



doi: 10.4321/s0465-546x2025000200002

Artículo original

Desigualdad en la incapacidad temporal por dolor en la parte inferior de la espalda

Inequality in temporary disability due to lower back pain

Jorge Izco¹  0009-0002-8581-3766

Esther Lázaro²  0000-0001-9334-8687

¹Centro Asistencial Ibermutua, Valencia, España.

²Valencian International University, Faculty of Health Sciences, Valencia, Spain.

Correspondencia

Esther Lázaro

Dirección postal: Pintor Sorolla, 21, Valencia 46002

Dirección de correo electrónico: esther.lazarop@professor.universidadviu.com

Recibido: 29.10.2024

Aceptado: 13.06.2025

Publicado: 25.06.2025

Contribuciones de autoría

J.I.: Conceptualización, metodología, investigación, redacción y preparación del borrador original; E.L.: Supervisión, revisión y edición del manuscrito final.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses en conexión con el artículo remitido, no siendo una investigación financiada por ninguna institución, ni existiendo ninguna relación comercial.

Agradecimientos

Los autores agradecen a Ibermutua, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, la autorización para acceder a su base de datos que permitió la elaboración de este estudio.

Cómo citar este trabajo

Izco J, Lázaro E. Desigualdad en la incapacidad temporal por dolor en la parte inferior de la espalda. *Med Segur Trab (Internet)*. 2025;71(279):77-92. doi: 10.4321/s0465-546x2025000200002

 BY-NC-SA 4.0

Resumen

El objetivo del estudio fue determinar si existen diferencias en los días de los procesos en incapacidad temporal por dolor en la parte inferior de la espalda entre el Servicio Público de Salud y la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. Se empleó un diseño de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo sobre procesos en incapacidad temporal y no sobre los pacientes. Se incluyeron 56.992 procesos en incapacidad temporal de pacientes con diagnóstico CIE10 M54.5 - Dolor en la parte inferior de la espalda de una mutua de implantación nacional, de los que 45.871 correspondieron a procesos gestionados por el Servicio Público de Salud y 11.121 a procesos de la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. Al ser muestras independientes, no paramétricas, se realizó la prueba estadística U de Mann-Whitney con un nivel de significación del 5% con un resultado del valor de $p = ,000$ (Sig. asintótica (bilateral)) por lo que se rechazó la hipótesis nula estableciendo una diferencia estadísticamente significativa en los días en incapacidad temporal entre el Servicio Público de Salud y la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. La media de días ($Md=50$) en incapacidad temporal por el Servicio Público de Salud fue mayor que la media de días ($Md=21$) en incapacidad temporal por la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. Como conclusión principal del trabajo, se puede afirmar que existe una diferencia estadísticamente significativa en el tiempo en incapacidad temporal de procesos del Servicio Público de Salud y la Mutua Colaboradora de la Seguridad Social.

Palabras clave: incapacidad temporal, gestión, enfermería, lumbalgia, desigualdad.

Abstract

The aim of the study was to determine whether there are differences in the number of days of temporary disability processes due to lower back pain between the Public Health Service and the Mutual Collaborator with Social Security. An observational, descriptive and retrospective design was used on temporary disability processes and not on the patients. 56,992 temporary disability processes of patients with a diagnosis of ICD10 M54.5 - Lower back pain from a national mutual insurance company were included, of which 45,871 corresponded to processes managed by the Public Health Service and 11,121 to processes of the Mutual Collaborator with Social Security. The samples were independent and non-parametric, so Mann-Whitney U statistical test was performed with a significance level of 5% with a result of $p = .000$, therefore the null hypothesis was rejected, establishing a statistically significant difference in the days of temporary disability between the Public Health Service and the Mutual Collaborator with Social Security. The average number of days ($Md = 50$) of temporary disability by the Public Health Service was greater than the average number of days ($Md = 21$) of temporary disability by the Mutual Collaborator with Social Security. As the main conclusion of the work, it can be stated that there is a statistically significant difference in the time of temporary disability in processes of the Public Health Service and the Mutual Collaborator with Social Security.

Keywords: temporary disability, management, nursing, low back pain, inequality.

INTRODUCCIÓN

Los procesos de Incapacidad Temporal (IT) se han duplicado en la última década, años 2013 a 2023, representando un elevado gasto, más de 18.000 millones de euros, correspondiente a un 1,4 % del PIB de España. La IT supone una inasistencia del trabajador a su puesto de trabajo y, sea justificada o no, tiene un coste social importante (entre 6 y 8 veces superior al mero pago de la prestación), tanto para el propio individuo y su entorno familiar, como para la empresa en su organización y producción, además de suponer un coste en el sistema de la Seguridad Social (SS) del Estado ⁽¹⁻⁵⁾.

En el inicio de la IT y en la reincorporación laboral, además del estado de salud, están implicados una serie de factores, fundamentalmente psicosociales. Es este sentido se incluyen las características de la persona (cultura, nivel económico, financiero, factores psicológicos, creencias, hábitos de vida); de la empresa (tareas, puesto, profesión, formación, motivación, interacción, percepciones, aptitudes, sistema organizativo, riesgos, ambiente laboral y rentas); de la sociedad (relación, integración, económico, social y sanitario) y del entorno familiar (apoyos, cargas, responsabilidades, relación) ⁽⁵⁻⁸⁾.

Según sea el origen causante de la IT se diferencia en dos tipos distintos de contingencias, la común y la profesional. En la Contingencia Común (CC) la enfermedad es provocada por un accidente o enfermedad no laboral e impide que la persona pueda desarrollar su trabajo, precisando asistencia sanitaria por parte del Servicio Público de Salud (SPS). El médico de Atención Primaria (AP) es el encargado de emitir los partes de baja, confirmación y alta del trabajador, siendo por tanto el SPS de la Comunidades Autónomas en la que resida el trabajador el que se encargue de la asistencia sanitaria para su recuperación. En esta contingencia, la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social (MCSS) suele tener un papel gestor del pago de la prestación económica de esta IT y un papel de control de los procesos sin capacidad de emisión altas ⁽⁹⁾. En la Contingencia Profesional (CP) la MCSS es gestora tanto de la prestación económica como de la sanitaria, dispensada a través de sus propios medios e instalaciones, con capacidad de emitir el alta médica cuando el paciente se ha recuperado ^(7,9,10).

En esta gestión de la IT en ocasiones existen realidades o situaciones simuladas que pueden concurrir desde el inicio de la incapacidad o bien a lo largo de la misma, alargando su duración más allá del momento en el que dejó de concurrir la alteración en la salud causa de ella. En estos casos, el poder público y las entidades colaboradoras, así como empresarios e interlocutores sociales, deben desplegar sus actuaciones con el fin de reducir un absentismo realmente injustificado, siendo las MCSS la vanguardia en la lucha contra el absentismo, ya que realizan un control continuo y profundo de las contingencias que sufren los trabajadores ^(4,10).

