

Medicina y Seguridad del Trabajo

(Internet)



Enero-marzo | 1º Trimestre

2021;67(262)

Revista fundada en 1952

Edita
Ministerio de Ciencia e Innovación
Instituto de Salud Carlos III
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo



Tomo 67 · Enero-marzo 2021 · 1º Trimestre
Med Seg Trab (Internet). 2020;67(262):1-76

Fundada en 1952

Edita:

Ministerio de Ciencia e Innovación
Instituto de Salud Carlos III
Escuela Nacional de Medicina del Trabajo
Pabellón, 13 – Campus de Chamartín – Avda. Monforte de Lemos, 3 - 5
o C/ Melchor Fernández Almagro, 3
28029 Madrid. España.

© BY-NC-SA 4.0

Periodicidad:

Trimestral, 4 números al año.

Indexada en:

OSH – ROM (CISDOC) Organización Internacional del Trabajo (OIT) HINARI, Organización Mundial de la Salud (OMS) IBECs, Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud IME, Índice Médico Español SciELO (Scientific Electronic Library Online) Dialnet Latindex Free Medical Journals Portal de Revistas Científicas. BIREME. OPS/OMS

Diseño y maquetación:

motu estudio

Disponible en:

<http://publicaciones.isciii.es>
<http://www.scielo.org>
<http://scielo.isciii.es>
<http://www.freemedicaljournals.com/>
<http://dialnet.unirioja.es/>
<http://publicacionesoficiales.boe.es>



Ministerio de Ciencia
e Innovación
**Instituto
de Salud
Carlos III**
Escuela Nacional de
Medicina del Trabajo



International Labour Organization

International Occupational Safety and Health Information Centre (CIS)

Centro Nacional en España: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo (ISCIII)



<https://revistas.isciii.es/revistas.jsp?id=MST>

Visite la web de la revista si desea enviar un artículo,
conocer las políticas editoriales o suscribirse a la edición digital.



ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA DEL TRABAJO INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

Directora: María Jesús Terradillos García

Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid (España)

COMITÉ EDITORIAL

Editor jefe: Javier Sanz Valero

Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid (España)

Editor adjunto: Jerónimo Maqueda Blasco

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Madrid (España)

Coordinadora de redacción: Isabel Mangas Gallardo

Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Madrid (España)

MIEMBROS

Guadalupe Aguilar Madrid

Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo. México

Juan Castañón Álvarez

Jefe de Estudios Unidad Docente. Comunidad Autónoma de Asturias. Asturias (España)

Valentina Forastieri

Programa Internacional de Seguridad, Salud y Medio Ambiente (Trabajo Seguro). Organización Internacional del Trabajo (OIT/ILO). Ginebra (Suiza)

Clara Guillén Subirán

IBERMUTUA. Madrid (España)

Rosa Horna Arroyo

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander (España)

Juan Antonio Martínez Herrera

Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas. Instituto Nacional de la Seguridad Social (España)

António Neves Pires de Sousa Uva

Escola de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Lisboa (Portugal)

Héctor Alberto Nieto

Cátedra de Salud y Seguridad en el Trabajo. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Argentina)

Joaquín Nieto Sainz

Director de la Oficina en España de la Organización Internacional del Trabajo.

María Luisa Rodríguez de la Pinta

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid (España)

José María Roel Valdés

Sector Enfermedades Profesionales. Centro Territorial INVASSAT. Alicante (España)

COMITÉ CIENTÍFICO

Fernando Álvarez Blázquez

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Vigo (España)

Francisco Jesús Álvarez Hidalgo

Unidad de Salud, Seguridad e Higiene del Trabajo. Comisión Europea (Luxemburgo)

Carmen Arceiz Campos

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital de La Rioja. Logroño (España)

Ricardo Burg Ceccim

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil

María Dolores Carreño Martín

Directora Provincial MUFACE. Servicio Provincial de Madrid. Madrid (España)

Fernando Carreras Vaquer

Sanidad Exterior. Ministerio de Sanidad. Madrid (España)

Amparo Casal Lareo Azienda Ospedaliera.

Universitaria Careggi. Florencia (Italia)

Covadonga Caso Pita

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Clínico San Carlos. Madrid (España)

Rafael Castell Salvá

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Palma de Mallorca (España)

María Castellano Royo

Universidad de Granada. Facultad de Medicina. Granada (España)

Luis Conde-Salazar Gómez

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España)

Francisco Cruzet Fernández

Especialista en Medicina del Trabajo. Madrid (España)

María Fe Gamó González

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España)

María Ángeles García Arenas

Servicio de Prevención y Salud Laboral. Tribunal de Cuentas. Madrid (España)

Fernando García Benavides

Universidad Pompeu-Fabra. Barcelona (España)

Vega García López

Instituto Navarro de Salud Laboral. Pamplona (Navarra). España

Juan José Granados

Arroyo Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid (España)

Felipe Heras Mendaza

Hospital de Arganda del Rey. Arganda del Rey, Madrid (España)

Cuauhtémoc Arturo Juárez Pérez

Unidad de Investigación de Salud en el Trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social. México

Francisco Marqués Marqués

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Madrid (España)

Gabriel Martí Amengual

Universidad de Barcelona. Barcelona (España)

Begoña Martínez Jarreta

Universidad de Zaragoza. Zaragoza (España)

Pilar Nova Melle

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid (España)

Elena Ordaz Castillo

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid (España)

Carmen Otero Dorrego

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital General de Móstoles. Móstoles, Madrid (España)

Cruz Otero Gómez

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid (España)

Fernando Rescalvo Santiago

Jefe de la Unidad Docente Multidisciplinar de Salud Laboral de Castilla y León. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. España

Vicente Sánchez Jiménez

Formación y Estudios Sindicales FECOMA-CCOO. Madrid (España)

Pere Sant Gallén

Escuela de Medicina del Trabajo. Universidad de Barcelona. Barcelona (España)

Dolores Solé Gómez

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Barcelona (España)

José Ramón Soriano

Corral Mutua Universal. Madrid (España)

Rudolf Van Der Haer

MC Mutual. Barcelona (España)

Carmina Wanden-Berghe

Universidad CEU Cardenal Herrera. Elche. Alicante (España). Hospital General Universitario de Alicante (España)

Marta Zimmermann Verdejo

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Madrid (España)



Vol. 67(262) / Enero-marzo de 2021

SUMARIO / CONTENTS

EDITORIAL

Medicamentos peligrosos

Hazardous drugs

Pedro García Salom 6-10

ARTÍCULO ESPECIAL

Características clínicas de COVID-19 en trabajadores sanitarios de tres hospitales de Madrid durante la primera ola de la pandemia

Clinical characteristics of COVID-19 in healthcare workers from three hospitals from Madrid during the first wave of the pandemic

Ámbar Deschamps-Perdomo, Mayra Garrafa-Núñez, María Eva Meza-Caballero,
Ghino Patricio-Villanueva, Yohana Salgado-Balbas,
Jennifer Sánchez-Paniagua-Castillo 11-23

ORIGINAL

Intervención grupal de promoción de hábitos saludables en el ámbito laboral: Programa IPHASAL

Group intervention to promote healthy habits in the workplace: IPHASAL Program

Marta García-Solano, Enrique Gutiérrez-González, Sara Santos-Sanz, M^a José Yusta-Boyo,
Carmen Villar-Villalba, M^a Ángeles Dal Re-Saavedra 24-36

INSPECCIÓN MÉDICA

La incapacidad temporal laboral en los tiempos del COVID-19, aspectos preventivos y consecuencias

Temporary incapacity for work (sick leave) in the times of COVID-19, preventive aspects and consequences

José Manuel Vicente-Pardo, Araceli López-Guillén-García 37-72

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Algunos aspectos sobre el desarrollo profesional de la medicina evaluadora de incapacidades laborales

Some aspects of the professional development of Evaluative Medicine of incapacity for work

Luis Sánchez-Galán, Pilar Baidés-Gonzalvo, Raúl Regal-Ramos,
Gema Herreros-Portolés 73-78



doi: 10.4321/s0465-546x2021000100001

Editorial

Medicamentos peligrosos

Hazardous drugs

Pedro García Salom¹  0000-0001-5235-4722

¹Hospital General Universitario, Servicio de Farmacia, Alicante, España.

Correspondencia

Pedro García Salom
garcia.salom.pedro@gmail.com

Recibido: 13.01.2021

Aceptado: 17.01.2021

Publicado: 31.03.2021

Financiación

Sin financiación

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses

How to cite this paper

García P. Medicamentos peligrosos. Med Segur Trab (Internet). 2021;67(262):6-10. doi: 10.4321/s0465-546x2021000100001

 BY-NC-SA 4.0

Las propiedades tóxicas de los medicamentos citostáticos son bien conocidas desde que en los años 40 empezaron a utilizarse en el ámbito oncológico⁽¹⁾.

Sin embargo, hasta que en la década de los 80 se comenzaron a publicar una serie de estudios posteriores^(2,3), cuyos resultados apuntaban a la posible relación entre la exposición laboral a citostáticos con el incremento de diferentes efectos para la salud, ni los organismos públicos ni las sociedades científicas habían tomado cartas en el asunto. Es a partir de este momento cuando empieza la concienciación del problema y surgen las primeras directrices y recomendaciones.

En 1981 aparece la primera guía para el manejo seguro de los medicamentos citostáticos⁽³⁾ editado por la Sociedad Australiana de Farmacéuticos de Hospital y unos años más tarde se incorpora la Sociedad Americana de Farmacia Hospitalaria. En la década de los 90 se acuñó el término «medicamento peligroso» por la sociedad americana de farmacéuticos del sistema público americano⁽⁴⁾.

Sin embargo, no es hasta que en septiembre 2004 este término no es adoptado por la Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH), cuando empieza a conocerse el problema de forma más generalizada y comienza a tomarse conciencia del problema en profundidad⁽⁵⁾.

Este organismo identificó una lista de las principales drogas peligrosas elaborada a partir de información proporcionada por otras cuatro instituciones que habían generado listas de medicamentos peligrosos para sus respectivas instituciones, así como una lista de Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA). La lista de 2004 se actualizó en 2010 y desde entonces está alcanzando una actualización bianual⁽⁶⁻¹⁰⁾.

En estas monografías se establecen los criterios utilizados para ser incluido en las listas de medicamentos peligrosos y más recientemente, listados de medicamentos sospechosos de serlo también, que han sido evaluados pero que finalmente no alcanzan la toxicidad requerida, según criterios establecidos para ser considerados peligrosos en el entorno sanitario.

La difusión internacional de estos listados, ha evidenciado el retraso de los organismos españoles, que no habían desarrollado ningún marco de referencia hasta ese momento respecto del problema y que se vieron en la necesidad de tomar “cartas en el asunto” y adaptar estas listas a los medicamentos comercializados en España. Queda por dilucidar si serán capaces de poner en marcha criterios propios, o en su defecto, afrontar el reto de actualizar y adaptar para España estos listados de forma rápida y continuada, para evitar que las nuevas incorporaciones de estos medicamentos queden al margen de los procedimientos y prácticas de seguridad que ya se emplean de forma generalizada en España, o al menos establecer un procedimiento estándar detallado donde se recojan las fuentes de obligada consulta, en el entorno sanitario, para determinar inequívocamente su clasificación evitando así las discrepancias o disparidades de criterios entre comunidades autónomas o establecimientos sanitarios, antes de incorporarlos a la práctica asistencial.

