

**MÁSTER EN SALUD LABORAL
UNIVERSITAT POMPEU FABRA**

**ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA SOBRE LA DURACIÓN DE LOS
CO-DIAGNÓSTICOS SURGIDOS EN EL TRANSCURSO DE LOS EPISODIOS
DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR CONTINGENCIA COMÚN.**

Mònica Ubalde-López

Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL). Universitat Pompeu Fabra

**Directores: Jordi Delclós
Eva Calvo**

Tutor UPF: Jordi Delclós

RESUMEN

Antecedentes y objetivos: El diagnóstico clínico es uno de los factores pronóstico que más influye en la duración de la incapacidad temporal por contingencia común (ITcc). En España hay escasa investigación al respecto. El propósito de este estudio es analizar la influencia, en la duración, de las patologías adicionales registradas (co-diagnósticos) en el transcurso de los episodios de ITcc.

Métodos: Estudio de una cohorte prospectiva de 15.246 episodios cerrados de ITcc >15 días, procedentes de una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, Ibermutuamur. Se describió la distribución y duración de los episodios de ITcc según su duración mediana (DM) y los percentiles 25 (P25) y 75 (P75). Se calcularon las duraciones de los episodios de ITcc según el diagnóstico principal, el número de co-diagnósticos, variables demográficas y laborales mediante la comparación de curvas de supervivencia por el método de Kaplan-Meier. Se analizó la probabilidad de alta médica de los episodios de ITcc (Hazard Ratio) mediante un modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: Alrededor de un 12 % de los episodios registraron algún co-diagnóstico. La DM aumentó con el número de co-diagnósticos: sin co-diagnóstico (64 días), un co-diagnóstico (108 días) y dos o más (169 días). Ajustando por género, edad, nivel de estudios, tipo de pago, base reguladora, actividad económica, ocupación y diagnóstico principal se mantuvo esta tendencia.

Conclusiones: Además de por otros factores, la duración de la ITcc está determinada tanto por el diagnóstico clínico que la motiva como por la aparición y el número de diagnósticos adicionales durante el curso del episodio.

Palabras claves: incapacidad temporal, diagnóstico, co-diagnóstico, comorbilidad.

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 se prevé lo mantendrá un periodo de tiempo alejado de su trabajo ⁽¹⁾. La seguridad social reconoce la IT con la finalidad de proteger al trabajador que recibe una asistencia sanitaria con una prestación económica con duración máxima de 12 meses, prorrogable en otros seis cuando se presuma que durante estos últimos va a ser dado de alta por mejoría o curación⁽³⁾. En España, es el Sistema Nacional de Salud quien reconoce la ITcc a través del médico de atención primaria que emite el certificado de baja y presta la atención sanitaria.

Desde 1995, las mutuas colaboran con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) en la gestión de la prestación de la ITcc de aquellos trabajadores de las empresas que voluntariamente así lo decidan. ⁽⁴⁾ La prestación del día 4 al 15 queda cubierta por la empresa a la que pertenece el trabajador y a partir del día 16 el trabajador recibe la prestación económica desde la mutua.

En marzo del 2011, población protegida por las mutuas, superó los 11 millones de trabajadores, lo que supone el 71,6% del total de trabajadores protegidos del Sistema Nacional de Salud ⁽⁵⁾. Desde esta perspectiva el papel gestor de la ITcc por parte de las mutuas es crucial.

La incidencia y duración de las bajas por enfermedad es un fenómeno que afecta directamente al mercado de trabajo, lo que merece un atento examen, ya que es un problema de salud con grandes repercusiones socioeconómicas. El aumento de afiliados y de sus bases reguladoras representa un aumento en el gasto por ITcc, que ha superado en 2009 los 8.000 millones de euros, un 0.7% del PIB actual ⁽⁶⁾, aunque estudios recientes están observando un descenso progresivo de la duración mediana de la ITcc en los últimos años (J. Delclós, I. Torá comunicación personal). Por otro lado, se ha de tener en cuenta el gasto indirecto que supone al empresario la sustitución del trabajador, la formación del nuevo personal, así como los cambios generados en la producción. Además, el trabajador ausente también ve disminuidos sus ingresos entre un 25% y un 40% según el periodo y la duración de la ITcc.

La duración de una ITcc no se puede considerar como una situación aislada del contexto social del paciente, pues el entorno socio-económico, el mercado laboral, así como la protección del Sistema de Seguridad Social ⁽⁷⁾ son claves para explicarla ⁽⁸⁾. La literatura evidencia que en la duración de la ITcc hay implicados también otros factores determinantes más proximales, como son el diagnóstico inicial como factor biológico; la actividad económica de la empresa, la comunidad autónoma ⁽⁹⁾, la región sanitaria ⁽¹⁰⁾, y los factores psicosociales relacionados con las condiciones de trabajo ⁽¹¹⁾ como factores sociales; así como la edad y el género como factores determinantes con ambas connotaciones.

Uno de los factores pronóstico que más influye en la duración de la ITcc es el diagnóstico clínico, registrado por el médico de atención primaria. Un estudio reciente, de una cohorte retrospectiva de más de 200.000 episodios de duración larga, analizó las duraciones medianas según el diagnóstico clínico, observando diferencias importantes según la patología que las originó ⁽¹²⁾. En España hay escasa investigación al respecto. En un estudio previo, donde se analizaban diferentes factores pronósticos de la duración de la ITcc, no se pudo valorar el papel del diagnóstico clínico debido a su baja cumplimentación ⁽¹³⁾. Afortunadamente, la cumplimentación del diagnóstico clínico en el parte de baja ha ido mejorando notablemente con la informatización de los servicios de atención primaria, como es el caso de las ITcc ocurridas en Cataluña, que en el año 2007 alcanzó un 99.5% de cumplimentación del diagnóstico clínico (J. Delclós e I. Torá, comunicación personal).

Dado que la duración de la IT sigue una distribución asimétrica, desplazada hacia la izquierda, donde se concentran los episodios menos duraderos y más frecuentes, la mayor parte del gasto de la IT se debe a los casos menos frecuentes y de mayor duración ⁽¹⁰⁾ y es en éstos en los que se deben concentrar las intervenciones para mejorar su gestión. En este sentido, algunos países han publicado guías de duración estándar en base a los diagnósticos clínicos que generan la IT, como herramienta útil para mejorar la gestión de las duraciones de los episodios. Desde 1996, en Estados Unidos, el Work Loss Data Institute elabora las Official Disability Guidelines (ODG) de las cuales se ha publicado recientemente la 16^{ava} edición ⁽¹⁴⁾. Las ODG están basadas en la evidencia y en datos de referencia, además son revisadas y actualizadas anualmente por un grupo de expertos. Éstas han permitido minimizar los retrasos en tratamientos, la reducción de costes médicos y de días trabajo perdidos, ya que sugiere pautas tanto para gestionar la duración de la ITcc como para instaurar protocolos terapéuticos. En España está

publicada la 2ª edición de los Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal por el INSS ⁽¹⁵⁾. Pero éstas no dan una idea clara de la distribución de la duración de los episodios, ya que están basados en duraciones medias óptimas determinadas por criterios consensuados de expertos, revisiones históricas y pequeñas muestras que no reflejan la complejidad de la IT ⁽⁸⁾.

Otro factor determinante, que ha sido poco estudiado y que cabe esperar que influya en la duración de la ITcc, es la comorbilidad asociada a determinadas enfermedades y procesos crónicos ⁽¹⁶⁾. La comorbilidad debe ser considerada en el cálculo de los costes asociados a las enfermedades de larga duración, para evitar subestimarlos ⁽¹⁷⁾. Un estudio realizado en Gran Bretaña, que analizó episodios de ITcc debidos a angina de pecho, encontró que las comorbilidades podían ser predictoras de incapacidad temporal más potentes que los distintos factores de riesgo conductuales o que las propias enfermedades cardiovasculares ⁽¹⁸⁾. La bibliografía también sugiere que los datos de ITcc pueden proveer información útil para estimar el pronóstico de las enfermedades crónicas a nivel poblacional ⁽¹⁹⁾. En un estudio anterior, realizado en una cohorte prospectiva de trabajadores de la ciudad de Nueva York, se encontró una asociación entre la presencia y número de comorbilidades y el retraso en el retorno al trabajo de los episodios de IT debidos a lumbalgia no específica ⁽²⁰⁾. En este sentido, el efecto sobre la duración de las posibles patologías adicionales (co-diagnósticos) registradas tras iniciarse un episodio de ITcc es interesante de estudiar pero, hasta donde conocemos, este aspecto no ha sido analizado en España. El propósito de éste estudio fue describir el tipo y distribución de dichas patologías, y analizar la influencia en la duración de la ITcc según su número y el tipo de familia diagnóstica a la que pertenecen.

