

Calidad del diagnóstico médico en la certificación de la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral

J. Castejón^{a,b}, F.G. Benavides^b, D. Gimeno^c, A. Company^{a,b}, O. Fàbrega^a y J. Funes^a

Objetivo. Evaluar la calidad del diagnóstico que consta en el parte de alta de la incapacidad temporal (IT).

Diseño. Estudio observacional, retrospectivo.

Emplazamiento. Centro de atención primaria de Castelldefels (Barcelona).

Participantes. Un total de 205 episodios de IT por enfermedad común o accidente no laboral entre los pacientes atendidos.

Mediciones principales. El diagnóstico del parte de alta se comprobó con el informe clínico que cumplimentaba el mismo médico que prescribió el alta. Para valorar la calidad del diagnóstico se calcularon la sensibilidad, el valor predictivo positivo y el porcentaje de concordancia positiva. También se valoró la variabilidad de estos índices según la duración del episodio de baja.

Resultados. La concordancia simple entre el diagnóstico del parte de alta y el del informe clínico para toda la muestra fue del 92%. La sensibilidad del parte respecto al informe por grupo diagnóstico variaba entre un 75-97%, el valor predictivo positivo en el 81-100% y el porcentaje de concordancia positiva oscilaba en el 86-97%. Los episodios de corta duración (≤ 15 días) tuvieron valores menores que los episodios de larga duración (> 15 días).

Conclusiones. Los resultados corroboran que la calidad del diagnóstico del parte de alta es elevada, sin que la disponibilidad de mayor información sobre los motivos de baja modifique sustancialmente la calidad del diagnóstico.

Palabras clave: Atención primaria. Incapacidad temporal. Reproducibilidad. Calidad del diagnóstico.

QUALITY OF MEDICAL DIAGNOSIS IN SICK LEAVE CERTIFICATES FOR NON-OCCUPATIONAL DISEASES AND INJURIES

Objective. To evaluate the quality of medical diagnosis in the sick leave certificate.

Design. Retrospective, observational study.

Setting. Castelldefels Primary Care Centre, Barcelona, Spain.

Measurements and interventions. 205 sick leave episodes of patients reported as non-occupational diseases and injuries were analyzed. The diagnosis of the sick leave certificate was checked against the clinical report carried out by the same physician who made out the sick leave certificate. To assess the quality of medical diagnosis, sensitivity, positive predictive value and the percentage of positive agreement were calculated. The variability of these indicators was also assessed according to the duration of the sick leave episode.

Results. Simple agreement between the diagnoses of the sick leave certificate and the clinical report was 92%. The sensitivity of the sick leave certificate in relation to the clinical report by diagnostic group ranged from 75% to 97%; positive predictive value, from 81% to 100%; and the percentage of positive agreement, from 86% to 97%. Short-term sick leave episodes (≤ 15 days) had lower values than long-term sick leave (> 15 days).

Conclusions. Our findings confirm that the quality of diagnosis on the sick leave certificate is high. The availability of more medical information about the reasons for the sick leave episode does not modify the quality of the diagnosis substantially.

Key words: Primary health care. Sick leave. Reproducibility. Quality of diagnosis.

^aUnitat de Salut Laboral Costa de Ponent. Institut Català de la Salut. El Prat de Llobregat. Barcelona. España.

^bUnitat de Recerca en Salut Laboral. Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

^cSouthwest Center of Occupational and Environmental Health. The University of Texas School of Public Health. Health Science Center at Houston. Texas. Estados Unidos.

Correspondencia:
 J. Castejón Castejón.
 Unitat de Salut Laboral Costa de Ponent. Institut Català de la Salut. CAP Ramona Via.
 Avda. Verge de Montserrat, 24.
 08820 El Prat de Llobregat.
 Barcelona. España.
 Correo electrónico:
 jcastejon.cp.ics@gencat.net

Manuscrito recibido el 7 de febrero de 2005.

