

VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA RESOLUCIÓN DE UNA INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIAS COMUNES DE MUY LARGA DURACIÓN

X. Bayona^a, M^a Jiménez^a, A. Aguado^a

RESUMEN

Objetivo: Identificar las variables que pueden influir en la duración de una Incapacidad Temporal (IT) de muy larga duración. **Sujetos y métodos:** Éste es un estudio observacional retrospectivo, realizado en el ámbito de la atención primaria de salud, en el que se incluyen todos los pacientes que iniciaron en 1999 un proceso de IT por contingencias comunes, que se prolongó un mínimo de 6 meses. Se seleccionaron como variables principales: edad, sexo, médico prescriptor, ocupación, diagnóstico, número de visitas de control, duración de la IT, número de IT en los 5 años previos, días de IT consumidos en estos 5 años, resolución de la IT y nueva IT tras la resolución.

Resultados: 164 pacientes (49,4% hombres). Duración mediana de 376,5 días. Predominio de patología traumatológica, psiquiátrica y cardiológica en los hombres, similar en las mujeres, aunque con mayor proporción de problemas psiquiátricos y siendo tercera la patología ginecológica. La ocupación variaba según el sexo, sin que hubiera relación con el diagnóstico. En los mayores predominaba la patología traumatológica (56%) y cardiológica (12%), mientras que en los jóvenes lo hacía la psiquiátrica (40%). Los jóvenes estuvieron más veces de baja. 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. Análisis multivariado: la psicopatología tiene duraciones más largas (RR: 0,56, IC 95%: 0,38-0,84), y más breves en el caso de las cardiopatías (RR: 1,93, IC 95%: 1,04-3,61), que los procesos traumatológicos, y la IT fue más corta si se estuvo más veces de baja previamente (RR: 1,09, IC 95%: 1,01-1,16).

Conclusiones: el diagnóstico y el número de IT en los 5 años previos están relacionados con la duración de las IT de más de 6 meses.

PALABRAS CLAVE: incapacidad temporal, resolución, gestión sanitaria, atención primaria.

VARIABLES THAT INFLUENCE THE OUTCOMES OF VERY LENGTHY TEMPORARY DISABILITY DUE TO NONOCCUPATIONAL CAUSES

SUMMARY

Objective: To identify variables that influence the duration of cases of very lengthy Temporary Disability (TD).

Subjects and methods: This was a cross-sectional observational study in a primary care setting. Persons who, as of 1999, had been on TD due to nonoccupational causes for a minimum of 6 months were included in the study. The main variables were: age, gender, treating physician, occupation, diagnosis, number of follow-up visits, duration of TD, number and duration of TD in the previous 5 previous years, resolution of TD and new TD after resolution.

Results: There were 164 patients (49.4% men). Mean duration of TD was 376.5 days. The most common pathologies in men were orthopaedic, psychiatric and cardiovascular among women, there was a higher proportion of psychiatric diagnoses and gynaecological problems were third most common. Occupation differed by gender, but was not related to diagnosis. Among older individuals, orthopaedic (56%) and cardiovascular (12%) pathologies prevailed; among the youngest age groups,

^a EAP Esparraguera. SAP Baix Llobregat Nord y SAP Baix Llobregat Centre. Institut Català de la Salut.

Correspondencia:

Xavier Bayona Huguet
C/ Bellaterra, 41
08940 Cornellà de Llobregat
27214xbh@comb.es

psychiatric pathologies (40%) were seen most often. Young persons were more likely to be on TD. Family physicians saw a greater number of TD cases and of follow-up visits. TD duration was greatest for those cases seen by General Practitioners. Multivariate analysis: psychopathology was associated with a longer duration (RR: 0.56, CI 95%: 0.38-0.84), and heart disease with a shorter duration (RR: 1.93, CI 95%: 1.04-3.61) of TD as compared to orthopaedic pathology. TD was of shorter duration among persons with a prior history of another TD situation (RR: 1.09, CI 95%: 1.01-1.16).

Conclusions: Diagnosis and number of TD in the 5 previous years are associated with TD of greater than 6 months' duration.

KEY WORDS: temporary disability; resolution; health care management; primary care.

