

# PERFILES DE DURACIÓN DE INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA EN UN DISTRITO SANITARIO Y SU COMPARACIÓN CON ALGUNOS ESTÁNDARES PROPUESTOS

M. Ugalde Díez / Á. Alberquilla Menéndez-Asenjo / C. González Rodríguez-Salinas / M. Pilas Pérez / J.M. Rivera Guzmán  
Unidad de Medicina Comunitaria. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

## Resumen

**Objetivo.** Describir los perfiles de duración por proceso de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT), en la actualidad denominada Incapacidad Temporal, según su diagnóstico en el Distrito sanitario de Usera de Madrid y su comparación con las recomendaciones propuestas por distintos autores, obtenidas por diferentes metodologías (consenso y experiencia práctica).

**Método.** Estudio descriptivo de 3.555 bajas por ILT emitidas por 31 médicos generales durante 1992. Los datos fueron recogidos de las fichas denominadas P-14, registros de ILT manejados por las Inspecciones Médicas. Los diagnósticos se codificaron con la CIPSAP-II-Def. Se compararon los resultados obtenidos con las recomendaciones establecidas por una Comisión de expertos del INSALUD mediante consenso y con las obtenidas de la práctica por otros autores.

**Resultados.** Se observa gran variabilidad en la duración en días por ILT (Media  $45,1 \pm 79,7$  días, con Mediana de 16 días y Moda de 4). Las enfermedades respiratorias ocupan el primer lugar en frecuencia (20,6%), mientras que en días perdidos son las musculoesqueléticas (23,1% de los días de baja de nuestro estudio). Aplicando el intervalo de duración en días propuesto por el INSALUD mediante consenso a nuestro estudio quedan dentro del mismo hasta un 75% de los procesos de potencial larga duración y sólo un 25% de los de corta. Comparándolos con los de otros autores, con similar metodología, se observa una mayor concordancia.

**Conclusiones.** Las recomendaciones propuestas por el INSALUD sobre la duración de las ILT son difíciles de cumplir en la práctica.

**Palabras clave:** Incapacidad Laboral Transitoria. Incapacidad Temporal. Duración. Estándares.

## LENGTHS PROFILES OF WORK DISABILITY IN A SANITARY DISTRICT AND THEIR COMPARISON WITH SOME PROPOSED STANDARDS

### Summary

**Objective.** To describe the Work Disability (WD) Profiles Lengths issued according to diagnostic in Usera's Sanitary District of Madrid, and compare them with recommended standards obtained with different methodology (consensual-practical experience) by several authors.

**Method.** A descriptive study of 3555 WD informed by 31 general practitioners during 1992. Variables were achieved from P-14 registers, using by Medical Inspection. Diagnoses were processed according to CIPSAP-2-Def. The results were compared with recommended standards lengths proposed by INSALUD Experts Commission (consensus) and with another obtained by practical experience by others.

**Results.** Grate variability in day's lengths of WD were observed (mean average=  $45.1 \pm 79.7$  days; medium= 16 days; mode= 4 days). Respiratory Diseases score for the highest frequency (20.6%), while Muscleskeletal accounts for more days out of work (23.1% of working days lost).

Applying to our study the intervals of lengths days proposed by the INSALUD (consensus), up to 75% of potential long-lasting and only 25% of short-lasting processes could be included.

Nevertheless, a higher concordancy is observed when they are compared with other authors with a similar methodology.

**Conclusions.** The recommended lengths standards of work disability established by the INSALUD are difficult to be achieved in actual practice.

**Key words:** Work disability. Temporary unfitnes for work. Duration. Standards.

**Correspondencia:** Dra. Carmen González Rodríguez-Salinas. Unidad de Medicina Comunitaria. Hospital Universitario «12 de Octubre». Avda. de Córdoba, s/n; 28041 Madrid.

Este artículo fue recibido el 10 de julio de 1995 y fue aceptado, tras revisión, el 20 de noviembre de 1995.

Financiado con una Beca de la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología (CICYT). Proyecto SAL 91/0082.

