

# 1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA VARIABILIDAD EN DÍAS SUGERIDOS DE LAS INCAPACIDADES TEMPORALES, PRESCRITAS POR MÉDICO GENERAL Y SU IMPACTO EN UNA EPS DE COLOMBIA

---

## Descriptive Analysis of the Variability in Suggested Days of Temporary Disabilities, Prescribed by General Physician and its Impact on an EPS in Colombia.

Jennifer Henao Castro<sup>1</sup>, Andrés Cely Jiménez<sup>2</sup>, Tania Lizveth Orjuela Lara<sup>3</sup>

**Fecha recibida:** 06/06/2022

**Fecha aprobada:** 03/04/2023

---

<sup>1</sup> Enfermería, Universidad de Caldas, Gerencia de la calidad de los servicios de salud, Pontificia Universidad Javeriana, Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo, Fundación Universitaria del Área Andina, Estudiante, Fundación Universitaria Sanitas- Instituto de Gerencia y Gestión Sanitaria – IGGS- Especialización en Gerencia de Organizaciones del Sector Salud – EGOSS- Semillero de informática médica y Semillero de Calidad y Auditoria en Salud (Colombia), correo electrónico: [j.henaoca@unisanitas.edu.co](mailto:j.henaoca@unisanitas.edu.co).

<sup>2</sup>Ingeniería de Sistemas, Universidad Distrital FJC, Maestría Sistemas y Computación, Universidad Nacional de Colombia, Ocupación Docente Investigador, Fundación Universitaria Sanitas- Instituto de Gerencia y Gestión Sanitaria – IGGS- Especialización en Gerencia de Organizaciones del Sector Salud – EGOSS- Semillero de informática médica (Colombia), correo electrónico: [acelyji@unisanitas.edu.co](mailto:acelyji@unisanitas.edu.co).

<sup>3</sup>Odontología, Universidad el Bosque, Esp. Gerencia en Salud, Escuela de Medicina Juan N Corpas, Esp. Auditoria en Salud, Universidad Santo Tomas, MSc. Gestión y metodología de la Calidad Asistencia, Universidad Autónoma de Barcelona/Institut Universitari Avedis Donabedia. MSc. Economía de la Salud y del medicamento, Universitat Pompeu Fabra- School of management. PhD SALUD PÚBLICA con énfasis en Calidad y Seguridad del Paciente y Doctoranda Ciencias de la Educación, Universidad del Magdalena. Ocupación docente facilitador Fundación Universitaria Sanitas- Instituto de Gerencia y Gestión Sanitaria – IGGS- Especialización en Gerencia de Organizaciones del Sector Salud – EGOSS- Semillero de Calidad en Salud (Colombia) correo electrónico: [taniaorjuela.L@gmail.com](mailto:taniaorjuela.L@gmail.com); [tlorjuelala@unisanitas.edu.co](mailto:tlorjuelala@unisanitas.edu.co)

***Derivado del proyecto:*** Análisis descriptivo de la variabilidad en días sugeridos de las incapacidades temporales, prescritas por médico general y su impacto en una EPS de Colombia. Para optar al título de Especialista en Gerencia de Organizaciones del Sector Salud.

***Institución financiadora:*** Fundación Universitaria Sanitas- UNISANITAS-IGGS.

***Pares evaluadores:*** Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad – REDIEES.

## RESUMEN

En Colombia las incapacidades temporales de origen común son reconocidas como prestaciones económicas y pagadas con recursos públicos, dichas incapacidades están dadas en días en los que el trabajador o cotizante se ausenta del trabajo para recuperar su estado de salud. El objetivo del estudio es identificar la importancia de la pertinencia en el momento de la expedición de estas, la variabilidad en días y uso racional de los recursos dispuestos por el gobierno para el reconocimiento.

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, de las incapacidades temporales expedidas por médicos generales de una EPS colombiana, para identificar la variabilidad en los días de incapacidad ordenados, respecto a los días estándar por diagnóstico y el impacto económico que estas variaciones pueden generar. Encontrando que, de las 199.838 incapacidades expedidas por la EPS durante los años 2018 y 2019, solo el 6% excedieron los días sugeridos. De aquellas que fueron reconocidas por la EPS, se asumió un sobrecosto de \$ 867.534.037 (pesos colombianos), por los días excedidos. Confirmando, por lo tanto, mediante la comprobación de hipótesis que existe variabilidad en los tiempos ordenados por los médicos frente a los tiempos sugeridos, condición que se presenta principalmente en la población femenina y en las incapacidades de corta duración por evento y que implican un costo adicional para la EPS y para el Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

**PALABRAS CLAVE:** *incapacidad temporal; estándar; diagnóstico; prestación económica; variabilidad.*

## **ABSTRACT**

In Colombia, temporary disabilities of common origin are recognized as economic benefits and paid with public resources. Said disabilities are given on days in which the worker or contributor is absent from work to recover their state of health. The objective of the study is to identify the importance of the relevance at the time of issuance of these, the variability in days and rational use of the resources provided by the government for recognition.

A quantitative, descriptive, cross-sectional study of the temporary leaves issued by general practitioners of a Colombian EPS was carried out to identify the variability in the days of leave ordered, with respect to the standard days per diagnosis and the economic impact that these variations can trigger. Finding that, of the 199,838 disabilities issued by the EPS during the years 2018 and 2019, only 6% exceeded the suggested days. Of those that were recognized by the EPS, an additional cost of \$867,534,037 (Colombian pesos) was assumed for the days exceeded. Confirming, therefore, by testing the hypothesis that there is variability in the times ordered by the doctors compared to the suggested times, a condition that occurs mainly in the female population and in short-term disabilities due to events and that imply a cost additional for the EPS and for the General System of Social Security in Health-SGSSS.

**KEYWORDS:** *temporary disability; standard; diagnosis; economic benefit; variability.*

## INTRODUCCIÓN

El análisis, abordaje y control de las Incapacidades Temporales-IT cobra cada día mayor interés o relevancia por las diferentes organizaciones, considerando el alto impacto que genera el absentismo laboral en los diversos sectores. Dicho control tiene como propósito no solo motivar la pronta recuperación de la salud y reintegro laboral de las personas, sino también garantizar el uso racional de los recursos y la sostenibilidad en el tiempo (Echevarría-Zuno et al., 2009).

En un mundo cada vez más productivo y enfocado en la protección laboral y en la intervención de los riesgos, se introduce el concepto de la prevención y el control del ausentismo laboral como mecanismo de minimización del impacto que el mismo puede generar tanto para el usuario, la empresa, las instituciones de salud, el estado y la sociedad en general.

Por lo tanto, la Incapacidad Temporal-IT, entendida como aquella condición de salud o enfermedad que produce en la persona una limitación o restricción parcial o total para desempeñar su trabajo, por un periodo de tiempo determinado, como consecuencia de una enfermedad o accidente de origen común (no derivado del trabajo) o de origen profesional. (Fernández Escalada, 2014). Da lugar, en la mayoría de los países, a un reconocimiento económico que permite proteger al trabajador del salario que dejará de percibir durante el tiempo de reposo requerido para el restablecimiento de su salud o hasta alcanzar la mejoría médica que posibilite el reintegro a sus actividades habituales.

En este sentido, se parte del principio de temporalidad dado que el impedimento manifiesto en este tipo de incapacidad es asociado a un estado temporal, toda vez, que cuando existe una condición clínica que produce una restricción o limitación permanente, nos lleva a considerar un concepto completamente diferente, el cual no es objeto de este estudio y que se enmarca dentro de las Incapacidades Permanentes Parciales (IPP), las cuales, son definidas dentro de los parámetros del Manual Único de Calificación de la Pérdida de Capacidad Laboral y Ocupacional, Decreto 1507 de 2014, expedido por el Ministerio del Trabajo, de la República de Colombia.