MATERIAL Y MÉTODOS

La población de estudio se basó en los 632.000 trabajadores, que formaron parte de una cohorte prospectiva del 2004 al 2007, protegidos para la contingencia común por Ibermutuamur; una mutua de ámbito estatal de gran tamaño. Un estudio previo realizado por Ibermutuamur definió un listado con los 100 diagnósticos objeto de estudio (Anexo 1). Los criterios para su inclusión fueron una incidencia anual de 150 episodios o más y una duración media de 30 o más días.

Para determinar los episodios de ITcc que entraban en el estudio, los criterios de inclusión exigieron que éstos fueran debidos a alguno de los diagnósticos objeto de estudio, durante el periodo 2004-2007, y que fueran valorados en consulta por un médico. Un total de 140 médicos de contingencia común realizaron el seguimiento presencial e individualizado de cada caso hasta su finalización, cumplimentando un formulario informatizado específicamente diseñado para el estudio. En este estudio se incluyeron únicamente los primeros veinte casos que iniciaban su seguimiento médico, para cada diagnóstico objeto de estudio. En total, en este estudio, se analizaron 15.246 episodios de ITcc.

La variable dependiente analizada fue la duración de la ITcc en días, calculada como la diferencia entre la fecha de alta y la fecha de baja más uno. Las variables independientes principales fueron el diagnóstico motivo de la ITcc y los co-diagnósticos aparecidos en el transcurso del episodio de ITcc, ambos codificados según la 9ª revisión del Código Internacional de Enfermedades (CIE-9). Se creó una variable que cuantificó el número de co-diagnósticos y se categorizó en tres grupos: sin co-diagnóstico, un co-diagnóstico y dos o más co-diagnósticos. Se analizaron las duraciones por familias diagnósticas según el diagnóstico principal, así como por número y tipo de co-diagnósticos. Las demás variables independientes analizadas fueron clasificadas en demográficas: edad, sexo, nivel de estudios, comunidad autónoma (CCAA) y laborales: tipo de pago, base reguladora, antigüedad, actividad económica (CNAE-9 a uno y dos dígitos) y ocupación (CNO-94 a un dígito).

Se realizó un análisis descriptivo resumiendo las variables categóricas en frecuencias y con medidas de tendencia central las continuas. La distribución de los diagnósticos principales y co-diagnósticos se analizó según las 17 familias diagnósticas clasificadas en CIE-9. Se calculó la duración mediana (DM) y los percentiles 25 (P25) y 75 (P75) de los episodios de ITcc para todas las co-variables estudiadas. Utilizando el método de Kaplan-Meier se obtuvieron las curvas de supervivencia que mostraron la probabilidad de alta médica en función de la duración. Las curvas de supervivencia se compararon con la prueba de log-rank. Finalmente, tomando como variable dependiente la duración de la ITcc, se empleó un modelo de riesgos proporcionales de Cox ⁽²¹⁾. Se calculó el Hazard Ratio crudo (HRc) y ajustado (HRa) por género, edad, nivel de estudios, Comunidad Autónoma, tipo de pago, base reguladora, actividad económica (CNAE-93 a 1 dígito), ocupación (CNO-94 a un dígito), diagnóstico principal y número de co-diagnósticos, según la DM, P25, P75 y sus intervalos de confianza (IC95%). Para

facilitar la interpretación del valor de la asociación entre la duración y las variables incluidas en el modelo, se escogieron como categorías de referencia aquellas que en el análisis bivariado mostraron las DM más bajas, ya que los HR inferiores a uno se entendieron como mayor duración de la ITcc.

La base de datos llegó anonimizada a manos del investigador. Existe un documento de compromiso de uso y confidencialidad de la base de datos para la investigación base de este estudio, acordado y conformado por las partes implicadas. El protocolo de este estudio fue revisado y aprobado por el comité de ética CEIC- Parc de Salut Mar. Los análisis se realizaron con la aplicación estadística Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 15 para Windows (SPSS, INC, Chicago, Illinois).

RESULTADOS

La DM para el total de los episodios fue de 68 días; el 25% de los episodios terminaron antes del día 41 y el 75% de altas médicas se alcanzaron a los 131 días. En mujeres la DM fue 14 días superior que en hombres (63 días). Se observó un aumento gradual de la DM de la ITcc conforme aumentaba la edad y según disminuía el nivel de educación. La Comunidad Canaria y Cataluña presentaron las DM más largas (79 y 78 días), aunque las más representadas en la muestra fueron la Comunidad de Madrid (14,7% de los episodios) y la Comunidad Valenciana (12,3%) con DM de 72 y 76 días respectivamente (Tabla 1).

En los episodios cubiertos con el pago directo por cuenta ajena (trabajadores que durante su periodo de ITcc han perdido la relación contractual con su empresa) las DM fueron las más largas (132 días). La actividad económica más representada fue servicios (63,5%) seguida de industria (18,2%). En cambio las mayores DM se observaron en agricultura (105 días) con sólo un 2,2% de representación. Los años de antigüedad en la empresa no mostraron diferencias significativas ($p=0,6$) en la DM de los episodios analizados (66 días). Debido a esto, y sumado a que el análisis exploratorio previo mostró un 41.1% valores perdidos, esta variable no se incluyó en el resto de análisis.

Los grupos diagnósticos motivo de las ITcc más frecuentes fueron los desórdenes mentales (25,7 %), las lesiones y envenenamientos (21,6%) y las enfermedades del sistema digestivo (15,1 %). En cambio las DM más largas se observaron en los desórdenes mentales (109 días), en las enfermedades del sistema músculo-esquelético y conectivo (89 días) y en las neoplasias (72 días), aunque estas

últimas representaron únicamente el 2,6 % de los episodios. Los desórdenes endocrinos, las enfermedades de la sangre, las anomalías congénitas y ciertas condiciones del periodo perinatal fueron excluidos de los posteriores análisis por representar menos de 5 episodios de ITcc cada una de ellas (Tabla 2).

La incidencia de episodios con co-diagnósticos registrados fue del 12.3 % y el número de días estimado atribuible a la presencia de alguno de éstos fue de 56 (resultados no mostrados). La presencia de co-diagnósticos mostró un claro gradiente ascendente de las DM según iban aumentando el número registrado de éstos, observándose así una asociación similar a una relación dosis-respuesta, comparado con las ITcc que carecían de co-diagnóstico (un 87.7% del total) (Figura 1).

Las enfermedades mentales, las lesiones y los trastornos músculo-esqueléticos continuaron siendo los más frecuentes, como diagnóstico secundario. Los episodios debidos a desórdenes mentales vieron aumentadas sus DM en 68 y 216 días si presentaron 1 co-diagnóstico o dos o más, en su transcurso, respectivamente. Para los originados por trastornos músculo-esqueléticos el alta médica del 50% de ellos se retrasó en 33 y 97 días según el número de co-diagnósticos; en el caso de las lesiones el aumento de la DM fue de 37 y 95 días, respectivamente.

El subanálisis en familias diagnósticas de los diagnósticos principales más frecuentes y con las DM más largas (trastornos mentales, músculo-esqueléticos y lesiones), mostró que los trastornos adaptativos, los trastornos depresivos y los de personalidad representaban el 88,8 % del total los desórdenes mentales. Los trastornos depresivos tuvieron una DM de 127 y el 50% de los episodios debidos a ansiedad no finalizaron hasta haber alcanzado el día 95. Las artropatías (DM, 150 días) y las dorsopatías (DM, 82 días) fueron las patologías músculo-esqueléticas más duraderas; éstas últimas representaron el 75,24 % del total de los diagnósticos músculo-esqueléticos. Por lo que se refiere a las lesiones destacó el 70,5 % representado por las fracturas (DM, 69 días).

Observamos que los episodios debidos a desórdenes mentales experimentaron un aumento en 78, 138 y 193 días en su DM (comparado con 100 días cuando no había co-diagnósticos), si en su transcurso apareció algún desorden mental, trastorno músculo-esqueléticos o lesión, respectivamente como co-diagnóstico. La presencia de algún co-diagnóstico de desórdenes mentales casi triplicó la DM de los episodios debidos a trastornos músculo-esqueléticos. En el caso de las lesiones, presentar algún co-diagnóstico de desorden mental sumó 42 días a la DM respecto a las ITcc debidas a

lesiones sin patologías secundarias registradas, y 82 días si alguno de los co-diagnósticos identificados fue músculo-esquelético (Tabla 3).

Por último, el análisis multivariante mostró una disminución de la probabilidad de alta médica según aumentaba del número de co-diagnósticos, tanto en el modelo crudo como ajustado de manera estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Los HR menores de 1, entendidos como menor probabilidad de alta médica o menor tasa instantánea de alta, supusieron mayor duración de la ITcc. (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio, hasta donde sabemos, que analiza la influencia de la aparición de co-diagnósticos en el transcurso de los episodios de ITcc debidos a patologías con duraciones medias largas. Los resultados confirman la hipótesis planteada de que existe una influencia, en la duración de los episodios de ITcc, debida a patologías secundarias aparecidas durante su transcurso. Se observó un efecto similar a una dosis-respuesta entre la duración de la ITcc y el número de co-diagnósticos registrados.

