

UNIVERSIDAD POMPEU FABRA
MÁSTER DE SALUD LABORAL

TRABAJO FINAL DE MASTER

**INFLUENCIA DE LA AUTOPERCEPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD, LA
CAPACIDAD PARA TRABAJAR Y LA AUTOEFICACIA EN LA DURACIÓN DE LOS
EPISODIOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN**

Maite Sampere Valero, Midat Mutual Cyclops (MC MUTUAL)

Co-Directores:

Consol Serra Pujadas, Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), Universitat
Pompeu Fabra

Manel Plana Almuni, Midat Mutual Cyclops (MC MUTUAL)

Barcelona, 06 de julio de 2009

Resumen

Introducción: La evidencia científica ha puesto de manifiesto que la duración de la incapacidad temporal por contingencia común (ITcc) no sólo depende del problema de salud. El objetivo de este trabajo es averiguar si la autopercepción del problema de salud, la capacidad para trabajar y la autoeficacia son factores pronóstico de la ITcc.

Material y Método: **Diseño de cohorte prospectivo** de trabajadores del Régimen General de la Seguridad Social, en ITcc de más de 15 días, con una primera visita médica en una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (mutua). Los casos fueron reclutados a partir de los médicos gestores de Barcelona y Madrid (marzo 2007- marzo 2008). **El período mínimo de seguimiento fue de 12 meses.** Se diseñó un cuestionario específico tras identificar las variables que intervienen en la duración de la ITcc (revisión bibliográfica, PubMed, 1995-2005). El cuestionario fue autoadministrado, tras firmar un consentimiento informado (tasa de respuesta del 56,7%). La variable dependiente fue la duración de la ITcc en días y las variables independientes el estado de salud y la capacidad para trabajar autopercebida, las expectativas y el tiempo necesario para retornar al trabajo, la percepción sobre el origen del problema de salud y la autoeficacia general. Se realizó un análisis multivariable utilizando la regresión de Cox que permitió obtener los Hazard Ratios e intervalos de confianza al 95% de las variables de autopercepción.

Resultados: El análisis crudo detectó una fuerte asociación entre el estado de salud autopercebido y la duración de la ITcc (HR= 0,60; **IC95% (0,52-0,70)**). **La tasa instantánea de alta fue menor** en los que referían tener la capacidad para trabajar muy o extremadamente reducida (HR= 0,57; **IC95% (0,46-0,71)**), en los que estimaron un mayor tiempo para la reincorporación al trabajo (HR= 0,36; **IC 95% (0,26-0,50)**) y en los que declararon tener nulas expectativas para realizar el mismo trabajo (HR= 0,21; **IC95% (0,13-0,34)**). La asociación se mantuvo tras los distintos ajustes en el análisis multivariable. La falta de expectativa para realizar el mismo trabajo y el tiempo estimado de recuperación fueron las variables con mayor impacto en la duración de la ITcc y los factores pronóstico que presentaron una mayor asociación con los días de ITcc más allá de los 45 días.

Conclusiones: el estado de salud autopercebido, la capacidad para trabajar, las expectativas de realizar el mismo trabajo y el tiempo estimado de duración de la incapacidad por parte del afectado son factores pronóstico de la ITcc.

Palabras claves: factores pronóstico, incapacidad temporal, contingencia común.

INTRODUCCIÓN

En España, la incapacidad temporal por contingencia común (ITcc) es la situación en la que se encuentra un trabajador que por causa de una enfermedad o accidente de origen no laboral (contingencia común) está impedido temporalmente para trabajar, mientras recibe asistencia sanitaria y existe previsión de curación¹. Un mismo problema de salud puede evolucionar o no a una incapacidad, dependiendo de las condiciones de trabajo donde se desenvuelve el trabajador afectado².

La ITcc, que debe ser certificada por un médico del sistema público de salud, da derecho a un subsidio económico que trata de cubrir la falta de ingresos que se produce cuando el trabajador está imposibilitado para trabajar, siempre y cuando se cumplan los requisitos legalmente establecidos. Uno de estos requisitos es tener cubierto un período mínimo de cotización de 180 días en los 5 años anteriores al hecho causante¹.

La prestación económica corre a cargo del sistema de protección social español (Instituto Nacional de la Seguridad Social, INSS) a partir del día 16 del inicio del episodio de ITcc para los trabajadores afiliados al Régimen General de la Seguridad Social (RGSS). Desde 1995 las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (en adelante mutuas) pueden colaborar con el INSS en la gestión de la ITcc para las empresas afiliadas que voluntariamente lo solicitan³. Según datos del primer trimestre del año 2009, publicados por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo, el 67% de la población laboral activa en España (11 millones de trabajadores) está protegida por alguna de las mutuas acreditadas para la gestión de la incapacidad temporal por contingencia común en este país⁴.

En los últimos años, el coste derivado de la prestación económica durante la incapacidad temporal soportado por el sistema de la seguridad social ha experimentado un crecimiento sostenido. En la actualidad, supone aproximadamente 7.500 millones de euros anuales⁵. El coste se explica por la intersección de la incidencia, la duración de los episodios y la base salarial del trabajador incapacitado⁶.

La duración máxima de la incapacidad temporal es de 12 meses prorrogables otros 6 cuando se presume que, durante ellos, el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación. En los casos en los que la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la calificación de incapacidad permanente (existe expectativa de recuperación con vistas a la reincorporación laboral), ésta puede retrasarse, pero en ningún caso rebasará los 24 meses siguientes a la fecha en que se inició la

incapacidad temporal¹. Los episodios de ITcc de larga duración contribuyen de forma importante al coste que genera la incapacidad laboral. Aunque los episodios largos constituyen solo una pequeña parte del total de incapacidades, son responsables del 75% del coste. Así mismo, los episodios de larga duración se han asociado a una menor probabilidad de retorno al trabajo y en consecuencia a una mayor privación social y económica⁷.

Conocer los factores que determinan la duración de los episodios de ITcc (factores pronóstico) es un paso necesario para planificar qué medidas pueden acortar la duración y facilitar la vuelta al trabajo. **El avance en el conocimiento de estos factores, ante todo beneficia al trabajador, que normalizará con mayor agilidad su situación sanitaria, laboral, económica y social. Además, acortar la duración de la ITcc es el principal factor para reducir el coste de la prestación.**

La evidencia científica de los últimos años ha puesto de manifiesto que al igual que ocurre con la incidencia, la duración de la incapacidad laboral no sólo depende del problema de salud. Factores distintos a los estrictamente médicos también juegan un papel relevante en el tiempo necesario para la reincorporación al trabajo tras un episodio de ITcc. Así, el tiempo necesario para retornar al trabajo tras un episodio de ITcc por enfermedad respiratoria fue más largo en trabajadores manuales (trabajadores del metal y soldadores) que en personal de oficinas⁸.