Actualmente, podemos acceder a información de nuevos medicamentos incluidos por NIOSH cada dos años, publicados, en audiencia pública incluso como borradores previos antes de ser declarados oficiales por el organismo, la última la de 2020. Lamentablemente, no hemos visto una translación de esto en España. La base de datos del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) de medicamentos peligrosos (INFOMEPE) puesta en marcha en 2016, no parece estar actualizándose de manera fluida y se encuentran medicamentos incluidos en actualizaciones de la NIOSH que a día de hoy no se recogen en esta base de datos de acceso público, si bien ya se recoge toda una declaración de intenciones de continuidad de información en dicha base de datos⁽¹¹⁾.

Se ha asistido, en los últimos años en España, a un torbellino de medidas relacionadas con estos medicamentos, como la incorporación de equipos cerrados «Closed system transfer devices (CSTDs)» de alto coste para el sistema sanitario⁽¹²⁾ para aumentar la seguridad durante la manipulación, tal vez sin racionalizar suficientemente si los riesgos descritos que potencialmente reducen (menor cantidad de pérdidas y goteos, generación de aerosoles y formación de vapores), se contrarrestan al generar otros nuevos en comparación con los tradicionales sistemas de preparación.

Sirva como botón de muestra las pruebas realizadas sobre uno de estos dispositivos para su aprobación como sistema cerrado CSTDs, en los que fue necesario “forzar de manera artificial” la presión de

vapor en los viales, para que el vapor generado fuese medible y poder demostrar que el sistema «TOXI-GUARD» (presente en ON-GUARD/TEVADAPTOR) es capaz de retener los vapores producidos, tal y como se recoge textualmente en la documentación del sistema: «La cantidad de vapores de fármacos que pueden generarse en condiciones normales de uso es extremadamente baja y, por lo general, está por debajo de los límites analíticos de detección». Paclitaxel, uno de los medicamentos ensayados, ni siquiera en estas condiciones extremas forzadas generó vapor suficiente para poder ser detectado incluso en los equipos desprovistos del sistema TOXI-GUARD de retención de vapor⁽¹³⁾.

Sin embargo, es importante saber que estos sistemas cerrados no están exentos de inconvenientes respecto a sistemas tradicionales. Es necesario ejercer con algunos de estos equipos una fuerza extremadamente alta que para poder penetrar los tapones de los viales, provocando fatiga en los operarios, lesiones en las manos y rotura de los viales, así como, en ocasiones, la imposibilidad de extraer la totalidad del contenido del vial, generando a su vez una mayor cantidad de residuo de dicho medicamento y finalmente también está registrada una mayor frecuencia de desprendimiento de pequeños fragmentos del tapón que pueden ser extraídos junto al contenido de los viales tal y como se recogen en la base de datos MAUDE⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

La adecuación de la estructura física de los servicios de farmacia para su manipulación, con la construcción de salas blancas de presión negativa y utilización de cabinas de seguridad biológica con mayores tasas de extracción al exterior, está siendo otra de las grandes transformaciones de los servicios de farmacia, desde que en 2014 se publica la guía del ministerio de «buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria»⁽¹⁶⁾ así como la utilización de un equipamiento de protección más adecuado y la implantación de procedimientos y prácticas seguras para minimizar la exposición de los trabajadores a estos medicamentos⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Es posible pensar que con la implantación de estas medidas está cubierto en gran medida el reto de su utilización, pero nada más lejos de la realidad.

Se ha producido una pequeña revolución tecnológica orientada fundamentalmente a la elaboración de medicamentos peligrosos estériles, probablemente porque los citostáticos se han comercializado tradicionalmente y mayoritariamente por vía parenteral, pero mantenemos un vacío tecnológico o de NO regulación, en la manipulación de los medicamentos peligrosos no estériles. No debemos olvidar que los medicamentos y los productos químicos están regulados por normativas distintas, pero existen numerosos productos químicos peligrosos, que son utilizados por los servicios de farmacia para la elaboración de medicamentos, incorporándose a la cadena terapéutica por la “puerta de atrás” y escapando a la regulación de los medicamentos peligrosos.

Los organismos reguladores no han abordado el formato en que los laboratorios deberían comercializar los medicamentos líquidos peligrosos multidosis (ej. Jarabes, soluciones), teniendo que dosificarlos aun hoy día abriendo el frasco en su totalidad y dosificarlo con cucharadas, en domicilios por parte de familiares o del personal sanitario en hospitales, con el inevitable goteo, caídas de líquido, etc. En ocasiones y en el mejor de los casos, los frascos van provistos con tapones obturadores que requieren la utilización de jeringas dosificadoras para la extracción de las dosis, aunque este sistema tampoco resulta seguro, sí que reduce el contacto al manipular, pero no resuelve el problema satisfactoriamente.

Pero, sin duda alguna, el mayor reto que se tiene por delante, es el de la evaluación de los riesgos al manipular estos medicamentos.

Sabemos que hay multitud de elementos de minoración (instalaciones, equipos de protección individual, procedimientos, etc.) que pueden implementarse para reducir la exposición a los medicamentos peligrosos, durante los procesos de almacenamiento, preparación, transporte, administración, eliminación de residuos, cuidado de los pacientes, etc. Nadie duda que, en mayor o menor medida su implementación serviría para reducir la exposición a estos medicamentos^(20,21). Pero, se desconoce realmente cual es el impacto que cada uno de ellos puede aportar, sobre la minoración global que el conjunto de medidas conocidas podría conseguir, siendo necesario desarrollar una evaluación de riesgos metodológica adecuada, para abordar esta cuestión.

Estamos desprovistos de registros a nivel nacional que recojan y documenten los incidentes y la frecuencia con la que estos se producen, identifiquen a los trabajadores expuestos, y las consecuencias futuras a largo plazo, que una mayor o menor exposición puedan tener. Deberíamos ser capaces de ponderar de forma plausible cual es el impacto que cada uno de los elementos de minoración tiene, sobre la reducción de la exposición, y esto no se puede realizar sin un registro prospectivo de incidentes, que puedan ser investigados teniendo en cuenta la actividad que se estaba realizando, los equipos utilizados, las circunstancias en las que se han producido, y los elementos conocidos de minoración sin implementar que pudieran haber contribuido a que se produjeran. La comparación con la frecuencia de otras instituciones, en las que se hayan implementado algunas de estas minoraciones, nos permitirá establecer un orden de prioridad de las mismas y planificar su incorporación futura, atendiendo a complejidad o los recursos necesarios para su incorporación.

El objetivo final no debe ser otro que poder establecer a partir de estos conocimientos, entornos de trabajo saludables para los trabajadores, en donde se exijan por normativa, la implantación de un determinado conjunto de elementos de minoración, que aseguren un grado adecuado de seguridad, para poder seguir realizando esta actividad, o que sirva incluso para acreditar a los nuevos servicios y establecimientos sanitarios que deban trabajar con estos medicamentos.

Bibliografía

1. Goodman LS, Wintrobe MM, Dameshek W, Goodman MJ, Gilman A, McLennan MT. Nitrogen mustard therapy; use of methyl-bis (beta-chloroethyl) amine hydrochloride and tris (beta-chloroethyl) amine hydrochloride for Hodgkin's disease, lymphosarcoma, leukemia and certain allied and miscellaneous disorders. *J Am Med Assoc.* 1946;132(3):126-32. doi:10.1001/jama.1946.02870380008004
2. Guidelines for safe handling of cytotoxic drugs in pharmacy departments and hospital wards. *Hosp Pharm.* 1981;16(1):17-20.
3. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP technical assistance bulletin on handling cytotoxic drugs in hospitals. *Am J Hosp Pharm.* 1985;42(1):131-7.
4. American Society of Hospital Pharmacists. ASHP technical assistance bulletin on handling cytotoxic and hazardous drugs. *Am J Hosp Pharm.* 1990;47(5):1033-49.
5. Burroughs GE, Connor TH, McDiarmid MA, Mead KR, Power LA, Reed LD. NIOSH Alert: preventing occupational exposure to antineoplastic and other hazardous drugs in health care settings. Atlanta, USA: National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention; 2004. Report No.: 2004-165.
6. Connor TH, MacKenzie BA, DeBord DG, Trout DB, O'Callaghan JP. NIOSH List of antineoplastic and other hazardous drugs in healthcare settings, 2014. Atlanta, USA: National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), Department of Health and Human Services, Center for Disease Control and Prevention; 2014. Report No.: 2014-138.
7. Erce A, editor. Preventing occupational exposure to cytotoxic and other hazardous drugs: European Policy Recommendations. Brussels, Belgium: Rodhe Public Policy; 2016.
8. Braun B, Riehle A, Donofrio K, Hazif H, Loeb JM. Improving patient and worker safety: Opportunities for synergy, collaboration and innovation. Oakbrook Terrace, Illinois USA: The Joint Commission; 2012.
9. Occupational and Safety and Health Administration (OSHA). Controlling Occupational Exposure to Hazardous Drugs [Internet]. Washington DC, USA: OSHA, Department of Labor; 2016 [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/39PeWNd>
10. Pan American Health Organization - World Health Organization (PAHO/WHO). Safe handling of hazardous chemotherapy drugs in limited-resource settings [Internet]. Washington DC, USA: PAHO/WHO; 2013 [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2VvLQKe>

- 11.** Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). INFOMED -Información para trabajadores sanitarios sobre medicamentos peligrosos (Internet). Madrid, España: INSST [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3Dcln99>
- 12.** de Jong T, Pawlowska-Cypriasiak K, Hildt-Ciupińska K, Bos E, Nicolescu G, Trifu A, et al. Current and emerging occupational safety and health (OSH) issues in the healthcare sector, including home and community care: European Risk Observatory Report. Luxembourg: European Union Publications Office; 2015.
- 13.** Prevention of Hazardous Drug Vapor Release by the Tevadaptor® Vial Adaptor (Internet). Bethlehem, USA: B Braun Medical Inc; 2014 [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/38b4kpA>
- 14.** MAUDE - Manufacturer and User Facility Device Experience (Internet). Silver Spring, USA: U.S. Food and Drug Administration; 2021 [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3gsOJ9x>
- 15.** Zhao C, Radwick A. 5 Challenges of Closed System Transfer Devices (Internet). Bethesda, USA: Parenteral Drug Association; 2020 [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/38bcSNb>
- 16.** Casaus Lara ME, coordinadora. Guía de buenas prácticas de preparación de medicamentos en servicios de farmacia hospitalaria (Internet). Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3moQh8l>
- 17.** García Salom P, López Briz E, Moya Gil A, Ferriols Lisart F, Marco Garbayo JL, Vila Clérigues N, et al. Guía para la adaptación de las buenas prácticas en la preparación y manipulación de medicamentos en la Comunidad Valenciana – Instalaciones (Internet). Valencia, España: Generalitat Valenciana; [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3kiOYVF>
- 18.** García Salom P, López Briz E, Moya Gil A, Ferriols Lisart F, Marco Garbayo JL, Vila Clérigues N, et al. Guía para la adaptación de las Buenas Practicas en la Preparación y manipulación de Medicamentos en la Comunidad Valenciana – Equipamiento (Internet). Valencia, España: Generalitat Valenciana; [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3mHdO4H>
- 19.** García Salom P, López Briz E, Moya Gil A, Ferriols Lisart F, Marco Garbayo JL, Gaspar Carreño M, et al. Guía para la adaptación de las buenas prácticas en la preparación y manipulación de medicamentos en los servicios de farmacia en la Comunidad Valenciana – Procedimientos (Internet). Valencia, España: Generalitat Valenciana; [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/3DdRy87>
- 20.** USP <800> Hazardous Drugs - Handling in Healthcare Settings Gap Analysis Survey (Internet). [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/2WbXgH7>
- 21.** Hazardous Drug Consensus Group (HDGC). Consensus Statement on the Handling of Hazardous Drugs Per USP Chapter <800> [Internet]. Cary (NC), USA: Accreditation Commission for Health Care; 2017 [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://bit.ly/37pzVTO>




doi: 10.4321/s0465-546x2021000100002

Artículo especial

Características clínicas de COVID-19 en trabajadores sanitarios de tres hospitales de Madrid durante la primera ola de la pandemia

Clinical characteristics of COVID-19 in healthcare workers from three hospitals from Madrid during the first wave of the pandemic


Ámbar Deschamps-Perdomo¹  0000-0000-0000-0000

Mayra Garrafa-Núñez¹  0000-0000-0000-0000

María Eva Meza-Caballero¹  0000-0000-0000-0000

Ghino Patricio-Villanueva¹  0000-0000-0000-0000

Yohana Salgado-Balbas²  0000-0000-0000-0000

Jennifer Sánchez-Paniagua-Castillo³  0000-0000-0000-0000

¹Hospitales Universitarios Rey Juan Carlos, Infanta Elena y General de Villalba, Servicio de Prevención Mancomunado, Médico Especialista en Medicina del Trabajo, Madrid, España.

