

Incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral en Cataluña, 2007-2010

Constança Albertí^a, Josefina Jardí^a, Rafael Manzanera^a, Isabel Torá^b,
Jordi Delclós^{b,c,d}, Fernando G. Benavides^{b,c}

Recibido: 14 de febrero de 2012

Aceptado: 23 de agosto de 2012

RESUMEN

Objetivos: Describir los episodios de incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral (ITcc) registrados en Cataluña entre 2007 y 2010.

Métodos: Se analizaron 4.273.601 procesos de ITcc certificados en los Centros de Atención Primaria de Cataluña con alta entre 2007 y 2010. Se estimó para cada año la incidencia de episodios de ITcc por cada 100 afiliados en la Seguridad Social, la duración mediana y la duración media de días de baja por afiliado según el sexo, la edad, la provincia, el régimen de la seguridad social y la familia diagnóstica de la CIE-10.

Resultados: Se observa una tendencia consistente en descenso de la duración media de días de baja por afiliado (de 12,2 días en 2007 a 10,8 en 2010) y de la incidencia (de 34,4 a 30,4 casos por 100 afiliados). Este patrón se observa tanto en hombres como en mujeres, aunque los hombres presentan una incidencia, duración mediana y días de baja por afiliado menor que las mujeres. La mayoría de los diagnósticos fueron por enfermedades respiratorias (alrededor de 7 episodios por cada 100 afiliados), osteomusculares (que descende de 6,9 a 3,2 en el periodo de estudio) e infecciosas (alrededor de 4). En cuanto a la duración mediana de los episodios destacan las enfermedades tumorales (sobre 50 días), mentales (sobre 30 días) y cardiovasculares (entre 20 y 30 días).

Conclusiones: Las tendencias mostradas pueden servir como valores de referencia para la planificación y evaluación de las políticas de gestión de la ITcc.

PALABRAS CLAVE: sistema de salud, seguridad social, discapacidad.

NONOCCUPATIONAL TEMPORARY SICKNESS ABSENCE IN CATALONIA, 2007-2010

ABSTRACT

Objectives: To describe nonoccupational temporary sickness absence episodes registered in Catalonia between 2007 and 2010.

Methods: We analysed 4,273,601 sickness absence episodes (SA) that came to closure between 2007 and 2010, registered through Catalanian Primary Health centers. Annual incidence rates per 100 workers, and median and mean duration of days lost per worker were examined by gender, age, province, social security scheme, and major ICD-10 diagnostic groups.

Results: There was a consistent downward trend in mean duration of days lost per worker (from 12.2 days in 2007 to 10.8 in 2010), and in incidence rates (from 34.4 to 30.4 cases per 100 workers). This pattern was observed in both men and

a Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i Sanitàries (ICAMS), Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España.

b Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.

c CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Barcelona, España.

d University of Texas School of Public Health, Houston, Estados Unidos.

Correspondencia:

Fernando G. Benavides

CiSAL-Universitat Pompeu Fabra

Dr. Aiguader, 88

08003 Barcelona

Tf 933 160 873

fernando.benavides@upf.edu

women, although overall men had a lower incidence, median duration and mean days lost per worker than women. The most frequent diagnostic groups were respiratory diseases (about 7 episodes per 100 workers), musculoskeletal disorders (decreasing from 6.9 to 3.2 over the study period), and infections (about 4 episodes per 100 workers). The longest median durations were those associated with neoplasms (about 50 days), mental disorders (30 days) and cardiovascular diseases (between 20 and 30 days).

Conclusions: These trends may serve as a baseline for planning and evaluating policies directed at better management of sickness absence in Spain.

KEYWORDS: health system, social security, sickness absence.

INTRODUCCIÓN

La incapacidad laboral puede ser considerada como un indicador integrado de salud en la población ocupada¹, ya que refleja la interacción entre un problema de salud y la capacidad para trabajar de la persona que lo sufre². Esto explica el creciente interés científico alrededor de la incapacidad temporal (IT) o *sickness absence*, especialmente la temporal³, desde los trastornos mentales⁴ o la diabetes⁵ a los problemas musculoesqueléticos⁶, pasando por epidemias como la reciente de la gripe A N1/H1⁷.

