

Medicina del trabajo y calidad del diagnóstico de los procesos causantes de incapacidad temporal

Occupational health and quality of diagnosis in the sickness absence processes

Esther Álvarez Theurer

Coordinadora Provincial UMVI en la Inspección Provincial.
Delegación de Salud Córdoba. España

Manuel Vaquero Abellán

Director General de Prevención y Protección Ambiental
en la Universidad de Córdoba. España.

Correspondencia:

Esther Álvarez Theurer
Avda Mozárabes, 19; E-3º, 1
14011 Córdoba. España.
esther.alvarez@juntadeandalucia.es

Resumen

Objetivo: Evaluar la calidad del diagnóstico del parte de baja en los procesos de incapacidad temporal.

Material y Método: Estudio observacional descriptivo, de una muestra aleatoria de 1200 pacientes en baja laboral de duración superior a 15 días, controlados por la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades (UMVI) de Córdoba, desde 1-01-2007 a 30-06-2008.

Fuentes de datos: Partes de baja y alta de los trabajadores, recogidos en la UMVI, contando con el asesoramiento del Médico del Trabajo.

Se valoró la calidad mediante la reproducibilidad, a través del índice kappa, y la validez del diagnóstico por grupos de la CIE-9-MC con los parámetros sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

Resultados: La mayor concordancia se obtuvo para el grupo diagnóstico de trastornos mentales (kappa 0,86; error estándar 0,03).

La sensibilidad más alta se produjo en los grupos diagnósticos V (82,9%), XII (78,6%) y XIII (78,4%), y los valores predictivos positivos fueron superiores en los grupos V (94,6%), XIII (85%) y II (85%).

Conclusiones: La calidad del diagnóstico que consta en los partes de baja es aceptable. Una buena información a los médicos de Atención Primaria y una estrecha colaboración con el médico especialista en Medicina del trabajo permitirá mejorar la calidad de los diagnósticos.

Palabras clave: calidad del diagnóstico, incapacidad temporal, medicina del trabajo, Med Segur Trab 2009; 55 (214): 72-79

ABSTRACT

Objective: To evaluate the quality of the diagnosis in the sick leave certificate of the sickness absence processes.

Material and Method: Descriptive observational study. A sample of 1200 patients of long term sick leave (>15 days), controlled by the Medical Unit of Valuation of Disabilities (MUVD), from 1-01-2007 at 30-06-2008.

Data source: sickness leaves certificates, registered in the MUVD, having the advice of the occupational medicine specialist.

The quality was determined using the reliability, through the kappa index; and the agreement of the diagnosis for groups of the CIE-9-MC with the sensitivity, specificity and predictive values parameters.

Results: The biggest agreement was obtained for the diagnosis group of mental diseases (kappa 0,86; standard error 0,03).

The highest sensitivity took place in the diagnoses V (82,9%), XII (78,6%) and XIII (78,4%); and the positive predictive values were but high in the V (94,6%), XIII (85%) and II (85%) groups.

Conclusions: The quality of the diagnosis on the sick leave certificate is acceptable. Good information to the primary health care physicians and a narrow collaboration with the occupational medicine specialist will allow to improve the quality of the diagnoses.

Key words: *quality of diagnosis, temporary disability, occupational medicine, Med Segur Trab 2009; 55 (214): 72-79*

INTRODUCCIÓN

Los Médicos del Trabajo de los Servicios de Prevención tienen un papel privilegiado, puesto que son los únicos con capacidad para evaluar con competencia técnica la incapacidad temporal (IT) conociendo el estado de salud de los trabajadores y las condiciones y exigencias de los puestos de trabajo, siempre que se respete la confidencialidad de la información y se garantice la independencia de los profesionales sanitarios¹.

La incapacidad temporal es la situación de un trabajador que por presentar una enfermedad o un accidente se encuentra incapacitado para el desarrollo de su trabajo. Estas causas, que denominamos contingencias en la Ley General de la Seguridad Social, pueden ser comunes (no relacionadas con el trabajo) o profesionales (relacionados con el trabajo)².

