

Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos

Jordi Delclós^{a,b,c}, Silvia García^d, Juan Carlos López^d,
Maite Sampere^{a,d}, Consol Serra^{a,b}, Manel Plana^d,
Dolors Vila^d, Fernando G. Benavides^{a,b}

Recibido: 25 de marzo de 2010

Aceptado: 15 de julio de 2010

RESUMEN

Objetivos. Describir la duración de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común (ITcc) por grupos diagnósticos.

Métodos. Cohorte retrospectiva de 258.751 episodios de ITcc de duración prolongada (>15 días en trabajadores del régimen general, >3 días en trabajadores autónomos) iniciados entre 2002 y 2006, gestionados por una mutua de ámbito estatal en España, y seguidos hasta su alta. Se examinó la distribución de los episodios por el diagnóstico médico al alta, según la duración mediana (DM), los percentiles 25 y 75, la media y desviación estándar.

Resultados. La DM fue de 73 días para aquellos casos en los que constaba un diagnóstico clínico (n=148.588, 57,4%); los percentiles 25 y 75 fueron de 41 y 143 días, respectivamente. Las patologías más frecuentes fueron las osteoarticulares (22,2%), seguidas por las traumatológicas (16,7%) y psiquiátricas (12,3%). Las neoplasias presentaron la mayor DM (201 días), seguidas por los trastornos psiquiátricos (117 días), reumatológicos (103 días) y neurológicos (102 días), aumentando ésta con el sexo femenino, una mayor edad y ser trabajador autónomo.

Conclusiones. En las ITcc de duración prolongada hay importantes diferencias en la duración de los procesos según la patología. Duración que se ve modulada por el sexo, la edad y el régimen de la seguridad social. Estos datos pueden servir de guía para mejorar la gestión clínica de los procesos que conllevan una incapacidad temporal por contingencia común.

PALABRAS CLAVE: incapacidad temporal, grupos diagnósticos

a Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL). Universitat Pompeu Fabra
b CIBER de Epidemiología y Salud Pública
c The University of Texas School of Public Health
d Mutual Midat Cyclops (MC MUTUAL)

Correspondencia:
Jordi Delclós Clanchet
Centro de Investigación en Salud Laboral (CiSAL)
Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud
Universidad Pompeu Fabra
Doctor Aiguader 88 – 1ª Planta
08003 Barcelona
Teléfono: 933160875
FAX: 933160410
Email: George.Delclos@uth.tmc.edu

Financiado parcialmente por la Cátedra de Medicina del Trabajo MC-UPF y por un convenio entre la Universidad Pompeu Fabra y la University of Texas Health Science Center at Houston.

DURATION OF NON WORK-RELATED SICKNESS ABSENCE BY CLINICAL DIAGNOSIS

ABSTRACT

Objectives. To describe the typical duration of episodes of nonoccupational temporary sickness absence (SA) by diagnostic groups.

Methods. Retrospective cohort study of 258,751 episodes of temporary SA (lapsing >15 days in employed, >3 days in selfemployed workers) initiated between 2002 and 2006, managed by a Spanish national insurance company and followed until case closure. Distribution of the duration of SA episodes by medical diagnosis at the time of case closure, by median, 25th and 75th percentiles, mean and standard deviation were obtained.

Results. Median duration of SA was 73 days for cases where there was a medical diagnosis (n=148,588, 57.4%); the 25th and 75th percentiles were 41 and 143 days, respectively. The most frequent pathologies were musculoskeletal (22.2%), followed by trauma (16.7 %) and psychiatric disorders (12.3%). Neoplasms had the longest median duration (201 days), followed by psychiatric (117 days), rheumatologic (103 days) and neurological disorders (102 days). Duration was greater among women, older age groups and self-employed workers.

Conclusions. In prolonged SA, there are significant differences in duration by clinical diagnosis. This duration is further affected by sex, age and social security scheme. These results, despite their limitations, could be useful to improve the clinical management of the process of sickness absence.

