

## Fichas ocupacionales. Ibermutuamur

Rafael Ramos Muñoz

Director Médico de Contingencias Comunes. Ibermutuamur. Madrid.

### Correspondencia

RafaelRamos@ibermutuamur.es

## CONSTRUCTOS DESDE MARCO CONCEPTUAL

Utilizando el esquema conceptual recogido en La Prevención del Absentismo en el Lugar de Trabajo, publicado por la Fundación Europea para la Calidad de Vida y de Trabajo en 1997 (Modificado), hemos definido los instrumentos técnicos que se requieren en el conjunto de las variables definidas en el citado esquema.

En el modelo conceptual se plantea la interacción de la carga de trabajo con las capacidades del individuo como un equilibrio que se altera cuando el trabajador presenta problemas de salud, problemas que pueden originar la necesidad de una baja laboral con una posterior vuelta al trabajo.

Afrontamos el análisis de la carga de trabajo mediante la elaboración de Fichas Ocupacionales o herramientas de similares características que permitiesen disponer de información suficiente y ordenada sobre las cargas y requerimientos de las diferentes ocupaciones y grupos ocupacionales, al menos de las más frecuentes. En relación la definición operativa de los Problemas de Salud el planteamiento fue establecer Protocolos de Valoración Funcional. Valoración médica orientada a la determinación de las deficiencias que presentase el trabajador en el momento y durante la baja médica. La orientación de las actuaciones durante el periodo de baja médica y la previsión del retorno al trabajo se establecería mediante una gestión por tiempos estándar de duración. El necesario pronunciamiento sobre la recuperación de la capacidad laboral y la planificación ordenada del retorno al trabajo se efectuaría con sistemas de calificación.

Figura 1



Por otra parte, En las Guides to the Evaluation of Permanent Impairment. Sexta edición coordinada por Robert E. Rondinelli, editadas por la American Medical Association en 2008. En el apartado dedicado al papel y responsabilidad del evaluador. Literalmente:

*“En algunos casos la fuente de referencia podría plantear al médico examinador informar sobre el impacto médico de las deficiencias sobre la capacidad individual*

*para el trabajo de la persona afectada. Esto supera el ámbito de estas guías; sin embargo adquiriendo conocimientos y habilidades adicionales, el médico puede ser capaz de emitir una opinión razonable en ese sentido. Debería adquirir, como mínimo, la comprensión de las FUNCIONES ESENCIALES y diferentes TAREAS de la ocupación específica y cómo la situación médica del paciente interactúa con las DEMANDAS OCUPACIONALES. En muchos casos, el médico puede necesitar la opinión experta de un consultor e integrarla; esta orientación definirá mejor las habilidades funcionales relacionadas con el trabajo, así como las demandas vocacionales de tales determinaciones” (Hemos destacado en mayúsculas los elementos definatorios.)*

La integración de ambas líneas de pensamiento se constituyó como base del Programa de Análisis Ocupacional y de construcción de los instrumentos técnicos de evaluación de la capacidad laboral.

Además, en el abordaje de un programa de estas características, se tuvieron en cuenta tanto las experiencias previas de las áreas médicas de la Mutua, como las fortalezas derivadas de las Unidades Especializadas de diagnóstico y tratamiento, así el programa se fundamentó en:

- Apoyo en la experiencia en materia de gestión de las contingencias profesionales.
- Apoyo en la experiencia de seguimiento de procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes.
- Apoyo en los equipos técnicos del Área de Prevención-Mutua.
- Potenciar las fortalezas de apoyo en los servicios especializados de la Mutua (Biomecánica, Rehabilitación Cardíaca...).

Como objetivos programáticos se contemplaban:

- Incorporar la metodología de evaluación de incapacidad laboral e instrumentos de valoración funcional.
- Confluir con la metodología de evaluación desarrollada por la entidad gestora.
- Integración en la Historia Clínica electrónica.
- Aportar información cualificada a los Médicos de Atención Primaria complementando las Propuestas de Alta.
- Desarrollo participativo con Equipos de Trabajo fundamentalmente constituidos por el usuario final (Médico de Control).