La gestión de la Incapacidad Temporal conlleva no pocas dificultades sociales, laborales, éticas y sanitarias³. La magnitud del problema deriva de la cuantía del gasto que representa para las empresas y la Seguridad Social (SS)⁴. Este ha ido en aumento, pero también se ha incrementado la población afiliada a la SS. La IT no es una situación aislada del contexto biológico y social del paciente, pues la situación socioeconómico-laboral y la comorbilidad son claves para explicar la duración de la baja⁵.

Calidad en la prestación de IT significa la adecuación entre la incapacidad realmente padecida, los medios para evitarla y el tiempo necesario para ello⁶. Un importante factor en la mejora continua de la calidad de la prestación de IT, es que el médico prescriptor disponga de información sobre su desempeño; es decir conozca datos e indicadores con relación a su gestión en IT⁷.

Los Médicos del Trabajo cumplen una serie de requisitos que los hacen idóneos por su papel relevante ante la IT en las empresas¹:

- Por su conocimiento de las condiciones de trabajo, y de los riesgos para la salud presentes en el puesto de trabajo.
- Por la posibilidad de interactuar, a través del trabajador, y conjuntamente implicándose en el proceso asistencial con el sistema público de salud con objeto de contribuir al tratamiento, rehabilitación y reincorporación al trabajo del personal con problemas de salud.
- Por la posibilidad de elaborar y promover recomendaciones sobre las circunstancias de su reincorporación laboral, tutelándola.
- Por su función de impulsores de la prevención y la protección de la salud de los trabajadores, a través de la promoción de la salud, con capacidad asesora de las empresas y de los trabajadores.

El Médico del Trabajo, debe:

1. Conocer la patología sobre la que se ha justificado la ausencia.
2. Evaluar la compatibilidad de su estado de salud con las exigencias y riesgos del trabajo que estaba desarrollando o tendrá que desarrollar.
3. En caso de incompatibilidad, recomendar medidas preventivas encaminadas tanto a la defensa de su salud como de su continuidad en el puesto de trabajo.

Es necesario recordar que un cambio de contingencia, es decir, de común a profesional, significaría la obligatoriedad de evaluar el puesto de trabajo por si el riesgo no estaba identificado o suficientemente evaluado. Uno de los motivos de reevaluación es la aparición de daños a la salud no identificados hasta aquel momento⁸.

Entre las contingencias comunes, las enfermedades relacionadas con el aparato locomotor y respiratorio, las enfermedades psiquiátricas y las dermatosis, entre otras, pueden tener una relación causal o pronóstico con las condiciones de trabajo^{9, 10}.

Conocer los problemas de salud que motivan las ausencias de los trabajadores y muy concretamente los que causan episodios de IT es una de las funciones de los Médicos del Trabajo. La información obtenida ha de ir dirigida a contribuir a la mejora de las condiciones de trabajo o a conseguir la adaptación del puesto de trabajo a las condiciones de salud de los trabajadores que lo ocupan y también a orientar mejor las intervenciones de promoción de la salud para conseguir empresas saludables. Los procedimientos que debe desarrollar esta función preventiva deben garantizar los derechos del trabajador y la ética y la independencia de los profesionales que participan. Nunca han de asumir la función de comprobar si las ausencias por IT están o no justificadas¹.

Nuestro objetivo ha sido evaluar la calidad del diagnóstico que figura en el parte de baja en los procesos de incapacidad temporal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño investigación: Estudio observacional descriptivo.

Se estudia una muestra aleatoria de 1200 pacientes en situación de baja laboral de duración superior a 15 días, controlados por la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades de Córdoba, desde 1 de enero de 2007 a 30 de junio de 2008.

