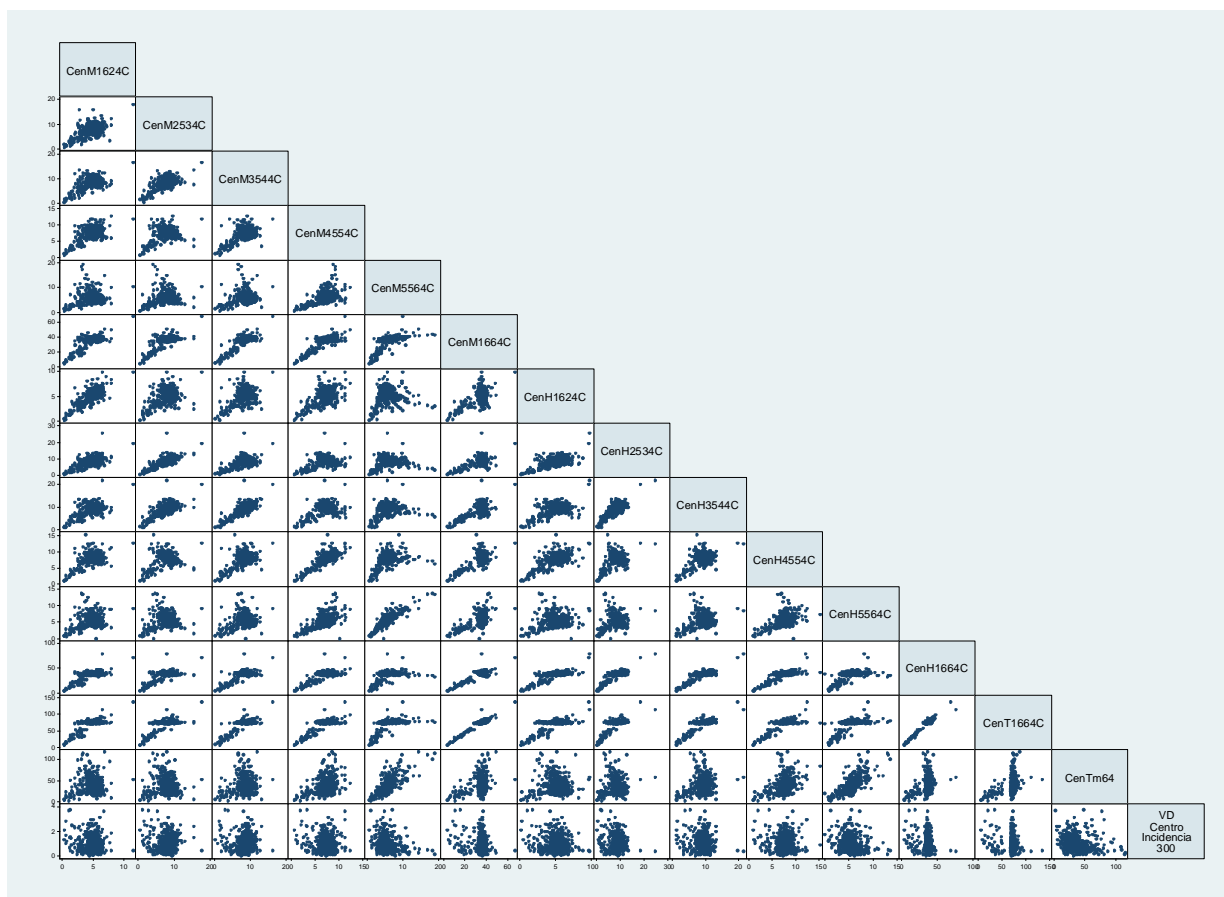
Figura 60: Relaciones bivariadas entre variable dependiente y variables independientes (factores de organización y gestión del sistema sanitario público valenciano).



Fuente: Elaboración propia. (Stata 10. Datos por centro300 Versión14 Estudio3 575.dta; Graph Matrix Ind Gestión por centro_03.gph)

A continuación, mediante el gráfico matrix se explicitan las relaciones bivariadas entre la variable dependiente y las variables independientes correspondientes a los indicadores socio-demográficos, así como las relaciones bivariadas entre estas últimas.

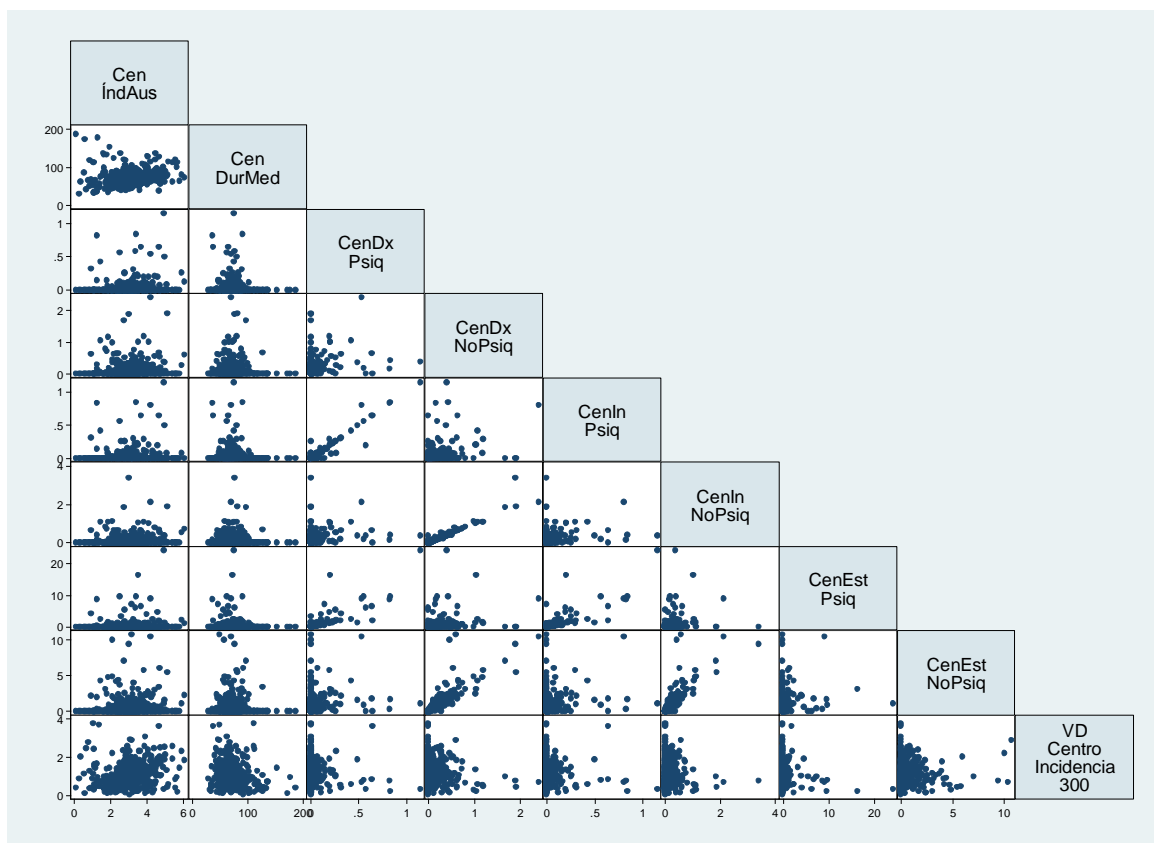
Figura 61: Relaciones bivariadas entre variable dependiente y variables independientes (factores socio-demográficos).



Fuente: Elaboración propia. (Stata 10. Datos por centro300 Versión14 Estudio3 575.dta; Graph Matrix Ind socio-demográficos por centro_02.gph)

A continuación, mediante el gráfico matrix se explicitan las relaciones bivariadas entre la variable dependiente y las variables independientes correspondientes a los indicadores de consumo de recursos asistenciales, así como las relaciones bivariadas entre estas últimas.

Figura 62: Relaciones bivariadas entre variable dependiente y variables independientes (factores de consumo de recursos asistenciales).



Fuente: Elaboración propia. (Stata 10. Datos por centro300 Versión14 Estudio3 575.dta; Graph Matrix Ind consumo recursos por centro_02.gph)

VII.2. Análisis factorial

Se ha procedido a un análisis factorial utilizando el método de extracción de componentes principales. La Comunalidades obtenidas se reflejan en la columna extracción de la siguiente tabla.

Tabla 124: Comunalidades de las variables

Variable	Extracción
CenPobCupo	0,953
CenPobCupProm	0,820
CenPobLab	0,952
CenPobLabProm	0,864
CenNumFac	0,937
CenPromEdadFac	0,638
CenRatioActPen	0,908
CenDemAP	0,491
CenUtilHC	0,484
CenInfComp	0,464
CenM1624C	0,700
CenM2534C	0,776
CenM3544C	0,717
CenM4554C	0,712
CenM5564C	0,878
CenM1664C	0,954
CenH1624C	0,711
CenH2534C	0,751
CenH3544C	0,748
CenH4554C	0,748
CenH5564C	0,871
CenH1664C	0,945
CenT1664C	0,996
CenTm64	0,772
CenÍndAus	0,476
CenDurMed	0,675
CenDxPsic	0,948
CenDxNoPsic	0,961
CenInPsic	0,941
CenInNoPsic	0,946
CenEstPsic	0,840
CenEstNoPsic	0,878

Fuente: Elaboración propia. (Estudio03_Análisis factorial_01.spv)

VII. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DE FACTORES A LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE PRESCRIPCIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CÓDIGO 300 Y MODELO EXPLICATIVO

Los autovalores iniciales de cada variable reflejan el porcentaje de la varianza que explica cada una de las variables, constatando que utilizando los 32 componentes (variables) logramos explicar el 100% de la varianza. En nuestro análisis, utilizando ocho factores, tal y como se observa en la tabla, logramos explicar el 79,552% de la variabilidad contenida en los datos.

Tabla 125: Varianza total explicada

Compo- nente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8,685	27,142	27,142	8,685	27,142	27,142	8,074	25,231	25,231
2	5,410	16,907	44,048	5,410	16,907	44,048	3,835	11,984	37,216
3	3,617	11,304	55,352	3,617	11,304	55,352	3,779	11,809	49,024
4	2,054	6,418	61,770	2,054	6,418	61,770	2,794	8,733	57,757
5	1,902	5,945	67,715	1,902	5,945	67,715	2,772	8,663	66,420
6	1,540	4,813	72,528	1,540	4,813	72,528	1,923	6,008	72,428
7	1,226	3,830	76,358	1,226	3,830	76,358	1,247	3,898	76,326
8	1,022	3,194	79,552	1,022	3,194	79,552	1,032	3,226	79,552
9	,922	2,880	82,432						
10	,824	2,574	85,005						
11	,776	2,425	87,430						
12	,710	2,218	89,648						
13	,613	1,916	91,564						
14	,518	1,620	93,183						
15	,419	1,309	94,492						
16	,320	1,001	95,493						
17	,272	,850	96,343						
18	,239	,746	97,089						
19	,188	,587	97,676						
20	,170	,531	98,207						
21	,159	,498	98,705						
22	,122	,382	99,087						
23	,093	,290	99,377						
24	,080	,251	99,627						
25	,049	,154	99,781						
26	,037	,117	99,898						
27	,018	,055	99,953						
28	,012	,038	99,992						
29	,002	,005	99,997						
30	,001	,003	100,000						
31	,000	,000	100,000						
32	,000	,000	100,000						

Fuente: Elaboración propia. (Estudio03_Analisis factorial_01.spv)

A continuación se muestran los resultados de la rotación de la solución factorial. Se ha utilizado el método varimax.

Esta matriz de estructura factorial rotada mejora los resultados de la saturación de las variables.

La rotación, en definitiva, persigue una estructura simple: que las variables saturen, si es posible, en un solo factor (componente) y factores que contengan un número reducido de variables que saturen inequívoca y exclusivamente en ellos.

VII. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DE FACTORES A LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE PRESCRIPCIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CÓDIGO 300 Y MODELO EXPLICATIVO

Tabla 126: Matriz de componentes rotados

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
CenT1664C	,948		,295					
CenH1664C	,947		,203					
CenM1664C	,875	,149	,369			,168		
CenH3544C	,846					,132		
CenH2534C	,822	,129	-,206					
CenM1624C	,806	,188						
CenH1624C	,792	,127	-,104			-,209		
CenM3544C	,789					,259	-,105	
CenM2534C	,771	,185	-,169			,335		
CenH4554C	,716		,351			-,321		
CenM4554C	,653	,136	,486			-,151		
CenPobCupo	,185	,939	-,125					
CenNumFac	,184	,937						
CenPobLab	,190	,933	-,145					
CenDemAP		,652	-,110				,187	,109
CenM5564C	,194		,907					
CenH5564C	,277	-,101	,878					
CenTm64	,102	-,271	,807			-,176		
CenPromEdadFac	-,375	-,296	,603			,162		
CenDxNoPsiq				,956	,201			
CenInNoPsiq				,956	,163			
CenEstNoPsiq				,929	,109			
CenDxPsiq				,138	,961			
CenInPsiq				,185	,949			
CenEstPsiq				,141	,903			
CenPobCupProm	,176	,368	-,214			,763		,131
CenPobLabProm	,251	,370	-,478			,651		
CenInfComp		,178	-,326			-,541	,110	,115
CenDurMed	-,157	-,143	,129			-,118	,769	
CenÍndAus	,432						,519	
CenUtilHC		-,311				-,310	-,509	,176
CenRatioActPen								,952

Fuente: Elaboración propia. (Estudio03_Analisis factorial_01.spv)

A continuación se calcula la matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones factoriales (()), que almacenaremos en nuestro archivo SPSS PASW como **nuevas variables** denominadas REGR factor score 1 for analysis 1, REGR factor score 2 for analysis 1, REGR factor score 3 for analysis 1, REGR factor score 4 for analysis 1, REGR factor score 5 for analysis 1, REGR factor score 6 for analysis 1, REGR factor score 7 for analysis 1, REGR factor score 8 for analysis 1.

La nueva variable REGR factor score 1, está integrada por las siguientes variables originales: CenT1664C, CenH1664C, CenM1664C, CenH3544C, CenH2534C, CenM1624C, CenH1624C, CenM3544C, CenM2534C, CenH4554C y CenM4554C.

La nueva variable REGR factor score 2 está integrada por las siguientes variables originales: CenPobCupo, CenNumFac, CenPobLab y, en menor medida, CenDemAP.

La nueva variable REGR factor score 3 está integrada por las siguientes variables originales: CenM5564C, CenH5564C, CenTm64 y, en menor medida, CenPromEdadFac.

La nueva variable REGR factor score 4 está integrada por las siguientes variables originales: CenDxNoPsiq, CenInNoPsiq y CenEstNoPsiq.

La nueva variable REGR factor score 5 está integrada por las siguientes variables originales: CenDxPsiq, CenInPsiq y CenEstPsiq.

La nueva variable REGR factor score 6 está integrada por las siguientes variables originales: CenPobCupProm, CenPobLabProm y, en menor medida, CenInfComp.

La nueva variable REGR factor score 7 for analysis 1 está integrada por las siguientes variables originales: CenDurMed, CenÍndAus y CenUtilHC.

La nueva variable REGR factor score 8 está integrada únicamente por la siguiente variable original: CenRatioActPen.

VII.3. Análisis de regresión lineal múltiple

Para la realización de estos análisis se utiliza la variable dependiente Incidencia de procesos de IT por código 300 y su transformación mediante raíz cuadrada positiva (**VDIncidencia300SQ**).

En primer lugar, se ha efectuado el análisis de regresión lineal múltiple utilizando los 8 factores obtenidos en el análisis factorial y las 4 variables cualitativas: CenLitor, Q1_Dummy_CenHabPob, Z1_Dummy_Prov y Z2_Dummy_Prov.

A continuación, se ha realizado el análisis de regresión lineal múltiple utilizando las **37 variables independientes** que se han utilizado son:

- 32 variables cuantitativas medidas en el nivel del centro de salud.
- 4 variables cualitativas medidas en el nivel del centro de salud. En dos casos, para las variables CenHabPob y IdProv se han utilizado su transformación en variables dummy, una y dos respectivamente, tal y como se describe en el apartado de metodología. En consecuencia se han utilizado 5 variables cuantitativas.

Tabla 127: Variables independientes introducidas en el modelo de regresión lineal múltiple

Variables independientes introducidas	
1	CenPobCupo
2	CenPobCupProm
3	CenPobLab
4	CenPobLabProm
5	CenNumFac
6	CenPromEdadFac
7	CenRatioActPen
8	CenAcred
9	CenDemAP
10	CenUtilHC
11	CenInfComp
12	CenM1624C
13	CenM2534C
14	CenM3544C
15	CenM4554C
16	CenM5564C
17	CenM1664C
18	CenH1624C
19	CenH2534C

Variables independientes introducidas	
20	CenH3544C
21	CenH4554C
22	CenH5564C
23	CenH1664C
24	CenT1664C
25	CenTm64
26	CenÍndAus
27	CenDurMed
28	CenDxPsic
29	CenDxNoPsic
30	CenInPsic
31	CenInNoPsic
32	CenEstPsic
33	CenEstNoPsic
34	CenLitor
35	Q1_Dummy_CenHabPob
36	Z1_Dummy_Prov
37	Z2_Dummy_Prov

Fuente: Elaboración propia

VII.3.1. Análisis de regresión lineal opción 1

Se realiza el análisis de regresión lineal múltiple (modalidad introducir) utilizando los 8 factores obtenidos en el análisis factorial (opción 1a), sin que se hayan obtenido resultados satisfactorios ($R^2_e = 0,055$)

Tabla 128: Modelo de regresión. Opción 1a

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio				Sig. Cambio en F	Durbin-Watson
				Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2		
,261	,068	,055	,2659814	,068	5,154	8	566	,000	1,961

Fuente: Elaboración propia. (Datos por centro_300_Versión14_Estudio3_575.sav)

Tabla 129: ANOVA. Opción 1a.

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	
1	Regresión	2,917	8	,365	5,154	,000 ^a
	Residual	40,042	566	,071		
	Total	42,959	574			

Fuente: Elaboración propia. (Datos por centro_300_Versión14_Estudio3_575.sav)

VII. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DE FACTORES A LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE PRESCRIPCIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CÓDIGO 300 Y MODELO EXPLICATIVO

Añadiendo las 5 variables cualitativas (opción 1b), incluidas las dummy, y por tanto con 13 variables independientes, se obtiene el siguiente resultado, que mejora notablemente el modelo ($R^2_c = 0,200$).

Los variables introducidas son, pues: FAC8_1, FAC7_1, FAC6_1, FAC5_1, FAC4_1, FAC3_1, FAC2_1, FAC1_1, CenAcred, Z2_Dummy_Prov, CenLitor, CenHabPobDummy, Z1_Dummy_Prova

Tabla 130: Modelo de regresión. Opción 1 b

R	R ²	R ² corr.	Error típ. Estimac.	Estadísticos de cambio				Sig. cambio en F	Durbin-Watson
				Cambio en R ²	Cambio en F	gl1	gl2		
,467	,218	,200	,2447	,218	12,022	13	561	,000	1,957

Fuente: Elaboración propia. (Datos por centro_300_Versión14_Estudio3_575.sav)

Tabla 131: ANOVA. Opción 1b.

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	9,360	13	,720	12,022	,000 ^a
	Residual	33,599	561	,060		
	Total	42,959	574			

Fuente: Elaboración propia. (Datos por centro_300_Versión14_Estudio3_575.sav)

VII.3.2. Análisis de regresión lineal opción 2

Para la realización de este análisis han utilizado 10 variables independientes, de acuerdo a los siguientes criterios:

- Tres variables cuantitativas: una variable con correlación significativa con la variable independiente, de cada uno de los componentes obtenidos en el análisis factorial. No se han incluido variables de los componentes 2, 4 y 8, al no estar correlacionada ninguna de ellas con la variable dependiente de forma significativa. Luego en total, se han utilizado.
- Cuatro variables cualitativas, incluyendo las variables dummy generadas (CenAcred, CenLitor, Z2_Dummy_Prov, CenHabPobDummy), comentadas anteriormente.

La tabla siguiente muestra las 8 variables introducidas por el análisis de regresión lineal múltiple, modalidad "introducir":

Tabla 132: Variables introducidas en el modelo de regresión lineal opción 2

Variables introducidas	Variables eliminadas	Método
CenM5564C, CenEstPsic, CenAcred, CenLitor, CenÍndAus, Q1_Dummy_CenHabPob, CenM1664C, Z2_Dummy_Prov ^a	.	Introducir

Fuente: Elaboración propia. (Datos por centro_300_Versión14_Estudio3_575.sav; Regresión lineal_Versión18.spv)

Las 8 variables seleccionadas en el modelo consiguen explicar un **28,4%** ($R^2=0,284$) de la variabilidad observada en la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal en 2009 por centro de salud de la Comunidad Valenciana, cuyo diagnóstico estuviese incluido en el código 300 de la lista tabular de la Clasificación Internacional de Enfermedades. En el caso que se pretendiese comparar diferentes modelos con un número de datos y/o regresores distintos se utilizaría R^2_c .

El error típico de la estimación (0,2330) mide la parte de la variable dependiente que no se explica por la regresión lineal.

El valor del Estadístico de Durbin-Watson de 1,991 y, por tanto, incluido en el intervalo entre 1,5 y 2,5, permite asumir que los residuos son independientes. Es necesario recordar que dichos residuos son las diferencias entre los valores observados y los pronosticados.

Tabla 133: Resumen del modelo

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de cambio					Durbin-Watson
				Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2	Sig. Cambio en F	
,533	,284	,274	,2330	,284	20,098	8	566	,000	1,991

Fuente: Elaboración propia. (Datos por centro_300_Versión14_Estudio3_575.sav; Regresión lineal_Versión18.spv)

Asimismo, se ha estudiado el índice de condición para garantizar la no existencia de colinealidad importante. Así pues, tal y como se observa en la tabla siguiente, en todos los casos son inferiores a 30.

Tabla 134: Autovalores e Índice de condición

Dimensión	Autovalores	Índice de condición
1	5,972	1,000
2	,973	2,477
3	,719	2,882
4	,628	3,084
5	,377	3,981
6	,218	5,236
7	,068	9,350
8	,034	13,307
9	,011	23,069

Fuente: Elaboración propia. (Datos por centro_300_Versión14_Estudio3_575.sav; Regresión lineal_Versión18.spv)

Para el cálculo del Índice de condición de Belsey- Kuh y Welsch se aplica la siguiente fórmula:

$$I_c = \sqrt{\frac{\lambda_i}{\lambda_{sup}}} = \sqrt{\frac{5.972}{0.011}} = 23,300$$

Se constata una ligera diferencia entre el valor del Índice de condición proporcionado por el programa SPSS y el obtenido mediante la aplicación de la fórmula anterior.

En el análisis ANOVA, cuyos resultados se muestran en la tabla siguiente se puede contrastar que la significación de F es inferior a 0,05 y, por tanto, que todas las variables independientes están relacionadas significativamente con la variable dependiente.

Tabla 135: ANOVA

Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1					
Regresión	12,211	8	1,526	28,098	,000
Residual	30,748	564	,054		
Total	42,959	574			

Fuente: Elaboración propia. (Datos por centro_300_Versión14_Estudio3_575.sav; Regresión lineal_Versión18.spv)

Los redondeos en las medias cuadráticas hacen que la F de Snedecor tome el valor de 28,098 en vez de 27,9977.

Si aplicamos la fórmula de cálculo de R^2 :

$$R^2 = \frac{SCR}{SCT} = \frac{12,211}{42,919} = 0.284$$

En la tabla siguiente se dispone de información de los coeficientes de regresión parcial de las variables incluidas en el modelo de regresión; esto es, la información necesaria para construir la ecuación de regresión en cada paso, incluyendo el término constante. Los coeficientes no estandarizados de regresión parcial (B) serían los factores por los que habría que multiplicar el valor de cada variable en la ecuación de regresión. Asimismo se señalan sus intervalos de confianza.

Los coeficientes de regresión parcial estandarizados (Beta) en valor absoluto informan de la importancia relativa de cada variable dentro de la ecuación.

VII. RESULTADOS DEL ESTUDIO DE ASOCIACIÓN DE FACTORES A LA VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA MÉDICA DE PRESCRIPCIÓN DE PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CÓDIGO 300 Y MODELO EXPLICATIVO

El Estadístico t y su significación por debajo de 0,05 indican que las variables contribuyen significativamente a mejorar la calidad del modelo de regresión.

