

Características de la incapacidad temporal de origen musculoesquelético en la Comunidad Autónoma de Madrid durante un año

Margarita Blanco, Gloria Candelas, Manuel Molina*, Antonio Bañares y Juan Ángel Jover

Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. *Coordinador Provincial de Inspección de Servicios Sanitarios del Insalud. Madrid.

Objetivo: Describir las características de la incapacidad temporal de causa musculoesquelética y de las enfermedades causales más frecuentes en la Comunidad Autónoma de Madrid en un año (1996).

Material y método: Se analizaron los datos de incapacidad temporal total y de causa musculoesquelética no traumatológica finalizados durante 1996 obtenidos de los partes de baja y procedentes de las áreas sanitarias informatizadas de Madrid. Se utilizó la codificación diagnóstica CIE-9-MC de tres dígitos.

Resultados: Se estudió una población de 2.458.311 habitantes de los que 1.047-150 (42%) era población activa. En este grupo, finalizaron 35.025 procesos de incapacidad temporal de causa musculoesquelética (el 17,36% de todas las incapacidades temporales), con un total de 2.030.092 días de baja (el 21% del total de tiempo de incapacidad temporal). La duración media de la incapacidad temporal de causa musculoesquelética fue de 57,68 días/proceso (desviación típica: 151,57), que resultó ser un 24% superior a la duración media de la incapacidad temporal no musculoesquelética. Los cinco grupos de patologías más frecuentes y su duración media en días de incapacidad temporal fueron los siguientes: trastornos de columna dorsolumbar (45%, 39 días); reumatismos de partes blandas (12,3%, 46 días); contracturas musculares 88,8% (36 días); trastornos de columna cervical (6,7%, 50 días) y trastorno interno de la rodilla (5,3%, 85 días); estas cinco afecciones representan el 77% de los procesos y el 60% de los días de baja en la incapacidad temporal de causa musculoesquelética.

Conclusiones: La patología musculoesquelética es una causa muy importante de incapacidad temporal por su elevada incidencia y prolongada duración. El análisis de los partes de baja es una

fFuente de datos válidas, aunque limitada e incompleta, para realizar estudios epidemiológicos en el campo de la incapacidad temporal.

Palabras clave: Incapacidad temporal de causa musculoesquelética (ITME).

Features of musculoskeletal temporary work disability in the Autonomous Community of Madrid over a year

Objective: To describe features of musculoskeletal temporary work disability (ME-TWD) and more frequent conditions causing it during one year (1996) in the Autonomous Community of Madrid.

Material and methods: Data of whole TWD and non-traumatic ME-TWD finished during 1996 were obtained from work disability claims and computerized databases of health areas of Madrid. The three digits International Classification of Diseases (ICD-9-MC) coding system was used.

Results: From a total population of 2.458.311 people, 1.047-150 (42%) people were active. In this group, 35.025 ME-TWD processes finished during 1996 (17.36% of all TWD) with a total 2.030.092 days lost (21% of total days lost in TWD). Mean duration of MTWD was 57,68 days/process, which was a 24% higher than mean duration of non-ME-TWD. Commonest conditions causing ME-TWD and mean duration of TWD were: back pain disorders (45%, 39 days); soft tissue rheumatism (12.3%, 46 days); muscle strains (8.8%, 36 days); cervical spine disorders (6.7%, 50 days) and internal derangement of the knee (5.3%, 85 days); these five conditions accounted for 77% of all processes and 60% of all days lost because of ME-TWD.

Conclusions: ME diseases are a major cause TWD with a high incidence and protracted duration. Analysis of work disability claims, although limited and incomplete, is a valid data source for epidemiological studies in WD.

Key words: Musculoskeletal Temporary Work Disability (ME-TWD).

Correspondencia: Dra. M. Blanco Hontiyuelo. Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Martín Lagos s/n. 28003 Madrid.

Manuscrito recibido el 23-4-1999 y aceptado el 15-9-1999.