La IT es una situación que reconoce nuestro sistema de seguridad social y debe ser prescrita, cuando es por enfermedad común o accidente no laboral (ITcc), por un médico de atención primaria del Sistema Nacional de Salud. La ITcc puede tener una duración de hasta 12 meses, durante la cual el responsable es el médico prescriptor. Cuando se requiere más tiempo, los médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), o del Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM) en Cataluña, pueden solicitar una prórroga de un máximo de 6 meses⁸. Durante el episodio de ITcc el trabajador recibe asistencia sanitaria, ya que la baja es considerada como un recurso terapéutico⁹, además de percibir una prestación económica¹⁰.

A pesar de su alto coste, estimados en unos 7.000 millones de euros en 2010¹¹, no ha sido posible disponer, hasta fechas recientes, del registro sistemático y exhaustivo de los episodios de ITcc. En Cataluña, una de las primeras comunidades autónomas en disponer de un sistema integrado de gestión de la ITcc, el ICAM dispone desde 2007 de la información básica de todos los procesos de ITcc que se producen dentro del territorio de esta comunidad autónoma. El objetivo de este trabajo es describir por primera vez las características y su evolución de los episodios de ITcc registrados en Cataluña entre 2007 y 2010.

MÉTODOS

En Cataluña, entre el 1 de Enero de 2007 y 31 de Diciembre de 2010, se registraron las altas de 4.273.601 episodios de ITcc, generados por pacientes atendidos en los Centros de Atención Primaria de Cataluña. Para cada epi-

sodio, adecuadamente anonimizado, se dispone de las siguientes variables: sexo, edad (que agrupamos en categorías de 10 años), municipio (agrupados en provincias), régimen de afiliación a la seguridad social (general, autónomos, especiales y hogar), fecha de baja y alta y diagnóstico médico (agrupado en las grandes familias diagnóstica de la CIE-10). También está disponible la actividad económica de la empresa, aunque su cumplimentación es del 80%. La cumplimentación para el resto de variables es completa.

Para la descripción de los episodios de ITcc, según las variables antes mencionadas, se estimó para cada uno de los años analizados los siguientes indicadores: número absoluto de episodios, incidencia de episodios por cada 100 afiliados (informa de su densidad), duración mediana de los episodios (informa de su carga) y duración media de días de baja por afiliado (DMA, que informa del impacto de la ITcc en la pérdida media de productividad del conjunto de la población afiliada). Para el cálculo del primer y tercer indicadores se tomaron los datos de afiliación para Cataluña que publica el Ministerio de Trabajo e Inmigración¹². Al no disponerse de información de los afiliados por actividad económica para Cataluña, se decidió no incluir esta variable en el análisis.

RESULTADOS

Los tres indicadores muestran una tendencia ligeramente descendente en el periodo (Figura 1). Especialmente consis-

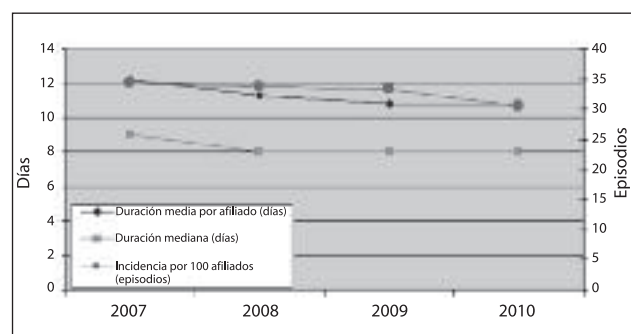


Figura 1. Tendencia de los indicadores de la incapacidad temporal por accidente no laboral o enfermedad común (ITcc). Cataluña, 2007-2010.

Tabla 1. Indicadores de incapacidad temporal por accidente y enfermedad común: total de episodios (N), incidencia por 100 afiliados activos (I), duración mediana de los episodios (DM) y duración media de los episodios por afiliado (DMA) según sexo, edad, provincia, régimen de la seguridad social y actividad económica. Cataluña, 2007-2010.