Tabla 136: Coeficientes

	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t	Sig.	IC 95,0% para B	
	B	Error típ.	Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)	,920	,062		14,934	,000	,799	1,041
Z2_Dummy_Prov	,156	,021	,283	7,443	,000	,115	,197
Q1_Dummy_CenHabPob	,057	,024	,097	2,365	,018	,010	,105
CenLitor	,086	,023	,147	3,722	,000	,041	,131
CenAcred	,052	,022	,085	2,322	,021	,008	,096
CenM1664C	-,008	,002	-,168	-3,537	,000	-,012	-,003
CenÍndAus	,089	,012	,293	7,239	,000	,065	,113
CenEstPsic	-,022	,006	-,127	-3,537	,000	-,034	-,010
CenM5564C	-,017	,006	-,121	-2,725	,007	-,030	-,005

Fuente: Elaboración propia. (Datos por centro_300_Versión14_Estudio3_575.sav; Regresión lineal_Versión18.spv)

El valor del estadístico t-student obtenido en la tabla anterior no coincide exactamente con el resultado obtenido de aplicar la expresión clásica:

$$t = \frac{\beta^*}{(\beta^*)D^*}$$

El coeficiente de correlación de orden cero son aquellos que se calculan sin tener en cuenta la presencia de terceras variables.

El coeficiente de correlación parcial es el grado de relación entre dos variables tras eliminar de ambas el efecto de las otras variables.

Y el coeficiente de correlación Semiparcial el grado de relación entre la variable dependiente y la parte de cada variable independiente que no está explicada por el resto de variables independientes. Los resultados correspondientes al modelo se muestran en la tabla siguiente.

Tabla 137: Correlaciones de orden 0, parcial y semiparcial

Modelo	Correlaciones		
	Orden cero	Parcial	Semiparcial
(Constante)			
Z2_Dummy_Prov	,354	,299	,265
Q1_Dummy_CenHabPob	,143	,099	,084
CenLitor	,150	,155	,132
CenAcred	,108	,097	,083
CenM1664C	-,105	-,147	-,126
CenÍndAus	,276	,291	,257
CenEstPsic	-,097	-,147	-,126
CenM5564C	-,232	-,114	-,097

Fuente: Elaboración propia. (Datos por centro_300_Versión14_Estudio3_575.sav; Regresión lineal_Versión18.spv)

VII.4. Modelo explicativo

Modelo explicativo de la variabilidad observada en los procesos de Incapacidad Temporal cuyo diagnóstico esté incluido en el código 300 de la CIE-9-MC300 (y todo el rango de dígitos cuarto y quinto tras él).

VII.4.1. Ecuación de regresión

En el modelo obtenido en el apartado de análisis regresión múltiple, obteníamos, tal y como se observa en la tabla siguiente, los coeficientes B.

Dichos coeficientes B nos permiten construir la siguiente **ecuación de regresión:**

$$I_{300} \text{ SQ} = 0,920 + Z2_Dummy_Prov \times 0,156 + Q1_Dummy_CenHabPob \times 0,057 + CenLitor \times 0,086 + CenAcred \times 0,052 - CenM1664 \times 0,008 + CenÍndAus \times 0,089 - CenEstPsiq \times 0,022 - CenM5564C \times 0,017$$

VIII. DISCUSIÓN

VIII.1. Comentarios sobre los resultados

VIII.1.1. Del estudio descriptivo de los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal

VIII.1.1.1. De los procesos de Incapacidad Temporal en la población laboral por todos los diagnósticos

En la Comunidad Valenciana el Índice de ausencias es **3,03**, la Duración media de los procesos **65,16** y la Incidencia **16,91**. El Índice de ausencias y la Incidencia siguen una tendencia provincial decreciente de Valencia (IA=3,22; I=18,07), Alicante (IA=2,92; I=16,24) a Castellón (IA=2,48; I=13,72). La Duración media se ordena decreciente de Alicante (DM=66,14), Castellón (DM=65,61) a Valencia (DM=64,50).

Por Departamentos de Salud el menor Índice de Ausencias corresponde al Departamento 1 (IA=2,27) y el mayor al Departamento 20 (IA=3,51). En Duración Media son los departamentos 6 (DM=53,48) y 8 (DM=86,81), respectivamente. Y en Incidencia el departamento con menor valor es el 1 (I=12,01) y con mayor el 4 (I=22,60).

Entre los códigos diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, es necesario destacar que el código diagnóstico 724 (otras alteraciones de la espalda no especificadas) es la patología que presenta el mayor Índice de Ausencias (IA=0,31) e Incidencia (I=1,91) en la Comunidad Valenciana. Asimismo, estos datos se mantienen en las tres provincias. En segundo lugar, se sitúa el código diagnóstico 300 (trastornos neuróticos) tanto en Índice de Ausencias (IA=0,27) como en Incidencia (I=1,08) en la Comunidad y en las tres provincias. Dicho código supone un **6,39%** de todos los procesos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, en la población laboral.

VIII.1.1.2. De los procesos de Incapacidad Temporal en población sanitaria por todos los diagnósticos

Es necesario resaltar que para la población sanitaria se ha hecho un estudio doble: por centro de trabajo y por población de residencia. La distribución poblacional evidencia que existe un

porcentaje de población sanitaria, en torno al 3%, que trabajando en centros sanitarios de las provincias de Alicante o Castellón, residen en la provincia de Valencia.

Así pues, al comparar los resultados obtenidos asignando al profesional a la provincia y departamento en que presta sus servicios con los obtenidos asignando a este mismo profesional a la provincia, departamento y centro de salud que le corresponden por razón de residencia, se obtienen resultados muy similares.

El Índice de ausencias en la provincia de Valencia por centro de trabajo (IA=7,16) es mayor que por residencia (IA=7,02). En Alicante, por centro de trabajo (IA=6,66) es menor que por residencia (IA=6,72). Y en Castellón por centro de trabajo (IA=4,77) es menor (IA=4,94). Resultados similares se obtienen al considerar los indicadores de Incidencia y Duración Media. Ello es debido que las provincias de Alicante y Castellón disponen de más profesionales trabajando en sus centros sanitarios que residiendo en sus poblaciones.

De estos dos enfoques, por centro de trabajo y por residencia, se ha escogido para comentar los resultados el primero de ellos. Dicha elección se justifica en ser éste el método habitual de estudio de los procesos de Incapacidad Temporal en este tipo específico de población (profesionales sanitarios).

En la Comunidad Valenciana el Índice de ausencias es **6,70**, la Duración media de los procesos **49,47** y la Incidencia **50,06**. Considerando el centro de trabajo de los profesionales, el Índice de ausencias sigue una tendencia provincial decreciente de Valencia (IA=7,16), Alicante (IA=6,66) a Castellón (IA=4,77). La Duración media se ordena decreciente de Castellón (DM=54,69), Valencia (DM=51,08) a Alicante (DM=45,85). Y la Incidencia de Alicante (I=53,89), Valencia (I=51,84) a Castellón (I=31,13).

Comparando estos datos con el conjunto de la población laboral evidenciamos que el Índice de Ausencias en población sanitaria es un 121,12% mayor que en población laboral; y la Incidencia es un 196,04% mayor. En cambio, la Duración media es un 24,08% menor. Esto es, el Índice de ausencias es **2,21 veces mayor** en población sanitaria que en población laboral general; y la Incidencia es **2,96 veces mayor**.

Por Departamentos de Salud el menor Índice de Ausencias corresponde al Departamento 1 (IA=3,90) y el mayor al Departamento 22 (IA=8,07). En Duración Media son los

departamentos 1 (DM=14,66) y 22 (DM=30,25), respectivamente. Y en Incidencia el departamento con menor valor es el 1 (I=25,84) y con mayor el 19 (IA=63,97).

Entre los códigos diagnósticos seleccionados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, es necesario destacar que el código diagnóstico 724 (otras alteraciones de la espalda no especificadas) es la patología que presenta la mayor Incidencia (I=4,67) en la Comunidad Valenciana. Asimismo, estos datos se mantienen en las tres provincias. En segundo lugar, se sitúa el código diagnóstico 300 (trastornos neuróticos) con una Incidencia inferior (I=2,38) en la Comunidad y en las tres provincias. Dicho código supone un **4,75%** de todos los procesos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, en la población sanitaria, porcentaje sensiblemente menor que en la población laboral (6,39%).

VIII.1.1.3. De los procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en población laboral

En la Comunidad Valenciana, para el código diagnóstico 300, el Índice de ausencias es de **0,27**, la Duración media de los procesos de **119,02** y la Incidencia de **1,08**. El Índice de ausencias y la Incidencia siguen una tendencia provincial decreciente de Valencia (IA=0,31; I=1,25), Alicante (IA=0,23; I=0,94) a Castellón (IA=0,18; I=0,74). La Duración Media es, de mayor a menor, en Valencia (DM=120,82), Castellón (DM=116,94) y Alicante (DM=115,99).

El índice de ausencia de los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 fue de 0,27, por cada 100 habitantes, esto es un **8,87%** del índice de ausencia por procesos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos (3,03).

La Incidencia acumulada cruda de procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 fue de 1,08 por cada 100 habitantes en ese año, un **6,39%** de la Incidencia acumulada de Incapacidad Temporal de todos los diagnósticos (16,9082).

La duración media de los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 finalizados fue de 119,02 días, un **82,66% mayor** que la duración media de todos los procesos (65,16).

Por Departamentos de Salud, para el código diagnóstico 300, el menor Índice de Ausencias corresponde a los Departamentos 2

(IA=0,16) y 21 (IA=0,16) y el mayor al Departamento 6 (IA=0,36). En Duración Media son los departamentos 19 (DM=100,52) y 3 (DM=135,87), respectivamente. Y en Incidencia el departamento con menor valor es el 13 (I=0,61) y con mayor el 5 (I=1,41) y 6 (I=1,41).

Por subgrupos diagnósticos en el código 300 cabe reseñar que los subgrupos 300 (Trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos), 300.0 (Trastornos de ansiedad) y 300.00 (Estado de ansiedad, no especificado) suponen un 70,62% del Índice de Ausencias global y un 77,23% de Incidencia global. Si añadimos el subgrupo 300.4 (Trastorno distímico) se alcanzan porcentajes del 95,37% y del 96,18% respectivamente.

Si conocemos la Duración Media de los procesos de Incapacidad Temporal por código 300 (DM=119,02) resulta obvio que al compararla con el "Tiempo estándar de duración" que se prevé en el Manual del Instituto Nacional de la Seguridad Social que establece una duración máxima para cualquier código incluido en el código 300 de 60 días, se concluye que la duración media por código 300 en la Comunidad Valenciana es, como mínimo, 2 veces la recomendada por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. A mayor abundamiento, cabe señalar que la suma de los subcódigos 300.0, 300.00 y 300.4 suponen el 96,18% de la Incidencia global del código 300, y que los tiempos estándar del INSS para esos subcódigos son respectivamente: 20, 20 y 45 días; lo que nos conduciría a concluir que la duración media sería casi tres veces superior a la recomendada por el INSS.

VIII.1.1.4. De los procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en población sanitaria.

En la Comunidad Valenciana el Índice de ausencias es de **0,54**, la Duración media de los procesos de **83,76** y la Incidencia de **2,34**. El Índice de ausencias y la Duración media siguen una tendencia provincial decreciente de Valencia (IA=0,59; DM=89,96), Alicante (IA=0,52; DM=77,77) y Castellón (IA=0,34; DM=66,10). La Incidencia se ordena decreciente de Alicante (I=2,43), Valencia (I=2,41) a Castellón (I=1,78).

Comparando estos datos con el conjunto de la población laboral evidenciamos que el Índice de Ausencias en población sanitaria es un 100% mayor que en población laboral; y la Incidencia es un 116,67% mayor. En cambio, la Duración media es un 29,63% menor. Esto es, el Índice de ausencias es 2 veces superior en población

sanitaria que en población laboral; y la Incidencia es 2,17 veces superior.

Por Departamentos de Salud el menor Índice de Ausencias corresponde al Departamento 1 (IA=0,22) y el mayor al Departamento 23 (IA=0,94). En Duración Media son los departamentos 1 (DM=47,42) y 23 (DM=142,92), respectivamente. Y en Incidencia el departamento con menor valor es el 8 (I=1,29) y con mayor el 11 (I=3,45). Estos datos no coinciden con los obtenidos para la población laboral.

Por subgrupos diagnósticos en el código 300 cabe reseñar que los subgrupos 300, 300.0 y 300.00 suponen un 70,37% del Índice de Ausencias global y un 79,06% de Incidencia global. Si añadimos el subgrupo 300.4 se alcanzan porcentajes del 98,15% y del 97,86% respectivamente.

Al comparar los resultados obtenidos asignando al profesional a la provincia y departamento en que presta sus servicios con los obtenidos asignando a este mismo profesional a la provincia, departamento y centro de salud que le corresponden por razón de residencia, se obtienen resultados muy similares.

El Índice de ausencias en la provincia de Valencia por centro de trabajo (IA=0,59) es mayor que por residencia (IA=0,58). En Alicante, por centro de trabajo (IA=0,52) es menor que por residencia (IA=0,54). Y en Castellón por centro de trabajo (IA=0,34) es mayor (IA=0,33). Resultados similares se obtienen al considerar los indicadores de Incidencia y Duración Media, salvo la provincia de Castellón para este último indicador.

Si conocemos la Duración Media de los procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en la población sanitaria (DM=83,76) resulta obvio que al compararla con el "Tiempo estándar de duración" que se prevé en el Manual del Instituto Nacional de la Seguridad Social resulta, al igual que sucedía para el conjunto de la población laboral, elevada. Máxime si tenemos en cuenta que la suma de los subcódigos 300.0, 300.00 y 300.4 suponen el 97,86% de la Incidencia global del código 300, y que los tiempos estándar del INSS para esos subcódigos son respectivamente: 20, 20 y 45 días. En consecuencia, podríamos concluir que la duración media es casi dos veces superior al tiempo estándar de duración recomendado.

VIII.1.2. Del estudio de la variabilidad en la práctica médica de prescripción de procesos de Incapacidad Temporal por código 300

VIII.1.2.1. Estudio preliminar del análisis de la variabilidad

Durante el año 2009, en la Comunidad Valenciana, los procesos por código diagnóstico 300 supusieron un 6,39% de todos los procesos de Incapacidad Temporal (405.053).

El número de procesos de Incapacidad Temporal por código 300, con al menos un día de incapacidad durante 2009 fue de 26.069 procesos. De ellos, se iniciaron en 2009, 25.859 procesos. De otra parte, se finalizaron durante 2009, 20.194 procesos, por lo que se incrementó la prevalencia.

Desde la perspectiva de género, los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 son más frecuentes, de forma significativa, en mujeres (61,71%) que en hombres (38,29%) (Sig. T <0,001)

Desde la perspectiva de edad, los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 son más frecuentes en el grupo de edad de 35 a 44 años (29,25% de procesos de IT en este grupo frente a 25,33% que este grupo representa en el total poblacional) y menos frecuentes en el grupo de edad de 16 a 24 años (6,33% de procesos de IT frente a 14,94% que este grupo representa de la población total. Existen diferencias significativas entre el grupo de edad de 16 a 24 años y el resto de grupos (Sig. T <0,001).

Aunando las perspectivas de edad y género Los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 son más frecuentes en el grupo de género y edad de mujeres de 35 a 44 años (17,70% de procesos de IT en este grupo frente a 12,22% que este grupo representa en el total poblacional) y menos frecuentes en el grupo de género y edad de hombres de 16 a 24 años (1,91% de procesos de IT frente a 7,55% que este grupo representa de la población total.

Los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 son más frecuentes, de forma significativa, en el grupo de nacionalidad española (94,43% de procesos de IT en este grupo frente a 85,63% que este grupo representa en el total

poblacional) que en el de de otras nacionalidades ((5,57% frente a 14,37%). (Sig. T <0,001)

Los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 son más frecuentes, de forma significativa, en el grupo de población sanitaria (6,41% de procesos de IT en este grupo frente a 2,38% que este grupo representa en el total poblacional) que en el resto de la población laboral (91,74% frente a 97,62%). (Sig. T <0,001)

De acuerdo a la perspectiva de tipo de población, los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 son más frecuentes en el grupo de residentes en poblaciones mayores de 20.000 habitantes (66,63% de procesos de IT en este grupo frente a 43,23% que este grupo representa en el total poblacional) y menos frecuentes en el grupo de residentes en las poblaciones entre 5.000 y 20.000 habitantes (21,99% de procesos de IT frente a 40,75% que este grupo representa de la población total. No se objetivan diferencias significativas entre los grupos poblacionales, aunque algunas comparaciones están cercanas al límite de significación.

El perfil del facultativo prescriptor de este tipo de procesos de Incapacidad Temporal es de 51 años de edad. La prescripción de dichos procesos fue efectuada por 2.551 facultativos (91,80% de los 2.779 facultativos de atención primaria).

VIII.1.2.2. Análisis de la variabilidad en la prescripción de IT por código 300

VIII.1.2.2.1. Análisis de la variabilidad entre centros de salud

La distribución de las tasas estandarizadas, por edad y sexo, de la Incidencia mostraron un mínimo de 0 y un máximo de 10,214. Los percentiles que se obtuvieron son 0,01 (P₅), 0,280 (P₂₅), 0,796 (P₅₀), 1,233 (P₇₅) y 1,951 (P₉₅).

La razón de variación (razón entre valor máximo y mínimo) entre las tasas estandarizadas de Incidencia acumulada por código diagnóstico 300 en los centros de salud de la Comunidad Valenciana incluidas entres los percentiles 5 y 95 obtuvo un valor muy alto (**195,05**). Si consideramos los valores en los percentiles 25 y 75, la razón de variación desciende hasta

4,400; que nos da una idea de la variabilidad en el 50% central de las tasas de Incidencia acumulada.

El coeficiente de variación entre los percentiles 5 y 95 obtenido fue de **0,450**. El coeficiente de variación ponderado (para evitar el efecto debido a centros de salud con diferentes poblaciones), incluyendo solamente los casos entre los percentiles 5 y 95, obtenido fue de **0,323**.

El componente sistemático de la variación dio un valor de **0,056** lo que supone (por comparación con el valor referencia de la cirugía de cadera, de 0,04, considerada como un proceso de baja variabilidad) una **variabilidad moderada** para la Incidencia por código diagnóstico 300.

El Coefficiente de Gini entre los percentiles 5 y 95 es de **0,184** lo que supone una variabilidad de un **18,4%** aproximadamente. La curva de Lorenz representa gráficamente esta variabilidad.

El valor de CSV₅₋₉₅ de 0,056 y el resto de los valores obtenidos para los estadísticos de variabilidad antes mencionados, sitúan la prescripción de procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 como **procesos de moderada variabilidad**, de acuerdo a los criterios explicitados por varios autores, entre ellos Ruiz Jareño (2009)²³⁸, al definir la fractura de cadera como un proceso de baja variabilidad, situando su CSV₅₋₉₅ en 0,04, su RV₅₋₉₅ en 2,39, su RV₂₅₋₇₅ en 1,49, su CV₅₋₉₅ en 0,22 y su CVW₅₋₉₅ en 0,22.

Este criterio es coincidente con el utilizado por otros estudios (Sanfeliu, 2009) en el que para valores de coeficiente de variación entre 0,2 y 0,4 estima el proceso clínico estudiado como de moderada variabilidad.

El número de centros de salud con Razón de Incidencia estandarizada por código 300 inferior o superior en más de un 50% a la Incidencia media fue de un **25,30%**.

En consecuencia, la variabilidad evidenciada de la Incidencia de prescripción de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en los centros de salud de la Comunidad Valenciana, puede ser calificada como de moderada variabilidad.

²³⁸ Ruiz Jareño L. Variaciones geográficas en la cirugía de la patología degenerativa de raquis en el Sistema Nacional de Salud [tesis doctoral]. Tesis doctorales en red (<http://www.tdr.cesca.es>). Universidad de Valencia; 2009.

VIII.1.2.2.2. Análisis de la variabilidad entre centros y departamentos de salud

Se procede al análisis de la variabilidad entre centros de salud explicada por el factor departamento de salud. Según los resultados, la variabilidad entre los departamentos representa el **22,16%** de la variabilidad total. Este es el denominado coeficiente de correlación intraclase (CCI), y representa el grado de variabilidad existente entre los distintos departamentos en comparación con la variabilidad existente entre los centros de salud de un mismo departamento. En consecuencia, también representa el grado de relación o similitud entre los centros de salud de un mismo departamento de salud.

VIII.1.2.2.3. Análisis de la variabilidad entre departamentos de salud

Se ha demostrado que existe una variabilidad estadísticamente significativa entre la Incidencia por código 300 en los departamentos de salud (Estadístico de Welch, sig. < 0,001).

Se ha obtenido un gráfico de medias LSD que muestra entre qué departamentos existen diferencias significativas en cuanto a la media e intervalo de confianza de la Incidencia por código 300.

Se han estudiado 12 variables medidas en el nivel de departamento de salud, obteniéndose que después de controlar los efectos de dichas variables, los departamentos siguen diferenciándose significativamente entre sí.

Y además, se ha verificado que, después de controlar el efecto debido a las 12 covariables, el **12,67%** de la varianza de la variable dependiente (Incidencia acumulada estandarizada 300) todavía es atribuible al factor departamento de salud.

De otra parte, se ha verificado que el **51,92%** de las diferencias observadas entre los departamentos son diferencias atribuibles a las 12 covariables precitadas.

VIII.1.2.2.4. Análisis de la variabilidad entre centros de salud por otros factores

Si analizamos el factor provincia mediante el análisis de componentes de la varianza, obtenemos que el factor provincia explica el 20,21% de la variabilidad total.

En nuestro estudio, el factor departamento de salud está anidado en el factor provincia. Al considerar ambos factores simultáneamente, provincia y departamento de salud, observamos que el factor provincia explica el 19,03% de la variabilidad y el factor departamento de salud (anidado en provincia) explica el 7,97% de la variabilidad.

No se ha evidenciado variabilidad importante debida a otros factores considerados, como son la litoralidad, la acreditación para la docencia del centro de salud y el tamaño de la población en que radica el centro de salud. No obstante, los gráficos de medias LSD muestran que existen diferencias significativas entre los centros de salud del litoral y los del interior; y entre los que están acreditados para la formación médica especializada posgraduada. En el caso del factor tamaño poblacional el gráfico de medias LSD muestra que existen diferencias casi significativas entre los centros del grupo de población 5 (más de 20.000 habitantes) y los grupos 1 (menos de 1.000 habitantes) y 2 (entre 1.000 y 2.000 habitantes).

VIII.1.3. Del estudio de la asociación de factores a la variabilidad de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 y modelo explicativo

VIII.1.3.1. Del análisis de correlación

Al realizar el análisis de correlación entre la variable dependiente (Incidencia por código 300) y las 32 variables independientes, han resultado ser significativas las relaciones con 14 variables.

La mayor correlación ($r=0,380$) (positiva en este caso) se ha obtenido entre la VD (Incidencia) y el Índice de Ausencias por todos los diagnósticos. La otra correlación positiva se ha obtenido con el promedio de población laboral del centro de salud ($r=0,104$).

Las correlaciones negativas, de mayor a menor, han sido: Población total mayor de 64 años ($r=-0,217$), Población de hombres de 55 a 64 ($r=-0,215$), Población de mujeres de 55 a 64 ($r=-0,200$), Población de hombres de 16 a 24 ($r=-0,172$), Población de mujeres de 16 a 24 ($r=-0,154$), Población de mujeres de 16 a 24 años ($r=-0,145$), Duración media de los procesos por

todos los diagnósticos ($r=-0,142$), Población total de 16 a 64 años ($-0,139$), Promedio de edad de facultativos del centro de salud ($-0,109$), Población mujer de 16 a 64 años ($r=-0,108$), Población mujer de 55 a 44 años ($r=-0,090$) e Ingresos hospitalarios por causa psiquiátrica ($r=-0,088$).

VIII.1.3.2. Del análisis factorial

Las Comunalidades del análisis factorial muestran para cada variable la proporción de la varianza de la variable que puede ser explicada por el modelo factorial obtenido. Así pues, es útil resaltar las variables mejor explicadas por el modelo factorial:

CenPobCupo (0,953), CenPobCupProm (0,820), CenPobLab (0,952), CenPobLabProm (0,864), CenNumFac (0,937), CenRatioActPen (0,908), CenM5564C (0,878), CenM1664C (0,954), CenH5564C (0,871), CenH1664C (0,945), CenT1664C (0,996), CenDxPsiq (0,948), CenDxNoPsiq (0,961), CenInPsiq (0,941), CenInNoPsiq (0,946), CenEstPsiq (0,840), CenEstNoPsiq (0,878).

Mediante el análisis de la varianza total explicada, los autovalores iniciales obtenidos de cada variable reflejan el porcentaje de la varianza que explica cada una de las variables, constatándose que utilizando los 32 componentes (variables) logramos explicar el 100% de la varianza.

No obstante, hay que recordar que el objetivo del análisis factorial era reducir el número de dimensiones necesarias para explicar los datos. Por ello, con ocho factores, tal y como se observa en la tabla, logramos explicar el 79,552% de la variabilidad contenida en los datos.

Se ha utilizado la matriz de componentes rotados mediante el método varimax. En cada uno de los componentes (y se llaman así porque hemos utilizado el análisis factorial de componentes principales) se agrupan las 32 variables.

La Matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones de los componentes permite, para cada uno de los componentes (factores) combinar cada variable con su correspondiente coeficiente para construir la ecuación lineal en la que se basa el cálculo de las puntuaciones factoriales.

Las puntuaciones factoriales de un centro de salud para cada componente se obtienen sustituyendo cada variable por sus respectivos valores.

Estos componentes y las puntuaciones factoriales permiten clasificar los centros de salud de acuerdo a diversos criterios (componentes).

Estas puntuaciones factoriales dan origen a nuevas variables que introducimos en nuestro estudio con la denominación de REGR factor score 1, etc.

La nueva variable REGR factor score 1, por las variables originales que integra, podríamos denominarla como Factor población activa del centro de salud.

La nueva variable REGR factor score 2 podríamos denominarla como Factor tamaño del centro de salud.

La nueva variable REGR factor score 3 podría denominarse Factor Envejecimiento del centro de salud.

La nueva variable REGR factor score 4 se denominaría Factor consumo recursos especializados no psiquiátricos del centro de salud.

La nueva variable REGR factor score 5 Factor consumo recursos especializados no psiquiátricos del centro de salud.

La nueva variable REGR factor score 6 podría denominarse Factor presión poblacional del centro de salud.

La nueva variable REGR factor score 7 se denominaría Factor de mayor Incapacidad Temporal del centro de salud.

La nueva variable REGR factor score 8 podría denominarse Factor proporción de activos del centro de salud.

VIII.1.3.3. Del análisis de regresión

Se ha realizado el análisis sobre la transformación mediante raíz cuadrada positiva de la Incidencia de procesos de IT por código 300 (**VDIncidencia300SQ**), para garantizar la normalidad de la distribución de la variable dependiente.

Se han utilizado las 45 variables independientes medidas en el nivel de centro de salud, incluidos los 8 factores obtenidos en el análisis factorial.

Como primera opción, se realiza el análisis de regresión lineal múltiple (modalidad introducir) utilizando los 8 factores obtenidos en el análisis factorial, sin que se hayan obtenido resultados satisfactorios ($R^2 = 0,055$)

Añadiendo las 5 variables cualitativas (incluidas las dummy), y por tanto con 13 variables independientes, se obtiene el siguiente resultado, que mejora notablemente el modelo ($R^2 = 0,200$).

Como segunda opción se han utilizado 8 variables para el análisis de regresión lineal múltiple, modalidad "introducir".

Las 8 variables seleccionadas en el modelo consiguen explicar un **28,4%** ($R^2=0,284$) de la variabilidad. El error típico de la estimación es de 0,2330. El valor del Estadístico de Durbin-Watson permite asumir que los residuos son independientes.

Asimismo, se ha estudiado el índice de condición para garantizar la no existencia de colinealidad importante.

En el análisis ANOVA se puede contrastar que la significación de F es inferior a 0,05 y, por tanto, que todas las variables independientes están relacionadas significativamente con la variable dependiente.

El Estadístico t y su significación por debajo de 0,05 indican que las variables contribuyen significativamente a mejorar la calidad del modelo de regresión.

El modelo explicativo se materializa a través de la ecuación de regresión. Los coeficientes de las variables son el valor obtenido para el coeficiente no estandarizado B.

Dichos coeficientes B nos permiten construir la siguiente **ecuación de regresión:**

$$I_{300} \text{ SQ} = 0,920 + Z2_Dummy_Prov \times 0,156 + Q1_Dummy_CenHabPob \times 0,057 + CenLitor \times 0,086 + CenAcres \times 0,052 - CenM1664 \times 0,008 + CenÍndAus \times 0,089 - CenEstPsic \times 0,022 - CenM5564C \times 0,017$$

Se pueden efectuar las siguientes consideraciones:

- La variable Z2_Dummy_Prov (centro de salud ubicado en la provincia de Valencia) influye positivamente en la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.
- La variable Q1_Dummy_CenHabPob (poblaciones mayores de 2.000 habitantes) influye positivamente en la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.
- La variable CenLitor (centro de salud ubicado en el litoral) influye positivamente en la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.
- La variable CenAcred (centro de salud acreditado para la docencia sanitaria posgraduada) influye positivamente en la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.
- La variable CenM1664 (proporción de mujeres de 16 a 64 años referido al total de población) influye negativamente en la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.
- La variable CenIndAus (Índice de ausencias por todos los diagnósticos en el centro de salud) influye positivamente en la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.
- La variable CenEstPsiq (estancias por causa psiquiátrica en pacientes en situación de IT por código 300 en el centro de salud) influye negativamente en la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.
- La variable CenM5564C (Proporción respecto al cupo de mujeres entre 55 y 64 años) influye negativamente en la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.

Además, caben las siguientes interpretaciones:

- La raíz cuadrada positiva de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 es 0,156 veces mayor en Valencia que en Castellón.

- La raíz cuadrada positiva de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 es 0,086 veces mayor en centros de salud del litoral respecto a los del interior.
- La raíz cuadrada positiva de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 es 0,052 veces mayor en centros de salud acreditados para la docencia sanitaria especializada posgraduada respecto a los no acreditados.
- A un aumento de una unidad de la variable independiente CenIndAus (si el resto de valores se mantienen constantes), le corresponde, en promedio, un aumento de 0,089 de la raíz cuadrada positiva de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.
- A un aumento de una unidad de la variable independiente CenEstPsig (si el resto de valores se mantienen constantes), le corresponde, en promedio, un descenso de 0,022 de la raíz cuadrada positiva de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.
- A un aumento de una unidad de la variable independiente CenM5564C (si el resto de valores se mantienen constantes), le corresponde, en promedio, un descenso de 0,017 de la raíz cuadrada positiva de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300.

VIII.2. Limitaciones

La primera limitación que merece la pena reseñar es la falta de desagregación de la mayoría de variables medidas en el nivel 2 (departamento de salud) hacia el nivel 1 (centro de salud). Así, pues, no se ha dispuesto de información referida al nivel 1 de las siguientes variables: indicador de demora en la atención primaria en el departamento de salud, indicador de demora en la atención especializada en el departamento de salud, indicador de información compartida entre atención primaria y especializada, indicador de utilización de las consultas de atención primaria en el departamento de salud, indicador del absentismo en el departamento de salud, indicador de utilización de la historia clínica en el departamento de salud, indicador de gasto por habitante y año en el departamento de salud, indicador social de

dependencia medido en el departamento de salud, indicador social de longevidad medido en el departamento de salud, indicador social de maternidad medido en el departamento de salud, indicador social de tendencia medido en el departamento de salud, indicador social de renovación de la población activa medido en el departamento de salud.

En segundo lugar, el sistema de información ambulatoria (SIA) de ABUCASIS ha permitido la extracción de todos los procesos de Incapacidad Temporal por código 300 correspondientes al año 2009, pero no ha sido posible la extracción de todos los pacientes con ese mismo diagnóstico, estuviesen o no en situación de Incapacidad Temporal. Ello ha condicionado que no pudiesen obtenerse medidas de prevalencia e Incidencia de Incapacidad, tanto por código 300 como por todos los códigos diagnósticos, para todos los pacientes con diagnóstico previo por código 300.

Como consecuencia de lo anterior, no han podido compararse, mediante el sistema de información CMBD, las diferencias entre pacientes diagnosticados por código 300 con proceso de Incapacidad Temporal respecto de los que no se encontraban en esa situación.

Los indicadores facilitados por el sistema de información de los Acuerdos de Gestión de la Agencia Valenciana de Salud 2009, no han permitido la desagregación por centros de salud de los siguientes indicadores: demora en primeras consultas en atención especializada, tasa de uso de consulta en atención primaria (tasa estandarizada de utilización poblacional de las consultas de atención primaria), gasto total por persona estandarizado e índice de absentismo por Incapacidad Temporal no profesional en personal sanitario.

Otra de las limitaciones que es preciso reseñar es la ausencia de información de procesos de Incapacidad Temporal de pacientes incluidos en los mutualismos administrativos (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) cuyos partes de baja, confirmación y alta no se extienden en los modelos oficiales del Sistema Nacional de Salud sino en los modelos que suministran estas mismas entidades. Por tanto, esta información no ha podido ser procesada. No obstante, se entiende que esta falta de información no es relevante por el pequeño porcentaje (2,73%) que supone este colectivo respecto de la población laboral.

VIII.3. Comparación con otros estudios

En relación con los hallazgos relativos a la observación de que el mayor número de procesos de Incapacidad Temporal derivan de enfermedades osteoarticulares y mentales existe concordancia con otros estudios anteriores (Aurrekoetxea, 2007), (Castejón, 2008).

En especial, la elevada frecuencia de procesos de incapacidad laboral por enfermedades mentales en el conjunto de los procesos constatada confirma los hallazgos de varios estudios: (Ayuso, 2004), (Sánchez Uriz, 2006), (Ayuso, 2000), (García Ullán, 2007), (Rodríguez Ortiz, 2005).

En referencia a la importancia del código 300 en el conjunto de los procesos de Incapacidad Temporal por enfermedades mentales, los hallazgos obtenidos concuerdan con otros estudios: (Ayuso, 1997), (García Parajuá, 2007), (Bulbena, 2003).

En relación con la mayor Incidencia e Índice de Ausencias de procesos de incapacidad temporal, para todos los diagnósticos en general y para el código 300 en particular en la población sanitaria respecto de la población laboral cabe mencionar la concordancia de resultados con otros estudios (De Dios del Valle, 2007)

Varios autores señalan la edad y el sexo como factores que tienen una influencia significativa tanto en la prevalencia como en la duración de baja por enfermedad. Así pues concluyen que la mujer presenta un mayor nivel de absentismo o Incidencia de Incapacidad temporal que el hombre (Flach, 2008) (Llergo, 2005) (González Barcalá, 2006) (García Diaz, 2006) (Alba, 2009). Estos datos son concordantes con los obtenidos en nuestro estudio, en el que se constata que los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 son más frecuentes en mujeres (60,96%) que en hombres (39,04%).

VIII.4. Implicaciones y estrategias

Los resultados de estos estudios demuestran una moderada variabilidad en la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300, en los centros de salud de la Comunidad Valenciana, una vez realizadas las estandarizaciones oportunas. En consecuencia, es diferente la probabilidad de un paciente de serle prescrito un proceso de Incapacidad Temporal por código 300 en virtud del centro de salud dónde es atendido.

El factor departamento de salud ha demostrado ser capaz de explicar un 22,16% de la variabilidad entre centros de salud. Luego, el departamento de salud al que está adscrito al paciente condiciona una diferente probabilidad de serle prescrito un proceso de Incapacidad por código 300.

Resulta obvio que deben mejorarse los procedimientos de prescripción de los procesos de Incapacidad Temporal en salud mental y, en especial, los derivados de la codificación 300.

Una adecuada formación de los profesionales en materia de salud mental y la utilización de las oportunas guías de práctica clínica, seguramente redundarían en una mejora evidente del proceso clínico de prescripción, al tiempo que disminuirían la variabilidad observada. Esta recomendación se encuentra en concordancia con las formuladas por otros estudios: (Saiz, 2003), (Mingote, 2009), (Echeburua, 2000), (Nystuen, 2001), (Lobo, 2002), (Aymerich, 2004), (Berenguer, 2005), (Ojeda-Pérez, 2006), (Turavian, 2006), (Del Llano, 2008), (Aizpuru, 2010), (Peiró, 2004).

Comentario aparte merecen las diferencias encontradas en los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal en población laboral y en su subgrupo población sanitaria, tanto para el conjunto de diagnósticos en general (cifras de repercusión en días perdidos, medidas a través del Índice de ausencias, un 121% más elevadas) como para el diagnóstico por código 300 en particular (cifras un 100% más elevadas). Resulta, por tanto, necesario, un abordaje particular de las situaciones de Incapacidad Temporal en el personal sanitario, tendentes a hacer converger estos indicadores de gestión a los de la población laboral general.

VIII.5. Futuras líneas de investigación y proyectos de investigación colaterales

Tras la realización de esta tesis y los resultados obtenidos, se proponen las siguientes líneas de investigación:

1. Estudio de la incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en pacientes previamente diagnosticados en este epígrafe de la CIE.

Esto es, un enfoque diferente al de la presente tesis. Se trataría de seleccionar la población de pacientes diagnosticados de una patología mental (código 300) y analizar cuántos de ellos precisaron la prescripción de procesos de Incapacidad Temporal durante el periodo de estudio (un año) y qué duración tuvieron dichos procesos. Este estudio podría realizarse una vez superada la limitación citada en el apartado correspondiente referida a la imposibilidad de extracción desde ABUCASIS de todos los pacientes con ese mismo diagnóstico, estuviesen o no en situación de Incapacidad Temporal.

Este estudio permitiría las comparaciones utilizando la información contenida en CMBD de dos grupos de pacientes diagnosticados previamente por código 300: pacientes en situación de Incapacidad Temporal y pacientes que no precisaron dicha prescripción. Podrían analizarse los factores que diferencian un grupo de otro.

2. Estudio del consumo de fármacos psicotrópicos en relación a los procesos de Incapacidad Temporal en pacientes diagnosticados por código 300 de la CIE. Resultaría de enorme interés analizar el consumo de fármacos en pacientes diagnosticados de código 300, según se encontrasen o no en situación de Incapacidad Temporal.
3. Estudio de la Incidencia y prevalencia de procesos de Incapacidad Temporal por todas las patologías en general y por código 300 en particular en el colectivo de pacientes incluidos en los mutualismos administrativos (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) cuyos partes de baja, confirmación y alta no se extienden en los modelos oficiales del Sistema

Nacional de Salud sino en los modelos que suministran estas mismas entidades.

Para ello, resultaría necesario el desarrollo previo de un sistema de información que permita el análisis de la información generada por los procesos de Incapacidad Temporal en estos colectivos.

4. Estudio de las características del proceso de prescripción de Incapacidad Temporal relacionadas con la duración. Esto es, analizar la variabilidad de la duración media de los procesos de Incapacidad Temporal.
5. Estudio de la variabilidad de la prescripción de procesos de Incapacidad Temporal por grupos diagnósticos de la CIE. Ello significaría extender el modelo de análisis de la variabilidad en la prescripción de procesos de Incapacidad Temporal a otros grupos diagnósticos, lo que permitiría, además de un mayor conocimiento de dichos procesos, un análisis comparativo de las variabilidades observadas.
6. Estudio de la efectividad de la implantación de guías clínicas de prescripción de procesos de incapacidad temporal por código 300. En este estudio se implementaría el uso de este tipo de guías clínicas y posteriormente se reevaluaría la variabilidad de la prescripción. Una disminución de la variabilidad indicaría una mejora evidente del proceso de prescripción en este grupo de patologías.
7. Estudio causal que complementase el estudio econométrico de regresión realizado. Evidentemente, la realización de este tipo de estudios complementaría y mejoraría los resultados obtenidos.
8. Estudio de correspondencias múltiples que permitiría el mapeo de centros de salud dependiendo de las variables del estudio.
9. Estudios de variabilidad en diferentes colectivos de pacientes, tales como personal sanitario (que presta servicio en Instituciones Sanitarias), o personal funcionario (que presta servicios en Entidades y

Organismos de carácter administrativo), o docente (universitario o preuniversitario). El estudio de estos colectivos, de presumibles características diferenciales para el grupo de patologías incluidas en el código 300, permitiría diversos abordajes de gestión de la Incapacidad Temporal específicos.

IX. CONCLUSIONES

1. En un estudio preliminar se constató que las enfermedades mentales suponen más de un 7,50% de los procesos de Incapacidad Temporal por todas las patologías, al tiempo que ocasionan más del 14% de los días de incapacidad, tanto en población laboral como en el personal sanitario.
2. El código diagnóstico 300 (Trastornos de ansiedad, disociativos y somatomorfos) representa un 63,68% de los procesos de Incapacidad Temporal por enfermedades mentales.
3. En la Comunidad Valenciana, los indicadores de gestión sanitaria en la población laboral, para los procesos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos, muestran un Índice de ausencias es de 3,03, una Duración media de los procesos de 65,16 y una Incidencia de 16,91.
4. El código diagnóstico 300 representa un 6,39% de los procesos de Incapacidad Temporal por todos los códigos diagnósticos, en la población laboral.
5. Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal en población sanitaria para los procesos de Incapacidad Temporal por todos los diagnósticos muestran un Índice de Ausencias 2,21 veces mayor al de la población laboral; y una Incidencia 2,96 veces mayor. En cambio, la duración media es menor.
6. En la Comunidad Valenciana, el Índice de ausencias por código diagnóstico 300 en la población laboral es de 0,27, la Duración media de los procesos de 119,02 y la Incidencia de 1,08, siendo casi despreciable la contribución de subcódigos distintos a 300, 300.0, 300.00 y 300.4.
7. La duración media de los procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en la población laboral de la Comunidad Valenciana es, como mínimo, 2 veces superior al tiempo estándar de duración recomendado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

8. Los indicadores de gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal en población sanitaria para los procesos de Incapacidad Temporal por código 300 muestran un Índice de Ausencias 2 veces mayor al de la población laboral; y una Incidencia 2,17 veces mayor. En cambio, la duración media es menor.
9. El código diagnóstico 300 representa un 4,75% de los procesos de Incapacidad Temporal por todos los códigos diagnósticos, en la población sanitaria, cifra sensiblemente inferior a la obtenida para la población laboral (6,39%).
10. La duración media de los procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en la población sanitaria de la Comunidad Valenciana es casi 2 veces superior al tiempo estándar de duración recomendado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.
11. El año 2009 ha supuesto un ejercicio en el que ha aumentado la prevalencia de procesos de Incapacidad Temporal al haberse iniciado más procesos (25.859) que los que han finalizado (20.194). Por cada cuatro procesos que se iniciaron se finalizaron solamente tres (78,09%).
12. Los procesos de Incapacidad Temporal por código diagnóstico 300 son significativamente más frecuentes en mujeres (61,71%); más frecuentes en el grupo de edad de 35 a 44 años (29,25%); más frecuentes en el grupo de género y edad de mujeres de 35 a 44 años (17,70%); significativamente más frecuentes en el grupo de nacionalidad española (94,43%); significativamente más frecuentes en el grupo de población sanitaria (6,41%) y más frecuentes en el grupo de residentes en poblaciones mayores de 20.000 habitantes (66,63%).
13. El perfil del facultativo prescriptor de este tipo de procesos de Incapacidad Temporal es de 51 años de edad.

14. Se ha demostrado una variabilidad significativa de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 entre los centros de salud de la Comunidad Valenciana, evidenciada a través de los estadísticos de variabilidad, en un grado que puede calificarse de moderada. ($CSV_{5-95}=0,056$; $RV_{5-95}=195,05$; $CV_{5-95}=0,450$; $CVW_{5-95}=0,323$; Coef. Gini=0,184) por comparación con los estadísticos de variabilidad de un proceso reconocido por la literatura como estándar de baja variabilidad como es la fractura de cadera.

15. El factor departamento de salud explica, medida con el coeficiente de correlación intraclase, el 22,16% de la variabilidad global de la Incidencia por código 300 en todos los centros de salud de la Comunidad Valenciana.

16. Se ha demostrado que existe una variabilidad estadísticamente significativa entre la Incidencia por código 300 en los departamentos de salud. Se analiza el efecto de 12 variables medidas en el nivel de departamento de salud, obteniéndose que, después de controlar los efectos de dichas variables, los departamentos siguen diferenciándose significativamente entre sí y explicando el 12,67% de la variabilidad observada en los centros de salud. Y que estas 12 variables explican el 51,92% del efecto del factor departamento de salud.

17. El análisis del factor provincia mediante el análisis de componentes de la varianza, resulta que el factor provincia explica el 20,21% de la variabilidad global de la Incidencia por código 300 en todos los centros de salud de la Comunidad Valenciana.

18. Al considerar ambos factores simultáneamente, provincia y departamento de salud, observamos que el factor provincia explica el 19,03% de la variabilidad y el factor departamento de salud (anidado en provincia) explica el 7,97% de la variabilidad global de la Incidencia por código 300 en todos los centros de salud de la Comunidad Valenciana.

19. Aunque no se ha evidenciado variabilidad importante debida a otros factores considerados, como son la litoralidad, la acreditación para la docencia del centro de salud y el tamaño de la población en que radica el centro de salud, los gráficos de medias LSD muestran que existen diferencias significativas entre los centros de salud del litoral y los del interior; y entre los que están acreditados para la formación médica especializada posgraduada. En el caso del factor tamaño poblacional se obtienen diferencias casi significativas entre los centros del grupo de población 5 (más de 20.000 habitantes) y los grupos 1 (menos de 1.000 habitantes) y 2 (entre 1.000 y 2.000 habitantes).
20. El análisis factorial de las variables independientes cuantitativas produce ocho factores que logran explicar el 79,552% de la variabilidad contenida las variables. Estos ocho factores son: Factor poblacional del centro de salud, Factor tamaño del centro de salud, Factor Envejecimiento del centro de salud, Factor consumo recursos especializados no psiquiátricos del centro de salud, Factor consumo recursos especializados no psiquiátricos del centro de salud, Factor presión poblacional del centro de salud, Factor de mayor Incapacidad Temporal del centro de salud, Factor proporción de activos del centro de salud.
21. El análisis de regresión lineal múltiple para la variable dependiente raíz cuadrada positiva de la Incidencia de procesos de IT por código 300, ha utilizado 8 variables independientes que consiguen explicar un 28,4% ($R^2=0,284$) de la variabilidad observada en la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal en 2009 por centro de salud de la Comunidad Valenciana, cuyo diagnóstico estuviese incluido en el código 300 de la lista tabular de la Clasificación Internacional de Enfermedades.
22. La Ecuación de regresión lineal múltiple está integrada por las siguientes variables independientes que influyen de forma positiva: Provincia de Valencia respecto de Castellón, Población mayor de 2.000 habitantes, Litoralidad del centro de salud, Acreditación para la formación sanitaria especializada posgraduada del centro

de salud e Índice de ausencias por todos los diagnósticos del centro de salud.

- Dicha ecuación de regresión lineal múltiple está integrada por las siguientes variables independientes que influyen de forma negativa: Proporción de mujeres de 16 a 64 años respecto al cupo total asignado al centro de salud, Estancias psiquiátricas de los pacientes en situación de Incapacidad Temporal por código 300 en el centro de salud y Proporción de mujeres de 55 a 64 años respecto al cupo total asignado al centro de salud.

 - La raíz cuadrada positiva de la Incidencia de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 es 0,156 veces mayor en Valencia que en Castellón; 0,086 veces mayor en centros de salud del litoral respecto a los del interior; 0,052 veces mayor en centros de salud acreditados para la docencia sanitaria especializada posgraduada respecto a los no acreditados.
- 23.** La variabilidad observada en la prescripción de procesos de Incapacidad Temporal por código 300 en los centros de salud de la Comunidad Valenciana, que puede calificarse de moderada, parecen aconsejar la utilización de guías de práctica clínica en salud mental.
- 24.** Las diferencias en los indicadores sanitarios de la gestión de la Incapacidad Temporal en población laboral y en su subgrupo población sanitaria, parecen aconsejar un abordaje diferencial de ambos colectivos, tendente a la convergencia hacia los indicadores obtenidos en la población laboral.

X. BIBLIOGRAFIA

Aakvik A, Holmas TH, el Islam MK. ¿Variación en medicina general (GP) Materia práctica para la longitud de licencia por enfermedad? Un análisis multinivel basado en Origen de datos de Noruega GP-paciente. *Social Science & Medicine*. **2010**; 70 (10): 1590-98.

Abellana R, Ascaso C, Carrasco JL, Castell C, Treserras R. *Med Clin(Barc)*. **2009**; 132(12):454-458.

Aizpuru F, Latorre A, Latorre K, Ibañez B, Apiñaniz A et al. (2010). Comunicación en las XXX Jornadas de Economía de la Salud. Valencia. **2010**.

Aizpuru F, Latorre K, Ibañez B, Pérez de Arriba J, Mosquera F, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la tasa de hospitalizaciones por problemas de Salud Mental en centros hospitalarios de agudos. *Atlas de VPM*. **2008**; 3(1): 199-216.

Alba A. La Incapacidad Temporal para el trabajo: un análisis económico de su Incidencia y duración. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. **2007**. [Acceso 20 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/Internet1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFI PROS/estudios2007fipros/index.htm>.

Allebeck P, Scand J. Los factores de riesgo de licencia por enfermedad. *Estudios generales. Suppl Salud Pública*. **2004**; 63:49-108.

Almazán C, Estrada MD. Variaciones en la práctica médica. **2002**. *AATM*, 28.

Álvarez E, Vaquero M (2009). Medicina del trabajo y calidad del diagnóstico de los procesos causantes de Incapacidad Temporal. *Med Secur Trab* **2009**; 55 (214): 72-79.

Álvarez-Theurer E, Vaquero-Abellán M. Medicina del trabajo y calidad del diagnóstico de los procesos causantes de Incapacidad Temporal. *Med Secur Trab* **2009a**; 55 (214): 72-79.