KEY WORDS: sick leave, diagnosis-related groups

INTRODUCCIÓN

La incapacidad temporal por contingencia común (ITcc) es una situación reconocida por nuestro sistema de protección social cuando un trabajador afiliado a la Seguridad Social tiene un problema de salud (por accidente o enfermedad) de origen no laboral (contingencia común) que, en principio, se prevé que lo mantendrá alejado de su trabajo durante un periodo de tiempo. El trabajador en esta situación tiene derecho a recibir prestaciones. Actualmente, la duración máxima de la incapacidad temporal es de 12 meses prorrogables por otros 6 cuando se presume que, durante este periodo adicional, el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación¹.

El gasto total de la ITcc en España ha ido en aumento, suponiendo en la actualidad más de 8.000 millones de euros anuales². Entre las posibles razones que explican esta tendencia está el incremento del número de asalariados y de sus bases salariales, pero también podría deberse a una mayor incidencia y prevalencia de estos procesos. En todo caso, reducir este coste se ha convertido en un objetivo prioritario de empresas y administración pública³. Por ello, un elemento básico para mejorar la gestión de la ITcc es disponer de buenos sistemas de información que nos ayuden a seguir los episodios así como los factores pronósticos de su duración. En este sentido, otros países han elaborado guías que reflejan estándares de duración de la incapacidad temporal según el diagnóstico clínico, que han mostrado ser herramientas útiles tanto para los clínicos como para los gestores de la ITcc^{4,5}. Empieza a haber evidencia científica de que su uso, junto a otros componentes de un programa de gestión y control de la incapacidad temporal, puede explicar la disminución de la incapacidad laboral en las empresas⁶. En España, como primer paso, el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) también ha publicado recientemente una lista de tiempos estándar de duración de la IT⁷.

El objetivo de este estudio fue analizar la duración de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común

por grupos diagnósticos, en casos de duración prolongada (>15 días), con la finalidad de establecer valores de referencia que ayude a mejorar la gestión clínica de los episodios con estas características.

MÉTODOS

Diseño y población de estudio

Reconstrucción de una cohorte retrospectiva, constituida por personas con uno o más episodios de ITcc iniciado entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2006, y seguido hasta su finalización. Dichos trabajadores estaban afiliados a la Seguridad Social y trabajaban en empresas que contrataron la gestión de la ITcc con una mutua de ámbito estatal durante el período de estudio, incluyéndose tanto trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social (RGSS) como del Régimen Especial de Autónomos.

Definición de caso (episodio de ITcc)

Se definió como caso a aquel episodio de ITcc de más de 15 días de duración en los trabajadores afiliados al RGSS y de más de 3 días en los trabajadores del Régimen Especial de Autónomos, seguido hasta su finalización.

Variables de interés

La variable dependiente fue la duración de la ITcc, calculada a partir de la diferencia en días entre la fecha de alta y la fecha de inicio de cada episodio, más uno. Las variables independientes fueron el sexo, la edad por grupos, el régimen de la seguridad social y el diagnóstico médico. El diagnóstico médico se analizó según el código diagnóstico de la versión 9 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, o International Classification of Diseases, ICD)⁸, has-

ta 4 dígitos, así como por una agrupación de dichos códigos en 18 familias o grupos diagnósticos.

Análisis

Dado que la distribución de los días de duración de los episodios de ITcc no sigue una distribución normal, las medidas de tendencia central se basaron en el cálculo de la duración mediana (DM) en días, y los percentiles 25 (P25) y 75 (P75), junto a la media y desviación estándar. Se realizó un análisis descriptivo de la duración de los episodios de ITcc por cada una de las variables independientes. A continuación se determinó la frecuencia de cada grupo diagnóstico, así como las medidas de tendencia central según sexo y grupo de edad para cada grupo diagnóstico. También se analizó la duración de la ITcc según todos los códigos CIE-9, presentándose en este trabajo los tres diagnósticos más frecuentes en los 8 principales grupos diagnósticos. Para el análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 10 (STATA Corporation, College Station, Texas).

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se registraron 258.751 episodios de ITcc que fueron seguidos hasta su finalización (Tabla 1). En las trabajadoras, trabajadores autónomos y conforme aumenta la edad se observa tendencia a una mayor duración de los episodios de ITcc. En el 57,4% (n=148.588) de los episodios de ITcc constaba el diagnóstico clínico. La duración mediana de los episodios con diagnóstico cumplimentado fue de 73 días; el 75% duraron más de 41 días y el 25% más de 143. Esta distribución contrastaba notablemente con los episodios de ITcc que carecían de diagnóstico (n=110.163, o 42,6%), que mostraban duraciones mucho menores (duración mediana, 24 días).