	2007				2008				2009				2010			
	N	I	DM	DMA	N	I	DM	DMA	N	I	DM	DMA	N	I	DM	DMA
Sexo																
Hombre	578.866	29,6	8	9,6	548.799	29,1	8	9,2	487.209	28,0	8	9,1	430.450	25,1	8	9,0
Mujer	573.248	41,1	10	15,8	582.118	39,8	9	14,1	559.527	39,5	8	12,9	513.384	36,9	8	13,0
Edad																
16-24	165.360	47,6	6	9,9	150.363	57,1	5	9,3	119.640	57,3	5	7,5	90.968	45,7	5	8,8
25-34	384.238	38,7	7	10,1	373.994	39,1	7	9,6	336.613	39,6	6	9,1	296.558	35,8	6	9,1
35-44	289.197	31,3	9	10,2	292.435	29,8	8	9,6	280.756	29,0	8	9,3	261.054	28,3	8	9,0
45-54	195.813	28,2	13	13,7	195.378	27,0	12	12,5	192.744	27,0	11	12,1	181.886	24,7	12	11,3
>=55	117.506	32,0	24	21,2	118.747	26,2	23	18,3	116.983	22,9	20	17,9	113.368	27,0	22	18,2
Provincia																
Barcelona	888.928	35,3	9	12,6	871.631	34,6	8	11,5	817.271	34,5	8	11,0	740.296	31,7	8	11,0
Girona	89.472	27,8	10	10,1	87.324	27,3	9	10,1	76.150	25,4	9	9,5	67.602	22,9	11	9,6
Lleida	52.734	27,8	11	10,7	54.718	28,5	10	10,8	47.970	25,9	11	10,5	42.096	23,2	12	10,1
Tarragona	120.980	37,8	7	11,7	117.244	36,5	7	11,5	105.345	35,1	7	11,2	93.840	31,9	7	10,8
Régimen Afiliación																
Régimen general	1.091.583	40,7	8	13,3	1.072.157	39,7	8	12,5	965.525	38,2	7	11,2	877.689	35,5	7	11,0
Autónomos	53.970	8,8	39	7,7	48.668	9,4	37	6,3	71.051	13,4	42	9,4	58.398	10,3	49	10,3
Régímenes especiales	1.502	5,8	10	2,2	3.711	5,9	10	5,2	3.579	11,8	10	4,8	2.713	8,6	12	4,2
Hogar	5.059	9,4	46	9,7	6.381	13,3	59	10,7	6.581	12,5	54	10,7	5.034	8,5	71	9,7
Total	1.152.114	33,4	9	12,2	1.130.917	33,8	8	11,3	1.046.736	33,2	8	10,8	943.834	30,4	8	10,8

tente es el patrón del descenso de la DMA, de 12,2 días por afiliado en 2007 a 10,8 días en 2010, y de la incidencia, que pasa aproximadamente de 34 episodios por cada 100 afiliados en 2007 a 30 episodios en 2010. El descenso de la duración mediana es de 1 día desde 2008. Este mismo patrón se observa tanto en hombres como en mujeres (Tabla 1), aunque los hombres presentan una incidencia, duración mediana y días de baja por afiliado menor que las mujeres, si bien la duración mediana de los episodios en ambos sexos se iguala (8 días) en 2009 y 2010. La disminución de la DMA es más pronunciada en las mujeres (de 15,8 en 2007 a 13,0 en 2010) que en los hombres (de 9,6 en 2007 a 9,0 en 2010).

Por grupos de edad (Tabla 1), el patrón temporal es más variado, pero en cada uno de los cuatro años observados, la duración mediana y la DMA aumenta claramente con la edad. De 5 días de duración mediana entre los menores de 25 años a 22 días en los mayores de 54 años en 2010. Por el contrario, la incidencia es siempre muy superior en los menores de 25 años. En Barcelona y Tarragona es donde la incidencia y la DMA son más elevadas (Tabla 1) en los cuatro años de observación, pero donde la duración mediana es menor. Por regímenes de la seguridad social, la diferencia del régimen general con el resto es muy marcada, ya sea porque la incidencia es muy superior (por encima de 35 episodios por

cada 100 afiliados frente a por debajo de 13 en el resto) o porque la duración mediana es muy inferior (por debajo de 8 días frente a los 37 días o más en los autónomos).