Cuando se habla de simulación se habla de toda suerte de fraudes clínicos motivados por la intención de alcanzar alguna finalidad beneficiosa para el simulador, que no puede conseguirse de otra manera que a expensas del engaño ⁽¹¹⁾. Si bien la simulación puede ocurrir en cualquier entorno por múltiples razones, la simulación en el entorno médico a menudo se asocia con incentivos financieros. La detección de simulación puede ser compleja y puede implicar pruebas especializadas. Sin embargo, el sello distintivo de la simulación es la inconsistencia entre los síntomas informados y los informes colaterales, los comportamientos observados y las evaluaciones físicas y psicológicas ⁽¹²⁾. Dificultades como la subjetividad de la evaluación, la dificultad en la valoración de algunos de los elementos constitutivos del daño como es el dolor o la evaluación de simuladores o exageradores, condicionan la cuantificación final y son de difícil control ⁽¹²⁾.

En el caso de las patologías musculoesqueléticas que causan IT, las técnicas de valoración biomecánica tienen utilidad como prueba médica complementaria en el diagnóstico de la simulación al estar basadas en registros objetivos que permiten analizar la colaboración y coherencia de resultados desde diferentes puntos de vista, facilitan la comparación de sus resultados con patrones de simulación y constituyen nuevas formas de valoración del paciente en las que difícilmente se puede manipular sus resultados ⁽¹³⁾.

En España, las patologías musculoesqueléticas más frecuentes en las unidades médicas de valoración de incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) son los del raquis lumbar (31,6%), el hombro (13,5%) y la rodilla (11,9%). Asimismo, en la cuarta y última edición del Manual de

Tiempos Óptimos del INSS, los capítulos de diagnósticos CIE-9 más registrados pertenecieron a enfermedades del sistema ostomioarticular y tejido conectivo, y representaron un total de 922.343 procesos en IT. De ellos, el diagnóstico de lumbalgia (CIE-9 724.2) con 259.388 fue el proceso más repetido, casi triplicando en procesos al segundo, la cervicalgia (CIE-9 723.1) con 99.462 procesos, y triplicando al tercero, ciática (CIE-9 724.3) con 84.600 procesos ^(14,15)

En el caso de la lumbalgia lo importante es prevenir la cronificación más que el tratamiento de la misma, debido a que, en la cronificación del proceso, pasados los 6 meses, intervienen factores psico-socio-laborales que dificultan enormemente su tratamiento, lo que causa un elevado coste económico, financiero, sociofamiliar y personal, motivo por el que debieran abordarse con atención temprana para evitar su extensa duración ^(12,16)

Las dolencias lumbares se sitúan como una de las tres principales causas de IT prolongada. Esta prolongación ocurre cuando el proceso no es resuelto con prontitud y van añadiéndose diagnósticos secundarios, empeorando su prolongación una vez sobrepasados los 12 meses porque habrá dudas en saber cuál de sus diagnósticos es el principal incapacitante. La comorbilidad diagnóstica de un proceso le confiere peor pronóstico y peor respuesta a los tratamientos, amplifican su daño y prolongan la IT ^(5,16).

Entre los diagnósticos CIE-10 que se utilizan actualmente en relación con el dolor lumbar encontramos el diagnóstico “CIE-10 M54.5 Dolor en la parte inferior de la espalda”, con un tiempo estándar de duración de 20 días en IT, utilizado en este trabajo de investigación, diagnóstico habitual dentro de las IT en ambas contingencias. Analizar el tiempo que se emplea en cada contingencia para resolver el proceso de incapacidad temporal con este diagnóstico o la relación con el tiempo estándar que marca el INSS, permitirá determinar si existen diferencias en estas contingencias y en las causas que puedan originar esa desigualdad.

Es importante ayudar a los pacientes a mantener su rutina diaria tanto como sea posible, y ayudar a los pacientes que trabajan a permanecer en el trabajo o regresar a trabajar tan pronto como sea posible. El trabajo añade significado y propósito a la vida y es una fuente importante de identidad individual. Existen estudios que demuestran que la falta de trabajo aumenta la morbilidad y la mortalidad y da como resultado una disminución del bienestar mental, familiar, social y económico ⁽¹⁷⁾.

La persona es un ser integral, una unidad con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, y necesita independencia para poder satisfacer las necesidades básicas por sí misma, o cuando esto no es posible, con la ayuda de otros. Favorecer la salud es más importante que cuidar al enfermo ⁽¹⁸⁾.

En esta gestión sanitaria, presente y futura, es donde la profesión enfermera debe jugar un papel fundamental proponiéndose como futura colaboradora en la gestión de la incapacidad temporal y la valoración funcional de los pacientes.

El objetivo principal del trabajo tratará de determinar si existen diferencias entre el Servicio Público de Salud y la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social, con respecto a los días por incapacidad temporal asociado a procesos con dolor lumbar, en la parte inferior de la espalda, . Además, se tuvieron en cuenta otras variables sociodemográficas y relacionadas con el proceso de incapacidad temporal.

Metodología

Se solicitó autorización al departamento de protección de datos de Ibermutua, Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 274. Asimismo, se firmó el Documento Confidencialidad PERSONAL INVESTIGADOR IBM para Acceso a Datos de Salud y Personales, que incluía la normativa y condiciones que deberían cumplirse para el tratamiento de los datos de salud, especificando los apartados de información, datos personales, datos relativos a la salud, tratamiento o tratamiento de datos, responsable del fichero o tratamiento, seudonimización, historia clínica, condiciones y obligaciones de confidencialidad, prohibiciones, incumplimiento, responsabilidad, controles y auditorías. Estos datos fueron anonimizados, respetando en todo momento la confidencialidad de los mismos.

Diseño

Para llevar a cabo este trabajo se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de procesos en incapacidad temporal y análisis inferencial entre alguna de las variables.

Muestra

Se trabajó sobre una muestra (N) de 56.992 procesos de pacientes trabajadores en situación de incapacidad temporal pertenecientes a la base de datos de Ibermutua, Mutua colaboradora con la Seguridad Social nº 274, distribuidos por todo el territorio nacional, entre los años 2019 a 2023. De estos procesos, 11.121 correspondieron a IT por contingencias profesionales y 45.871 a IT por contingencias comunes. Asimismo, se obtuvo un subgrupo dentro de esta muestra de 363 procesos que realizaron la prueba de valoración funcional NedLumbar/IBV.

Se aplicaron los siguientes criterios de inclusión: Procesos de pacientes con edad comprendida entre los 18 a los 65 años, ambos incluidos; Procesos en incapacidad temporal por contingencia común o contingencia profesional; Procesos con diagnóstico CIE10 M54.5, Dolor en la parte baja de la espalda; Procesos comprendidos entre los años 2019 a 2023, ambos incluidos. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: Procesos que no finalizaron dentro del periodo 2019 a 2023; Procesos sin fecha de alta; Procesos sin base reguladora; Procesos con falta de alguno de los datos de estudio; Procesos superiores a 730 días en incapacidad temporal.

Instrumentos

Para la obtención de las variables, se utilizó el filtro de informes perteneciente al programa de Ibermutua E-Sanitario, aplicándolo a cada una de las Comunidades Autónomas los filtros de: contingencia, fecha de baja, fecha de alta, días de baja, id diagnóstico CIE-10, mutua empresa, edad, sexo, base reguladora.