Asimismo, hubo un aumento de la DM gradual con la edad y según disminuía el nivel de estudios ⁽²²⁾. Las mujeres mostraron las duraciones más largas, en notable coincidencia con resultados de estudios anteriores ^{(23) (24) (25)}, hecho que confirmaría indirectamente la validez de los resultados. Sin embargo en un estudio en Suecia se encontró que, para determinadas patologías como los desórdenes mentales, la incidencia fue mayor en mujeres pero las duraciones más largas se observaron en hombres ⁽²⁶⁾. Sería interesante, por lo tanto, un enfoque de género en el análisis de la duración de la ITcc, ya que permitiría explicar diferencias, que podrían estar relacionadas con determinadas comorbilidades o enfermedades crónicas, que no se ponen de manifiesto ajustando por sexo.

La muestra analizada corresponde a un grupo de trabajadores de empresas afiliadas a una mutua de gran tamaño y ámbito estatal. A pesar de esta cobertura nacional, la distribución en el territorio de los episodios analizados no es homogénea, con casi el 60% de éstos distribuidos en Andalucía, la Comunidad de Madrid, la Comunidad Valenciana y Castilla León, y las duraciones de los episodios varían entre las Comunidades Autónomas. Esta diferente distribución podría estar en la distinta implantación que esta mutua tiene en las CCAA, así como por la heterogeneidad en el

grado de participación de los médicos que siguieron los casos. En el análisis ajustado, la Comunidad Foral de Navarra tiene las duraciones más largas, aunque representa menos del 0,5% de los episodios en este estudio, seguida de la Comunidad Valenciana y la de Madrid. La influencia del territorio en la duración de la ITcc, tanto a nivel de Comunidad Autónoma ⁽⁹⁾ ⁽²⁷⁾ como de región sanitaria ⁽¹⁰⁾ ya ha sido descrita por algunos autores. La transferencia a las CCAA de las competencias en salud podría estar explicando esta diferencia, debido en parte a la distinta gestión y organización de la asistencia sanitaria. Además podría haber una cierta confusión residual debida a las distintas estructuras de la actividad económica, a pesar de haber ajustado por esa variable.

Aquellos trabajadores cuya relación laboral se extinguió durante el trascurso de la ITcc presentan duraciones que doblan el número de días en relación con los que mantuvieron su contrato laboral a lo largo del episodio. Un grupo de investigación finlandés encontró que, entre los trabajadores públicos, las mujeres con contratos temporales y altos índices de IT tuvieron mayor riesgo de finalización del contrato y de desempleo respecto a los trabajadores fijos ⁽²⁸⁾. Desde esta perspectiva, la larga duración de los episodios podría estar compensando una necesidad relacionada con la situación de desempleo y no únicamente con el problema de salud que originó el episodio.

Los episodios del sector agrario son los más largos en el análisis crudo, en el análisis ajustado se mantienen esta diferencia pero perdió su significado estadístico. Por otro lado, sí que se observa un cambio en la ocupación; las ocupaciones relacionadas con el sector agrario tienen las duraciones más largas en el análisis univariado, este tipo de ocupación suele concentrar el personal menos cualificación, observándose una co-linealidad con las DM observadas según el nivel de estudios. Cuando realizamos el análisis multivariado, crudo y ajustado, son las ocupaciones de dirección y gerencia las que tardan más en finalizar. Respecto a las ocupaciones agrarias, es posible que las largas duraciones estuvieran relacionadas con los trastornos músculo-esqueléticos, ya que las tareas desarrolladas requieren alto nivel de esfuerzo físico, posturas forzadas y movimientos repetitivos, más que exigencias psicológicas y de organización del trabajo. Pero este aspecto no fue analizado en este estudio. Las ocupaciones relacionadas con la gestión y dirección requieren un alto nivel de exigencias, responsabilidad e implicación. Sería lógico pensar que las características del lugar de trabajo podrían estar influyendo en el hecho de permanecer en el mismo hasta que las patologías, posiblemente mentales en su gran mayoría, se agraven hasta impedir totalmente el desarrollo habitual de las

tareas. Un estudio prospectivo de 489 trabajadores holandeses, que continuaron trabajando a pesar de presentar síntomas somáticos de severidad alta, encontró que éstos presentaron posteriormente los episodios más largos de incapacidad ⁽²⁹⁾.

La duración de los episodios de ITcc está determinada por las patologías que los originan ⁽¹²⁾. En este estudio los desórdenes mentales, como los trastornos adaptativos y la ansiedad, son las patologías más duraderas, en concordancia con estudios previos ⁽³⁰⁾, seguidas de los trastornos músculo-esqueléticos.

Todos los episodios que registran un co-diagnóstico o más en su transcurso aumentan su duración, respecto a los que no los han tenido, respondiendo a un tipo de efecto dosis-respuesta, excepto para los episodios debidos a patologías respiratorias. En estos últimos se ha observado que una cuarta parte de los co-diagnósticos son otras patologías respiratorias que pueden corresponder al propio curso de la enfermedad inicial o a complicaciones de la misma. En el resto hay una heterogeneidad de co-diagnósticos. En total hay 285 episodios de ITcc debidos a patologías respiratorias, la mayoría corresponden a procesos crónicos (enfisema, bronquitis crónica y asma) que se caracterizan por exacerbaciones repetidas.

Al profundizar, en el análisis de algunas de las patologías más frecuentes, observamos que se pueden atribuir a la presencia de algún co-diagnóstico 46 días adicionales para las artropatías, 56 para las dorsopatías y 106 en el caso de los episodios debidos a ansiedad, respecto a las aquellas que no los registraron (resultados no mostrados). En estudios posteriores sería interesante analizar en detalle la relación entre ciertas patologías, como los trastornos mentales y músculo-esqueléticos, y el tipo y frecuencia co-diagnósticos que aparecen en el transcurso de las ITcc que generan. De esta manera se podría intentar explicar cómo varía la duración si aquellos son patologías diferentes a la inicial, si están relacionados o son complicaciones de la misma, o incluso obtener un mejor resultado al refinar el diagnóstico respecto al inicial, llegando así a un diagnóstico más específico. Si las patologías están relacionadas o la segunda es una complicación de la principal formarían parte del mismo episodio de ITcc. En cambio, si claramente no existe una relación entre ellas deberían pertenecer a episodios separados; podría generarse así el alta médica por la patología resuelta y una nueva baja para la patología que apareció más tarde. De esta manera mejoraría la calidad de los sistemas de información y se daría un paso más en la mejora de la gestión de la ITcc.

La aparición de patologías mentales como co-diagnóstico casi triplica la DM las ITcc iniciadas como músculo-esqueléticas. El estudio de una cohorte prospectiva en

Suecia durante 11 años, mostró durante su seguimiento, un cambio en el tipo de diagnósticos que iban originando los episodios de ITcc, pasando de determinadas patologías músculo-esqueléticas a otras mentales. ⁽³¹⁾

En este estudio casi el 88% de los episodios no registraron co-diagnósticos. Este hecho podría estar relacionado con el mejor estado de salud propio de la población trabajadora, con posibles comorbilidades preexistentes diferentes a los co-diagnósticos estudiados y que no quedaran reflejadas, así como con el distinto grado de participación de los médicos que seguían los episodios. La suma de estos efectos podría haber resultado en un sub-registro de determinadas patologías secundarias o co-diagnósticos existentes.

Los episodios de ITcc analizados corresponden a una población muy seleccionada; representan a los trabajadores de empresas afiliadas a una única mutua y son los originados por los diagnósticos incluidos en un listado predefinido, hecho que se ha de tener en cuenta como principal limitación. Esto hace difícil generalizar a otras poblaciones con ITcc y comparar con otras mutuas, pero deja entrever que tanto el diagnóstico clínico como las comorbilidades son factores determinantes en su duración y que merecen especial atención y un análisis detallado.

Otra limitación a tener en cuenta, es el posible sesgo de selección debido a la heterogeneidad en la implantación de la mutua en el territorio nacional y en la participación de los médicos que siguieron los casos, que habían sido informados del estudio y sus objetivos. Esta información también hace posible un sesgo de clasificación de algunos de los factores de riesgo (variables independientes). Sin embargo, al ser un estudio prospectivo, el desconocimiento del resultado final (duración del episodio) haría que este sesgo fuese no diferencial, lo cual siempre es preferible en estudios epidemiológicos.

Podría existir además un efecto de confusión residual debida a variables no analizadas, que no estuvieron disponibles en este estudio, como serían las comorbilidades asociadas a posibles enfermedades crónicas de los individuos estudiados.

La fortaleza de este estudio radica en el diseño de cohorte prospectiva, que ha permitido un tamaño importante de muestra con un grado de cumplimentación excelente para casi todas las variables analizadas. Algunas de ellas tan determinantes, y en estudios anteriores escasamente cumplimentadas, como son el diagnóstico, los co-diagnósticos y la ocupación. Por otro lado, los médicos participantes no conocían la hipótesis ni los objetivos de este estudio enfocado en concreto en los co-diagnósticos, con lo que aumenta la validez interna del estudio.