Rev Esp Reumatol 2000; 27: 48-53

Introducción

Las enfermedades reumáticas, también denominadas «patología musculoesquelética» o «patología del aparato locomotor», afectan a un elevado porcentaje de la población general^{1,2}. Alrededor del 30% de la población adulta tiene problemas de artrosis, el 20% presenta dolor de espalda, y la prevalencia de enfermedades como la artritis reumatoide o las espondiloartropatías llega al 1 y al 0,3% de la población general, respectivamente³. En términos de utilización de los servicios de salud, tan sólo los cuadros respiratorios van por delante en cuanto a necesidad de atención, estimándose que cada año hasta un 15% de la población presenta alteraciones reumatológicas lo suficientemente graves como para acudir a un facultativo o restringir su actividad, representando un 10% de las visitas de medicina primaria en nuestro país⁴.

Una de las consecuencias más importantes de la patología musculoesquelética es su importante impacto funcional que en la población laboralmente activa puede conllevar la situación administrativa de incapacidad temporal (IT) hasta la mejoría o curación del cuadro clínico. El parte médico de baja pone en marcha un complejo procedimiento administrativo que corre en paralelo en el Servicio Nacional de Salud (SNS), encargado de la prestación sanitaria, y el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), encargado de los aspectos económicos del mismo. El número de expedientes por IT por cualquier causa en nuestro país se encuentra alrededor del medio millón anual, con una duración media de alrededor de 60 días por proceso y un gasto superior al medio billón de pesetas en 1996, según datos del INSS⁵. El correcto funcionamiento de las prestaciones por incapacidad requiere tanto una buena coordinación entre el INSS y el SNS, como un adecuado esquema asistencial de este último, incluyendo inspección médica, asistencia primaria y asistencia especializada.

Toda la información de IT de la que se dispone en la actualidad en nuestro país proviene de los «partes de baja», cumplimentados por los médicos del SNS, especialmente en el ámbito de atención primaria, que con posterioridad son codificados en los servicios de inspección.

Estos datos, perfectamente válidos para la descripción general de las IT y para determinados aspectos de control administrativo, presentan claras limitaciones si lo que se pretende es analizar las IT desde una perspectiva clínica o sociolaboral. La heterogeneidad de los facultativos que cumplimentan los partes de baja, y la total ausencia de datos referentes al tipo de actividad realizada, a la presencia de comorbilidad y a distintos aspectos sociolaborales, hacen que su fiabilidad y su utilidad sean limitadas. El objetivo de este estudio es describir la incidencia de los distintos procesos patológicos musculoesque-

léticos de origen no traumatológico como causa de IT en la población activa, así como la duración media de las bajas con la relación al diagnóstico y al área sanitaria dentro de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) durante el año 1996.

Material y método

Definiciones administrativas

Se considera *población activa* a la compuesta por los individuos afiliados al régimen de la Seguridad Social en situación de alta (es decir, cotizando), o en situaciones asimiladas al alta como: desempleo con derecho a percibir prestación, excedencia forzosa, durante huelga o cuando el empresario haya incumplido su obligación de dar de alta al trabajador. La descripción de la incapacidad temporal se recoge en el artículo 128 de la Ley General de Seguridad Social⁶, en el que se consideran así las situaciones debidas a enfermedad común o profesional y a accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para su trabajo. La duración máxima es de 12 meses prorrogable por otros seis, cuando se presuma que durante ellos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación. Esta definición es similar a la de la antigua incapacidad laboral transitoria. Las contingencias o causas determinantes de IT pueden ser: enfermedades profesionales, accidentes de trabajo, enfermedad común o accidentes no laborales. Para tener derecho a la prestación por IT es necesario que el trabajador esté afiliado y de alta en la Seguridad Social y tener cubierto un período mínimo de cotización a la Seguridad Social (en el caso de la enfermedad común es 180 días dentro de los 5 años inmediatamente anteriores; en el caso de accidente, laboral o no, y de enfermedad profesional no se requiere período de cotización previa). La incapacidad laboral transitoria pasó a denominarse incapacidad temporal por la Ley 42/1994 sobre Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social⁷, que unificó, en cuanto a las prestaciones económicas, los anteriores conceptos de incapacidad laboral transitoria e invalidez provisional, que corresponden a diferentes situaciones previas. Esta última condición, con una duración máxima de 6 años y ya derogada, se refería a la situación que tenía el enfermo cuando, agotado el plazo de 18 meses de incapacidad laboral transitoria, todavía se encontraba incapacitado para desempeñar su trabajo pero había ciertas perspectivas de restablecimiento, por lo que podía pasar bien al alta, o bien a la incapacidad permanente; en la actualidad y hasta su extinción a finales del año 2000 existen, por alguna de las causas legales previstas, situaciones vigentes de invalidez provisional.