Las patologías osteoarticulares presentaron el mayor número de casos (22,2%), seguidas por las traumatológicas (16,7%) y psiquiátricas (12,3%) (Tabla 2). Las neoplasias presentaron la mayor duración mediana (201 días), seguidas por los trastornos psiquiátricos (117 días), reumatológicos (103 días) y neurológicos (102 días) (Figura 1). Las patologías con menor duración fueron aquéllas con diagnóstico no especificado (principalmente los códigos CIE-9 799.9, "otra

Tabla 1. Duración mediana (DM), percentiles 25 (P25) y 75 (P75) y media de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días de duración en trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social y de más de 3 días en trabajadores autónomos. Período de estudio 2002-2006, n=258.171.

	n ^a	(%)	DM	P25	P75	Media	DE
Sexo							
Mujeres	117.789	(45,7)	47	25	102	90,0	114,2
Hombres	138.971	(53,9)	40	23	88	82,3	110,6
Edad en momento de la baja (años)							
< 18	1.058	(0,41)	35	22	63	65,4	93,7
de 18 a 24	29.086	(11,3)	37	22	75	69,7	97,8
de 25 a 34	82.941	(32,2)	41	23	83	74,1	96,3
de 35 a 44	60.776	(23,6)	43	24	95	86,1	113,6
de 45 a 54	44.526	(17,3)	51	26	119	103,2	127,6
de 55 a 64	27.991	(10,9)	62	30	155	119,9	134,8
> 65	863	(0,33)	71	37	159	122,2	128,5
Régimen Seguridad Social							
General	196.948	(76,4)	42	24	93	86,2	114,1
Autónomos	60.790	(23,6)	47	22	99	84,5	105,9
Diagnóstico médico cumplimentado							
Con diagnóstico médico	148.588	(57,4)	73	41	143	119,4	125,7
Sin diagnóstico médico	110.163	(42,6)	24	18	37	40,5	68,6

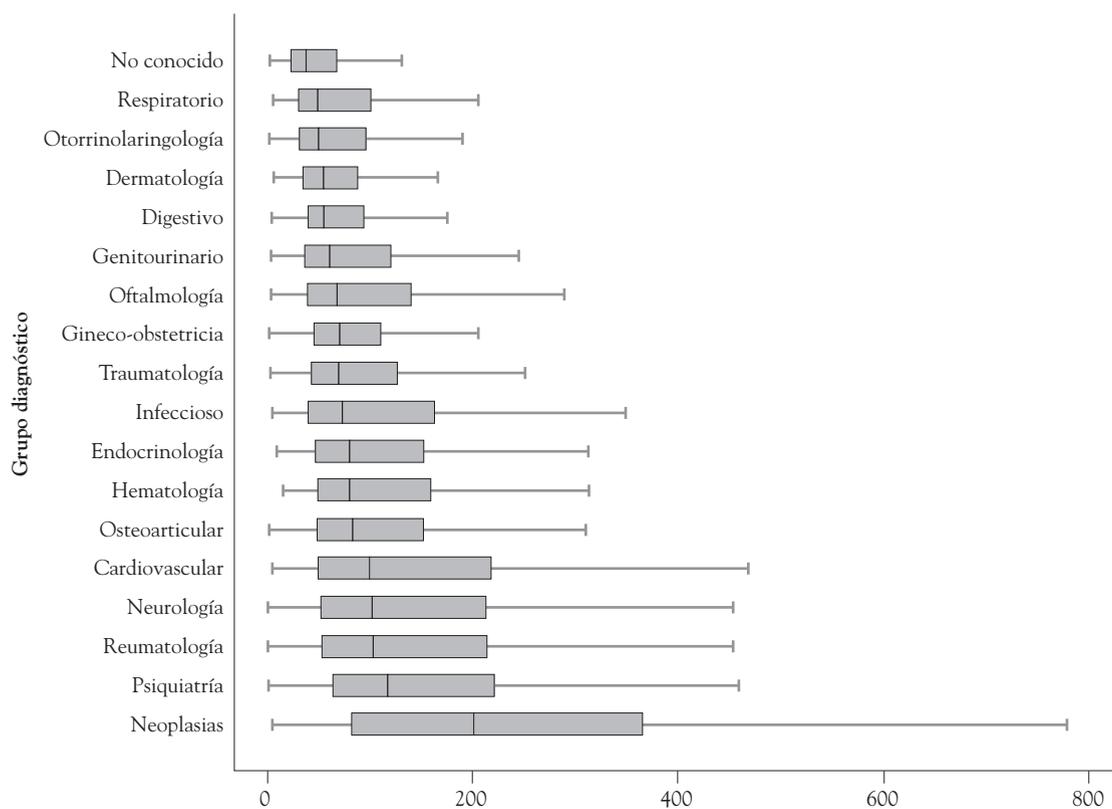
a Los valores pueden no ser iguales al total por episodios sin datos.