Al observar por grupos diagnósticos (Tabla 2), vemos que los más frecuentes fueron las enfermedades respiratorias (alrededor de 7 episodios por cada 100 afiliados), osteomusculares (que desciende de 6,9 a 3,2), infecciosas (alrededor de 4), lesiones (sobre 3) y mentales (sobre 2). Por lo que respecta a la duración mediana, destacan las enfermedades tumorales (sobre 50 días de mediana), mentales (sobre 30 días) y cardiovasculares (entre 20 y 30 días). En cuanto a la media de días de baja por afiliado, sobresalen las enfermedades osteomusculares (3 días por afiliado) y mentales (2 días por afiliado).

DISCUSIÓN

En este trabajo se presenta por primera vez el patrón de las ITcc para Cataluña en un periodo de cuatro años, basado en el total de episodios registrados en esta comunidad autónoma. La obtención de este tipo de datos ha sido posible gracias a la integración de la gestión de la ITcc como parte de la historia clínica compartida en Cataluña¹³. Los resultados aquí mostrados pueden servir como valores de referencia

Tabla 2. Indicadores de incapacidad temporal por accidente y enfermedad común: total de episodios (N), incidencia por 100 afiliados activos (I), duración mediana de los episodios (DM) y duración media de los episodios por afiliado (DMA) según grupo diagnóstico CIE-10. Cataluña, 2007-2010.

	2007				2008				2009				2010			
	N	I	DM	DMA	N	I	DM	DMA	N	I	DM	DMA	N	I	DM	DMA
Grupo diagnóstico CIE-10																
Infecciosas y parasitarias	134.343	4,0	4	0,3	124.054	3,9	3	0,3	109.096	3,5	3	0,2	105.083	4,8	3	0,2
Tumores	13.736	0,4	51	0,5	13.965	0,3	47	0,5	12.892	0,4	50	0,5	14.088	0,4	47	0,6
Sangre e inmunológicas	1.844	0,1	33	0,0	1.808	0,1	34,5	0,0	1.633	0,1	34	0,0	1.532	0,0	35	0,0
Endocrinas	3.778	0,1	22	0,1	3.857	0,1	20	0,1	3.497	0,1	21	0,1	3.573	0,1	19	0,1
Mentales y del comportamiento	92.715	2,7	33	2,3	88.119	2,4	30	2,0	74.714	2,4	31	1,9	73.298	2,1	30	1,9
Sistema nervioso	13.991	0,4	13	0,2	15.247	0,4	9	0,2	13.883	0,4	8	0,2	14.631	0,4	6	0,2
Ojos y anejos	14.707	0,4	10	0,1	14.705	0,4	9	0,1	13.318	0,4	9	0,1	13.157	0,4	9	0,1
Oído	18.922	0,6	8	0,1	19.653	0,6	7	0,1	16.942	0,6	7	0,1	14.550	0,5	6	0,1
Cardiovasculares																
Circulatorio	20.436	0,6	31	0,5	19.931	0,5	29	0,4	17.399	0,6	29	0,4	18.003	0,5	26	0,4
Respiratorio	256.500	7,7	5	0,7	245.873	7,7	5	0,6	273.951	8,6	5	0,7	171.806	5,5	4	0,5
Digestivo	51.041	1,5	8	0,4	57.280	1,8	6	0,4	46.964	1,5	6	0,4	52.346	1,6	5	0,4
Piel	15.149	0,5	11	0,1	14.723	0,4	10	0,1	12.127	0,4	10	0,1	11.320	0,4	10	0,1
Osteomusculares	230.927	6,9	17	3,5	227.613	6,6	16	3,2	194.909	6,2	17	3,0	196.150	5,9	16	3,1
Genitourinario	30.041	0,9	10	0,2	31.223	1,0	9	0,2	27.954	0,9	9	0,2	29.395	0,9	8	0,2
Gestación, parto y puerperio	19.075	0,6	26	0,3	19.657	1,6	26	0,3	17.573	0,6	26	0,3	18.381	0,5	25	0,3
Perinatales	638	0,0	8	0,0	567	0,0	7	0,0	426	0,0	9,5	0,0	414	0,0	18	0,0
Congénitas	791	0,0	28	0,0	814	0,0	27	0,0	742	0,0	26	0,0	876	0,0	22	0,0
Síntomas y signos no clasificados	75.083	2,0	7	0,6	76.234	2,3	5	0,5	70.615	2,3	5	0,5	72.120	2,3	5	0,5
Traumas y otras causas externas	104.279	3,2	19	1,4	97.519	2,9	19	1,4	83.145	2,7	20	1,3	82.057	2,5	20	1,3
Otros traumas y causas externas	15.154	0,5	21	0,2	15.472	0,5	21	0,2	14.374	0,6	21	0,2	16.336	0,5	21	0,2
Otras exposiciones o pruebas diagnósticas	37.373	1,0	19	0,5	41.179	1,1	19	0,5	39.317	1,1	19	0,5	33.980	1,0	22	0,5
Otras situaciones especiales	1.591	0,2	22	0,0	1.424	0,0	22	0,0	1.265	0,0	22	0,0	738	0,0	23	0,0
Total	1.152.114	33,4	9	12,2	1.130.917	33,8	8	11,3	1.046.736	33,2	8	10,8	943.834	30,4	8	10,8