Fuentes de datos. Partes de baja y alta de los trabajadores, recogidos en la Unidad Médica de Valoración de Incapacidades (UMVI) de la provincia de Córdoba. En todos los casos, se cuenta con el asesoramiento del Médico del Trabajo que conoce el estado de salud de los trabajadores, sus antecedentes personales y las condiciones y exigencias en los puestos de trabajo.

Tabla I. Grupo Enfermedades, según código CIE 9

	Grupo	Códigos
01	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias	001-139
02	Neoplasias	140-239
03	Enfermedades Endocrinas Nutricionales y Metabólicas	240-279
04	Enfermedades de la sangre	280-289
05	Trastornos Mentales	290-319
06	Enfermedades del Sistema Nervioso y Organos de los Sentidos	320-389
07	Enfermedades del Sistema Circulatorio	390-459
08	Enfermedades del Sistema Respiratorio	460-519
09	Enfermedades del Aparato Digestivo	520-579
10	Enfermedades del Sistema Genitourinario y Mama	580-629
11	Complicaciones del embarazo parto y puerperio	630-676
12	Enfermedades de la piel y tejido conectivo	680-709
13	Sistema Musculoesquelético	710-739
14	Anomalías Congénitas	740-759
15	Otras enfermedades con origen en el período prenatal	760-799
16	Síntomas, Signos y estados mal definidos	780-799
17	Lesiones y Envenenamientos	800-999

Variables de estudio.

Enfermedad que provoca el proceso, codificada mediante la CIE9 modificada. Este código CIE 9 MC, ha sido aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS como sistema de clasificación y codificación de diagnósticos y procedimientos. La lista de enfermedades se divide en 17 capítulos, cada capítulo en secciones y cada sección en categorías de tres dígitos (tabla 1).

Estrategia de análisis. Pruebas utilizadas.

Se valora la calidad mediante la reproducibilidad, a través del índice kappa de concordancia clínica, y la validez del diagnóstico por grupos de la CIE-9-MC con los parámetros sensibilidad, especificidad y valores predictivos.

Para el tratamiento de los datos se utiliza el programa Epi 6.04d y EpiInfo 3.

RESULTADOS

El parte de alta no parece que modifique sustancialmente el diagnóstico inicial del episodio de IT.

Los mejores indicadores se obtuvieron en los grupos diagnósticos con mayor número de casos (tabla II).

Tabla II. Procesos de IT según grupos diagnósticos de acuerdo con el Control de la UMVI y el diagnóstico del Médico de Cabecera

CONTROL MÉDICO DE LA UMVI. Grupo CIE 9 MC																		
MÉDICO DE CABECERA. Grupo CIE 9 MC	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XVI	XVII	Otros	Total
I. Enf. Infecciosas y Parasitarias	1	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		5
II. Neoplasias	0	17	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0		20
III. Endocrinas y Trastornos de la Inmunidad	0	2	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0		9
IV. Enf. de la sangre y órganos hematopoyéticos	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		2
V. Trastornos Mentales	1	0	0	0	209	2	2	0	0	0	0	0	6	0	1	0		221
VI. Sistema Nervioso y órganos de los sentidos	1	0	1	0	0	27	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1		34
VII. Sistema Circulatorio	0	0	0	0	1	0	29	0	0	0	1	0	6	0	2	0		41
VIII. Aparato Respiratorio	0	1	0	0	1	0	1	10	0	0	1	0	4	0	1	0		19
IX. Aparato Digestivo	1	1	0	0	3	1	1	0	23	0	0	0	0	0	0	1		35
X. Aparato Genitourinario	0	1	0	0	0	0	0	0	0	7	2	0	1	0	0	0		14
XI. Embarazo, Parto Puerperio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	0		5
XII. Piel y tejido subcutáneo	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	11	1	0	0	0		15
XIII. Sistema Osteoarticular	0	1	0	0	8	6	1	0	0	1	7	1	384	0	1	16		452
XIV. Anomalías Congénitas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0		5
XVI. Síntomas y signos mal definidos	0	12	1	0	20	10	8	6	7	1	1	1	55	0	13	20		171
XVII. Lesiones y Envenenamientos	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	14	0	1	73		92
Otros																		60
Total	4	38	7	1	252	48	46	19	33	10	21	14	490	2	19	114	82	1200