Manuscrito aceptado para su publicación el 11 de mayo de 2005.

Este estudio ha sido parcialmente financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 98/360). D. Gimeno ha sido parcialmente financiado por el Fogarty International Center Training Grant (TW006444).

Introducción

La determinación de una situación de incapacidad temporal (IT) corresponde al médico que atiende al paciente y es una decisión clínica que comporta evaluar si éste puede desempeñar su trabajo habitual en función del problema de salud que presenta. No hay duda de que al prescribir una IT el médico realiza una valoración; es decir, aplica un plan terapéutico de acuerdo con un pronóstico¹.

Asimismo, la prescripción de la IT, mediante la extensión del comunicado o parte de baja², justifica la ausencia del trabajo y da derecho a recibir las prestaciones económicas de la Seguridad Social, que finalizan cuando se certifica el comunicado o parte de alta. A estos documentos se les ha dado una finalidad fundamentalmente administrativa y son cuestionados como fuente de información epidemiológica debido, entre otros motivos, a la cumplimentación incompleta de variables básicas (edad, sexo o diagnóstico)³, lo que sustenta la idea de que la información de los partes era deficiente e inducía sistemáticamente a error.

Sin embargo, diversos autores han puesto de relieve que mediante el análisis sistemático de los datos del parte de baja es posible obtener información sanitaria relevante⁴, ya que permite conocer una morbilidad no detectada por otras fuentes de datos⁵ que, en un porcentaje elevado, puede estar relacionada con el trabajo⁶. Algunos estudios han utilizado esta fuente de información para valorar los factores pronósticos de la incapacidad⁷ o el coste económico de algunas enfermedades⁸. Para ello, un elemento clave que recoge el parte es el problema de salud que motivó la IT, el diagnóstico, si bien apenas se ha estudiado su calidad. En un trabajo realizado en la Comunidad de Navarra⁹ se analizó el grado de concordancia entre los diagnósticos en los partes de baja y alta en función de la duración de la afección. Se halló un elevado grado de concordancia, si bien éste disminuía a la mitad en los procesos de duración superior a 2 meses. El objetivo del presente artículo fue valorar la calidad del diagnóstico del parte de alta de la IT a partir de un segundo diagnóstico establecido *a posteriori* por el mismo médico prescriptor.