Las características personales del trabajador, entre ellas, la edad, el sexo y los antecedentes médicos, son algunos de los factores ampliamente identificados como factores pronóstico de la ITcc^{9,10,11}. Más recientemente se ha señalado que la percepción que tiene el trabajador sobre su estado de salud, la capacidad para trabajar percibida durante la ITcc y las expectativas y el tiempo estimado de recuperación son factores que también impactan en la duración de la incapacidad temporal^{12,13,14}. La bibliografía también menciona que la autoeficacia podría relacionarse con el tiempo necesario para el retorno al trabajo, pero su asociación es controvertida¹⁵. La autoeficacia es la creencia que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana, como estar enfermo. Debe entenderse como un sentimiento de confianza en las capacidades de uno mismo¹⁶.

La influencia de los factores de autopercepción de salud no ha sido estudiada hasta el momento en nuestro país. De hecho, no existen estudios previos de diseño prospectivo en nuestro entorno que analicen los potenciales factores pronóstico de la

ITcc realizados en trabajadores de empresas con la gestión de las contingencias en una mutua.

El objetivo principal de este trabajo es analizar la duración de la incapacidad laboral según la percepción del trabajador sobre su problema de salud, la capacidad para trabajar y la autoeficacia, en una cohorte de trabajadores en situación de incapacidad temporal por contingencia común de las provincias de Barcelona y Madrid, cuya gestión de la prestación económica se realiza en una mutua.

Los objetivos específicos son: 1) Describir la duración de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común según las características personales de los trabajadores, específicamente edad y sexo. 2) Analizar la duración de acuerdo a la percepción del trabajador sobre su estado de salud, el origen del problema de salud, la capacidad para trabajar, las expectativas y el tiempo estimado de recuperación y la autoeficacia general percibida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Población y diseño del estudio

Diseño de cohorte prospectivo de trabajadores en situación de ITcc certificada cuya gestión de la prestación se realiza en una mutua. El periodo mínimo de seguimiento fue de 12 meses.

Se trata de una mutua de ámbito nacional, con una población laboral protegida para la contingencia común de 632.821 trabajadores y 93.848 empresas asociadas en el año 2008. Alrededor de 23.000 de estas empresas se ubican en las provincias de Madrid y Barcelona, dónde se da cobertura a 214.414 trabajadores.

La población base de estudio son los trabajadores afiliados al Régimen General de la Seguridad Social que trabajan en empresas de Barcelona y Madrid, con la gestión de la ITcc concertada en una misma mutua. Los sujetos de estudio son los trabajadores de la población base, con una primera visita médica en la mutua por un episodio de ITcc de más de 15 días de duración.

Se ha definido como caso a aquel trabajador afiliado al RGSS que está en situación de incapacidad temporal por cualquier enfermedad o accidente de origen común, de más de 15 días de duración, con una primera visita médica de control del episodio en las consultas de las provincias de Barcelona y Madrid de una misma mutua y que mantiene la relación laboral con la empresa en el momento de la inclusión.

Los casos fueron reclutados de forma consecutiva a partir de los médicos gestores de las provincias de Barcelona (13) y Madrid (9) de una mutua, entre el 1 de marzo del 2007 y el 30 de marzo del 2008.

Tras firmar el consentimiento informado correspondiente, el trabajador autocumplimentaba un cuestionario. Para los que decidieron no participar en el estudio, el médico recopiló datos genéricos anonimizados sobre el sexo, la edad, el grupo diagnóstico y la provincia de gestión del episodio.

En total se incluyeron 794 trabajadores de un total de 1.401 que cumplía criterios de inclusión, con una tasa de respuesta del 56,7% (figura 1). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo y la edad entre los participantes y los no participantes. Sin embargo, el grupo diagnóstico del episodio de ITcc fue determinante, detectándose la tasa de respuesta más baja en los trabajadores con episodios de naturaleza psiquiátrica (47,1%). **La participación fue más alta en Barcelona que en Madrid (tasa de respuesta: 60,1% vs. 52,5%, p=0,003) (tabla 1).**

Se excluyeron 14 casos por diversos motivos: en 5, un error en el registro del número de identificación no permitió averiguar el episodio de ITcc del que se trataba, en otros 5 se produjo un cambio de determinación de contingencia común a profesional y en 4 se suspendió la prestación económica porque no se cumplía el periodo mínimo de cotización para percibir el subsidio (figura 1).

De los 780 casos restantes, en 15 se perdió el seguimiento del episodio por un cambio de mutua y en otro por incomparecencia injustificada, seis episodios permanecían en evolución clínica y 758 estaban cerrados (97,2%). El análisis se realiza para estos 758 episodios de incapacidad temporal cerrados o finalizados al final del período de seguimiento.

Recogida de datos

Para la recogida de datos se utilizaron dos fuentes de información:

1. Cuestionario de Trabajo y Salud. No existe un cuestionario validado que recoja los factores pronóstico de la ITcc. El cuestionario que se utilizó se diseñó específicamente, tras una revisión exhaustiva de la literatura científica publicada en el período 1995-2005 en la base de datos PubMed. Las palabras clave que se usaron para la búsqueda bibliográfica fueron *sickness absence*, *sick leave*, *absenteeism* [Mesh term], *prognostic factors*, *return to work* y *long term sickness absence*. El cuestionario incluye 105 ítems de tres grandes grupos de factores para los que se identificó una posible asociación con la duración de la IT: a) características personales y antecedentes médicos, b) autopercepción del problema de salud, capacidad para trabajar y autoeficacia y c) factores laborales. También recoge la fecha de inicio del proceso de ITcc.

2. Registro sanitario. La información sanitaria de cada episodio se obtuvo en abril del 2009 del registro informático de gestión de ITcc de la mutua. La variable de mayor interés fue la fecha de alta para el cálculo de la duración de la ITcc. Además, se obtuvo información del tipo de contingencia común (enfermedad o accidente), del grupo diagnóstico y del motivo del alta de la incapacidad temporal.

Variables

La variable dependiente (*outcome*) fue la duración de la ITcc, que se calculó a partir de la diferencia en días entre la fecha de alta y la fecha de inicio de la incapacidad temporal, más uno. En caso de alta por propuesta de incapacidad permanente se consideró la fecha de resolución por parte del organismo competente (Institut Català

d'Avaluacions Mèdiques en Barcelona y el Equipo de Valoración de Incapacidad en Madrid).

Las variables independientes fueron el estado de salud y la capacidad para trabajar autopercibida, las expectativas y el tiempo necesario para retornar al trabajo, la percepción sobre el origen del problema de salud y la autoeficacia general. En el anexo 1 se detallan las preguntas incluidas en el cuestionario que hacen referencia a estas variables.