INTRODUCCIÓN

La incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes ha sufrido desde el año 1994 diferentes modificaciones legislativas¹⁻⁵. Éstas han dado lugar a que la prestación social y económica de la seguridad social por ausencia en el trabajo por motivos de salud cambiase de incapacidad laboral transitoria a IT. Además, la duración máxima es actualmente de 18 meses, en su gestión participan también los Equipos de Valoración del Instituto Nacional de la Seguridad Social y se ha excluido la maternidad como causa de IT. Pero, a pesar de los esfuerzos legislativos, la IT es la prestación que acarrea un mayor gasto a los equipos de atención primaria (EAP) en España⁶⁻⁷, sin olvidar que ésta es propia de la atención primaria de salud⁸⁻⁹. Para aproximarnos a la magnitud económica del problema, si aplicásemos un coste medio de 25 euros por cada día de ausencia del trabajo por motivos de salud (aunque puede variar entre 21 y 30 euros, según la Comunidad Autónoma)¹⁰, nos encontraríamos con que las IT analizadas en el presente estudio generaron un gasto, sólo por la propia IT iniciada en 1999, de más de 1.562.000 euros, lo que supone más de 9.500 euros de media por IT de duración superior a 6 meses.

La IT se comporta como un sistema de consumo⁷. Así, si se identifican y tipifican las IT de mayor duración (20%) que son las que consumen el 80% del gasto, se podrán realizar políticas para mejorar su gestión y contener su gasto⁸.

El objetivo del presente estudio es discriminar variables que pueden influir de forma directa en la duración de las IT por contingencias comunes de muy larga duración, superiores a 6 meses.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

El presente es un estudio observacional retrospectivo, realizado en el Centro de Atención Primaria (CAP) de Esparreguera. El CAP de Esparreguera forma parte del Área Básica de Salud (ABS) de Esparreguera, constituida por los municipios de Abrera, Esparreguera, Collbató y El Bruc. En el CAP del Municipio de Esparreguera en el año 1999 prestaban atención a la población adulta 5 médicos de cabecera (MC), de los cuales 2 eran médicos generalistas (MG) y 3 médicos de familia (MF) con formación MIR.

Se seleccionaron los pacientes que iniciaron un proceso de IT por contingencias comunes en el año 1999, y su seguimiento se prolongó durante un mínimo de 6 meses, siempre a través de los controles realizados por su MC en el

CAP de Esparreguera. El seguimiento se realizó hasta la resolución de todas las IT. Las variables que se seleccionaron fueron: edad en años al iniciar la IT, sexo, médico prescriptor, ocupación agrupada en categorías («operario», por ejemplo, agrupa diferentes funciones dentro del mundo de la industria, como son las cadenas de montaje; «servicios» hace referencia a trabajadores de comercios y administrativos, y no incluye la «limpieza», que ha sido considerada como una única categoría), causa de la IT considerada en grupos diagnósticos según la especialidad médica responsable del control, número de visitas registradas en la Historia Clínica (HCAP) mientras duró el proceso, días que duró la IT hasta la resolución definitiva, número de IT por cualquier causa (diagnóstico) y duración en los últimos 5 años (desde 1994, excluyendo la actual IT en estudio), días totales de IT por contingencias comunes consumidos en los últimos 5 años (excluyendo la actual) y resolución definitiva de la IT según los supuestos vigentes en el parte de alta, denominando la incapacidad permanente (IP) como invalidez. Para simplificar el análisis, se agruparon las variables ocupación y diagnóstico, discriminando las 3 categorías más frecuentes y englobando bajo el término «otros» el resto de categorías. La variable de resolución del proceso también se distribuyó entre «invalidez/jubilación/defunción» y «otros», separando las causas de alta sin posibilidad de nueva IT de las otras. A su vez se generó una variable resultante de dividir los días de baja en los últimos 5 años por el número de IT en el mismo período. También se reflejó si hubo un nuevo episodio de IT durante el año siguiente al alta.

Para comparar las variables cuantitativas se aplicaron tests no paramétricos, ya que el test de Kolmogorov-Smirnov describió una distribución no normal de las variables. Para el análisis de las variables cualitativas se utilizó el test de χ^2 . Se compararon sexos y personas de menos de 50 años con las de 50 o más, y también a los médicos según formación especializada (MG y MF). Para finalizar, se realizó un análisis multivariado, según el modelo de Cox, en el que la variable dependiente fue la duración de la IT, y como independientes se tomaron aquellas que alcanzaron significación en el bivariado y podían tener relación con el tiempo de resolución (edad, diagnóstico y número total de IT en los 5 años previos a nuestro estudio, excluyendo la actual IT) sin ajustar por las otras variables. Se consideró significativa toda p inferior a 0,05. Se utilizó el programa estadístico SPSS 8.0.1 para Windows.