Fuentes de datos

Se utilizaron para el estudio los datos del INSS sobre IT procedentes de los distritos de distintas áreas sanitarias de la CAM ya informatizados en el momento del estudio que fueron los siguientes: Dr. Esquerdo y Coslada (área 2), Alcalá y Torrejón de Ardoz (área 3), Alcobendas-San Sebastián de los Reyes (área 5), Argüelles, Majadahonda, y El Escorial (área 6), Modesto Lafuente (área 7), Móstoles y Alcorcón (área 8), Fuenlabrada y Leganés (área 9), Getafe y Parla (área 10), Hermanos Miralles, Villaverde, Orcasitas y Aranjuez (área 11); por tanto, en la población estudiada estaban representadas todas las áreas sanitarias de Madrid, salvo la 1 y la 4, cuyos datos no estaban disponibles. En este estudio se contabilizaron únicamente los procesos de incapacidad temporal de causa musculoesquelética (ITME), cubiertos por el INSS, finalizados en Madrid entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1996 por cualquiera de las posibles causas (mejoría/curación, fallecimiento, tramitación de incapacidad, traslado de expediente, decisión de la inspección médica, o incomparecencia), excluidos los traumatológicos, las enfermedades profesionales y los accidentes laborales. Se consideraron no incluíbles los partes no rellenados o incompletos. Los diagnósticos de los cuadros clínicos causantes de la ITME se codificaron con el sistema CIE-9MC de la OMS⁸ y fueron agrupados posteriormente por los tres primeros dígitos para su análisis. Las patologías englobadas en este estudio se agruparon dentro de los siguientes códigos: 274: gota; 353: trastornos de las raíces y plexos nerviosos; 354: mononeuritis de miembro superior; 355: mononeuritis del miembro inferior; 696: artropatía psoriásica; 710: conectivopatías: esclerodermia, lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, polimiositis y síndrome de Sjögren; 711: artritis reactivas y artritis asociadas a infecciones; 712: condrocalcinosis; 714: artritis reumatoide; 715: artrosis del esqueleto periférico; 716: monoartritis o poliartrosis no filiadas; 717: trastorno interno de la rodilla; 719: artralgiás sin evidencia de artritis; 720: espondilitis anquilosante y espondiloartropatía indiferenciada; 721: artrosis del esqueleto axial; 722: trastornos del disco intervertebral; 723: trastornos de la columna cervical; 724: trastornos de la columna dorsolumbar (lumbalgia, lumbociática, dorsalgia); 726: tendinitis, 727: sinovitis y tenosinovitis; 728: trastornos del músculo, ligamento y fascia; 729: fibromialgia y otros trastornos de partes blandas; 730: infecciones de los huesos: osteomielitis, periostitis; 733: osteoporosis y distrofia simpática refleja; 734: pie plano; 735: deformidades adquiridas del dedo gordo del pie, y 736: alteraciones adquiridas en el alienamiento y estática de articulaciones periféricas. Se recogieron para cada distrito sanitario los datos de población total y población activa, el número total de procesos y

días de IT global por cualquier causa, el número total de procesos y días de ITME, la duración media de la IT global y de la ITME y el diagnóstico, duración media y días de baja de la ITME clasificadas por diagnósticos. No se pudieron establecer relaciones con la edad ni el sexo de la población porque estas variables no estaban incluidas en las bases de datos de las inspecciones médicas de la mayoría de los distritos sanitarios.