## Introducción

La situación de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT) es aquella en la que se encuentra el trabajador que no puede realizar su actividad profesional por razón de enfermedad o accidente, así como por maternidad. La Ley 42/1994<sup>1</sup> en su artículo 32 modifica este concepto que pasa a denominarse de Incapacidad Temporal. Éste incluye la enfermedad común o profesional y el accidente, sea o no de trabajo, desligándose del mismo el descanso por maternidad como concepto diferente. Además desaparece el concepto de invalidez provisional.

No obstante, dado que el presente estudio se realizó en 1993, y no se había promulgado la mencionada ley, hemos optado por mantener la anterior denominación de ILT, en vigor en aquella fecha.

Nuestro Sistema de Seguridad Social garantiza el derecho a una prestación económica mientras dure esta situación. La base administrativa que reconoce dicha prestación son los partes de ILT cuyo control corresponde al INSALUD<sup>2,4</sup>. Esta responsabilidad recae fundamentalmente en el médico general o de familia<sup>5</sup> y supone una fracción importante del tiempo que dedica a la consulta.

El soporte físico son los partes de alta o baja (P-9) y partes de confirmación de enfermedad (P-9-1). Las Inspecciones Médicas son responsables de su control recogiendo la información en otro modelo (P-14). Ambos se han considerado últimamente como Sistema de Registro de utilidad potencial para diversos estudios en Atención Primaria<sup>6</sup>.

Aunque su diseño responde a fines administrativos y serían convenientes algunas modificaciones para enriquecerlos más con fines epidemiológicos<sup>7</sup>, en los últimos años se ha incrementado su explotación con distintos objetivos<sup>8</sup>.

Aparte de describirse el fenómeno en términos generales, se ha analizado con diversos enfoques la fiabilidad y validez de la información en ellos recogida<sup>9-11</sup>, se ha utilizado para caracterizar el estado de salud de la comunidad<sup>12,13</sup> o de distintos colectivos profesionales<sup>14,15</sup>, se han caracterizado algunas enfermedades<sup>16</sup>, tratado de establecer estándares<sup>17</sup>, analizado como parte del proceso asistencial<sup>5</sup>, estudiado su repercusión económica<sup>18</sup>, etc.

El incremento del coste social de esta prestación en los últimos años y la evolución de sus indicadores son motivo de preocupación y se ha tratado de implementar medidas correctoras<sup>19</sup>.

El disponer de estándares de duración es importante porque son un instrumento útil para la gestión (y control) de los episodios de incapacidad, así como

para la evaluación de la calidad asistencial. Tras una revisión exhaustiva bibliográfica hemos encontrado dos referencias de establecimiento de estándares, entendidos como recomendaciones de límites máximos de duración, con diferente metodología. Unos estándares elaborados por el INSALUD, mediante la metodología de consenso<sup>20</sup> y otros definidos a partir de la experiencia práctica<sup>17</sup>.

En el actual estudio tratamos de comparar ambos estándares, con los perfiles de duración en nuestra población.

Los objetivos de este trabajo son describir los perfiles de duración por proceso de ILT según su diagnóstico en un distrito sanitario del Área 11 de Salud de Madrid y comparar nuestros perfiles de duración con las recomendaciones establecidas por otros autores.

## Material y método

El estudio corresponde al total de altas de ILT emitidas durante todo el año 1992 por los médicos generales de dos zonas básicas de salud del Distrito de Usera del Área 11 de Salud de la Comunidad de Madrid<sup>21</sup>. La población de estas dos zonas básicas es de 46.775 personas; sin embargo, dado que la prestación de ILT únicamente afecta a la población potencialmente activa (15-64 años), ésta constituye un volumen de 32.506 personas<sup>22</sup>.

La atención primaria es prestada en la zona de estudio por 31 médicos generales, ubicados en tres centros (Consultorio de San Simplicio, Centro de Salud Orcasur y Ambulatorio de Orcasitas).

Los datos utilizados fueron recogidos de las fichas P14 en las Inspecciones Médicas correspondientes, mediante la ayuda de colaboradores previamente adiestrados.

Las variables utilizadas en este estudio han sido: edad y sexo del paciente, fecha de baja y alta, así como el diagnóstico que motivó la incapacidad.

La codificación de los diagnósticos se realizó de manera centralizada por un médico de familia mediante la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria-2 Definida (CIPSAP-2 Def.) de la WONCA<sup>23</sup> cuya utilidad para este tipo de estudios ha sido demostrada por diversos autores<sup>15,24,25</sup>. La duración de la baja se calculó en días.