para la planificación y evaluación de las políticas de gestión de la ITcc, que hasta ahora se han centrado excesivamente en la reducción de la duración¹⁴, pero que como vemos en este estudio, si se quiere controlar la DMA, como indicador de coste, las intervenciones deben también dirigirse a la reducción de la incidencia¹⁵. Así, por ejemplo, como vemos en este estudio, el principal problema de salud que da lugar a ITcc son las musculoesqueléticas, con una alta incidencia y una alta DMA, aunque su duración mediana es relativamente baja. En este sentido, aunque estos problemas de salud se identifican como “comunes”, asumiendo que no están originados por el trabajo, aunque a veces lo están¹⁶, las condiciones de trabajo podrían influir sobre la decisión del trabajador de solicitar la baja a su médico de cabecera.

La tendencia general que se observa en este corto periodo de tiempo analizado es ligeramente descendente, lo que puede ser atribuible a las mejoras en la gestión de estos procesos, desde el médico de atención primaria a las mu-

tuas, pasando por el INSS y el propio ICAM en Cataluña^{17,18}. También hay que destacar el rol de los profesionales sanitarios de los Servicios de Prevención en la detección y propuestas de mejora de las condiciones de los puestos de trabajo, facilitando la vuelta al trabajo más rápidamente¹⁹. No obstante, hay que tener en cuenta, también, que durante el periodo incluido en este trabajo se inicia una recesión económica de gran envergadura²⁰, lo que ha dado lugar a un aumento progresivo de la tasa de trabajadores en paro y un descenso en el número de afiliados activos⁹ que podría haber alterado el patrón y las características de la ITcc respecto de lo observado al inicio del periodo estudiado. Por lo que una parte del descenso observado podría deberse también, una hipótesis no excluyente con la anterior y que debe ser confirmada en futuros estudios, a la influencia de la crisis económica sobre el número total de episodios de ITcc registrado en Cataluña, por cuanto a que hay menos trabajadores que pueden acogerse a este beneficio, así como al

fenómeno llamado de presentismo^{21,22}, en que el trabajador sigue trabajando, aunque está enfermo, por miedo al despido o a la no renovación del contrato, especialmente entre los inmigrantes²³. Tampoco se ha de olvidar, al examinar la tendencia en este periodo de tiempo, el impacto de la epidemia de gripe A en 2009, año en el que se observa un aumento brusco de la incidencia de ITcc por enfermedades respiratorias^{24,25}, pero sin que se aprecie cambios en otros parámetros de la ITcc.

Las diferencias observadas por sexo o edad eran las esperables según otros estudios²⁶, confirmando que las mujeres tienen mayor incidencia, duración mediana y DMA, aunque la duración mediana se iguala entre hombres y mujeres en los dos últimos dos años, una tendencia que debe ser estudiada con más detalle. Posiblemente, las diferencias de indicadores según género, como ya se ha señalado, son debidas sobre todo al rol social de las mujeres, dada su doble carga laboral y doméstica²⁷, pero también a los problemas que pueden originarse alrededor del embarazo, pues aunque existe una prestación específica reciente gestionadas por las Mutuas para proteger “los riesgos durante el embarazo”²⁸, en caso que se pueda modificar el puesto de trabajo o cambiar a otro puesto de trabajo sin riesgos, esta prestación es nueva y puede resultar también más sencillo dar la baja por ITcc. Una hipótesis que habría que comprobar en próximos estudios, lo que se podría llevar a cabo validando en una muestra de casos por ITcc relacionados con problemas de salud relacionados con el embarazo, aquellos que podrían ser susceptibles de ser registrados como riesgos durante el embarazo. Los resultados del análisis por edad eran también los esperados, en cuanto que la duración del episodio y la DMA se incrementan con la edad, aunque no la tendencia de la incidencia que disminuye con ésta, lo que puede estar indicando que los episodios en los jóvenes son de muy corta duración. Igual ocurre respecto a la distribución territorial, en que volvemos a encontrar unas diferencias territoriales ya observadas en estudios previos de carácter más parcial²⁹, atribuidas inicialmente a la variabilidad de la práctica médica en la prescripción de la ITcc, una explicación que debería testarse en futuros estudios.