Estos fueron el grupo diagnóstico V de trastornos mentales y el XIII de enfermedades del sistema osteoarticular; seguidos del grupo XVII de lesiones y envenenamientos. La distribución de los episodios de los diagnósticos del parte de alta fue similar.

Reproducibilidad.

La mayor concordancia se obtuvo para el grupo diagnóstico de trastornos mentales (grupo V de la CIE 9MC) con un kappa de 0,86 (error estándar 0,03), seguido de los

grupos XII (piel y tejido subcutáneo), XIII (sistema osteoarticular) y XVII de lesiones y envenenamientos (tabla III).

Tabla III. Concordancia clínica de los Procesos de IT según grupos diagnósticos de la CIE 9MC

Grupo CIE 9 MC	Índice kappa	Error Estándar
I. Enf. Infecciosas y Parasitarias	0.22	0.03
II. Neoplasias	0.58	0.03
III. Endocrinas y Trastornos de la Inmunidad	0.50	0.03
IV. Enf. De la sangre y órganos hematopoyéticos	0.67	0.03
V. Trastornos Mentales	0.86	0.03
VI. Sistema Nervioso y órganos de los sentidos	0.65	0.03
VII. Sistema Circulatorio	0.65	0.03
VIII. Aparato Respiratorio	0.52	0.03
IX. Aparato Digestivo	0.66	0.03
X. Aparato Genitourinario	0.58	0.03
XI. Embarazo, Parto Puerperio	0.30	0.02
XII. Piel y tejido subcutáneo	0.76	0.03
XIII. Sistema Osteoarticular	0.70	0.03
XIV. Anomalías Congénitas	0.28	0.03
XVI. Síntomas y signos mal definidos	0.11	0.02
XVII. Lesiones y Envenenamientos	0.68	0.03

Tabla IV. Parámetros de Validez de los Procesos de IT según grupos diagnósticos de la CIE 9MC del parte de baja de IT respecto al control de la UMVI.

Grupo CIE 9MC	Sensibilidad %	VPP %	Especificidad %	VPN %
I. Enf. Infecciosas y Parasitarias	25 (1,3-78,1)	20 (1,1-70,1)	99,7 (99,1-99,9)	99,7 (99,2-99,9)
II. Neoplasias	44,7 (29-69,5)	85 (61,1-96)	99,7 (99,2-99,9)	98,2 (97,2-98,9)
III. Endocrinas y Trastornos de la Inmunidad	57,1 (20,2-88,2)	44,4 (15,3-77,3)	99,6 (99-99,8)	99,7 (99,2-99,9)
IV. Enf. de la sangre y órganos hematopoyéticos	100 (5,5-100)	50 (2,7-97,3)	99,9 (99,5-100)	100 (99,6-100)
V. Trastornos Mentales	82,9 (77,6-87,3)	94,6 (90,5-97)	98,7 (97,7-99,3)	95,6 (94,1-96,8)
VI. Sistema Nervioso y órganos de los sentidos	56,3 (41,3-70,2)	79,4 (61,6-90,7)	99,4 (98-99,7)	98,2 (97,2-98,9)
VII. Sistema Circulatorio	63 (47,5-76,4)	70,7 (54,3-83,4)	99 (98,1-99,4)	98,5 (97,6-99,1)
VIII. Aparato Respiratorio	52,6 (29,5-74,8)	52,6 (29,5-74,8)	99,2 (98,5-99,6)	99,2 (98,5-99,6)
IX. Aparato Digestivo	69,7 (51,1-83,8)	63,9 (46,2-78,7)	98,9 (98-99,4)	99,1 (98,4-99,6)
X. Aparato Genitourinario	70 (35,4-91,9)	50 (24-76)	99,4 (98,7-99,7)	99,7 (99,2-99,9)
XI. Embarazo, Parto Puerperio	19 (6,3-42,6)	80 (29,9-98,9)	99,9 (99,5-100)	98,6 (97,7-99,1)
XII. Piel y tejido subcutáneo	78,6 (48,8-94,3)	73,3 (44,8-91,1)	99,7 (99,1-99,9)	99,7 (99,2-99,9)
XIII. Sistema Osteoarticular	78,4 (74,4-81,9)	85 (81,2-88,1)	90,4 (88-92,4)	85,8 (83,1-88,2)
XIV. Anomalías Congénitas	50 (2,7-97,3)	20 (1,1-70,1)	99,7 (99,1-99,9)	99,9 (99,5-100)
XVI. Síntomas y signos mal definidos	68,4 (43,5-86,4)	7,6 (4,3-12,9)	86,6 (84,5-88,5)	99,4 (98,7-99,8)
XVII. Lesiones y Envenenamientos	64 (54,5-72,7)	79,3 (69,4-86,8)	98,3 (97,2-98,9)	96,3 (95-97,3)