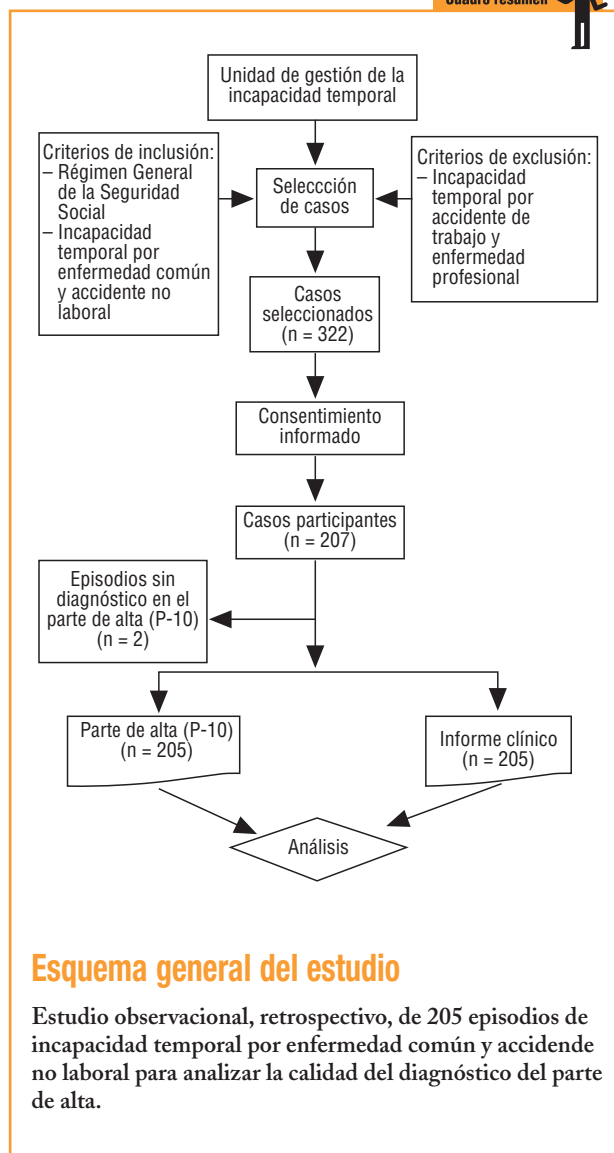
Pacientes y método

El ámbito de estudio fue el centro de atención primaria (CAP) del municipio de Castelldefels (Barcelona). La población de referencia fue la población activa (16-65 años) asegurada en el Régimen General de la Seguridad Social (n = 32.064) en este municipio¹⁰.

Definición de caso y selección de la muestra

Un caso fue definido como un episodio de IT por enfermedad común o accidente no laboral entre los trabajadores del muni-

Material y métodos
Cuadro resumen



pio que cotizaban en el Régimen General de la Seguridad Social y que fueron atendidos por cualquiera de los 13 médicos del CAP Castelldefels. El estudio se realizó entre el 1 de febrero y el 30 de junio de 1999. La selección de los casos se realizó de forma aleatoria, una vez el médico había prescrito el alta, teniendo en cuenta el número de altas que se prescribieron, según el día de la semana, durante los 2 años precedentes. El número total de casos seleccionados fue de 322 episodios de IT, sin que hubiera ninguno repetido en el mismo individuo por igual o distinto diagnóstico.

Recogida de la información

Para cada episodio de IT se recogieron del parte de alta la fecha de baja y de alta, el diagnóstico y el nombre del médico. El diagnóstico estándar se obtuvo a partir del informe clínico del alta, en el que el médico que había prescrito el alta y cumplimentaba aspectos del episodio que consideraba claves (antecedentes patológicos, manifestaciones clínicas, resultados de las pruebas com-

plementarias, la opinión de los especialistas y el diagnóstico principal y los secundarios), disponiendo para ello de la historia clínica completa. En la mayoría de los casos esto se realizó dentro de los 7 días posteriores al alta. Una misma persona codificó, en momentos diferentes para evitar recordar el caso y el código asignado, los diagnósticos del parte de alta y del informe clínico según la clasificación de 3 dígitos de la CIE-9¹¹. La Unidad de Gestión de la IT del CAP solicitó el consentimiento informado al trabajador para su inclusión voluntaria en el estudio. Del total de 322 casos seleccionados, 207 (64,3%) aceptaron participar. También se solicitó a los médicos el consentimiento para participar en el estudio, obteniendo una respuesta positiva de todos ellos.

Valoración de la calidad del diagnóstico

La calidad fue valorada mediante el cálculo de los índices de exactitud y reproducibilidad. Tomando el diagnóstico que constaba en el informe clínico como objetivo primario se estimaron, por grupos diagnósticos, la sensibilidad y el valor predictivo positivo¹². Para valorar la reproducibilidad se calculó el porcentaje de concordancia positiva, indicador propuesto para medir la fiabilidad cuando la prevalencia del fenómeno es muy baja o muy alta¹³. También se estimaron estos indicadores en función de la duración del episodio, agrupándose en dos categorías: de corta duración, ≤ 15 días, y de larga duración, > 15 días. Se eligió este punto de corte porque, según la normativa vigente¹⁴, la empresa abona el subsidio los primeros 15 días y a partir del decimosexto lo hace el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Resultados

De los 207 episodios para los que se disponía del parte de alta, el nombre del médico, el informe clínico y el cuestionario laboral se analizaron 205 porque en dos partes de alta no constaba el diagnóstico. Entre la muestra seleccionada y la analizada no hubo diferencias significativas

respecto al sexo, la edad, la duración del episodio y el diagnóstico (datos no mostrados).