El estado de salud autopercibido se evaluó con la pregunta de salud general del Cuestionario de Salud SF-12. La escala original se dicotomizó en las categorías "buena salud" (engloba las opciones excelente, muy buena, buena) y "mala salud" (opciones regular y mala). La capacidad autopercibida para trabajar se midió en escala numérica del 0 al 10, de acuerdo a lo realizado por Reiso et al¹⁴. Los valores del 0 al 3 se recodificaron en la categoría capacidad para trabajar nada o poco reducida, del 4 al 6 en moderadamente reducida y del 7 al 10, muy o extremadamente reducida. Las opciones de respuesta sobre la expectativa y el tiempo necesario para la recuperación se simplificaron de 7 a 5 categorías (<1 mes, 1-3 meses, > 3 meses, nunca podré realizar el trabajo que realizaba antes y no lo sé). La percepción sobre el origen del problema de salud se evaluó con una pregunta, tal como lo hicieron Lötters et al.¹³. Para medir la autoeficacia general percibida se seleccionaron 3 de los 10 ítems de la Escala de Autoeficacia General adaptada al español por Baessler et al.¹⁶ (preguntas 5-7, anexo 1). La selección de los ítems, la formulación y las categorías de las respuestas han sido ligeramente modificados, tal como realizaron Labriola et al. El indicador de autoeficacia se obtuvo tras promediar las puntuaciones de las 3 preguntas (el rango en cada una de ellas es de 0 a 4), considerándose como perdidos los casos en los que al menos no consta una de las 3 respuestas¹⁵. **La puntuación del indicador se agrupó en 3 categorías de acuerdo a los tertiles (<2,67 baja, entre 2,68 y 3,32 moderada y ≥3,33 alta).**

Se incluyeron como co-variables, por ser potenciales variables de confusión, el sexo (hombre, mujer) y la edad en años al inicio del episodio (≤33 años, 34-44 años y ≥45 años).

Otras variables consideradas fueron la nacionalidad, el nivel de estudios, el estado de convivencia, la situación familiar y la edad del hijo menor con el que convive, provincia de gestión de la ITcc, tipo de contingencia, grupo diagnóstico y motivo del alta. El estado de convivencia se construyó a partir del estado civil actual (Solo –incluye

soltero, separado, divorciado, viudo-, En pareja -casado o vivir en pareja-) y la situación familiar, a partir de las preguntas: ¿Tiene hijos?, ¿Alguno de sus hijos convive con usted?. Este grupo de variables se utilizaron para describir la población de estudio y las principales características de los episodios de ITcc.

Análisis de los datos

Se analizó la tasa de respuesta según el sexo, la edad, el grupo diagnóstico y la provincia de gestión de los episodios de ITcc en los participantes y no participantes, con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre unos y otros que pudieran afectar la validez del análisis y la interpretación de los resultados. La comparación se realizó con la prueba de Ji-cuadrado.

En primer lugar, se describió la duración de ITcc mediante la duración mediana (DM) y los percentiles 25 (P25) y 75 (P75) debido a que la duración de los episodios de ITcc cerrados o finalizados no seguía una distribución normal. Para comparar la distribución de la duración en los grupos de las variables cualitativas se utilizó la prueba de la U de Mann Whitney, si se comparaban dos grupos, y la prueba de Kruskal Wallis, si se comparaban al menos 3.

En segundo lugar, se realizó un análisis multivariable utilizando la regresión de Cox que permitió obtener los Hazard Ratios (HR) e intervalos de confianza al 95% (IC 95%) de las variables de autopercepción. Para ello, se ajustaron diferentes modelos: (1) modelos crudos de cada una de las variables de autopercepción, (2) modelos ajustados por sexo y edad, (3) modelo ajustado por las variables de autopercepción, es decir, un modelo que incluía conjuntamente todas las variables de autopercepción y (4) modelo ajustado por sexo, edad y variables de autopercepción.

La duración de la ITcc según las variables de autopercepción también se evaluó estratificando el análisis según los días de evolución de la IT cuando se cumplimentó el cuestionario. Se establecieron 3 grupos (<31 días, 31-44 días y ≥45 días).

El análisis estadístico se realizó mediante los paquetes estadísticos SPSS 15 y EPIDAT 3.1.

RESULTADOS

El tiempo medio de cumplimentación del cuestionario fue de 25 minutos (desviación típica 12,6); se incrementa con la edad y mantiene una relación inversa con el nivel de estudios (t de Student, $p < 0,001$).

La duración mediana de los episodios de incapacidad temporal fue de 86 días (rango, 17 - 743 días). El 75% duraron más de 60 días (percentil 25) y el 25% más de 134 días (percentil 75).

En la Tabla 2 se describe la población de estudio y la duración de los episodios de ITcc según las principales características sociodemográficas. La edad media de los participantes fue de 39,9 años, el 55,1% eran hombres y la mayoría convivía con su pareja (58,9%). La duración de los episodios de ITcc fue mayor en las mujeres (duración mediana 94 vs. 81 días en hombres, $p = 0,021$) y aumentaba, de forma significativa, con la edad. La diferencia en la duración de los episodios según sexo se reduce 4 días al excluir los episodios de ITcc debidos a complicaciones gineco-obstétricas, perdiendo la significación estadística ($p = 0,130$). Los episodios fueron más largos en los trabajadores con nacionalidad española y en los que tenían un nivel de estudios alto, pero los resultados no eran estadísticamente significativos. Se observó que vivir en pareja alargaba la duración de la incapacidad laboral respecto los que vivían solos (duración mediana 94 vs. 75 días, $p < 0,001$), así como tener hijos y convivir con ellos, pero esta asociación no mostró significación estadística. La edad del hijo menor no intervino en la duración de la incapacidad ($p = 0,745$).

La gestión del episodio de ITcc se realizó en Barcelona en el 58,7% de los casos, sin detectarse claras diferencias en la duración de los episodios respecto a la provincia de Madrid (tabla 3). Todos los episodios fueron debidos a enfermedades comunes, a excepción de 28 accidentes de origen no laboral. Los grupos diagnósticos más frecuentes fueron el osteoarticular (202 casos), el traumatológico (155) y el psiquiátrico (142). Las incapacidades por complicaciones gineco-obstétricas (45 casos) y neoplasias (19 casos) presentaron las duraciones medianas más largas ($p = 0,001$). En el 78,2% de los casos el motivo del alta de la ITcc fue la mejoría clínica que permitía la realización del trabajo habitual; en 59 casos el fin del episodio de ITcc se produjo por inspección médica y en 26 la incapacidad pasó de ser temporal a permanente. Este último grupo fueron los que presentaron la duración mediana más larga, después de los procesos que concluyeron por agotamiento del plazo de la prestación.

Tal como se observa en la Tabla 4, en el momento de cumplimentar el cuestionario, el estado de salud fue autopercebido como malo por el 52,2% de los trabajadores y el 48,2% creía que su capacidad para trabajar estaba muy o extremadamente reducida. El 40,7% opinaba que en menos de un mes podría realizar el trabajo que hacía antes del inicio del episodio de ITcc actual y un alto porcentaje (36,2%) no pudo estimar cuánto tiempo necesitaba para recuperarse.