Para la descripción de los datos cuantitativos se utilizó la media aritmética y la desviación típica. En las variables cualitativas se utilizó la frecuencia absoluta y la frecuencia relativa (porcentajes).

Resultados

La población total de los distritos estudiados era de 2.458.311 habitantes, de los cuales 1.047.150 (42,6%) eran población activa. El rango de población activa osciló entre el 28% (Aranjuez) y el 56% (El Escorial). Durante 1996, en el grupo de población activa estudiada se finalizaron un total de 201.741 procesos de IT de cualquier causa, de los cuales 35.025 (17,36%) fueron ITME, con un rango que osciló entre el 13,6% (Dr. Esquerdo) y el 21,1% (Torrejón de Ardoz). Estos datos globales suponen una tasa de 33,4 ITME finalizadas/1.000 personas activas/año. El porcentaje de la ITME respecto al total de casos de IT en cada distrito sanitario fue bastante homogéneo y se representa en la figura 1.

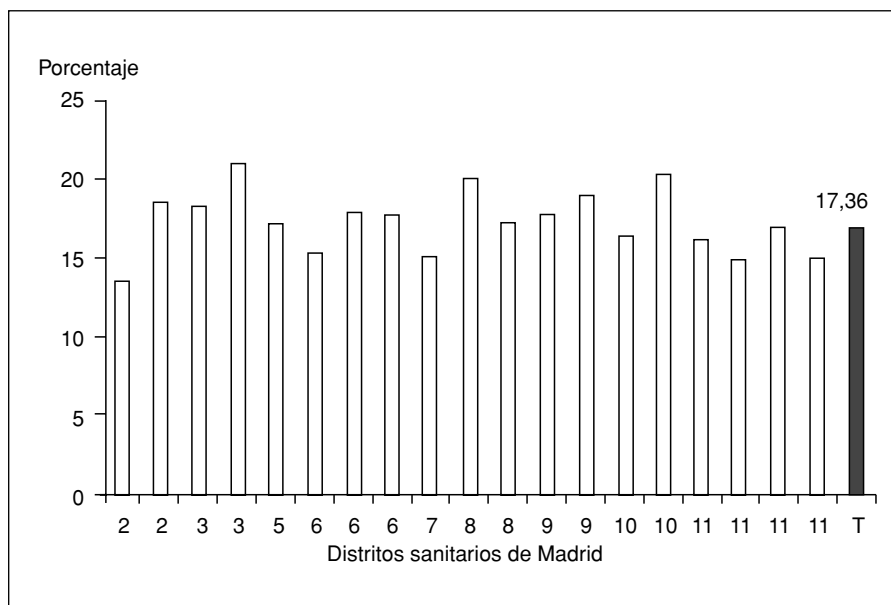
El tiempo total de días de baja por cualquier afección en toda la población estudiada en 1996 ascendió a 9.464.298 días, de los cuales la ITME representó en total 2.030.092 días (el 21,45% del tiempo total de IT).

La duración media de la IT por todas las causas excluyendo la patología musculoesquelética fue de 44,59 días/proceso (desviación típica: 151,57), mientras que la ITME fue un 24,1% más larga con una media de 57,68 días/proceso (desviación típica: 117,28), con amplias variaciones de esta cifra según los distritos (rango: 41,13 días/proceso [Fuenlabrada], 84,53 días/proceso [Villaverde]).

En la figura 2 se muestran los datos de duración media de la ITME por áreas sanitarias. Aunque los datos son menos homogéneos que los referentes al porcentaje de ITME en cada área, no hay grandes discordancias entre ellas ni una variación llamativa de la media de cada área respecto al valor medio de toda la CAM.