²Hospitales Universitarios Rey Juan Carlos, Infanta Elena y General de Villalba, Servicio de Prevención Mancomunado, Enfermera Especialista en Enfermería del Trabajo, Madrid, España.

³Hospitales Universitarios Rey Juan Carlos, Infanta Elena y General de Villalba, Servicio de Prevención Mancomunado, Enfermera, Madrid, España.

Correspondencia

Ámbar Deschamps Perdomo
ambardeschampsp@gmail.com

Recibido: 20.02.2021

Aceptado: 28.03.2021

Publicado: 31.03.2021

Financiación

Sin financiación

Contribuciones de autoría

Las autoras y los autores de este trabajo han contribuido por igual.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de intereses

How to cite this paper

Deschamps-Perdomo A, Garrafa-Núñez M, Patricio-Villanueva G, Salgado-Balbas Y, Sánchez-Paniagua-Castillo J. Características clínicas de COVID-19 en trabajadores sanitarios de tres hospitales de Madrid durante la primera ola de la pandemia. *Med Segur Trab (Internet)*. 2021;67(262):11-23. doi: 10.4321/s0465-546x2021000100002

Resumen

Introducción: El objetivo Disminuir el área de incertidumbre con la comprensión de la sintomatología y la caracterización clínica dentro del entorno hospitalario.

Método: Este es un estudio descriptivo comparativo, donde se revisaron y compararon las manifestaciones clínicas de 255 trabajadores sanitarios con COVID-19 durante la primera ola (marzo-abril 2020). De acuerdo a las características se hizo el análisis de los resultados utilizando las pruebas chi cuadrado, U de Mann-Whitney/w de Wilcoxon y las medidas de tendencia central.

Resultados: La anosmia y la ageusia tuvieron un vínculo estadísticamente significativo con la obtención de un resultado positivo en la PCR: Anosmia $p=0,001$; Ageusia: $p=0,00$; fiebre ($p=0,01$) y la odinofagia ($p=0,03$). La tos 75,56%, mialgias 68,11%, cefalea 43,53%, anosmia 37,25%, fiebre 34,12 % y ageusia 31,76% sobresalieron dentro de los síntomas. La positividad de la PCR tras el inicio de los síntomas estuvo entre 1.5 a 4 días.

Conclusiones: Es primordial utilizar un enfoque que al menos incluya la fiebre, anosmia o ageusia al establecer aislamiento y la determinación de pruebas diagnósticas. La caracterización clínica es fundamental para poder establecer estrategias sanitarias efectivas. Nuevas variantes del SARS CoV-2 podrían alterar la efectividad de estas estrategias.

Palabras clave: COVID-19; SARS-CoV-2; trabajadores de la salud; PCR de SARS-CoV-2 características clínicas.

Abstract

Introduction: Le objective is reduce the area of uncertainty with the understanding of the symptoms and the clinical characterization within the hospital environment.

Method: This is a comparative descriptive study, where the clinical manifestations of 255 healthcare workers with COVID-19 during the first wave (March-April 2020) were reviewed and compared. According to the characteristics, the analysis of the results was performed using the chi-square tests, Mann-Whitney U / w. Wilcoxon and measures of central tendency.

Results: Anosmia and ageusia had a statistically significant relationship with obtaining a positive result in the PCR: Anosmia $p = 0.001$; Ageusia: $p = 0.00$; fever ($p = 0.01$) and odynophagia ($p = 0.03$). Cough 75.56%, myalgia 68.11%, headache 43.53%, anosmia 37.25%, fever 34.12% and ageusia 31.76% stood out among the symptoms. The positivity of the PCR after the onset of symptoms was between 1.5 to 4 days.

Conclusions: It is essential to use an approach that at least includes fever, anosmia or ageusia when establishing isolation and determining diagnostic tests. Clinical characterization is essential to be able to establish effective health strategies. New variants of SARS CoV-2 could alter the effectiveness of these strategies.

Keywords: COVID-19; SARS-CoV-2; healthcare workers; SARS-CoV-2 PCR clinical characteristics.

Introducción

La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) detectada inicialmente en Wuhan, (Hubei, China) es una afección causada por el SARS-CoV-2, un nuevo betacoronavirus⁽¹⁾. Este patógeno se trata del tercer miembro de la familia coronavirus junto con el Síndrome Respiratorio Agudo Severo - Coronavirus (SARS-CoV) y el Virus del Síndrome Respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV), que causaron importantes brotes epidémicos en los últimos veinte años, siendo el COVID 19 el más contagioso de los tres⁽²⁻⁴⁾.

Desde finales de enero de 2020, cuando la epidemia de coronavirus llegó a España, los casos sintomáticos aumentaron rápidamente, haciendo de España uno de los países más afectados por la pandemia. A 27 de enero de 2021 la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica ha reportado 106.932 casos de COVID-19 en personal sanitario⁽⁵⁾ cifra que refleja el alto riesgo de infección al tratarse de la primera línea de respuesta a la pandemia COVID-19.

El SARS-CoV-2 ingresa a las células humanas a través del receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ACE2)⁽⁶⁾, un receptor que además de encontrarse en tracto respiratorio, también está en el tracto gastrointestinal, entre otros⁽⁷⁾.

La identificación temprana del COVID-19 constituye un reto importante debido a que sus síntomas clínicos se enmascaran con otras enfermedades respiratorias agudas⁽⁸⁾. Asimismo, el profesional sanitario en muchas ocasiones atribuye la sintomatología al ritmo de trabajo, estrés o alergias estacionales. Como consecuencia de lo anterior, el personal sanitario evita acudir a consulta, lo que dificulta un diagnóstico temprano cuando se encuentra en un estadio temprano o de curso leve⁽⁹⁾.

El espectro de esta enfermedad varía de leve a potencialmente mortal. Los síntomas clínicos se han descrito como fiebre, tos, disnea, mialgia y síntomas gastrointestinales como náuseas y diarrea. También se ha comunicado anosmia y ageusia, lo que nos lleva a tener una percepción de manifestaciones diversas^(2, 6, 10-13).

El hecho de que la prevalencia en determinados colectivos sea mínimamente sintomática dificulta el control de la pandemia. En consecuencia, existe preocupación de que las medidas para evitar su propagación no sean las adecuadas entre individuos de entornos hospitalarios.

Con el trascurso de la pandemia, en las distintas olas, han surgido varias variantes y mutaciones del SARS-CoV-2, generando gran preocupación ya que puede haber diferencias clínicas y epidemiológicas significativas como son la tasa de propagación de la enfermedad y la mortalidad^(14,15), además de que se podría poner en riesgo la estrategia vacunal⁽¹⁶⁻²¹⁾.

En vista de que la pandemia continúa propagándose, es importante disminuir el área de incertidumbre con la comprensión de la sintomatología y la caracterización clínica dentro del entorno hospitalario, para poder establecer estrategias efectivas de control de infecciones basadas en evidencia con la intención de proteger la salud y seguridad de esta fuerza laboral esencial.

Métodos

Este es un estudio descriptivo comparativo donde se tomaron las historias clínicas de las asistencias realizadas a 255 trabajadores sanitarios con COVID-19 durante la primera ola (marzo-abril 2020) de tres hospitales de la Comunidad de Madrid: Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles con 1693 empleados y 104 casos diagnosticados, Hospital Universitario General de Villalba en Collado Villalba con 859 empleados y 80 casos diagnosticados y el Hospital Infanta Elena en Valdemoro con 873 empleados y 71 casos diagnosticados.

Se incluyeron las valoraciones tanto por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales como por los servicios de Urgencias en aquellos casos remitidos o que directamente recibieron la atención allí. Se revisaron los síntomas y signos clínicos fijados como comunes dentro de las manifestaciones clínicas de la COVID-19 y se identificó la aparición de la positividad de la primera PCR y el comportamiento de la enfermedad según los grupos profesionales.

Adicionalmente, se hizo seguimiento al grado de gravedad y el tiempo en resolver la clínica y negativizar la PCR. Los criterios de gravedad fueron determinados por la necesidad de soporte ventilatorio en cualquiera de sus categorías.

De acuerdo a las características de los datos disponibles, se efectuó un análisis de los resultados utilizando las pruebas Chi cuadrado, U de Mann-Whitney/w. de Wilcoxon y las medidas de tendencia central.

Resultados

Enfocamos nuestro estudio en tres hospitales de poblaciones pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Madrid con variabilidad poblacional y topográfica que suman más de 300 mil habitantes, situados de norte a sur de la capital y los sanitarios que trabajaban al momento de la primera ola de pandemia (marzo-abril) en su gran mayoría poseen su residencia en proximidades de estas localidades. Todo ello nos ha permitido establecer un panorama sobre la afectación del SARS-CoV-2 y hacer un análisis comparativo del comportamiento de la enfermedad en sus síntomas clínicos más relevantes y cómo se comportó la COVID-19 dada las características regionales y distintos puntos geográficos.

El primer hospital está ubicado a 41 km al noroeste de la ciudad de Madrid en una región de sierra, Hospital Universitario General de Villalba (HGV) de segundo nivel de complejidad y cuenta con UCI de adulto y pediátrica. El segundo colinda con la capital en su parte sur y se encuentra inmerso en el área metropolitana con más de 200mil habitantes, es el Hospital Universitario Rey Juan Carlos (HRJC), también de segundo nivel de complejidad y con UCI de adulto y pediátrica. El tercer hospital, el Hospital Universitario Infanta Elena (HIE) está ubicado al sur de la comunidad a unos 25 km. y corresponde a Valdemoro, que por su proximidad con Madrid se tiene en cuenta dentro de los aspectos que afectan el área metropolitana, es un centro de primer nivel de complejidad, pero cuenta con una UCI de adultos.

Todos son hospitales capacitados para realizar asistencia de complejidad con servicios de urgencias, unidades de cuidados intensivos y hospitalización, y un personal en promedio joven, rondando los 35 años de edad.

El universo fue de 255 profesionales de la salud analizados en conjunto y por hospitales, que presentaron la COVID-19 en la primera ola, con la salvedad que al momento de diferenciar las categorías profesionales registramos una pérdida en el sistema, obteniendo un único registro que se basó en 254 trabajadores.

Los casos registrados según el centro hospitalario se dieron de la siguiente manera, HRJC: 40,78% (104); HGV: 31,37% (80); HIE: 27,84% (71).