DM: duración mediana; P25: percentil 25; P75: percentil 75; DE: desviación estándar.

Tabla 2. Frecuencia de los grupos diagnósticos de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días de duración en trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social y de más de 3 días en trabajadores autónomos. Período de estudio 2002-2006, n=148.588.

Grupo diagnóstico	n	%	Grupo diagnóstico	n	%
Osteoarticular	33.034	22,2	Respiratorio	2.487	1,7
Traumatología	24.756	16,7	Dermatología	2.345	1,6
Psiquiatría	18.298	12,3	Genitourinario	2.152	1,5
Gineco-obstetricia	14.021	9,4	Reumatología	1.924	1,3
Digestivo	9.479	6,4	Infecioso	1.831	1,2
Cardiovascular	5.297	3,6	Oftalmología	1.570	1,1
Neurología	4.638	3,1	Endocrinología	871	0,6
Neoplasias	4.502	3,0	Hematología	407	0,3
Otorrinolaringología	2.582	1,7	No conocido	18.394	12,4
			TOTAL	148.588	100,0

Figura 1. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común (episodios de más de 15 días en trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social y episodios de más de 3 días en trabajadores del Régimen Especial de Autónomos) según grupos diagnósticos (mediana, percentiles 25 y 75, rango).



Fuente: Registros de incapacidad temporal (IT), 2002-2006, Mutua MC Mutual, España

causa desconocida/inespecífica de morbilidad/mortalidad” y 799, “otras causas y causas desconocidas de morbilidad/mortalidad”) (38 días), seguidas por las de origen respiratorio (49 días) y otorrinolaringológico (50 días).

Al observar la duración mediana y los percentiles 25 y 75 correspondientes, para los grupos diagnósticos, estratificados por sexo y grupo de edad (Tabla 3), se detectó un aumento mantenido de la duración de la IT con la edad, sobre todo a partir de los 40 años, en la mayoría de los grupos diagnósticos y tanto en hombres como en mujeres. Para la mayoría de los grupos diagnósticos persistían las diferencias entre ambos sexos, aunque la duración de la ITcc no siempre fue mayor en mujeres. Así, en el colectivo de mayor edad, los episodios de ITcc fueron más largos en los hombres en el caso de las patologías cardiovasculares, hematológicas, infecciosas, neurológicas y respiratorias.

En el análisis detallado por diagnóstico médico a 3-4 dígitos (CIE-9) se observó una distribución asimétrica, con las medianas ostensiblemente menores a las medias aritméticas. La Tabla 4 presenta una lista parcial según las princi-

pales patologías (CIE-9) para los 8 principales grupos diagnósticos.

DISCUSIÓN

Los episodios de incapacidad temporal por contingencia común muestran importantes diferencias en la duración según la patología que los origina. Así, los trastornos musculoesqueléticos, tanto osteoarticulares como traumatológicos (que juntos representaron casi un 40% de los episodios de larga duración), son los más frecuentes, pero con duraciones más bien intermedias. Otros estudios realizados en España también identifican que la patología del aparato locomotor es una de las principales causas de los episodios de ITcc de larga duración⁷. Por el contrario, enfermedades más crónicas, bien por su historia natural como por sus tratamientos prolongados, cursan con duraciones más prolongadas, como las neoplasias y las patologías psiquiátricas. Estas últimas, sin embargo, sobresalen por ser tanto

Tabla 3. Duración mediana y percentiles de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días de duración en trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social y de más de 3 días en trabajadores autónomos según grupo diagnóstico^a, sexo y edad. Período de estudio 2002-2006, n=148.588.