En la tabla 1 se indican por orden de frecuencia las patologías causantes de ITME. Casi la mitad de los procesos de baja (45%) correspondieron a los trastornos de la columna dorsolumbar (código 724), que representan el 30% de los días de baja, con una duración media por proceso de 39 días (desviación típica: 84,49). En conjunto, las cinco enfermedades más frecuentes supusieron el 79% del total de los procesos y el 60,8% del total de tiempo de baja de

Figura 1. Frecuencia relativa de los procesos musculoesqueléticos como causa de incapacidad temporal respecto al total de causas de incapacidad temporal en los distintos distritos sanitarios de la CAM. Los distritos sanitarios pertenecientes a la misma área se representan todos con el número del área. Los nombres de los distritos ordenados de izquierda a derecha son: Dr. Esquerdo y Coslada (área 2), Alcalá y Torrejón de Ardoz (área 3), Alcobendas-San Sebastián de los Reyes (área 5), Argüelles, Majadabonda y El Escorial (área 6), Modesto Lafuente (área 7), Móstoles y Alcorcón (área 8), Fuenlabrada y Leganés (área 9), Getafe y Parla (área 10), Hermanos Miralles, Villaverde, Orcasitas y Aranjuez (área 11). T: frecuencia media de los procesos musculoesqueléticos como causa de incapacidad temporal en la población total estudiada de la CAM.



ITME. El resto de las patologías fueron cuantitativamente poco significativas en cuanto a su frecuencia: monoartritis/poliartritis no filiadas: un 5,2%; trastornos del disco intervertebral: un 3,5%; artralgiás sin evidencia de artritis: un 2,5%; gota: un 2,3, y artrosis del esqueleto periférico: 2%. Sin embargo, algunas afecciones como los trastornos del disco intervertebral o la artrosis supusieron un gasto importante en días de baja por su prolongada duración media (197 días y 183 días, respectivamente). Las 10 patologías más frecuentes fueron las mismas en todas las áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Para estudiar el perfil de duración de los procesos de ITME distribuimos el total de procesos en intervalos de tiempo (tabla 2). Observamos que la mitad de las ITME duraron 15 días o menos, y el 68,20% de los procesos se resolvió en menos de un mes, consumiendo sólo un 13,52% del total de tiempo de ITME. Por contra, el 65,77% del total del tiempo de ITME fue generado por sólo el 11,75% de los procesos, destacando los procesos de más de un año de duración (el 4,35% de los procesos), que consumieron el 39,22% del total del tiempo de ITME.

Figura 2. Duración media de la ITME en las áreas de Madrid. Los distritos sanitarios pertenecientes a la misma área se representan todos con el número del área. Los nombres de los distritos ordenados de izquierda a derecha son: Dr. Esquerdo y Coslada (área 2), Alcalá y Torrejón de Ardoz (área 3), Alcobendas-San Sebastián de los Reyes (área 5), Argüelles, Majadabonda y El Escorial (área 6), Modesto Lafuente (área 7), Móstoles y Alcorcón (área 8), Fuenlabrada y Leganés (área 9), Getafe y Parla (área 10), Hermanos Miralles, Villaverde, Orcasitas y Aranjuez (área 11). M: duración media de la incapacidad temporal de causa musculoesquelética; T: duración media de la incapacidad temporal de causa no musculoesquelética.