En resumen, los co-diagnósticos influyen y determinan la duración de la ITcc, no sólo los relacionados con el transcurso natural de la patología principal, sino también los que tienen que ver con las comorbilidades asociadas a otras patologías y que generarían el peso de la morbilidad ⁽³²⁾. El estado de enfermedad no es debido a una patología única ni aislada, además algunas patologías predisponen a otras. Actualmente la mayoría de enfermedades son el resultado de las multi-morbilidades asociadas a distintas patologías y, por lo tanto, pueden no estar asociadas a una enfermedad en concreto. Merece la pena enfocar las patologías como un problema de salud global y no etiquetarla únicamente con un diagnóstico específico y concreto.

Sería interesante dar una visión más exacta y más equitativa de la ITcc enfocada a una visión del paciente en su totalidad, en lugar de a la enfermedad en sí, analizando qué tipo de trabajadores son los que sufren las enfermedades, más que cuáles son las enfermedades que los trabajadores sufren ⁽³²⁾. Desde esta perspectiva, futuros estudios podrían realizar un análisis más detallado de la relación entre ciertas patologías y el tipo de co-diagnósticos aparecidos durante su transcurso. Podrían predecirse así puntos concretos de intervención que ayuden a reducir el tiempo de recuperación del estado de salud y de retorno al trabajo, así como estimar duraciones de ITcc que se aproximen mucho más a la realidad y permitan mejorar los sistemas de información. Además, permitirían considerar la posibilidad de generar guías de gestión clínica de la ITcc en la que se incorporen duraciones medianas y percentiles, teniendo en cuenta los co-diagnósticos o el peso de las comorbilidades asociadas al problema de salud, incrementando así la especificidad de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA

- (¹) Benavides FG. Ill health, social protection, labour relations, and sickness absence. *Occup Environ Med*. 2006; 63:228-229.
- (²) Ruiz-Frutos C, García A, Delclós J, Benavides FG. *Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales*. 3^a ed. Barcelona: Masson; 2007. [Links]
- (³) 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 27/06/2010]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2009/09/29/pdfs/BOE-A-2009-15442.pdf>.
- (⁴) Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. BOE núm 296 de 12/12/1995.
- (⁵) Asociación de mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT). [Consultado 27/06/2011]. Disponible en: http://www.amat.es/cd_enfermedad_comun.php.
- (⁶) Seguridad Social estadísticas e informes [citado 27/06/2010]. Disponible en: www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=82.
- (⁷) Benavides FG. Ill health, social protection, labour relations, and sickness absence. *Occup Environ Med* 2006; 63: 228-229.
- (⁸) Gervas J, Ruiz A, Pérez M. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Documento de trabajo 85/2006. Madrid: Fundación Alternativas; 2006.
- (⁹) Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S, Soria M, Sampere M, Gimeno D. Reincorporación al trabajo después de un episodio de Incapacidad temporal por contingencia común: papel de la edad, sexo, actividad económica y Comunidad Autónoma. *Rev Esp Salud Pública*. 2007; 81: 183–90.
- (¹⁰) Torá I, Martínez Martínez JM, Delclós J, Jardí J, Alberti C, Serra C, et al. Duración de los episodios de Incapacidad Temporal por contingencia común según regiones sanitarias en Catalunya. *Rev Esp Salud Pública*. 2010; 84: 61-69.
- (¹¹) Gimeno D, Benavides FG, Amick B, Benach J, Martínez JM. Psychosocial factors and work related sickness absence among permanent and nonpermanent employees. *Epidemiol Community Health*. 2004; 58: 870-876.

- (12) Delclós J, García S, López JC, Sampere M, Serra C, Plana M et al. Duración de la incapacidad temporal por contingencia común por grupos diagnósticos. Arch Prev Riesgos Labor 2010; 13: 180-187.
- (13) 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: 63-67.
- (14) Work Loss Data Institute. (2007). Official Disability Guidelines, 12th Ed. Special Edition: Top 200 Conditions. Work Loss Data Institute: Encinitas.
- (15) Ministerio de Trabajo e Inmigración. Secretaría de Estado de la Seguridad Social. Tiempos estándar de incapacidad temporal. [Citado 27/06/2011]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/122970.pdf>
- (16) Kivimäki 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.
- (17) Norlund A, Apelqvist J, Bitzén PO, Nyberg P, Scherstén B. Cost of illness of adult diabetes mellitus underestimated if comorbidity is not considered. J Intern Med. 2001; 250: 57-65.
- (18) Hemingway H, Vahtera J, Virtanen M, Pentti J, Kivimäki M. Outcome of stable angina in a working population: the burden of sickness absence. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2007; 14: 373-9.
- (19) Kivimäki M, Head J, Ferrie JE, Singh-Manoux A, Westerlund H, Vahtera J, et al. Sickness absence as a prognostic marker for common chronic conditions: analysis of mortality in the GAZEL study. Occup Environ Med. 2008; 65: 820-6.
- (20) Nordin M, Hiebert R, Pietrek M, Alexander M, Crane M, Lewis S. Association of comorbidity and outcome in episodes of nonspecific low back pain in occupational populations. J Occup Environ Med 2002; 44: 677-84.
- (21) Cox DR. Regression models and life tables. J R Stat Soc. 1972; B34: 86-94.
- (22) Mira M., Benavides F.G., Sáez M., Barceló M.A., Román C., Matamoros J. Ocupación e incapacidad temporal: un estudio descriptivo en dos cohortes de trabajadores del sector del transporte público en Barcelona Arch Prev Riesgos Labor 1999; 2:151-158.
- (23) Sampere M., Gimeno D., Serra C., Manel 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: 674-679.

⁽²⁴⁾ Álvarez Theurer E, et al. Análisis de la duración de los períodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados. *Aten Primaria* 009.doi:10.10106/j.aprim.2008.10.020

⁽²⁵⁾ Fernando G. Benavides, Isabel Torá, José Miguel Martínez, Josefina Jardí, Rafael Manzanera, Constança Alberti y Jordi Delclós. Evaluación de la gestión de los casos de incapacidad temporal por contingencia común de más de 15 días en Cataluña. *Gac Sanit* 2010; 24: 215-219.

⁽²⁶⁾ Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P (1996) Sick leave due to psychiatric disorder: higher incidence among women and longer duration for men. *Br J Psychiatry* 169(6):740–746 14. Hensing G, Brage S, Nygard JF, Sandanger I, Tellnes G(2000).

⁽²⁷⁾ Mónica Ballesteros Polo, Consol Serra Pujadas, José Miguel Martínez, Manel Plana Almuni, George L. Delclos y Fernando G. Benavides .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.

⁽²⁸⁾ Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M, Sund R, Virtanen P, Ferrie JE. Sickness absence as a risk factor for job termination, unemployment, and disability pension among temporary and permanent employees. *Occup Environ Med.* 2006; 63: 212-217.

⁽²⁹⁾ Rob Hoedeman, Annette H. Blankenstein, Boudien Krol, Petra C. Koopmans and Johan W. Groothoff. The Contribution of High Levels of Somatic Symptom Severity to Sickness Absence Duration, Disability and Discharge. *J Occup Rehabil* 2010; 20: 264-273.

⁽³⁰⁾ Maj Britt D. Nielsen, Ida E. H. Madsen, Ute Bültmann, Ulla Christensen, Finn Diderichsen and Reiner Rugulies. Predictors of return to work in employees sick-listed with mental health problems: findings from a longitudinal study. *Eur J Public Health* 2010; 1-6.

⁽³¹⁾ Karin Festin, Kristina Alexanderson. Changes in sick-leave diagnoses over eleven years in a cohort of young adults initially sick-listed due to low back, neck, or shoulder diagnoses. *J Rehabil Med* 2009; 41: 423-428.

⁽³²⁾ Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health.* 2011; 10: 15.

Tabla 1- Distribución y duraciones de los episodios finalizados de ITcc del 2004 al 2007 según variables demográficas.

Variable	Nº episodios	Duración (días)*		
		P25	P50	P75
GÉNERO				
Hombre	8805	40	63	121
Mujer	6296	45	77	145
Global	15101	41	68	131
EDAD (años)				
<25	2055	39	61	103
25-35	5029	40	67	121
36-45	3905	41	69	136
46-55	2660	44	74	152
>55	1576	46	83	188
Global	15225	41	68	131
NIVEL DE ESTUDIOS				
Titulación Superior	1004	37	60	109
Titulación Media	1564	39	62	115
Estudios Secundarios	4185	41	67	125
Estudios Primarios	6355	43	70	135
Sin titulación	540	48	88	173
Global	13648	41	68	130
COMUNIDAD AUTÓNOMA				
Andalucía	3235	42	70	130
Aragón	4	49	68	96
Asturias	751	46	73	138
Cantabria	282	46	69	141
Castilla-La Mancha	761	35	54	110
Castilla-León	1726	37	57	106
Cataluña	400	44	78	162
Comunidad Balear	220	43	72	139
Comunidad Canaria	251	47	79	150
Comunidad de Madrid	2137	44	72	139
Comunidad Murciana	1651	42	67	114
Comunidad Valenciana	1791	44	76	151
Extremadura	425	42	67	142
Galicia	602	40	74	139
La Rioja	166	45	71	146
Navarra	47	38	76	190
País Vasco	109	42	65	116
Global	14558	42	68	130

(*) Duraciones de ITcc calculadas como tiempo hasta el alta por el método de Kaplan-Meier .