La duración mediana de los episodios de ITcc fue superior en los trabajadores que tenían peor estado de salud autopercebido (99 frente 75 días en los que referían un buen estado de salud). Los trabajadores que refirieron que su capacidad para trabajar estaba muy o extremadamente reducida presentaron episodios que se alargaron más allá de los 108 días. La duración de los procesos mostró una clara tendencia al incremento con el tiempo estimado por el trabajador para poder efectuar el trabajo que realizaba antes de la baja (dosis-respuesta). El grupo de trabajadores con expectativas nulas de realizar el mismo trabajo que antes de la ITcc actual (2,6%) presentó los procesos más largos. La magnitud de la asociación de estas variables de autopercepción con la duración de la ITcc fue elevada ($p < 0,001$). El 22,2% de la población de estudio relacionaba de forma contundente el problema de salud actual con el trabajo que realizaba antes de la ITcc, detectándose que la duración en estos casos era mayor que los que declaraban que no existía tal relación (95 días frente 81 días, $p = 0,015$). El 39,2% de los trabajadores puntuó bajo en la escala de autoeficacia general, sin detectarse que existiera asociación de esta variable con la duración de la ITcc en esta población de estudio (tabla 4).

La tasa instantánea de alta fue un 40% inferior en los que percibieron su estado de salud como malo (tabla 5). El estado de salud autopercebido mostró una fuerte asociación con la duración de la ITcc en el análisis crudo (**HR= 0,60; IC95% (0,52-0,70)**), en el modelo ajustado por edad y sexo (**HR= 0,64; IC95% (0,55-0,75)**) y el ajustado por el resto de variables de autopercepción (**HR= 0,77; IC95% (0,65-0,91)**). El análisis crudo también detectó que la probabilidad de continuar en ITcc es mayor en los trabajadores que refirieron tener la capacidad para trabajar muy o extremadamente reducida (**HR= 0,57; IC95% (0,46-0,71)**), en los que estimaron un mayor tiempo necesario para la reincorporación al trabajo (**HR= 0,36; IC95% (0,26-0,50)**) y en los que declararon tener nulas expectativas para realizar el mismo trabajo tras la alta (**HR= 0,21; IC95% (0,13-0,34)**). La asociación se mantuvo tras los distintos niveles de ajuste en el análisis multivariable, detectándose que la falta de expectativa para realizar el mismo trabajo tras el alta y el tiempo estimado de recuperación fueron las

variables que presentaron una asociación más fuerte con la duración de los episodios. Relacionar el origen del problema de salud actual con el trabajo que se desempeñaba antes de la ITcc se asoció también a una mayor duración de los episodios, pero se perdió la significación estadística tras el ajuste de los resultados al resto de variables de autopercepción (**HR=0,92; IC95% (0,74-1,14)**). La autoeficacia general no se asoció a un mayor tiempo de ITcc ni en el análisis crudo ni en el ajustado.

En la tabla 6 se presentan los Hazard Ratio de las variables de autopercepción estratificados según la duración del episodio en días en el momento en que se cumplimentó el cuestionario. El mal estado de salud, la percepción de una alta afectación de la capacidad para trabajar y la percepción del origen laboral del problema de salud se asociaron a una mayor duración de la ITcc al inicio del episodio (<31 días). Percibir que la capacidad para trabajar está muy o extremadamente reducida, estimar la necesidad de más tiempo para el fin de la ITcc y declarar tener nulas expectativas para realizar el mismo trabajo tras el alta fueron factores pronóstico de la ITcc más allá de los 45 días de evolución del episodio de ITcc.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que el estado de salud autopercebido, la capacidad para trabajar manifestada por el trabajador, las expectativas de realizar el mismo trabajo y el tiempo estimado de duración de la incapacidad por parte del afectado son factores pronóstico de la ITcc.

Tener nulas expectativas de volver a realizar el mismo trabajo que antes de la ITcc se asoció a períodos más largos de incapacidad. Este hallazgo y el tiempo percibido como necesario para poder realizar el mismo trabajo que antes de la ITcc mostraron los niveles de significación más altos en el análisis multivariable, consistente con lo descrito por otros autores^{13,14,17}.

Las expectativas y el tiempo de ITcc percibido fueron los factores pronóstico de la ITcc que mostraron una asociación más fuerte más allá de los 45 días de evolución del proceso. Reiso et al apuntaban, en este mismo sentido, que los trabajadores con una percepción muy reducida de su capacidad para trabajar a los 3 meses del inicio del episodio tienen una probabilidad más alta de tener un episodio de larga duración que los trabajadores con la misma percepción al mes de iniciar el proceso¹⁴.

El mal estado de salud autopercebido durante la evolución del episodio, medido con un ítem del Cuestionario General de Salud- SF12, predice la larga duración de la incapacidad. La asociación se mantiene tras el ajuste por edad y sexo y el resto de variables de autopercepción y es acorde con lo identificado en la literatura biomédica¹³.

Uno de los modelos más consolidados que aborda las ausencias al trabajo y sus causas es el de Steers y Rhodes¹⁸. El modelo original apunta que acudir al trabajo es función de la motivación y la capacidad para acudir. Modelos explicativos posteriores, elaborados por los mismos autores, puntualizan que no es tanto la capacidad para trabajar sino la percepción que tiene el propio trabajador sobre la capacidad para trabajar¹⁸.

En nuestro estudio los trabajadores que manifestaron tener una reducida capacidad para realizar su trabajo habitual presentaron episodios de ITcc mucho más largos. Además de ser un factor pronóstico de la ITcc^{12,13,14}, la baja capacidad autopercebida para trabajar ha mostrado ser, en población laboral activa joven, un buen factor predictivo de ITcc de larga duración en los próximos 12 meses¹⁹. Sin embargo, la

percepción de una elevada capacidad para trabajar, no predice la falta de ausencias al trabajo por motivos de salud¹⁹.

La concordancia entre la capacidad para trabajar percibida por pacientes y médicos es elevada, según un estudio de cohortes prospectivo realizado en Noruega²⁰. La diferencia radicó en que la capacidad percibida por el facultativo se asoció a las condiciones médicas mientras que la de los trabajadores lo hizo con las condiciones de trabajo. Posiblemente, la percepción del trabajador sobre su capacidad para trabajar está relacionada con la conducta de evitación de tareas laborales que puedan dañarle y se acentúa aún más cuando el trabajador tiene la percepción de que el origen del episodio tiene su causa en el trabajo¹³.

A pesar de que el estudio se realiza en trabajadores en situación de ITcc por enfermedades o accidentes comunes, el 22,2% de los trabajadores relacionó de forma contundente, el problema de salud con el trabajo que desempeñaba antes de la baja. Esto concuerda con estudios previos en nuestro entorno²¹. La percepción del origen laboral de la ITcc se asoció a una mayor duración de los episodios en el análisis univariante, pero los resultados no muestran significación estadística cuando se ajustan al resto de variables de auto percepción.

En nuestra población puntuar bajo en la escala de autoeficacia general no se ha identificado como un factor determinante de la duración de la ITcc, lo que es consistente con lo identificado en la bibliografía¹⁵. Labriola et al. concluían su estudio sugiriendo que la puntuación baja en esta escala, más que ser un factor pronóstico de ITcc de larga duración, es consecuencia de estar enfermo¹⁵.