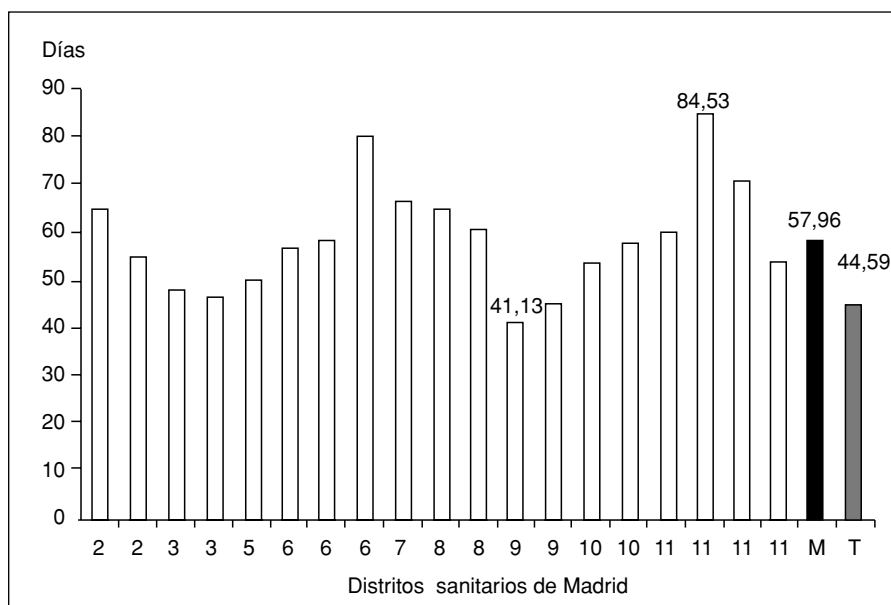


TABLA 1. Patologías causantes de ITME: frecuencia relativa, duración media y total de días de IT. Comunidad Autónoma de Madrid, 1996

Patología	Frecuencia relativa (porcentaje de ITME)	Duración media de la IT (días)	Total días de IT	Total de días de ITME (%)
Trastorno columna dorsolumbar	45,0	38,9	613.605	30,2
Reumatismos de partes blandas	13,2	50,3	233.353	11,5
Trastornos musculares. Contracturas	8,8	36,1	112.019	5,5
Trastorno columna cervical	6,7	50,2	118.615	5,8
Trastorno interno de la rodilla	5,3	84,9	157.767	7,8
Mono/poliartritis no filiadadas	5,2	55,0	101.025	5,0
Trastorno disco intervertebral	3,5	196,7	245.299	12,1
Artralgias	2,5	63,7	56.184	2,8
Gota	2,3	18,3	14.452	0,7
Artrosis del esqueleto periférico	2,0	182,5	125.218	6,2
Total	94,5	-	1.777.537	87,6
Resto de patologías musculoesqueléticas	5,5	-	252.555	12,4

IT: incapacidad transitoria; ITME: incapacidad transitoria de causa musculoesquelética.

TABLA 2. Caracterización de los procesos de ITME por intervalos de duración. Comunidad Autónoma de Madrid, 1996

Duración de la ITME (días)	N.º de procesos	Procesos (%)	N.º de días de ITME	Días de ITME (%)
1-15	17.611	50,28	138.959	6,48
16-30	6.276	17,92	135.637	6,68
31-60	4.202	12,00	178.458	8,79
61-120	2.821	8,05	241.985	11,92
121-180	1.181	3,37	174.368	8,59
181-365	1.412	4,03	364.525	17,96
366-550	1.460	4,17	738.896	36,40
> 551	62	0,18	57.264	2,82

Discusión

Los datos del presente estudio confirman la alta incidencia de la patología musculoesquelética como causa de IT, pues supone el 17,36% de todos los procesos de IT, con una tasa de 33,4 ITME finalizadas/1.000 habitantes/año. Datos similares ya se apuntaban en un estudio previo realizado en 1994 en el área sanitaria 4 de la CAM, que señalaba una incidencia de ITME de 27 casos por cada 1.000 personas activas y año, siendo tan sólo superada en frecuencia por los catarros comunes⁹.

Con respecto a la duración de la ITME, nuestro estudio demuestra que este grupo de enfermedades causan bajas prolongadas, con una media de 57,68 días por proceso, cifra que supera en un 24% a la duración media del conjunto de la IT de causa no musculoesquelética para la misma población y período de estudio. En el estudio de 1994 en el área 4, la duración media de la ITME fue de 95 días, aproximadamente un 30% superior al conjunto de las IT⁹. Un reciente estudio realizado en Guadalajara que recoge la ITME de los últimos 5 años refiere un total de 6.970 procesos y una pérdida global de 364.624 días, lo que supone una duración media de 52,3 días/proceso¹⁰, comparable a la de nuestro estudio. La ITME representó un 21% del total de tiempo de

IT en nuestra población. Asimismo, es llamativo el hecho de que el mayor consumo de días de baja (el 66% del tiempo) se debe a un pequeño porcentaje de casos (12%) que se «atascan» durante períodos muy prolongados, mientras que casi el 70% de los casos se resuelven en menos de un mes. Sería deseable conocer los factores que condicionan estas ITME tan prolongadas por medio de estudios apropiados, pues si se detectan los problemas (demoras en la provisión de servicios, listas de espera para pruebas, consultas, cirugías, falta de coordinación de recursos, fallos en el control de la inspección, etc.), se podrán diseñar mejores estrategias para el tratamiento y resolución de estos casos.