## EVOLUCIÓN DEL MODELO IBERMUTUAMUR. INSTRUMENTOS TÉCNICOS

El modelo Ibermutuamur se ha construido siguiendo una secuencia definida de instrumentos de apoyo en la toma de decisiones del médico que realiza la evaluación de la situación de incapacidad. Se definió como estadio final la consecución de una historia clínica inteligente, capaz de guiar las etapas de análisis, exploración y determinación de las deficiencias y discapacidades, incorporando de forma continua información disponible en las bases de datos de la historia, asignando los puntos de valoración y los protocolos de aplicación en un marco temporal definido por los tiempos estándar y personalizando por trabajador, definiendo el perfil ocupacional y de episodios previos. Cubiertas las primeras etapas y validadas con la experiencia de los servicios médicos, se evolucionaría a modelos de tipo predictivo, superando los meramente descriptivos.

Algunos de estos instrumentos pudieron desarrollarse en paralelo. Otros como el sistema de calificación requieren de la definición previa de los datos ocupacionales y los grados de limitación.

Así la línea secuenciada de construcción de instrumentos técnicos sería:

Figura 2



## FICHAS OCUPACIONALES

El Programa de Análisis Ocupacional se definió como objetivo estratégico de la Dirección Médica de Contingencias Comunes por considerarlas el elemento angular del conjunto de instrumentos técnicos de evaluación y calificación de la capacidad laboral. La información ocupacional orienta la valoración médica en los distintos momentos de evaluación de caso y determina la capacidad del trabajador para afrontar los requerimientos de la ocupación y su posibilidad de retorno al puesto de trabajo. El cruce de información ocupacional y la presencia o ausencia de deficiencias orgánicas constituye el núcleo de la calificación de incapacidad.

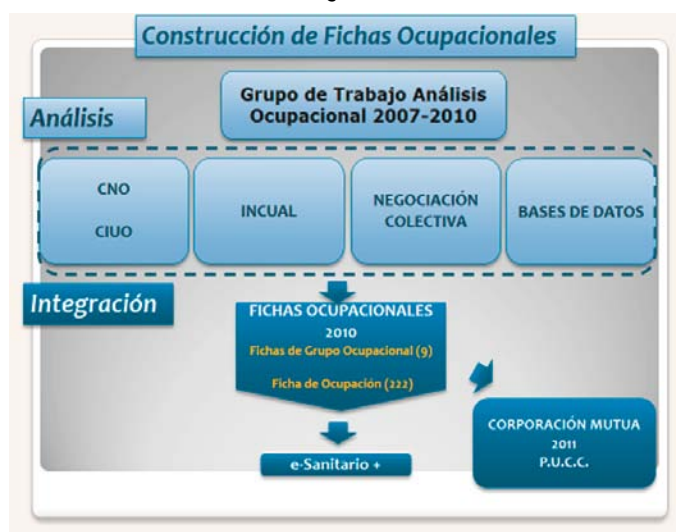
Se consideró esencial incorporar el análisis ocupacional en la práctica médica del control de la incapacidad temporal por contingencias comunes, superando el paradigma diagnóstico.

Se entendió como un proceso que requería la participación del personal médico como principal usuario de los instrumentos técnicos, orientándolos a su práctica diaria, se constituyen los Grupos de Trabajo en 2007.

Se estimó necesario que tuviesen una integración plena en Historia Clínica de Ibermutuamur, orientando todas las actuaciones médicas desde el inicio de gestión del proceso de incapacidad temporal.

El proceso de trabajo del grupo se recoge en el siguiente gráfico:

Figura 3



## Objetivos del programa de análisis ocupacional

- Dotar a los Médicos de Control de un conjunto ordenado de información ocupacional sobre las profesiones más frecuentes.
- Integrar en la valoración de las situaciones de incapacidad temporal un conjunto de datos ocupacionales que permitan una aproximación objetiva a los requerimientos y cargas ocupacionales.
- Trabajo de Equipo.