Para obtener una medida de la disposición psicológica frente a los estresores de la vida se han utilizado 3 de los 10 ítems de la Escala de Autoeficacia General, de acuerdo a lo realizado antes por otros autores¹⁵. Esta escala fue adaptada al español por Baessler et al.¹⁶, pero la adaptación se realizó en población costarricense. Antes de establecer conclusiones a cerca del papel de la autoeficacia en la duración de la ITcc se debería valorar la necesidad de la validación de la escala en población española y la aplicación de la escala completa.

La mayor duración de los episodios de ITcc en las mujeres y en los de mayor edad son resultados ampliamente descritos en la bibliografía^{6,9}, identificados también en nuestra población de estudio. La influencia de estas características personales en la duración de la incapacidad condiciona que se incluyan como variables de ajuste en el análisis multivariable.

En nuestra población la duración mediana de los episodios de ITcc ha sido muy similar en las provincias de Barcelona y Madrid. Se trata de una mutua con procedimientos de gestión comunes lo que puede explicar que no se detecten diferencias estadísticamente significativas según la zona en la que se gestiona la incapacidad.

Un estudio reciente realizado en la misma mutua detectó que la duración mediana de los episodios que gestionaba era de 42 días en la provincia de Barcelona y de 39 en la de Madrid⁶ frente a los 85 y 87 detectados en ambas provincias, en nuestro estudio. La duración es más larga en nuestra población porque se trata de trabajadores con visita médica en la mutua, que son aquellos para los que se prevee una mayor duración de la ITcc.

La demora en el tiempo de cumplimentación del cuestionario a medida que avanza la edad y su disminución a medida que se incrementa el nivel de estudios apunta a que los datos de los que se dispone son fiables.

Difícilmente estos resultados pueden ser generalizados a todos los trabajadores que han presentado una ITcc. La población de estudio consiste en un subgrupo con duraciones más largas que la mayoría de trabajadores con una ITcc, se limita a trabajadores afiliados al RGSS, en las provincias de Barcelona y Madrid y con cobertura en una sola mutua. Determinadas ocupaciones, condiciones de trabajo y empleo, políticas empresariales en prevención y gestión son factores laborales mencionados en la bibliografía con impacto en la duración de la ITcc^{22,23,24,25}. También existen otros factores más distales explicativos de la duración que no se han tenido en cuenta en el ajuste de los resultados de la autopercepción (mercado laboral, economía local, etc.)^{26,27}.

A pesar de estas limitaciones, se trata del primer estudio de diseño prospectivo que se realiza en España que analiza los factores pronóstico de la ITcc. Permite avanzar en el conocimiento de los factores que impactan en la duración de la incapacidad temporal, terreno apenas explorado en nuestro entorno, como paso previo a la propuesta de medidas que puedan facilitar el retorno del trabajador a la vida laboral.

La implicación de la organización en la prevención de la ITcc es importante para facilitar el retorno al trabajo. La adaptación del puesto de trabajo y los programas de reincorporación son medidas con impacto en la duración de la ITcc, que pueden tener repercusión sobre la percepción que tiene el trabajador sobre su capacidad para trabajar.

Agradecimientos

A MC MUTUAL por su inestimable colaboración, especialmente al equipo médico gestor de la ITcc de las provincias de Barcelona y Madrid. A José Miguel Martínez por las aportaciones al análisis estadístico y a Fernando García Benavides por su orientación y apoyo a lo largo de la elaboración de esta tesina.

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio denominado RAT-IT “Reincorporación al trabajo tras un episodio de incapacidad temporal”, que cuenta con una beca del Fondo de Investigación Sanitario (FIS 04/1062) y del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (FIPROS/2006/78).

Figura 1. Diagrama de flujo de casos.

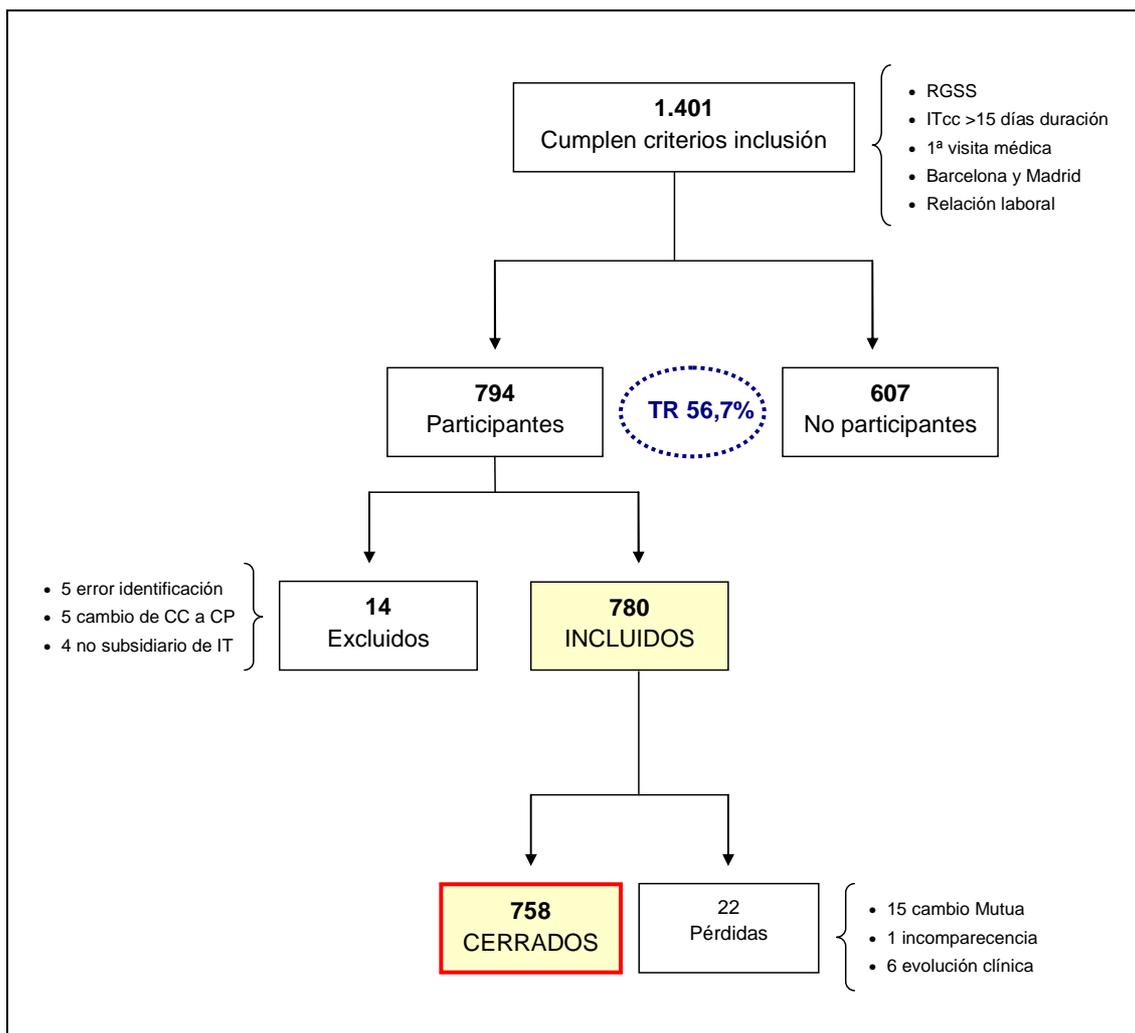


Tabla 1. Tasa de respuesta en participantes y no participantes según el sexo, la edad, el grupo diagnóstico y la provincia de gestión del episodio de incapacidad temporal por contingencia común.