P50: Percentil 50 de la duración de los episodios de ITcc (duración mediana, DM)

P25,P75: Percentiles 25 y 75 de la duración de los episodios de ITcc

Tabla 2- Distribución y duraciones de los episodios de ITcc según grupos diagnósticos, número y tipo de co-diagnósticos.

GRUPOS DIAGNOSTICOS CIE-9 (2 dígitos)	Distribución y duración de los episodios (días)*							
	Todos		Sin co-diagnósticos		1 co-diagnóstico		≥ 2 co-diagnósticos	
	N	P50 (P25;P75)	N	P50 (P25,P75)	N	P50 (P25,P75)	N	P50 (P25,P75)
Enfermedades infecciosas y parasitarias	33	43 (33;76)	29	40 (28;60)	1	84 (84;84)	3	365 (60;547)
Neoplasias	393	72 (49;164)	320	68 (46;124)	51	97 (57;277)	22	118 (82;318)
Desordenes mentales	3917	109 (58;208)	3446	100 (54;187)	344	168 (95;305)	127	316 (139;499)
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	644	67 (42;127)	540	59 (40;104)	82	151 (86;352)	22	243 (165;272)
Enfermedades del sistema circulatorio	448	43 (32;67)	396	42 (32;62)	41	49 (37;109)	11	82 (46;194)
Enfermedades del sistema respiratorio	285	47 (32;81)	249	45 (30;70)	29	76 (46;152)	7	54 (36;101)
Enfermedades del sistema digestivo	2300	48 (37;71)	2038	47 (36;66)	206	64 (45;108)	56	102 (65;183)
Enfermedades del sistema genito-urinario	48	39 (26;70)	37	37 (25;58)	8	48 (27;70)	3	175 (101;534)
Complicaciones en el embarazo, nacimiento y puerperio	1446	68 (42;109)	1273	65 (40;104)	124	85 (48;126)	49	137 (78;183)
Enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos	443	53 (39;75)	424	53 (39;75)	18	72 (50;116)	1	65 (65;65)
Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo	1688	89 (46;183)	1370	79 (40;166)	228	112 (67;232)	90	176 (99;365)
Síntomas, signos y otras condiciones de enfermedad no clasificadas	296	54 (30;108)	245	48 (27;88)	36	103 (53;271)	15	176 (78;336)
Lesiones y envenenamiento	3293	67 (43;111)	2988	64 (41;106)	234	101 (62;193)	71	159 (72;337)
Global	15234	68 (41;131)	13355	64 (40;119)	1402	108 (60;221)	477	169 (86;347)

Datos perdidos: 8; Grupos diagnósticos eliminados con un sólo caso de ITcc: 4 (desórdenes endocrinos, enfermedades de la sangre, anomalías congénitas y ciertas condiciones originadas en el periodo perinatal).

(*) Duraciones de ITcc calculadas como tiempo hasta el alta por el método de Kaplan-Meier .

P50: Percentil 50 de la duración de los episodios de ITcc (duración mediana, DM)

P25,P75: Percentiles 25 y 75 de la duración de los episodios de ITcc

Figura 1- Distribución probabilidad del alta médica de los episodios de ITcc entre 2004 y 2007 según el número de co-diagnósticos registrados en su transcurso.

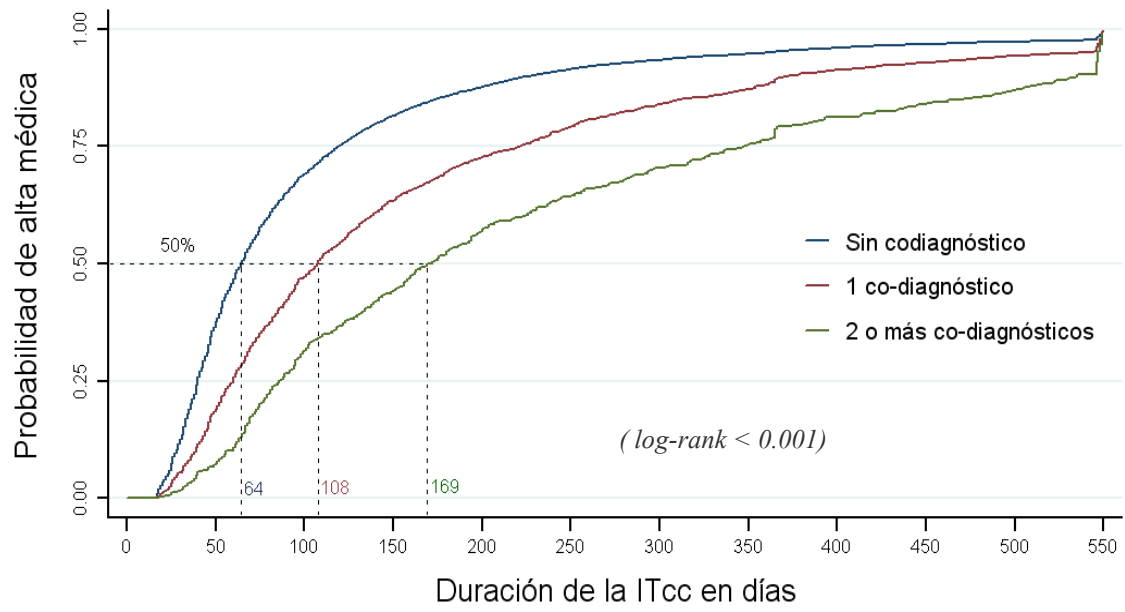


Tabla 3– Influencia de la aparición de co-diagnósticos mentales, músculo-esqueléticos y lesiones en la duración de los episodios de ITcc debidos a los diagnósticos principales de mayor duración.

Diagnóstico principal CIE- 2 dígitos	Episodios ITcc sin co-diagnósticos		Episodios de ITcc con co-diagnósticos*					
			Mentales (n=471)		Músculo-esqueléticos (n=318)		Lesiones (n=305)	
	n	P50 (P25;P75)	n	P50 (P25;P75)	n	P50 (P25;P75)	n	P50 (P25;P75)
Mentales	3446	100 (54;187)	114	178 (96;341)	119	238 (112;386)	57	293 (164;379)
Músculo-esqueléticos	1370	79 (40;166)	33	217 (116;366)	186	125 (80;257)	55	165 (95;296)
Lesiones	2988	64 (41;106)	13	106 (70;373)	97	146 (81;277)	184	95 (60;175)

(*) Duraciones de ITcc calculadas como tiempo hasta el alta por el método de Kaplan-Meier .

P50: Percentil 50 de la duración de los episodios de ITcc (duración mediana, DM)

P25,P75: Percentiles 25 y 75 de la duración de los episodios de ITcc

Tabla 4 – Probabilidad de alta médica de los episodios de ITcc entre 2004 y 2007, según co-variables laborales y clínicas.