El esquema de desarrollo de los trabajos del Grupo de Análisis Ocupacional arriba indicado, finalizó en 2010 con la edición de un Catálogo que incorporaba 9 Grupos Ocupacionales y 222 Ocupaciones, catálogo que se incorporó a la Historia Clínica Electrónica de Ibermutuamur (eSanitario+) y en 2011 fue adoptado por todas las entidades vinculadas a Corporación Mutua. Como principal código de identificación de las ocupaciones utilizan la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011.

## Ficha

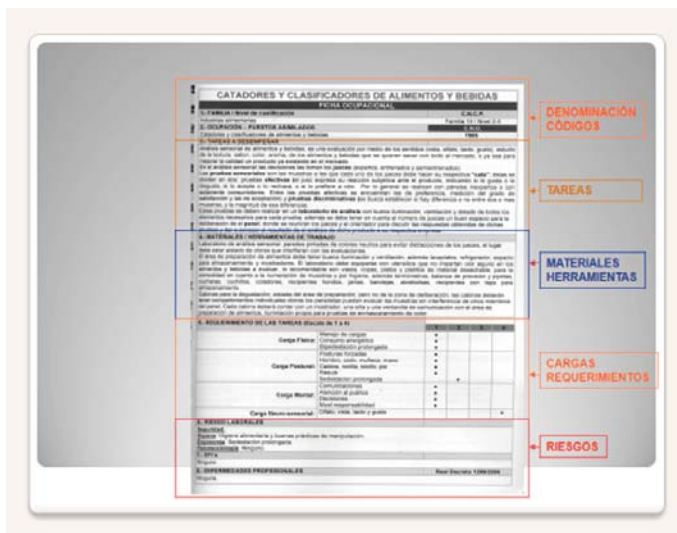
Los elementos definitorios en el diseño de la ficha fueron: Optar por un conjunto agregado de datos a nivel de profesión u ocupación, que permitiese una ágil consulta, optando por una visualización completa en una página, siendo accesible en la historia clínica y sencilla sin excesivos apartados.

## Estructura de la ficha

- a) Identificación por Denominación y Códigos (Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales-Catálogo Nacional de Ocupaciones).
- b) Descripción de las Tareas de la ocupación.
- c) Enumeración de los Equipos-Materiales-Herramientas utilizados en la ocupación.
- d) Descripción de las Cargas y Requerimientos.
- e) Enumeración de los riesgos y EPI.
- f) Inclusión o no en algún apartado del Cuadro de EP del RD 1299/2009).

Figura 4

Modelo de ficha



Las cargas ocupacionales se integran en cuatro apartados:

- I. CARGA FÍSICA.
- II. CARGA POSTURAL.

### III. CARGA MENTAL.

### IV. CARGA NEUROSENSORIAL.

Las cargas se cualifican en grados I a IV por un conjunto de descriptores:

1. Carga Física (en METS y demanda de trabajo muscular).
2. Carga Postural (en tiempo de postura mantenida o tiempo de sollicitación de trabajo articular).
3. Bipedestación (en tiempo de jornada laboral).
4. Sedestación (en tiempo de jornada laboral).
5. Marcha por terreno irregular (en tiempo de jornada laboral).
6. Trabajo en alturas (altura en metros y tiempo de jornada laboral).
7. Manejo de Cargas (valorado por peso de la carga, repetición y porcentaje de tiempo de trabajo).
8. Ritmo de Trabajo (valorado en número de operaciones y capacidad de control-autonomía del trabajador).
9. Trabajo de Precisión (en tiempo de jornada laboral y dimensión de los objetos).
10. Trabajo Nocturno (turnos y tiempo de trabajo).
11. Carga Mental (responsabilidad de las tareas).
12. Percepción de sonido (comunicación oral, comunicación telefónica, atención a público).
13. Percepción de formas, detalles y distancias (lectura de displays, manejo de vehículos).
14. Requerimientos visuales (lecto-escritura, vehículos, instrumentos de precisión, visión nocturna).