Variable	Participantes		No participantes		T. Respuesta	p ^a	
	n=794	%	n=607	%			
Sexo^b							
Hombre	430	54,3	326	54,3	56,9	0,969	
Mujer	362	45,7	274	45,7	56,9		
Edad (años)^c							
≤ 33 años	276	35,6	190	31,7	59,2	0,166	
34-44 años	242	31,2	183	30,5	56,9		
≥ 45 años	258	33,2	227	37,8	53,2		
Grupo diagnóstico^d							
Osteoarticular	210	26,4	182	30,1	53,6	<0,001	
Psiquiatría	146	18,4	164	27,1	47,1		
Traumatología	164	20,7	63	10,4	72,2		
Digestivo	51	6,4	32	5,3	61,4		
Gine-obstetricia	46	5,8	33	5,5	58,2		
Cardiovascular	35	4,4	15	2,5	70,0		
Neoplasia	21	2,6	15	2,5	58,3		
Neurología	19	2,4	16	2,6	54,3		
Reumatología	16	2,0	3	0,5	84,2		
Otras	86	10,8	82	13,6	51,2		
Provincia							
Barcelona	463	58,3	308	50,7	60,1		0,003
Madrid	331	41,7	299	49,3	52,5		

^a Prueba Ji-Cuadrado.

^b Sexo: no consta en 2 participantes y 7 no participantes.

^c Edad (años): no consta en 18 participantes y 7 no participantes.

^d Grupo diagnóstico: no consta en 5 participantes (por error en el número de identificación) y en 2 no participantes.

Tabla 2. Descripción de la población de estudio y duración mediana (DM) y percentiles 25 (P25) y 75 (P75) de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común según las principales características sociodemográficas de los trabajadores.

Variable	n	%	DM	P25	P75	p ^a
Sexo^b						
Hombre	417	55,1	81,0	58,5	128,0	0,021
Mujer	340	44,9	94,0	61,0	151,5	
Edad^c (media; desviación típica) (39,9; 11,4)						
≤ 33 años	265	35,7	81,0	58,0	126,0	0,019
34-44 años	227	30,6	83,0	59,0	124,0	
≥ 45 años	251	33,8	96,0	61,0	155,0	
Nacionalidad^d						
Española	713	94,2	86,0	60,0	134,5	0,666
Otras	44	5,8	78,5	61,0	122,2	
Nivel de estudios^e						
Sin estudios/Primarios incomp.	132	17,5	83,0	61,0	156,5	0,578
Primarios	198	26,2	84,0	59,0	142,7	
Secundarios	308	40,7	86,5	61,0	128,7	
Universitarios	118	15,6	91,0	56,7	132,2	
Estado de convivencia^f						
Solo	310	41,1	75,0	55,7	116,0	<0,001
En pareja	444	58,9	94,0	62,2	150,0	
Situación familiar^g						
No tengo hijos	307	41,5	82,0	58,0	123,0	0,167
Tengo pero no convivo	75	10,1	87,0	61,0	138,0	
Tengo y convivo	358	48,4	89,5	61,0	142,2	
Edad del hijo menor con el que convive^h						
≤ 5 años	122	35,2	92,0	61,0	141,5	0,745
6-16 años	101	29,1	88,0	55,5	131,5	
≥ 17 años	124	35,7	91,0	63,0	154,2	

^a Pueba U de Mann-Whitney en las variables cualitativas con 2 categorías y prueba de Kruskal-Wallis en las variables cualitativas con más de 2 categorías.

^b Sexo: no consta en 1.

^c Edad (años): no consta en 15.

^d Nacionalidad no consta en 1.

^e Nivel de estudios: no consta en 2.

^f Estado de convivencia: no consta en 4.

^g Situación familiar: no consta en 18.

^h Edad del hijo menor con el que convive: no consta en 11.

Tabla 3. Duración mediana (DM) y percentiles 25 (P25) y 75 (P75) según las características propias de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común.

Variable	n	%	DM	P25	P75	p ^a
Provincia de gestión						
Barcelona	445	58,7	85,0	61,5	134,0	0,365
Madrid	313	41,3	87,0	55,5	135,5	
Tipo contingencia						
Accidente	28	3,7	82,5	62,5	115,2	0,710
Enfermedad	730	96,3	86,0	60,0	137,2	
Grupo diagnóstico						
Osteoarticular	202	26,6	89,0	61,7	136,0	0,001
Traumatología	155	20,4	84,0	61,0	121,0	
Psiquiatría	142	18,7	88,5	63,0	149,2	
Digestivo	51	6,7	72,0	54,0	112,0	
Gineco-obstetricia	45	5,9	127,0	74,5	176,5	
Cardiovascular	34	4,5	87,5	49,0	140,0	
Neoplasias	19	2,5	126,0	61,0	281,0	
Neurología	16	2,1	93,0	57,5	159,7	
Reumatología	15	2,0	92,0	61,0	215,0	
Otro ^b	79	10,4	67,0	47,0	99,0	
Motivo del alta						
Mejoría que permite trabajo habitual	593	78,2	79,0	55,0	121,0	<0,001
Curación	62	8,2	77,5	64,0	109,2	
Inspección médica	59	7,8	124,0	94,0	233,0	
Incapacidad Permanente (total o absoluta)	26	3,4	341,0	269,2	496,5	
Alta por resolución tras propuesta de IP	8	1,1	273,5	194,0	506,7	
Agotamiento plazo ITcc	8	1,1	548,0	547,0	549,0	
Fallecimiento	2	0,3	155,5	51,0	-	

^a Pueba U de Mann-Whitney en las variables cualitativas con 2 categorías y prueba de Kruskal-Walis en las variables cualitativas con más de 2 categorías.

^b Otro: incluye episodios de 8 grupos diagnósticos (dermatología, endocrinología, etc.).

Tabla 4. Descripción y duración mediana (DM) y percentiles 25 (P25) y 75 (P75) de los episodios de incapacidad temporal por contingencia común según autopercepción del problema de salud y la capacidad para trabajar.