Parece constatar en nuestro estudio la tendencia, observada en estudios recientes realizados en las áreas sanitarias de la CAM, hacia un progresivo descenso en la duración media de la IT global por todas las causas comparando con años precedentes¹¹, lo que creemos que puede deberse al progresivo descenso de pacientes que subsisten en régimen de invalidez provisional, así como a las diversas acciones emprendidas desde el Sistema Nacional de Salud en este sentido.

Las enfermedades causantes de la ITME coinciden en su distribución con las que se atienden mayoritariamente en la actividad clínica diaria ambulatoria. Entre ellas destaca, por su importancia, la patología dolorosa inespecífica de columna dorsolumbar («dolor de espalda») como primera causa de ITME (45%) y segunda causa de IT general (12%)¹² por detrás sólo de las infecciones respiratorias banales. Su duración media de 39 días es comparable a la presentada en otros estudios (49¹⁰, 39¹¹, 60¹³ y 45 días¹⁴), y ello teniendo en cuenta que entre el 80 y el 90% de todos los dolores de espalda ceden en un máximo de 6 semanas con independencia de que se traten o no y de cuál sea el tratamiento^{15,16}. Por la elevada frecuencia de esta patología, el cuantioso gasto por pago directo de la IT (en 1997 se estimó

en 7.000 millones de ptas.¹⁷), los gastos indirectos que produce en consultas médicas, pruebas diagnósticas sofisticadas, cirugías, uso de servicios de rehabilitación, etc., se hace necesario promover iniciativas para racionalizar la atención y el diagnóstico de estos problemas¹⁸, y a fomentar estrategias de prevención específicas¹⁹ en relación con los factores psicológicos, sociales²⁰ y laborales²¹ conocidos que favorecen la cronificación del dolor.

Los trastornos de la columna cervical, aunque son cuantitativamente menos importantes (el 6,7% de la ITME), suponen un problema de importancia creciente, y están muy relacionados con factores posturales y tensión psíquica, por lo que se beneficiaría de estrategias terapéuticas preventivas que incluirían reeducación postural y tratamiento del estrés.

Los reumatismos de partes blandas son la segunda causa de ITME, destacando por su frecuencia y repercusión funcional en este grupo los trastornos tendinosos, y de ligamentos de los miembros superiores. El mecanismo de lesión fundamental son los microtraumatismos de repetición y la sobrecarga mecánica en dichas estructuras por realización monótona del mismo tipo de movimientos²². En su tratamiento hay que aunar planteamientos multidisciplinarios que abarcan tanto la terapia farmacológica y física como la modificación de los factores laborales desencadenantes y perpetuadores de la lesión.

Los trastornos musculares, fundamentalmente las contracturas musculares, son la tercera causa de baja ME. Su aparición está ligada a sobre esfuerzos bruscos, fatiga muscular y estrés, factores ligados al estilo de vida de las sociedades desarrolladas, y por ello susceptibles de ser prevenidos con medidas de educación del paciente.

Si además de lo ya expuesto consideramos que más del 20% de las propuestas de invalidez permanente que se someten a la valoración por los equipos de valoración de incapacidades del INSS de Madrid son de origen musculoesquelético⁵, obtendremos una visión muy aproximada de las principales características de la ITME: elevada incidencia, alto número de días de IT por proceso y tendencia a la cronificación. Si a ello añadimos la complejidad de la provisión de cuidados médicos a las mismas y la presencia de factores intercurrentes de tipo laboral y social, podremos comprender por qué cuadros como las lumbalgias o las afecciones periarticulares de miembros superiores se consideran una tremenda carga para las empresas, los sistemas sanitarios y los esquemas de protección social de los países desarrollados. Este conjunto de características hace que, en múltiples países, las ITME reciban un enfoque selectivo más allá de las mejoras administrativas o sanitarias de carácter general, con programas de intervención temprana y de prevención primaria y secundaria adecuadas tanto a la patología presente como al entorno sociolaboral, en los que el reumatólogo puede desempeñar un papel muy importante.