	Mujeres			Hombres		
	< 30 años	30-40 años	>40 años	< 30 años	30-40 años	>40 años
	DM [P25,P75]					
Cardiovascular	67 [39,128]	61 [38, 118]	81 [46, 176]	60 [38, 118]	75 [40, 155]	131 [62, 267]
Dermatología	52 [35,88]	56 [31, 118]	58 [37, 108]	54 [37, 79]	53 [33, 75]	59 [34, 109]
Digestivo	52 [34,98]	56 [38, 100]	61 [40, 108]	51 [36, 78]	54 [38, 93]	55 [40, 94]
Endocrinología	81 [46, 161]	84 [46, 179]	81 [48, 153]	58 [31, 104]	61 [42, 130]	82 [49, 168]
Genitourinario	59 [38, 102]	56 [33, 118]	68 [40, 143]	55 [32, 96]	49 [31, 101]	64 [38, 138]
Hematología	70 [38, 159]	78 [53, 130]	81 [43, 151]	69 [56, 115]	92 [48, 312]	87 [59, 200]
Infeccioso	56 [36, 112]	71 [35, 174]	89 [43, 184]	58 [34, 90]	74 [39, 185]	96 [46, 215]
Neoplasias	130 [54, 342]	144 [56, 326]	233 [90, 398]	179 [69, 342]	162 [68, 328]	215 [101, 360]
Neurología	88 [47, 196]	95 [51, 189]	95 [54, 197]	85 [40, 202]	88 [47, 180]	129 [58, 252]
Oftalmología	61 [36, 132]	64 [36, 132]	71 [40, 140]	58 [33, 112]	59 [38, 106]	75 [42, 167]
Osteoarticular	75 [46, 122]	82 [49, 140]	102 [58, 188]	68 [42, 117]	75 [43, 132]	88 [50, 173]
Otorrinolaringología	49 [32, 86]	55 [30, 100]	64 [35, 128]	37 [26, 57]	43 [29, 68]	55 [34, 114]
Psiquiatría	98 [58, 175]	121 [65, 215]	139 [72, 268]	103 [56, 193]	110 [59, 210]	125 [65, 253]
Respiratorio	49 [33, 87]	39 [26, 77]	49 [27, 101]	42 [28, 68]	41 [26, 81]	62 [35, 144]
Reumatología	114 [48, 220]	110 [57, 268]	131 [72, 285]	66 [40, 131]	83 [47, 154]	102 [49, 192]
Traumatología	66 [42, 113]	72 [42, 122]	90 [53, 156]	64 [40, 110]	66 [40, 117]	76 [45, 145]
No conocido	38 [25, 68]	38 [25, 65]	40 [26, 74]	35 [22, 59]	34 [22, 60]	39 [25, 74]

^a Se excluyeron los episodios gineco-obstétricos
P25: Percentil 25; P75: Percentil 75.

Tabla 4. Duración de los episodios de ITcc de más de 15 días de duración en trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social y de más de 3 días en trabajadores autónomos, según las 3 principales patologías (CIE-9) por los 8 grupos diagnósticos principales. Período de estudio 2002-2006, n=148.588.