Para la valoración funcional biomecánica, se empleó la prueba NedLumbar/IBV, prueba biomecánica específicamente orientada a la valoración funcional del sistema músculo esquelético, en este caso concreto el raquis lumbar, que permiten valorar la repercusión funcional de una patología o lesión de forma objetiva y fiable y sin posibilidad de manipulación de las medidas ⁽¹⁹⁾.

Resultados

Descripción de la muestra

La muestra de 56.992 procesos del estudio se dividió en 35.425 procesos de hombres, representando un 62,2% del total de la muestra, y 21.567 procesos de mujeres representando un 37,8% del total de la muestra. La media de edad fue de 44,59 años. En contingencia común la edad media fue de 44,52 años, y en contingencia profesional la edad media fue de 44,92 años (Tabla 1).

Del total de procesos del estudio, 45.871 fueron procesos de contingencias comunes (CC) y 11.121 procesos de contingencias profesionales (CP). Los procesos en CC consumieron un total de 2.293.906 días en incapacidad temporal, representando un 90,97% de todos los días de la muestra. Los procesos de CP consumieron un total de 236.048 días, representando un 9,33% de la muestra. La muestra de 56.992 procesos del estudio tuvo una media de días en IT de 44,39 días. En CC la media fue de 50,01 días en IT, y en CP la media fue de 21,23 días en IT. Se analizaron 34.578 procesos estándar y 22.414 procesos no estándar. En CC los procesos se dividieron en 26.290 procesos estándar y 19.581 procesos no estándar. En CP los procesos se dividieron en 8.288 procesos estándar y 2.833 procesos no estándar. El Manual de Tiempos Óptimos del INSS indica que el diagnóstico CIE-10 M54.5 Dolor en la parte inferior de la espalda tiene un Tiempo Estándar de 20 días de incapacidad temporal. Definida en el estudio como variable categórica dicotómica, con elección entre Estándar de 1 a 20 días, y No estándar de 21 a 730 días.

La muestra de 56.992 procesos del estudio tuvo un coste total de 92.125.146,29 euros, con un coste total de 82.066.953,74 euros (89,08 %) en CC y de 10.058.192,55 euros (10,92%) en CP. Los procesos del estudio tuvieron un coste medio de 1616,45 euros, 1789,08 euros en CC y 904,43 en CP.

En total, se realizaron 363 pruebas de valoración funcional NedLumbar/IBV con una media de permanencia en incapacidad temporal de 77,51 días tras realizar la última prueba biomecánica. En CC la media de permanencia en incapacidad temporal fue de 90,91 días tras realizar la última prueba biomecánica, mientras que en CP fue de 52,61 días tras realizar la última prueba biomecánica.

Del total de la muestra, 55.610 procesos (97,56%) se resolvieron en el periodo de 1 a 365 días, mientras que 1.382 procesos (2,44%) se resolvieron en el periodo de 366 a 730 días (ver Tabla 2).

Con respecto al coste total de los procesos de la muestra, más de 64 millones de euros fue el coste de los procesos que se resolvieron en el periodo de 1 a 365 días; Mientras que más de 27 millones de euros fue el coste de los procesos que se resolvieron en el periodo de 366 a 730 días. El coste medio de los procesos que se resolvieron en el periodo de 1 a 365 días fue de 1040,67 euros y de 20.835,56 euros el coste medio de los procesos que se resolvieron en el periodo de 366 a 730 días (Tabla 2).

Tabla 1. Tabla de Casos de Incapacidad Temporal (IT) en Contingencia Común (CC) y Profesional (CP) (2019-2023).

Característica	Contingencia Común (CC)	Contingencia Profesional (CP)	Total
Nº total de procesos IT	45.871	11.121	56.992
Hombres en procesos IT (Total)	26.768 (en CC)	8.657 (en CP)	35.425 (62,2%)
Mujeres en procesos IT (Total)	19.103 (en CC)	2.464 (en CP)	21.567 (37,8%)
Edad media (años)	44,52 (en CC)	44,92 (en CP)	44,59
Días totales de IT	2.293.906	236.048	2.529.954
Media de días en IT	50,01	21,23	44,39
Procesos Estándar (1-20 días)	26.290	8.288	34.578
Procesos No Estándar (21-730 días)	19.581	2.833	22.414
Coste total (€)	82.066.953,74 (89,08 %)	10.058.192,55 (10,92%)	92.125.146,29
Coste medio (€)	1.789,08	904,43	1.616,45
Resolución en 1-365 días (Nº procesos)	44.524	11.086	55.610
Coste total (€) en 1-365 días	55.342.683	9.294.098	64.636.781
Coste medio (€) en 1-365 días	1.242	838	1.040,67
Resolución en 366-730 días (Nº procesos)	1.347	35	1.382
Coste total (€) en 366-730 días	26.724.270	764.094	27.488.364
Coste medio (€) en 366-730 días	19.839	21.831	20.835,56
Media días IT tras prueba biomecánica (CC)	90,91 (Tras última prueba biomecánica)	52,61 (Tras última prueba biomecánica)	77,51

Tabla 2. Procesos en contingencia común y profesional antes de 365 días y después: días y costes.

Contingencia	Procesos <365	Días en IT <365	Coste total (€)	Coste medio (€)	Procesos >366	Días en IT >366	Coste total (€)	Coste medio (€)
CC	44.524	1.603.329	55.342.683	1.242	1.347	690.577	26.724.270	19.839
CP	11.086	216.706	9.294.098	838	35	19.342	764.094	21.831
Total	55.610	1.820.035	64.636.781	1040	1.382	709.919	27.488.364	20.835

Análisis descriptivo de la contingencia según, el tiempo de baja, sexo, coste medio y aplicación de prueba biomecánica.

En CC 26.768 procesos fueron de hombres y 19.103 procesos fueron de mujeres. En CP 8.657 procesos fueron de hombres y 2.464 procesos fueron de mujeres (ver Tabla 2). Las frecuencias de los procesos según si sobrepasaron o no los 365 días, se pueden ver en la Tabla 3.

Tabla 3. Frecuencia de procesos por contingencia, sexo y costes totales

Contingencia		Total	Hombres		Total	Mujeres	
			Coste total (€)	Media días IT		Coste total (€)	Media días IT
CC	<365 días	25.944	31.854.230	33	18.580	23.488.452	41
	>366 días	824	18.593.514	522	523	8.130.755	499
CP	<365 días	8.631	7.223.810	19	2.455	2.070.287	22
	>366 días	26	605.297	555	9	158.797	547

Los días de permanencia en IT de los procesos tras realizar la prueba biomecánica, durante los primeros 365 días, tuvieron una media de 36,03 días y las altas fueron gestionadas por el SPS y MCSS. Los días de incapacidad temporal de los procesos tras realizar la prueba biomecánica, después de 365 días o más, tuvieron una media de 245,16 días y fueron gestionados por el INSS. Los días de permanencia en IT de los procesos en CC tras realizar la prueba biomecánica durante los primeros 365 días tuvieron una media de 40,61 días y fueron altas gestionadas por el SPS. Los días de incapacidad temporal de estos procesos de CC tras realizar la última prueba de valoración funcional pasados 365 días tuvieron una media de 241,82 días y fueron gestionados por el INSS. Por su parte, en los procesos en CP, los días de permanencia en IT tras realizar la prueba biomecánica durante los primeros 365 días tuvieron una media de 28,92 días y fueron altas gestionadas por la MCSS. Los días de incapacidad temporal de estos procesos de CP tras realizar la prueba biomecánica pasados 365 días tuvieron una media de 260,33 días y fueron gestionados por el INSS.