La distribución general por sexo estuvo en Mujeres 74,1% (189) y Hombres 25,9% (66).

Por hospitales la edad se distribuyó de la siguiente forma: HRJC: 34,22 años; HGV: 38,14 años y HIE: 33,68 años. La media de edad de los hombres fue de 37,45 años y el de las mujeres de 34,54 años.

En la Tabla 1 mostramos la distribución de casos por categorías profesionales.

Tabla 1: Distribución de casos por categoría profesional.

Profesional	Número	%
Médicos	83	32,50
Enfermería	80	31,50
Auxiliares de Enfermería -TCAE	65	25,59
Celadores	14	5,51
Técnicos de Radiología	12	4,72
Pérdidas en el sistema	1	0,40
TOTAL	255	100

Desde el punto de vista de la distribución por servicio como se muestra en la Figura 1, destacan los siguientes con más de 10 casos: Hospitalización 69 casos (27,1%), Urgencias 41 casos (16,1%), Quirófano 20 casos (20,7%) UCI, 18 casos (7,1%) y Traslado Interno (celadores)13 casos (5,1%).

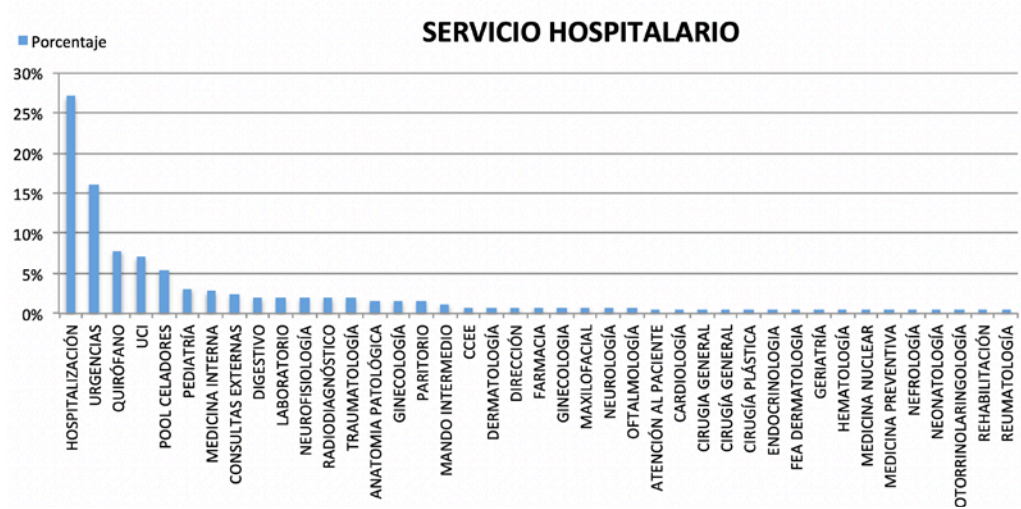


Figura 1: Distribución por Servicios.

Al tercer día, en promedio, los trabajadores infectados con Sars-Cov-2 positivizaron la enfermedad (Figura 2).

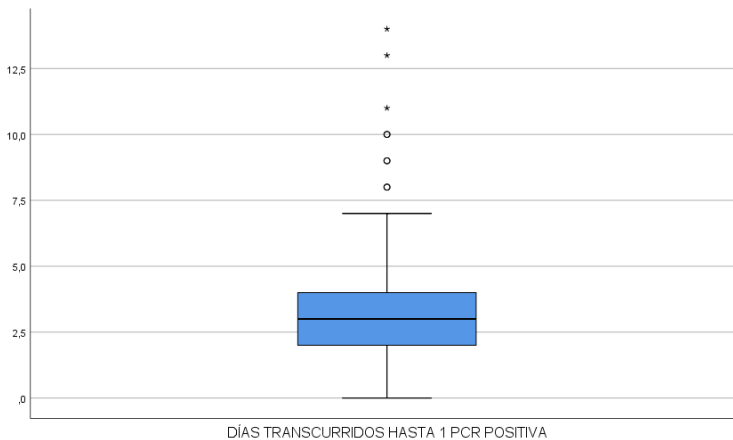


Figura 2: Positividad de PCR en los trabajadores.

Observamos que los trabajadores enfermos de la Covid-19, en promedio, tardaron 13 días para negativizar la PCR (Figura 3).

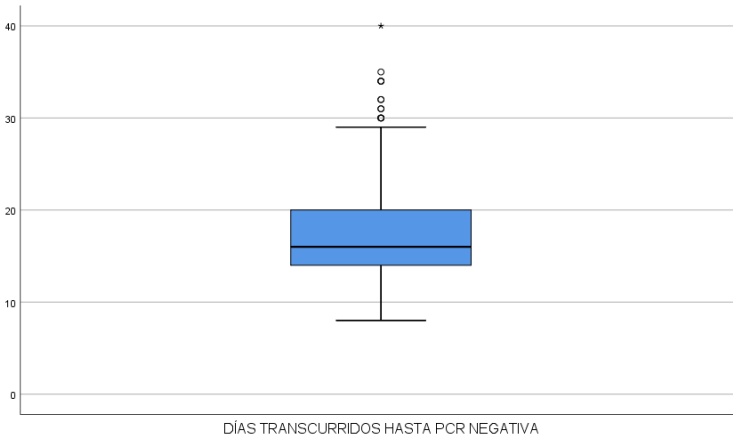


Figura 3: Negatividad de PCR en los trabajadores.

La Figura 4 muestra que no hubo diferencia en las categorías entre la presencia de una PCR positiva y el tiempo transcurrido para la negativización de la misma.

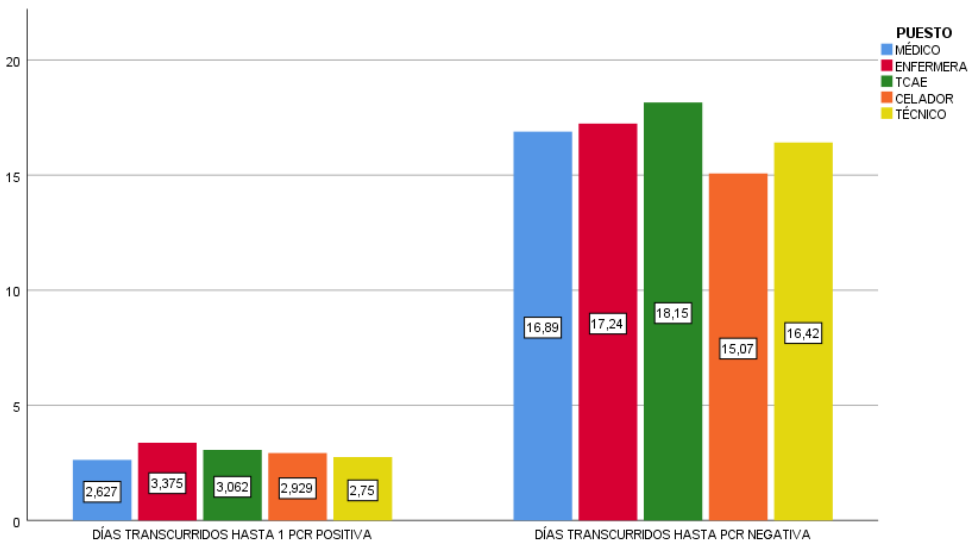


Figura 4: Resultado de PCR por Categorías (TCAE: Técnicos auxiliares de enfermería. TECNICO: técnicos de imagen).

En porcentaje de gravedad por hospitales, es el siguiente: H1: HRJC 2.9%, H2: HGV 3.8%, H3: HIE 4,2%.

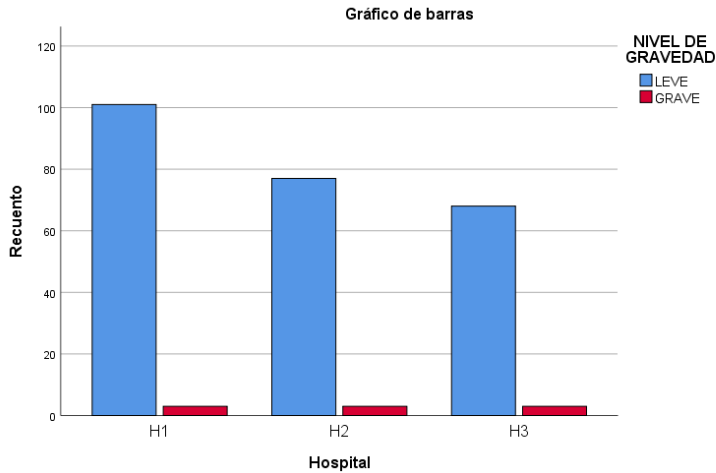


Figura 5: Gravedad por Hospitales.

Discusión

Los hospitales, aunque distantes y con algo de diferencia demográfica y climática, no fueron tan disímiles en niveles de atención, lo que permitió la agrupación y el análisis tanto por separado como en conjunto de casos y, de este modo, poder realizar además un análisis comparativo en algunos aspectos.

Los casos registrados según el centro hospitalario se dieron de la siguiente manera, *HRJC*: 104- 40,78%; *HGV*: 80- 31,37%; *HIE*: 71- 27,84%. Si analizamos la muestra en relación al número de trabajadores, la prevalencia por hospitales fue *HRJC* 6,14%, *HGV* 9,31%, *HIE* 8,13%.

La distribución general por sexo estuvo en mujeres 74,1% (189) y hombres 25,9% (66), debido a la población eminentemente femenina del sector.

De los trabajadores afectados en los tres hospitales por la COVID-19 en la primera ola se registró una media de edad de 35 años (29-40 años), los hombres rondaron los 37,45 años y las mujeres un poco más jóvenes con 34,54 años. Por hospitales, la edad se distribuyó de la siguiente forma: *HRJC*: 34,22 años; *HGV*: 38,14 años y *HIE*: 33,68 años. La mediana de edad reportada por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) en mayo fue de 46 años y el 76,5% de los casos de COVID-19 en personal sanitario fueron mujeres, características similares fueron descritas en otros estudios^(22,23).

Por grupo profesional los médicos resultaron más afectados con un 32,5%, seguidos por enfermería 31,5%. Una diferencia de más de 20 puntos porcentuales se observa entre auxiliares de enfermería, los celadores y técnicos de imagen (ver Figura 6) A diferencia de un estudio realizado por Trullás en un hospital de Girona donde los más afectados fueron el personal de enfermería con un 32,1% frente a un 9,9% en médicos⁽²⁴⁾. Un meta análisis y revisión sistemática realizado en personal sanitario por *Gomez-Ochoa et al.* (2021) encontró que el personal más afectado fue el personal de enfermería (48%, IC del 95%: 41, 56) frente al personal médico (43%, IC del 95%: 28, 59)⁽¹¹⁾.

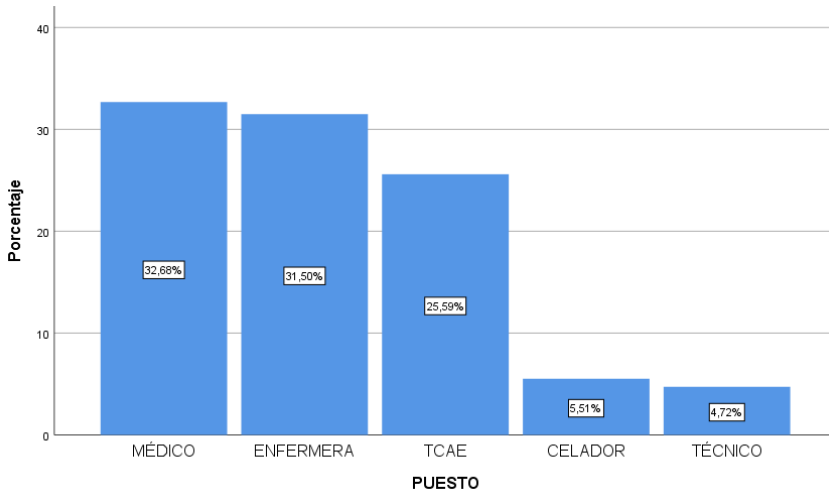


Figura 6: Distribución por Categorías (TCAE: técnico auxiliar de enfermería. TÉCNICO: técnico de Imagen).