Álvarez-Theurer E, LLergo-Muñoz A Vaquero-Abellán M. Análisis de la duración de los períodos de Incapacidad Temporal por procesos en Andalucía. *Factores asociados. Aten Primaria*. **2009b**; 41 (7): 387-393.

Ansseau M, Dierick M, Buntinkx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, et al. High prevalence of mental disorders in primary care. *J Affect Disord.* **2004**; 76:49-55.

Aragónés E. Desacuerdos diagnósticos entre médicos generales y psiquiatras. *Aten Primaria.* **2008**; 40(12):644.

Araña S et al. Diagnósticos y prescripciones en salud mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social; **2008**. [Acceso 20 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

Arce R. Evaluación forense de la enfermedad mental en la Incapacidad Temporal: simulación y realidad. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. **2006**. [Acceso 20 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFIPROS/estudios2007fipros/index.htm

Arrillaga M, Sarasqueta C, Ruiz M, Sánchez A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Aten Primaria.* **2004**; 33:491-5.

Aseguramiento sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunidad Valenciana. Ley 6/2008 de 2 de junio. Diario Oficial de la Comunidad Valenciana nº 5778, (5-6-2008).

Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson, **1995**.

Atención sanitaria en la Comunidad Valenciana. Decreto 74 /2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunitat Valenciana. **2007**. DOCV nº 5518 (23-05-2007).

Aurrekoetxea Agirrea JJ, Sanzo Ollakarizketa JM, Zubero Oleagoitia E, Alamillo Gasco E. Repetición de procesos de Incapacidad Temporal según diagnóstico. *Aten Primaria.* **2009**; 41(8):439-445.

Axelsson I, Marnetoft SU. Beneficios y perjuicios de licencia por enfermedad: la falta de ensayos aleatorios y controlados. *Int J Rehabil Res.* **2010** Mar; 33 (1):1-3.

Aymerich, M., Sánchez, E. Del conocimiento científico de la investigación clínica a la cabecera del enfermo: las guías de práctica clínica y su implementación. *Gac Sanit* **2004**; 18 (4): 326-34

Ayuso JL. Comorbilidad depresión-ansiedad: aspectos clínicos. *Psiquiatría.com* [Revista en Internet]* **1997**. [Acceso 21 de Julio de 2010]; Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vollnum1/art-2.htm>

Ayuso JL, Álvarez E. Depresión. *Psiquiatría en Atención Primaria* **2000**; 5:6-11.

Ayuso JL, Vázquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN Study. *Br J Psychiatry* **2001**; 179:308-16.

Ayuso JL. Depresión: Una prioridad en salud pública. *Med Clin (Barc)* **2004**; 123(5):181-6.

Bakker, IM; Terluin, B; van Marwijk, HWJ; Gundy, CM; Smit, JH; van Mechelen, W; Stalman, WAB. Eficacia de una intervención mínima para el estrés mental relacionado con trastornos con Licencia por enfermedad (MISS), protocolo de estudio de un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados en la práctica general. **2006**. *BMC Public Health*, 6: 124-124.

Ballesteros M, Serra C, Martínez JM, Plana M, Delclos GL, Benavides F. Comparación del coste de la Incapacidad Temporal por contingencia común en 2006 entre las provincias de Barcelona y Madrid. **2009**. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83: 453-461.

Bayona X, Jiménez M, Aguado A. Variables que influyen en la resolución de una Incapacidad Temporal por contingencias comunes de muy larga duración. *Arch Prev Riesgos Labor.* **2004**. 7(2):64-69.

Beemsterboer W, Stewart R, Groothoff J, Nijhuis F. Una revisión de la literatura sobre los factores determinantes de enfermedad de (1984-2004). *Int J Med Occup Environ Health.* **2009**; 22 (2):169-79.

Benavides FG. Utilidad sanitaria de la Incapacidad Temporal. **2005**. *Aten Primaria.* 2005; 36(7):388-9.

Benavides F, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S, Soria M, Sampere M y Gimeno D. 2007. Reincorporación al trabajo después de un periodo de Incapacidad Temporal: el papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la Comunidad Autónoma. Rev Esp Salud Pública 2007a, Vol. 81, N° 2.

Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S, Soria M, Sampere M, Gimeno D. Incapacidad Temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la comunidad autónoma. Rev Esp Salud Pública. 2007b; 81:183-190.

Berenguer J, Esteve M y Verdaguer A. 2004. La disminución de la variabilidad en la práctica asistencial: del marco teórico conceptual a la implementación y evaluación, una necesidad. Rev Calidad Asistencial 2004; 19(4):213-5.

Bernal E, Beltrán J, Martínez N, Abadía B, Villaverde MV por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variabilidad en el tratamiento quirúrgico de cáncer de mama y de próstata. 2007. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

Bernal E, Aibar C, Villaverde MV, Abadía B, Librero J, Peiró S, Ridao M, por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variaciones en el uso de cesáreas en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud. 2009a. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

Bernal E, Aibar C, Villaverde MV, Abadía B, Librero J, Peiró S, Ridao M, por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variaciones en la utilización de cesáreas en función del riesgo obstétrico en los hospitales de agudos del Sistema Nacional de Salud. 2009b. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

Brouwers EPM, de Bruijne MC, Terluin B, Tiemens BG, Verhaak PFM. El coste-efectividad de una intervención activa de los trabajadores sociales para los pacientes con trastornos mentales menores de baja por enfermedad: un ensayo controlado aleatorizado. Rev Sal Pub. 2007; 17(2):214-220.

Bulbena A, Bobes J, Luque A, Dal-Ré R, Ballesteros J, Ibarra N, Grupo de validación en español de escalas psicométricas (GVEEP). Validación de las versiones en español de la Clinical Anxiety Scale y del Physician Questionnaire para la evaluación de los trastornos de ansiedad. *Med Clin (Barc)* **2003**; 121(10):367-74.

Calderón C, Retolaza A, Bacigalupe A, Payo J, Grandes G. Médicos de familia y psiquiatras ante el paciente con depresión: la necesidad de readecuar enfoques asistenciales y dinámicas organizativas. *Aten Primaria*. **2009**; 41(1):33-40.

Castejón J, Jarque S, Benach J, Company A, Fábrega O, Funes X., et al. 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 Labor* **2000**; 3(1):12-17.

Castejón J. El papel de las condiciones de trabajo en la Incapacidad Temporal por enfermedad común y accidente no laboral [tesis doctoral]. Bellaterra. Universitat Autònoma de Barcelona; **2002**.

Castejón J, Benavides FG, Gimeno D, Company A, Fàbrega O, Funesa J. Calidad del diagnóstico médico en la certificación de la Incapacidad Temporal por enfermedad común. *Aten Primaria*. **2006**; 37:142-7.

Castejón J. Enfermedades relacionadas con el trabajo:¿un reto para la atención primaria? *Aten Primaria*. **2008**; 40(9):439-46.

Cervera M. La Agencia Valenciana de Salud. *Rev Adm Sanit*. **2006**; 4(1):33-54

CMBD. Conjunto mínimo básico de datos a utilizar en la información hospitalaria. Orden de 8 de octubre de 1992, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se regula el conjunto mínimo básico de datos a utilizar en la información hospitalaria. DO. Generalitat Valenciana 28 octubre **1992**, núm. 1891.

Conselleria de Sanitat. Datawarehouse SIP. [Monografía en internet]. Edición: diciembre 2009. Valencia. Generalitat; **2009** [recuperado el 25 de julio de 2010]. Disponible en: <https://sip.san.gva.es/infosip/nuevo/Informes/Informe Ampliado Dicie mbre 09.pdf>

Convenio de colaboración entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y la Generalitat para el control de la Incapacidad Temporal durante el periodo 2009-2012. Resolución de 21 de mayo de 2009. Boletín Oficial del Estado, nº 136, (5-6-**2009a**).

Convenio de colaboración entre la Comunidad Valenciana y el Ministerio de Trabajo e Inmigración (INSS) por el que se acuerda ejecutar para el año 2009 un programa específico que tiene por objeto el estudio del comportamiento de los procesos de Incapacidad Temporal (IT) derivados de ciertas patologías y el desarrollo de determinadas estrategias para mejorar la gestión de ésta prestación. Resolución de 13 de octubre de **2009b**. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana, nº 6126, (20-10-2009)

Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME., Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe. Geographical distribution among older people. Br J Psychiatry **1999**; 174: 312-21.

Council on Clinical Classifications (EEUU). Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, modificación clínica, eCIE9MC, 7ª edición, Enero de **2010**, versión 1.1.0 (19/02/2010). Edición electrónica. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperada el viernes 18 de junio de 2010. Disponible en: [http://www.msps.es/ecieMaps-2010/basic search/cie9mc basic search.html](http://www.msps.es/ecieMaps-2010/basic%20search/cie9mc%20basic%20search.html)

Cruz I, Serna MC, Torres MA, Gascó E, Galván SL, Martín E. Influencia del sexo en la incapacidad laboral por depresión. Psiqu Biol. **2007**; 14(5):167-70

Daniel W. Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. 3ª Ed. Madrid: Limusa; **1989**.

De Buck PDM, de Bock GH, van Dijk, van den Hout, Vandenbroucke JP, Vlieland TPMV. Licencia por enfermedad como factor de predicción de pérdida de empleo en pacientes con artritis crónica. Archivos Internacionales de Salud Ocupacional y Ambiental, 80 (2):160-170 **2006**.

De Dios del Valle R, Franco Vidal A. Prevalencia de burnout entre los profesionales de Atención Primaria, factores asociados y relación con la Incapacidad Temporal y la calidad de la prescripción. SEMERGEN. **2007**; 33(2):58-64.

Dekkers-Sanchez PM, Hoving JL, Sluiter JK, Frings-Dresen MHW. Factors associated with long-term sick leave in sicklisted employees: a systematic review. Occup Environ Med **2008**; 65:153-157.

Dekkers-Sanchez PM, Haije W, Sluiter JK, Frings-Dresen M. A qualitative study of perpetuating factors for long-term sick leave

and promoting factors for return to work: chronic work disabled patients in their own words. *J Rehabil Med* **2010**; 42: 544-552.

Del Llano J. Innovaciones en gestión de servicios de salud. [curso]. Fundación Gaspar Peral: cursos de verano **2008**.

Diana IS. Burnout y prescripción de incapacidad laboral temporal Work satisfaction and temporary sick leave prescription in a sample of doctors inside a mutual society of industrial accidents and occupational diseases (mateps). *Med Segur Trab* **2009**; 55 (215): 72-81.

Diehr P, Cain KC, Kreuter W, Rosenkranz S. Can small-area analysis detect variation in surgery rates? The power of small-area variation analysis. *Med Care* **1992**; 30: 484-502.

Diehr P, Cain K, Ye Z, Abdul-Salam F. Small area variation analysis. Methods for comparing several diagnostic related groups. *Med Care* **1993**; 31:YS45-YS53.

Domínguez A. Coordinador. Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana. Valencia: Generalitat Valenciana; **2001**.

Echeburúa E. Medición clínica en trastornos fóbicos y de ansiedad. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P, editores. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson, **2000**; p. 369-75.

Ekbladh E, Thorell LH, Haglund L. Las percepciones del ambiente de trabajo entre las personas con experiencia de largo plazo de baja por enfermedad. *Rev prevención de la evaluación y rehabilitación*. **2010**; 35 (2):125-136.

Enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social. Real Decreto 1299/2006, de 10 noviembre, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y establece criterios para su notificación y registro. **2006**. BOE nº 302 (19-12-2006). Recuperado el viernes 18 de junio de Westlaw.es, Base de datos jurídica Aranzadi.

Espino Granada A. Delimitación de los efectos clínicos derivados de condiciones productoras de estrés laboral detectados en la red pública de salud (mental). Un estudio retrospectivo, relacional y cualitativo.[Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de trabajo

e inmigración. Secretaría de Estado de Seguridad Social **2009**. [Acceso 20 de Julio de 2010]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119800.pdf>

Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. Rev Clin Esp. **2006**; 206(2):77-83.

Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J. . Harrison principios de medicina interna. [Edición electrónica] Parte 16. Trastornos neurológicos. Sección 5. Trastornos psiquiátricos. 17ª Edición. Mc Graw Hill; **2010**. [Recuperado el 7 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.harrisonmedicina.com>

Fernández Vicente T, Peñasco P, Losada L. Actualización y aspectos prácticos sobre el mobbing. FMC. **2009**; 16(10):605-11

Flach PA, Krol B, Groothoff JW. Factores determinantes de la duración de baja por enfermedad: Una herramienta para los directivos. Rev salud pública Scan. **2008**; 36 (7): 713-719.

García Sánchez S. El absentismo psíquico. FMC **2002**; 9(1):41-5

García Ullán L, Pérez J, González V, Sánchez S. Trastornos depresivos. Medicine. **2007**; 9(85):5451-5460.

García-Díaz AM, Pérttega-Díaz S, Pita-Fernández S, Santos-García C, Vázquez-Vázquez J. Incapacidad Temporal: características en un centro de salud durante el período 2000-2002. Aten Primaria. **2006**; 37(1):22-9.

García-Parajuá P, Magariños M. Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo. Medicine. **2007**; 9(84):5414-5420.

Gensana A, Torralba M, Calero MI, González JA. Relación entre el perfil del médico de cabecera y la incapacidad laboral transitoria de sus pacientes. Atención Primaria. **1995**; 16 (1): 27-50.

Gervás J, Ruiz A, Pérez M. Fundación Alternativas. La Incapacidad Laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. **2006**. [Acceso 20 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/Internet1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFI PROS/estudios2007fipros/index.htm>

Gisbert R, Puig X, Palomara E, Autonel J, Giné JM, Ribas G, Coll JJ (2006) Factores individuales y del entorno asociados a la variabilidad geográfica de los trastornos psicológicos entre áreas pequeñas: un análisis multinivel. *Rev Esp Salud Pública* **2006**; 80:335-347.

González-Barcala FJ, Cadarso-Suárez C, Valdés-Cuadrado L, Lado-Lema ME, Bugarín-González R, Vilariño-Pombo C, Hervada-Vidal X. Determinantes de la duración de la Incapacidad Temporal y la vuelta al trabajo en un área sanitaria de Galicia. *Aten Primaria*. **2006**; 37(8):431-8.

Gonzalo B. y Nogueira M. coordinadores. Cien años de seguridad social. Madrid: Fraternidad-Muprespa y UNED, **2000**.

Gourdoul A. Les interruptions d'activité pour raisons de santé au cours de la vie professionnelle. *Études et résultats*. **2005**; 418: 1-12.

Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers, W, Kravitz, RL et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care: results from the medical outcomes study. *JAMA* **1992**; 267:1624-30.

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; **2008**. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10.

Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Apotheque núm. 1: Tasa cruda y tasa estandarizada. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de **2010**]. Apotheque núm. 1. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Apotheque núm. 2: Gráficos de puntos y burbujas. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de **2010**]. Apotheque núm. 2. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Apotheque núm. 3: Razón de variación. [Monografía en internet],

[Acceso 29 de julio de 2010]. Apotheque núm 3. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Apotheque núm. 4: Razón de utilización estandarizada. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Apotheque núm 4. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Apotheque núm. 5: Método directo e indirecto. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010]. Apotheque núm 5. Disponible en: <http://www.atlasvpm.org/avpm/>

Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Marínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J, Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD -España. Med Clin (Barc). 2006; 126(12):445-51.

Harrison. Principios de Medicina Interna. 17^a edición [Edición electrónica]. McGraw-Hill; 2010. Capítulo 386: Trastornos mentales. [Recuperado el 7 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.harrisonmedicina.com>

Herrera M. Gasto en farmacia y médico de atención primaria: un enfoque multinivel. Estadística Española 2009. 51 (171): 331-361

Huibers MJH, Leona, SS, Kant IJ, Knottnerus, JA. Casuidad del síndrome de fatiga crónica como un factor de predicción de la situación laboral en los empleados cansados de baja por enfermedad: cuatro años y medio de seguimiento. 2006. La ocupacional y medicina del medio ambiente, 63 (8): 570-572.

Ibáñez B, Librero J, Bernal E, Peiró S, González López- Valcárcel B, Martínez N, Aizpuru F. ¿Hay mucha variación en la variación? Revisando las estadísticas de variación de áreas pequeñas en los servicios de investigación en salud. BioMed Central [Revista en internet] [Publicado en Internet el 02 de abril 2009] BMC Res Salud Serv 2009; 9: 60. Disponible en: <http://www.biomedcentral/I472-6963/9/60>

Iglesias C, González I, Ardura JR, Naves C, Franco A, Alonso MJ, Álvarez-Riesgo JA. Calidad de la interconsulta entre salud mental y atención primaria: comparación de dos tipos de documento de

derivación (OMI-AP y tradicional). Rev Calid Asistencial **2004**; 19(5):319-22.

Instituto Nacional de la Seguridad Social [sede web]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Inmigración. [acceso 14 de junio de 2010]. Estadísticas e Informes. Incapacidad Temporal. Ejercicio **2009**. Disponible en: [http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otras Prestaciones de la Seguridad Social/Incapacidad Temporal/Ejercicio 2009/index.htm](http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/Otras_Prestaciones_de_la_Seguridad_Social/Incapacidad_Temporal/Ejercicio_2009/index.htm)

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Manual de Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal [monografía en internet]. 2ª edición. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; **2009** [acceso el 23 de agosto de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/Publicaciones/Publicacionesporcon28156/Informacionsobrep47075/Incapacidadtemporal/index.htm

Instituto Nacional de la Seguridad Social [sede web]. Madrid: Instituto Nacional de la Seguridad Social; **2010** [acceso 14 de julio de 2010]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Incapacidadtemporal/RegimenGeneral/Situacionesprotegidas28363/index.htm

Jenicek M, Cléroux R. Epidemiología: Principios, técnicas, aplicaciones. Barcelona: Salvat; **1990**.

Jover Ramírez, C. La Incapacidad Temporal para el trabajo. 1ª ed. Valencia: Tirant lo Blanch; **2006**.

Karlsson NE, Carstensen JM, Gjesdal S, Alexanderson KAE. Los factores de riesgo para la pensión de invalidez en una cohorte de base poblacional de los hombres y las mujeres con licencia por enfermedad de larga duración en Suecia. Revista Europar de Salud Pública. **2008**; 18 (3): 224-231.

Kivimaki M, Ferrie JE, Hagberg, Jefe J, Westerlund H, Vahtera J; Alexanderson K. Diagnóstico de baja por enfermedad-específica como marcador de riesgo para la pensión de discapacidad en una población sueca. Diario de Epidemiología y Salud Comunitaria. **2007**; 61 (10): 915-920.

Kleiven M; Boggild H, Jeppesen HJ. El trabajo por turnos y Fuente de licencia por enfermedad: Scandinavian Journal. Entorno trab y sal. **1998**; 24(3): 128-133.

Landa González N, Goñi Sarriés A, García de Jalón Aramayo E, Lizasoain Urra E. Concordancia en el diagnóstico entre atención primaria y salud mental. *Aten Primaria*. **2008**; 40:285-9.

Latorre JM, López-Torres J, Montañés J, Parra M. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. **2005**; 36(2):85-92.

Lázaro y de Mercado P. Variabilidad y uso apropiado de procedimientos médicos. Reunión sobre "La variabilidad de la práctica clínica: Significado y gestión". FISCAM (Fundación para la Investigación en Salud de Castilla LaMancha). Toledo, 6 de mayo de **2004**.

Lázaro y de Mercado P. Necesidad, adecuación y utilización de los servicios sanitarios. Capítulo 2. En Oteo LA, editor. *Gestión clínica: desarrollo e instrumentos*. Ediciones Diaz de Santos, **2006a**; 51-93.

Lázaro y de Mercado P. Estandarización en la práctica clínica. En: Oteo LA, editor. *Gestión Clínica: desarrollo e instrumentos*. Ediciones Diaz de Santos, **2006b**; 201-232.

Librero J, Rivas F, Peiró S, Allepuz A, Montes Y, Bernal-Delgado E, Sotoca R, Martínez N por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). *Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud*. **2005**. 1(1): 43-48.

Librero J, Rivas F, Peiró S, Allepuz A, Montes Y, Bernal-Delgado E, Sotoca R, Martínez N por el Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). *Notas metodológicas en el Atlas VPM. Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud*. **2005**. 1(1): 43-48.

Llargo A, Álvarez Theurer E, Vaquero M, Lachica E. Estudio descriptivo de la Incapacidad Temporal en la provincia de Córdoba. *Med Segur Trab* **2005**; Vol LI N° 199: 27-37.

Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré, Badia X, Baró E, Grupo de validación en español de escalas psicométricas (GVEEP). *Med Clin (Barc)* **2002**; 118(13):493-9.

López Cuenca S, Albaladejo R, Villanueva Orbáiz R, Domínguez Rojas V. Análisis de la Incapacidad Temporal en trabajadores de la rama sanitaria de un área de salud. *Aten Primaria*. **2006**; 38(10):550-4.

López de Castro F, Montero MJ, Valles N, Fernández O, Alejandro G, Chacón J. Variabilidad en la prescripción farmacéutica de Castilla la Mancha durante el 2003. *Rev Esp Salud Pública*. **2005**; 79: 551-558.

López-Bastida J, Serrano-Aguilar P, Duque-González B. Costes socio-económicos de las enfermedades mentales en las islas Canarias en 2002. *Aten Primaria*. **2004**; 34:32-7.

Lorente Arenas, F. La Incapacidad Temporal. 1ª ed. Madrid: Fernando Lorente Arenas; **1997**.

Lozano F, Vaquero-Puerta C, Fonseca-Legrand JL, Vaquero-Morillo F, miembros de la Sociedad Castellano-Leonesa de Angiología y Cirugía Vascul ar (SOCLACIVAS). *ANGIOLOGÍA* **2004**; 56 (6): 549-559.

Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana. Decreto 224/2007, de 16 de noviembre, del Consell. Diario oficial de la Comunidad Valenciana, nº 5643, **2007**. (20-11-2007).

Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana: actualización. Resolución de 11 de abril de 2008 del Conseller de Sanidad. Diario oficial de la Comunidad Valenciana, nº 5767, **2008**. (21-05-2008).

Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana: modificación. Resolución de 15 de abril de 2009 del Conseller de Sanidad. Diario oficial de la Comunidad Valenciana, nº 5996, **2009a**. (20-04-2009).

Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana: modificación. Resolución de 16 de abril de 2009 del Conseller de Sanidad. Diario oficial de la Comunidad Valenciana, nº 5996, **2009b**. (20-04-2009).

Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana: modificación. Resolución de 23 de abril de 2009 del Conseller de Sanidad. Diario oficial de la Comunidad Valenciana, nº 6016, **2009c**. (19-05-2009).

Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Medicina Clínica, Med Clin (Barc)*. **1998**; 110:382-90.

Marqués JA, Peiró S, Medrano Heredia J. Variaciones en las tasas estandarizadas de intervenciones quirúrgicas en Alicante. Valencia: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanidad, Subsecretaria para la Agencia Valenciana de Salud; **2003**.

Martí G, Puig L, Gómez J, Jiménez Aj. Aspectos médico-legales de las incapacidades laborales. *Med Clin (Barc)*. **2006**; 126(17):671-5.

Martín, F, Romero, PM, Sánchez, G. La investigación en dirección de recursos humanos: análisis empírico de los procesos de construcción y comprobación de la teoría. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, vol. 18, núm. 3 (**2009**), 37-64.

McPherson K, Strong PM, Epstein A, Jones L. Regional variation in the use of common surgical procedures within and between England and Wales, Canada and the United States of America. *Soc Sci Med* **1981**; 15A: 273-288.

McPherson K, Wennberg JE, Hovind OE, Clifford P. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *N Eng J Med* 1982; 307:1310-1314.

McPherson K. Why do variations occur? In: Mooney G, Anderson TF, eds. *The challenges of medical practice variations*. London: McMillan, **1990**: 16-34.

McPherson, K. Cómo debería modificarse la política sanitaria ante la evidencia de variaciones en la práctica médica. *Var Pract Méd* **1995**; 7:9-17.

Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social. Ley 42/1994, de 30 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 313. **1994**. (31-12-1994).

Mingote JC, Moreno J, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)* **2004**; 123(7):265-70.

Mingote JC, Gálvez M, del Pino P, Gutiérrez MD. El paciente que padece un trastorno depresivo en el trabajo. *Med Segur Trab* **2009**; 55 (214): 41-63.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Supuestos prácticos de Incapacidad Temporal*. 1ª ed. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; **2001a**.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Manual de gestión de la Incapacidad Temporal*. 3ª ed. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; **2001b**.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Líneas estratégicas comunes de la Inspección Sanitaria del Sistema Nacional de Salud*. 1ª ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; **2008**.

Mirón Canelo JA, Alonso Sardón M. (2008) Medidas de frecuencia, asociación e impacto en investigación aplicada. Med Segur Trab 2008; Vol LIV N^a 211: 93-102.

Moreno Millán E. Variabilidad de la práctica clínica en la atención a urgencias y emergencias. Emergencias 2007;19: 222-224.