Grupo diagnóstico Patología (CIE9)	n	Duración mediana	P25	P75	Duración media	DE
Osteoarticular						
Lumbago (724.2)	3.685	63	37	114	95,9	98,5
Cervicalgia (723.1)	2.995	74	46	115	98,9	92,1
Trastorno interno de la rodilla (717)	2.445	89	53	153	125,0	111,9
Traumatología						
Esguinces y torceduras de otras partes de la espalda (847)	2.036	71	46	104	83,7	59,6
Esguinces y torceduras de tobillo y pie (845)	1.895	40	27	62	56,2	62,3
Fractura del metacarpiano (815)	750	54	43	73	67,2	58,4
Psiquiatría						
Trastorno depresivo (311)	7.221	120	66	218	167,9	143,6
Estados de ansiedad (300)	3.245	84	46	155	123,2	117,3
Trastorno distímico (300.4)	1.830	125	67	241	178,1	151,5
Gineco-obstétrico						
Otras complicaciones del embarazo (646)	2.509	80	53	123	97,6	70,2
Amenaza de aborto (640)	1.420	84	48	183	111,5	75,7
Alteración ósea pre-parto (648.73)	1.105	71	49	100	79,0	44,5
Digestivo						
Hernia inguinal (550)	884	55	41	82	75,9	61,4
Reparación unilateral de hernia inguinal (53)	886	46	36	61	57,0	44,5
Intervenciones sobre el apéndice (47)	409	39	31	48	45,5	53,0
Cardiovascular						
Infarto agudo de miocardio (410)	791	181	103	313	222,6	152,7
Ligadura y extirpación de varices - miembros inferiores (38.59)	655	43	33	59	55,6	48,5
Angina de pecho (413)	309	130	70	255	183,2	149,8
Neurología						
Síndrome de túnel carpiano (354.0)	754	103	62	184	148,8	130,2
Liberación de túnel carpiano (04.43)	597	63	45	103	94,5	95,8
Vértigo y mareos (780.4)	277	50	30	109	96,1	128,2
Neoplasias						
Cáncer de mama en mujer (174)	405	318	170	476	325,9	173,2
Neoplasia maligna de próstata (185)	150	176	82	343	217,8	161,5
Leiomioma uterino (218)	140	73,4	50	107	93,9	76,8

CIE9: Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 9. P25: Percentil 25; P75: Percentil 75 de la duración de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común. DE: desviación estándar.

frecuentes (un 12% de los casos) como de larga duración (mediana, 117 días).

En 2009, el INSS publicó una guía sobre duraciones estándar de la IT, en base a más de un millón de partes de baja y alta enviados por los distintos servicios públicos de salud de España⁷. La publicación de esta guía representa un importante avance, al ofrecer una primera base evidencial que sirve de referente a los médicos de atención primaria. Sin embargo, al proporcionar un valor estándar de duración único para cada diagnóstico, pensamos que se pierde información valiosa. Independientemente de la patología, o de variables sociodemográficas, la duración de las IT sigue en todos los casos una distribución asimétrica. En nuestro estudio, el 50% de los episodios de ITcc fueron alta o finalizaron mucho antes

de alcanzar el valor promedio, consistente con lo que se ha observado en publicaciones anteriores^{4,10,11}. Por ello, es importante, para sacarle el mayor provecho a esta información, disponer de los parámetros que caracterizan esa distribución (percentiles, medias y desviaciones típicas) y saber interpretarlos correctamente. El disponer de este grado de detalle y aplicarlo ha demostrado tener valor para mejorar la gestión tanto médica como administrativa de los casos de IT⁴, en parte porque permite la separación entre casos que tienen una evolución típica o esperada de aquellos que, por gran variedad de factores adicionales, tardan en recuperarse.

También es fundamental valorar esta información en el contexto de la población de estudio a la que representa y saber en qué sentido estas duraciones se verán influenciadas

por otras variables, bien sean biológicas como el sexo o la edad, o administrativas, como el régimen de la seguridad social en el que se encuentra el trabajador. En este sentido, y asimismo consistente con la literatura, la duración de la ITcc fue mayor en mujeres, en los grupos de más edad y en trabajadores autónomos⁹⁻¹³. El patrón observado según la edad se mantiene al desglosar los episodios por los diferentes grupos diagnósticos. No así para el sexo, ya que, dependiendo del sistema afectado, las diferencias podían ser en un sentido u otro. No se pudo evaluar el efecto de la co-morbilidad por otras enfermedades crónicas, por no disponer de esta información en el registro de gestión de ITcc de la mutua, pero cabe esperar que, al menos para ciertos episodios de IT, éstas tenderían a prolongar su duración¹⁴⁻¹⁷.

Como señalábamos, la ITcc es una situación reconocida por nuestro sistema de protección social cuando un trabajador afiliado a la Seguridad Social tiene un problema de salud que lo mantiene alejado de su trabajo durante un periodo de tiempo. Ello le reconoce al trabajador el derecho a recibir prestaciones sanitarias y económicas que faciliten su recuperación y vuelta al trabajo. El fin último de disponer de información acerca de la duración de la incapacidad laboral según diagnóstico es facilitar su gestión, tanto desde el punto de vista médico como administrativo. La gestión eficaz de la IT es una necesidad tanto social como ética, y para ello es básico disponer de buenos sistemas de información que nos ayuden a seguir los episodios y los factores pronósticos.