Sin embargo, la transitoriedad de la incapacidad temporal, en innumerables situaciones, se perpetúa en el tiempo ya sea asociado a condiciones propias de la evolución clínica del paciente o a otros determinantes como: tardanzas atribuibles al sistema de salud, asociadas al mismo usuario o a factores que motivan la simulación, por ejemplo, insatisfacción laboral, conflictos o dificultades sociofamiliares y económicas, cuidado de familiares, entre otros (Ballesteros Polo, 2016).

Si bien, la variable “salud” o “condición clínica” debería ser la más relevante o influyente en el tiempo de duración de una incapacidad, asumiendo que la misma obedece a una limitación para el desarrollo de las actividades habituales de un individuo, no explica un gran número de situaciones de incapacidades clínicamente injustificadas, asociadas a situaciones de difícil control o con influencia de condiciones socio sanitarias complejas, de fraude o de abuso del derecho (Manuel Pardo, 2018).

Lo que complementa en parte los hallazgos de Santamaría et al. (2013) en su estudio donde refiere:

(...) la mayor prevalencia de la simulación en el contexto de contingencias comunes y empleando como mecanismos de producción fundamentales la perpetuación de los síntomas una vez que habían mejorado y la simulación de los síntomas cuando tenían un beneficio externo. (p. 145)

Considerando lo anterior, es más frecuente la “simulación parcial” por parte de los pacientes, consistente en la persistencia o exageración de los síntomas presentados inicialmente, que la invención de síntomas inexistentes o simulación pura o completamente inventada. “Por todo ello la variable salud (enfermedad) tiene su peso en la mayoría de las situaciones, pero no explica lo inexplicable, las desviaciones sobre lo esperado” (Manuel Pardo, 2018, p. 155) .

Según lo referido por López Barragán (2020) “Colombia presenta un aumento en la IT, ya que según datos de Fasecolda, entre 2009 y 2017 se presentaron 2.651.595 incapacidades temporales” (p. 23).

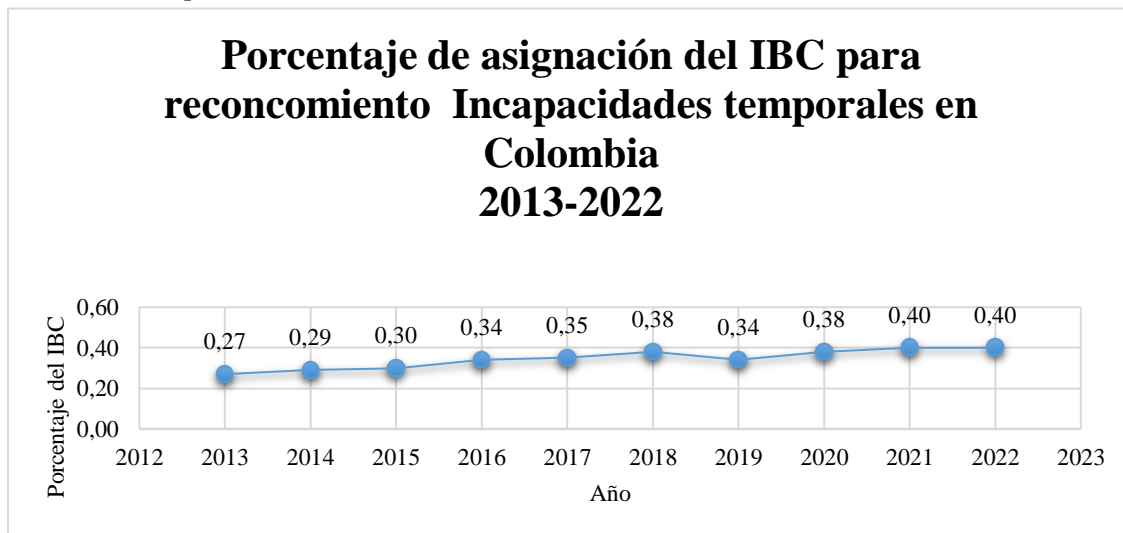
De igual forma, en los últimos 10 años se ha notado el incremento porcentual significativo, designado por el gobierno colombiano, para el reconocimiento de las

incapacidades temporales, logrando dar un brinco del 0.27% del Ingreso Base de Cotización (IBC) en el 2013, mediante la Resolución 4480 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social. Al 0.40% del IBC en el 2022, a través de la Resolución número 2381 de 2021, del mismo Ministerio (Camero Nader et al., 2016; Ministerio de Salud y Protección Social, 2012, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021). Como se ilustra en la figura 1.

Este trabajo es el resultado del proyecto de grado para obtener el título de especialista en conjunto con los semilleros de informática médica y calidad en salud del IGGS-UNISANITAS y la continuación de la participación en I Congreso Internacional de Investigación en Salud Ocupacional y Seguridad y Salud en el Trabajo – CIISST 2022.

### Figura 1

*Comportamiento del porcentaje de asignación del IBC para reconocimiento de IT en Colombia en el periodo 2013 a 2022*



*Nota:* elaboración propia.

Este incremento podría asociarse a múltiples causas, entre ellas, la simulación y ganancia secundaria por parte de los usuarios, aumento en el cobro de incapacidades expedidas tanto por los empleadores como por los afiliados independientes, expedición de incapacidades sin criterios de racionalidad y pertinencia médica, variabilidad en los tiempos de duración de las incapacidades temporales respecto a los días sugeridos o tiempo estándar, entre otros. Como en el caso de España, donde “se estima que hay abuso en esta prestación

en un tercio de los casos, bien por ser innecesario el reposo o por prolongarse en exceso” (Echevarría-Zuno et al., 2009, p. 571).

Comprendiendo los “días sugeridos” o el “tiempo estándar” de IT, como el tiempo óptimo o periodo de días requerido para la recuperación de la salud o la resolución del proceso clínico que motivó la incapacidad, mediante la implementación de técnicas de diagnóstico y manejo clínico establecidas y aceptadas medicamente y contemplando el mínimo de atrasos en la atención médica del paciente durante todo el ciclo de atención. (Edición, 2018). Sin embargo, en Colombia no existe un estándar nacional, que regule y oriente los tiempos promedio de incapacidad, sino que queda supeditado a cada Entidad Promotora de Salud de acuerdo su experiencia, sistemas de información y estadísticas frente al tema.

Por lo tanto, precisando que las incapacidades temporales y la duración de las mismas están sujetas a múltiples variables, es trascendental el análisis y seguimiento completo de las desviaciones en las IT a la luz de todas las variables intervinientes y no solo de la asociada a la condición clínica o de salud.

Motivo por el cual, la variabilidad en los tiempos de duración de las incapacidades temporales respecto a los días sugeridos, corresponden al motivo y objeto de estudio de esta investigación. Lo anterior, considerando que el impacto no solo se reduce a un tema netamente económico, sino que también trae implícitos otro tipo de connotaciones, como el riesgo reputacional, riesgo jurídico-legal para el profesional tratante, la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) para la cual labore ese profesional, para las Entidad Promotora de Salud (EPS), como administradoras de los recursos del estado; para el empleador e incluso para el mismo paciente.

Dado que la normatividad en los últimos años ha ajustado las condiciones para el reconocimiento de las incapacidades temporales y ha regulado el manejo y la generación de las mismas cuando se perpetúan en el tiempo o cuando se sospecha e identifica abuso del derecho o fraude en cualquier etapa del curso de las incapacidades.