Una vez codificadas las variables se registraron en una base de datos y se explotaron mediante el paquete estadístico SPSS<sup>26</sup>. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de las variables. Se calcularon los índices de tendencia central y dispersión de los días de duración por patologías, compro-

Tabla 1. Duración de las ILT (en días) según grupos diagnósticos de la CIPSAP-2 Def.

Grupos diagnósticos	Frecuencia	%	Días baja	%	Media	Desviación estándar	Mediana	Moda
i. Enfermedades infecciosas	201	5,9	5.587	2,9	27,8	138,5	8	4
ii. Neoplasias	35	1,0	8.898	4,6	254,2	422,3	71	12
iii. Enfermedades endocrinas	40	1,2	1.490	0,7	37,2	86,0	13	5
iv. Enfermedades sanguíneas	5	0,1	341	0,2	68,2	73,0	30	4
v. Trastornos mentales	104	3,0	11.001	5,7	105,7	146,8	53,5	12
vi. Enfermedades sistema nervioso	71	2,1	4.993	2,5	70,3	139,6	15	4
vii. Enfermedades aparato circulatorio	86	2,5	12.898	6,7	149,9	22,4	31,5	5
viii. Enfermedades aparato respiratorio	704	20,6	17.706	9,2	25,1	83,2	8	4
ix. Enfermedades aparato digestivo	211	6,2	13.885	7,2	65,8	152,0	22	4
x. Enfermedades del aparato genitourinario	63	1,8	3.690	1,9	58,5	173,5	17	4
xi. Embarazo, parto y puerperio	21	0,6	1.236	0,6	58,8	49,8	41	9
xii. Enfermedades piel y tejido subcutáneo	69	2,0	2.015	1,0	29,2	61,0	12	5
xiii. Enfermedades del sistema conectivo y musculoesquelético	597	17,5	44.397	23,1	74,3	155,9	21,5	11
xvi. Signos síntomas mal definidos	212	6,2	10.980	5,7	51,7	120,6	16,5	4
xvii. Accidentes, envenenamientos y lesiones	685	20,1	31.423	16,3	45,8	74,3	23	11
xviii. Clasificación suplementaria	297	8,7	21.515	11,2	72,4	6,5	31	7
Tota	3.401	99,50	192.055	99,5	45,1	79,7	16	4

bándose que esta variable no sigue una distribución normal. Los perfiles de duración por proceso se presentan mediante su distribución en percentiles.

Posteriormente se compararon los perfiles obtenidos con los estándares recomendados por una Comisión de expertos mediante metodología de consenso de la Dirección General del INSALUD<sup>20</sup>, así como con los obtenidos de la práctica en un estudio realizado por Portella y cols.<sup>17</sup>.

## Resultados

El total de altas de ILT emitidas por estos 31 médicos durante el año 92 fue de 3.555, con una media de  $114,7 \pm 47,3$  ILT/médico/año. De éstas, 50 episodios fueron eliminados del cómputo general, dado que superaban los 549 días de baja y por lo tanto se encontraban en situación de Invalidez Provisional, según la definición en vigor cuando se realizó el trabajo.

De las variables que tratamos en este estudio, se han perdido un 2,6% de casos en los que no constaba el Diagnóstico (95 episodios); y un 0,3% en los que no estaba cumplimentada la fecha de baja (9 episodios), lo que impedía el cálculo de su duración en días, quedando así un total de 3.401 casos.

Del conjunto de ILT, el 65,4% correspondió a varones frente a un 34,6% de mujeres. La edad media resultó de  $34,4 \pm 13,1$  años, con una mediana de 31 años y una moda de 23. El grupo de edad mayoritario fue el de 20-29 años.

La media global de duración fue de  $45,1 \pm 79,7$  días con una mediana de 16 días y una moda de 4 días, lo que refleja una gran variabilidad en el comportamiento de este parámetro. La duración de las ILT se correlaciona positivamente con el incremento de edad de los pacientes ( $p < 0,01$ ).

La distribución temporal nos indica que los meses en que se han cursado un mayor número de bajas han sido el mes de enero (12,3%), seguido del mes de junio (10,3%), mientras que el menor número de bajas se cursó en el mes de diciembre.