Variable	n	%	DM	P25	P75	p ^a
Su estado de salud es^b...						
Bueno	356	47,8	75,0	53,0	114,5	<0,001
Malo	389	52,2	99,0	66,5	173,5	
Su capacidad para trabajar está reducida^c...						
Nada o poco	110	15,6	68,0	49,7	101,2	<0,001
Moderadamente	256	36,2	75,0	53,0	113,0	
Muy o extremadamente	341	48,2	108,0	68,5	175,0	
Tiempo que necesita para realizar el trabajo que realizaba^d						
<1 mes	298	40,7	65,0	48,0	90,0	<0,001
1-3 meses	108	14,7	111,5	76,0	156,5	
>3 meses	43	5,9	136,0	91,0	201,0	
Nunca podré	19	2,6	224,0	123,0	362,0	
No lo sé	265	36,2	103,0	67,5	176,0	
Relaciona su enfermedad con el trabajo^e						
No	309	42,0	81,0	57,0	119,0	0,015
Sí, en parte	263	35,8	89,0	61,0	144,0	
Sí, totalmente	163	22,2	95,0	64,0	165,0	
Autoeficacia general^f						
Alta	281	38,5	89,0	54,0	138,0	0,393
Moderada	163	22,3	85,0	60,0	116,0	
Baja	286	39,2	84,0	62,7	146,5	

^a Pueba U de Mann-Whitney en las variables cualitativas con 2 categorías y prueba de Kruskal-Walis en las variables cualitativas con más de 2 categorías.

^b Estado de salud: no consta en 13.

^c Capacidad para trabajar: no consta en 51.

^d Tiempo para realizar el trabajo que realiza: no consta en 25.

^e Relación de la enfermedad con el trabajo: no consta en 23.

^f Autoeficacia general: no consta en 28.

Tabla 5. Hazard ratio crudo (HRc) y ajustado (HRa) de las variables de autopercepción del problema de salud, la capacidad para trabajar y la autoeficacia.

Variable	HRc* (IC 95%)	p	HRa** (IC 95%)	p	HRa*** (IC 95%)	p	HRa**** (IC 95%)	p
Su estado de salud es...								
Bueno	1		1		1		1	
Malo	0,60 (0,52-0,70)	<0,001	0,64 (0,55-0,75)	<0,001	0,77 (0,65-0,91)	<0,01	0,80 (0,67-0,95)	0,013
Su capacidad para trabajar está reducida...								
Nada o poco	1		1		1		1	
Moderadamente	0,95 (0,76-1,19)	0,653	0,91 (0,72-1,14)	0,421	1,18 (0,94-1,49)	0,160	1,14 (0,89-1,44)	0,297
Muy o extremadamente	0,57 (0,46-0,71)	<0,001	0,54 (0,43-0,68)	<0,001	0,79 (0,63-1,00)	0,050	0,75 (0,59-0,96)	0,021
Tiempo que necesita para realizar el mismo trabajo								
<1 mes	1		1		1		1	
1-3 meses	0,46 (0,37-0,57)	<0,001	0,46 (0,37-0,57)	<0,001	0,48 (0,38-0,61)	<0,001	0,48 (0,38-0,61)	<0,001
>3 meses	0,36 (0,26-0,50)	<0,001	0,36 (0,26-0,50)	<0,001	0,36 (0,26-0,51)	<0,001	0,36 (0,26-0,51)	<0,001
Nunca podré	0,21 (0,13-0,34)	<0,001	0,23 (0,14-0,37)	<0,001	0,26 (0,15-0,43)	<0,001	0,28 (0,17-0,47)	<0,001
No lo sé	0,41 (0,34-0,48)	<0,001	0,42 (0,36-0,51)	<0,001	0,48 (0,39-0,58)	<0,001	0,49 (0,40-0,60)	<0,001
Relaciona su enfermedad con el trabajo								
No	1		1		1		1	
Sí, en parte	0,82 (0,69-0,96)	0,016	0,84 (0,71-0,99)	0,049	0,93 (0,77-1,11)	0,405	0,96 (0,80-1,15)	0,625
Sí, totalmente	0,71 (0,59-0,86)	0,030	0,77 (0,63-0,93)	0,008	0,92 (0,74-1,14)	0,445	0,94 (0,76-1,17)	0,580
Autoeficacia general								
Alta	1		1		1		1	
Moderada	1,07 (0,88-1,30)	0,489	1,07 (0,88-1,30)	0,490	0,90 (0,73-1,11)	0,345	0,92 (0,74-1,14)	0,435
Baja	0,92 (0,78-1,08)	0,296	0,94 (0,79-1,12)	0,504	1,01 (0,84-1,21)	0,914	1,00 (0,84-1,20)	0,956

* HRa= hazard ratio crudo.

** HRa= hazard ratio ajustado a edad, sexo.

*** HRa= hazard ratio ajustado resto de variables de autopercepción del episodio de ITcc.

**** HRa= hazard ratio ajustado a edad, sexo y resto de variables de autopercepción del episodio de ITcc.

Tabla 6. Hazard ratio ajustado según edad, sexo y resto de variables de autopercepción del problema de salud y la capacidad para trabajar (HRa), estratificado según duración del episodio de ITcc cuando se cumplimenta el cuestionario*.

Variable	<31 días (n=231)		31-44 días (n=232)		≥45 días (n=291)	
	HRa (IC 95%)	p	HRa (IC 95%)	p	HRa (IC 95%)	p
Su estado de salud es...						
Bueno	1		1		1	
Malo	0,69 (0,50-0,96)	0,029	0,66 (0,47-0,94)	0,020	1,07 (0,80-1,45)	0,641
Su capacidad para trabajar está reducida...						
Nada o poco	1		1		1	
Moderadamente	0,75 (0,46-1,23)	0,249	1,35 (0,84-2,16)	0,215	1,00 (0,68-1,46)	0,992
Muy o extremadamente	0,56 (0,35-0,89)	0,015	0,82 (0,50-1,35)	0,431	0,67 (0,46-0,99)	0,044
Tiempo que necesita para realizar el mismo trabajo						
<1 mes	1		1		1	
1-3 meses	0,52 (0,33-0,81)	0,004	0,35 (0,22-0,55)	<0,001	0,42 (0,28-0,61)	<0,001
>3 meses	0,52 (0,22-1,22)	0,132	0,39 (0,20-0,77)	0,006	0,29 (0,18-0,48)	<0,001
Nunca podré	1,02 (0,29-3,58)	0,972	0,13 (0,05-0,31)	<0,001	0,19 (0,08-0,47)	<0,001
No lo sé	0,48 (0,34-0,67)	<0,001	0,36 (0,24-0,52)	<0,001	0,35 (0,24-0,51)	<0,001
Relaciona su enfermedad con el trabajo						
No	1		1		1	
Sí, en parte	0,79 (0,56-1,12)	0,188	1,00 (0,71-1,41)	0,989	0,92 (0,68-1,24)	0,599
Sí, totalmente	0,56 (0,37-0,85)	0,006	1,07 (0,71-1,62)	0,734	1,09 (0,73-1,61)	0,682
Autoeficacia general						
Alta	1		1		1	
Moderada	0,98 (0,67-1,43)	0,915	1,13 (0,75-1,70)	0,552	0,75 (0,52-1,09)	0,134
Baja	1,13 (0,79-1,60)	0,501	1,53 (1,08-2,16)	0,016	0,85 (0,63-1,15)	0,293

*el tiempo de cumplimentación no consta en 4 cuestionarios.