Para el médico que certifica el inicio del proceso de incapacidad temporal en las contingencias comunes, los resultados de este estudio son útiles cuando asiste a trabajadores con procesos de larga duración. Para los responsables de gestionar las ITcc de larga duración, bien la inspección médica, el INSS o una mutua, el conocer el perfil de la distribución de la duración según una patología concreta permite anticipar su probable evolución e incluso estimar los recursos necesarios para llevar el episodio a un final satisfactorio para todos.

Por ello, este estudio representa un primer paso hacia la elaboración de unas guías que reflejen el perfil habitual de las duraciones de ITcc por una serie de variables útiles para el manejo de la IT. Pensamos que inicialmente estas guías deben contener datos crudos sobre la duración, sin ajustar por otras variables más que la propia patología, pero con suficientes detalles que permitan conocer su distribución. Esta información orientará al médico o al gestor, que a continuación deberá individualizar esa información para cada episodio concreto, en base a lo que sabemos del efecto que tienen variables tanto biológicas como propias del sistema sanitario y sociales, como el tipo de contrato y las condiciones del puesto de trabajo, sobre esa duración. Sería casi imposible, o al menos poco práctico, pretender desglosar las guías según sexo, edad, región sanitaria, régimen de seguridad social, etc., para su aplicación a todas las combinaciones posibles de estas variables. Claro está, esta información deberá ser revisada periódicamente, actualizando la base de datos con casos adicionales lo que, al ir aumentando el tamaño de la muestra, contribuirá a mejorar su fiabilidad y precisión.

Los resultados de este estudio no deben generalizarse a todos los trabajadores que han presentado una ITcc, al haber estudiado un subgrupo con duraciones de ITcc más lar-

gas (reflejando tal vez un grupo especialmente seleccionado) que la mayoría de los trabajadores afectados por una IT. Asimismo, solo refleja la experiencia de una mutua, aunque ésta sea de las de mayor cobertura y de ámbito estatal. Tampoco pueden generalizarse necesariamente los resultados a todos los trabajadores con más de 15 días de duración de una ITcc (o 4 días, en el caso de los autónomos), ya que sólo se han incluido episodios procedentes de aquellas empresas que delegaron la gestión de sus ITcc a una mutua, y que ésta la aceptase. Una limitación que esto conlleva es no poder descartar que las empresas hayan sido en parte seleccionadas por la mutua en base a su perfil de riesgo, con el sesgo subsiguiente de selección. No obstante, este sesgo es cada vez menos influyente ya que, según datos del primer trimestre del año 2009, se estima que el 67% de la población laboral activa en España está protegida por alguna de las mutuas acreditadas para colaborar con el INSS en la gestión de la contingencia común, y este porcentaje va en aumento². También hay evidencia de que la entidad que gestiona la ITcc es un elemento determinante de la duración de los episodios¹⁸.

El alto porcentaje de casos sin diagnóstico médico especificado, y las diferencias notables en cuanto a duración entre éstos y los con diagnóstico, también obliga a una interpretación cuidadosa de nuestros resultados. Las razones para estas diferencias, caracterizadas por el hecho de que los casos sin diagnóstico suelen ser de menor duración, no está muy claro. Sin embargo, este hecho tendrá menos importancia a la hora de analizar datos más recientes, dado que, a partir del año 2007, el grado de cumplimentación del diagnóstico en las bases de datos ha ido mejorando hasta alcanzar más del 95% [J. Jardí, Institut Català d'Avvaluacions Mèdiques, comunicación personal].

En conclusión, es importante seguir avanzando en esta línea de investigación, aumentando el tamaño de la base de datos, replicándola en otras poblaciones de trabajadores con IT, y mejorando el nivel de registro del diagnóstico médico ya que, con toda probabilidad, constituye el determinante principal de la duración de un episodio de ITcc. Esto debería permitir una mejor gestión de los casos de ITcc y un ahorro en el gasto de la Seguridad Social.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 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. [citado 10 jun 2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/09/29/pdfs/BOE-A-2009-15442.pdf>
2. Seguridad Social. Estadísticas e informes [citado 15 jul 2009]. Disponible en: www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=82.
3. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaría de Estado de Seguridad Social. La incapacidad temporal para el trabajo: análisis económico de su incidencia y su duración [citado 13 nov 2009]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/stpri00/groups/public/documents/binario/119778.pdf>
4. Work Loss Data Institute. Official Disability Guidelines, 12th Ed. Special Edition: Top 200 Conditions. Encinitas: Work Loss Data Institute; 2007.