Moreu F. Control de la incapacidad transitoria: ¿mutuas o Servicio Nacional de Salud? FMC 2002;9(6):418-20.

Murray CJL, López A. Alternative projections of mortality and disability by cause, 1990-2200. Lancet 1997; 349:1498-504.

Navarro Arribas C, Chicano Díaz S. Gestión de la incapacidad laboral. La Incapacidad Temporal: hacia un modelo de gestión. Medifam 2003; 13 (1): 29-34.

Nystuen P, Hagen KB, Herrin J. Problemas de salud mental como causa de baja por enfermedad a largo plazo en la fuerza laboral de origen noruego. 2001. Rev Sal Pub, 29 (3): 175-182.

Ochoa C. Gonzalez de Dios, J. Evaluación de la adecuación de la práctica clínica a la evidencia científica. Evid Pediatr. 2006; 2:61.

Ojeda-Pérez F. Variabilidad clínica. Una visión del profesional médico. Rev Calidad Asistencial. 2006; 21(2):63-5.

Organización Mundial de la Salud. CIE-10: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios Diagnósticos de Investigación. Madrid: Meditor; 1994.

Ortiz-Lobo A, González R, Rodríguez F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. Aten Primaria. 2006; 38(10):563-9.

Oterino de la Fuente D, Baños JF, Fernández V, Rodríguez A, Peiró S. Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. Gac Sanit. 2007; 21(4):316-20.

Pardo A, Ruiz MA, San Martín R. Cómo ajustar e interpretar modelos multinivel con SPSS. Psicothema 2007; 19(2): 308-321.

Peiró S, Márquez S, Meneu de Guillerna R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. Med Clin (Barc). 1998; 110:382-90.

Peiró S, Meneu R, Bernal E. Variabilidad, efectividad y desigualdad. Histerectomías y prostatectomías por enfermedad neoplásica en España (2002-2004). Rev Esp Salud Pública **2009**; 83:1.

Peiró S. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Grupo de Variaciones en la Práctica Médica. Red temática IRYSS. Gac Sanit **2004**; 18(1):72-5.

Pérez de Arriba J, Pinto J, Latorre K, Aizpuru F. Variabilidad de procesos de salud mental en Atención Primaria. Grupo de Variaciones en la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Atlas VPM 5. **2008**; 191-7.

Pérez-Franco B, Turabián-Fernández JL. ¿Es válido el abordaje ortodoxo de la depresión en atención primaria? Aten Primaria. **2006**; 37:37-9.

Pértega Díaz S., Pita Fernández S. Técnicas de regresión: Regresión Lineal Múltiple. Cad Aten Primaria **2000**; 7: 173-176.

Pita Fernández S. Tipos de estudios clínico-epidemiológicos. En: Tratado de Epidemiología Clínica. Madrid; DuPont Pharma, S.A.; Unidad de epidemiología Clínica, Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Alicante: **1995**. p. 25-47.

Redacción de Ediciones Francis Lefebvre. Memento Práctico Social 2009. Madrid: Ediciones Francis Lefebvre, S.A.; **2009**.

Reig-Ferrer A, Cabrero-García J, Lizán L. La valoración de la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la salud mental en la atención primaria de salud. Aten Primaria. **2009**; 41(9):515-519.

Rodríguez Ortiz B, Gómez Gállido A, García Parra A, López Gómez I. Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de Incapacidad Temporal en la Comunidad de Madrid. MAPFRE MEDICINA, **2005**; 16 (3): 32-42.

Ruiz Jareño L. Variaciones geográficas en la cirugía de la patología degenerativa de raquis en el Sistema Nacional de Salud [tesis doctoral]. Tesis doctorales en red (<http://www.tdr.cesca.es>). Universidad de Valencia; 2009. [Monografía en internet], [Acceso 29 de julio de 2010].

Rytsala HJ, Melartin TK, Leskela US, Sokero TP, Lestela-Mielonen PS, Isometsa ET. Predictors of long term work disability in major

depressive disorder: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand.* **2007**; 115:206-13.

Sáiz J, Montes JM. Trastornos de ansiedad. *Medicine* **2003**; 8(106):5693-5703.

Sallent M, Riera N, Rojas M, Liste V, Ferriz G, Fernández FJ. Análisis de las incapacidades laborales por depresión en mujeres. *Psiqu Biol.* **2007**; 14(5):171-5

Salvá Coll J. La variabilidad en las hospitalizaciones por motivos psiquiátricos en hospitales de agudos. *Atlas VPM.* **2009**; 189-190.

Sánchez-Uriz MA, Fe-Gamo M, Godoy FJ, Igual J, Romero A. ¿Conocemos el bienestar psicológico de nuestro personal sanitario? *Rev Calid Asist.* **2006**; 21(4):194-8.

Sanfelix-Gimeno G. Variaciones en el consumo y gasto de medicamentos empleados en la hipertensión arterial en la Comunidad Valenciana. [Tesis doctoral]. Elche: Universidad Miguel Hernández de Elche; **2009**.

Seguridad Social. 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*, núm. 154, (29-06-1994). Recuperado el lunes 5 de julio de 2010, de Aranzadi.

Sempere AV. Hacia un nuevo modelo de gestión de la Incapacidad Temporal. Diagnósticos y prescripciones en salud mental, Atención Primaria e Incapacidad Laboral Temporal. [Monografía en internet]. Ministerio de Trabajo e Inmigración, Secretaría de Estado para la Seguridad Social. **2005**. [Acceso 20 de julio de 2010]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/Internet1/Estadistica/FondodeInvestigacio48073/EstudiosFI PROS/estudios2007fipros/index.htm>

Servicio de Inspección de la Conselleria de Sanitat. Manual de consulta para la gestión de la Incapacidad Temporal en la Comunidad Valenciana. 1ª ed. Valencia: Conselleria de Sanitat; **1997**.

Schwartz D. Métodos estadísticos para médicos y biólogos. Barcelona: Editorial Herder; **1988**.

Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Navarro-Artieda R, Pizarro-Paixa I, Gómez-Lus S. Influencia de la morbilidad y uso de recursos en pacientes que demandan atención por trastorno de ansiedad

generalizada en el ámbito de la atención primaria de salud. Aten Primaria. **2008**; 40(12):603-10.

Sieurin L, Josephson M, Vingard E. Las consecuencias positivas y negativas de licencia por enfermedad para el individuo, con especial atención por parte de- Fuente tiempo de baja por enfermedad. Revista de Salud Pública. **2009**; 37 (1): 50-56.

Simon GE. Evidence review: efficacy and effectiveness of antidepressant treatment in primary care. Gen Hosp Psychiatry. **2002**; 24:213-24.

Sistema de Información Poblacional. Portal de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat. Información a la ciudadanía. Tarjeta SIP. **2010**. Recuperado el 18 de junio de 2010. Disponible en: <http://www.san.gva.es/cas/ciud/homeciud.html>

Sistema de Información Sanitaria de la Incapacidad Temporal. Datawarehouse IT de mayo de 2010. Conselleria de Sanitat. Generalitat. **2010**.

Schoenbach VJ. Estandarización de tasas y razones. En: Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, coordinador. Comprendiendo los fundamentos de la epidemiología. Edición otoño 2000. Departamento de Epidemiología Escuela de Salud Pública Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill; **2000**. 129-152.

Soler-González J, Serna MC, Bosch A, Ruiz MC, Huertas E, Rue M. Baja por enfermedad entre los trabajadores nativos e inmigrantes en España-una fuente de estudio de 6 meses de seguimiento: Scandinavian Journal. **2008**; 34 (6): 438 -443.

SPSS Inc. Manual del usuario de PASW Statics Base 17.0. Chicago; **2007**.

Tellez JM, Cerecedo MJ, Pascual P, Buitrago F. La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance? Aten Primaria. **2005**; 35(2):61-3.

Tizón JL. ¿Profesionales quemados, profesionales desengañados o profesionales con trastornos psicológicos? Aten Primaria. **2004**; 33:326-30.

Torá I, Martínez JM, Delclos J, Jardí J, Alberti C, Serra C, Manzanera R, G. Benavides F. Duración de los episodios de Incapacidad Temporal por contingencia común según regiones sanitarias en Cataluña. Rev Esp Salud Pública. **2010**; 84: 61-69.

Turabián JL, Pérez-Franco B. La variabilidad es un indicador de buena gestión clínica en medicina de familia. *Aten Primaria*. **2006**; 37(3):160-3.

Ugalde M, Alberquilla A, González C, Pilas M Rivera JM. Perfiles de duración de la IT en un distrito sanitario y su comparación con algunos estándares propuestos. *Gac Sanit* **1996**;10: 293-298.

Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry* **2004**; 184:386-92.

Verdaguer, A., Peiró, S. Librero, J. Variabilidad de utilización de recursos hospitalarios en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Archivos de Bronconeumología*. **2003**; vol. 39 núm. 10.

Wallman T, Wedel H, Palmer E, Rosengren A, Johansson S, Eriksson H, Svardsudd K. Historial de licencia por enfermedad y otros posibles factores predictivos de una pensión de invalidez. *BMC Public Health*. **2009**; 9:104.

Zarco J, Moya A, Júdez J, Pérez F, Magallón R. Gestión de las bajas laborales. *Med Clin (Barc)* **2001**; 117: 500-509.

XI. ANEXOS

Anexo I: Centros de salud incluidos en el estudio (739)

Tabla 138: 739 Centros de Salud incluidos en el estudio

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
1	1	2	CENTRO DE SALUD ALCALA DE XIVERT
2	1	3	CONSULTORIO AUXILIAR DE SANTA MAGDALENA DE PULPIS
3	1	5	CENTRO DE SALUD DE BENICARLO
4	1	6	CONSULTORIO AUXILIAR DE CALIG
5	1	7	CONSULTORIO AUXILIAR DE PEÑISCOLA
6	1	8	CENTRO DE SALUD DE FORCALL
7	1	9	CONSULTORIO AUXILIAR DE CINCTORRES
8	1	10	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA MATA
9	1	11	CONSULTORIO AUXILIAR DE PORTELL DE MORELLA
10	1	12	CONSULTORIO AUXILIAR DE ZORITA DEL MAESTRAZGO
11	1	13	CENTRO DE SALUD DE MORELLA
12	1	15	CENTRO DE SALUD DE SANT MATEU
13	1	16	CONSULTORIO AUXILIAR DE CATI
14	1	17	CONSULTORIO AUXILIAR DE CERVERA DEL MAESTRE
15	1	18	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA SALZADELLA
16	1	19	CONSULTORIO AUXILIAR DE XERT / CHERT
17	1	21	CENTRO DE SALUD DE TRAIQUERA
18	1	23	CONSULTORIO AUXILIAR DE CANET LO ROIG
19	1	24	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA JANA
20	1	25	CONSULTORIO AUXILIAR DE POBLA DE BENIFASSA
21	1	26	CONSULTORIO AUXILIAR DE ROSSELL
22	1	27	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN JORGE / SANT JORDI
23	1	28	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN RAFAEL DEL RIO
24	1	29	CENTRO DE SALUD DE VINAROS
25	1	610	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTELL DE CABRES
26	1	660	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALCALA DE XIVERT ALCOSSEBRE
27	1	1.500	CENTRO DE SALUD DE VINAROS II
28	2	30	CENTRO DE SALUD DE ATZENETA DEL MAESTRAT
29	2	31	CONSULTORIO AUXILIAR DE XODOS / CHODOS
30	2	32	CONSULTORIO AUXILIAR DE VISTABELLA DEL MAESTRAZGO
31	2	33	CENTRO DE SALUD DE ALBOCASSER
32	2	34	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENASAL
33	2	35	CONSULTORIO AUXILIAR DE CULLA
34	2	36	CONSULTORIO AUXILIAR DE VILAR DE CANES
35	2	37	CENTRO DE SALUD DE L ALCORA
36	2	38	CONSULTORIO AUXILIAR DE SANT JOAN DE MORO
37	2	39	CONSULTORIO AUXILIAR DE FIGUEROLES
38	2	40	CENTRO DE SALUD DE ALMASSORA / ALMAZORA
39	2	41	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA BARRANQUET
40	2	44	CENTRO DE SALUD DE BENICASSIM / BENICASIM
41	2	46	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORPESA DEL MAR / OROPESA DEL MAR
42	2	47	CENTRO DE SALUD DE BENLLOCH
43	2	48	CONSULTORIO AUXILIAR DE SIERRA ENGARCERAN
44	2	49	CONSULTORIO AUXILIAR DE VILANOVA D ALCOLEA
45	2	54	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA SAN AGUSTIN
46	2	55	CONSULTORIO AUXILIAR DE BORRIOL
47	2	56	CONSULTORIO DE CASTELLON DE LA PLANA CASTALIA
48	2	57	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA PINTOR SOROLLA
49	2	60	CONSULTORIO DE CASTELLON DE LA PLANA 9 D OCTUBRE
50	2	61	CONSULTORIO DE CASTELLON PZ. CONSTITUCION

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
51	2	62	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA RAFALAFENA
52	2	63	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA CASALDUCH
53	2	64	CONSULTORIO DE CASTELLON DE LA PLANA EL GRAO
54	2	65	CONSULTORIO DE LUCENA DEL CID
55	2	66	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTILLO DE VILLAMALEFA
56	2	67	CONSULTORIO AUXILIAR DE CORTES DE ARENOSO
57	2	68	CONSULTORIO AUXILIAR DE VILLAHERMOSA DEL RIO
58	2	69	CONSULTORIO AUXILIAR DE ZUCAINA
59	2	86	CENTRO DE SALUD DE VALL D ALBA
60	2	87	CONSULTORIO AUXILIAR DE CABANES
61	2	88	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA POBLA TORNESA
62	2	89	CONSULTORIO AUXILIAR DE LES USERES / USERAS
63	2	90	CONSULTORIO AUXILIAR DE VILAFAMES
64	2	94	CONSULTORIO AUXILIAR DE ARES DEL MAESTRE
65	2	95	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTELLFORT
66	2	96	CONSULTORIO DE VILAFRANCA DEL CID / VILAFRANCA DEL CID
67	2	101	CENTRO DE SALUD DE LES COVES DE VINROMA
68	2	102	CONSULTORIO AUXILIAR DE TIRIG
69	2	104	CENTRO DE SALUD DE TORREBLANCA
70	2	202	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA GRAN VIA
71	2	639	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENAFIGOS
72	2	640	CONSULTORIO AUXILIAR DE LUDIENTE
73	2	657	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA PALLETER
74	2	661	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA TORRE D EN BESORA
75	2	662	CONSULTORIO AUXILIAR DE SARRATELLA
76	2	664	CONSULTORIO AUXILIAR DE CABANES LA RIBERA
77	2	666	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTELLON DE LA PLANA GRUPO REYES
78	2	667	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTELLON DE LA PLANA SAN LORENZO
79	2	668	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTELLON DE LA PLANA BENADRESA
80	2	737	CONSULTORIO AUXILIAR DE L ALCORA LA FOYA
81	2	738	CONSULTORIO AUXILIAR DE COSTUR
82	2	749	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTELLON DE LA PLANA LA SALERA
83	2	752	CONSULTORIO AUXILIAR TORRE ENDOMENECH
84	2	2.802	CENTRO SANITARIO INTEGRADO CASTELLON DE LA PLANA GRAO
85	2	2.824	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA FERNANDO EL CATOLICO
86	3	42	CENTRO DE SALUD DE ARTANA
87	3	43	CONSULTORIO AUXILIAR DE ESLIDA
88	3	50	CENTRO DE SALUD DE BETXI
89	3	51	CENTRO DE SALUD DE BURRIANA
90	3	52	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALQUERIAS DEL NIÑO PERDIDO
91	3	70	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONTAN
92	3	71	CENTRO DE SALUD DE MONTANEJOS
93	3	72	CONSULTORIO AUXILIAR DE CIRAT
94	3	73	CONSULTORIO AUXILIAR DE PUEBLA DE ARENOSO
95	3	74	CENTRO DE SALUD DE NULES
96	3	75	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA VILAVELLA
97	3	76	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONCOFA
98	3	78	CENTRO DE SALUD DE ONDA
99	3	79	CONSULTORIO AUXILIAR DE FANZARA
100	3	80	CONSULTORIO AUXILIAR DE RIBESALBES
101	3	81	CONSULTORIO AUXILIAR DE TOGA
102	3	82	CENTRO DE SALUD DE TALES
103	3	83	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALCUDIA DE VEO
104	3	84	CONSULTORIO AUXILIAR DE AYODAR
105	3	85	CONSULTORIO AUXILIAR DE SUERA / SUERAS
106	3	91	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALFONDEGUILLA
107	3	93	CENTRO DE SALUD DE LA VALL D UIXO 1

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
108	3	98	CENTRO DE SALUD DE VILA-REAL / VILLARREAL BOVILA
109	3	99	CENTRO DE SALUD DE VILA-REAL / VILLARREAL CARINYENA
110	3	613	CONSULTORIO AUXILIAR DE BURRIANA PUERTO
111	3	663	CONSULTORIO AUXILIAR DE AIN
112	3	669	CONSULTORIO AUXILIAR DE VILA-REAL / VILLARREAL TORREHERMOSA
113	3	696	CENTRO DE SALUD DE LA VALL D UIXO 2
114	3	753	CONSULTORIO AUXILIAR DE ARAÑUEL
115	3	2.810	CONSULTORIO AUXILIAR DE FUENTES DE AYODAR
116	4	105	CENTRO DE SALUD DE ALMENARA
117	4	106	CONSULTORIO AUXILIAR DE XILXES / CHILCHES
118	4	107	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA LLOSA
119	4	108	CENTRO DE SALUD DE ESTIVELLA
120	4	109	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBALAT DELS TARONGERS
121	4	110	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALFARA DE ALGIMIA
122	4	111	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALGAR DE PALANCIA
123	4	112	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALGIMIA DE ALFARA
124	4	113	CONSULTORIO AUXILIAR DE GILET
125	4	114	CENTRO DE SALUD DE FAURA
126	4	115	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIFAIRO DE LES VALLS
127	4	116	CONSULTORIO AUXILIAR DE QUART DE LES VALLS
128	4	117	CONSULTORIO AUXILIAR DE QUARTELL
129	4	118	CENTRO DE SALUD DE PUÇOL
130	4	119	CONSULTORIO AUXILIAR DE CANET D EN BERENGUER
131	4	120	CENTRO DE SALUD DE PUERTO DE SAGUNTO
132	4	121	CENTRO DE SALUD DE PUIG
133	4	122	CENTRO DE SALUD DE SAGUNT / SAGUNTO
134	4	123	CONSULTORIO AUXILIAR DE PETRES
135	4	124	CENTRO DE SALUD DE SEGORBE
136	4	125	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALGIMIA DE ALMONACID
137	4	126	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTELLNOVO
138	4	127	CONSULTORIO AUXILIAR DE GELDO
139	4	128	CONSULTORIO AUXILIAR DE NAVAJAS
140	4	129	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALTURA
141	4	130	CENTRO DE SALUD DE VIVER
142	4	131	CONSULTORIO AUXILIAR DE BARRACAS
143	4	132	CONSULTORIO AUXILIAR DE BEJIS
144	4	133	CONSULTORIO AUXILIAR DE CAUDIEL
145	4	134	CONSULTORIO AUXILIAR DE EL TORO
146	4	135	CONSULTORIO AUXILIAR DE PINA DE MONTALGRAO
147	4	136	CONSULTORIO AUXILIAR DE TERESA
148	4	137	CONSULTORIO AUXILIAR DE TORAS
149	4	138	CONSULTORIO AUXILIAR DE VILLANUEVA DE VIVER
150	4	139	CONSULTORIO AUXILIAR DE JERICA
151	4	140	CENTRO DE SALUD DE SONEJA
152	4	141	CONSULTORIO AUXILIAR DE AZUEBAR
153	4	142	CONSULTORIO AUXILIAR DE CHOVAR
154	4	143	CONSULTORIO AUXILIAR DE SOT DE FERRER
155	4	675	CONSULTORIO AUXILIAR DE SEGART
156	4	676	CONSULTORIO AUXILIAR DE TORRES TORRES
157	4	677	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENAVIDES
158	4	678	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALL DE ALMONACID
159	4	679	CONSULTORIO AUXILIAR DE MATET
160	4	680	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALMEDIJAR
161	4	681	CONSULTORIO AUXILIAR DE GAIBIEL
162	4	682	CONSULTORIO AUXILIAR DE SEGORBE PEÑALBA
163	4	684	CONSULTORIO AUXILIAR DE HIGUERAS
164	4	685	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENAFAER

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
165	4	686	CONSULTORIO AUXILIAR DE FUENTE LA REINA
166	4	750	CONSULTORIO AUXILIAR DE PORT DE SAGUNT / PUERTO DE SAGUNTO EL BALADRE
167	4	974	CENTRO SALUD SAGUNTO II
168	4	2.312	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAGUNT / SAGUNTO RAVAL
169	4	2.685	CONSULTORIO AUXILIAR DE PLAYA DE CANET D EN BERENGUER
170	5	144	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBORAYA RACO DE SANT LLORENS
171	5	145	CENTRO DE SALUD DE ALMASSERA
172	5	146	CONSULTORIO AUXILIAR DE BONREPOS I MIRAMBELL
173	5	147	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBALAT DELS SORELLS
174	5	148	CENTRO DE SALUD DE FOIOS
175	5	149	CONSULTORIO AUXILIAR DE VINALESA
176	5	150	CENTRO DE SALUD DE MASSAMAGRELL
177	5	151	CONSULTORIO AUXILIAR DE MASSAMAGRELL BARRIO DE LA MAGDALENA
178	5	152	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA POBLA DE FARNALS PLAYA
179	5	153	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA POBLA DE FARNALS
180	5	155	CENTRO DE SALUD DE MELIANA
181	5	156	CENTRO DE SALUD DE MUSEROS
182	5	157	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBUIXECH
183	5	158	CONSULTORIO AUXILIAR DE MASSALFASSAR
184	5	160	CENTRO DE SALUD DE RAFELBUNYOL / RAFELBUÑOL
185	5	161	CENTRO DE SALUD DE TAVERNES BLANQUES
186	5	163	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA BENIMACLET
187	5	164	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA SALVADOR PAU
188	5	165	CONSULTORIO DE VALENCIA CHILE
189	5	166	CONSULTORIO DE VALENCIA L ALGUER
190	5	168	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA REPUBLICA ARGENTINA
191	5	169	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA TRAFALGAR
192	5	170	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA MALVARROSA
193	5	171	CONSULTORIO DE VALENCIA VICENTE BRULL
194	5	172	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA LA PUNTA
195	5	173	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA NAZARET
196	5	670	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA SERRERIA 1
197	5	671	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA SERRERIA 2
198	5	739	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBORAYA LA PATACONA
199	5	740	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBORAYA PORT SAPLAYA
200	5	775	CENTRO DE SALUD DE ALBORAYA
201	5	977	CENTRO SALUD VALENCIA CLINICO
202	5	2.576	CONSULTORIO AUXILIAR DE MELIANA BARRIO ROCA
203	6	174	CENTRO DE SALUD DE ADEMUZ
204	6	179	CENTRO DE SALUD DE BENAGUASIL
205	6	180	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA BENIMAMET
206	6	181	CENTRO DE SALUD DE BETERA
207	6	182	CONSULTORIO AUXILIAR DE NAQUERA
208	6	183	CONSULTORIO AUXILIAR DE SERRA
209	6	184	CENTRO DE SALUD DE BURJASSOT 2
210	6	185	CENTRO DE SALUD DE BURJASSOT 1
211	6	187	CONSULTORIO AUXILIAR DE CALLES
212	6	188	CENTRO DE SALUD DE CHELVA
213	6	189	CONSULTORIO AUXILIAR DE TUEJAR
214	6	190	CENTRO DE SALUD DE L ELIANA
215	6	191	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN ANTONIO DE BENAGEBER
216	6	192	CENTRO DE SALUD DE GODELLA
217	6	193	CONSULTORIO AUXILIAR DE ROCAFORT
218	6	194	CENTRO DE SALUD DE LLIRIA
219	6	195	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALCUBLAS
220	6	196	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENISANO
221	6	197	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASINOS

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
222	6	198	CONSULTORIO AUXILIAR DE DOMEÑO
223	6	199	CONSULTORIO AUXILIAR DE GATOVA
224	6	200	CONSULTORIO AUXILIAR DE MARINES
225	6	201	CONSULTORIO AUXILIAR DE OLOCAU
226	6	203	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALFARA DEL PATRIARCA
227	6	204	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA MASARROCHOS
228	6	205	CENTRO DE SALUD DE MONCADA
229	6	206	CENTRO DE SALUD DE PATERNA
230	6	207	CONSULTORIO AUXILIAR DE PATERNA LA CAÑADA
231	6	208	CONSULTORIO AUXILIAR DE PATERNA LA COMA
232	6	209	CENTRO DE SALUD DE LA POBLA DE VALLBONA
233	6	212	CENTRO DE SALUD DE TITAGUAS
234	6	213	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALPUENTE
235	6	214	CONSULTORIO AUXILIAR DE ARAS DE LOS OLMOS
236	6	215	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA YESA
237	6	216	CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT
238	6	217	CENTRO DE SALUD DE VILLAR DEL ARZOBISPO
239	6	218	CONSULTORIO AUXILIAR DE ANDILLA
240	6	219	CONSULTORIO AUXILIAR DE CHULILLA
241	6	220	CONSULTORIO AUXILIAR DE HIGUERUELAS
242	6	221	CONSULTORIO AUXILIAR DE LOSA DEL OBISPO
243	6	222	CONSULTORIO AUXILIAR DE SOT DE CHERA
244	6	223	CENTRO DE SALUD DE PEDRALBA
245	6	224	CONSULTORIO AUXILIAR DE BUGARRA
246	6	225	CONSULTORIO AUXILIAR DE GESTALGAR
247	6	672	CONSULTORIO AUXILIAR DE PATERNA TERRAMELAR
248	6	2.134	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONCADA SAN ISIDRO DE BENAGEBER
249	6	2.737	CONSULTORIO AUXILIAR DE PATERNA VALTERNA
250	6	2.813	CONSULTORIO AUXILIAR DE PATERNA CAMPAMENTO
251	7	238	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA ECONOMISTA GAY
252	7	239	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA TRINITAT
253	7	240	CONSULTORIO DE VALENCIA BILBAO
254	7	241	CENTRO DE SALUD VALENCIA BENICALAP AZUCENA
255	7	242	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA SALVADOR ALLENDE
256	7	243	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA ARQUITECTO TOLSA
257	7	244	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA MARCO MERENCIANO
258	7	245	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA BENIFARAIG
259	7	246	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA CARPESA
260	7	308	CENTRO DE SALUD VALENCIA BENICALAP MIGUEL SERVET
261	7	688	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA TENDETES
262	7	689	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA BORBOTO
263	7	690	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA POBLE NOU
264	7	2.548	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA CAMPANAR
265	8	247	CENTRO DE SALUD DE AYORA
266	8	248	CONSULTORIO AUXILIAR DE TERESA DE COFRENTES
267	8	249	CONSULTORIO AUXILIAR DE ZARRA
268	8	250	CONSULTORIO AUXILIAR DE CAMPORROBLES
269	8	251	CENTRO DE SALUD DE CAUDETE DE LAS FUENTES
270	8	252	CONSULTORIO AUXILIAR DE FUENTERROBLES
271	8	253	CONSULTORIO AUXILIAR DE VENTA DEL MORO
272	8	254	CONSULTORIO AUXILIAR DE VILLARGORDO DEL CABRIEL
273	8	255	CENTRO DE SALUD DE COFRENTES
274	8	256	CONSULTORIO AUXILIAR DE CORTES DE PALLAS
275	8	257	CONSULTORIO AUXILIAR DE JALANCE
276	8	258	CONSULTORIO AUXILIAR DE JARAFUEL
277	8	260	CONSULTORIO AUXILIAR DE REQUENA CAMPO ARCIS
278	8	261	CONSULTORIO AUXILIAR DE CHERA

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
279	8	262	CONSULTORIO AUXILIAR DE REQUENA LOS PEDRONES
280	8	263	CONSULTORIO DE REQUENA
281	8	264	CONSULTORIO AUXILIAR DE REQUENA SAN ANTONIO
282	8	265	CONSULTORIO AUXILIAR DE SIETE AGUAS
283	8	266	CONSULTORIO AUXILIAR DE REQUENA LOS ISIDROS
284	8	267	CENTRO DE SALUD DE UTIEL
285	8	268	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENAGEBER
286	8	270	CONSULTORIO AUXILIAR DE SINARCAS
287	8	638	CONSULTORIO AUXILIAR DE REQUENA CASAS DE EUFEMIA
288	8	641	CONSULTORIO AUXILIAR DE UTIEL LAS CUEVAS
289	8	698	CONSULTORIO AUXILIAR DE UTIEL LAS CASAS
290	8	699	CONSULTORIO AUXILIAR DE CORRALES
291	8	700	CONSULTORIO AUXILIAR DE UTIEL LA TORRE
292	8	972	CENTRO DE SALUD DE REQUENA
293	9	271	CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS
294	9	272	CENTRO DE SALUD DE ALDAIA
295	9	273	CENTRO DE SALUD ALDAIA BARRIO DEL CRISTO
296	9	274	CONSULTORIO AUXILIAR DE DOS AGUAS
297	9	275	CONSULTORIO AUXILIAR DE MILLARES
298	9	276	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONTROY
299	9	277	CENTRO DE SALUD DE MONTSERRAT
300	9	278	CONSULTORIO AUXILIAR DE REAL DE MONTROI
301	9	279	CENTRO DE SALUD DE PAIPORTA
302	9	280	CENTRO DE SALUD DE PICANYA
303	9	281	CENTRO DE SALUD DE PICASSENT
304	9	282	CENTRO DE SALUD DE TORRENT
305	9	284	CONSULTORIO AUXILIAR DE TORRENT
306	9	285	CENTRO DE SALUD DE XIRIVELLA
307	9	286	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA NAPOLES Y SICILIA
308	9	288	CONSULTORIO DE VALENCIA GIL Y MORTE
309	9	289	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA PINTOR STOLZ
310	9	290	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA VIRGEN DE LA FUENSANTA
311	9	291	CONSULTORIO AUXILIAR DE XIRIVELLA BARRIO DE LA LUZ
312	9	616	CONSULTORIO AUXILIAR DE TORRENT MONTE-VEDAT
313	9	2.019	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA GUILLEM DE CASTRO
314	9	2.549	CENTRO DE SALUD DE TORRENT II
315	9	2.595	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA SAN ISIDRO
316	10	292	CENTRO DE SALUD DE ALBAL
317	10	293	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIPARRELL
318	10	294	CENTRO DE SALUD DE ALCASSER
319	10	296	CENTRO DE SALUD DE ALFAFAR
320	10	297	CONSULTORIO DE ALFAFAR PARQUE ALCOSA
321	10	298	CENTRO DE SALUD DE BENETUSSER
322	10	299	CENTRO DE SALUD DE CATARROJA
323	10	300	CENTRO DE SALUD DE MASSANASSA
324	10	301	CENTRO DE SALUD DE SEDAVI
325	10	302	CENTRO DE SALUD DE SILLA
326	10	303	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA RUZafa
327	10	304	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA PADRE JOFRE
328	10	306	CONSULTORIO DE VALENCIA VICENTE CLAVEL
329	10	307	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA ING.J.BENLLOCH
330	10	309	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA CARRETERA DE ARTES
331	10	310	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA FUENTE DE SAN LUIS
332	10	311	CONSULTORIO DE VALENCIA LUIS OLIAG
333	10	312	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA SAN MARCELINO
334	10	313	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA PINEDO
335	10	314	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA CASTELLAR

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
336	10	315	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA EL PALMAR
337	10	316	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA HORNO DE ALCEDO
338	10	707	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA PLAZA SEGOVIA
339	10	708	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA EL SALER
340	10	709	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA PERELLONET
341	10	2.424	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA LA TORRE
342	10	2.543	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA LUIS OLIAG-MONTEOLIVETE
343	11	317	CENTRO DE SALUD DE ALBERIC
344	11	318	CONSULTORIO AUXILIAR DE ANTELLA
345	11	319	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIMUSLEM
346	11	320	CONSULTORIO AUXILIAR DE GAVARDA
347	11	321	CONSULTORIO AUXILIAR DE MASALAVES
348	11	322	CONSULTORIO AUXILIAR DE TOUS
349	11	323	CENTRO DE SALUD DE ALZIRA
350	11	324	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA BARRACA D AIGÜES VIVES
351	11	325	CONSULTORIO AUXILIAR DE CORBERA
352	11	326	CONSULTORIO AUXILIAR DE LLAURI
353	11	327	CENTRO DE SALUD DE L ALCUDIA
354	11	328	CENTRO DE SALUD DE GUADASSUAR
355	11	329	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALGEMESI
356	11	330	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBALAT DE LA RIBERA
357	11	331	CENTRO DE SALUD DE ALGINET
358	11	332	CENTRO DE SALUD DE BENIFAIO
359	11	333	CENTRO DE SALUD DE ALMUSAFES
360	11	334	CONSULTORIO DE SOLLANA
361	11	335	CENTRO DE SALUD DE CARCAIXENT
362	11	336	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALFARP
363	11	337	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIMODO
364	11	338	CENTRO DE SALUD DE CARLET
365	11	339	CENTRO DE SALUD DE CATADAU
366	11	340	CONSULTORIO AUXILIAR DE LLOMBAI
367	11	341	CENTRO DE SALUD DE CULLERA
368	11	342	CONSULTORIO AUXILIAR DE FAVARA
369	11	343	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENICULL DE XUQUER
370	11	344	CONSULTORIO AUXILIAR DE SUECA EL PERELLO
371	11	345	CONSULTORIO AUXILIAR DE FORTALENY
372	11	346	CONSULTORIO AUXILIAR DE POLINYA DE XUQUER
373	11	347	CONSULTORIO AUXILIAR DE RIOLA
374	11	348	CENTRO DE SALUD DE SUECA
375	11	349	CONSULTORIO AUXILIAR DE SUECA MARENY DE BARRAQUETES
376	11	579	CENTRO DE SALUD DE ALGEMESI
377	11	719	CONSULTORIO AUXILIAR DE CULLERA MARENY DE SANT LLORENÇ
378	11	734	CONSULTORIO AUXILIAR DE CULLERA EL FARO
379	11	735	CONSULTORIO AUXILIAR DE CULLERA OASIS
380	11	755	CONSULTORIO AUXILIAR DE CULLERA EL RACO
381	11	961	CONSULTORIO AUXILIAR LA RIBERA
382	11	2.352	CENTRO DE SALUD ALZIRA II SANTS PATRONS
383	11	2.731	CENTRO DE SALUD DE CULLERA RAVAL
384	12	350	CENTRO DE SALUD DE BELLREGUARD
385	12	351	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALMOINES
386	12	352	CONSULTORIO AUXILIAR DE L ALQUERIA DE LA COMTESSA
387	12	353	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIARJO
388	12	354	CONSULTORIO AUXILIAR DE DAIMUS
389	12	355	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA FONT D EN CARROS
390	12	356	CONSULTORIO AUXILIAR DE MIRAMAR
391	12	357	CONSULTORIO AUXILIAR DE PILES
392	12	358	CONSULTORIO AUXILIAR DE POTRIES

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
393	12	359	CONSULTORIO AUXILIAR DE RAFELCOFER
394	12	360	CENTRO DE SALUD DE CASTELLO DE RUGAT
395	12	361	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONTICHELVO
396	12	362	CONSULTORIO AUXILIAR DE OTOS
397	12	363	CONSULTORIO AUXILIAR DE SALEM
398	12	366	CONSULTORIO AUXILIAR DE BARX
399	12	367	CONSULTORIO AUXILIAR DE GANDIA BENIOPA
400	12	368	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIRREDRA
401	12	369	CONSULTORIO AUXILIAR DE REAL DE GANDIA
402	12	370	CENTRO DE SALUD DE GANDIA GRAU
403	12	371	CONSULTORIO AUXILIAR DE XERACO
404	12	372	CONSULTORIO AUXILIAR DE XERESA
405	12	373	CENTRO DE SALUD DE OLIVA
406	12	374	CONSULTORIO AUXILIAR DE PALMA DE GANDIA
407	12	375	CONSULTORIO AUXILIAR DE ADOR
408	12	376	CONSULTORIO AUXILIAR DE LLOCNOU DE SANT JERONI
409	12	377	CONSULTORIO AUXILIAR DE ROTOVA
410	12	378	CENTRO DE SALUD DE VILLALONGA
411	12	379	CENTRO DE SALUD DE TAVERNES DE VALLDIGNA
412	12	380	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIFAIRO DE LA VALLDIGNA
413	12	381	CONSULTORIO AUXILIAR DE SIMAT DE LA VALLDIGNA
414	12	619	CENTRO DE SALUD DE GANDIA BENIOPA
415	12	647	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENICOLET
416	12	723	CENTRO DE SALUD DE GANDIA COREA
417	12	724	CONSULTORIO AUXILIAR DE PALMERA
418	12	725	CONSULTORIO AUXILIAR DE AIELO DE RUGAT
419	12	774	CONSULTORIO AUXILIAR DE OLIVA SAN FRANCESC
420	12	1.567	CONSULTORIO AUXILIAR DE GANDIA RAVAL
421	12	2.336	CONSULTORIO AUXILIAR DE RUGAT
422	12	2.337	CONSULTORIO AUXILIAR DE TERRATEIG
423	12	2.340	CONSULTORIO AUXILIAR DE GUARDAMAR DE LA SAFOR
424	12	2.342	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIATJAR
425	12	2.344	CONSULTORIO AUXILIAR DE RAFOL DE SALEM
426	12	2.345	CONSULTORIO AUXILIAR DE TAVERNES DE LA VALLDIGNA PLAYA
427	12	2.346	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALMISERA
428	12	2.347	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALFAUIR
429	12	2.348	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTELLONET DE LA CONQUESTA
430	13	382	CENTRO DE SALUD DE BENISSA
431	13	383	CONSULTORIO AUXILIAR DE XALO / JALON
432	13	384	CENTRO DE SALUD DE CALP / CALPE
433	13	385	CENTRO DE SALUD DE DENIA
434	13	386	CENTRO DE SALUD DE GATA DE GORGOS
435	13	387	CENTRO DE SALUD DE XABIA / JAVEA
436	13	389	CENTRO DE SALUD DE ONDARA
437	13	390	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIARBEIG
438	13	391	CENTRO DE SALUD DE ORBA
439	13	392	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTELL DE CASTELLS
440	13	393	CONSULTORIO AUXILIAR DE PARCENT
441	13	394	CONSULTORIO AUXILIAR DE SANET I NEGRALS
442	13	395	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA VALL DE LAGUAR FLEIX
443	13	396	CENTRO DE SALUD DE PEDREGUER
444	13	397	CENTRO DE SALUD DE PEGO
445	13	398	CONSULTORIO AUXILIAR DE ADSUBIA
446	13	399	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALL D EBO
447	13	400	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALL DE GALLINERA BENIALI
448	13	401	CONSULTORIO AUXILIAR DE TEULADA BENITATXELL
449	13	402	CENTRO DE SALUD DE TEULADA

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
450	13	403	CENTRO DE SALUD DE EL VERGER
451	13	404	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELS POBLETS
452	13	620	CONSULTORIO AUXILIAR DE DENIA LA XARA
453	13	621	CENTRO DE SALUD DE XABIA / JAVEA ADUANAS
454	13	622	CONSULTORIO AUXILIAR DE TEULADA MORAIRA
455	13	623	CONSULTORIO AUXILIAR DE CALP CASA DEL MAR
456	13	643	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALCALALI
457	13	644	CONSULTORIO AUXILIAR DE LLIBER
458	13	645	CONSULTORIO AUXILIAR DE SENIJA
459	13	646	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIDOLEIG
460	13	757	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA VALL DE LAGUAR BENIMAURELL
461	13	758	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIMELI
462	13	759	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA VALL DE LAGUAR CAMPPELL
463	13	760	CONSULTORIO AUXILIAR DE TORMOS
464	13	761	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIGEMBLA
465	13	762	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAGRA
466	13	763	CONSULTORIO AUXILIAR DE EL RAFOL DE D ALMUNIA
467	13	764	CONSULTORIO AUXILIAR DE MURLA
468	13	765	CONSULTORIO AUXILIAR DE GATA JESUS POBRE
469	13	766	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALCALALI LLOSA DE CAMATXO
470	13	767	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALL DE GALLINERA ALPATRO
471	13	768	CONSULTORIO AUXILIAR DE FORNA ADSUBIA
472	13	769	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALL DE GALLINERA BENIRRAMA
473	13	770	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALL DE GALLINERA BENISSILI
474	13	771	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALL DE GALLINERA BENISSIVA
475	14	405	CENTRO DE SALUD DE ALBAIDA
476	14	406	CONSULTORIO AUXILIAR DE ATZENETA D ALBAIDA
477	14	407	CONSULTORIO AUXILIAR DE AGULLENT
478	14	408	CONSULTORIO AUXILIAR DE BELGIDA
479	14	409	CONSULTORIO AUXILIAR DE EL PALOMAR
480	14	410	CENTRO DE SALUD DE L ALCUDIA DE CRESPINS
481	14	412	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONTESA
482	14	413	CENTRO DE SALUD DE BENIGANIM
483	14	414	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA POBLA DEL DUC
484	14	415	CENTRO DE SALUD DE BOCAIRENT
485	14	417	CENTRO DE SALUD DE CANALS
486	14	418	CENTRO DE SALUD DE CARCER
487	14	419	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALCANTERA DE XUQUER
488	14	420	CONSULTORIO AUXILIAR DE COTES
489	14	421	CONSULTORIO AUXILIAR DE SUMACARCER
490	14	422	CENTRO DE SALUD DE CHELLA
491	14	423	CONSULTORIO AUXILIAR DE ANNA
492	14	424	CONSULTORIO AUXILIAR DE BOLBAITE
493	14	425	CENTRO DE SALUD DE ENGUERA
494	14	426	CENTRO DE SALUD DE LLUTXENT
495	14	427	CONSULTORIO AUXILIAR DE QUATRETONDA
496	14	428	CONSULTORIO AUXILIAR DE MANUEL
497	14	429	CONSULTORIO AUXILIAR DE L ENOVA
498	14	430	CONSULTORIO AUXILIAR DE RAFELGUARAF
499	14	431	CENTRO DE SALUD DE LA POBLA LLARGA
500	14	432	CENTRO DE SALUD DE MOIXENT / MOGENTE
501	14	433	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA FONT DE LA FIGUERA
502	14	434	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALLADA
503	14	435	CENTRO DE SALUD DE NAVARRES
504	14	436	CONSULTORIO AUXILIAR DE BICORP
505	14	437	CONSULTORIO AUXILIAR DE QUESA
506	14	438	CENTRO DE SALUD DE L OLLERIA

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
507	14	439	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALFARRASI
508	14	440	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONTAVERNER
509	14	441	CENTRO DE SALUD DE ONTINYENT SAN RAFAEL
510	14	442	CONSULTORIO AUXILIAR DE AIELO DE MALFERIT
511	14	443	CONSULTORIO AUXILIAR DE FONTANAR DELS AFORINS
512	14	444	CENTRO DE SALUD DE ONTINYENT AVDA. ALBAIDA
513	14	445	CENTRO DE SALUD DE VILLANUEVA DE CASTELLON
514	14	446	CENTRO DE SALUD DE XATIVA
515	14	447	CONSULTORIO AUXILIAR DE BARXETA
516	14	448	CONSULTORIO AUXILIAR DE GENOVES
517	14	449	CONSULTORIO AUXILIAR DE LLANERA DE RANES
518	14	450	CONSULTORIO AUXILIAR DE NOVETLE
519	14	452	CENTRO DE SALUD DE LA LLOSA DE RANES
520	14	453	CONSULTORIO AUXILIAR DE ROTGLA I CORBERA
521	14	582	CENTRO DE SALUD DE ONTINYENT EL BARRANQUET
522	14	609	CONSULTORIO AUXILIAR DE SENYERA
523	14	636	CONSULTORIO AUXILIAR DE XATIVA
524	14	648	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENEIXIDA
525	14	649	CONSULTORIO AUXILIAR DE SELLENT
526	14	650	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN JUAN DE ENOVA
527	14	651	CONSULTORIO AUXILIAR DE LLOC NOU D EN FENOLLET
528	14	731	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENISUERA
529	14	732	CONSULTORIO AUXILIAR DE SEMPERE
530	14	733	CONSULTORIO AUXILIAR DE GUADASEQUIES
531	14	1.339	CONSULTORIO AUXILIAR DE BELLUS
532	14	2.020	CONSULTORIO AUXILIAR DE CANALS AIACOR
533	14	2.196	CONSULTORIO AUXILIAR DE XATIVA TORRE LLORIS
534	15	454	CENTRO DE SALUD DE ALCOI / ALCOY PLAÇA DE DINS
535	15	455	CENTRO DE SALUD DE ALCOI / ALCOY LA FABRICA
536	15	456	CENTRO DE SALUD DE ALCOI / ALCOY LA BASSA
537	15	457	CENTRO DE SALUD DE BANYERES DE MARIOLA
538	15	458	CENTRO DE SALUD DE BENILLOBA
539	15	459	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALCOLEJA
540	15	460	CONSULTORIO AUXILIAR DE BALONES
541	15	461	CONSULTORIO AUXILIAR DE GORGA
542	15	462	CONSULTORIO AUXILIAR DE PENAGUILA
543	15	463	CONSULTORIO AUXILIAR DE QUATRETONDETA
544	15	464	CENTRO DE SALUD DE CASTALLA
545	15	465	CENTRO DE SALUD DE COCENTAINA
546	15	466	CENTRO DE SALUD DE IBI
547	15	467	CENTRO DE SALUD DE MURO DE ALCOY
548	15	468	CONSULTORIO AUXILIAR DE AGRES
549	15	469	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIARRES
550	15	470	CONSULTORIO AUXILIAR DE L ORXA / LORCHA
551	15	471	CONSULTORIO AUXILIAR DE PLANES
552	15	472	CENTRO DE SALUD DE ONIL
553	15	654	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALCOI / ALCOY BATOY
554	15	2.238	CONSULTORIO AUXILIAR DE MILLENA
555	15	2.805	CENTRO DE SALUD DE IBI II
556	16	473	CENTRO DE SALUD DE L ALFAS DEL PI
557	16	474	CENTRO DE SALUD DE ALTEA
558	16	475	CONSULTORIO DE BENIDORM TOMAS ORTUÑO
559	16	476	CENTRO DE SALUD DE CALLOSA D EN SARRIA
560	16	477	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIMANTELL
561	16	478	CONSULTORIO AUXILIAR DE TARBENA
562	16	479	CENTRO DE SALUD DE LA NUCIA
563	16	480	CONSULTORIO AUXILIAR DE POLOP

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
564	16	481	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA VILA JOIOSA/VILLAJOSYOSA SANTA MARTA
565	16	482	CONSULTORIO AUXILIAR DE FINESTRAT
566	16	483	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORXETA
567	16	484	CONSULTORIO AUXILIAR DE RELLEU
568	16	485	CONSULTORIO AUXILIAR DE SELLA
569	16	600	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIDORM RINCON DE LOIX
570	16	617	CENTRO DE SALUD DE BENIDORM LES FOIETES
571	16	637	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALTEA
572	16	655	CONSULTORIO AUXILIAR DE L ALFAS DEL PI L ALBIR
573	16	656	CENTRO DE SALUD DE BENIDORM LA CALA
574	16	659	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALTEA ISM
575	16	710	CONSULTORIO AUXILIAR DE CONFRIDES
576	16	711	CONSULTORIO AUXILIAR DE CONFRIDES ABDET
577	16	712	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIFATO
578	16	713	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIARDA
579	16	714	CONSULTORIO AUXILIAR DE GUADALEST
580	16	715	CONSULTORIO AUXILIAR DE BOLULLA
581	16	2.620	CONSULTORIO AUXILIAR DE FINESTRAT LA CALA
582	16	2.646	CONSULTORIO AUXILIAR LA NUCIA PINAR DE GARAITA
583	16	2.795	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALTEA CASCO ANTIGUO
584	16	2.796	CONSULTORIO AUXILIAR CALA DE VILLAJOSYOSA
585	16	2.959	CENTRO DE SALUD DE LA VILA JOIOSA/VILLAJOSYOSA L ALMASSERA DE TONDA
586	17	486	CONSULTORIO DE ALICANTE PORTUGAL
587	17	487	CONSULTORIO DE ALICANTE SANTA FAZ
588	17	488	CENTRO DE SALUD ALACANT / ALICANTE SANTA FAZ
589	17	489	CENTRO DE SALUD DE ALACANT / ALICANTE HOSPITAL PROVINCIAL
590	17	490	CENTRO DE SALUD DE ALACANT / ALICANTE JUAN XXIII
591	17	491	CONSULTORIO AUXILIAR DE AIGUES
592	17	492	CENTRO DE SALUD DE EL CAMPELLO
593	17	494	CENTRO DE SALUD DE XIXONA / JIJONA
594	17	495	CONSULTORIO AUXILIAR DE TIBI
595	17	496	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA TORRE DE LES MAÇANES / TORREMANZANAS
596	17	498	CENTRO DE SALUD DE MUTXAMEL
597	17	499	CONSULTORIO AUXILIAR DE BUSOT
598	17	500	CENTRO DE SALUD DE SANT JOAN D ALACANT
599	17	624	CENTRO DE SALUD DE ALACANT / ALICANTE CABO HUERTAS
600	17	625	CONSULTORIO AUXILIAR PLAYA MUCHAVISTA
601	17	631	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALICANTE PLAYA DE SANT JOAN D ALACANT
602	17	1.234	CENTRO SALUD SAN JUAN DE ALICANTE
603	17	2.351	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALICANTE VISTAHERMOSA
604	17	2.738	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELS POBLETS COVETA FUMA
605	17	50.393	CONSULTORIO AUXILIAR DE MUTXAMEL LA HUERTA
606	18	501	CENTRO DE SALUD DE ASPE
607	18	502	CONSULTORIO AUXILIAR DE HONDON DE LOS FRAILES
608	18	503	CONSULTORIO AUXILIAR DE HONDON DE LAS NIEVES
609	18	504	CENTRO DE SALUD DE BIAR
610	18	505	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENEJAMA
611	18	506	CONSULTORIO AUXILIAR DE CAÑADA
612	18	508	CENTRO DE SALUD DE ELDA ACACIAS
613	18	509	CENTRO DE SALUD DE MONOVER / MONOVAR
614	18	510	CENTRO DE SALUD DE NOVELDA
615	18	511	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA ROMANA
616	18	512	CENTRO DE SALUD DE PETRER 1
617	18	513	CENTRO DE SALUD DE EL PINOS / PINOSO
618	18	514	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALGUEÑA
619	18	515	CENTRO DE SALUD DE SAX
620	18	516	CONSULTORIO AUXILIAR DE SALINAS