En cuanto a la distribución de casos por servicio, se observó una mayor incidencia y con mucha diferencia en hospitalización 69 casos (27,1%) y urgencias 41 casos (16,1%), seguidos de quirófano 20 casos (20,7%), UCI 18 casos (7,1%) y traslado interno (celadores) 13 casos (5,1%). Se observa que en la mayoría de servicios mencionados trabajaron sanitarios en primera línea de atención a pacientes diagnosticados con COVID- 19.

Los síntomas presentados con mayor frecuencia fueron: tos 75,56%, mialgias 68,11%, cefalea 43,53%, anosmia 37,25%, fiebre 34,12 %, ageusia 31,76%. Por otro lado, los síntomas presentados con menor frecuencia fueron: rinorrea 12,55%, diarrea 12,94%, disnea 16,47%, odinofagia 21,18% y febrícula 27,06%. (Ver Tabla 2). En España, con 40.961 casos notificados por el RENAVE, los síntomas más frecuentes fueron: tos 69.7% fiebre 66%, odinofagia 34.9%, escalofríos 30.2%, diarrea 29,5%, disnea 28.7% y vómitos 7.1%. Cabe destacar que no se describieron síntomas de alteración del gusto o del olfato ni de cefalea, que si fueron reportados posteriormente. Según la encuesta de seroprevalencia en España, un 43,3% de personas afectadas padecieron anosmia⁽²⁵⁾. Series con similares características fueron descritas en otros países⁽²⁶⁾. Cabe precisar que si bien el colectivo sanitario es más vulnerable por su exposición, el curso clínico de la enfermedad es relativamente leve comparado con otros grupos ^(11,22,27,28).

Tabla 2: Distribución por síntomas.

Síntomas más vistos	%	Síntomas menos vistos	%
Tos	75,56	Rinorrea	12,55
Mialgias	68,11	Diarrea	12,94
Cefalea	43,53	Disnea	16,47
Anosmia	37,25	Odinofagia	21,18
Fiebre	34,12	Febrícula	27,06
Ageusia	31,76		

En un meta análisis realizado por Akosua et al. (2020) las prevalencias agrupadas de pacientes que presentaban disfunción olfativa y disfunción gustativa fueron 41,0% (IC del 95%, 28,5% a 53,9%) y 38,2% (IC del 95%, 24,0% a 53,6%), respectivamente⁽²⁹⁾. Porcentajes más elevados fueron encontrados en otros estudios⁽³⁰⁾.

En un estudio realizado por Lechien et al para esclarecer las características clínicas y epidemiológicas de 1.420 pacientes europeos (30,7% trabajadores sanitarios) con enfermedad leve a moderada encontró como síntoma más frecuente la cefalea (70.3%)⁽³¹⁾.

Cabe resaltar un estudio en el que encontró que un 81% del personal de salud desarrolló cefalea *de novo* asociada al uso de equipos de protección personal⁽³²⁾.

Lo cual demuestra que las circunstancias en las que se desarrollan las tareas también pueden enmascarar síntomas asociados al COVID- 19.

Independientemente del momento en el que se acudió a la atención, se tuvo en cuenta el inicio de los síntomas para medir el tiempo que transcurrió entre el inicio de la sintomatología y la positividad de la PCR. En ese sentido, pudimos establecer que la media se situó en el tercer día (1.5 a 4 días). Por su parte, el periodo medio que tardó en hacerse negativa estuvo en los 17 días desde el inicio de los síntomas. Es interesante mencionar que en el informe científico-técnico del Ministerio de Salud observaron que en varias residencias de mayores un porcentaje alto de residentes asintomáticos presentaron altas cargas virales hasta 6 días antes de desarrollar síntomas⁽²⁵⁾. Trullás informa de una mediana de 20 días para negativizar el test⁽²⁴⁾.

Significancias por síntomas

Relación entre sexo y síntomas

Las mujeres presentaron algunos síntomas con mayor significancia con respecto a los hombres: diarrea: mujeres 15,9% frente a 4,5% en los hombres ($p=0.018$), ageusia: mujeres 35,4% frente a hombres 21,2% ($p=0,032$), odinofagia: mujeres 25,4% frente a hombres 9,1% ($p=0,005$). No obstante, el nivel de gravedad pasó a ser estadísticamente significativo en los hombres 7,6% frente a mujeres 2,1% ($p=0,039$). A medida que aumenta la gravedad el porcentaje de hombres es mayor⁽²²⁾.

Relación síntomas y categoría profesional

Destacaron dos síntomas anosmia y ageusia sobre los demás. La anosmia fue significativa entre los celadores 57,1%, los auxiliares de enfermería 47,7%, los técnicos de radiodiagnósticos 41,7% frente al resto de categorías ($p=0,032$). Por su parte, la ageusia fue significativa para los auxiliares de enfermería 46,2% y los técnicos de radiodiagnósticos 33,3%.

Relación por PCR positiva y síntomas

Hallamos que la anosmia y la ageusia tuvieron un vínculo fuerte estadísticamente significativo con la obtención de un resultado positivo en la PCR: Anosmia $p=0,001$; Ageusia: $p=0,00$. También con la fiebre ($P=0,01$) y la odinofagia ($p=0,03$) hubo significancia.

Gomez-Ochoa et al (2021) al analizar factores potencialmente relacionados con la infección pudo identificar un riesgo significativamente mayor de COVID-19 con la presencia de anosmia (OR 28,37; IC del 95% 9,45-85,16; $p=0,002$), fiebre (OR 4,86; IC 95% 2,83-8,37; $p<0,001$) y se observó un resultado similar para la mialgia (OR 3,06; IC del 95%: 1,24-7,56; $p=0,001$)⁽¹¹⁾.

Rudberg et al demostró un riesgo significativamente mayor de un resultado positivo de PCR en profesionales sanitarios con anosmia (OR 28,43; $p<0,001$) o fiebre (OR 6,27; $p<0,001$)⁽³³⁾.

En un estudio en trabajadores sanitarios, Clemency et al destacó que la pérdida del gusto o del olfato fue el síntoma con mayor razón de probabilidad positiva (LR+) (3,33; IC 95%: 2,60 a 4,06) constituyéndose en el primer síntoma elegido para la derivación de pruebas, seguido de la fiebre con un LR+ (1,79, IC del 95% = 1,56 a 2,03) La tosse seca, con independencia de otros síntomas, fue más sensible (74%) pero el menos específico (32%)⁽³⁴⁾.

Análisis comparativo

En los tres hospitales estudiados se revisaron aspectos que pudieran compararse teniendo en cuenta que las características y edades de los profesionales eran muy similares.

En general en el 96,47% de los profesionales la enfermedad tuvo un curso leve (246 pacientes), en tanto que el 3,53% fue grave (9 pacientes), así mismo la distribución entre hospitales por gravedad fue la siguiente HRJC 2.9% HGV 3.8% HIE 4,2% sin que hubiera diferencia estadística entre ellos, tampoco hubo relación entre gravedad y categoría profesional.

La mialgia tuvo significancia estadística en el HGV en un 79.7% ($p=0,005$) al igual que la ageusia con 40% ($p=0,012$), entre tanto en el hospital HIE la disnea en un 45% ($p=0,021$) y la rinorrea 21,1% ($p=0,012$) se presentaron mayoritariamente de forma significativa.

En el hospital HRJC pese a tener el mayor número de casos no hubo homogeneidad en los síntomas. Es decir, tuvo una presentación más diversa entre los trabajadores afectados por la enfermedad sin que pudiera destacarse alguno de sus síntomas de manera significativa.

Conclusiones

Como hallazgo fundamental se pudo establecer que la ageusia y la anosmia tuvieron un papel fundamental dentro de los síntomas revisados, destacando su relación con el resultado de una prueba positiva de la enfermedad, en este caso la presencia de SARS-CoV-2 a través de la PCR. Igualmente destacó su presencia de manera significativa en los celadores (anosmia $p=0,032$) y en los Auxiliares de enfermería (ageusia $p=0,038$).

Al tercer día del inicio de los síntomas en promedio se detectó una prueba positiva independientemente de su naturaleza al igual que muestran resultados de otros estudios. No todos los hospitales manejaron la misma clínica hallándose relevancia de mialgia ($p=0,005$) y la ageusia ($p=0,012$) en el HGV entre tanto la disnea ($p=0,021$) y la rinorrea ($p=0,012$) se presentaron en el HIE.

Las mujeres cursaron con clínica más diversa (odinofagia, ageusia y diarrea), pero los hombres de forma significativa tuvieron una evolución grave de la enfermedad ($p=0,039$) sin que existiera relación entre la gravedad y categoría profesional.

El personal con mayor atención de pacientes con la patología (Urgencias y Hospitalización) tuvo mayor incidencia de la COVID-19, de la misma forma los profesionales con mayor atención directa (médicos y enfermeras) fueron los más afectados sin que en el estudio pudiéramos distinguir si la causa estaba relacionada con el manejo de pacientes u otros factores pudieran haber influido.

La caracterización clínica es fundamental para poder establecer estrategias sanitarias efectivas. Nuevas variantes del SARS CoV-2 podrían alterar la efectividad de estas estrategias.

Esta investigación tiene ciertas limitaciones debido a que es posible que los síntomas del COVID-19 hayan sido enmascarados por otras enfermedades respiratorias agudas, o alergias estacionales además de que algunos trabajadores asociaran síntomas leves como el cansancio y cefalea a sobrecarga laboral, estrés, o uso de EPP dada la situación de pandemia y no lo hayan reportado.

Otro punto a destacar es que inicialmente los protocolos principalmente hacían referencia a sintomatología respiratoria y no a síntomas neurológicos o digestivos.

Por otro lado, tenemos que mencionar que este estudio proporciona datos de diferentes áreas con diferentes niveles de incidencia de COVID-19 tanto a nivel poblacional como entre los trabajadores sanitarios afectados.