5. American College of Occupational and Environmental Medicine. Preventing needless work disability by helping people stay employed. American College of Occupational and Environmental Medicine; 2006. [citado 29 oct 2009]. Disponible en <http://www.acoem.org/guidelines.aspx?id=566>.
6. Wendt JK, Tsai SP, Bhojani FA, Cameron DL. The Shell Disability Management Program: a five-year evaluation of the impact on absenteeism and return-on-investment. *J Occup Environ Med.* 2010; 52: 544-50.
7. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Tiempos estándar de incapacidad temporal [citado 12 nov 2009]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/122970.pdf>
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Clasificación Internacional de Enfermedades [citado 5 nov 2009]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/home.htm>
9. Álvarez Theurer EA, Llergo Muñoz A, Vaquero Abellán M. Análisis de la duración de los períodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados. *Aten Primaria.* 2009; 41(07): 387-93.
10. Benavides FG, Serra C, Domínguez R, Martínez JM, Plana M, Despuig M, Sampere M, Gimeno D. Does return to work occur earlier after work-related sick leave episodes than after non-work-related sick leave episodes? A retrospective cohort study in Spain. *Occup Environ Med.* 2009; 66: 63-7.
11. Sanz Carabaña P, Flores Ortueta L, Soto Fernandez S, Villagrasa Ferrer JR, Berriocochoa Martinez de Pison C. Utilidad de la guía de estándares de duración de procesos de incapacidad laboral transitoria publicada por el Insalud para el médico de cabecera. *Aten Primaria.* 1996; 18: 248-52.
12. Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S, Soria M, Sampere M, Gimeno D. Incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, sexo, actividad económica y Comunidad Autónoma. *Rev Esp Salud Pública.* 2007;81:183-90.
13. Ballesteros MP, Serra Pujadas C, Martínez JM, Plana Almuní M, Delclós GL, Benavides FG. Comparación del coste de la incapacidad temporal por contingencia común en 2006 entre las provincias de Barcelona y Madrid. *Rev Esp Salud Pública.* 2009; 83: 453-61.
14. Kivimaki M, Vahtera J, Pentti J, Virtanen M, Elovaino M, Hemingway H. Increased sickness absence in diabetic employees: what is the role of co-morbid conditions? *Diabetic Medicine.* 2007; 24: 1043-8.
15. Hemingway H, Vahtera J, Virtanen M, Pentti J, Kivimaki M. Outcome of stable angina in a working population: the burden of sickness absence. *Eur J Cardio Prev Rehab.* 2007; 14: 373-9.
16. Tsai SP, Wendt JK, Ahmed FS, Donnelly RP, Strawmyer TR. Illness absence patterns among employees in a petrochemical facility: impact of selected health risk factors. *J Occup Environ Med.* 2005; 47: 838-846.
17. Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J Occup Environ Med.* 2001; 43: 218-25.
18. Benavides FG, Torá I, Martínez JM, Jardí J, Manzanera R, Alberti C, Delclós J. Duración de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días según sean gestionados por una mutua o por el Instituto Nacional de la Seguridad Social. *Gac Sanit.* 2010; 24: 215-9.

Segunda Conferencia Internacional sobre la Violencia en el Sector de la Salud “Del conocimiento a la acción sostenible”

27 - 29 de octubre de 2010, Ámsterdam (Holanda)

Información:

<http://www.oudconsultancy.nl/Violence-Healthsector/program.html>

Evaluación del riesgo por movimientos repetitivos: método OCRA

13 de octubre de 2010, Girona

Información:

Centre de Seguretat i Salut Laboral,
Av. Montilivi, 118, Apdo. correos 127, 17003 Girona, España.

Tel.: 972 20 82 16. Fax: 972 22 17 76

<http://www.gencat.cat/treball>