## PROTOSCOLOS DE VALORACIÓN FUNCIONAL

En el proceso de diseño y elaboración de los Protocolos Médicos, la primera decisión fue definirlos siguiendo el esquema de los baremos de evaluación de deficiencias tanto internacionales como nacionales estructurándolos por aparatos y sistemas orgánicos, así se definieron los siguientes Protocolos:

- I. Nefrología.
- II. Neumología.
- III. Circulatorio (3).
- IV. Neurología.
- V. Digestivo.
- VI. Endocrinología.
- VII. Hematología.
- VIII. Otorrinolaringología y Trastornos del Lenguaje.
- IX. Osteomuscular (3).
- X. Oftalmología.
- XI. Enfermedades mentales.

Entre paréntesis se recogen las subdivisiones de algunos aparatos (ejemplo: Miembro Superior, Inferior...).

El proceso de trabajo del grupo se recoge en el siguiente gráfico:

Figura 5



La construcción de los Protocolos de Valoración Funcional se realizó por un Grupo de Trabajo que integró los protocolos clínicos con pruebas funcionales y diagnósticas utilizadas en los consensos y guías de práctica médica, con una revisión de baremos y tablas de valoración utilizadas en nuestro medio y en el ámbito internacional.

En el marco de las líneas estratégicas de Corporación Mutua se definió una línea de acción en Contingencias Comunes constituyendo un grupo de trabajo que consensuó los Protocolos de Valoración Funcional y Guías Clínicas. Como resultado se adoptó en 2012 un conjunto de Protocolos como anexo del Procedimiento Unificado de Contingencias Comunes. Este conjunto se integró como Instrucción Técnica junto con las Fichas Ocupacionales.

Se mantuvo la estructura de aparatos y sistemas orgánicos y se definieron cuatro grados de limitación funcional.

1. APARATO DIGESTIVO.
2. APARATO OSTEOMUSCULAR:
  - HOMBRO.
  - CODO.
  - MUÑECA.
  - MANO Y DEDOS.
  - CADERA.
  - RODILLA.
  - TOBILLO.
  - PIE Y DEDOS.
  - COLUMNA VERTEBRAL.
3. CARDIOLOGÍA.
4. ENDOCRINOLOGÍA.
5. GENITOURINARIO.
6. HEMATOLOGÍA.
7. NEUMOLOGÍA.
8. NEUROLOGÍA.
9. OFTALMOLOGÍA.
10. ONCOLOGÍA.

- 11. OTORRINOLARINGOLOGÍA.
- 12. TRASTORNOS MENTALES.
- 13. VASCULAR.
  - ARTERIAL.
  - VENOSO.

**Anexo**

- I. TABLAS DE CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA.
- II. TABLAS PARA EL CÁLCULO DE LA PÉRDIDA AUDITIVA Y LA DEFICIENCIA VISUAL BINOCULAR.