Respecto a las notables diferencias entre los indicadores de ITcc y los tipos de régimen de la seguridad social, podrían ser consecuencia de la diferente regulación que la ITcc tiene para los diferentes regímenes³⁰. La menor incidencia entre los trabajadores autónomos y demás regímenes especiales, incluido el del hogar, se debe a que ellos no reciben subsidios hasta el día trigésimo desde el inicio de la baja, por lo que sospechamos que ante problemas de salud de menor gravedad podrían no solicitar la baja, tomándola sólo cuando el problema de salud es más grave –como se observa en su incidencia– y, por lo tanto, de más larga duración, como se comprueba en las duraciones medianas de los regímenes de autónomos y otros especiales. En todo caso, la incidencia de los asalariados (régimen general) es tan superior que la DMA es superior en éstos, aunque las duraciones medianas sean

claramente menores. Esta observación demuestra la necesidad de tener en cuenta siempre que se pueda ambos indicadores, la incidencia y la duración mediana, en el análisis de las ITcc, ya que en caso contrario se estaría observado el fenómeno de manera incompleta.

Existen otros indicadores no contemplados en este estudio que también se han utilizado para describir las características y evolución de los episodios de ITcc en diferentes contextos. Consideramos, en cualquier caso, que es necesario acordar un conjunto mínimo de indicadores bien definidos para realizar las oportunas comparaciones dentro de las comunidades autónomas, o en el conjunto de España y Europa. Y en este sentido, podemos afirmar que los indicadores seleccionados para este estudio –número absoluto (magnitud), incidencia (velocidad de ocurrencia), duración mediana (prevalencia) y duración media de días de baja por afiliado– cubren las dimensiones más relevantes del complejo fenómeno de la ITcc.

Este trabajo describe las características y los patrones de un indicador integral de salud como es la ITcc, que en nuestra opinión debe incorporarse a los sistemas información de la atención primaria y de vigilancia de la salud pública, tanto por su utilidad en el seguimiento de las intervenciones clínicas sobre la incapacidad laboral, como de las políticas públicas de gestión de este problema de salud laboral.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marmot M, Feeney A, Shipley M, North F, Syne SL. Sickness absence as a measure of health status and functioning: from the UK Whitehall II Study. *J Epidemiol Comm Health.* 1995;49: 124-30.
2. Benavides FG, Arana J, Bolmar F, Alvarez-Dardet C. La incapacidad laboral transitoria, algo más que un problema de salud. *Rev San Hig Pub.* 1990;64: 749-57.
3. Labriola M. Conceptual framework of sickness absence and return to work, focusing on both the individual and contextual level. *Work.* 2008;30: 377-87.
4. Bültmann U, Rugulies R, Lund T, Christensen KB, Labriola M, Burr H. Depressive symptoms and the risk of long-term sickness absence: a prospective study among 4747 employees in Denmark. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41: 875-80.
5. Skerjanc A. Sickness absence in diabetic employees. *Occup Environ Med.* 2001;58: 432-6.
6. Gimeno D, Amick BC III, Habeck RV, Ossmann J, Katz JN. The role of job strain on return to work after carpal tunnel surgery. *Occup Environ Med.* 2005;62: 778-85.
7. Torá-Rocamora I, Delclos GL, Martínez JM, Jardí J, Albertí C, Manzanera R, Yasui Y, Clèries R, Tobías A, Benavides FG. Occupational health impact of the 2009 H1N1 flu pandemic: surveillance of sickness absence. *Occup Environ Med.* Published Online First 14 June 2011.
8. RD 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal. BOE núm. 235, de 29 de septiembre de 2009.
9. Gervas J, Ruiz Téllez A, Pérez Fernández M. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Documento de Trabajo 85/2006. Fundación Alternativas [citado 6 jun 2011]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/51588.pdf>
10. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Trámites y Gestiones. Prestación de Incapacidad Temporal. 2011 [citado 6 jun 2011]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/TramitesyGestiones/PrestaciondeIncapac44667/index.htm. 011.