A partir de la información de que hoy disponemos, procedente en su mayoría de los partes de baja, no se puede ir más allá de una descripción general de la IT, siendo imposible obtener información sobre los factores que influyen en la alta frecuencia de procesos y su prolongada duración. Por ello consideramos que para profundizar en el conocimiento del problema de la ITME hay que diseñar estudios controlados en los que se recojan y analicen variables clínicas, sociales, laborales y, posteriormente, hacer estudios de intervención específicos.

Bibliografía

1. Kelsey JL. Epidemiology of musculoskeletal disorders: Nueva York: Oxford University Press, 1982.
2. Hochberg MC. Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am* 1990; 16: 499-781.
3. Wood PHN, Badley EM. Rheumatic disorders. En: Miller DL, Farmer RDT, editores. *Epidemiology of diseases*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1982; 333-46.
4. Ballina FJ, Hernández R, Martín P, Fernández J, Cueto A. Epidemiology of musculoskeletal complaints and use of health services in Asturias, Spain. *Scand J Rheumatol* 1994; 23: 137-41.
5. Informe de situación: Incapacidad temporal, invalidez permanente. Subdirección General de Gestión del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996.
6. Real Decreto LEy 1/1994 de 20 de junio. BOE n.º 154; 29 de junio de 1994.
7. Ley 42/1994, de 30 de diciembre. BOE n.º 313; 31 de diciembre de 1994.
8. CI-9-MC. Insalud, 1989.
9. Fernández Hermida L. La incapacidad laboral temporal en el área 4 de Madrid. INSALUD. Dirección territorial de Madrid, 1994.
10. Tornero Molina J, Atance Martínez JC, Grupeli BE, Vidal Fuentes J. Impacto socioeconómico de la Incapacidad Temporal de origen reumático en la provincia de Guadalajara. *Rev Esp Reumatol* 1998; 25: 340-45.
11. Informe de IT General de la provincia de Madrid. Coordinadora Provincial de la Incapacidad Temporal. Junio de 1998.
12. Molina Muñoz M. Incapacidad Temporal por enfermedad y dolor de espalda. INSALUD. Dirección Territorial de Madrid, 1998.
13. Luis Fernández Hermida. La incapacidad temporal en el área 1 de Madrid. Junio 1996-julio 1997. INSALUD. Dirección territorial de Madrid.
14. Martín Sánchez A, Torres Fernández MM. El absentismo por ILT en la gestión de recursos humanos de los centros sanitarios públicos. *Mapfre Medicina* 1995; 6: 97-111.
15. Benn RT, Wood PHN. Pain in the back: attempt to estimate the size of problem. *Rheumatology and Rehabilitation* 1975; 14: 121-28.
16. Workmen's Compensation Board Symposium. Low Back pain: a multidisciplinary approach. Vancouver, 1986.
17. Molina Muñoz M. Incapacidad temporal por enfermedad y dolor de espalda. Informe interno de la Coordinadora Provincial de Inspección de Servicios Sanitarios. INSALUD. Madrid, 1998.
18. Roux E, Vischer TL, Brisson PM. Medical approach to low back pain. *Baillière's Clinical Rheumatol* 1992; 6: 607-27.
19. Nordin M, Cedraschi C, Balagué F, Roux EB. Back schools in the prevention of chronicity. *Baillière's Clinical Rheumatol* 1992; 6: 685-704.
20. Weiser S, Cedraschi C. Psychosocial issues in the prevention of chronic low back pain. *Baillière's Clinical Rheumatol* 1992; 6: 657-84.
21. Halpern M. Prevention of low back pain: basis ergonomics in the workplace and the clinic. *Baillière's Clinical Rheumatol* 1992; 66: 705-30.
22. Sheon RP, Moskovitz RW, Golberg VM. Pathology and pathogenesis of cumulative movements disorders. En: Pine JW Jr, editor. *Soft Tissue Rheumatic Pain*. Baltimore: 1996; 33-44.