**Figura 6**

SISTEMA DE CALIFICACIÓN				
	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
<b>BALANCE ARTICULAR</b>	Deficit de movilidad de región anatómica hasta el 5%	Deficit de movilidad de región anatómica entre el 5% y el 8%	Deficit de movilidad de región anatómica entre el 8% y el 10%	Deficit de movilidad de región anatómica mayor del 10% (afectación bilateral)
<b>RADICULOPATÍA</b>	No Radiculopatía	Radiculopatía leve	Radiculopatía Moderada	Radiculopatía Severa
<b>ATROFIA MUSCULAR</b>	No	Evidente		Muy evidente
<b>PRUEBAS COMPLEMENTARIAS*</b>	Normales o alteraciones leves	Alteraciones moderadas	Alteraciones importantes o moderadas - asociada severa	Muy alterado
<b>LIMITACIÓN CAPACIDAD</b> Según requerimiento Ficha ocupacional	Periodo de IT como No genera IT	Pueden ser situaciones laborales de períodos de IT, o en casos de incapacidad permanente para actividades de muy importantes requerimientos sobre el segmento (períodos)	Limitación para actividades que requieren esfuerzos ligeros del segmento físico. Limitación para tareas que precisan elevación de los hombros por encima de la horizontal (mantenencia repetitiva FICSA).	Importante limitación en el ámbito laboral e incluso en las formas muy severas en valorará la necesidad de realizar jornada para las actividades de la vida diaria
<b>CAMBIO POST-TRAUMÁTICOS</b>	En evolución	Acuñamiento y/o galleta con inestabilidad mecánica o neurológica	Acuñamiento y/o galleta con ligera inestabilidad	Acuñamiento y/o galleta con importante inestabilidad
<b>CAMBIO POST-QUIRÚRGICOS</b>	En evolución	Artrosis, sin cambios por diagnóstico en actividades de muy importantes requerimientos sobre el segmento	Hernia discal intervertebral que condiciona un compromiso radicular moderado o más. Cambio post-quirúrgico (según de técnica) sea artrosis, laminectomía o discectomía en actividades moderadas	Hernia discal que condiciona un compromiso radicular importante. Cambio post-quirúrgico severo (según de técnica) sea artrosis, laminectomía o discectomía en actividades moderadas/ligeras

**SISTEMA DE CALIFICACIÓN**

Desarrollado en Corporación Mutua como instrucción técnica del procedimiento unificado de contingencias comunes en 2012-2013.

El Sistema de Clasificación se conforma como el instrumento que integra la información ocupacional y la evaluación de deficiencias confluyendo en una decisión sobre la capacidad del trabajador para realizar las tareas de la ocupación que desempeña. Define tres posibles situaciones: alta, próxima alta y continúa en baja médica o constituye una situación de incapacidad permanente.

El sistema de calificación orienta a los equipos médicos en la gestión del proceso, aplicándose en los distintos puntos del cronograma de seguimiento, disminuyendo la variabilidad intra e interindividual.

Figura 7



El sistema define descriptores no valorables, los descriptores a valorar y las posibles horquillas de decisión.



Figura 8

GRADOS REQUERIMIENTOS TAREAS		GRADOS VALORACIÓN FUNCIONAL			
		1	2	3	4
CONSUMO ENERGÉTICO	1				
	2				
	3				
	4				
CARGAS	1				
	2				
	3				
	4				
RITMO DE TRABAJO	1				
	2				
	3				
	4				
BIPEDESTACIÓN PROLONGADA	1				
	2				
	3				
	4				
MARCHA POR TERRENO IRREGULAR	1				
	2				
	3				
	4				

**Cruzar ambos valores.** Al realizar el cruce de ambos grados podremos obtener los siguientes resultados:

- **Código rojo:** valorar alta.
- **Código verde:** valorar alta/continuar en IT. La toma de una u otra decisión se realizaría en función del criterio médico y otros posibles requerimientos.
- **Código azul:** continuar en IT o valorar la posibilidad de propuesta de incapacidad permanente, en aquellos casos en los que limitaciones sean severas.