Bibliografía

1. Zhou P, Yang XL, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020 Mar 12;579(7798):270–3.
2. Canova V, Lederer-Schlpfer H, Piso RJ, Droll A, Fenner L, Hoffmann T, et al. Transmission risk of SARS-CoV-2 to healthcare workers –observational results of a primary care hospital contact tracing. *Swiss*

Med Wkly [Internet]. 2020 Apr 25 [cited 2020 May 2];150:w20257. DOI: 10.4414/smw.2020.20257. Disponible en: <https://doi.emh.ch/smw.2020.20257>

3. Park SE. Epidemiology, virology, and clinical features of severe acute respiratory syndrome-coronavirus-2 (SARS-CoV-2; Coronavirus Disease-19) [Internet]. Korean J Pediatr. 2020 [cited 2021 Feb 19];63(4):119–24. DOI: 10.3345/cep.2020.00493. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32252141/>

4. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19) [Internet]. StatPearls Publishing. 2020 [cited 2021 Feb 19]. PMID: 32150360. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32150360>

5. RENAVE, CNE, CNM (ISCIII). Informe nº 63 -Situación de COVID-19 en España-Casos diagnosticados a partir de 10 de mayo [Internet]. ISCIII. 2021 [cited 2021 Ene 19]. Disponible en: <https://bit.ly/3EVD8dP>

6. Gandhi RT, Lynch JB, del Rio C. Mild or Moderate Covid-19. Solomon CG, editor. N Engl J Med [Internet]. 2020 Apr 24 [cited 2020 May 2];383:1757-66. DOI: 10.1056/NEJMcp2009249. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp2009249>

7. Smyk W, Janik MK, Portincasa P, Milkiewicz P, Lammert F, Krawczyk M. COVID-19: focus on the lungs but do not forget the gastrointestinal tract. Eur J Clin Invest [Internet]. 2020 May 14 [cited 2020 May 16];50(9):e13276. DOI: 10.1111/eci.13276. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13276>

8. Liu M, He P, Liu HG, Wang XJ, Li FJ, Chen S, et al. Clinical characteristics of 30 medical workers infected with new coronavirus pneumonia. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi [Internet]. 2020 Mar 12 [cited 2020 May 2];43(3):209–14. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2020.03.014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32164090>

9. Klompas M, Morris CA, Sinclair J, Pearson M, Shenoy ES. Universal Masking in Hospitals in the Covid-19 Era. N Engl J Med. 2020 Apr 1;382:e63. DOI: 10.1056/NEJMp2006372. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp2006372>

10. Tong JY, Wong A, Zhu D, Fastenberg JH, Tham T. The Prevalence of Olfactory and Gustatory Dysfunction in COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-analysis [Internet]. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;163(1):3-11. DOI: 10.1177/0194599820926473. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32369429/>

11. Gómez-Ochoa SA, Franco OH, Rojas LZ, Raguindin PF, Roa-Díaz ZM, Wyssmann BM, et al. COVID-19 in Health-Care Workers: A Living Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence, Risk Factors, Clinical Characteristics, and Outcomes. Am J Epidemiol [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Feb 19];190(1):161–75. DOI: 10.1093/aje/kwaa191. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32870978/>

12. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med [Internet]. 2020 Apr 30 [cited 2020 May 2];382(18):1708–20. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2002032>

13. Zhu J, Ji P, Pang J, Zhong Z, Li H, He C, et al. Clinical characteristics of 3062 COVID-19 patients: A meta-analysis. J Med Virol [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Feb 19];92(10):1902–14. DOI: 10.1002/jmv.25884. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32293716/>

14. Yuan J, Li M, Lv G, Lu ZK. Monitoring Transmissibility and Mortality of COVID-19 in Europe. Int J Infect Dis. 2020;95:311-5. DOI: 10.1016/j.ijid.2020.03.050. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32234343/>

15. Forster P, Forster L, Renfrew C, Forster M. Phylogenetic network analysis of SARS-CoV-2 genomes. Proc Natl Acad Sci. 2020 Apr 8;117(17):9241-3. DOI: 10.1073/pnas.2004999117. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32269081/>

16. Tegally H, Wilkinson E, Giovanetti M, Iranzadeh A, Fonseca V, Giandhari J, et al. Emergence and rapid spread of a new severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2 (SARS-CoV-2) lineage

with multiple spike mutations in South Africa [Internet]. medRxiv. 2020 [cited 2021 Feb 19];10. DOI: 10.1101/2020.12.21.20248640. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2020.12.21.20248640>

17. Du Z, Wang L, Yang B, Taslim Ali S, Tsang TK, Shan S, et al. International risk of the new variant COVID-19 importations originating in the United Kingdom. *Emerg Infect Dis* [Internet]. 2021 may [cited 2021 Mar 24];27(5). DOI: 10.3201/eid2705.210050. Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/27/5/21-0050_article

18. Forni G, Mantovani A, Moretta L, Rappuoli R, Rezza G, Bagnasco A, et al. COVID-19 vaccines: where we stand and challenges ahead [Internet]. *Cell Death Differ*. 2021;28(2):626-9. DOI: 10.1038/s41418-020-00720-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33479399/>

19. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Dec 31 [cited 2021 Jan 15];383(27):2603–15. DOI: 10.1056/NEJMoa2034577. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2034577>

20. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, Kotloff K, Frey S, Novak R, et al. Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 Vaccine. *N Engl J Med* [Internet]. 2021;384:403-16. DOI: 10.1056/NEJMoa2035389. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2035389>

21. Xie X, Zou J, Fontes-Garfias CR, Xia H, Swanson KA, Cutler M, et al. Neutralization of N501Y mutant SARS-CoV-2 by BNT162b2 vaccine-elicited sera. *bioRxiv* [Internet]. 2021 Jan 7 [cited 2021 Jan 15]. DOI: 10.1101/2021.01.07.425740. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2021.01.07.425740>

22. RENAVE, CNE, CNM (ISCIII). Informe sobre la situación de COVID- 19 en personal sanitario en España a 10 de mayo de 2020 [Internet]. ISCIII. 2021 [cited 2021 Feb 19]. Disponible en: <https://bit.ly/3ocyTEK>

23. Suárez-García I, Martínez de Aramayona-López MJ, Sáez-Vicente A, Lobo-Abascal P. SARS-CoV-2 infection among healthcare workers in a hospital in Madrid, Spain. *J Hosp Infect* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2021 Feb 14];106(2):357–63. DOI: 10.1016/j.jhin.2020.07.020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.07.020>

24. Trullàs JC, Vilardell I, Blasco M, Heredia J. COVID-19 in health workers from the Olot Regional Hospital (Girona) [Internet]. *Rev Clin Esp (Barc)*. 2020 [cited 2021 Feb 13];220(8):529-31. DOI: 10.1016/j.rce.2020.07.002. Disponible en: <https://bit.ly/3F1M0yx>

25. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19 15 de enero 2021 [Internet]. [cited 2021 Feb 20]. España: Ministerio de Sanidad;2021. Disponible en: <https://bit.ly/3D1tYuB>

26. Spinato G, Fabbris C, Polesel J, Cazzador D, Borsetto D, Hopkins C, et al. Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients with SARS-CoV-2 Infection [Internet]. *JAMA Netw Open*. 2020 [cited 2021 Feb 14];323(20):2089-90. DOI: 10.1001/jama.2020.6771. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765183>

27. Kluytmans-van den Bergh MFQ, Buiting AGM, Pas SD, Bentvelsen RG, van den Bijllaardt W, van Oudheusden AJG, et al. SARS-CoV-2 infection in 86 healthcare workers in two Dutch hospitals in March 2020 [Internet]. medRxiv. 2020 [cited 2021 Feb 14]. DOI: 10.1101/2020.03.23.20041913. Disponible en: <https://doi.org/10.1101/2020.03.23.20041913>

28. Figueira MD, Munoz-Ruiperez C, Alonso-Lopez MA, Delgado R. SARS-CoV-2 infection in Health Care Workers in a large public hospital in Madrid, Spain, during March 2020. medRxiv. Pendiente de publicación [fecha aceptación: 2020 Apr 27]. DOI: 10.1101/2020.04.07.20055723. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.07.20055723v2>

29. Agyeman AA, Chin KL, Landersdorfer CB, Liew D, Ofori-Asenso R. Smell and Taste Dysfunction in Patients With COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2021 Feb 14];95(8):1621–31. DOI: 10.1016/j.mayocp.2020.05.030. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32753137/>

30. Tong JY, Wong A, Zhu D, Fastenberg JH, Tham T. The Prevalence of Olfactory and Gustatory Dysfunction in COVID-19 Patients: A Systematic Review and Meta-analysis [Internet]. *Otolaryngol Head*

Neck Surg. 2020 [cited 2021 Feb 14];163(1):3–11. DOI: 10.1177/0194599820926473. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32369429/>

31. Lechien JR, Chiesa-Estomba CM, Place S, Van Laethem Y, Cabaraux P, Mat Q, et al. Clinical and Epidemiological Characteristics of 1,420 European Patients with mild-to-moderate Coronavirus Disease 2019. *J Intern Med* [Internet]. 2020 Apr 30 [cited 2020 May 2];288(3):335–44. DOI: 10.1111/joim.13089. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/joim.13089>

32. Ong JJY, Bharatendu C, Goh Y, Tang JZY, Sooi KWX, Tan YL, et al. Headaches Associated With Personal Protective Equipment – A Cross-Sectional Study Among Frontline Healthcare Workers During COVID-19. *Headache* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2021 Feb 21];60(5):864–77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32232837/>

33. Rudberg AS, Havervall S, Månberg A, Falk AJ, Aguilera K, Ng H, et al. SARS-CoV-2 exposure, symptoms and seroprevalence in health care workers in Sweden [Internet]. *Nat Commun*. 2020;11:5064. DOI: 10.1038/s41467-020-18848-0. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41467-020-18848-0>

34. Clemency BM, Varughese R, Scheafer DK, Ludwig B, Welch JV, McCormack RF, et al. Symptom Criteria for COVID-19 Testing of Health Care Workers. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2020 Jun 8 [cited 2021 Feb 20];27(6):469–74. DOI: 10.1111/acem.14009. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acem.14009>



doi: 10.4321/s0465-546x2021000100003

Original

Intervención grupal de promoción de hábitos saludables en el ámbito laboral: Programa IPHASAL

Group intervention to promote healthy habits in the workplace: IPHASAL Program

Marta García-Solano¹ 0000-0000-0000-0000

Enrique Gutiérrez-González¹ 0000-0002-5737-026X

Sara Santos-Sanz² 0000-0000-0000-0000

M^º José Yusta-Boyo¹ 0000-0000-0000-0000

Carmen Villar-Villalba¹ 0000-0000-0000-0000

M^º Ángeles Dal Re-Saavedra¹ 0000-0000-0000-0000

¹Vocalía Asesora para la Estrategia NAOS, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Consumo. Madrid, España

²Servicio de Prevención de la Enfermedad. Subdirección de Promoción, Prevención y Educación Sanitaria. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Madrid, España.

Correspondencia

Enrique Gutiérrez-González
egutierrez@aesan.gob.es

Recibido: 09.03.2021

Aceptado: 29.03.2021

Publicado: 31.03.2021

Contribuciones de autoría

En la concepción y diseño del trabajo y recogida de datos han participado todos los autores. En el análisis e interpretación de los datos han participado Marta García-Solano y Enrique Gutiérrez-González. Todos los autores han participado en la redacción del manuscrito, así como en la revisión crítica del mismo con importantes aportaciones, habiendo aprobado todos ellos la versión final.

Financiación

El programa IPHASAL fue realizado con los recursos y medios propios de la AESAN, la Fundación Alimentum y las empresas participantes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

How to cite this paper

García-Solano M, Gutiérrez-González E, Santos-Sanz S, Yusta-Boyo MJ, Villar-Villalba C, Dal Re-Saavedra MA. Intervención grupal de promoción de hábitos saludables en el ámbito laboral: Programa IPHASAL. Med Segur Trab (Internet). 2021;67(262):24-36. doi: 10.4321/s0465-546x2021000100003

Resumen

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares constituyen un grave problema de salud pública. El ámbito laboral es óptimo para intervenir sobre los factores de riesgo cardiovascular. El objetivo es evaluar una intervención grupal de promoción de hábitos saludables (programa IPHASAL) mediante apoyo entre iguales en el ámbito laboral.