VARIABLES LABORALES			HR c	IC 95%	HR a	IC 95%
TIPO DE PAGO						
Delegado			1		1	
Directo por cuenta propia			0,86	0,82 0,89	0,91	0,86 0,96
Delegado/DC Ajena			0,55	0,51 0,58	0,56	0,52 0,61
BASE REGULADORA (€/día)						
<24			1		1	
25-34			0,92	0,87 0,96	0,97	0,91 1,04
35-45			0,96	0,91 1,02	0,97	0,91 1,04
46-55			0,96	0,90 1,03	0,95	0,87 1,03
>56			0,91	0,86 0,97	0,98	0,90 1,06
ACTIVIDAD ECONÓMICA CNAE-93 (1 dígito)						
Industria			1		1	
Agricultura			0,76	0,68 0,85	0,89	0,74 1,06
Construcción			0,96	0,91 1,01	0,93	0,87 0,99
Servicios			0,94	0,90 0,98	0,99	0,94 1,05
OCUPACIÓN CNO-94 (1 dígito)						
Operarios maquinaria/Instalaciones			1		1	
Técnicos profesionales/Científicos			1,04	0,96 1,13	1,06	0,95 1,19
Técnicos /Profesionales de apoyo			0,99	0,93 1,06	1,08	0,99 1,18
Administrativos			0,97	0,89 1,06	1,04	0,93 1,16
Servicios/Restauración/Vendedores			0,86	0,80 0,91	0,95	0,87 1,03
Agrícola/Ganadería/Pesca/Forestal			0,75	0,66 0,85	0,95	0,79 1,14
Artesanos/Industriales cualificados			0,97	0,91 1,03	0,99	0,93 1,07
Dirección/Gerencia			0,73	0,63 0,84	0,84	0,71 0,99
Ocupaciones elementales			0,89	0,84 0,94	0,93	0,87 1,00
VARIABLES CLÍNICAS			HR c	IC 95%	HR a	IC 95%
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL						
Enfermedades del sistema circulatorio			1		1	
Neoplasias			0,42	0,37 0,48	0,43	0,37 0,51
Desordenes mentales			0,35	0,31 0,38	0,33	0,30 0,37
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos			0,48	0,43 0,55	0,58	0,51 0,67
Enfermedades infecciosas y parasitarias			0,62	0,44 0,89	0,67	0,45 0,98
Enfermedades del sistema respiratorio			0,76	0,66 0,88	0,76	0,64 0,91
Enfermedades del sistema digestivo			0,84	0,76 0,93	0,89	0,79 1,00
Enfermedades del sistema genito-urinario			0,79	0,59 1,07	0,88	0,63 1,24
Complicaciones en el embarazo, nacimiento y puerpérimo			0,63	0,57 0,70	0,54	0,48 0,62
Enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos			0,91	0,80 1,04	0,76	0,65 0,89
Enfermedades del sistema musculoesquelético y del tejido conectivo			0,39	0,35 0,43	0,43	0,38 0,48
Síntomas, signos y otras condiciones de enfermedad no clasificadas			0,57	0,50 0,67	0,71	0,59 0,85
Lesiones y envenenamiento			0,57	0,52 0,63	0,53	0,47 0,59
Nº DE CODIAGNÓSTICOS						
Sin codiagnóstico			1		1	
1 co-diagnóstico			0,65	0,61 0,69	0,63	0,59 0,67
2 o más co-diagnósticos			0,48	0,44 0,52	0,48	0,43 0,53

Modelo de riesgos proporcionales de Cox. Los HR < 1 reflejan menor probabilidad de alta médica del episodio de ITcc, es decir, mayor duración de la Itcc.

HRc: Hazard Ratio crudo.

HRa: Hazard Ratio ajustado por: sexo, edad, nivel de estudios, comunidad autónoma, tipo de pago, base reguladora, actividad económica, ocupación, diagnóstico principal y nº de codiagnósticos.

IC95%: Intervalos de confianza al 95 % para los HR calculados

ANEXO 1.

Relación de diagnósticos objeto de estudio: frecuencia anual >150 episodios y con una duración \geq 30 días

CIE-9	PATOLOGÍA
53	HERPES ZOSTER
218	LEIOMIOMA UTERINO
230.2	CARCINOMA DE ESTOMAGO
230.3	CARCINOMA DE COLON
230.4	CARCINOMA DE RECTO
231.0	CARCINOMA DE LARINGE
231.2	CARCINOMA DE BRONQUIOS Y PULMON
233.0	CARCINOMA DE MAMA
233.4	CARCINOMA DE PROSTATA
233.7	CARCINOMA DE VEJIGA
274	GOTA
295	TRASTORNOS ESQUIZOFRENICOS
296	PSICOSIS AFECTIVAS
300.01	TRASTORNO DE PANICO
300.02	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO
300.2	TRASTORNOS FOBICOS
300.3	TRASTORNOS OBSESIVOS-COMPULSIVOS
300.4	DEPRESION NEUROTICA
301	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD
309.0	REACCION DEPRESIVA BREVE
309.1	REACCION DEPRESIVA PROLONGADA
309.24	REACCION DE ADAPTACION CON HUMOR DE ANSIEDAD
309.28	REACCION DE ADAPTACION CON CARACTERISTIC. EMOCIONALES MIXTAS
309.4	REACCION ADAPTACION CON ALTERACION DE

	EMOCIONES Y CONDUCTA
311	TRASTORNO DEPRESIVO
354.0	SINDROME DEL TUNEL CARPIANO
366	CATARATA
386	SINDROME DE VERTIGO Y OTRAS ALTERAC. APARATO VESTIBULAR
410	INFARTO AGUDO MIOCARDIO
413	ANGINA DE PECHO
454	VENAS VARICOSAS DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES
455	HEMORROIDES
456	VENAS VARICOSAS DE OTROS SITIOS
482	OTRAS NEUMONIAS BACTERIANAS
491	BRONQUITIS CRONICA
493	ASMA
540	APENDICITIS AGUDA
550	HERNIA INGUINAL
553	OTRA HERNIA ABDOMINAL SIN MENCION DE OBSTR. NI GANGRENA
565.0	FISURA ANAL
565.1	FISTULA ANAL
571	ENFERMEDAD HEPATICA Y CIRROSIS CRONICA
574	COLELITIASIS
592	CALCULO DE RIÑON Y URETER
633	EMBARAZO ECTOPICO
634	ABORTO ESPONTANEO
640.0	AMENAZA DE ABORTO
643	VOMITOS EXCESIVOS EN EL EMBARAZO
644	PARTO PREMATURO O AMENAZA DE PARTO
646	OTRAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO NCOC
648	OTRAS ENFERMEDADES QUE COMPLICAN EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO
685	QUISTE PILONIDAL

715.0	OSTEOARTROSIS GENERAL
715.5	COXARTROSIS
715.6	GONARTROSIS
716	OTRAS ARTROPATIAS Y ARTROPATIAS NO ESPECIFICADAS
717	TRASTORNO INTERNO RODILLA
717.0	ANTIGUO DESGARRO MENISCO INTERNO
717.7	CONDROMALACIA ROTULA
717.8	OTROS TRASTORNOS INTERNOS DE LA RODILLA
722.0	HERNIA DISCAL CERVICAL
722.10	HERNIA DISCAL LUMBAR
723.1	CERVICALGIA
723.3	SINDROME CERVICOBRAQUIAL (DIFUSO)
724.1	DORSALGIA
724.2	LUMBALGIA
726.0	CAPSULITIS ADHESIVA HOMBRO
726.11	TENDINITIS CALCIFICACION HOMBRO
726.2	PERIARTRITIS HOMBRO
726.32	EPICONDILITIS
729	OTROS TRASTORNOS DE TEJIDO BLANDOS
735.0	DEDO GORDO DEL PIE VALGO HALLUX VALGUS (ADQUIRIDO)
780.4	VERTIGO Y MAREOS
784.0	CEFALEA
788.0	COLICO RENAL
789.0	DOLOR ABDOMINAL
807	FRACTURA DE COSTILLA(S), ESTERNON, LARIN
813	FRACTURA DE RADIO Y CUBITO
814.01	FRACTURA ESCAFOIDES CARPIANO
815	FRACTURA DE HUESO(S) METACARPIANO(S)
816	FRACTURA DE UNA O MAS FALANGES DE LA MAN
823	FRACTURA TIBIA (ESPINA)

824	FRACTURA TOBILLO
825	FRACTURA DE UNO O MAS HUESOS TARSIANOS/M
826	FRACTURA DEDO PIE
831	LUXACION DE HOMBRO
836.0	MENISCOPATIA INTERNA
836.1	MENISCOPATIA EXTERNA
842	ESGUINCE Y TORCEDURA DE MANO
844.2	ESGUINCES Y DESGARROS DE LIGAMENTO CRUZA
844.9	ESGUINCE RODILLA
845	ESGUINCES Y TORCEDURAS DE TOBILLO Y PIE
847.0	ESGUINCE CERVICAL
883	HERIDA DEDO MANO
922.1	CONTUSION COSTAL
923	CONTUSION DE MIEMBRO SUPERIOR
924	CONTUSION DEL MIEMBRO INFERIOR, OTROS SI
959	OTROS TRAUMATISMOS Y LOS NO ESPECIFICADO
959.8	POLITRAUMATISMOS

ANEXO 2.

Tabla 1– Grado de cumplimentación y distribución de las variables continuas.