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
621	18	517	CENTRO DE SALUD DE VILLENA 1
622	18	518	CENTRO DE SALUD DE VILLENA 2
623	18	519	CONSULTORIO AUXILIAR DE VILLENA LA ENCINA
624	18	703	CONSULTORIO AUXILIAR DE EL CAMP DE MIRRA / CAMPO DE MIRRA
625	18	704	CENTRO DE SALUD ELDA MARINA ESPAÑOLA
626	18	705	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELDA AVDA. SAX
627	18	706	CENTRO DE SALUD DE PETRER 2
628	18	1.215	CENTRO SALUD DE ELDA
629	18	2.206	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONOVER / MONOVAR CASES DEL SENYOR
630	19	522	CENTRO DE SALUD DE ALICANTE BABEL
631	19	523	CENTRO DE SALUD DE ALICANTE FLORIDA
632	19	524	CENTRO DE SALUD DE ALICANTE LOS ANGELES
633	19	525	CENTRO DE SALUD DE ALICANTE CIUDAD JARDIN
634	19	526	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALICANTE VILAFRANQUEZA
635	19	527	CENTRO DE SALUD DE AGOST
636	19	528	CENTRO DE SALUD DE MONFORTE DEL CID
637	19	529	CENTRO DE SALUD DE SAN VICENTE DEL RASPEIG I
638	19	630	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALICANTE SAN GABRIEL
639	19	741	CENTRO DE SALUD DE ALICANTE SAN BLAS
640	19	778	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALICANTE LA CAÑADA
641	19	779	CENTRO DE SALUD DE SAN VICENTE DEL RASPEIG II
642	19	780	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALICANTE REBOLLEDO
643	19	2.087	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN VICENTE DEL RASPEIG COLONIA SANTA ISABEL
644	19	2.425	CENTRO DE SALUD DE ALICANTE PARQUE LO MORANT
645	19	2.779	CENTRO DE SALUD DE CAMPOAMOR
646	20	530	CENTRO DE SALUD DE CREVILLEN
647	20	531	CENTRO DE SALUD DE ELX / ELCHE EL TOSCAR
648	20	532	CENTRO DE SALUD DE ELX / ELCHE CARRUS
649	20	535	CENTRO DE SALUD DE ELX / ELCHE ALTABIX
650	20	536	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE MARINA
651	20	537	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE JOSE M ^º PEMAN
652	20	538	CONSULTORIO DE ELX / ELCHE SAN FERMIN
653	20	539	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE TORRELLANO
654	20	540	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE PERLETA MAITINO
655	20	541	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE VALVERDE
656	20	542	CENTRO DE SALUD DE SANTA POLA
657	20	612	CONSULTORIO AUXILIAR DE SANTA POLA GRAN ALACANT
658	20	629	CONSULTORIO AUXILIAR DE SANTA POLA CASA DEL MAR
659	20	674	CENTRO DE SALUD DE ELX / ELCHE EL RAVAL
660	20	691	CENTRO DE SALUD DE ELX / ELCHE PLA
661	20	702	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE LES BAIES
662	20	717	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE LA FOIA
663	20	727	CONSULTORIO AUXILIAR DE CREVILLEN EL REALENGO
664	20	728	CONSULTORIO AUXILIAR DE CREVILLEN SAN FELIPE NERI
665	20	729	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE LOS ARENALES
666	20	2.289	CENTRO DE SALUD DE ELX / ELCHE DR. SAPENA
667	20	2.908	CENTRO DE SALUD DE ELX/ELCHE L ALTET
668	21	543	CENTRO DE SALUD DE ALBATERA
669	21	544	CENTRO DE SALUD DE ALMORADI
670	21	545	CONSULTORIO AUXILIAR DE DAYA NUEVA
671	21	546	CENTRO DE SALUD DE BIGASTRO
672	21	547	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENEJUZAR
673	21	548	CONSULTORIO AUXILIAR DE JACARILLA
674	21	549	CENTRO DE SALUD DE CALLOSA DE SEGURA
675	21	550	CONSULTORIO AUXILIAR DE COX
676	21	551	CONSULTORIO AUXILIAR DE RAFAL
677	21	552	CONSULTORIO AUXILIAR DE REDOVAN

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
678	21	553	CENTRO DE SALUD DE DOLORES
679	21	554	CONSULTORIO AUXILIAR DE CATRAL
680	21	557	CENTRO DE SALUD DE ORIHUELA PZ. DE LA SALUD
681	21	558	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA BENFERRI
682	21	559	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA LA APARECIDA
683	21	560	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA LA MURADA
684	21	561	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA SAN BARTOLOME
685	21	562	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA LA CAMPANETA
686	21	563	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA L ARNEVA
687	21	564	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA DESAMPARADOS
688	21	565	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA HURCHILLO
689	21	566	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA MOLINS
690	21	567	CENTRO DE SALUD DE ORIHUELA ALVAREZ DE LA RIVA
691	21	575	CONSULTORIO AUXILIAR DE DAYA VIEJA
692	21	632	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN ISIDRO
693	21	633	CONSULTORIO AUXILIAR DE GRANJA DE ROCAMORA
694	21	635	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALGORFA
695	21	742	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA ESCORRATEL
696	21	743	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA LA MATANZA
697	21	744	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA RINCON DE BONANZA
698	21	745	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA VIRGEN DEL CAMINO
699	21	747	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA CORRENTIAS BAJAS
700	22	555	CENTRO DE SALUD DE GUARDAMAR DEL SEGURA
701	22	556	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN FULGENCIO
702	22	568	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIJOFAR
703	22	569	CENTRO DE SALUD DE ROJALES
704	22	570	CONSULTORIO AUXILIAR DE FORMENTERA DEL SEGURA
705	22	571	CENTRO DE SALUD DE TORREVIEJA LA LOMA
706	22	572	CENTRO DE SALUD DE PILAR DE LA HORADADA
707	22	573	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA TORREMENDO
708	22	574	CENTRO DE SALUD DE SAN MIGUEL DE SALINAS
709	22	611	CONSULTORIO AUXILIAR DE LOS MONTESINOS
710	22	615	CENTRO DE SALUD DE TORREVIEJA EL ACEQUION
711	22	658	CENTRO DE SALUD DE ORIHUELA COSTA
712	22	692	CONSULTORIO AUXILIAR DE PILAR DE LA HORADADA TORRE DE LA HORADADA
713	22	693	CENTRO DE SALUD DE TORREVIEJA LA MATA
714	22	695	CONSULTORIO AUXILIAR DE ROJALES CIUDAD QUESADA
715	22	718	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN FULGENCIO EL OASIS
716	22	751	CONSULTORIO AUXILIAR DE TORREVIEJA PATRICIO PEREZ
717	22	777	CONSULTORIO AUXILIAR DE GUARDAMAR DEL SEGURA EL CAMPO
718	22	2.228	CONSULTORIO AUXILIAR DE PILAR DE LA HORADADA MIL PALMERAS
719	22	2.232	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALMORADI HEREDADES
720	22	2.234	CONSULTORIO AUXILIAR DE PILAR DE LA HORADADA PINAR DE CAMPOVERDE
721	22	2.942	CENTRO DE SALUD SAN LUIS TORREVIEJA
722	23	210	CONSULTORIO AUXILIAR DE LORIGUILLA
723	23	211	CENTRO DE SALUD DE RIBA-ROJA DE TURIA
724	23	226	CENTRO DE SALUD DE BUÑOL
725	23	227	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBORACHE
726	23	228	CONSULTORIO AUXILIAR DE MACASTRE
727	23	229	CONSULTORIO AUXILIAR DE YATOVA
728	23	230	CENTRO DE SALUD DE CHESTE
729	23	231	CENTRO DE SALUD DE CHIVA
730	23	232	CENTRO DE SALUD DE MANISES
731	23	233	CENTRO DE SALUD DE MISLATA
732	23	234	CENTRO DE SALUD DE QUART DE POBLET
733	23	235	CONSULTORIO AUXILIAR DE GODELLETA
734	23	236	CENTRO DE SALUD DE TURIS

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
735	23	726	CONSULTORIO AUXILIAR DE MANISES EL CARMEN
736	23	773	CONSULTORIO AUXILIAR DE MANISES ELS XIPRERETS
737	23	2.120	CONSULTORIO AUXILIAR DE CHIVA URB. CALICANTO
738	23	2.121	CONSULTORIO AUXILIAR DE CHIVA URB. SIERRA PERENCHIZA
739	23	2.498	CONSULTORIO AUXILIAR DE MISLATA

Fuente: Elaboración propia. (Centros Salud Estudio.xls)

Anexo II: Centros de salud incluidos en el estudio (575)

Tabla 139: 575 centros de salud incluidos en el estudio

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
1	1	2	CENTRO DE SALUD ALCALA DE XIVERT
2	1	3	CONSULTORIO AUXILIAR DE SANTA MAGDALENA DE PULPIS
3	1	5	CENTRO DE SALUD DE BENICARLO
4	1	6	CONSULTORIO AUXILIAR DE CALIG
5	1	7	CONSULTORIO AUXILIAR DE PEÑISCOLA
6	1	13	CENTRO DE SALUD DE MORELLA
7	1	15	CENTRO DE SALUD DE SANT MATEU
8	1	18	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA SALZADELLA
9	1	21	CENTRO DE SALUD DE TRAIQUERA
10	1	24	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA JANA
11	1	26	CONSULTORIO AUXILIAR DE ROSSELL
12	1	27	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN JORGE / SANT JORDI
13	1	28	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN RAFAEL DEL RIO
14	1	29	CENTRO DE SALUD DE VINAROS
15	1	660	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALCALA DE XIVERT ALCOSSEBRE
16	2	33	CENTRO DE SALUD DE ALBOCASSER
17	2	34	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENASAL
18	2	37	CENTRO DE SALUD DE L ALCORA
19	2	38	CONSULTORIO AUXILIAR DE SANT JOAN DE MORO
20	2	39	CONSULTORIO AUXILIAR DE FIGUEROLES
21	2	40	CENTRO DE SALUD DE ALMASSORA / ALMAZORA
22	2	41	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA BARRANQUET
23	2	44	CENTRO DE SALUD DE BENICASSIM / BENICASIM
24	2	46	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORPESA DEL MAR / OROPESA DEL MAR
25	2	49	CONSULTORIO AUXILIAR DE VILANOVA D ALCOLEA
26	2	54	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA SAN AGUSTIN
27	2	55	CONSULTORIO AUXILIAR DE BORRIOL
28	2	56	CONSULTORIO DE CASTELLON DE LA PLANA CASTALIA
29	2	57	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA PINTOR SOROLLA
30	2	60	CONSULTORIO DE CASTELLON DE LA PLANA 9 D OCTUBRE
31	2	61	CONSULTORIO DE CASTELLON PZ. CONSTITUCION
32	2	62	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA RAFALAFENA
33	2	63	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA CASALDUCH
34	2	64	CONSULTORIO DE CASTELLON DE LA PLANA EL GRAO
35	2	65	CONSULTORIO DE LUCENA DEL CID
36	2	86	CENTRO DE SALUD DE VALL D ALBA
37	2	87	CONSULTORIO AUXILIAR DE CABANES
38	2	88	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA POBLA TORNESA
39	2	90	CONSULTORIO AUXILIAR DE VILAFAMES
40	2	96	CONSULTORIO DE VILAFRANCA DEL CID / VILAFRANCA DEL CID
41	2	101	CENTRO DE SALUD DE LES COVES DE VINROMA
42	2	104	CENTRO DE SALUD DE TORREBLANCA
43	2	202	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA GRAN VIA
44	2	657	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA PALLETER
45	2	664	CONSULTORIO AUXILIAR DE CABANES LA RIBERA
46	2	667	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTELLON DE LA PLANA SAN LORENZO
47	2	738	CONSULTORIO AUXILIAR DE COSTUR
48	2	749	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTELLON DE LA PLANA LA SALERA
49	2	2.802	CENTRO SANITARIO INTEGRADO CASTELLON DE LA PLANA GRAO
50	2	2.824	CENTRO DE SALUD DE CASTELLON DE LA PLANA FERNANDO EL CATOLICO

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
51	3	42	CENTRO DE SALUD DE ARTANA
52	3	43	CONSULTORIO AUXILIAR DE ESLIDA
53	3	50	CENTRO DE SALUD DE BETXI
54	3	51	CENTRO DE SALUD DE BURRIANA
55	3	52	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALQUERIAS DEL NIÑO PERDIDO
56	3	74	CENTRO DE SALUD DE NULES
57	3	75	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA VILAVELLA
58	3	76	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONCOFA
59	3	78	CENTRO DE SALUD DE ONDA
60	3	79	CONSULTORIO AUXILIAR DE FANZARA
61	3	80	CONSULTORIO AUXILIAR DE RIBESALBES
62	3	85	CONSULTORIO AUXILIAR DE SUERA / SUERAS
63	3	91	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALFONDEGUILLA
64	3	93	CENTRO DE SALUD DE LA VALL D UIXO 1
65	3	98	CENTRO DE SALUD DE VILA-REAL / VILLARREAL BOVILA
66	3	99	CENTRO DE SALUD DE VILA-REAL / VILLARREAL CARINYENA
67	3	613	CONSULTORIO AUXILIAR DE BURRIANA PUERTO
68	3	669	CONSULTORIO AUXILIAR DE VILA-REAL / VILLARREAL TORREHERMOSA
69	3	696	CENTRO DE SALUD DE LA VALL D UIXO 2
70	4	105	CENTRO DE SALUD DE ALMENARA
71	4	106	CONSULTORIO AUXILIAR DE XILXES / CHILCHES
72	4	107	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA LLOSA
73	4	108	CENTRO DE SALUD DE ESTIVELLA
74	4	109	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBALAT DELS TARONGERS
75	4	110	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALFARA DE ALGIMIA
76	4	111	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALGAR DE PALANCIA
77	4	112	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALGIMIA DE ALFARA
78	4	113	CONSULTORIO AUXILIAR DE GILET
79	4	114	CENTRO DE SALUD DE FAURA
80	4	115	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIFAIRO DE LES VALLS
81	4	116	CONSULTORIO AUXILIAR DE QUART DE LES VALLS
82	4	117	CONSULTORIO AUXILIAR DE QUARTELL
83	4	118	CENTRO DE SALUD DE PUÇOL
84	4	119	CONSULTORIO AUXILIAR DE CANET D EN BERENGUER
85	4	120	CENTRO DE SALUD DE PUERTO DE SAGUNTO
86	4	121	CENTRO DE SALUD DE PUIG
87	4	122	CENTRO DE SALUD DE SAGUNT / SAGUNTO
88	4	123	CONSULTORIO AUXILIAR DE PETRES
89	4	124	CENTRO DE SALUD DE SEGORBE
90	4	127	CONSULTORIO AUXILIAR DE GELDO
91	4	128	CONSULTORIO AUXILIAR DE NAVAJAS
92	4	129	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALTURA
93	4	130	CENTRO DE SALUD DE VIVER
94	4	133	CONSULTORIO AUXILIAR DE CAUDIEL
95	4	139	CONSULTORIO AUXILIAR DE JERICA
96	4	140	CENTRO DE SALUD DE SONEJA
97	4	143	CONSULTORIO AUXILIAR DE SOT DE FERRER
98	4	676	CONSULTORIO AUXILIAR DE TORRES TORRES
99	4	677	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENAVIDES
100	4	750	CONSULTORIO AUXILIAR DE PORT DE SAGUNT / PUERTO DE SAGUNTO EL BALADRE
101	4	2.312	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAGUNT / SAGUNTO RAVAL
102	4	2.685	CONSULTORIO AUXILIAR DE PLAYA DE CANET D EN BERENGUER
103	5	144	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBORAYA RACO DE SANT LLORENS
104	5	145	CENTRO DE SALUD DE ALMASSERA
105	5	146	CONSULTORIO AUXILIAR DE BONREPOS I MIRAMBELL
106	5	147	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBALAT DELS SORELLS
107	5	148	CENTRO DE SALUD DE FOIOS

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
108	5	149	CONSULTORIO AUXILIAR DE VINALESA
109	5	150	CENTRO DE SALUD DE MASSAMAGRELL
110	5	151	CONSULTORIO AUXILIAR DE MASSAMAGRELL BARRIO DE LA MAGDALENA
111	5	152	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA POBLA DE FARNALS PLAYA
112	5	153	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA POBLA DE FARNALS
113	5	155	CENTRO DE SALUD DE MELIANA
114	5	156	CENTRO DE SALUD DE MUSEROS
115	5	157	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBUIXECH
116	5	158	CONSULTORIO AUXILIAR DE MASSALFASSAR
117	5	160	CENTRO DE SALUD DE RAFELBUNYOL / RAFELBUÑOL
118	5	161	CENTRO DE SALUD DE TAVERNES BLANQUES
119	5	163	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA BENIMACLET
120	5	164	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA SALVADOR PAU
121	5	165	CONSULTORIO DE VALENCIA CHILE
122	5	166	CONSULTORIO DE VALENCIA L ALGUER
123	5	168	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA REPUBLICA ARGENTINA
124	5	169	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA TRAFALGAR
125	5	170	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA MALVARROSA
126	5	171	CONSULTORIO DE VALENCIA VICENTE BRULL
127	5	173	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA NAZARET
128	5	670	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA SERRERIA 1
129	5	671	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA SERRERIA 2
130	5	739	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBORAYA LA PATACONA
131	5	740	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBORAYA PORT SAPLAYA
132	5	775	CENTRO DE SALUD DE ALBORAYA
133	5	2.576	CONSULTORIO AUXILIAR DE MELIANA BARRIO ROCA
134	6	174	CENTRO DE SALUD DE ADEMUZ
135	6	179	CENTRO DE SALUD DE BENAGUASIL
136	6	180	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA BENIMAMET
137	6	181	CENTRO DE SALUD DE BETERA
138	6	182	CONSULTORIO AUXILIAR DE NAQUERA
139	6	183	CONSULTORIO AUXILIAR DE SERRA
140	6	184	CENTRO DE SALUD DE BURJASSOT 2
141	6	185	CENTRO DE SALUD DE BURJASSOT 1
142	6	188	CENTRO DE SALUD DE CHELVA
143	6	189	CONSULTORIO AUXILIAR DE TUEJAR
144	6	190	CENTRO DE SALUD DE L ELIANA
145	6	191	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN ANTONIO DE BENAGEBER
146	6	192	CENTRO DE SALUD DE GODELLA
147	6	193	CONSULTORIO AUXILIAR DE ROCAFORT
148	6	194	CENTRO DE SALUD DE LLIRIA
149	6	195	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALCUBLAS
150	6	196	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENISANO
151	6	197	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASINOS
152	6	198	CONSULTORIO AUXILIAR DE DOMEÑO
153	6	199	CONSULTORIO AUXILIAR DE GATOVA
154	6	200	CONSULTORIO AUXILIAR DE MARINES
155	6	201	CONSULTORIO AUXILIAR DE OLOCAU
156	6	203	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALFARA DEL PATRIARCA
157	6	204	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA MASARROCHOS
158	6	205	CENTRO DE SALUD DE MONCADA
159	6	206	CENTRO DE SALUD DE PATERNA
160	6	207	CONSULTORIO AUXILIAR DE PATERNA LA CAÑADA
161	6	208	CONSULTORIO AUXILIAR DE PATERNA LA COMA
162	6	209	CENTRO DE SALUD DE LA POBLA DE VALLBONA
163	6	213	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALPUENTE
164	6	216	CENTRO DE SALUD DE VILAMARXANT

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
165	6	217	CENTRO DE SALUD DE VILLAR DEL ARZOBISPO
166	6	219	CONSULTORIO AUXILIAR DE CHULILLA
167	6	223	CENTRO DE SALUD DE PEDRALBA
168	6	224	CONSULTORIO AUXILIAR DE BUGARRA
169	6	225	CONSULTORIO AUXILIAR DE GESTALGAR
170	6	672	CONSULTORIO AUXILIAR DE PATERNA TERRAMELAR
171	6	2.134	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONCADA SAN ISIDRO DE BENAGEBER
172	6	2.737	CONSULTORIO AUXILIAR DE PATERNA VALTERNA
173	6	2.813	CONSULTORIO AUXILIAR DE PATERNA CAMPAMENTO
174	7	238	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA ECONOMISTA GAY
175	7	239	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA TRINITAT
176	7	240	CONSULTORIO DE VALENCIA BILBAO
177	7	241	CENTRO DE SALUD VALENCIA BENICALAP AZUCENA
178	7	242	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA SALVADOR ALLENDE
179	7	243	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA ARQUITECTO TOLSA
180	7	244	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA MARCO MERENCIANO
181	7	245	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA BENIFARAIG
182	7	246	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA CARPESA
183	7	308	CENTRO DE SALUD VALENCIA BENICALAP MIGUEL SERVET
184	7	688	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA TENDETES
185	7	689	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA BORBOTO
186	7	690	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA POBLE NOU
187	7	2.548	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA CAMPANAR
188	8	247	CENTRO DE SALUD DE AYORA
189	8	249	CONSULTORIO AUXILIAR DE ZARRA
190	8	250	CONSULTORIO AUXILIAR DE CAMPORROBLES
191	8	251	CENTRO DE SALUD DE CAUDETE DE LAS FUENTES
192	8	252	CONSULTORIO AUXILIAR DE FUENTERROBLES
193	8	254	CONSULTORIO AUXILIAR DE VILLARGORDO DEL CABRIEL
194	8	255	CENTRO DE SALUD DE COFRENTES
195	8	256	CONSULTORIO AUXILIAR DE CORTES DE PALLAS
196	8	258	CONSULTORIO AUXILIAR DE JARAFUEL
197	8	261	CONSULTORIO AUXILIAR DE CHERA
198	8	262	CONSULTORIO AUXILIAR DE REQUENA LOS PEDRONES
199	8	263	CONSULTORIO DE REQUENA
200	8	264	CONSULTORIO AUXILIAR DE REQUENA SAN ANTONIO
201	8	265	CONSULTORIO AUXILIAR DE SIETE AGUAS
202	8	267	CENTRO DE SALUD DE UTIEL
203	8	270	CONSULTORIO AUXILIAR DE SINARCAS
204	8	641	CONSULTORIO AUXILIAR DE UTIEL LAS CUEVAS
205	8	698	CONSULTORIO AUXILIAR DE UTIEL LAS CASAS
206	8	699	CONSULTORIO AUXILIAR DE CORRALES
207	9	271	CENTRO DE SALUD DE ALAQUAS
208	9	272	CENTRO DE SALUD DE ALDAIA
209	9	273	CENTRO DE SALUD ALDAIA BARRIO DEL CRISTO
210	9	274	CONSULTORIO AUXILIAR DE DOS AGUAS
211	9	275	CONSULTORIO AUXILIAR DE MILLARES
212	9	276	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONTROY
213	9	277	CENTRO DE SALUD DE MONTSERRAT
214	9	278	CONSULTORIO AUXILIAR DE REAL DE MONTROI
215	9	279	CENTRO DE SALUD DE PAIPORTA
216	9	280	CENTRO DE SALUD DE PICANYA
217	9	281	CENTRO DE SALUD DE PICASSENT
218	9	282	CENTRO DE SALUD DE TORRENT
219	9	284	CONSULTORIO AUXILIAR DE TORRENT
220	9	285	CENTRO DE SALUD DE XIRIVELLA
221	9	286	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA NAPOLES Y SICILIA