Método: En el programa participaron 325 trabajadores de 13 empresas con factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, tabaquismo, exceso de peso, inactividad física). Antes y después del programa se midió peso y altura, tensión arterial y se pasó un cuestionario sobre hábitos de salud. El programa consistía en asistir a talleres formativos y sesiones grupales en las que los participantes compartían experiencias, conocimientos y progresos sobre hábitos saludables. El resultado se midió con el Índice Fuster BEWAT (IFB), calculado con la puntuación de 5 variables: tensión arterial, ejercicio, peso, alimentación y tabaco.

Resultados: Los participantes sin criterios de exclusión en el proyecto fueron 273. El 79% asistió a 3 o más talleres y el 73,9% acudió a 3 o más sesiones. Todos los parámetros del IFB mejoraron significativamente tras el programa, siendo el mayor incremento en la actividad física y el menor en el tabaquismo. El IFB total aumentó un 17,4% (1,5 puntos), siendo superior el aumento en mujeres (19,6%) que en hombres (14,0%) y en el grupo más joven (21,6%).

Conclusiones: La intervención grupal IPHASAL es aplicable al ámbito laboral y contribuye a mejorar el perfil de riesgo cardiovascular, ayudando a los trabajadores a potenciar el cambio hacia estilos de vida saludables.

Palabras clave: riesgo cardiovascular; hábitos saludables; salud laboral; promoción de la salud; apoyo entre iguales.

Abstract

Introduction: Cardiovascular disease is a major public health problem. The workplace is an optimal setting to intervene on cardiovascular risk factors. The aim is to evaluate a group intervention to promote healthy habits (IPHASAL program) through peer support in the workplace.

Method: The program involved 325 workers in 13 companies with cardiovascular risk factors (hypertension, smoking, overweight, physical inactivity). Before and after the program, weight and height, blood pressure were measured and a questionnaire on health habits was administered. The program consisted of training workshops and group sessions in which participants shared experiences, knowledge and progress on healthy habits. The outcome was measured with the Fuster BEWAT Index (FBI), calculated with the score of 5 variables under study: blood pressure, exercise, weight, diet and smoking.

Results: Participants without exclusion criteria in the project were 273. 79% attended 3 or more workshops and 73.9% attended 3 or more sessions. All FBI parameters improved significantly after the program, with the largest increase in physical activity and the smallest increase in smoking. Total FBI increased by 17.4% (1.5 points), with a higher increase in women (19.6%) than in men (14.0%) and in the youngest group (21.6%).

Conclusions: The IPHASAL group program is applicable to the workplace and contributes to improving the cardiovascular risk profile, helping workers to promote change towards healthy lifestyles.

Keywords: cardiovascular risk; healthy lifestyles; occupational health; health promotion; peer support.

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son responsables de más de dos tercios de todas las muertes que se producen en el mundo, siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de muerte por ENT en España y en todo el mundo^(1,2) por lo que es necesario establecer de forma urgente estrategias que ayuden a reducir este problema de salud pública⁽³⁾. El exceso de peso, los hábitos alimentarios no saludables, el consumo de tabaco, la inactividad física y la tensión arterial elevada son algunos de sus principales factores de riesgo⁽⁴⁾. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2017⁽⁵⁾, en España la prevalencia estimada de sobrepeso y obesidad en adultos era del 37,1 % y 17,4 % respectivamente, el 22,1 % de la población mayor de 15 años era fumadora, el 19,8 % tenía hipertensión arterial y el 35,3 % de la población no alcanzaba el nivel de actividad física saludable recomendado por la OMS.

Las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud cardiovascular (práctica regular de actividad física, una alimentación saludable, no fumar y mantener cifras normales de peso y tensión arterial) podrían reducir hasta en un 81 % el riesgo relativo de mortalidad por cualquier causa⁽⁶⁾. Estas intervenciones, dirigidas a actuar sobre factores modificables para evitar el desarrollo de ENT o reducir su impacto, se encuentran dentro de los objetivos del Plan de acción Mundial para la Prevención y Control de las ENT 2013-2020 de la OMS⁽⁷⁾ y son más eficaces cuando tienen un enfoque poblacional⁽⁸⁾.

El apoyo entre iguales («peer support») en el ámbito de la salud se conoce como el apoyo entre personas que tienen las mismas enfermedades o situación de salud y que, por tanto, experimentan situaciones similares⁽⁹⁾. Las iniciativas basadas en el apoyo entre iguales ofrecen motivación, aprendizaje y empoderamiento para lograr y mantener comportamientos saludables⁽¹⁰⁾. El apoyo entre iguales ha sido ampliamente utilizado, y se ha demostrado que tiene un impacto positivo en personas que padecen una misma enfermedad, aunque son escasos los ejemplos de intervenciones grupales de apoyo entre iguales para el abordaje de cambios de estilo de vida en personas sanas⁽¹¹⁾. El ámbito laboral resulta, además, óptimo para el desarrollo de estrategias de promoción de la salud, incidiendo de forma favorable en la salud de los trabajadores, pero repercutiendo positivamente también en las familias, empresas, comunidades y sociedad en general⁽¹²⁾.

En 2013 la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) y la Fundación SHE (Foundation for Science, Health and Education) cofinanciaron y desarrollaron el Programa Fifty-Fifty de intervención comunitaria controlada y aleatorizada basado en una estrategia grupal de apoyo entre iguales o pares, que evidenció la efectividad de este tipo de estrategias para favorecer el cambio de hábitos relacionados con la salud cardiovascular, reduciendo de forma global los factores de riesgo cardiovascular, y de forma significativa la cesación del hábito tabáquico⁽¹³⁾. Posteriormente se acreditó como «Modelo de buenas prácticas de intervención de salud comunitaria en la población española adulta para la promoción de hábitos cardiosaludables»⁽¹⁴⁾. El programa Fifty-Fifty, además fue también aplicado en el ámbito laboral de forma satisfactoria en dos empresas (Portaventura, 2015 y AMPO, 2016)⁽¹⁵⁾. A pesar de la efectividad de las intervenciones de la promoción de la salud en el ámbito laboral⁽¹⁶⁾, estas no se aplican de forma sistemática en nuestro país y son escasos los ejemplos de su implementación⁽¹⁷⁾.

El objetivo de este trabajo es la evaluación de la implantación de un programa de intervención grupal de promoción de hábitos saludables mediante apoyo entre pares en el ámbito laboral, valorando la efectividad del mismo a la hora de modificar factores de riesgo cardiovascular.

Métodos

En el programa IPHASAL (Figura 1) participaron 13 empresas de la industria alimentaria pertenecientes a la Fundación Alimentum (FA). La FA proporcionó a los equipos directivos de las empresas participantes información sobre el proyecto y solicitó la designación de un coordinador en cada una, cuya función era facilitar la gestión y desarrollo del programa, bajo la coordinación y supervisión de la AESAN y la FA. Una vez la empresa aceptaba participar, se reclutaban participantes entre los trabajadores a través de los servicios de prevención de riesgos laborales y/o recursos humanos de las diferentes empresas.

Para este fin las empresas recurrieron a diferentes métodos como un correo electrónico, charlas informativas, intranet, cartelería, etc. La intervención tuvo lugar entre octubre de 2017 y febrero de 2019.

Los criterios de inclusión en el proyecto eran: tener entre 18-65 años y presentar uno o más factores de riesgo: tener sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), bajo nivel de actividad física (practicar < 150 minutos de actividad física moderada-intensa a la semana), ser fumador o tener elevada la tensión arterial (Tensión arterial (TA) $\geq 140/90$ mm Hg o recibir tratamiento). Como criterios de exclusión figuraban el embarazo o tener alguna patología crónica diagnosticada (enfermedad cardiovascular o cerebrovascular, diabetes mellitus, patología oncológica, enfermedad inflamatoria intestinal, cualquier otra enfermedad de carácter crónico que requiere tratamiento continuo con fármacos inmunosupresores o tratamiento endocrino-metabólico crónico).



Figura 1: Detalle de las fases del programa IPHASAL.

Una vez habían aceptado participar, previo consentimiento informado, los trabajadores participantes de cada empresa asistían a talleres formativos, 6 en total, impartidos por profesionales propios de la empresa o externos, durante el horario laboral, cuyas temáticas fueron: motivación para el cambio, gestión del estrés, cesación tabáquica, alimentación saludable, actividad física y tensión arterial. A los participantes se les tomaban medidas antropométricas (peso y altura), la tensión arterial y se les pasaba un cuestionario sobre hábitos de salud⁽¹⁸⁾. Estas valoraciones eran llevadas a cabo por los servicios médicos de cada empresa en horario laboral.

Posteriormente, en cada empresa se desarrollaban mensualmente sesiones grupales de los participantes de 60-90 minutos de duración (12 planificadas inicialmente), en horario laboral, en las que explicaban sus experiencias, conocimientos sobre hábitos saludables, sus progresos y las dificultades encontradas. Los líderes de grupo, conocidos como «facilitadores», que a su vez habían sido seleccionados entre los participantes y formados para este fin, dinamizaban estas sesiones y, junto con el resto de participantes, daban apoyo y estimulaban a los demás trabajadores. Cada grupo contaba también

con un sublíder, que apoyaba al líder y desarrollaba sus funciones cuando estaba ausente. Entre las actividades previstas en las dinámicas del grupo se incluían discusiones en grupo, juegos de roles, lluvia de ideas, técnicas de relajación, diseño de menús o actividades deportivas. En cada reunión, los participantes trataron la gestión emocional, la resolución de problemas, la prevención de recaídas, el control de la dieta y la realización de actividad física, proponiendo a través de estas reflexiones metas alcanzables para mejorar su estilo de vida.

Opcionalmente se podía hacer una sesión motivacional adicional y una evaluación intermedia. Una vez finalizada la intervención, se volvieron a tomar medidas antropométricas y cifras de tensión arterial a los participantes y se volvió a pasar el cuestionario de hábitos de salud.

El resultado principal de la intervención se midió a través del cambio medio, desde la valoración basal hasta la evaluación al final, en un índice calculado a partir de la suma de la puntuación en los valores de las 5 variables principales en estudio: tensión arterial, ejercicio, peso, alimentación y tabaco (Índice Fuster BEWAT, IFB)⁽¹³⁾. La puntuación en cada parámetro varía de 0 a 3 (siendo 3 el valor óptimo), oscilando la puntuación global del índice entre 0 y 15 puntos: una puntuación de 0 significa unos hábitos menos saludables y mayor riesgo cardiovascular, mientras que una puntuación de 15 indica unos hábitos más saludables y menor riesgo cardiovascular.

Dado que la efectividad del programa dependía de la adherencia al mismo, se consideró una asistencia mínima de 3 sesiones para evaluar los efectos de la intervención. La adherencia se clasificó como baja para aquellos que realizaron entre 3 y 5 sesiones, media entre 6 y 8 sesiones y alta para los que asistieron a 9 o más sesiones.

En el análisis descriptivo se calcularon medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas, así como recuentos y proporciones para las cualitativas. Se utilizó la prueba de la Chi cuadrado para verificar la asociación entre variables cualitativas y la t de Student para cuantitativas o, si la distribución no era normal, el test de Mann-Whitney. En el caso de comparación de resultados de la intervención con la situación de partida, se utilizaron los tests mencionados previamente para datos apareados. También se evaluaron los factores predictores de mejora del IFB tras la intervención, mediante una regresión logística multivariante. Se consideraron diferencias significativas cuando el valor de $p < 0,05$. Los datos fueron proporcionados por la FA de forma anonimizada y analizados mediante el paquete estadístico Stata v.16.