Anexo 1

1. En general, usted diría que su salud es: *(nos referimos a su estado de salud actual, a día de hoy)*

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

2. ¿Hasta qué punto considera que está reducida, a día de hoy, su capacidad para realizar su trabajo habitual? Señale con una X el número que proceda (0= apenas está reducida, 10= extremadamente reducida):



3. ¿Cuánto tiempo cree que necesitará aproximadamente para volver a realizar el trabajo que realizaba antes de la baja? *(sabemos que la pregunta es difícil de contestar, por favor, intente responder aunque sea sólo de forma aproximada)*

- Menos de 1 semana
- Entre 1 y 4 semanas
- Entre 1 y 3 meses
- Entre 4 y 6 meses
- Más de 6 meses
- Nunca voy a poder realizar el trabajo que realizaba antes
- No lo sé, de momento no tengo idea del tiempo que puedo tardar en recuperarme

4. ¿Piensa que su enfermedad actual se relaciona con el trabajo que realiza?

- No
- Sí, en parte
- Sí, totalmente

5. ¿Tiene confianza en sí mismo para hacer frente con eficacia a acontecimientos o sucesos inesperados?

- Nunca o casi nunca
- Sólo alguna vez
- Algunas veces
- Muchas veces
- Siempre

6. ¿Puede resolver la mayoría de los problemas si se esfuerza lo necesario?

- Nunca o casi nunca
- Sólo alguna vez
- Algunas veces
- Muchas veces
- Siempre

7. Venga lo que venga, por lo general ¿es capaz de manejarlo?

- Nunca o casi nunca
- Sólo alguna vez
- Algunas veces
- Muchas veces
- Siempre

Bibliografía

- ¹ Ministerio de Trabajo e Inmigración. Guía laboral. Prestaciones del Régimen General de la Seguridad Social. [consultado el 15 de junio de 2009]. Disponible en: http://www.mtas.es/es/Guia/texto/guia_13_30_3.htm
- ² Ruiz-Frutos C, García A, Delclós J, Benavides FG. Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. 3ª edición. Barcelona: Masson, 2007.
- ³ Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre la colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. BOE núm 296 de 12/12/1995.
- ⁴ Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT). Afiliación por contingencias comunes. [consultado el 15 de junio de 2009]. Disponible en: http://www.amat.es/pdf/cifras/Afiliacion_por_Contingencias_Comunes.pdf
- ⁵ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Trimestral del Coste Laboral. [consultado el 15 de junio de 2009]. Disponible en: www.ine.es
- ⁶ Ballesteros M, Serra C, Martínez JM, Plana M, Delclos G, Benavides F.G. Comparación del coste de la incapacidad temporal por contingencia común en 2006 entre las provincias de Barcelona y Madrid. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83:453-461.
- ⁷ Christensen K, Lund T, Labriola M, Villadsen E, Bültmann U. The fraction of long-term sickness absence attributable to work environmental factors: prospective results from the Danish Work Environment Cohort Study. Occup Environ Med. 2007; 64:487-89.
- ⁸ Alexopoulos EC, Burdorf A. Prognostic factors for respiratory sickness absence and return to work among blue collar workers and office personnel. Occup Environ Med. 2001; 58(4):246-52.
- ⁹ Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez C, Despuig M, Sampere M, Gimeno D. 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 Pública. 2007; 1:183-90.

-
- ¹⁰ Rael E, Stansfeld S, Shipley M, Head J, Feeney A, Marmot M. Sickness absence in the Whitehall II study, London: the role of social support and material problems. *J Epidemiol Community Health*. 1995; 49:474-48.
- ¹¹ Steenstra IA, Verbeek JH, Heymans MW, Bongers PM. Prognostic factors for duration of sick leave in patients sick listed with acute low back pain: a systematic review of the literature. *Occup Environ Med*. 2005; 62(12):851-60.
- ¹² Reiso H, Nygard JF, Jorgensen GS, Holanger R, Soldal D, Bruusgaard D. Back to work: predictors of return to work among patients with back disorders certified as sick. A two year follow-up study. *Spine*. 2003; 28:1468-1474.
- ¹³ Lötters F, Burdorf A. Prognostic factors for duration of sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Clin J Pain*. 2006; 22:212-221.
- ¹⁴ Reiso H, Nygard JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability and duration of certified sickness absence. *Scand J Public Health*. 2001; 29:218-225.
- ¹⁵ Labriola M, Lund T, Christensen K, Albertsen , Bültmann U, et al. Does self-efficacy predict return-to-work after sickness absence? A prospective study among 930 employees with sickness absence for three weeks or more. *Work*. 2007; 29:233–238.
- ¹⁶ Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*. 1996; 2:1-8.
- ¹⁷ Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW, van Dijk FJ. Predicting the duration of sickness absence for patients with common mental disorders in occupational health care. *Scand J Work Environ Health*. 2006; 32 (1):67-74.
- ¹⁸ Ortiz Y, Samaniego C. Reflexiones entorno a la evolución del modelo de Steers y Rodees sobre absentismo laboral. V Congreso Nacional de Psicología Social. Salamanca 1995.
- ¹⁹ Kujala V, Tammelin T, Remes J, Vammavaara E, Ek E, Laitinen J. Work ability index of young employees and their sickness absence during the following year. *Scand J Work Environ Health*. 2006; 32 (1): 75-84.
- ²⁰ Reiso H, Nygård JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability assessed by patients and their GPs in new episodes of sickness certification. *Family Practice*. 2000; 17(2):139-44.

-
- ²¹ 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(2):176-80.
- ²² Post M, Krol B, Groothoff JW. Work-related determinants of return to work of employees on long-term sickness absence. *Disabil Rehabil.* 2005; 27(9):481-8.
- ²³ Alexopoulos EC, Burdorf A. Prognostic factors for respiratory sickness absence and return to work among blue collar workers and office personnel. *Occup Environ Med.* 2001; 58(4):246-52.
- ²⁴ Lund T, Labriola M, Christensen KB, Bultmann U, Villadsen E, Burr H. Psychosocial work environment exposures as risk factors for long-term Sickness absence among Danish employees: results from DWECS/DREAM. *J Occup Environ Med.* 2005; 47(11):1141-7.
- ²⁵ Plana M, Sampere M, López JC. Factores que influyen en la duración de la Incapacidad por Contingencia Común. *Justicia Social.* 2006; 38:20-21.
- ²⁶ Knutsson A, Goine H. Occupation and unemployment rates as predictors of long term sickness absence in two Swedish counties. *Soc Sci Med.* 1998; 47(1):25-31.
- ²⁷ Virtanen M, Kivimaki M, Elovainio M, Virtanen P, Vahtera J. Local economy and sickness absence: prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59(11):973-8.