La menor concordancia se dió en el grupo I de enfermedades infecciosas y parasitarias y XVI de signos y síntomas mal definidos, debido al escaso número de procesos transmisibles y a la inespecificidad de la sintomatología en los diagnósticos encuadrados en el grupo XVI.

Validez

La sensibilidad más alta se produjo en los grupos diagnósticos V (82,9%), XII (78,6%) y XIII (78,4%), y los valores predictivos positivos fueron superiores en los grupos V (94,6%), XIII (85%) y II (85%); los porcentajes de especificidad y valor predictivo negativo oscilaron entre 86,6%-99,9% y 85,8%-100% respectivamente (tabla 4).

DISCUSIÓN

Son escasos los trabajos publicados sobre este tema, a pesar de la importancia clínica y socioeconómica del mismo. La bibliografía internacional tiene una utilidad limitada en este caso, ya que la prestación y proceso de la IT se corresponde únicamente con el Sistema de Seguridad Social Español.

Nuestro punto de partida ha sido estudiar los procesos de baja con una duración mayor de 15 días, pues es cuando se realiza el control por parte de la Inspección Médica.

En el caso de procesos del grupo XVI: signos y síntomas mal definidos, el médico de cabecera no suele modificar el diagnóstico a lo largo del proceso de IT, aunque mejore la especificidad diagnóstica.

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 Sistema Nacional de Salud¹¹, por lo que es fundamental el papel de los Médicos del Trabajo por su conocimiento de las condiciones de trabajo y de los riesgos presentes en el puesto de trabajo; así como, por su relación de confianza con el trabajador.

Los Servicios de Prevención tienen, entre sus cometidos, la investigación de la causalidad de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, su relación con las condiciones de trabajo y la consiguiente propuesta de actuaciones preventivas para evitar su repetición. Las causas que motivan o agravan las situaciones de la IT por contingencias comunes pueden tener una relación más o menos directa con las condiciones de trabajo de los trabajadores¹². En este caso, la investigación de esta posible relación es poco frecuente entre los profesionales sanitarios de los servicios de prevención, entre otras, por la falta de acceso al diagnóstico real que motiva la IT y su correspondiente análisis para determinar sus hipotéticas relaciones con las condiciones de trabajo.

Es primordial el contacto directo y la colaboración entre los Médicos del Trabajo y la Inspección de Servicios Sanitarios, como apoyo en la toma de decisiones, basadas en la mejor evidencia científica disponible y en la valoración de la alteración de la función y estructura corporal, relacionada con la limitación de la actividad⁶.