Figura 9

GRADOS REQUERIMIENTOS TAREAS		GRADOS VALORACION FUNCIONAL			
		1	2	3	4
MANEJO DE CARGAS	1				
	2				
	3				
	4				

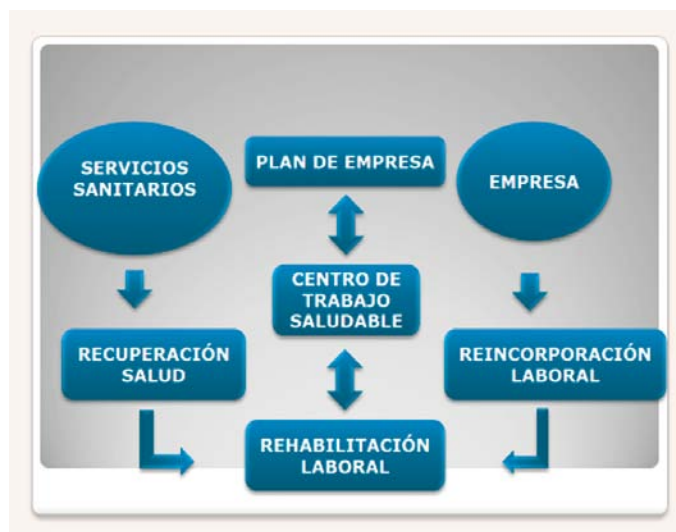
### Planes de retorno al trabajo

En el mencionado trabajo sobre absentismo laboral de la Fundación Europea se recogían como buenas prácticas los planes estructurados de retorno al trabajo en las empresas.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud publicó en 2010 el documento: *Ambientes de Trabajo Saludables: un modelo para la acción*. El documento se especifica que la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores son de fundamental importancia para los propios trabajadores y sus familias, y también para la productividad, la competitividad y la sostenibilidad de las empresas y, por ende, para las economías de los países y del mundo.

Partiendo de las líneas definidas en este texto se elaboró un modelo teórico de actuaciones a nivel de la empresa que desarrollasen desde una perspectiva operativa las interacciones de centro de trabajo y las acciones de los servicios sanitarios en la formulación de planes de retorno al trabajo. El modelo amplía la aproximación histórica al control del absentismo concentrada fundamentalmente en procedimientos de seguimiento médico de la incapacidad temporal, separada de la realidad laboral. Integra el centro de trabajo desde la perspectiva de salud, no solo como un espacio saludable, sino como un posible entorno de rehabilitación ocupacional en condiciones reales controladas.

Figura 10



En concordancia con lo anterior, en nuestro Sistema de Seguridad Social por Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo modificó la Ley General de Seguridad Social, texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, se contempló que las Mutuas de AT y EP, podrían destinar una parte de los excedentes obtenidos en la gestión de las contingencias profesionales o de la incapacidad temporal por enfermedad común al establecimiento de sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias comunes de las empresas, siempre que hayan reducido los costes de la incapacidad temporal, por debajo de los límites establecidos y que hayan obtenido una reducción significativa de estos costes como consecuencia de:

- La aplicación de planes pactados en el ámbito de la empresa con la representación de los trabajadores.
- Que modifiquen las condiciones de trabajo.
- Flexibilicen el cambio de puesto de trabajo de los trabajadores afectados por enfermedad común.
- Mejoren el control del absentismo injustificado.

En este marco jurídico era necesario diseñar y aplicar nuevos instrumentos de gestión que integrasen la información ocupacional y la valoración de deficiencias y discapacidades orientándolos no solo a la reintegración con alta médica, sino a una reinserción flexible y progresiva del trabajador a la actividad laboral, mediante la adaptación de las condiciones de trabajo y los cambios de puesto.

Esto se concretaría en Planes individualizados que contemplan el ajuste de puesto, tareas, jornada. Este ajuste sería progresivo, supervisado y reversible.

Figura 11



El plan requiere un completo conocimiento de las tareas y las cargas asociadas, así como su ponderación en el conjunto de la jornada laboral, generando el perfil de demanda sobre aparatos y sistemas orgánicos. Este perfil ocupacional se enfrenta al perfil individual de deficiencias y discapacidades que se su caso presenta el trabajador.

Figura 12



## CONCLUSIONES

1. Todos los agentes que intervenimos en la gestión de la IT debemos dotarnos de instrumentos adecuados a la valoración de la actividad laboral.
2. Se deben alcanzar consensos sobre la metodología y los instrumentos técnicos.
3. Debemos potenciar la investigación en estos campos.
4. Los instrumentos de valoración constituyen una herramienta esencial en la gestión de la incapacidad laboral.
5. El Análisis Ocupacional es junto con los Protocolos de Valoración Funcional la piedra angular que permite la calificación de incapacidad.