Análisis inferencial: Diferencias en los días en incapacidad temporal entre las muestras de contingencia común (Servicio Público de Salud) y contingencia profesional (Mutua Colaboradora con la Seguridad Social)

Para determinar si existen diferencias entre las muestras de Contingencia Común y Contingencia Profesional en relación con los días de incapacidad temporal, se utilizó la prueba de contraste de hipótesis U. Mann-Whitney (Tabla 4). La mediana de días en incapacidad temporal por contingencia común (Mdn= 50,01) fue mayor que la mediana de días en incapacidad temporal por contingencia profesional (Mdn= 21,23). La prueba U de Mann-Whitney ha mostrado que esta diferencia es estadísticamente significativa (U = 213.958, z=-26.426, p=.000).

Tabla 4. Prueba U de Mann-Whitney

U de Mann-Whitney	213.958.839
W de Wilcoxon	275.802.720
Z	-26,426
Sig. asintótica (bilateral)	,000

Discusión

La gestión de la incapacidad temporal es un tema que preocupa debido al efecto que ejerce sobre el propio individuo, su familia, su empresa y, finalmente, sobre el Estado de Bienestar. Cuando es gestionada de manera deficiente, la incapacidad temporal ocasiona un aumento de los días de baja y un impacto médico, psicosocial y financiero y económico. Esta gestión de la incapacidad temporal es llevada a cabo por el Servicio Público de Salud, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y el Instituto Nacional de la Seguridad Social, asumiendo distintas responsabilidades según el tiempo en el que se está en incapacidad temporal y a través de prestaciones económicas y sanitarias.

En ocasiones esta gestión por partes provoca desigualdades sobre los trabajadores en situación de incapacidad temporal, socialmente injustas y potencialmente evitables. El Marco de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud describe, entre otros, la ocupación, los ingresos y el género como factores que influyen en la distribución de la salud y el bienestar ⁽²⁰⁾.

En este sentido, este trabajo analiza las diferencias en los días en incapacidad temporal entre procesos con dolor lumbar en la parte inferior de la espalda del Servicio Público de Salud (SPS), con procesos de contingencias comunes (CC), y una Mutua Colaboradora de la Seguridad Social (MCSS), con procesos de contingencias profesionales (CP). Analizar estas diferencias entre CC y CP aporta información que ayuda a combatir mejor estas desigualdades, en las que además del profesional médico se debe incorporar al profesional enfermero como eje fundamental en la colaboración de la gestión de la incapacidad temporal y la valoración funcional de los pacientes.

En esta investigación, existe una diferencia en cuanto al coste en cada una de las contingencias. En millones de euros, el coste en CC supera los 82M de euros mientras que en CP se sitúa en los 10M de euros. Asimismo, la diferencia en el tiempo de recuperación en la incapacidad temporal crea desigualdad entre la población trabajadora. Una persona trabajadora que alarga su proceso de incapacidad temporal aumenta su probabilidad de acabar desempleado.

Asimismo, existen informes de evaluación del Ministerio de Sanidad cuyo resultado confirman que los determinantes sociales de salud son factores de gran peso para la adquisición de enfermedades crónicas, y en especial plantean la necesidad de priorizar intervenciones desde Atención Primaria en las mujeres de bajo y muy bajo nivel de renta, así como en personas en situación de desempleo ⁽²¹⁾.

Entre los factores más importantes que conforman la posición social, están las condiciones de trabajo y empleo, que es el medio de subsistencia de las personas. Los factores relacionados con las condiciones de trabajo han recibido una gran atención y se reconocen como determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud. Existen estudios en este sentido que coinciden en que una de las manifestaciones típicas que se presentan en situación de desempleo o de amenaza a la estabilidad del mismo se expresa en un incremento de las tasas de morbilidad de la población, con especial fuerza en las enfermedades psicosomáticas y los trastornos psicológicos ^(22,23).

En esta investigación, el total de procesos en incapacidad temporal, los días totales y media de días en IT por CC, superan con creces a los de CP, aumentando la sospecha de cierta existencia de desigualdad en la recuperación de los procesos en IT atendiendo a su origen.

En el caso de la CP es la MCSS la que gestiona la prestación de la asistencia sanitaria y económica. En esta contingencia, el facultativo de mutua tiene la competencia en la emisión de la baja y el alta médica de los procesos y tiene la posibilidad de hacer un mejor seguimiento de la evolución del proceso citando al paciente con la frecuencia necesaria. Esto permite realizar ambos trámites, de baja y alta, en el momento oportuno, realizando una atención sanitaria temprana del proceso y una reducción de días de incapacidad temporal injustificados.

En el caso de la CC es el SPS el que presta la asistencia sanitaria y la MCSS la que gestiona la prestación económica. La gestión separada entre el prestador de la atención sanitaria y el prestador económico comporta problemas complejos y difíciles de solventar, provocando unas diferencias en orden a cuáles son las prioridades que influyen en una correcta gestión y control de la incapacidad temporal ^(24,25). En esta CC el facultativo del SPS es el que tiene la competencia en la emisión de la baja y el alta médica,

siendo su principal preocupación la prestación sanitaria. Este facultativo del SPS, además de a pacientes en IT, trata a todos aquellos pacientes adultos de cualquier edad y sexo que precisen atención, entre ellos a pacientes crónicos que consumen una gran cantidad de recursos económicos y asistenciales. Esta cartera de pacientes junto con la sobrecarga laboral con consultas médicas masificadas, escaso tiempo por paciente y una burocracia mantenida e irracional, provocan una saturación evidente de la Atención Primaria ⁽²⁶⁻²⁸⁾. La formación médica no prepara a los médicos para abordar la intersección entre trabajo y salud y, a menudo, carecen de familiaridad con los entornos laborales, desembocando esta gestión de la IT en una carga de trabajo añadida. Este hecho provoca que normalmente coincidan la duración de la IT con la duración de la asistencia sanitaria, alargando la IT injustificadamente. La intervención de este facultativo en el proceso de IT es sumamente trascendente, ya que condicionan o imponen obligaciones al INSS, a las MCSS o a las empresas ^(17,24,29).