Teniendo en cuenta los efectos negativos de la no racionalidad de los tiempos de reposo otorgados a los pacientes, es posible contemplar la magnitud del impacto para las



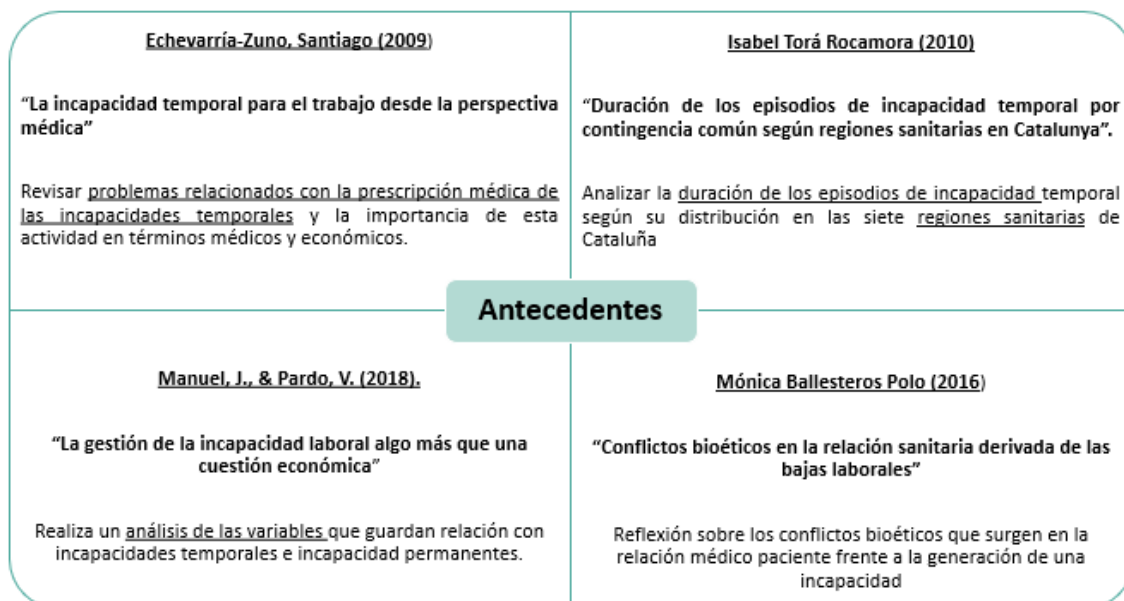
EPS, toda vez, que no son ajenas al efecto en cadena que genera la incapacidad y que desde su rol como “administradoras” y como receptoras y responsables intermediarias del pago de las incapacidades temporales por enfermedad o eventos de origen común, asumen una gran carga en el control de los recursos confiados por el gobierno para el reconocimiento de esta prestación económica, el cual, como garante de derechos, puede en cualquier momento entrar a evaluar y controlar la gestión de las EPS, IPS y profesionales tratantes y aplicar las sanciones que considere pertinente, en vista que, los recursos con los cuales se entrega al usuario el subsidio de incapacidad, son finalmente recursos públicos y el uso inadecuado o uso indiscriminado de los mismos puede considerarse como un detrimento patrimonial.

Lo anterior, sumado a la connotación económica, productiva, de clima laboral, psicosocial, entre otros, que acarrea para los empleadores y para el mismo trabajador. (Echevarría-Zuno et al., 2009).

Para esta investigación los autores más representativos son los relacionados en la Figura 1.

### Figura 1

*Autores que enmarcan los antecedentes*



*Nota:* elaboración propia.

Razón por la cual, la realización de este estudio tiene como finalidad identificar y mostrar la variabilidad en los días de incapacidad temporal prescritos por medicina general respecto a los días sugeridos por diagnóstico y otras variables, en una EPS de Colombia, con el fin, de distinguir las connotaciones que puede tener para la EPS.

Recordando, que la prestación económica que protege al trabajador del salario que dejará de recibir por la limitación para el desarrollo de sus labores habituales, durante el periodo de incapacidad temporal, proviene de recursos públicos de la salud y que los tiempos de duración de la misma pueden presentar variaciones por diversos factores, asociados tanto a variables del paciente como del profesional tratante, del sistema de salud y del entorno o contexto (Rocamora, 2010).

Situación que implica especial atención y control, no solo por parte de las EPS, sino también por los médicos tratantes y las Instituciones prestadoras de servicios de salud a las cuales se encuentran vinculados o inscritos estos profesionales como intervinientes directos en el proceso de atención, rehabilitación y reintegro del usuario.

De esta manera, a través de la distinción de las incapacidades prescritas por medicina general que presentan desviaciones en los días estándar sugeridos y la frecuencia de estas desviaciones durante los años 2018- 2019, se pretende identificar los diagnósticos con mayor variación, el comportamiento por regionales o variables sociodemográficas y el impacto o la connotación de esa variabilidad en una EPS colombiana.

Al mismo tiempo, proponer estrategias orientadas al control en los tiempos de incapacidad prescritos por los médicos tratantes, plantear la estandarización como una alternativa que propenda el uso racional de los recursos y homogenice y respalde la conducta médica frente al ordenamiento de días de reposo, además de dejar el planteamiento para nuevos estudios o investigaciones del tema.

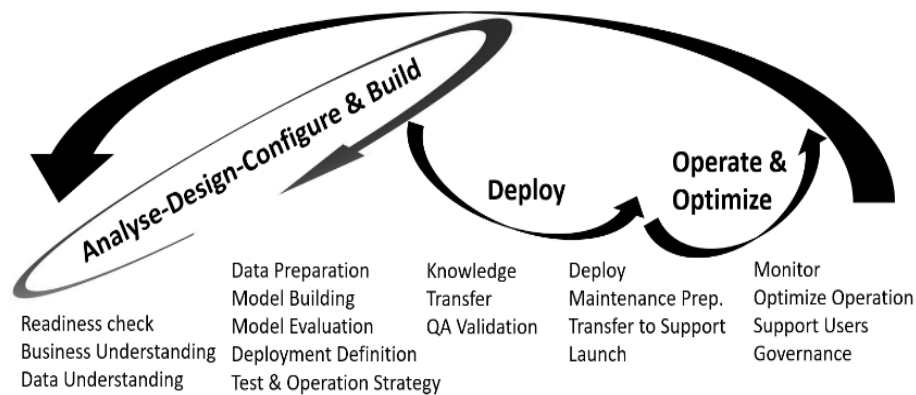
Acciones que pueden ser consideradas, planeadas y ejecutadas desde la gerencia de una institución y que corresponde a una de las finalidades de estudio como trabajo de grado para obtener el título de Especialista de Gerente de Organizaciones del Sector Salud, pues como se ha descrito a lo largo de esta investigación, se espera que los resultados de la misma, puedan impactar de forma positiva no solo en el proceso de incapacidades de una EPS, sino

que también pueda hacerse extensivo a todos los participantes y procesos que de forma directa o indirecta contribuyen al control y racionalización de los recursos destinados para tal fin; contemplando que las intervenciones que se realicen frente al tema deben ser transversales y pensadas desde un nivel estratégico hasta un nivel operativo, no solo con un enfoque y análisis económico sino también desde la perspectiva de modelo de salud, que guíe un proceso de atención en salud basada en valor y que probablemente pueda repercutir de forma positiva en los proceso de recuperación de la salud, reintegro laboral y por ende en el costo de la incapacidad temporal.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Como metodología, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, a partir de dos fuentes de información: las incapacidades temporales expedidas por medicina general a través del sistema de historia clínica de una EPS para el rango de observación: años 2018 y 2019 y las incapacidades radicadas por parte de los empleadores y trabajadores independientes durante los años 2018, 2019, 2020 y 2021(de la misma entidad) y que fueron liquidadas o reconocidas para pago por la Entidad Promotora de Salud; considerando lo establecido en la normatividad vigente, respecto a los responsables del reconocimiento de las incapacidades según el tiempo de duración de las mismas y teniendo en cuenta, que la información en la EPS se encuentra fraccionada entre lo expedido en consulta por el sistema de historia clínica y lo radicado para liquidación y reconocimiento por el proceso de prestaciones económicas de la entidad (Hena Castro, Cely Jiménez y Orjuela Lara, 2022).