De acuerdo con el informe clínico (tabla 1), el 65% de los episodios se distribuía en 3 grupos: enfermedades del aparato respiratorio (68/205), lesiones y efectos adversos (39/205) y enfermedades del aparato locomotor y del tejido conjuntivo (28/205). La distribución de los episodios según los diagnósticos del parte de alta fue similar. La concordancia simple para toda la muestra fue del 92,2%.

Entre los 16 episodios discordantes, 6 casos clasificados a partir del parte de alta en el grupo «otros diagnósticos» correspondían, según el informe clínico, a grupos más específicos. Por ejemplo, en 2 casos constaba «intervención quirúrgica» y «cirugía plástica», pero según el informe clínico eran, respectivamente, una «artroscopia por descompresión subacromial» y una «intervención en un ojo por una queratitis herpética».

En otros casos el diagnóstico del parte de alta era una abreviatura («IT») o era incompleto («insuficiencia r») y en el informe clínico constaba «lumbalgia» e «insuficiencia respiratoria», respectivamente. En otros, los diagnósticos eran discordantes, como una «lumbociatalgia» que en el informe clínico constaba como «neurofibromatosis».

Los indicadores de exactitud y reproducibilidad del parte de alta respecto al informe clínico mostraron (tabla 2) que la sensibilidad era ≥ 85% (excepto para el grupo enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos), el valor predictivo positivo > 89% (excepto para 2 grupos diagnósticos) y el porcentaje de concordancia positiva > 85%, excepto en el grupo «otros diagnósticos» (80%).

En función de la duración de los episodios (tabla 3) se observó que en los de corta duración la sensibilidad fue > 80% (excepto para 3 grupos diagnósticos), el valor predictivo positivo > 90% (excepto para 3 grupos diagnósticos) y

TABLA 1 Distribución de los episodios de incapacidad temporal según grupos diagnósticos (CIE 9.ª revisión) de acuerdo con el diagnóstico del informe clínico y del parte de alta de incapacidad temporal

Parte de alta	Informe clínico									Total
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	
Infecciosas y parasitarias	11									11
Trastornos mentales		10								10
Sistema nervioso y órganos de los sentidos			9							9
Aparato respiratorio	1		1	66						68
Aparato digestivo	1	1			9					11
Aparato genitourinario						6				6
Aparato locomotor y tejido conjuntivo							25	2	1	28
Lesiones y efectos adversos				1			1	37		39
Otros grupos diagnósticos*			2	1	1	1	2		16	23
Total	13	11	12	68	10	7	28	39	17	205

*Comprende los siguientes grupos de la CIE 9.ª revisión: II. Neoplasias; III. Enfermedades del sistema endocrino, metabólicas, nutricionales; IV. Enfermedades de la sangre; VII. Enfermedades del aparato circulatorio; XI. Embarazo, parto y puerperio. XII. Patología de la piel y tejido subcutáneo; XIV. Anomalías congénitas; XV. Morbimortalidad perinatal; XVI. Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos; XVIII. Clasificación suplementaria (incluye procedimientos preventivos y problemas familiares y sociales).