Es fundamental comprender que para la valoración de la capacidad o incapacidad laboral se precisa conocer la capacidad laboral del trabajador y la valoración del trabajo para el que se está capacitado o incapacitado y de qué manera ⁽⁷⁾. Una inadecuada valoración de la capacidad laboral provoca que se alarguen procesos sin causa justificada; recordemos que la incapacidad se otorga cuando la enfermedad o accidente afecta funcionalmente al paciente en relación con su puesto de trabajo, existiendo multitud de procesos en los que, aun existiendo una alteración de salud, ésta no afecta a la funcionalidad en su trabajo, pudiendo finalizar el proceso de incapacidad. Por ese motivo, cuando se habla de incapacidad, no es incapacitante toda alteración de salud, sino que puesta en relación con las capacidades requeridas por el trabajo se alcanza el rango incapacitante. En la valoración de enfermedad o lesión, y su resultado incapacitante laboral, es preferible referirse más bien a las limitaciones funcionales resultantes ^(7,16).

Asimismo, en esta CC, el facultativo de la MCSS no tiene capacidad para emitir la baja ni el alta médica, sólo realiza un control y seguimiento de los procesos de incapacidad temporal, utilizando medios propios para intentar reducir su duración. Puede presentar una Propuesta Motivada de Alta (PAM) cuando considera que el trabajador está capacitado para trabajar, debiendo esta propuesta ser aceptada por parte del SPS. Estas PAM, que son enviadas, no resultan eficientes debido a la ya mencionada saturación del SPS e INSS. Esta saturación influye de manera negativa en la gestión de los procesos al alargarse los días en incapacidad temporal con el consiguiente aumento de los costes. Por este motivo, la posibilidad de que las MCSS concedan altas médicas durante el desarrollo de la gestión de esta prestación de contingencias comunes continúa siendo una importante reivindicación de las propias mutuas, al ser ésta la principal causa de pérdidas económicas de las mismas ^(10,24).

En este sentido, existen propuestas recientes que solicitan que las MCSS realicen la asistencia sanitaria sólo en procesos traumatológicos de CC y puedan emitir el alta médica cuando entienda que el trabajador se ha recuperado. Sólo se habla de procesos traumatológicos porque no están preparadas actualmente, ni tienen medios, para la asunción genérica de competencias plenas en la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes ⁽²⁴⁾. Esta asistencia conllevaría un tratamiento sin espera permitiendo reducir el tiempo en incapacidad temporal. De hecho, existen estudios que sugieren que los programas de intervención temprana han demostrado su repercusión en la mejora de la salud incapacitante de los trastornos musculoesqueléticos ⁽³⁰⁾.

En relación a la accesibilidad y la falta de coordinación entre niveles asistenciales, Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), o la demora en que el enfermo sea atendido por los especialistas ⁽²⁹⁾, vemos que provoca diferencias en las contingencias que crean desigualdad, alargan injustificadamente los días en IT e influyen directamente en los factores psicosociales, siendo un buen caldo de cultivo para alimentar bajas de larga duración.

Es fundamental la identificación temprana de los factores psicosociales de riesgo y reducir su impacto actuando sobre aquellas respuestas emocionales inadecuadas mediante una atención psicológica precoz, una atención temprana de los procesos osteomusculares y psíquicos, evitando listas de espera para pruebas diagnósticas y para tratamientos, además de una mayor detección y evitación y protección de los factores psicosociales de riesgo en el trabajo, entre otros ⁽⁷⁾. Estos factores psicosociales

aparecen en ambas contingencias, en mayor grado en aquella que demora la asistencia y aumenta los días en IT, como sucede en CC.

Muchas veces los factores psicosociales están en el origen de la baja actuando como facilitadores o como barrera pues, por definición, son factores de riesgo para la salud, que además están presentes en un 25% de los cuadros lumbares asociados a dolor crónico, deteriorando la incapacidad sobrevenida, y mientras que el proceso que consta como diagnóstico en el parte de baja es objeto de tratamiento, sobre los factores psicosociales de riesgo no se realiza ninguna intervención produciendo una peor respuesta y frenando el regreso al trabajo ⁽⁷⁾.

Considerados estos factores psicosociales, procede hablar de la accesibilidad y la coordinación entre niveles asistenciales, anteriormente nombrados. En el último informe publicado de indicadores del Sistema Nacional de Salud, año 2022, los pacientes de AP esperan una media de 8,8 días en ser atendidos por el facultativo y sólo un 10% es atendido el mismo día. En cuanto a la espera media para una primera consulta de AE, ésta se sitúa en 79 días. Con respecto al tiempo medio de espera para cirugía programada no urgente se sitúa en 113 días, y si precisamos en la especialidad de traumatología asciende a 134 días, siendo la que mayor número de pacientes tiene en listas de espera ⁽³¹⁾. Esta diferencia entre contingencias, su accesibilidad y coordinación, y los factores psicosociales influyen directamente en los procesos de IT alargándolos en el tiempo.

En España existen investigaciones donde se ha definido la incapacidad temporal de larga duración como aquella que supera en dos veces el tiempo estándar, según el consenso establecido por el INSS, siguiendo el criterio de los expertos en cada patología ⁽³²⁾. Dentro de las bajas de larga duración, las que ocasionan de verdad problemas a la reincorporación laboral son las que duran más de 6 meses. Para acortar estas incapacidades temporales se ha de comprobar primero que la baja corresponda a la situación indicada o adecuada y, segundo, que la atención sanitaria se preste en tiempo y forma, sin listas de espera ⁽⁵⁾.

Muchos de los procesos considerados bajas de larga duración lo son por estar a la espera de tratamiento, o por haberse efectuado el diagnóstico de forma tardía al retrasarse la realización de las pruebas diagnósticas o la atención especializada, ocurriendo fundamentalmente en procesos lumbares, hombro, y rodilla con clínica dolorosa y dolores neuropáticos. Las consecuencias de un tratamiento diferido en el tiempo son una peor respuesta al mismo, cuando no un fracaso terapéutico. De hecho, para muchas enfermedades detectadas por el facultativo del SPS es necesario un conocimiento especialista que puede demorarse varios meses ^(16,33).

El mayor beneficio que ofrecen las MCSS es la brevedad con la que llevan a cabo tanto la prestación de asistencia sanitaria como económica, mientras que en el INSS, podemos incluir también al SPS, dichas prestaciones sanitarias se llevan a cabo de forma más lenta debido, entre otros motivos, a las distintas crisis económicas que ha padecido nuestro país con una falta de inversión en el SPS que ha provocado unas listas de espera enormes; la excesiva carga asistencial; el uso abusivo de la prestación por parte de algunos trabajadores; la falta de personal, tanto sanitario como administrativo, y la baja disponibilidad de recursos debido a su alto coste ^(16,24,34).

En otro orden de causas que aumentan la desigualdad, hay que considerar, por un lado, la posible simulación del paciente y, por otro lado, la percepción subjetiva de los facultativos médicos. Esta situación conlleva un consumo de recursos económicos, que son finitos, y que en ocasiones provoca que dichos recursos no redunden en aquellos que realmente lo necesitan.

Existen estudios donde el tipo de contingencia con mayor prevalencia de la simulación se sitúa en el contexto de la CC, empleando como mecanismos de producción fundamentales la perpetuación de los síntomas una vez que han mejorado y la simulación de los síntomas cuando tienen un beneficio externo ⁽³⁵⁾. Asimismo, en estos estudios llama la atención la magnitud de la presencia de la simulación que aprecian los profesionales, cercana al 50%, particularmente en trastornos muy frecuentes y prevalentes en la población como son los trastornos por dolor crónico (esguince cervical, lumbalgia y cervicgia) y los afectivos y emocionales (ansiedad y depresión) ⁽³⁵⁾.