La distribución de las bajas según Grupos Diagnósticos, nos muestra que aquellos en que se incluye un mayor volumen de bajas son: «Enfermedades del Aparato Respiratorio»; «Accidentes, Envenenamientos y Lesiones» y «Enfermedades del Tejido Conectivo y Musculoesquelético». La duración de estos tres primeros grupos presenta unos valores modales de 4, 11 y 11 días respectivamente. Además, en la tabla 1 se muestran otros índices de tendencia central y dispersión. Al comparar estos índices se refleja una gran variabilidad en los días de duración según Grupos Diagnósticos.

El mayor número de días perdidos corresponde a «Enfermedades del Tejido Conectivo y Musculoesquelético», «Accidentes, Envenenamiento y Lesiones» y «Clasificación Suplementaria». Sin embargo, las «Enfermedades del Aparato Respiratorio», que producen el mayor número de bajas, implican un menor número de días perdidos que los anteriores (tabla 1).

Desglosando a nivel de rúbricas, el primer motivo que figura como causa de ILT resultó ser «Procedi-

**Tabla 2. Duración de las ILT (en días) de las primeras rúbricas, CIPSAP-2 Def.**

Nº CIPSAP-2 Def.		Frecuencia	%	Media	Desviación estándar	Mediana	Moda
353	Procedimiento médico/quirúrgico	285	8,3	63	87,3	31	7
139	Influenza sin neumonía	242	7,1	9,6	9,6	7	4
238	Dolor espalda sin síntomas irradiados	209	6,1	38,5	68,6	15	11
327	Moretón, contusión, aplastamiento	172	5,0	38	60,2	18	11
317	Torcedura, desgarramiento de tobillo	138	4,0	28,1	28,4	21	15
133	Infección aguda tracto respiratorio superior	137	4,0	10,7	13,4	7	5
135	Amigdalitis aguda	121	3,5	11,3	19,9	6	4
2	Enfermedad intestinal supuesta infecciosa	116	3,3	9,7	23,1	5	4
239	Dolor espalda con síntomas irradiados	107	3,1	76,5	111,5	25	11
138	Bronquitis aguda	80	2,3	22,1	40,9	10	8
72	Trastornos depresivos	65	1,9	94,0	107,9	60	12

**Tabla 3. Comparación de los percentiles de duración en días según rúbricas (excluyendo el 10% superior)**

Nº CIPSAP-2	Rúbricas CIPSAP-2	Perfiles estudio						Estándares Insalud	Estándares Portella		
		P25	P50	P70	P75	P80	P90		P70 H-M	P80 H-M	P90 H-M
139	Influenza sin neumonía	4	6	8	9	11	12	0-7	8-7	9-9	12-12
238	Dolor de espalda sin síntomas irradiados	8	14	24	26	31	40	Primer episodio 0-10 Recaídas sin rehabilitación y con rehabilitación 14-28			
327	Contusión, moretón y aplastamiento	9	15	25	28	32	44	Variable máxima 25	17-14	23-18	32-33
317	Torcedura, desgarramiento de tobillo	13	19	27	32	32	39	Leve 0-10 Moderada 21-28 Grave 42-56			
133	Infección aguda tracto respiratorio superior	4	6	8	9	10	13	0-3	7-9	10-11	12-14
135	Amigdalitis aguda	4	5	8	8	10	14	2-6	7-8	9-10	12-12
2	Enfermedad intestinal supuesta infecciosa	3	5	7	7	8	10	0-3	7-8	9-10	12-13
239	Dolor espalda con síntomas irradiados	12	21	43	54	68	144	Leve 10-28 Moderada 28-42 Grave 42-90			
138	Bronquitis aguda	7	9	12	14	14	19	0-7	11-13	13-18	19-21
72	Trastornos depresivos	24	46	81	84	104	162		28-58	46-79	64-121
238 y 239	Dolor de espalda con o sin irradiación	10	17	27	32	39	62		22-28	37-49	53-124

P - Percentiles; H - Hombres; M - Mujeres.

miento médico o quirúrgico sin diagnóstico declarado». Obviando este resultado de acuerdo a los fines del estudio, las diez primeras rúbricas suponen un 40,3% de las patologías que causan ILT. Sus índices de tendencia central en cuanto a duración, se presentan en la tabla 2.