RESULTADOS

Se incluyeron 164 pacientes, que constituyeran el 5,6% de todas las IT de 1999 (aquel año se produjeron 2.917 IT), con un promedio de casi 3 casos mensuales por MC. Los resultados globales de las variables cuantitativas se muestran en la Tabla 1. Las ocupaciones más frecuentes fueron operarios (40,2%), limpieza (15,2%) y servicios (14,0%). El 59,1% de los casos fueron controlados por los MF del centro. El 47,6% de los pacientes fueron dados de alta por mejoría o curación, el 23,2% por trámite de una IP y el 7,9% por jubilación. Globalmente, el 11,6% volvió a estar de baja en el primer año después de la resolución de la IT.

La edad entre sexos no alcanzó significación estadística. La distribución de diagnósticos según el sexo puede verse en la Tabla 2. La ocupación alcanzó un elevado grado de significación estadística entre sexos ($p < 0,001$), predominando en el caso de hombres operarios (48,1%), conductores (12,3%) y sector de la construcción (11,1%). Las mujeres estaban empleadas como operarias (32,5%), limpieza (28,9%) y servicios (20,5%). Al comparar ocupación con diagnóstico estratificado por sexo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En el resto de variables analizadas por sexo (médico prescriptor, variables cuantitativas, motivo de resolución del proceso, y una nueva IT) no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

Según el grupo de edad, la formación del MC no obtuvo significación estadística. Dicho grupo se relacionaba con diferencias en los diagnósticos de la baja. En la Tabla 3 puede observarse que la única variable con significación por grupo de edad fue el número de IT en los últimos años.

Tabla 1. Descripción de las variables estudiadas en los 164 episodios de Incapacidad Temporal (IT) de más de 6 meses, así como resultado obtenido en el test de Kolmogorov-Smirnov.

	Rango	Mediana	Media
Edad ^a	21-69	47	45,2
Número de visitas del proceso ^b	1-33	6	6,9
Duración del proceso ^c	185-549	376,5	381,0
Número de episodios de IT últimos 5 años ^d	0-15	2	2,1
Días de IT en los últimos 5 años ^e	0-1395	59	157,2
Días/episodios de IT últimos 5 años ^f	0-523	23,8	69,4

D.E. = Desviación Estándar

a) $p=0,036$; c) $p=0,011$; b, d, e y f) $p < 0,001$

Tabla 2. Distribución de las causas de Incapacidad Temporal (IT) de los 164 episodios de más de 6 meses de duración por grupo diagnóstico y por sexo.

	Hombre		Mujer		Total	
	N	%	N	%	N	%
Traumatología ^a	40	49,4	37	44,6	77	47,0
Trastorno mental ^b	18	22,2	31	37,3	49	29,9
Cardiología	11	13,6	1	1,2	12	7,3
Tocoginecología	0	0,0	7	8,4	7	4,2
Neurología	3	3,7	2	2,4	5	3,0
Oncología	2	2,5	2	2,4	4	2,4
Digestivo	2	2,5	2	2,4	4	2,4
Neumología	2	2,5	0	0,0	2	1,2
Endocrinología	1	1,2	1	1,2	2	1,2
Urología	2	2,5	0	0,0	2	1,2
Total	81	100	83	100	164	100

(χ^2 ; $p=0,002$). a Se incluye patología reumatológica como las artropatías degenerativas; la lumbalgia fue el diagnóstico más frecuente.

b El diagnóstico más frecuente fue el síndrome depresivo.

Una nueva IT tras la resolución del proceso estudiado por edad (9,9% en menores de 50 años; 13,7% de 50 años o más) tampoco alcanzó significación estadística. La resolución del proceso sí tuvo significación estadística al agrupar IP, jubilación y defunción, según el grupo de edad (53,4% de 50 o más años, frente el 16,5% de los menores de 50; $p < 0,001$).

La ocupación según la formación del MC y el diagnóstico de la IT no reflejaron significación estadística. El número de visitas de control durante la IT, el número de IT en los últimos 5 años y la duración del proceso hasta su resolución figuran en la Tabla 3. Al realizar el análisis de la resolución de la IT se encontraron diferencias estadísticamente significativas si se analizaban las diferentes opciones de alta disgregadas, pero si se agrupaban en invalidez-jubilación-defunción y otros motivos, no se hallaban diferencias significativas. La proporción de nuevas IT tampoco alcanzó significación estadística (6% en MG, 15,5% en MF).