Esta simulación puede estar motivada por intereses económicos, para alargar la prestación por incapacidad, para conseguir una mayor indemnización del seguro, por un interés por conflicto laboral, etc, en los que el paciente busca obtener un mayor beneficio exagerando su limitación funcional. Un modo de poder combatir esta simulación del paciente o la propia subjetividad del facultativo está en el uso de las pruebas de valoración funcional biomecánica que objetivan el estado funcional del paciente. Estas pruebas no pueden medir el dolor, por lo que la valoración irá más encaminada a la influencia que este dolor pueda ejercer sobre las actividades de la vida diaria que en la determinación de la intensidad del mismo.

Las pruebas de valoración funcional como pruebas complementarias objetivas deben ayudar al profesional en la toma de decisiones acortando el tiempo de incapacidad temporal, muestran el estado funcional del paciente y analizan si el paciente se encuentra funcionalmente apto para reincorporarse a su puesto de trabajo; en ellas no cabe interpretación de un alta médica por intereses económicos.

Se debe alentar a los pacientes a minimizar los trastornos en su vida debido a enfermedades, lesiones u otras condiciones de salud, y a mantenerse lo más cerca posible de su rutina diaria habitual. Esto incluye encontrar una manera de permanecer en el trabajo. En el caso de ser necesario interrumpir el trabajo, se debe minimizar el tiempo fuera del mismo y regresar al trabajo, parcial o totalmente, tan pronto como sea médicamente razonable y seguro ⁽¹⁷⁾.

El fraude médico más frecuente es alargar la baja. Una incapacidad temporal de más de 6 meses es difícilmente recuperable desde el punto de vista laboral, ya que el empleado suele organizar su vida alrededor de la enfermedad y sin tener en cuenta la posibilidad de volver a trabajar ⁽³⁶⁾. Si a este fraude sumamos la simulación de los pacientes, intentando exagerar su dolencia, aumentamos más si cabe la inseguridad en la toma de decisiones por parte de los facultativos. Ante la simulación del paciente el facultativo tiende a solicitar más pruebas diagnósticas, en algunos casos practicando una medicina defensiva para asegurar la toma de decisión médica de alta, alargando los días en IT con el coste que conlleva, generando un gasto injustificable.

Como respuesta al objetivo principal de este trabajo podemos decir que la media de días en IT por CC es mayor que la media de días en IT por CP y que esta diferencia es estadísticamente significativa. Alargar la IT puede tener diversas consecuencias sobre el paciente, que incluyen aspectos médicos, psicológicos, sociales y económicos. Poder trabajar en la mejora de todos ellos permitiría reducir estos costes injustificables a los que tenemos que hacer frente como sociedad, optimizando procesos que hagan eficiente el sistema de Seguridad Social, reduciendo esta desigualdad planteada entre pacientes en IT con el mismo diagnóstico principal.

Esta diferencia de las contingencias provoca una desigualdad en las IT: los pacientes en IT por CP reciben un trato más favorable en cuanto a accesibilidad, atención temprana, tratamiento, menor tiempo de espera, coordinación con especialistas, seguimiento frecuente, menor tiempo de recuperación, mayor prestación económica, etc, frente a aquellos que se encuentran en CC, en la que sólo aquellos pacientes que disponen de una economía suficiente que les permite mantener un seguro privado pueden ser atendidos con prontitud acortando su periodo en IT. Quizás estas diferencias sean una motivación suficiente para que los pacientes que se encuentran en IT por CC presenten una solicitud de determinación de contingencia de IT, buscando que sea aceptada como profesional. También sucede que pacientes que se lesionan fuera del entorno laboral buscan una primera asistencia en la MCSS, asistencia que no tendrían ese mismo día en el SPS.

Reflexionando sobre estos hallazgos y en referencia a la práctica enfermera, la incorporación de profesionales de enfermería como colaboradores de la gestión de la IT, con las figuras de la enfermera de práctica avanzada en una primera atención, o la enfermera gestora de casos cuando se alarga en el tiempo, permitirían una atención temprana y una mayor coordinación, disminuyendo a su vez los procesos en IT de larga duración que saturan la consulta médica de AP y AE.

Esta incorporación iría acorde a la evolución continua de los sistemas de salud en todo el mundo, con reformas y reestructuraciones que buscan satisfacer los cambios demográficos de la población y las expectativas de los usuarios. En estos cambios encontramos nuevas oportunidades para la profesión enfermera, como es el caso de las enfermeras de práctica avanzada, con funciones clínicas avanzadas

que satisfacen las necesidades de poblaciones dispares en diversos entornos de atención, definida por el Consejo Internacional de Enfermería como una enfermera que ha logrado una base de conocimiento experto, habilidades para la toma de decisiones clínicas complejas y competencias para ejercer un papel más amplio ⁽³⁷⁻⁴³⁾.

Asimismo, la evidencia científica demuestra que la intervención de la enfermera gestora de casos consigue reducir en los pacientes crónicos la estancia media hospitalaria y el número de reingresos, suponiendo un ahorro para el sistema sanitario, además de favorecer la accesibilidad a los servicios y a los recursos consiguiendo mejoras de la capacidad funcional de los pacientes, mejoras en la calidad de vida, la satisfacción y los resultados en salud de estas personas, disminuyendo la sobrecarga del cuidador ^(44,45).

En Reino Unido, cuyo modelo sanitario es Beveridge, modelo de referencia, con financiación y responsabilidad estatal a través de los impuestos y de los presupuestos generales del Estado, permite a los profesionales de enfermería, entre otros, tramitar bajas laborales mediante lo que denominan certificados de aptitud, en los que el profesional de enfermería evalúa la aptitud del empleado para el trabajo antes de dar su certificado ⁽⁴⁶⁾.

En España, el Servicio Canario de Salud puso en marcha el pasado año 2023 un programa liderado por la enfermería de Atención Primaria cuyo objetivo es atender a personas con enfermedades agudas leves no demorables sin cita, realizando el triaje, reorganizando los flujos de la demanda y resolviendo determinados procesos clínicos siguiendo los protocolos establecidos ⁽⁴⁷⁾.

La enfermera de práctica avanzada es ante todo una enfermera que se especializa en áreas concretas de interés, adquiriendo un profundo conocimiento de un tema, buscando de manera silenciosa desarrollar la profesión pensando en el futuro de la enfermería, adquiriendo habilidades o responsabilidades que anteriormente no pertenecían a la disciplina. Ha de distinguirse de una enfermera especialista. Además, esta enfermera de práctica avanzada se “expande” cuando adquiere un nuevo conocimiento, competencias y habilidades prácticas que dan cierta autonomía al rol de la profesión de enfermería y que pueden estar en el límite con el conocimiento y habilidades de otros profesionales de la salud. Esta especialización y expansión provocan un avance de la práctica y un desarrollo del rol del personal de enfermería ⁽⁴⁸⁻⁵¹⁾.