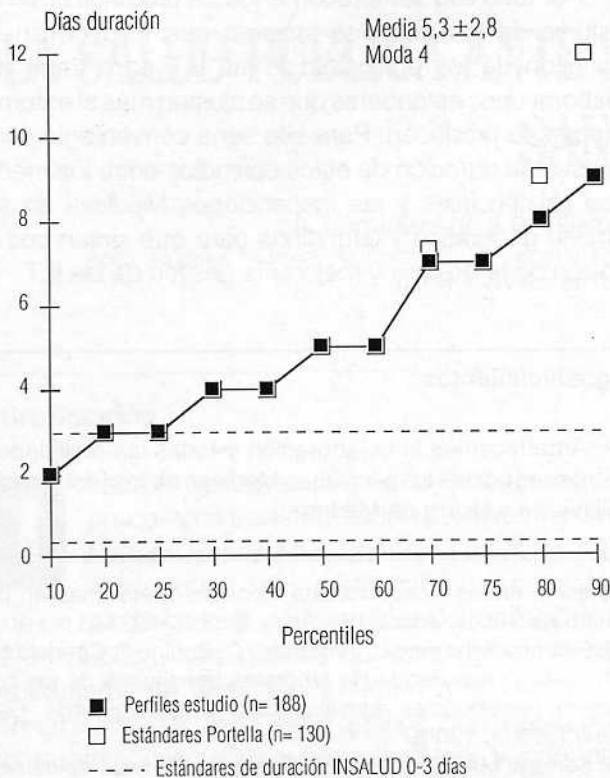
Se realiza la comparación de los perfiles de duración de las 10 primeras patologías de nuestro estudio, con los estándares propuestos por el INSALUD, mediante rango de variación y con los

resultantes del estudio de Portella y cols., mediante los percentiles 70, 80 y 90 por sexos (tabla 3).

Para la comparación se utilizan las 10 primeras rúbricas en frecuencia de nuestro estudio, ya que en el resto el volumen de bajas es pequeño por lo que se podrían distorsionar los resultados.

Por otro lado, excluimos el 10% de los casos con una mayor duración con el fin de eliminar las distorsiones de los valores extremos. Esta condición también se cumple en el trabajo de Portella y cols.<sup>17</sup>.

Figura 1. Percentiles de duración. Ejemplo de patología corta duración. Gastroenteritis aguda



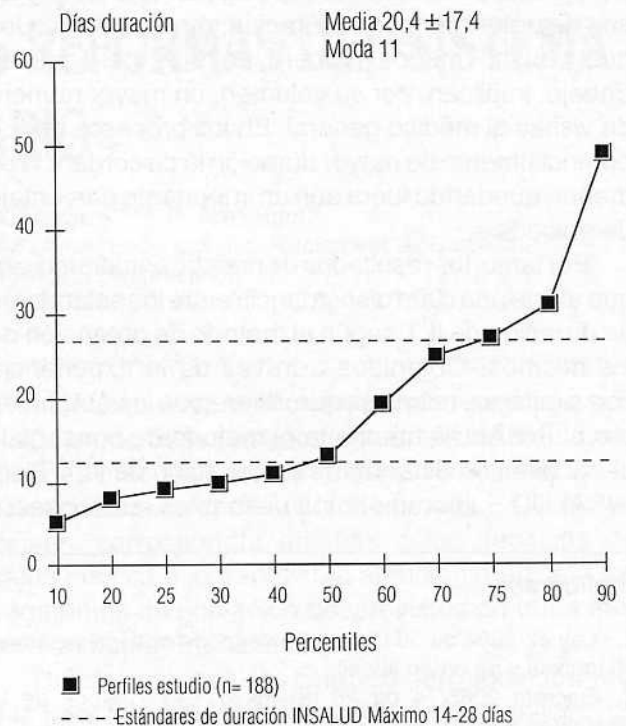
En este último estudio, no aparece entre las 10 primeras patologías, la rúbrica «Torceduras, desgarramiento de tobillo». En su lugar se presentan los «Desórdenes depresivos» que en nuestro caso ocupan el undécimo puesto.