La construcción del modelo descriptivo se basó en el uso de la metodología ASUM-DM (Rollins, 2015) que estructura las fases y actividades necesarias para la definición del análisis, requerimiento, entendimiento y preparación de los datos, modelamiento de los modelos descriptivos planteados y la evaluación, el despliegue y retroalimentación que se obtenga del resultado generado. Como se visualiza en la figura 2.

**Figura 2***Método ASUM-DM*

*Nota:* tomado de Ponsard et al., 2017 p. 29

No obstante, dentro de la planeación y ejecución del presente estudio, se descartó la aplicación de las fases de despliegue, operación y optimización, ya que no se generó un reporte para ser usado por parte de la empresa prestadora.

Como periodo de estudio se tomaron los años 2018 y 2019, considerando que al tomar años más recientes se podía presentar afectación de los resultados, por causa de la pandemia por COVID 19, dado que a raíz de la misma se establecieron diversidad de lineamientos frente a la expedición de certificados de aislamiento obligatorios e incapacidades temporales y teniendo en cuenta que en Colombia se declaró el estado de emergencia por covid 19 a partir del 17 de marzo de 2020.

Dentro de las fuentes de información, se contó con datos sociodemográficos, de georreferenciación y asociados a la condición clínica y del certificado de incapacidad como: el diagnóstico, según la Clasificación Internacional de Enfermedades-CIE10, días prescritos y días estándar o días sugeridos, en la EPS en estudio.

Motivo por el cual, para la preparación y análisis de los datos se definieron como factores de inclusión todas las incapacidades temporales expedidas por medicina general, a través del sistema de historia clínica de la EPS, durante la ventana de observación y que fueron radicadas por los empleadores o trabajadores independientes ante la entidad para su

reconocimiento, durante los años 2018, 2019, 2020 y 2021, toda vez que, cuentan con un término de 3 años para radicar las incapacidades médicas ante la EPS, por lo tanto, se estableció incluir para el análisis también la información correspondiente a los años 2020 y 2021, con el fin de aproximar de manera más precisa el costo que puede implicar para la EPS las desviaciones en los días de incapacidad ordenados respecto a lo sugerido por la entidad.

Como criterios de exclusión se consideraron todas las incapacidades expedidas a menores de edad, incapacidades marcadas por los médicos como derivadas de accidentes de trabajo o enfermedad laboral, licencias de maternidad (pre y postparto), licencias de paternidad e incapacidades expedidas como prórrogas a usuarios con acumulados en el rango de los 180 y 540 días de incapacidad, contemplando que para el último caso, el reconocimiento y pago de las incapacidades se encuentra a cargo de la Administradora de Fondo de Pensiones y por ende no son asumidas por las Entidad Promotora de Salud (ver la figura 3).

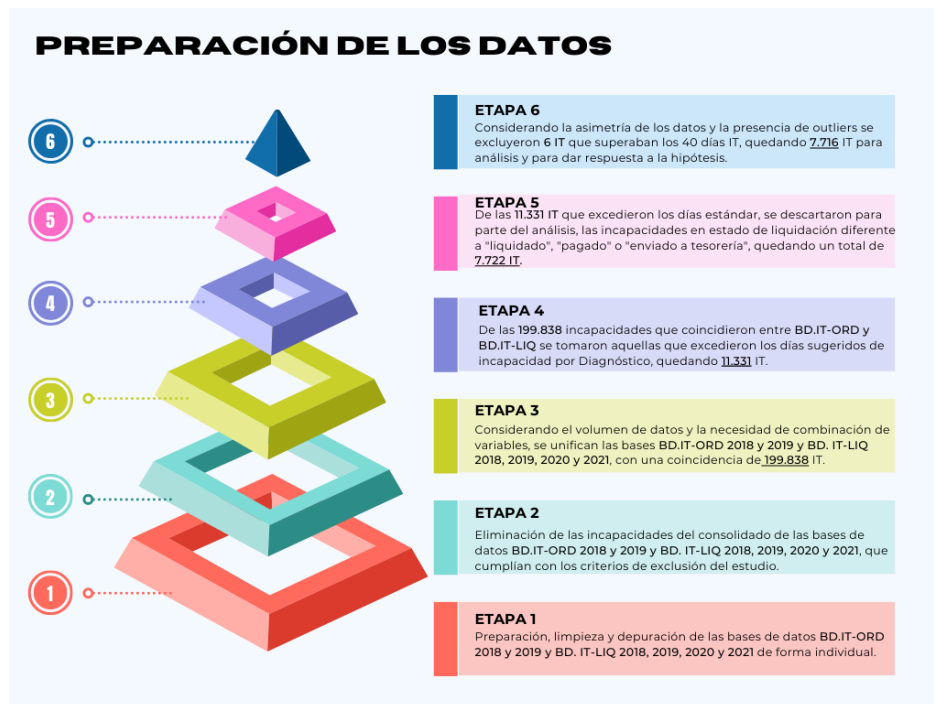
En el proceso de la depuración y limpieza de las bases de datos, se descartaron todas las incapacidades duplicadas o con doble radicación por llave y las IT con información incompleta o incongruente, debido a fallos durante la expedición, cargue al sistema o registro de la misma.

Una vez, depurados los datos se realizó un ejercicio descriptivo con tablas de frecuencias, medidas de tendencia central, medidas de dispersión y posteriormente, se desarrolló un ejercicio de correlación de variables. En el estudio, se utilizó como herramientas el programa Microsoft Excel para el tratamiento y análisis de los datos, los cuales fueron tratados de manera anónima.

Para efectos del estudio, se realizó un modelo descriptivo a partir de la formulación de una prueba U de Mann Whitney para comparar los días sugeridos y los días prescritos, analizando así las desviaciones frente a los tiempos recomendados de reposo de la EPS.

**Figura 3**

*Fases del proceso de preparación de los datos.*



*Nota:* elaboración propia

## RESULTADOS

Del total de incapacidades reportadas en los dos tipos de fuentes de datos del estudio (Incapacidades expedidas e incapacidades radicadas) se halló 199.838 incapacidades emitidas por medicina general (durante los años 2018 y 2019) que contaron con radicación de las mismas por parte del empleador o trabajador independiente, ante la EPS, para liquidación y reconocimiento durante los años 2018 a 2021. De este grupo de incapacidades, 11.331 equivalentes al 6%, presentaron variación en el número de días otorgados respecto a los días sugeridos por diagnóstico.