TABLA 2 Sensibilidad (S), valor predictivo positivo (VPP) y concordancia positiva (CP) del parte de alta de incapacidad temporal respecto al informe clínico

Grupo diagnóstico	Parte de alta	Informe clínico			S (%)	VPP (%)	CP (%)
		Sí	No	Total			
I Infecciosas y parasitarias	Sí	11	0	11			
	No	2	192	194			
	Total	13	192	205	84,6	100	91,7
II Trastornos mentales	Sí	10	0	10			
	No	1	194	195			
	Total	11	194	205	90,9	100	95,2
III Sistema nervioso y órganos de los sentidos	Sí	9	0	9			
	No	3	193	196			
	Total	12	193	205	75,0	100	85,7
IV Aparato respiratorio	Sí	66	2	68			
	No	2	135	137			
	Total	68	137	205	97,1	97,1	97,1
V Aparato digestivo	Sí	9	2	11			
	No	1	193	194			
	Total	10	195	205	90,0	81,1	85,7
VI Aparato genitourinario	Sí	6	0	6			
	No	1	198	199			
	Total	7	198	205	85,7	100	92,3
VII Aparato locomotor y tejido conjuntivo	Sí	25	3	28			
	No	3	174	177			
	Total	28	177	205	89,3	89,3	89,3
VIII Lesiones y efectos adversos	Sí	37	2	39			
	No	2	164	166			
	Total	39	166	205	94,9	94,9	94,9
IX Otros grupos diagnósticos*	Sí	16	7	23			
	No	1	181	182			
	Total	17	188	205	94,1	69,6	80,0

*Comprende los siguientes grupos de la CIE 9.^a revisión: II. Neoplasias; III. Enfermedades del sistema endocrino, metabólicas, nutricionales; IV. Enfermedades de la sangre; VII. Patología del aparato circulatorio; XI. Embarazo, parto y puerperio. XII. Patología de la piel y tejido subcutáneo; XIV. Anomalías congénitas; XV. Morbimortalidad perinatal; XVI. Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos; XVIII. Clasificación suplementaria (incluye procedimientos preventivos y problemas familiares y sociales).

el porcentaje de concordancia positiva > 70% (excepto para 2 grupos diagnósticos).

En los episodios de larga duración, la sensibilidad fue > 90% salvo en las «enfermedades del sistema nervioso/órganos de los sentidos» (75%). El valor predictivo positivo alcanzó valores > 80%, llegando al 100% en 5 grupos. El porcentaje de concordancia positiva fue > 85% (y en 3 grupos del 100%) excepto en «otros diagnósticos» (60,6%).

Discusión

Los resultados muestran que, en general, la calidad del diagnóstico del parte de alta es elevada, con valores de los

indicadores utilizados > 80% para casi todos los grupos diagnósticos. Los mejores indicadores se obtuvieron en los dos grupos diagnósticos con mayor número de casos —las enfermedades respiratorias y las lesiones y efectos adversos—, que representaban el 52% de los episodios. En el grupo «otros diagnósticos» se observaron valores más bajos en algunos de los indicadores, lo que puede ser atribuido al hecho de que esta categoría comprendía grupos diagnósticos heterogéneos.

El número reducido de casos analizados (n = 205) podría suponer una limitación a nuestros hallazgos, en especial al considerar los resultados por los nueve grupos diagnósticos diferentes. A pesar de ello, los indicadores fueron altos para casi todos los grupos diagnósticos. Otro aspecto que ca-

TABLA 3 Sensibilidad (S), valor predictivo positivo (VPP) y concordancia positiva (CP) del parte de alta de incapacidad temporal respecto al informe clínico según la duración del episodio de incapacidad temporal

Grupo diagnóstico	Duración del episodio de incapacidad temporal					
	≤ 15 días			> 15 días		
	S (%)	VPP (%)	CP (%)	S (%)	VPP (%)	CP (%)
I Infecciosas y parasitarias	91,7	100	66,7	—	—	—
II Trastornos mentales	66,7	100	80,0	100	100	100
III Sistema nervioso y órganos de los sentidos	75,0	100	85,7	75,0	100	85,7
IV Aparato respiratorio	96,8	98,4	97,7	100	85,7	92,3
V Aparato digestivo	80,0	66,7	72,7	100	100	100
VI Aparato génito-urinario	50,0	100	66,7	100	100	100
VII Aparato locomotor y tejido conjuntivo	84,6	91,7	88,0	93,3	87,5	90,3
VIII Lesiones y efectos adversos	94,1	88,9	91,4	95,5	100	97,7
IX Otros grupos diagnósticos*	100	54,5	70,6	90,9	83,3	60,6