Se manifiestan diferencias claras en el comportamiento de los distintos procesos según su teórica potencial duración. En concreto, en patologías como la Infección Aguda del Tracto Respiratorio Superior, Enfermedad Intestinal Supuesta Infecciosa y Bronquitis Aguda, los límites máximos establecidos por el INSALUD no cubren más que al 25% de los casos, lo que indica que un 75% de los episodios en nuestro medio supera dicho número de días (figuras 1 y 2). Sin embargo, la comparación de la duración por patologías presenta una mayor concordancia con los estándares obtenidos de forma empírica.

## Discusión

En razón de la importancia social y económica de la ILT, se hace necesario la elaboración de unos patrones de duración según las causas que la motiven que sirvan de referencia para su control.

Figura 2. Percentiles de duración. Ejemplo de patología larga duración. Dolor de espalda sin irradiación



En nuestro estudio, el análisis descriptivo de las variables concuerda con otros trabajos encontrados en la bibliografía, tanto en distribución de los episodios de ILT por edad y sexo, como en duración y causas que los motivan<sup>9,10,17,27</sup>. Esto unido al volumen de casos analizados y eliminada la posible influencia de la variabilidad estacional al incluir un año completo, nos permite asumir la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos.

Resaltamos también el importante peso que tiene el Grupo «Clasificación Suplementaria», que es el tercero en frecuencia (8,7%), reflejo de la facilidad con que los médicos cumplimentan en los partes de ILT procedimientos en lugar de la patología que los motiva. Unido al hecho de que en un 2,6% de casos no figura ningún diagnóstico, queda limitada la utilidad de estos registros con fines epidemiológicos. Estos resultados también han sido descritos por otros autores<sup>7-9</sup>.

Centrándonos en los estándares de duración de los episodios de ILT, nuestros resultados son similares a los obtenidos mediante la experiencia, a pesar del tiempo transcurrido entre ambos estudios y de los distintos ámbitos geográficos en los que se han realizado<sup>17</sup>.

Sin embargo, existe una clara discordancia entre el comportamiento real de la duración de la ILT en

nuestro medio y las recomendaciones establecidas por el INSALUD mediante el método de consenso. Esta discordancia afecta especialmente a los procesos de potencial menor duración, que si bien son los que causan menos número de días perdidos de trabajo, implican, por su volumen, un mayor número de visitas al médico general. En los procesos de ILT potencialmente de mayor duración la discordancia es menor, quedando fuera aún un importante porcentaje de episodios.

Por tanto, los resultados de nuestro estudio indican que existe una clara discordancia entre los estándares de duración de ILT según el método de obtención de los mismos. Obtenidos a través de la experiencia son similares, mientras que difieren de los obtenidos por el INSALUD mediante el método de consenso.

Si bien los estándares de duración de la ILT del INSALUD pudieran ser los deseables, su consecución

en la práctica está en entredicho, a tenor de los resultados presentados.

Por todo ello sería recomendable profundizar en el estudio de los múltiples factores que influyen en la duración de los episodios de las ILT para tratar de elaborar unos estándares que se ajusten más al entorno en que se producen. Para ello sería conveniente consensuar la duración de estos episodios entre los médicos asistenciales y las Inspecciones Médicas en su ámbito geográfico y difundirlos para que sirvan como patrón de referencia y mejorar la gestión de las ILT.

---

### Agradecimientos

Agradecemos la colaboración y todas las facilidades otorgadas por las Inspecciones Médicas de los Distritos de Villaverde y Usera de Madrid.