Variable	n (%)	p25	p50	p75	Media	DE
Edad (años)	15224 (99,8)	29	37	47	38,34	11,65
Base reguladora (€/día)	14843 (97,3)	26	34	44	37,99	17,63
Antigüedad (años)	8947 (58,7)	2	4	6	5,59	6,23
Duración ITcc (días)	15246 (100)	41	68	131	113,64	119,13

DE: desviación estándar; p25: percentil 25; p50: percentil 50; p75: percentil 75

Tabla 2 – Distribución de las variables demográficas en la muestra analizada (n=15246)

Variable	n (%)
GÉNERO	
Hombre	8805 (57,75)
Mujer	6296 (41,3)
No consta	145 (0,95)
EDAD (años)	
<25	2055 (13,48)
25-35	5029 (32,99)
36-45	3905 (25,61)
46-55	2660 (17,45)
>55	1576 (10,34)
No consta	21 (0,14)
NIVEL DE ESTUDIOS	
Titulación Superior	1004 (6,59)
Titulación Media	1564 (10,26)
Estudios secundarios	4185 (27,45)
Estudios primarios	6355 (41,68)
Sin titulación	540 (3,54)
No consta	1598 (10,48)
COMUNIDAD AUTÓNOMA	
Andalucía	3235 (21,22)
Aragón	4 (0,03)
Asturias	751 (4,93)
Cantabria	282 (1,85)
Castilla-La Mancha	761 (4,99)
Castilla-León	1726 (11,32)
Cataluña	400 (2,62)
Comunidad Balear	220 (1,44)
Comunidad Canaria	251 (1,65)
Comunidad de Madrid	2137 (14,02)
Comunidad Murciana	1651 (10,83)
Comunidad Valenciana	1791 (11,75)
Extremadura	425 (2,79)
Galicia	602 (3,95)
La Rioja	166 (1,09)
Navarra	47 (0,31)
País Vasco	109 (0,71)
No consta	688 (4,5)

Tabla 3 – Distribución de las variables laborales en la muestra analizada (n=15246)

Variable	n (%)
TIPO DE PAGO	
Delegado	10537 (69,11)
Directo por cuenta propia	2850 (18,69)
Delegado/DC Ajena	972 (6,38)
No consta	887 (5,82)
BASE REGULADORA (€/día)	
<24	1865 (12,23)
25-34	5760 (37,78)
35-45	3808 (24,98)
46-55	1384 (9,08)
>56	2026 (13,29)
No consta	403 (2,64)
ANTIGÜEDAD (años)	
1-5	6267 (41,11)
5-15	2013 (13,2)
16-25	426 (2,79)
>25	241 (1,58)
No consta	6299 (41,32)
ACTIVIDAD ECONÓMICA CNAE-93 (2 dígitos)	
Agricultura, ganadería, caza, silvicultura	333 (2,19)
Pesca	5 (0,03)
Industrias extractivas	24 (0,16)
Industrias manufactureras	2725 (17,93)
Producción/distribución de energía	14 (0,09)
Construcción	2452 (16,13)
Comercio/Reparación de vehículos	3207 (21,1)
Hotelería	1107 (7,28)
Transporte	1004 (6,6)
Mediación financiera	275 (1,81)
Act. Inmobiliarias y servicios a empresas	1781 (11,72)
Administración pública	731 (4,81)
Educación	366 (2,41)
Act. Sanitarias	442 (2,91)
Servicios a la comunidad	695 (4,57)
Hogares	40 (0,26)
No consta	45 (0)
ACTIVIDAD ECONÓMICA CNAE-93 (1 dígito)	
Agricultura	338 (2,22)
Industria	2763 (18,12)
Construcción	2452 (16,08)
Servicios	9648 (63,28)
No consta	45 (0,3)
OCUPACIÓN CNO-94 (1 dígito)	
Dirección/Gerencia	224 (1,47)
Técnicos Profesionales/Científicos	910 (5,97)
Técnicos/Profesionales de apoyo	1768 (11,6)
Administrativos	721 (4,73)
Servicios/Restauración/Vendedores	2524 (16,56)
Agrícola/Ganadero/Pesca/Forestal	290 (1,9)
Artisanos/Ind. Cualificados	3040 (19,94)
Operarios maquinaria/Instalaciones	1678 (11,01)
Ocupaciones elementales	2812 (18,44)
No consta	1279 (8,39)

Tabla 4- Distribución y duraciones de los episodios finalizados de ITcc del 2004 al 2007 según variables laborales.

Variable	Nº episodios	Duración (días)*		
		P25	P50	P75
TIPO DE PAGO				
Delegado	10537	39	63	117
Directo por cuenta propia	2850	47	76	139
Delegado/DC Ajena	972	69	132	249
Global	14359	41	68	130
BASE REGULADORA (€/día)				
<24	1865	44	73	134
25-34	5760	44	72	134
35-45	3808	40	65	130
46-55	1384	40	67	130
>56	2026	39	64	126
Global	14843	42	69	131
ANTIGÜEDAD (años)				
1-5	6267	41	66	121
5-15	2013	40	65	127
16-25	426	40	60	125
>25	241	40	66	145
Global	8947	40	66	123
ACTIVIDAD ECONÓMICA CNAE-93 (2 dígitos)				
Agricultura, ganadería,caza, silvicultura	333	59	106	166
Pesca	5	35	79	97
Industrias extractivas	24	36	51	124
Industrias manufactureras	2725	40	63	117
Producción/distribución de energía	14	37	58	458
Construcción	2452	42	66	125
Comercio/Reparación de vehículos	3207	43	69	134
Hostelería	1107	46	81	155
Transporte	1004	40	67	125
Mediación financiera	275	42	64	125
Act. Inmobiliarias y servicios a empresas	1781	42	70	132
Administración pública	731	38	62	113
Educación	366	38	62	103
Act. Sanitarias	442	46	76	144
Servicios a la comunidad	695	43	76	147
Hogares	40	47	97	178
Global	15201	41	68	131
ACTIVIDAD ECONÓMICA CNAE-93 (1 dígito)				
Agricultura	338	59	105	166
Industria	2763	40	63	118
Construcción	2452	42	66	125
Servicios	9648	42	70	133
Global	15201	41	68	131
OCUPACIÓN CNO-94 (1 dígito)				
Dirección/Gerencia	224	54	91	165
Técnicos Profesionales/Científicos	910	39	65	119
Técnicos/Profesionales de apoyo	1768	40	67	123
Administrativos	721	40	65	125
Servicios/Restauración/Vendedores	2524	44	76	151
Agrícola/Ganadero/Pesca/Forestal	290	58	104	171
Artesanos/Ind. Cualificados	3040	41	64	121
Operarios maquinaria/Instalaciones	1678	40	61	118
Ocupaciones elementales	2812	42	70	137
Global	13967	41	68	131

(*) Duraciones de ITcc calculadas como tiempo hasta el alta por el método de Kaplan-Meier .

P50: Percentil 50 de la duración de los episodios de ITcc (duración mediana, DM)

P25,P75: Percentiles 25 y 75 de la duración de los episodios de ITcc

Tabla 5 – Efecto en la duración del número de co-diagnósticos registrados en el transcurso de los episodios de ITcc.

Variable	N° episodios	Duración (días)			Sig.*	Media	DE
		P25	P50	P75			
N° de co-diagnósticos					0,00		
Sin codiagnóstico	13366	40	64	119		104,58	0,96
1 co-diagnóstico	1402	60	108	221		161,48	3,79
2 o más co-diagnósticos	478	86	169	347		226,58	7,65
Global	15246	41	68	131		113,64	0,96

Duraciones de ITcc calculadas como tiempo hasta el alta por el método de Kaplan-Meier .

(*) Comparación de curvas de supervivencia con el método de log-rank.

Tabla 6 – Duraciones de los episodios de ITcc debidos a las patologías de los grupos diagnósticos principales más frecuentes y duraderos; y número de episodios de ITcc en los que éstas aparecen como co-diagnóstico.

PATOLOGÍAS (CIE-9 a 3 dígitos)	Diagnóstico principal		Co-diagnósticos
	n (%)	Duración (días)* P50 (P25;P75)	n
Mentales (n=3917)			
Psicosis (290-299)	244 (6,2)	168 (76;365)	17
Ansiedad (300)	1116 (28,5)	95 (48;175)	52
Transtorno personalidad (301)	58 (1,5)	166 (77;363)	12
Drogodependencia (304)	69 (1,8)	154 (101;301)	9
Trastornos adaptativos (309)	1193 (30,5)	92 (55;168)	60
Trastorno depresivo (311)	1165 (29,7)	127 (69;240)	53
Músculo-esqueléticas (n=1688)			
Artropatías (710-719)	259 (15,3)	150 (68;302)	124
Dorsopatías (720-724)	1270 (75,2)	82 (43;165)	77
Reumatismo (725-729)	158 (9,4)	82 (43;155)	29
Lesiones (n=3293)			
Fractura (800-829)	2322 (70,5)	69 (46;113)	88
Luxación (830-839)	468 (14,2)	70 (44;124)	44
Esguince/torcedura (840-848)	454 (13,8)	56 (32;98)	96

(*) Duraciones de ITcc calculadas como tiempo hasta el alta por el método de Kaplan-Meier .