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
222	9	288	CONSULTORIO DE VALENCIA GIL Y MORTE
223	9	289	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA PINTOR STOLZ
224	9	290	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA VIRGEN DE LA FUENSANTA
225	9	291	CONSULTORIO AUXILIAR DE XIRIVELLA BARRIO DE LA LUZ
226	9	616	CONSULTORIO AUXILIAR DE TORRENT MONTE-VEDAT
227	9	2.019	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA GUILLEM DE CASTRO
228	9	2.549	CENTRO DE SALUD DE TORRENT II
229	9	2.595	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA SAN ISIDRO
230	10	292	CENTRO DE SALUD DE ALBAL
231	10	293	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIPARRELL
232	10	294	CENTRO DE SALUD DE ALCASSER
233	10	296	CENTRO DE SALUD DE ALFAFAR
234	10	297	CONSULTORIO DE ALFAFAR PARQUE ALCOSA
235	10	298	CENTRO DE SALUD DE BENETUSSER
236	10	299	CENTRO DE SALUD DE CATARROJA
237	10	300	CENTRO DE SALUD DE MASSANASSA
238	10	301	CENTRO DE SALUD DE SEDAVI
239	10	302	CENTRO DE SALUD DE SILLA
240	10	303	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA RUZAFÀ
241	10	304	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA PADRE JOFRE
242	10	306	CONSULTORIO DE VALENCIA VICENTE CLAVEL
243	10	307	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA ING.J.BENLLOCH
244	10	309	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA CARRETERA DE ARTES
245	10	310	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA FUENTE DE SAN LUIS
246	10	311	CONSULTORIO DE VALENCIA LUIS OLIAG
247	10	312	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA SAN MARCELINO
248	10	313	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA PINEDO
249	10	314	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA CASTELLAR
250	10	315	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA EL PALMAR
251	10	316	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA HORNO DE ALCEDO
252	10	707	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA PLAZA SEGOVIA
253	10	708	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA EL SALER
254	10	709	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA PERELLONET
255	10	2.424	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALENCIA LA TORRE
256	10	2.543	CENTRO DE SALUD DE VALENCIA LUIS OLIAG-MONTEOLIVETE
257	11	317	CENTRO DE SALUD DE ALBERIC
258	11	318	CONSULTORIO AUXILIAR DE ANTELLA
259	11	319	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIMUSLEM
260	11	320	CONSULTORIO AUXILIAR DE GAVARDA
261	11	321	CONSULTORIO AUXILIAR DE MASALAVES
262	11	322	CONSULTORIO AUXILIAR DE TOUS
263	11	323	CENTRO DE SALUD DE ALZIRA
264	11	324	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA BARRACA D AIGÜES VIVES
265	11	325	CONSULTORIO AUXILIAR DE CORBERA
266	11	326	CONSULTORIO AUXILIAR DE LLAURI
267	11	327	CENTRO DE SALUD DE L ALCUDIA
268	11	328	CENTRO DE SALUD DE GUADASSUAR
269	11	329	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALGEMESI
270	11	330	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBALAT DE LA RIBERA
271	11	331	CENTRO DE SALUD DE ALGINET
272	11	332	CENTRO DE SALUD DE BENIFAIO
273	11	333	CENTRO DE SALUD DE ALMUSAFES
274	11	334	CONSULTORIO DE SOLLANA
275	11	335	CENTRO DE SALUD DE CARCAIXENT
276	11	336	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALFARP
277	11	337	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIMODO
278	11	338	CENTRO DE SALUD DE CARLET

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
279	11	339	CENTRO DE SALUD DE CATADAU
280	11	340	CONSULTORIO AUXILIAR DE LLOMBAI
281	11	341	CENTRO DE SALUD DE CULLERA
282	11	342	CONSULTORIO AUXILIAR DE FAVARA
283	11	344	CONSULTORIO AUXILIAR DE SUECA EL PERELLO
284	11	345	CONSULTORIO AUXILIAR DE FORTALENY
285	11	346	CONSULTORIO AUXILIAR DE POLINYA DE XUQUER
286	11	347	CONSULTORIO AUXILIAR DE RIOLA
287	11	348	CENTRO DE SALUD DE SUECA
288	11	349	CONSULTORIO AUXILIAR DE SUECA MARENY DE BARRAQUETES
289	11	579	CENTRO DE SALUD DE ALGEMESI
290	11	734	CONSULTORIO AUXILIAR DE CULLERA EL FARO
291	11	735	CONSULTORIO AUXILIAR DE CULLERA OASIS
292	11	2.352	CENTRO DE SALUD ALZIRA II SANTS PATRONS
293	11	2.731	CENTRO DE SALUD DE CULLERA RAVAL
294	12	350	CENTRO DE SALUD DE BELLREGUARD
295	12	351	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALMOINES
296	12	352	CONSULTORIO AUXILIAR DE L ALQUERIA DE LA COMTESSA
297	12	353	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIARJO
298	12	354	CONSULTORIO AUXILIAR DE DAIMUS
299	12	355	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA FONT D EN CARROS
300	12	356	CONSULTORIO AUXILIAR DE MIRAMAR
301	12	357	CONSULTORIO AUXILIAR DE PILES
302	12	358	CONSULTORIO AUXILIAR DE POTRIES
303	12	359	CONSULTORIO AUXILIAR DE RAFELCOFER
304	12	360	CENTRO DE SALUD DE CASTELLO DE RUGAT
305	12	361	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONTICHELVO
306	12	363	CONSULTORIO AUXILIAR DE SALEM
307	12	366	CONSULTORIO AUXILIAR DE BARX
308	12	367	CONSULTORIO AUXILIAR DE GANDIA BENIOPA
309	12	368	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIRREDRA
310	12	369	CONSULTORIO AUXILIAR DE REAL DE GANDIA
311	12	370	CENTRO DE SALUD DE GANDIA GRAU
312	12	371	CONSULTORIO AUXILIAR DE XERACO
313	12	372	CONSULTORIO AUXILIAR DE XERESA
314	12	373	CENTRO DE SALUD DE OLIVA
315	12	374	CONSULTORIO AUXILIAR DE PALMA DE GANDIA
316	12	375	CONSULTORIO AUXILIAR DE ADOR
317	12	376	CONSULTORIO AUXILIAR DE LLOCNOU DE SANT JERONI
318	12	377	CONSULTORIO AUXILIAR DE ROTOVA
319	12	378	CENTRO DE SALUD DE VILLALONGA
320	12	379	CENTRO DE SALUD DE TAVERNES DE VALLDIGNA
321	12	380	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIFAIRO DE LA VALLDIGNA
322	12	381	CONSULTORIO AUXILIAR DE SIMAT DE LA VALLDIGNA
323	12	619	CENTRO DE SALUD DE GANDIA BENIOPA
324	12	647	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENICOLET
325	12	723	CENTRO DE SALUD DE GANDIA COREA
326	12	724	CONSULTORIO AUXILIAR DE PALMERA
327	12	774	CONSULTORIO AUXILIAR DE OLIVA SAN FRANCESC
328	12	1.567	CONSULTORIO AUXILIAR DE GANDIA RAVAL
329	12	2.340	CONSULTORIO AUXILIAR DE GUARDAMAR DE LA SAFOR
330	13	382	CENTRO DE SALUD DE BENISSA
331	13	383	CONSULTORIO AUXILIAR DE XALO / JALON
332	13	384	CENTRO DE SALUD DE CALP / CALPE
333	13	385	CENTRO DE SALUD DE DENIA
334	13	386	CENTRO DE SALUD DE GATA DE GORGOS
335	13	387	CENTRO DE SALUD DE XABIA / JAVEA

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
336	13	389	CENTRO DE SALUD DE ONDARA
337	13	390	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIARBEIG
338	13	391	CENTRO DE SALUD DE ORBA
339	13	392	CONSULTORIO AUXILIAR DE CASTELL DE CASTELLS
340	13	393	CONSULTORIO AUXILIAR DE PARCENT
341	13	394	CONSULTORIO AUXILIAR DE SANET I NEGRALS
342	13	396	CENTRO DE SALUD DE PEDREGUER
343	13	397	CENTRO DE SALUD DE PEGO
344	13	399	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALL D EBO
345	13	401	CONSULTORIO AUXILIAR DE TEULADA BENITATXELL
346	13	402	CENTRO DE SALUD DE TEULADA
347	13	403	CENTRO DE SALUD DE EL VERGER
348	13	404	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELS POBLETS
349	13	620	CONSULTORIO AUXILIAR DE DENIA LA XARA
350	13	621	CENTRO DE SALUD DE XABIA / JAVEA ADUANAS
351	13	622	CONSULTORIO AUXILIAR DE TEULADA MORAIRA
352	13	646	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIDOLEIG
353	13	765	CONSULTORIO AUXILIAR DE GATA JESUS POBRE
354	14	405	CENTRO DE SALUD DE ALBAIDA
355	14	406	CONSULTORIO AUXILIAR DE ATZENETA D ALBAIDA
356	14	407	CONSULTORIO AUXILIAR DE AGULLENT
357	14	409	CONSULTORIO AUXILIAR DE EL PALOMAR
358	14	410	CENTRO DE SALUD DE L ALCUDIA DE CRESPINS
359	14	412	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONTESA
360	14	413	CENTRO DE SALUD DE BENIGANIM
361	14	414	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA POBLA DEL DUC
362	14	415	CENTRO DE SALUD DE BOCAIRENT
363	14	417	CENTRO DE SALUD DE CANALS
364	14	418	CENTRO DE SALUD DE CARCER
365	14	419	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALCANTERA DE XUQUER
366	14	420	CONSULTORIO AUXILIAR DE COTES
367	14	421	CONSULTORIO AUXILIAR DE SUMACARCER
368	14	422	CENTRO DE SALUD DE CHELLA
369	14	423	CONSULTORIO AUXILIAR DE ANNA
370	14	424	CONSULTORIO AUXILIAR DE BOLBAITE
371	14	425	CENTRO DE SALUD DE ENGUERA
372	14	426	CENTRO DE SALUD DE LLUTXENT
373	14	427	CONSULTORIO AUXILIAR DE QUATRETONDA
374	14	428	CONSULTORIO AUXILIAR DE MANUEL
375	14	429	CONSULTORIO AUXILIAR DE L ENOVA
376	14	430	CONSULTORIO AUXILIAR DE RAFELGUARAF
377	14	431	CENTRO DE SALUD DE LA POBLA LLARGA
378	14	432	CENTRO DE SALUD DE MOIXENT / MOGENTE
379	14	433	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA FONT DE LA FIGUERA
380	14	434	CONSULTORIO AUXILIAR DE VALLADA
381	14	435	CENTRO DE SALUD DE NAVARRES
382	14	436	CONSULTORIO AUXILIAR DE BICORP
383	14	437	CONSULTORIO AUXILIAR DE QUESA
384	14	438	CENTRO DE SALUD DE L OLLERIA
385	14	439	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALFARRASI
386	14	440	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONTAVERNER
387	14	441	CENTRO DE SALUD DE ONTINYENT SAN RAFAEL
388	14	442	CONSULTORIO AUXILIAR DE AIELO DE MALFERIT
389	14	443	CONSULTORIO AUXILIAR DE FONTANAR DELS AFORINS
390	14	444	CENTRO DE SALUD DE ONTINYENT AVDA. ALBAIDA
391	14	445	CENTRO DE SALUD DE VILLANUEVA DE CASTELLON
392	14	446	CENTRO DE SALUD DE XATIVA

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
393	14	447	CONSULTORIO AUXILIAR DE BARXETA
394	14	448	CONSULTORIO AUXILIAR DE GENOVES
395	14	449	CONSULTORIO AUXILIAR DE LLANERA DE RANES
396	14	452	CENTRO DE SALUD DE LA LLOSA DE RANES
397	14	453	CONSULTORIO AUXILIAR DE ROTGLA I CORBERA
398	14	582	CENTRO DE SALUD DE ONTINYENT EL BARRANQUET
399	14	609	CONSULTORIO AUXILIAR DE SENYERA
400	14	636	CONSULTORIO AUXILIAR DE XATIVA
401	14	651	CONSULTORIO AUXILIAR DE LLOC NOU D EN FENOLLET
402	14	2.020	CONSULTORIO AUXILIAR DE CANALS AIACOR
403	15	454	CENTRO DE SALUD DE ALCOI / ALCOY PLAÇA DE DINS
404	15	455	CENTRO DE SALUD DE ALCOI / ALCOY LA FABRICA
405	15	456	CENTRO DE SALUD DE ALCOI / ALCOY LA BASSA
406	15	457	CENTRO DE SALUD DE BANYERES DE MARIOLA
407	15	460	CONSULTORIO AUXILIAR DE BALONES
408	15	462	CONSULTORIO AUXILIAR DE PENAGUILA
409	15	463	CONSULTORIO AUXILIAR DE QUATRETONDETA
410	15	464	CENTRO DE SALUD DE CASTALLA
411	15	465	CENTRO DE SALUD DE COCENTAINA
412	15	466	CENTRO DE SALUD DE IBI
413	15	467	CENTRO DE SALUD DE MURO DE ALCOY
414	15	469	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIARRES
415	15	470	CONSULTORIO AUXILIAR DE L ORXA / LORCHA
416	15	472	CENTRO DE SALUD DE ONIL
417	15	654	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALCOI / ALCOY BATOY
418	15	2.805	CENTRO DE SALUD DE IBI II
419	16	473	CENTRO DE SALUD DE L ALFAS DEL PI
420	16	474	CENTRO DE SALUD DE ALTEA
421	16	475	CONSULTORIO DE BENIDORM TOMAS ORTUÑO
422	16	476	CENTRO DE SALUD DE CALLOSA D EN SARRIA
423	16	477	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIMANTELL
424	16	479	CENTRO DE SALUD DE LA NUCIA
425	16	480	CONSULTORIO AUXILIAR DE POLOP
426	16	481	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA VILA JOIOSA/VILLAJOSYOSA SANTA MARTA
427	16	482	CONSULTORIO AUXILIAR DE FINESTRAT
428	16	483	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORXETA
429	16	484	CONSULTORIO AUXILIAR DE RELLEU
430	16	485	CONSULTORIO AUXILIAR DE SELLA
431	16	600	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIDORM RINCON DE LOIX
432	16	617	CENTRO DE SALUD DE BENIDORM LES FOIETES
433	16	637	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALTEA
434	16	655	CONSULTORIO AUXILIAR DE L ALFAS DEL PI L ALBIR
435	16	656	CENTRO DE SALUD DE BENIDORM LA CALA
436	16	710	CONSULTORIO AUXILIAR DE CONFRIDES
437	16	2.620	CONSULTORIO AUXILIAR DE FINESTRAT LA CALA
438	16	2.646	CONSULTORIO AUXILIAR LA NUCIA PINAR DE GARAITA
439	16	2.795	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALTEA CASCO ANTIGUO
440	16	2.796	CONSULTORIO AUXILIAR CALA DE VILLAJOSYOSA
441	16	2.959	CENTRO DE SALUD DE LA VILA JOIOSA/VILLAJOSYOSA L ALMASSERA DE TONDA
442	17	486	CONSULTORIO DE ALICANTE PORTUGAL
443	17	487	CONSULTORIO DE ALICANTE SANTA FAZ
444	17	488	CENTRO DE SALUD ALACANT / ALICANTE SANTA FAZ
445	17	489	CENTRO DE SALUD DE ALACANT / ALICANTE HOSPITAL PROVINCIAL
446	17	490	CENTRO DE SALUD DE ALACANT / ALICANTE JUAN XXIII
447	17	491	CONSULTORIO AUXILIAR DE AIGUES
448	17	492	CENTRO DE SALUD DE EL CAMPELLO
449	17	494	CENTRO DE SALUD DE XIXONA / JIJONA

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
450	17	495	CONSULTORIO AUXILIAR DE TIBI
451	17	496	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA TORRE DE LES MAÇANES / TORREMANZANAS
452	17	498	CENTRO DE SALUD DE MUTXAMEL
453	17	499	CONSULTORIO AUXILIAR DE BUSOT
454	17	500	CENTRO DE SALUD DE SANT JOAN D ALACANT
455	17	624	CENTRO DE SALUD DE ALACANT / ALICANTE CABO HUERTAS
456	17	625	CONSULTORIO AUXILIAR PLAYA MUCHAVISTA
457	17	631	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALICANTE PLAYA DE SANT JOAN D ALACANT
458	17	2.351	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALICANTE VISTAHERMOSA
459	17	2.738	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELS POBLETS COVETA FUMA
460	17	50.393	CONSULTORIO AUXILIAR DE MUTXAMEL LA HUERTA
461	18	501	CENTRO DE SALUD DE ASPE
462	18	503	CONSULTORIO AUXILIAR DE HONDON DE LAS NIEVES
463	18	504	CENTRO DE SALUD DE BIAR
464	18	505	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENEJAMA
465	18	506	CONSULTORIO AUXILIAR DE CAÑADA
466	18	508	CENTRO DE SALUD DE ELDA ACACIAS
467	18	509	CENTRO DE SALUD DE MONOVER / MONOVAR
468	18	510	CENTRO DE SALUD DE NOVELDA
469	18	511	CONSULTORIO AUXILIAR DE LA ROMANA
470	18	512	CENTRO DE SALUD DE PETRER 1
471	18	513	CENTRO DE SALUD DE EL PINOS / PINOSO
472	18	514	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALGUEÑA
473	18	515	CENTRO DE SALUD DE SAX
474	18	516	CONSULTORIO AUXILIAR DE SALINAS
475	18	517	CENTRO DE SALUD DE VILLENA 1
476	18	518	CENTRO DE SALUD DE VILLENA 2
477	18	704	CENTRO DE SALUD ELDA MARINA ESPAÑOLA
478	18	705	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELDA AVDA. SAX
479	18	706	CENTRO DE SALUD DE PETRER 2
480	18	2.206	CONSULTORIO AUXILIAR DE MONOVER / MONOVAR CASES DEL SENYOR
481	19	522	CENTRO DE SALUD DE ALICANTE BABEL
482	19	523	CENTRO DE SALUD DE ALICANTE FLORIDA
483	19	524	CENTRO DE SALUD DE ALICANTE LOS ANGELES
484	19	525	CENTRO DE SALUD DE ALICANTE CIUDAD JARDIN
485	19	526	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALICANTE VILLAFRANQUEZA
486	19	527	CENTRO DE SALUD DE AGOST
487	19	528	CENTRO DE SALUD DE MONFORTE DEL CID
488	19	529	CENTRO DE SALUD DE SAN VICENTE DEL RASPEIG I
489	19	630	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALICANTE SAN GABRIEL
490	19	741	CENTRO DE SALUD DE ALICANTE SAN BLAS
491	19	778	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALICANTE LA CAÑADA
492	19	779	CENTRO DE SALUD DE SAN VICENTE DEL RASPEIG II
493	19	780	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALICANTE REBOLLEDO
494	19	2.087	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN VICENTE DEL RASPEIG COLONIA SANTA ISABEL
495	19	2.425	CENTRO DE SALUD DE ALICANTE PARQUE LO MORANT
496	19	2.779	CENTRO DE SALUD DE CAMPOAMOR
497	20	530	CENTRO DE SALUD DE CREVILLEN
498	20	531	CENTRO DE SALUD DE ELX / ELCHE EL TOSCAR
499	20	532	CENTRO DE SALUD DE ELX / ELCHE CARRUS
500	20	535	CENTRO DE SALUD DE ELX / ELCHE ALTABIX
501	20	536	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE MARINA
502	20	537	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE JOSE M ^a PEMAN
503	20	538	CONSULTORIO DE ELX / ELCHE SAN FERMIN
504	20	539	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE TORRELLANO
505	20	540	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE PERLETA MAITINO
506	20	541	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE VALVERDE

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
507	20	542	CENTRO DE SALUD DE SANTA POLA
508	20	612	CONSULTORIO AUXILIAR DE SANTA POLA GRAN ALACANT
509	20	674	CENTRO DE SALUD DE ELX / ELCHE EL RAVAL
510	20	691	CENTRO DE SALUD DE ELX / ELCHE PLA
511	20	702	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE LES BAIES
512	20	717	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE LA FOIA
513	20	728	CONSULTORIO AUXILIAR DE CREVILLENTE SAN FELIPE NERI
514	20	729	CONSULTORIO AUXILIAR DE ELX / ELCHE LOS ARENALES
515	20	2.289	CENTRO DE SALUD DE ELX / ELCHE DR. SAPENA
516	20	2.908	CENTRO DE SALUD DE ELX/ELCHE L ALTET
517	21	543	CENTRO DE SALUD DE ALBATERA
518	21	544	CENTRO DE SALUD DE ALMORADI
519	21	546	CENTRO DE SALUD DE BIGASTRO
520	21	547	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENEJUZAR
521	21	548	CONSULTORIO AUXILIAR DE JACARILLA
522	21	549	CENTRO DE SALUD DE CALLOSA DE SEGURA
523	21	550	CONSULTORIO AUXILIAR DE COX
524	21	551	CONSULTORIO AUXILIAR DE RAFAL
525	21	552	CONSULTORIO AUXILIAR DE REDOVAN
526	21	553	CENTRO DE SALUD DE DOLORES
527	21	554	CONSULTORIO AUXILIAR DE CATRAL
528	21	557	CENTRO DE SALUD DE ORIHUELA PZ. DE LA SALUD
529	21	558	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA BENFERRI
530	21	562	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA LA CAMPANETA
531	21	567	CENTRO DE SALUD DE ORIHUELA ALVAREZ DE LA RIVA
532	21	632	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN ISIDRO
533	21	633	CONSULTORIO AUXILIAR DE GRANJA DE ROCAMORA
534	21	635	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALGORFA
535	21	744	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA RINCON DE BONANZA
536	21	747	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA CORRENTIAS BAJAS
537	22	555	CENTRO DE SALUD DE GUARDAMAR DEL SEGURA
538	22	556	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN FULGENCIO
539	22	568	CONSULTORIO AUXILIAR DE BENIJOFAR
540	22	569	CENTRO DE SALUD DE ROJALES
541	22	570	CONSULTORIO AUXILIAR DE FORMENTERA DEL SEGURA
542	22	571	CENTRO DE SALUD DE TORREVIEJA LA LOMA
543	22	572	CENTRO DE SALUD DE PILAR DE LA HORADADA
544	22	573	CONSULTORIO AUXILIAR DE ORIHUELA TORREMENDO
545	22	574	CENTRO DE SALUD DE SAN MIGUEL DE SALINAS
546	22	611	CONSULTORIO AUXILIAR DE LOS MONTESINOS
547	22	615	CENTRO DE SALUD DE TORREVIEJA EL ACEQUION
548	22	658	CENTRO DE SALUD DE ORIHUELA COSTA
549	22	692	CONSULTORIO AUXILIAR DE PILAR DE LA HORADADA TORRE DE LA HORADADA
550	22	693	CENTRO DE SALUD DE TORREVIEJA LA MATA
551	22	695	CONSULTORIO AUXILIAR DE ROJALES CIUDAD QUESADA
552	22	718	CONSULTORIO AUXILIAR DE SAN FULGENCIO EL OASIS
553	22	751	CONSULTORIO AUXILIAR DE TORREVIEJA PATRICIO PEREZ
554	22	2.228	CONSULTORIO AUXILIAR DE PILAR DE LA HORADADA MIL PALMERAS
555	22	2.232	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALMORADI HEREDADES
556	22	2.234	CONSULTORIO AUXILIAR DE PILAR DE LA HORADADA PINAR DE CAMPOVERDE
557	22	2.942	CENTRO DE SALUD SAN LUIS TORREVIEJA
558	23	210	CONSULTORIO AUXILIAR DE LORIGUILLA
559	23	211	CENTRO DE SALUD DE RIBA-ROJA DE TURIA
560	23	226	CENTRO DE SALUD DE BUÑOL
561	23	227	CONSULTORIO AUXILIAR DE ALBORACHE
562	23	228	CONSULTORIO AUXILIAR DE MACASTRE
563	23	229	CONSULTORIO AUXILIAR DE YATOVA

Nº	Departamento de salud	Código C.S.	Centro de Salud
564	23	230	CENTRO DE SALUD DE CHESTE
565	23	231	CENTRO DE SALUD DE CHIVA
566	23	232	CENTRO DE SALUD DE MANISES
567	23	233	CENTRO DE SALUD DE MISLATA
568	23	234	CENTRO DE SALUD DE QUART DE POBLET
569	23	235	CONSULTORIO AUXILIAR DE GODELLETA
570	23	236	CENTRO DE SALUD DE TURIS
571	23	726	CONSULTORIO AUXILIAR DE MANISES EL CARMEN
572	23	773	CONSULTORIO AUXILIAR DE MANISES ELS XIPRERETS
573	23	2.120	CONSULTORIO AUXILIAR DE CHIVA URB. CALICANTO
574	23	2.121	CONSULTORIO AUXILIAR DE CHIVA URB. SIERRA PERENCHIZA
575	23	2.498	CONSULTORIO AUXILIAR DE MISLATA

Fuente: Elaboración propia. (575 centros de salud.xls)