En el análisis multivariado de la duración del proceso (Tabla 4), las variables independientes analizadas fueron la edad del paciente en el momento de la IT, el diagnóstico agrupado y el número de IT en los 5 años previos al proceso en estudio. El resto de variables no se eligieron por su comportamiento en el análisis bivariado (no ser estadísticamente significativas) o por ser causas posteriores (no precedentes) en el tiempo a la IT estudiada.

DISCUSIÓN

Probablemente el análisis de otras variables, como la carga asistencial de los profesionales, la intervención de terceros actores como especialistas de referencia o la demora en las pruebas complementarias, hubieran añadido exactitud y/o complejidad al estudio¹¹⁻¹⁴. Pero se seleccionaron variables accesibles y de uso simple, en una cuestión multidisciplinar y multifactorial de difícil manejo

Tabla 3. Análisis según sexo, grupo de edad y formación del médico -médico general (MG) y médico de familia (MF)- de las variables y grado de significación estadística (p) en una muestra de 164 episodios de IT superior a 6 meses.

Medianas	Mujer (n=83)	Hombre (n=81)	p	< 50 años (n=91)	≥ 50 años (n=73)	p	MF (n=97)	MG (n=67)	p
Duración del proceso ^a	397	357	NS	348	388	NS	368	431	0,033
Días/episodios IT últimos 5 años ^a	85	52	NS	62	56	NS	7	4	<0,001
Días/episodios IT últimos 5 años ^a	31	20,7	NS	20,7	30,7	NS	31	16,5	NS
Nº visitas del proceso ^b	6	5	NS	6	6	NS	7	4	<0,001
Nº episodios IT últimos 5 años ^b	2	2	NS	2	1	0,005	2	1	0,035
Edad ^b	46	47	NS	-----	-----	-----	47	47	NS

a) log rank (Kaplan-Meier); b) U de Mann-Whitney (NS = no significativo)

y gestión y en continuo cambio normativo^{13,15}, en la que se han implicado como variables relacionadas desde la propia patología hasta la raza y el nivel de estudios^{11-14,16-19}. Otras limitaciones del estudio son la estratificación de las ocupaciones, que no se ha realizado según el Código Nacional de Ocupaciones (CNO)²⁰ o la Clasificación Nacional de Actividades Económicas (CNAE)²¹, así como la clasificación de los diagnósticos de las IT, que tampoco ha seguido la de la WONCA para grandes grupos diagnósticos (WGGD)²². Probablemente la utilización de CNO o de CNAE y la clasificación WGGD hubieran proporcionado mayor objetividad para la agrupación de categorías, pero por el tamaño de la muestra se hubiera perdido potencia para el análisis estadístico, ya que hubiera supuesto una disgregación de la muestra.

Clásicamente se había implicado el «pago directo»¹⁷⁻¹⁸ (situación que se producía cuando el fin del contrato laboral se daba durante el curso de una IT, con lo que el trabajador pasaba a depender del Instituto Nacional de Empleo -INEM- durante la misma, y el pago directo de la prestación económica se hacía efectivo desde el Instituto Nacional de la Seguridad Social) como causa de mayor

Tabla 4. Análisis de regresión de Cox de la duración de la Incapacidad Temporal (IT) de larga duración (más de 6 meses) según la edad al inicio del episodio, grupos diagnósticos y número de episodios de IT en los cinco años anteriores en una muestra de 164 episodios (no se ajustan entre sí)¹.

Variable independiente	RR	IC 95%	p
Edad	0,99	0,97-1,00	0,0526
Diagnóstico			0,0001
Traumatología	1		
Salud mental	0,56	0,38-0,84	0,0046
Cardiología	1,93	1,04-3,60	0,0386
Otros	1,58	0,99-2,54	0,0564
Nº episodios IT últimos 5 años	1,09	1,01-1,16	0,0489

Variable dependiente = duración de la IT

1 Análisis de Regresión de Cox variable a variable sin ajustar por otras variables

duración de la IT, pero en nuestro estudio se ha hecho hincapié en otros aspectos, dado que por las características sociolaborales de los pacientes -menos del 5% estaban en esta situación- la probabilidad a priori de ser una variable con significación propia era realmente baja, teniendo en cuenta el número total de casos del estudio.

Destaca la elevada «prevalencia» de IT de muy larga duración: de cada 100 bajas, casi 6 duran más de 6 meses, y en más del 75% de los casos ello se debe a algún problema traumatológico o de salud mental. Está descrito que el 7% de todas las IT (las de muy larga duración) son responsables del 50% del gasto global anual por esta prestación⁷. En el estudio de Royo¹⁸ se concluyó que el 5,4% de las IT eran de más de 6 meses de duración, similar al nuestro (5,6%).