Para asumir un nuevo modelo asistencial con más competencias enfermeras, es necesaria una reforma integral con un cambio legislativo que permita una ampliación de las competencias enfermeras no solo asistenciales, sino también de gestión, liderando los procesos de salud, de forma integral y constante, acompañada además de una mejora retributiva ⁽⁵²⁻⁵⁴⁾.

En la gestión sanitaria, presente y futura, es donde la profesión enfermera debe jugar un papel fundamental proponiéndose como futura colaboradora en la gestión de la incapacidad temporal y la valoración funcional de los pacientes. Aunque este estudio presenta información de utilidad en el área laboral, hay que tener en cuenta la existencia de diferentes limitaciones de este estudio, como que la muestra utilizada corresponde a una mutua concreta con distribución irregular en España. Otra limitación detectada se relaciona con el coste por proceso, que se calcula en este estudio sólo con la base reguladora del paciente, lo que percibe como prestación, sin tener en cuenta aquellos costes empleados en el tratamiento, número de visitas, desplazamientos o pruebas diagnósticas, entre otros. Asimismo, hubiese sido interesante tener datos como la ocupación y la comorbilidad asociada a cada proceso, ya que influyen en el tiempo en incapacidad temporal.

Respecto a las líneas futuras de trabajo podríamos considerar el estudio de las diferencias entre los distintos Servicios Públicos de Salud, estableciendo comparaciones de tiempo en incapacidad temporal y coste, estableciendo indicadores, lo que permitiría extrapolar modelos de gestión (la descentralización del Sistema Nacional de Salud también crea desigualdades).

También estudiar la utilidad en los procesos de las pruebas de valoración funcional biomecánica, midiendo su acompañamiento como prueba complementaria de altas, propuestas de alta y como valor predictor de recaídas. Su aceptación por parte del Servicio Público de Salud o del Instituto Nacional de la Seguridad Social mostraría mejor su valor objetivo.

Por último, estudiar la relación entre la contingencia y el tiempo óptimo como línea futura de trabajo, incluyendo la ocupación y comorbilidad de cada proceso, aportaría información sobre la influencia del trabajo y los segundos diagnósticos o enfermedades crónicas en la IT.

Conclusiones

- Existe una diferencia estadísticamente significativa en los días de incapacidad temporal entre las contingencias que gestionan el proceso. El mismo diagnóstico presenta menos días en incapacidad temporal en la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social que en el Servicio Público de Salud. Esta diferencia es de más del doble, casi un mes más por proceso que supone 46M de euros, la mitad del coste total en ambas contingencias por este diagnóstico.
- Existe una diferencia estadísticamente significativa entre las contingencias que gestionan la incapacidad temporal y el tiempo estándar de duración del proceso. El mismo diagnóstico presenta mayor número de procesos que se resuelven dentro del periodo estándar en la Mutua Colaboradora con la Seguridad Social que en el Servicio Público de Salud.
- En cuanto a los procesos tenemos que por cada proceso de contingencia profesional que sobrepasa los 365 días lo hacen diez de contingencia común, pasando al INSS. En cuanto a la media de días en incapacidad temporal es 16 días mayor en contingencia común en el periodo de 1 a 365 días. En cuanto al coste, los procesos que sobrepasan los 365 días, pasando al INSS, representan un 2,44% y consumen 1/3 de los costes totales. Asimismo, el coste medio por proceso es un 32,56% mayor en contingencia común antes de los 365 días. Una vez pasados los 365 días el coste medio por proceso se multiplica por 15 en contingencias comunes y por 26 en contingencia profesional.
- En cuanto a la frecuencia y el coste total, es mayor en el hombre en todos los casos en ambas contingencias. En cuanto a la media de días en incapacidad temporal y coste medio en los procesos que no sobrepasan 365 días es la mujer la que más tiempo está de media y mayor coste medio genera en ambas contingencias. Una vez sobrepasados los 365 días es el hombre quien está más días en incapacidad temporal y mayor coste medio genera en ambas contingencias.
- Existe una diferencia de 11 días de media de permanencia en incapacidad temporal de más en contingencia común tras realizar la prueba de valoración biomecánica antes de pasar antes de sobrepasar los 365 días. Esto supone un coste añadido de un 13% en estos procesos de más de 6M de euros.

Referencias

1. Abellán MV. Factores que influyen en la incapacidad temporal de larga duración. Propuesta de screening y de intervención. 2013;
2. García-Díaz AM, Pértega-Díaz S, Pita-Fernández S, Santos-García C, Vázquez-Vázquez J. Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el período 2000-2002. *Aten Primaria*. 2006;37(1):22-9. DOI: 10.1157/13083937
3. González-Torrecillas JL, Romero-Puertas B, Ballestín-Lopez JL, LaCarcel-Tejero B, Sarasa-Olivan FJ. Perfil psicosocial y sobrevaloración en lumbalgias crónicas. Importancia de las pruebas de biomecánica y valoración psiquiátrica. *Rev Asoc Esp Med Trab* • Septiembre 2017 • vol 26 • Núm. 3 • 153-219; 2017.
4. Jover Ramírez C. Incapacidad Temporal y Reducción del Absentismo Injustificado. Universidad de Cádiz; 2010.
5. Pardo JMV. Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas. 2016;
6. García MV. Análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de la Incapacidad Temporal y la reincorporación al trabajo. 2014;
7. Pardo JMV, López-Guillén García A, García-Izquierdo AL, Santiago Sáez A, Pinto Pastor P. La valoración de la incapacidad profesional. [Internet]. 2020.