De forma comparativa el año 2018 presentó mayor número de incapacidades con días prescritos excedidos respecto al 2019, pese a que se contó con un mayor número de incapacidades radicadas para reconocimiento en 2019. Del mismo modo, se halló que los

meses que presentaron mayor acumulación de incapacidades con novedad respecto a días excedidos de incapacidad fueron octubre y julio para el año 2018 y enero y mayo para el año 2019, evidenciando que para el primer año las incapacidades se concentraron en el segundo semestre (julio a diciembre) contrario a lo encontrando en el 2019, donde el mayor volumen de incapacidades con esta condición se encontró en el primer semestre del año (enero a junio).

En cuanto a las ciudades con mayor participación sobre el total de incapacidades con días excedidos frente a los tiempos sugeridos por diagnóstico, se encontró que Bogotá D.C. y Cali, capital del Valle, contaban para la ventana de estudio, con una frecuencia relativa acumulada (fra) del 50%, con un 37% para el caso del distrito capital y 13% para la capital del Valle.

En la revisión de la proporción de IT que exceden los días recomendados por la EPS, agrupados en uno de los intervalos de interés de la misma, se apreció que el 70% de las incapacidades que excedieron los días sugeridos, se encontraban concentradas entre las IT de 1 a 2 días y de 3 a 5 días; solo el 29% estuvieron en el grupo de incapacidades de 6 a los 30 días.

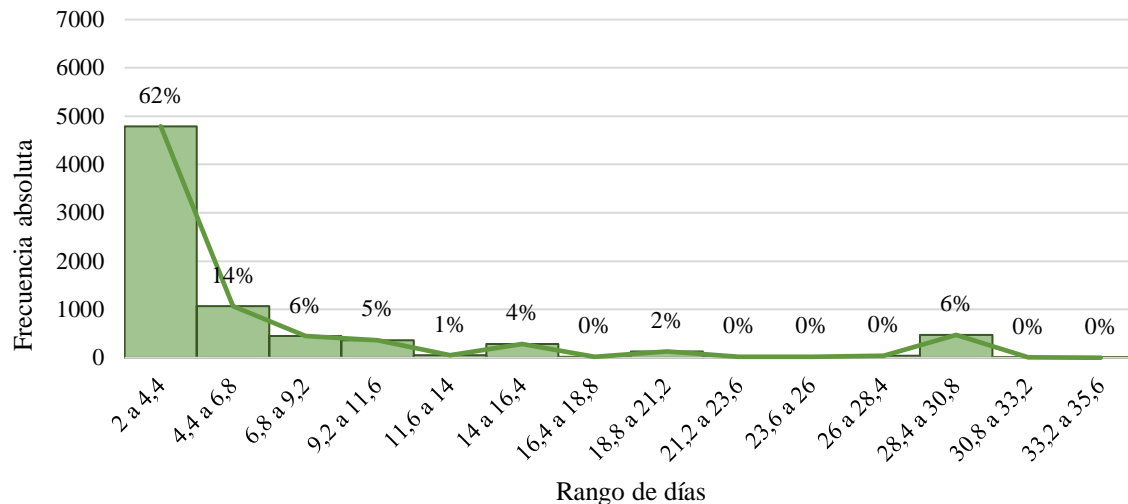
Al realizar el análisis del comportamiento de las 7.716 incapacidades frente a los días estándar por diagnóstico de la EPS, se halló que la distribución de las mismas para los años 2018 y 2019, sugería que el 77% de las incapacidades tendrían que encontrarse en el rango de 1 a 3 días, seguido de las incapacidades en el rango 3 a 5 días, con un 12% y de 9 a 11 días con 3%, por lo tanto, de acuerdo a los días sugeridos por CIE10 el 95% de las incapacidades debían centrarse en los rangos de 1 a 11 días, agrupando los 5 primeros intervalos con mayores frecuencias y contemplando los tiempos de reposo establecidos por la EPS de acuerdo al CIE 10 que motivó la incapacidad.

Por su parte, en la figura 4 se refleja las frecuencias de los días prescritos de incapacidad para el corte 2018 y 2019, encontrando que el 92% de las incapacidades se localizaban en el rango agrupado de 2 a 16.4 días, siendo las incapacidades de 2 a 4.4 días las más frecuentes respecto al total de datos de la variable, con una participación del 62%, seguidas de las incapacidades de 4.4 a 6.8 días.

Pesé a la exclusión de los outliers se presentaron incapacidades con periodos de duración extensos, entre 28.4 a 30.8 días, con una frecuencia absoluta de 477 incapacidades, equivalente al 6% de participación sobre el total de incapacidades prescritas.

#### Figura 4

*Frecuencias de días prescritos de incapacidad para el corte 2018 y 2019*



*Nota:* elaboración propia

Dentro del análisis de las medidas de tendencia central y de dispersión se identificó diferencias entre la media de los días sugeridos de incapacidad y los días prescritos durante la ventana de estudio, toda vez, que en el primer caso se contó con una media de 3.62 días frente a los 6.85 días hallados en la media de los días prescritos.

Del mismo modo, se encontró que la desviación estándar para los días prescritos es mayor a la desviación estándar en los días sugeridos, contemplando que en las incapacidades prescritas fue de 0.77 días en comparación con los días sugeridos donde la desviación estándar fue de 0.59 días.

Por lo tanto, se encontró que hay diferencias estadísticamente significativas entre los días sugeridos y los días prescritos, como resultado del cálculo de la tabla de ANOVA de un factor, donde se halló que el valor de F (1115.030) fue mayor al valor crítico (5.41), en consecuencia, se descartó la hipótesis nula y se aceptó la alterna, considerando que  $H_0$ : días



prescritos son iguales a los días sugeridos e H1: los días prescritos son diferentes a los días sugeridos.

Con el propósito de ratificar la prueba de ANOVA se realizó la prueba no paramétrica Suma de Rangos de Wilcoxon para variables independientes, definiendo como Ho: Que la mediana de los días prescritos es igual a la mediana de los días sugeridos y como H1: La mediana de los días prescritos es mayor a la mediana de los días sugeridos, con un valor de significancia del 0.05. Encontrando, que el valor de P ( $P < 0.001$ ) fue menor al nivel de significancia, razón por la cual, se rechazó la hipótesis nula y se confirmó la hipótesis alterna, donde efectivamente se soporta que los días prescritos por los médicos en consulta son mayores a los días sugeridos por la EPS.

En cuanto a la distribución de incapacidades por diagnóstico se pudo observar que por asociación el 13.8% de las incapacidades tenían relación con condiciones o desordenes musculoesqueléticos, con un total 1067 IT, seguido de las 939 incapacidades por afecciones de las vías respiratorias altas y bajas, con una participación del 12.2% y de las diarreas y gastroenteritis de presunto origen infeccioso con el 3.9%, es decir 298 IT; que analizadas de forma individual, fue el segundo diagnóstico con mayor número de incapacidades, solo después del lumbago no especificado que tuvo una participación individual del 6.3% (485 IT).

De forma agrupada, se evidencio que los 20 diagnósticos con mayor número de incapacidades que excedían los tiempos sugeridos de reposo, implicaron un costo de \$307.460.310 (pesos colombianos), es decir un 21% del valor total pagado o establecido para pago por parte de la EPS. No obstante, se halló que el 77% del valor de las incapacidades correspondían al sobre costo consecuencia de la variación de los días estándar, es decir de los días excedidos por diagnóstico, correspondiente a \$236.811.465, como se aprecia en la tabla No. 1.