11. PIMEC. Absentismo laboral en tiempos de crisis [citado 15 may 2011]. Disponible en: <http://web.pimec.org/repositori/documents/actualitat/es/ABSENTISMO2011.pdf>
12. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Seguridad Social. Estadísticas e Informes. Estadísticas. Afiliación y Alta de Trabajadores. [citado 6 jun 2011]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/aaa/11.
13. Marimon-Suñol S, Rovira-Barberà M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens-Calvet J. Historia Clínica Compartida en Cataluña. Med Clin. 2010;134 (Supl 1): 45-8.
14. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Seguridad Social. Estadísticas e Informes. Estadísticas. Afiliación y Alta de Trabajadores [citado 6 jun 2011]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Estadistica/Est/aaa/11.
15. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Tiempos estándar de incapacidad temporal [citado 27 jun 2011]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/122970.pdf>.
16. Benavides FG. Ill health, social protection, labour relations, and sickness absence. Occup Environ Med. 2006;63: 228-9.
17. Benavides FG, Castejón J, Gimeno D, Porta M, Mestres J, Simonet P. Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. Am J Ind Med. 2005;47: 176-80.
18. Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC). Incapacidad Temporal. Manual para el manejo en Atención Primaria. 2008 [citado 6 jun 2011]. Disponible en: <https://extranet.amat.es/uploads/publicaciones/docs/49ae752062000.pdf>.
19. Sampere M, Gimeno D, Serra C, Plana M, Martínez JM, Delclós GL, Benavides FG. Organizational Return to Work Support and Sick Leave Duration: a Cohort of Spanish Workers With a Long-Term Non-Work-Related Sick Leave Episode. J Occup Environ Med. 2011; 53: 674-9.
20. Valenzuela E. El marco normativo de las mutuas en la gestión de la ITCC. La mutua. Revista Técnica de Salud Laboral y Prevención. 2004;12: 79-91.
21. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. Lancet. 2011;378: 124-5.
22. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. J Epidemiol Community Health. 2000;54: 502-9.
23. Bergström G, Bodin L, Hagberg J, Aronsson G, Josephson M. Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. J Occup Environ Med. 2009;51: 1-10.
24. Agudelo-Suárez AA, Benavides FG, Felt E, Ronda-Pérez E, Vives-Cases C, García AM. Sickness presenteeism in Spanish-born and immigrant workers in Spain. BMC Public Health. 2010;10: 791.
25. Albertí C, Orriols R, Manzanera R, Jardí J. Gripe y otras infecciones respiratorias agudas en la población trabajadora. Impacto del brote de gripe A(H1N1). Arch Bronconeumol. 2010;46: 634-9.
26. Torá I, Delclós J, Martínez JM, Tobías A, Jardí J, Alberti C, Manzanera R, Dios Villar JD, Delgado M, Benavides FG. Comparación entre Andalucía y Cataluña de la frecuencia de incapacidad laboral durante la gripe (H1N1) 2009. Rev Esp Salud Publica. 2011;85: 89-95.
27. Jansen NWH, Kant IJ, van Amelsvoort LG, Kristensen TS, Swaen GM, Nijhuis FJ. Work-family conflict as a risk factor for sickness absence. Occup Environ Med. 2006;63:488-94.
28. Seguridad Social. Riesgo durante el embarazo [citado 13 feb 2012]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/PrestacionesPension10935/Riesgoduranteemba10956/index.htm.
29. Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S et al. Reincorporación al trabajo después de un episodio de incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la comunidad autónoma. Rev Esp Salud Publica. 2007; 81: 183-90.
30. Benavides FG, Serra C, Domínguez R, Martínez JM, Plana M, Despuig M, et al. Does return to work occur earlier after work-related sick leave episodes than non-work-related sick leave episodes? A retrospective cohort study in Spain. Occup Environ Med. 2009;66: 63-7.