8. Pardo JMV, García AL-G. Los factores psicosociales como predictores pronósticos de difícil retorno laboral tras incapacidad. 2018;
9. AMAT. Incapacidad Temporal por Contingencia Común. [Internet]. Asociación de Mutuas de Accidente de Trabajo; 2023.
10. Teruel Fernández C. Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social: Pasado, Presente y Futuro. Universidad de Murcia; 2020.
11. Gisbert Calabuig J. GISBERT CALABUIG. MEDICINA LEGAL Y TOXICOLÓGICA. Edited by Enrique Villanueva Cañadas. En: [Internet]. 7ª Edición ed. Elsevier; 2018. Recuperado: <https://tienda.elsevierhealth.com/gisbert-calabuig-medicina-legal-y-toxicologica-9788491131243.html>
12. McDermott BE, Feldman MD. Malingering in the Medical Setting. *Psychiatr Clin North Am*. 2007;30(4):645-62. DOI: 10.1016/j.psc.2007.07.007
13. Broseta MJV, de Moya PP, Corresa SP, Jaén DG. Nuevo servicio de valoración biomecánica de los accidentados de tráfico. Caso clínico: diagnóstico de la simulación. 2010;
14. Manual de Tiempos óptimos de INCAPACIDAD TEMPORAL. Cuarta Edición. [Internet]. Instituto Nacional de la Seguridad Social; 2017.
15. Regal-Ramos R. Epidemiología de la incapacidad laboral por patología osteomuscular en España: 60.000 Trabajadores valorados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social en 2019. *Med Segur Trab*. 2022;68(269):209-20. DOI: 10.4321/s0465-546x2022000400003
16. Pardo JMV. La gestión de la incapacidad laboral algo más que una cuestión económica. 2018;
17. Jurisic M, Bean M, Harbaugh J, Cloeren M, Hardy S, Liu H, et al. The Personal Physician's Role in Helping Patients With Medical Conditions Stay at Work or Return to Work. *J Occup Environ Med*. 2017;59(6):e125-31. DOI: 10.1097/JOM.0000000000001055
18. Bellido Vallejo JC, Lendínez Cobo JF, Alba Rosales MA, Cárdenas Casanova V, Ibáñez Muñoz J, López Márquez A, et al. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. Primera edición. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén; 2010.
19. Instituto de Biomecánica de Valencia. [Internet]. 2024.
20. Ministerio de Sanidad y Política Social. HACIA LA EQUIDAD EN SALUD: MONITORIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD. 2010.
21. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad; 2021.
22. Benach J. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. 2008;
23. Yanes L. El trabajo como determinante de la salud. 2003;
24. Monereo Pérez JL, Rodríguez Iniesta G. Propuestas de mejora para la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes formuladas por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo. (Análisis técnico jurídico y de política del Derecho). *Revista de Derecho de la Seguridad Social Laborum*. 2024;
25. Rodríguez Iniesta G. El control y la gestión de la incapacidad temporal: A propósito de la reforma introducida por el RD 1060/2022, de 27 de diciembre. *Rev Estud Juríd Laborales Segur Soc REJLSS*. 2023;(6):144-85. DOI: 10.24310/rejlss.vi6.16223
26. de la Revilla L, Espinosa Almendro JM. La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. 2003.
27. Marquet Palomer R. Los médicos de familia y los otros especialistas. *Aten Primaria*. 2023;55(12):102791. DOI: 10.1016/j.aprim.2023.102791
28. Simó Miñana J. Reflexiones de un médico de familia sobre la atención primaria española tras 30 años en la trinchera. *Aten Primaria Práctica*. 2022;4:100160. DOI: 10.1016/j.appr.2022.100160

29. Hernández JG. El problemático control de la incapacidad temporal en el Régimen General. 2017;
30. Jover JÁJ. Intervención inmediata. Análisis y resultados de los programas de intervención temprana en patología osteomio articular implantados. 2014;
31. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. ASPECTOS RELEVANTES. Informe del SNS 2022. 2022.
32. Jurado MLA. Mapa de la Incapacidad Temporal en España. Análisis de los factores implicados. Universidad de Málaga; 2022.
33. Álvarez Cortés JC. El control médico de las situaciones de incapacidad temporal para el trabajo. Universidad de Málaga; 2016.
34. Castro Ruiz S. Seguros derivados de Contingencias Profesionales: Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional. Universidad de Cantabria; 2022.
35. Santamaría Fernández P, Capilla Ramírez P, González Ordi H. Prevalencia de simulación en incapacidad temporal: percepción de los profesionales de la salud. *Clínica Salud*. 2013;24(3):139-51. DOI: 10.5093/cl2013a15
36. Calvo D. La vigilancia de la incapacidad temporal y el actual marco legislativo en salud laboral. IX Jornadas de la Sociedad de Medicina, Higiene y Seguridad del Trabajo de Aragón y La Rioja. Zaragoza. En: 2007.
37. Bryant-Lukosius D, Valaitis R, Martin-Misener R, Donald F, Peña LM, Brousseau L. Advanced Practice Nursing: A Strategy for Achieving Universal Health Coverage and Universal Access to Health. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25(0). DOI: 10.1590/1518-8345.1677.2826
38. De Pedro Gómez J, Morales Asencio JM. Análisis crítico de la práctica avanzada de enfermería y las especialidades enfermeras. *Enferm Clínica*. 2019;29(2):138-41. DOI: 10.1016/j.enfcli.2018.08.006
39. Ferrer EAA. Enfermería de práctica avanzada en atención primaria de la salud. *Rev Cuba Enferm*. 2023;
40. Galiana-Camacho T, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ. ENFERMERÍA DE PRÁCTICA AVANZADA EN LA ATENCIÓN URGENTE, UNA PROPUESTA DE CAMBIO: REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Rev Esp Salud Pública*. 2018;
41. Morán-Peña L. La Enfermería de Práctica Avanzada ¿qué es? y ¿qué podría ser en América Latina? *Enferm Univ*. 2017;14(4):219-23. DOI: 10.1016/j.reu.2017.09.004
42. Schober M. Desarrollo de la Enfermería de Práctica Avanzada: contexto internacional. *Enferm Clínica*. 2019;29(2):63-6. DOI: 10.1016/j.enfcli.2018.08.002
43. Schober M, Lehwaldt D, Rogers M, Steinke M, Turale S, Pulcini J, et al. Directrices de enfermería de práctica avanzada. Consejo Internacional de Enfermeras; 2020.
44. Aguilera Serrano C, Fernández-Gallego M, Mora M, Gimeno B, Langa N, Miralles M. Marco de competencias de las/os enfermeras/os gestoras/es de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad. 2021.
45. Minguélez Chamorro A, Gomila Mas M, Vilafàfila Gomila CJ, Albertí Homar F, Román Medina I, Sansó Martínez N, et al. La enfermera gestora de casos; garantía de coordinación y de continuidad asistencial. Subdirección de Atención a la Cronicidad Servei de Salut de les Illes Balears Conselleria de Salut; 2017.
46. [Internet]. 2024. Taking sick leave. Gov.uk Disponible en: <https://www.gov.uk/taking-sick-leave>
47. El SCS inicia medidas para reducir presión asistencial en Atención Primaria. *Gomeraverde.com* [Internet]. 2023;
48. Canga-Armayor N. La formación académica de las enfermeras que desarrollan roles de práctica avanzada. *Enferm Intensiva*. 2024;S113023992400049X. DOI: 10.1016/j.enfi.2024.03.001
49. Del Barrio-Linares M. Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. *Enferm Intensiva*. 2014;25(2):52-7. DOI: 10.1016/j.enfi.2013.11.005

- 50.** Goodman C. La contribución de la enfermera de Práctica Avanzada como respuesta a las necesidades cambiantes de salud de la población. *Enfermería21* [Internet]. 2013;16(9).
- 51.** Gutiérrez-Rodríguez L, García Mayor S, Cuesta Lozano D, Burgos-Fuentes E, Rodríguez-Gómez S, Sastre-Fullana P, et al. Competencias en enfermeras Especialistas y en Enfermeras de Práctica Avanzada. *Enferm Clínica*. 2019;29(6):328-35. DOI: 10.1016/j.enfcli.2019.10.001
- 52.** Batres O. Cambio legislativo y competencial, vía enfermera para dar bajas laborales. *Redacción médica* [Internet]. 2022;
- 53.** Magraner X. Primaria, abierta a delegar competencias en triajes o gestión de bajas. *Redacción médica* [Internet]. 2024;
- 54.** Punzano D. La legalidad de asumir bajas IT abre una brecha en la Enfermería catalana. *Redacción médica* [Internet]. 2024;