**Tabla 1**

*Distribución de incapacidades temporales con impacto económico por diagnóstico.*

<b>Diagnóstico</b>	<b>Frecuencia absoluta (<i>fa</i>)</b>	<b>Valor Total de la IT acumulado por diagnóstico</b>	<b>Valor acumulado por días excedidos por diagnóstico</b>
		\$	\$
Lumbago no especificado	485	50.956.041	35.721.539
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	298	16.364.682	15.221.984
Rinofaringitis aguda (resfriado común)	219	12.408.033	11.945.007
Otros estados postquirúrgicos especificados	188	42.344.192	27.975.406
Laringitis aguda	180	10.357.435	8.557.956
Otros vértigos periféricos	163	19.961.124	14.793.122
Amigdalitis aguda no especificada	154	7.079.818	6.703.941
Infección viral no especificada	127	7.057.856	6.269.783
Disfonía	126	14.087.934	10.556.977
Vértigo paroxístico benigno	123	14.067.629	10.631.466

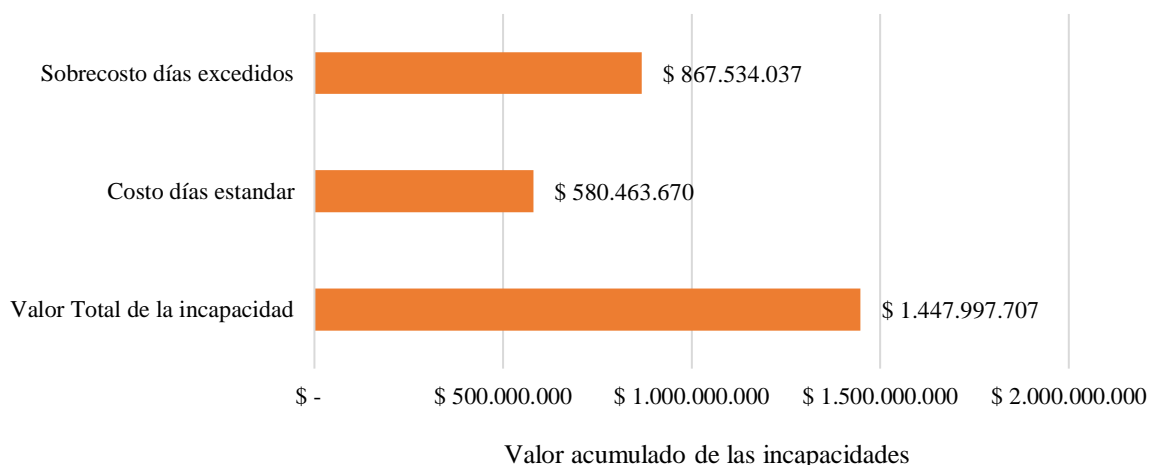
Infección aguda de las vías respiratorias superiores no especificada	104	\$ 4.714.552	\$ 3.798.863
		\$	\$
Dolor en articulación	101	8.466.885	5.823.630
		\$	\$
Cervicalgia	99	12.199.711	9.590.139
		\$	\$
Contusión de la rodilla	93	7.787.705	5.812.037
		\$	\$
Faringitis aguda no especificada	86	5.755.617	5.041.197
		\$	\$
Otros trastornos internos de la rodilla	83	16.345.477	12.514.250
		\$	\$
Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales	70	29.052.572	25.574.989
		\$	\$
Bronquitis aguda no especificada	70	11.035.091	6.003.662
		\$	\$
Otras sinovitis y tenosinovitis	68	10.285.851	8.910.581
		\$	\$
Dolor en miembro	68	7.132.105	5.364.937
		\$	\$
<b>Total</b>	<b>2905</b>	<b>307.460.310</b>	<b>236.811.465</b>

*Nota:* elaboración propia. Datos extraídos de la base de IT radicadas (BD. IT-LIQ 2018 a 2021). Las cifras están expresadas en pesos colombianos.

Con relación al valor total de las 7716 incapacidades que implicaban costo para la EPS según el estado de liquidación y que excedieron los días recomendados, se encontró que el 40% (\$580.463.670) del valor asumido estaba asociado al costo de los días estándar por diagnóstico, es decir, el valor que se esperaría asumir por las incapacidades generadas por los respectivos CIE 10 y el 60% restante, correspondió al valor asumido por los días excedidos por diagnóstico, es decir \$867.534.037, en pesos colombianos, como sobre costo. (ver la figura 5).

### Figura 5

#### Distribución del costo de las incapacidades temporales con desviación de días estándar



*Nota:* elaboración propia. Datos extraídos de la base de IT radicadas (BD. IT-LIQ 2018 a 2021). Las cifras están expresadas en pesos colombianos.

De manera distintiva, el comportamiento del valor de las incapacidades con variabilidad de días estándar por generó presento diferencias significativas dado que para las mujeres, del valor total asumido por las incapacidades con variabilidad en los días prescritos respecto a los días sugeridos, fue \$769.527.594 para la ventana de estudio, sin embargo, el 62% de este valor correspondía a los días excedidos, es decir \$475.615.247 de sobre costo, en comparación, con el caso de los hombres, para los cuales el valor asumido por sobre costo fue del 58%, que en pesos colombianos equivalía a \$391.918.790, encontrando una diferencia del 4% del comportamiento de las mujeres respecto a los hombres.

Respecto a la variable edad, se halló que el mayor número de incapacidades prescritas se concentraron en la cuarta década de la vida (33% de las 7716 IT), independientemente del género, no obstante, la mayor concentración de días prescritos se encontró en los usuarios con edades entre los 40 y 49 años (quinta década de la vida), con 15.269 días de incapacidad, respecto los días prescritos en la cuarta y sexta década.

De igual forma se evidenció que el rango de 3 a 5 días de incapacidad tiene un comportamiento predominante en todos los grupos de edad, superando el 70% en la tercera, cuarta y quinta década de la vida, toda vez, que partir de la sexta década se empieza a presentar una reducción en el porcentaje de participación de este rango de días de IT y se comienza a observar mayor participación de incapacidades con rangos de días de duración más amplios por evento.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Colombia cuenta con una evolución normativa significativa con relación a la expedición y reconocimiento de las incapacidades temporales, sin embargo, no dispone de estudios respecto al impacto social y económico que estas acarrearán, motivo por el cual, parte del referente conceptual y de antecedentes debió apoyarse principalmente de fuentes de otros países como España y México.

De acuerdo al resultado del cálculo de la prueba de ANOVA y la prueba de Wilcoxon para variables independientes, fue posible descartar las hipótesis nulas definidas para ambas pruebas y confirmar las hipótesis alternas, al ratificar la existencia de variabilidad en los días de incapacidad prescritos por los médicos generales, respecto a los días sugeridos por la EPS.

Y si bien se encuentran puntos de coincidencia de las variables días sugeridos de IT y días prescritos, la desviación estándar de los días prescritos es mayor a la desviación de los días sugeridos en 2.91 días en promedio, dado que al comparar las medias aritméticas de las dos variables se obtuvo un intervalo de confianza (2.85, 2.91) al 98%, a partir de Prueba T para variables independientes, siendo mayor el promedio de días del grupo de incapacidades prescritas.

Se puede considerar que el volumen de incapacidades que superan los días sugeridos para la EPS en el periodo de corte, no fue tan significativo en términos de cantidad de incapacidades con esta condición, toda vez que las mismas no superaban el 6% del total de incapacidades prescritas en el 2018 y 2019 que contaron con radicación por parte del empleador o trabajador independiente, sin embargo, al realizar el análisis del costo y sobre costo de estas incapacidades, se denota el impacto económico que puede llegar a implicar para la entidad, las empresas, el paciente y en sí mismo para el Sistema General de Seguridad Social en Salud, recordando que la fuente de origen de los recursos para el pago de las incapacidades temporales, son recursos públicos y que como lo describe Echevarría-Zuno et al., 2009 las IT tiene incidencia dentro del costo de la seguridad social y las empresas, no solo por la prestación económica que genera sino también por el impacto negativo en el ámbito de las empresas.