Se ha observado así mismo que los procesos de mayor duración media son los trastornos psiquiátricos y los traumatológicos, igual que en nuestro estudio, y más concretamente la depresión y la lumbalgia^{10,16,18}. En nuestra serie, desde el punto de vista de los diagnósticos, destaca la mayor proporción de los de tipo psiquiátrico en las mujeres, la cardiopatía en los hombres y, globalmente, el número 1 lo ocupó la patología traumatológica, a la que otros autores¹⁹ han atribuido, a grandes rasgos, la causa del mayor consumo de recursos por IT. Concretamente, se ha visto que la lumbalgia, desde la perspectiva de la compensación económica, es superior en nuestro país que en el resto de la Unión Europea²³.

Al centrarnos en los diagnósticos estratificados por grupos de edad, se puede ver que en los de mayor edad, y también en los hombres, disminuyen los procesos relacionados con salud mental para incrementarse los relacionados con el aparato locomotor y los cardiológicos (la enfermedad coronaria aparece mayoritariamente a partir de los 50 años en los hombres y de los 60 en las mujeres)²⁴. Gutiérrez y colaboradores²⁵, estudiaron una cohorte de pacientes tratados en una Unidad Coronaria por infarto agudo de miocardio y observaron una duración superior a 240 días de promedio para reincorporarse al trabajo y, entre otros, los de más edad fueron los que lo hicieron más tarde.

Por su parte, sorprende que en los 5 años previos los individuos más jóvenes hayan tenido más episodios de IT que los de mayor edad. Por otra parte, el total de días consumidos por IT en estos 5 años anteriores y el promedio

de días por IT previa no son diferentes.

En el grupo de mayor edad la jubilación y la invalidez, así como la defunción, agrupadas como causa de resolución de la IT, supera a los más jóvenes, hecho explicable por la mayor probabilidad de sufrir una patología subsidiaria de una incapacidad permanente o la muerte, y por la mayor proximidad a la edad legal de la jubilación. Quizás debería reflexionarse sobre la posibilidad de ofrecer más agilidad en la resolución de aquellas IT que se prevé van a ser alta por IP.

A pesar de que pioneros en el estudio de las variables que pueden influir en la prescripción de la IT¹⁷ mencionaban la falta de formación especializada del MC como factor implicado en una mayor prescripción, en nuestro estudio, quizás por contar con una población mucho más seleccionada, se aprecia la paradoja de que a pesar de haber prescrito más IT en el pasado, las IT en estudio son de menor duración y el número de visitas de control del proceso es mucho más alto en el caso de los MF.

Algunos autores²⁶⁻²⁷ han intentado vislumbrar qué factores previos podrían estar relacionados con la resolución de una IT por afección musculoesquelética y la vuelta al trabajo, encontrándose la existencia previa de una IT, además de factores sociales, laborales, personales y también la presencia o ausencia de determinados signos y síntomas durante el curso de la enfermedad.

Aunque a priori pueda pensarse en la edad como factor de riesgo para la mayor duración de la IT, en nuestro modelo lo son el diagnóstico de la IT (mayor duración en trastornos psiquiátricos, y menor en cardiológicos, respecto a traumatológicos) y el número de IT en los 5 años anteriores (teniendo menor duración los que han «tenido más bajas» en el pasado inmediato). La menor duración y el mayor número de «bajas» por cualquier causa en el pasado es una asociación de difícil interpretación, pues, si bien podría tratarse de un sesgo por el tamaño de la muestra, también cabría pensar que dado que son los más jóvenes los que tienen una historia de más bajas, aunque no lleguen a agotar los plazos, éste podría ser un signo de «rentismo», que debería confirmarse en estudios posteriores.