*Comprende los siguientes grupos de la CIE 9.^a revisión: II. Neoplasias; III. Enfermedades del sistema endocrino, metabólicas, nutricionales; IV. Enfermedades de la sangre; VII. Patología del aparato circulatorio; XI. Embarazo, parto y puerperio. XII. Patología de la piel y tejido subcutáneo; XIV. Anomalías congénitas; XV. Morbimortalidad perinatal; XVI. Signos, síntomas y estados patológicos mal definidos; XVIII. Clasificación suplementaria (incluye procedimientos preventivos y problemas familiares y sociales).

be considerar es si, como indicábamos en la introducción, la duración del proceso puede modificar la concordancia entre los diagnósticos de la baja y el alta. Nuestros resultados muestran que los procesos superiores a 15 días tienen una concordancia ligeramente superior que los de menor duración. Al aplicar el punto de corte en 2 meses, también observamos una disminución de la concordancia, aunque no de la magnitud referida en el mencionado estudio⁹ (datos no mostrados). En nuestro caso, la concordancia simple en los episodios de duración inferior a 2 meses (187 casos) fue del 92,5%, disminuyendo al 88,8% en los episodios de duración superior a este período. Esto podría indicar que en los procesos de mayor duración el médico, mediante pruebas complementarias y de acuerdo con la evolución clínica del trastorno, va perfilando un diagnóstico más preciso respecto al inicial, que puede tener un mayor carácter de presunción. Ello sugiere el valor de la calidad del juicio clínico en el parte de alta como fuente de información clínica.

El hecho de que fuera el mismo médico el que cumplimentara el parte de alta y el informe clínico podría explicar la elevada concordancia y la exactitud del diagnóstico del parte de alta. Sin embargo, hay que señalar que el médico participante era consciente de la importancia de su segundo diagnóstico para poder llevar a cabo una evaluación apropiada. Además, sabía que la discrepancia entre el primer y el segundo diagnóstico no repercutiría en la prescripción de la baja y en la evolución del proceso. Es razonable pensar, pues, que disponiendo de la historia clínica completa y con la necesidad de argumentar el diagnóstico previamente establecido mediante la revisión de los datos clínicos, un profesional pudiera reconsiderar su primer diagnóstico. De hecho, es lo que ocurre en 16 casos (7,8%),

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- El comunicado de incapacidad temporal (parte de IT) es un instrumento útil para el conocimiento de la salud de una comunidad y para la gestión de la calidad asistencial, si bien se ha utilizado en muchas ocasiones con finalidades administrativas y es cuestionado como fuente de información epidemiológica.
- Una información clave del parte de incapacidad temporal (IT) es el diagnóstico, esto es, el problema de salud que ha motivado la baja.
- La duración de la IT influye en el grado de concordancia entre los diagnósticos iniciales en el momento de la baja y el alta.

Qué aporta este estudio

- La exactitud y la reproducibilidad del diagnóstico del parte de alta son elevadas.
- La disponibilidad de mayor información adicional sobre los motivos de baja no modifica sustancialmente la calidad del diagnóstico.
- El parte de alta es un instrumento útil para conocer las enfermedades que justifican médicamente la incapacidad temporal y, con las adecuadas garantías de confidencialidad, debería utilizarse de manera sistemática para su análisis.

incrementando en la mayoría de ellos la especificidad diagnóstica. No obstante, es posible que los resultados variaran si el diagnóstico estándar se hubiera establecido de otra manera, por ejemplo, que un segundo médico valorara la información disponible para establecer su propio diagnóstico. Evidentemente, ello hubiera requerido un diseño diferente al utilizado.