Es posible que el impacto de las incapacidades temporales con variación de los días estándar pueda ser mayor al hallado en el presente estudio, toda vez que el mismo se centró en las incapacidades emitidas por medicina general a través del sistema propio de historias clínicas, sin poder abordar las incapacidades expedidas a través de prestadores de la red externa, como se planteó inicialmente, dado que, al analizar las fuentes de información, se detectó que las bases de datos “BD. IT-LIQ” que contenían información de las incapacidades liquidadas, no incluían información de la especialidad médica, por lo tanto, no fue posible diferenciar de esta fuente los ordenamientos de medicina general prescritos por prestadores externos y que excedían los tiempos sugeridos de incapacidad por diagnóstico. Razón por la cual, se cree puede existir una variación en cuanto al volumen de incapacidades de la EPS que superan el número de días sugeridos y costo de las mismas, sumado a la limitante para analizar las posibles diferencias en el comportamiento de los prestadores externos respecto a los prestadores de la red propia.

En cuanto al tiempo de duración de las incapacidades que excedieron los tiempos sugeridos de reposo, la mayor parte se centró en las incapacidades temporales de corta duración por evento, posiblemente asociado a que el mayor volumen de incapacidades temporales corresponden a ordenamientos de corta duración, coincidiendo de forma parcial con los hallazgos descritos en el estudio adelantado por Vilardell Ynaraja et al. (2016) “Las

tasas de IT más elevadas correspondieron a las IT por contingencia común, y dentro de ellas las de corta duración (1-3 días)” (p. 18) y aunque el estudio de Vilardell Ynaraja, et en el 2016, estaba orientado a trabajadores del Sector Sanitario de Cataluña, permite hacer una aproximación al comportamiento de las incapacidades por el rango de días prescritos.

De igual forma, lo expone en su estudio, Echevarría-Zuno et al. (2009), dado que cerca del 20% de trabajadores presentó al menos una incapacidad durante el año 2007 y de estos el 30% contaron con una incapacidad por lo menos de 3 días, que no generan subsidios por parte del IMSS. Del mismo modo expresa que “la duración del periodo de incapacidad varía de acuerdo con las enfermedades; los periodos por enfermedad general duran 10 días en promedio y son más cortos que los derivados de accidentes de trabajo” (Echevarría-Zuno et al., 2009, p. 567).

Teniendo en cuenta lo anterior y el resultado del análisis de la proporción de IT que excedieron los días recomendados por la EPS, según los intervalos de interés de la misma, es posible establecer el impacto económico derivado del responsable del reconocimiento de la prestación económica, dado que el mayor volumen de incapacidades con esta condición se encontraban asociadas a las IT en el rango de 3 a 5 días, de las cuales el 29% correspondían a prorrogas de la incapacidad inicial y por lo tanto, según lo establecido legalmente en Colombia, a cargo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Pese a que de acuerdo a los CIE10 que motivaron las incapacidades del presente estudio orientaban a que el 95% de las mismas debían encontrarse entre 1 y 11 días de incapacidad según los tiempos estándar sugeridos por diagnóstico. Se halló que solo cerca del 87% de las incapacidades prescritas se encontraron en esos rangos y a pesar de la exclusión de outliers se presentaron incapacidades con periodos de duración extensos, que superaban los 28 días IT y que no se encontraron en los tiempos de incapacidad sugeridos por diagnóstico.

En cuanto al análisis de los diagnósticos que generaron incapacidades con desviación de los días sugeridos, es importante precisar que de acuerdo a los hallazgos, los días excedidos y la contribución en el sobrecosto de las incapacidades, no está directamente relacionado con los CIE10 con la mayor frecuencia de incapacidades fuera del estándar, dado que se identificaron variaciones ordinales de los diagnósticos con mayor número de

incapacidades desviadas o que excedieron los tiempos recomendados de reposo respecto a los diagnósticos con mayor número de días excedidos o aporte en el sobre costo. Es decir que no necesariamente los diagnósticos con mayor número de incapacidades con días excedidos, correspondían a los diagnósticos con mayor número de días fuera del estándar.

Por lo tanto, el único diagnóstico que tuvo coincidencia en ser el más frecuente en el número de incapacidades que superaron los tiempos estándar e implicar mayor sobre costo por ser el diagnóstico con mayor número de días excedidos fue el CIE10 “M545” o “lumbago no especificado”, el cual aportó un sobre costo de \$ 35.721.539, en pesos colombianos, un 70% más de lo que debió haberse asumido según los tiempos sugeridos por este diagnóstico, y como lo plantea Manuel Pardo (2018) los procesos que más frecuentemente causan bajas prolongadas son las “lumbalgias” y los de “ansiedad, trastornos adaptativos y depresión” y debieran de abordarse con atención temprana para evitar su extensa duración. (p. 131)

Con el fin de facilitar el análisis de la información, se consideró tomar como referente los 20 códigos o descripciones CIE10 con mayores frecuencias, encontrando que el 38% de las incapacidades se encuentran reunidas en estos 20 códigos CIE10. Evidenciando que por asociación, son más frecuentes las incapacidades que superan los días estándar en los diagnósticos de carácter osteomuscular, como los lumbagos, seguido de cuadros infecciosos de vías digestivas y vías respiratorias, semejante a los resultados del estudio de Manuel y Pardo, (2018) “Así en las bajas en inicio destacan como procesos más frecuentes los trastornos musculoesqueléticos 23,32%, los respiratorios 12,35%, las infecciones 9.23%, los trastornos digestivos 6,44% y los trastornos mentales 5,74%. (Datos INSS octubre 2017)” (p.136). Por lo tanto, se puede apreciar coincidencia en los diagnósticos con mayores frecuencias en el presente estudio con los diagnósticos reportados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) de España durante el 2008, según lo expresado por Manuel y Pardo en el 2016.

Ahora bien, respecto al comportamiento por género, las mujeres presentan un mayor número de episodios de incapacidad respecto a los hombres, cerca de un 21% más. Asimismo, su participación en el costo de las incapacidades y sobre costo por días excedidos es superior a la participación masculina, concordando nuevamente con lo anotado por Manuel & Pardo, (2018), dado que, según la gráfica del promedio de días de incapacidad por año,



por enfermedad general, grupos de edad y sexo en trabajadores afiliados al IMSS, las mujeres presentan más episodios de incapacidad temporal que los hombres. De igual forma, destaca en sus resultados, Villaplana García et al., (2015) “una mayor duración en las bajas de las mujeres” (p.95), coincidiendo con los hallazgos de otros estudios tenidos en cuenta para su investigación.

En cuanto al comportamiento por edades, fue posible establecer similitudes con los resultados de otros estudios, toda vez que, predominan las incapacidades de corta duración en los grupos poblacionales más jóvenes y posteriormente su participación porcentual disminuye, redistribuyéndose en incapacidades de mayor duración por evento a medida que incrementa la edad de los usuarios; por lo tanto, se puede considerar que, a mayor edad, disminuye el número de eventos de incapacidad, pero no la duración de las mismas. “De acuerdo con lo esperado, los días de incapacidad promedio por trabajador aumentan con la edad”(Echevarría-Zuno et al., 2009, p. 567), coincidiendo también con los hallazgos de Villaplana García et al. (2015) “Este resultado refleja la importancia de considerar la variable edad como factor capaz de explicar las diferencias en la duración de los episodios de baja, confirmando que, según avanza la edad, las ausencias por IT serán más largas”. (p. 96)

Teniendo en cuenta lo anterior, pese a que en la EPS existen tiempos sugeridos de incapacidad por diagnóstico, se encuentra variabilidad en los tiempos prescritos por los médicos generales en consulta, lo cual puede estar asociado no solo a las variables clínicas, sino también socioeconómicas y laborales, pues como lo expone (Rocamora, 2010) las expectativas y valores de los trabajadores y profesiones de la salud puede influir en la gestión de las incapacidades, dado que, además del diagnóstico pueden participar otros factores como los culturales, motivaciones, del cuidado de la salud, clima laboral del empleador del paciente, entre otros.