Dado el continuo cambio de normativa de las diferentes prestaciones sanitarias y sociales, que pretenden adaptarse a una realidad social en constante evolución, serían necesarias herramientas que facilitaran la gestión y análisis de la IT, esto es, la mejora del registro y el control, una mayor agilidad en los circuitos que pretenden dar soporte al MC, ligado todo ello a medidas muy sencillas ya propuestas⁸ que, entre otras, pasan por una informatización integral de la atención primaria²⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. BOE nº 313 de 31 de diciembre de 1994.
2. Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. BOE de 31 de diciembre de 1997.
3. RD 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la seguridad social, la Ley 42/1994. BOE de 19 de agosto de 1995.
4. RD 575/1997, de 18 de abril, sobre control de la prestación económica por incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral. BOE de 24 de abril de 1997.
5. RD 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el reglamento general sobre colaboración en la gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social por incapacidad temporal. BOE de 24 de abril de 1997.
6. Seguí Díaz M. No quedar indiferentes ante la incapacidad temporal. Aten Primaria 1999;23:249.
7. Caldas Blanco R, Violán Fors C, García Fernández JJ, Pérez Domínguez F, Quijano Terán F, y Grupo de Trabajo de la semFYC sobre incapacidad temporal. Incapacidad Temporal: mejoras en la gestión. Decálogo para la mejora de la gestión de incapacidad temporal (I.T.). Documentos semFYC 1998. Santander.
8. Grupo de Trabajo de IT de la semFYC de las Jornadas de primavera. Valoración de los cambios normativos de la gestión de la incapacidad temporal. Aten Primaria 1998; 22: 465-466.
9. Duque Valencia A. "Medicamentazo" e "incapacitazo" y otros zarpazos... Aten Primaria 1998; 22: 409-410.
10. Ruiz Téllez A. La Incapacidad temporal y la Atención Primaria. La Gran oportunidad. La gran amenaza. Propuesta de un cambio. En: Incapacidad Temporal: Encrucijada ética, clínica y de gestión. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 1999. Barcelona.
11. Mayfield JA, Deb P, Whitecotton L. Work disability and diabetes. Diabetes care 1999; 22: 1105-1109.
12. Mira M, Benavides FG, Sáez M, Barceló MA, Román C, Matamoros J. Ocupación e incapacidad temporal: un estudio descriptivo de dos cohortes de trabajadores del sector del transporte público en Barcelona. Arch Prev Riesgos Labor 1999; 2: 151-158.
13. Abellán Hervás MJ, Esteban López S. Programa para el control de la incapacidad temporal en el Instituto Social de la Marina de la provincia de Cádiz. Aten Primaria 1999; 24: 523-527.
14. Benavides FG, Sáez M, Barceló MA, Serra C, Mira M. Incapacidad temporal: estrategias de análisis. Gac Sanit 1999; 13: 185-190.
15. Martín Mendizábal ME. La prestación de la Seguridad Social por incapacidad temporal: una apuesta decidida de lucha contra el fraude social. Jano 1998; 54: 20.
16. Sans M, Batalla C, Villagrasa D, Ezepeleta A, Escorza S, Comín E. Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud. Aten Primaria 2000; 25: 100-106.
17. Ugalde Martínez 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.
18. Royo-Bordonada MA. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. Gac Sanit 1999; 13: 177-184.
19. Blanco M, Candelas G, Molina M, Bañares A, Jover JA. Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año. Rev Esp Reumatol 2000;27: 48-53.
20. RD 917/1994, de 6 de mayo, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994 (CON-94). BOE de 27 de mayo de 1994.
21. RD 330/2003, de 14 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1560/1992, de 18 de diciembre, por el que se aprueba la Clasificación Nacional de Actividades Económicas. BOE de 2 de abril de 2003.

22. ICHPPC-2 defined (International Classification of Health Problems in Primary Care) WONCA. Oxford: Oxford University Press, 1985.
23. González Viejo MA, Condón Huerta MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. *Med Clin (Barc)* 2000;114(13):491-492.
24. Kannel WB. Prevalencia, incidencia y mortalidad de la cardiopatía coronaria. En: *Aterosclerosis y enfermedad arterial coronaria*. Valentín Fuster, Russell Ross, Eric J Topol Editores. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona 1997: 15-23.
25. Gutiérrez Morlote J, Vacas Arlandis M, Lobato García A, Llorca Díaz J, Prieto Solís JA, Domenech Delgado J, San José Garagarza JM. El efecto del infarto de miocardio sobre la situación laboral de los pacientes. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 556-562.
26. Infante-Rivard C, Lortie M. Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain. *Occup Environ Med* 1996; 53: 488-494.
27. Burdorf A, Naaktgeboren B, Post W. Prognostic factors for musculoskeletal sickness absence and return to work among welders and metal workers. *Occup Environ Med* 1998; 55 :490-495.
28. Casajuana Brunet J, Alonso López FA, Aracil Villar J, Barrios Blasco L, Carmenado Martín T, Gervás Camacho J, González Jiménez I, Grifell Martín E, Herrero Sales P, Romero Aguit. Grupo de trabajo semFYC-SEMERGEN 1996. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. *Aten Primaria* 1998; 21: 489-498.