---

### Bibliografía

1. Ley 42/1994 de 30 Diciembre de medidas fiscales, administrativas y de orden social.
2. Decreto 2065/74 de 28 de mayo. Ley General de la Seguridad Social.
3. Orden Ministerial de 13 de Octubre de 1967. Normas de aplicación y desarrollo de la prestación por ILT en el Régimen General de la Seguridad Social.
4. Orden Ministerial de 6 de Abril de 1983. Normas a efectos de control de la situación de ILT en el Sistema de Seguridad Social.
5. Gervas JJ, Pérez MM, Salcedo JA, Barquinero C, García P, Banegas JR. La incapacidad laboral transitoria como parte del plan terapéutico: proceso y resultado. *Rev San Hig Púb* 1990; 64: 759-71.
6. Salcedo JA. Los registros médicos legales. En: *Los sistemas de registro en la Atención Primaria. Equipo Cesca*. Madrid: Díaz de Santos, 1987: 208-14.
7. Farres J, Portella E. Utilidad epidemiológica de los partes de incapacidad laboral transitoria. *Rev San Hig Púb* 1982; 56: 1237-47.
8. Ferrus L, Porta M, Portella E. Aplicaciones en la explotación de un registro administrativo: La incapacidad laboral transitoria. *Rev San Hig Púb* 1990; 64 :721-48.
9. Benavides FG, Bolúmar F, Mur P, Vioque J, Ferrandiz E, Herrero JF y cols. Incapacidad laboral transitoria. Una fuente de datos para el conocimiento del estado de salud de la comunidad. *Atención Primaria* 1986; 3: 19-23.
10. Abrain A, Lafuente MP, Urraca J, Olasagasti C, Gil JM, Ruiz A. Análisis del nivel de exactitud del diagnóstico oficial de la incapacidad laboral transitoria. *Atención Primaria* 1993; 11: 453-8.
11. Sempere E, Polo A, Bayon A. La incapacidad laboral transitoria. Utilidad de su registro en atención primaria de Salud. *Rev San Hig Púb* 1990; 64: 805-15.
12. Vitores L. Estudio del nivel de salud de una comunidad, a través del seguimiento durante tres años de sus bajas laborales. *Salud Rural* 1989; 15: 28-34.
13. Benavides FG, Aranaz J, Bolúmar F, Álvarez-Dardet C. La incapacidad laboral transitoria, algo más que un problema de salud. *Rev San Hig Púb* 1990; 64: 749-57.
14. Buitrago F, Lozano L, Bonino F, Fernández-Lozano C, Candela M, Altamiras J. Influencia del sexo, la edad y la profesión en las incapacidades laborales transitorias en un centro de salud. *Atención Primaria* 1993; 11: 293-7.
15. Buitrago F, Lozano L, Fernández C, Bonino F, Candela M, Altamiras J. Incapacidades laborales transitorias de los colectivos profesionales administrativos y de enfermería. *Gac Sanit* 1993; 7: 190-5.
16. Serrano MA, Rodríguez D, Tejedor J. Estudio epidemiológico de los procesos reumáticos como causa de absentismo laboral en la provincia de Segovia. *Rev Esp Reumatol* 1984; 11: 131-4.
17. Portella E, Ferrús L, Porta M. La duración de los procesos de incapacidad laboral transitoria según su causa: definición de estándares. *Control de Calidad Asistencial* 1989; 4: 20-7.
18. Alfonso JL, Sanchis B, Prado MJ. El estudio económico de la incapacidad laboral transitoria como indicador indirecto de los costes de la morbilidad. *Rev San Hig Púb* 1990; 64: 773-84.
19. *Informe de la Comisión Especial para el seguimiento de la función inspectora*. Consejo General del INSALUD. Mayo, 1992.
20. *Guía Práctica de estándares de duración de procesos de ILT*. Madrid: Dirección General del INSALUD. Marzo, 1994.
21. *Mapa Sanitario. Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Salud, 1991.
22. *Censos de Población y Vivienda de 1991 de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Consejería de Economía, 1993.
23. CIPSAP-2 Definida. *Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria*. Buenos Aires: Centro Internacional para la Medicina Familiar, 1986.
24. Ferrús L, Gervas JJ, Porta M, Portella E. Dificultades del uso de la ICHPPC-2 (Clasificación de la WONCA) para la clasificación retrospectiva de los partes de incapacidad laboral transitoria. *Gac Sanit* 1987; 1: 113-7.
25. Ferrús L, Porta M, Portella E. Aplicaciones en la explotación de un registro administrativo: la incapacidad laboral transitoria. *Rev San Hig Púb* 1990; 64: 721-48.
26. Norusis MJ. *SPSS. Statisticals Program Social Package*. Versión 4.0. Chicago: SPSS Inc., 1990.
27. García Pascual E, Ibarrola B, Escudero G, De la Cueva M, Frieyro JE. Estudio de las bajas laborales producidas durante un año en la población adscrita a una Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria* 1984; 1(5):18-22.