P50: Percentil 50 de la duración de los episodios de ITcc (duración mediana, DM)

P25,P75: Percentiles 25 y 75 de la duración de los episodios de ITcc

Tabla 7 – Probabilidad de alta médica de los episodios de ITcc entre 2004 y 2007, según co-variables demográficas.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS	HR c	IC 95%		HR a	IC 95%	
GÉNERO						
Hombre	1			1		
Mujer	0,86	0,83	0,89	0,97	0,92	1,02
EDAD (años)						
<25	1			1		
25-35	0,86	0,82	0,91	0,88	0,83	0,94
36-45	0,77	0,73	0,81	0,79	0,74	0,85
46-55	0,69	0,65	0,73	0,69	0,64	0,74
>55	0,62	0,58	0,66	0,62	0,56	0,67
ESTUDIOS						
Titulación Superior	1			1		
Titulación Media	0,94	0,87	1,02	0,92	0,84	1,01
Estudios secundarios	0,88	0,82	0,94	0,84	0,76	0,91
Estudios primarios	0,81	0,75	0,86	0,81	0,74	0,89
Sin titulación	0,68	0,62	0,76	0,75	0,66	0,86
COMUNIDAD AUTÓNOMA						
Castilla-La Mancha	1			1		
Asturias	0,81	0,73	0,90	0,87	0,77	0,98
Cantabria	0,85	0,74	0,98	0,85	0,73	0,99
Andalucía	0,86	0,79	0,93	0,80	0,72	0,88
Castilla-León	1,02	0,81	1,11	1,01	0,91	1,12
Cataluña	0,72	0,64	0,81	0,76	0,65	0,87
Comunidad Balear	0,86	0,74	1,00	0,80	0,68	0,94
Comunidad Canaria	0,76	0,66	0,87	0,76	0,63	0,91
Comunidad de Madrid	0,78	0,72	0,85	0,73	0,66	0,81
Comunidad Murciana	0,94	0,86	1,02	0,96	0,87	1,07
Comunidad Valenciana	0,74	0,68	0,80	0,72	0,65	0,80
Extremadura	0,80	0,71	0,90	0,77	0,67	0,89
Galicia	0,83	0,75	0,93	0,83	0,73	0,94
La Rioja	0,78	0,66	0,92	0,89	0,73	1,09
Navarra	0,70	0,52	0,94	0,66	0,47	0,93
País Vasco	0,90	0,74	1,10	0,97	0,77	1,20

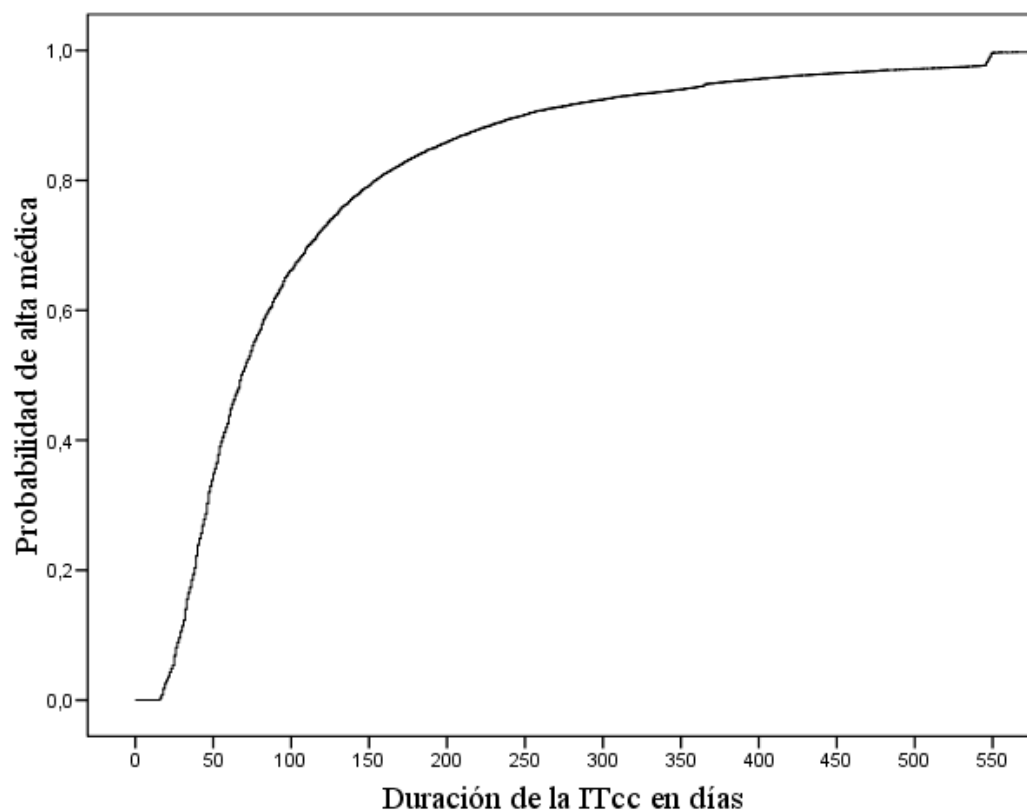
Modelo de riesgos proporcionales de Cox. Los HR < 1 reflejan menor probabilidad de alta médica del episodio de ITcc, es decir, mayor duración de la Itcc.

HRc: Hazard Ratio crudo.

HRa: Hazard Ratio ajustado por: sexo, edad, nivel de estudios, comunidad autónoma, tipo de pago, base reguladora, actividad económica, ocupación, diagnóstico principal y nº de codiagnósticos.

IC95%: Intervalos de confianza al 95 % para los HR calculados

Figura 1 - Distribución de la probabilidad de alta médica* calculada mediante el modelo de riesgos proporcionales de Cox para los episodios finalizados de ITcc del 2004 al 2007.



(*) Probabilidad calculada para las categorías de referencia de cada variable independiente: hombre, <25 años, titulación superior, Castilla la Mancha, pago delegado, base reguladora < 24 €/día, industria, operario de máquinas/instalaciones, enfermedades del sistema circulatorio, sin co-diagnóstico.

ANEXO 3.

SOLICITUD DE DATOS EN EL DEPARTAMENTO DE PROYECTOS SANITARIOS DE IBERMUTUAMUR (Mutua nº 274 de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social)

Datos del/de la representante legal/ responsable de la entidad solicitante:

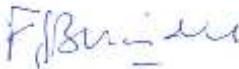
Nombre y apellidos...*Fernando García Benavides*... NIF...*28357393A*... En calidad de.....*Director del Centro de Investigación en Salud Laboral de la Universidad Pompeu Fabra*.... Entidad.....*CISAI*..... Dirección...*Dr. Aiguader 88*..... Población.....*Barcelona*.... Código postal...*08003*..... Teléfono...*93 316 08 75*..... Dirección electrónica.....*fernando.benavides@upf.edu*

La solicitud de las bases de datos elaboradas por el Departamento de Proyectos Sanitarios de Ibermutuamur, tiene como objetivo la realización de los proyectos de final de Master de Salud Laboral (Universidad Pompeu Fabra) de Mónica Ubalde López.

Con la firma de esta solicitud, los solicitantes se comprometen a:

1. Hacer uso de los datos relacionados exclusivamente con la finalidad objeto de estudio o actividad objeto de la cesión. Solicitar autorización para cualquier otro tipo de finalidad diferente a la solicitada.
2. No ceder los datos a terceros, ni duplicar los archivos objetos de cesión.
3. A citar literalmente la fuente de datos en todas las publicaciones totales, parciales o intervenciones en acontecimientos científicos derivados del uso y explotación de estos datos.
4. Enviar al Departamento de Proyectos Sanitarios un ejemplar de la publicación total o parcial, difundida por cualquier medio, y a informar oportunamente de las presentaciones o intervenciones en acontecimientos científicos derivados del uso y explotación de estos datos.
5. A devolver, o bien justificar su destrucción de manera fehaciente delante del Departamento de Proyectos Sanitarios de Ibermutuamur, los datos objeto de cesión una vez completada la finalidad.
6. Reconocer la autoría de las personas e instituciones participantes de acuerdo a su contribución al diseño, análisis y discusión de los resultados.

Nombre y firma de los solicitantes



Mónica Ubalde López

Barcelona, 17 de enero de 2011



Informe del Comité Ético de Investigación Clínica

Doña M^a Teresa Navarra Alcudo Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica
Parc de Salut MAR

CERTIFICA

Que éste Comité ha evaluado el proyecto de investigación clínica nº 2011/4147/I titulado *"Análisis de la influencia de los co-diagnósticos surgidos en el transcurso del episodio de incapacidad temporal por contingencia común (ITcc)"* propuesto por el Dr. Jordi Delclós Clanchet del Centre d'investigació en Salut Laboral de la Universitat Pompeu Fabra,

y que considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad del investigador y los médicos disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

El alcance de las compensaciones económicas que se solicitan está plenamente justificado.

Y que éste Comité acepta que dicho proyecto de investigación sea realizado en la Universitat Pompeu Fabra por el Dr. Jordi Delclós Clanchet como investigador principal tal como recoge el ACTA de la reunión del día 8 de Febrero de 2011.

Lo que firmo en Barcelona, a 11 de Febrero de 2011

COMITÉ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA
CEIC - PARC DE SALUT MAR



Firmado:
Doña M^a Teresa Navarra Alcudo

CEIC - Parc de Salut Mar
Dr. Aiguader, 88 | 08003 Barcelona | Telèfon 93 316 06 77 | Fax 93 316 06 38
ceic-pamar@mm.es | www.parcosalutmar.cat