En todo caso, los altos valores encontrados en los indicadores de exactitud y reproducibilidad para la mayoría de los grupos diagnósticos sugieren que el hecho de disponer de más información de la contenida en el parte de alta no parece que modifique sustancialmente el diagnóstico inicial del episodio de IT. Al menos según estos grupos diagnósticos, pues si los grupos comparados fueran entidades nosológicas más específicas, además de necesitar una muestra mayor, los índices de exactitud y fiabilidad podrían ser menores.

En conclusión, y a pesar de las limitaciones señaladas, nuestro trabajo contribuye a poner de relieve que el parte de alta es un instrumento adecuado para conocer las enfermedades que justifican médicamente la IT y analizar la incapacidad temporal, por lo que recomendamos, con las adecuadas garantías de confidencialidad, su utilización sistemática en la actividad de los profesionales sanitarios, tanto de atención primaria como de los servicios de prevención de riesgos laborales.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los médicos del Centro de Atención Primaria de Castelldefels (Dr. Eduardo Carmaniu, Dra. Encarnación Cazorla (†), Dr. Carlos Gella, Dra. Cristina Moliner, Dr. Manuel Muñoz, Dra. Silvia Olasolo, Dr. José Manuel Da Pena, Dr. Pere Reig, Dr. Mariano Rozas, Dr. Ramon Sorribes, Dra. M^a. Camino Verduras y Dr. Ramon Vila), y especialmente a su director en el momento de realizar el estudio, Dr. Joan Gené. También a la Sra. Elena Lorenzo y a la Sra. Rosa Bonet de la oficina de gestión de la incapacidad.

Bibliografía

1. Borrell F, Caldas R, Violán C, García JJ, Pérez F, Ruiz A, Grupo de trabajo semFYC. Incapacidad temporal: mejoras en la gestión. Documentos semFYC n.º 12. Santander: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 1998.
2. Orden de 19 de junio de 1997, por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la gestión y del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal. BOE n.º 150 de 24 de junio de 1997.
3. Ruiz E, Caballero I, Parellada N, Arada A, Moliner A, Verduras C. Utilidad de los registros de incapacidad transitoria en atención primaria. *Aten Primaria*. 1996;Supl 1:379.
4. Farrés J, Portella E. Utilidad epidemiológica de los partes de incapacidad laboral transitoria. *Rev San Hig Pub*. 1982;56:1237-47.
5. Benavides FG, Bolumar F, Mur P, Vioque J, Ferrandiz E, Herrero JF, et al. Incapacidad laboral transitoria. Una fuente de datos para el conocimiento del estado de salud de la comunidad. *Aten Primaria*. 1986;3:19-23.
6. Castejón J, Jarque S, Benach J, Company A, Fábrega O, Funes X, Benavides FG. El papel de las condiciones de trabajo en la incidencia de la incapacidad temporal por contingencias comunes. Resultados de un estudio piloto. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2000;3:12-7.
7. Royo-Bordonada MA. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. *Gac Sanit*. 1999;13:177-84.
8. González MA, Condón MJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:491-2.
9. Layana E, Artieda L, Lezaun M, Extramiana E, Ciprian C. Fiabilidad del diagnóstico médico en un registro poblacional de incapacidad temporal por contingencias comunes. Resultados de un estudio de concordancia. *Medicina del Trabajo*. 2001;10:93-7.
10. Instituto Nacional de Estadística. Población por municipio, sexo y edad [consultado 17 Mar 2003]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase>.
11. WONCA. Clasificaciones de la WONCA en Atención Primaria. Barcelona: Masson y SG Editores; 1988.
12. Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. New York: John Wiley and Sons; 1981.
13. Szklo M, Nieto FJ. *Epidemiology. Beyond the Basics*. Gaithersburg: Aspen Publishers; 2000. p. 371-5.
14. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE n.º 154 de 29 de junio de 1994.