Parece necesario insistir en la recomendación hecha por diversos autores acerca de la necesidad de mejorar la calidad de los registros de IT^{10, 13}.

Por ello, es muy importante que los Médicos del Trabajo hagan un informe periódico de tipo epidemiológico de las ausencias al trabajo por motivos de salud, incluidas las IT, y lo ponga al alcance del resto de componentes del Servicio de Prevención y de toda la empresa (representantes del empresario y de los trabajadores) para contribuir a la mejora de las condiciones de trabajo y conseguir la excelencia en su adaptación a las personas.

Desde esta perspectiva, la participación del Médico del Trabajo se debe orientar a detectar y contribuir a corregir todos aquellos elementos de las condiciones de trabajo que pueden producir un riesgo para la salud del trabajador en el puesto de trabajo; y a orientar y planificar intervenciones individuales y colectivas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores.

CONCLUSIONES

La calidad del diagnóstico que consta en los partes de baja se puede considerar aceptable.

El diagnóstico repercute en la prescripción de la baja y en la evolución del proceso.

Una buena información a los médicos de Atención Primaria y una estrecha colaboración con el Médico especialista en Medicina del trabajo permitirá mejorar la calidad de los diagnósticos mediante CIE-9-MC y, consecuentemente la gestión de la IT. De manera que los documentos que certifican la baja y el alta, no se cuestionen como fuente de información sanitaria relevante, ya que permiten conocer una morbilidad no detectada por otras fuentes de datos y que, en un porcentaje elevado, puede estar relacionado con el trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Catalana de Medicina y Seguridad en el Trabajo. El papel de los profesionales sanitarios de Medicina del trabajo de los Servicios de Prevención ante la Incapacidad Temporal. 2006. www.semst.org/_descargas/incapacidad-temporal.pdf
2. García-Díaz AM, Pértiga-Díaz S, Pita-Fernández S, Santos-García C y Vázquez-Vázquez J. Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el periodo 2000-2002. *Aten primaria*. 2006; 37: 22-29.
3. Cortina A, Conill J. "Ética y empresas sanitarias" En: Simón P (Ed) En: La ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad. Madrid: Triacastela; 2004: 1-15
4. Benavides FG, Sáez M, Barceló MA, Serra C, Mira M. Incapacidad temporal: estrategias de análisis. *Gaceta Sanitaria* 1999 ; 13 (3): 185-190
5. Gervas,J; Ruiz,A y Pérez,M. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Documento de trabajo 85/2006. Madrid. Fundación Alternativas. 2006.
6. Pérez Lázaro JJ, García Alegría J, Tejedor Fernández M. Gestión clínica: conceptos y metodología de aplicación. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17: 305-311
7. 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; (Supp) 1: 379.
8. Plana, P; Pagés,C; Pori, M; Yetor,A; Corominas,J. La incapacidad temporal: un instrumento para la vigilancia de la salud de los trabajadores. *Archiv Prev Riesgos Labor* 2001; 4(2): 61-66.
9. Benavides FG, Plana M, Serra C, Domínguez R, Despuig M, Aguirre S et al. Reincorporación al trabajo después de un episodio de IT por contingencia común: papel de la edad, el sexo, la actividad económica y la comunidad autónoma. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81 (2):183-190.
10. 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; 10:93-97
11. Zarco J, Moya A, Judez J, Pérez F, Magayón R. Gestión de las bajas laborales. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 500-509.
12. Castejón J; Jarque,S; Benach,J et al. El papel de las condiciones de trabajo en la incidencia de la incapacidad temporal por contingencias comunes. Resultados de un estudio piloto. *Archiv Prev Riesgos Labor* 2000; 3(1): 12-17
13. Castejón J., Benavides F. G., Gimeno D., Company A., Fábrega O., Funes J. Calidad del diagnóstico médico en la certificación de la incapacidad temporal por enfermedad común y accidente no laboral. *Atención Primaria*. 2006; 37 (3): 142-7.