Por lo tanto, es menester que los ordenamientos de incapacidad temporal puedan realizarse a la luz de los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía, orientando de esta forma el equilibrio entre los daños de no reposar y de reposar; que la decisión de la incapacidad se base en la condición individual del paciente y en el uso de las mejores prácticas en salud; recordando que, es igualmente injusto el uso indiscriminado de las incapacidades como el no expedirlas cuando realmente se requieren, y finalmente

reconocer la incapacidad como una decisión compartida, en la que paciente debe conocer las ventajas, pero también las desventajas del reposo o ausencia laboral (Ballesteros Polo, 2016).

No obstante, se considera aportaría valor la unificación de los tiempos sugeridos de incapacidad por diagnóstico tanto a nivel de prestadores de servicios de salud, como a nivel de las entidades encargadas de la recepción, análisis, liquidación y reconocimiento de las mismas, contemplando que, al existir un estándar único de tiempos de reposo por incapacidad médica, podría orientar la decisión del médico u odontólogo tratante en el momento de la emisión del certificado de baja laboral o IT, sirviendo además como respaldo técnico para el profesional frente a las demandas y expectativas de los pacientes respecto a los tiempos de reposo requeridos para la recuperación de la salud o retorno a laborar, debido a que “el uso de guías de duración de la incapacidad evita que el médico decida solo en función de su experiencia e intuición, y disminuye la incertidumbre del médico al momento de otorgar una incapacidad o no continuarla”(Echevarría-Zuno et al., 2009, p. 572).

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encontró, la existencia vacíos de información respecto a datos demográficos, socioeconómicos y de la condición de salud, que restringieron el estudio, dado que pese a existir en las bases de datos algunos campos para el registro de esta información, la misma no estaba diligenciada en su totalidad o con precisión, motivo por el cual, como consecuencia de la no uniformidad de los datos o ausencia de algunos de ellos no pudieron ser tenidos en cuenta, por lo tanto, es recomendable para la EPS incluir y registrar en los reportes de incapacidades (ordenadas y radicadas), datos uniformes de relevancia para el análisis habitual de IT y de posibles estudios futuros del comportamiento de las mismas frente a variables demográficas, socio económicas y de la condición de salud, que permitan desarrollar descripciones y predicciones para los procesos intervinientes y para la entidad como tal, que finalmente puedan redundar en el correcto manejo de las incapacidades y en el costo y sobrecosto asociado a las mismas, pues como bien lo expresa (Echevarría-Zuno et al., 2009) “el financiamiento de las prestaciones en especie y económicas no es ilimitada. El dinero que se gasta en una partida disminuye a corto, mediano o largo plazo, la capacidad de invertirse en otra” (p. 568).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Camero Nader, L. M., Lagos Santamaria, A., Triana Parga, R., Brun Vergara, M., Cabrera Romero, O., Díaz Olivares, I. y Rodríguez Nieto, I. (2016). *Dirección de Financiamiento Sectorial*. [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
- Ballesteros Polo, M. (2016). Conflictos Bioéticos en la Relación Sanitaria Derivada de las Bajas Laborales. *Revista de Bioética y Derecho*, (38), 131-147.  
<https://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.38.17050>
- Echevarría-Zuno, S., Mar-Obeso, J. Á., Borja-Aburto, H. V., Méndez-Bueno, J. F., Aguilar-Sánchez, L. y Rascón-Pacheco, A. R. (2009). La Incapacidad Temporal para el Trabajo desde la Perspectiva Médica. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(5), 565-574.
- Institución Nacional de la Seguridad Social. (2018). *Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal*. INSS.
- Fernández Escalada, E. (2014). Análisis de la Incapacidad Temporal desde la Atención Primaria. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 60, 74-78.
- Heno Castro, J., Cely Jiménez, A. y Orjuela Lara, T. L. (2022). Análisis Descriptivo de la Variabilidad en Días Sugeridos de las Incapacidades Temporales, Prescritas por Médico General y su Impacto en una EPS de Colombia. En *La investigación científica en seguridad y salud en el trabajo colección resultado de investigación*. Editorial EIDEC.  
<https://doi.org/10.34893/c6623-8349-9231-n>
- Rollins, J. (2015). *Metodología Fundamental para la Ciencia de Datos*. IBM.
- López Barragán, C. N., Bogotá Rodríguez, L. C., Valero-Pacheco, I. C., Torres Vanegas, C. A. y Castillo Martínez, A. D. (2020). La incapacidad temporal y variables relacionadas: revisión bibliográfica. *Ciencia y Tecnología Para La Salud Visual y Ocular*, 17(2), 21-31.  
<https://doi.org/10.19052/sv.vol17.iss2.3>
- Vicente Pardo, J. M. (2018). La Gestión de la Incapacidad Laboral algo más que una Cuestión Económica. *Medicina y Seguridad del Trabajo*. 64(251), 131-160.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Resolución 4480 de 2012*. MINSALUD.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 6411 de 2016*. MINSALUD.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Resolución No. 5268 de 2017*. MINSALUD.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Resolución 5858 de 2018*. MINSALUD.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Resolución 3513 de 2019*. MINSALUD.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Resolución 2503 de 2020*. MINSALUD.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Resolución 2381 de 2021*. MINSALUD.
- Ponsard, C., Touzani B, M. y Majchrowski, A. (2017). Combining Process Guidance and Industrial Feedback for Successfully Deploying Big Data Projects. *Open Journal of Big Data (OJBD)*, 3(1). <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:101:1-201712245446>
- Rocamora, I. T., Martínez Martínez, J. M., Delclos Clanchet, J., Jardí Lliberia, J., Alberti Casas, C., Serra Pujadas, C., Manzanera López, R. y Benavides, F. (2010). Duración de los Episodios de Incapacidad Temporal por Contingencia Común según Regiones Sanitarias en Catalunya. *Revista Española de Salud Pública*, 84(1), 62-69.
- Santamaría, P., Ramírez, P. C., y Ordi, H. G. (2013). Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica y Salud*, 24(3), 139-151. <https://doi.org/10.5093/cl2013a15>
- Vilardell Ynaraja, M., Esteve Pardo, M., Carreras Valls, R., Olivé Cristany, V., Bretau Viñas, F., Subirats Cid, P., Sánchez Flores, E., Villegas Rodríguez, S., Guixeras Campos, A., Torrecillas Mota, A., Barroso Reinon, S., Serra Pujadas, C. y Santiñà Vila, M. (2016). Descriptive Study of sickness absence in the health care sector of Catalonia (2009-2012). *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19(1), 15-21. <https://doi.org/10.12961/aprl.2016.19.01.3>
- Villaplana García, M., Sáez Navarro, C., Meseguer De Pedro, M. y García-Izquierdo, M. (2015). Grado de efecto de las variables sociodemográficas, laborales, organizativas y del entorno en la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en España. *Atención Primaria*, 47(2), 90-98. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.010>