Resultados

Inicialmente se reclutaron 325 personas de 13 empresas, aunque los empleados de una de las empresas ($n=37$) fueron excluidos del análisis por no disponerse de los datos individualizados y en 15 de los participantes se detectó algún criterio de exclusión. Los participantes de otras dos empresas ($n=45$) se excluyeron del análisis ya que no facilitaron datos de sus empleados. El número final de participantes sin criterios de exclusión fue de 273 (84,0 % de la muestra inicial), pertenecientes a 10 empresas. Al finalizar IPHASAL se disponía de información de seguimiento de 186 participantes de 9 empresas que habían asistido a 3 o más sesiones (57,2 %). (Figura 2).

Datos basales

Las características iniciales de los participantes se muestran en la Tabla 1. La edad media de los participantes era de 45,8 años (mediana 46), con un rango que iba desde los 24 a los 65 años, siendo las mujeres (55,7 %) significativamente más jóvenes (2,7 años) que los hombres. En relación al rol durante la intervención, la mayoría (89,6 %) tenía un rol participante durante todo el desarrollo de la misma mientras que un 7,3 % y 3,1 % tenían rol de líder o sublíder respectivamente.

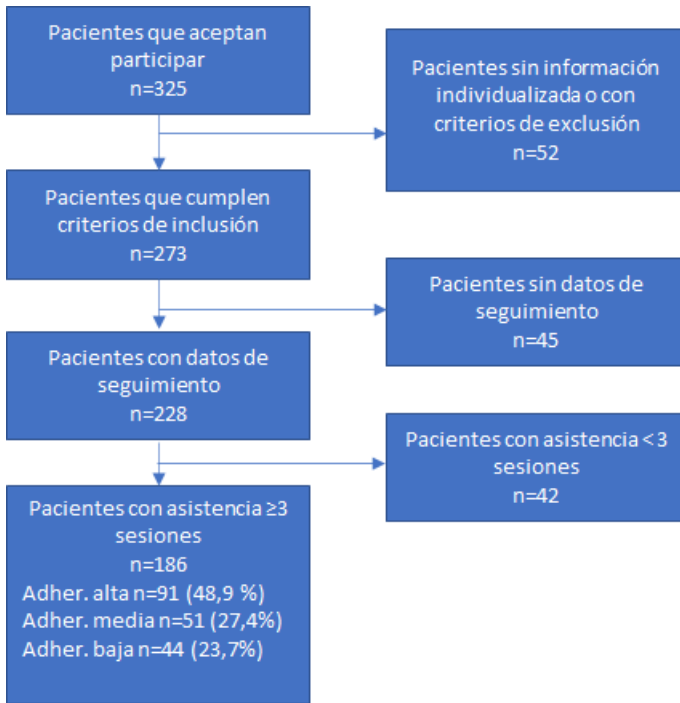


Figura 2: Participantes en el programa IPHASAL.

El 26,5 % de los participantes tenía cifras de TA diastólica (TAD) o TA sistólica (TAS) elevada, presentando las mujeres cifras significativamente inferiores tanto de TAD como TAS a las de los hombres, aumentando también las cifras de TAD y TAS significativamente con la edad. El 29,3 % de los participantes declaraban realizar menos de 10 minutos semanales de actividad física moderada-intensa, frente al 27,5 % que declaraba dedicar más de 150 minutos, sin diferencias significativas por sexo ni edad. El 31,2 % de los participantes tenían normopeso, el 34,6% sobrepeso y el 31,2 % obesidad, siendo significativamente superior el IMC de hombres respecto a mujeres, aumentando también con la edad. Un 43,6 % de los participantes declaraba tomar entre 1 y 2 piezas/raciones de fruta y verdura al día y otro 40,7 % consumía entre 3 y 4, mientras que un 7,7 % de los participantes afirmaba no tomar ningún tipo de fruta y verdura a diario, sin diferencias por sexo, pero sí por edad, observando el menor consumo en el grupo más joven. Aproximadamente dos tercios (65,9 %) de los participantes nunca habían fumado, el 22,7 % eran fumadores antes de la intervención y un 11,4 % eran ex-fumadores, sin diferencias por sexo, pero sí por edad, siendo significativamente menor el porcentaje de fumadores en el grupo de mayor edad. La media de la puntuación del IFB del total de participantes era de 8,7, siendo significativamente superiores las puntuaciones de las mujeres respecto a los hombres y disminuyendo también de forma significativa con la edad.

Desarrollo de la intervención

El 79 % de los participantes asistió a 3 o más talleres y un 39,2 % completó los 6 talleres, siendo 4,3 talleres la asistencia media por participantes, sin diferencias por sexo, aunque sí por edad, aumentando la asistencia a talleres con la edad.

El 73,9 % de los participantes sin criterios de exclusión asistió a 3 o más sesiones mensuales, que era el mínimo considerado para evaluar la intervención, por lo que el 27,1 % de los participantes fue excluido de la evaluación post-intervención por su muy baja asistencia (<3 sesiones) (Figura 2). El 34,3 % de los

participantes sin criterios de exclusión tuvieron una adherencia alta al proyecto ya que asistieron a 9 o más sesiones, mientras que el 20,2 % y el 18,3 % tuvieron una asistencia media (6-8 sesiones) y baja (3-5 sesiones), respectivamente, con una participación media de 6,7 sesiones por participante.

Tabla 1: Características de los participantes antes y después de la intervención.

	Pre-intervención (n=273)	Post-intervención (n=186)
Edad		
Años (media, DE)	45,8 (9,2)	45,8 (8,7)
Grupos de edad		
24-35 años (n, %)	38 (15,0 %)	23 (12,9 %)
36-45 años (n, %)	88 (34,8 %)	63 (35,4 %)
46-55 años (n, %)	80 (31,6 %)	59 (33,2 %)
56-65 años (n, %)	47 (18,6 %)	33 (18,5 %)
Sexo		
Mujeres (n, %)	152 (55,7 %)	108 (58,1 %)
Tensión arterial (n, %)		
TAD y TAS normales (<80 y <120 mmHg)	124 (45,6 %)	72 (43,1 %)
TAD o TAS elevada (≥90 o ≥140 mmHg)	72 (26,4 %)	33 (19,8 %)
Actividad física moderada-intensa		
Minutos/semana (media, DE)	119,1 (123,4)	152,0 (133,4)
<10 minutos/semana (n, %)	80 (29,3 %)	40 (21,6 %)
>150 minutos/semana (n, %)	75 (27,5 %)	82 (44,3 %)
Situación ponderal		
IMC, kg/m ² (media, DE)	28,1 (5,5)	28,4 (5,3)
Normopeso (n, %)	84 (31,2 %)	44 (26,4 %)
Sobrepeso (n, %)	93 (34,6 %)	69 (41,3 %)
Obesidad (n, %)	92 (34,2 %)	54 (32,3 %)
Consumo frutas y verduras		
Piezas / día (media, DE)	2,4 (1,4)	3,1 (1,6)
No consumen (n, %)	21 (7,7 %)	21 (11,3 %)
1-2 piezas /día (n, %)	119 (43,6 %)	30 (16,1 %)
3-4 piezas/día (n, %)	111 (40,7 %)	103 (55,4 %)
≥ 5 piezas/día (n, %)	22 (8,0 %)	32 (17,2 %)
Tabaco		
No fumador (n, %)	180 (65,9 %)	129 (69,4 %)
Exfumador (n, %)	31 (11,4 %)	30 (16,1 %)
Fumador (n, %)	62 (22,7 %)	27 (14,5 %)
Cigarrillos/día fumadores (media, DE)	10,3 (7,1)	6,3 (5,7)

Datos post-intervención

Tras la intervención, se disponía de información individualizada de 228 participantes de 10 empresas (79,2 % de la muestra inicial), aunque de ellos 42 fueron excluidos del análisis debido a la muy baja adherencia (asistencia a <3 sesiones), por lo que se evaluaron los datos tras la intervención de 186 participantes de 9 empresas (57,2 % muestra inicial) (Figura 2).

Las características de los participantes después de la intervención se muestran en la Tabla 1, siendo la distribución por edad y sexo muy similar a la previa a la intervención. En comparación con la situación basal, había un menor porcentaje de hipertensos (19,8 %) y de participantes que declaraban realizar menos de 10 minutos semanales de actividad física moderada-intensa (21,6 %) y un mayor porcentaje de participantes con sobrepeso (41,3 %) y de trabajadores que consumía 3 o más piezas de fruta y verdura al día (72,6%), aunque también aumentaba el porcentaje de los que afirmaban no tomar ningún tipo de fruta y verdura a diario (11,3 %). El porcentaje de fumadores (14,5 %) era inferior y el de exfumadores superior (16,1%).

Tabla 2: Puntuación (media y desviación estándar) en parámetros del índice Fuster-BEWAT (IFB) en el total de la muestra, por sexo y edad.

Total	Pre-intervención (n=186)	Post-intervención (n=186)	Diferencia	p
B*	1,78 (1,29)	1,96 (1,22)	0,18 (1,02)	<0,05
E*	1,56 (1,16)	1,93 (1,18)	0,37 (1,27)	<0,05
W*	1,06 (1,16)	1,34 (1,14)	0,28 (0,68)	<0,05
A*	1,53 (0,72)	1,79 (0,86)	0,26 (0,93)	<0,05
T*	2,60 (0,81)	2,73 (0,66)	0,13 (0,46)	<0,05
Total IFB	8,63 (2,62)	10,13 (2,54)	1,50 (2,00)	<0,05
IFB por Sexo				
Hombres	8,15 (2,71)	9,29 (2,58)	1,14 (1,98)	<0,05
Mujeres	8,96 (2,52)	10,72 (2,3)	1,76 (1,98)	<0,05
IFB por grupo de edad				
24-35 años	9,28 (2,47)	11,28 (1,90)	2,00 (1,57)	<0,05
36-45 años	9,15 (2,91)	10,42 (2,72)	1,27 (1,92)	<0,05
46-55 años	7,96 (2,66)	9,65 (2,63)	1,69 (2,06)	<0,05
56-65 años	8,21 (1,85)	9,75 (1,99)	1,54 (2,25)	<0,05
IFB por adherencia				
Baja	8,68 (2,18)	9,29 (2,49)	0,62 (1,97)	0,08
Media	7,46 (2,63)	9,61 (2,71)	2,15 (2,74)	<0,05
Alta	9,17 (2,63)	10,72 (2,34)	1,55 (1,96)	<0,05

*B (tensión arterial), E (actividad física), W (situación ponderal), A (consumo frutas y verduras), T (tabaco).

Para la comparación de los parámetros del IFB se tuvo solo en cuenta a aquellos participantes con información antes y después de la intervención (n=186) (Tabla 2). Todos los parámetros del IFB mejoraron tras la intervención de forma significativa, siendo el mayor incremento, de 0,37, en la puntuación media del parámetro E (actividad física) y el menor, de 0,13, en el parámetro T (hábito tabáquico). La puntuación media de la situación ponderal (parámetro W), el consumo de frutas y verduras (parámetro A) y el hábito tabáquico (parámetro T) mejoraron significativamente en ambos sexos y en todos los

grupos de edad, mientras que la puntuación media del parámetro B (Tensión arterial) y E (actividad física) mejoraron de forma significativa sólo en las mujeres. El IFB total aumentó un 17,4% de forma significativa (1,50 en valor absoluto) en el total de la muestra, siendo superior el aumento en mujeres (19,6 %; 1,76) que en hombres (14,0 %; 1,14). Por grupos de edad, se observó un mayor incremento (21,6%; 2,00) en el grupo más joven (24-35 años). En relación a la adherencia, el incremento fue superior en los grupos de adherencia media y alta, no siendo significativa la mejoría en los participantes con baja adherencia.

Como factor predictor de mejoría en el IFB solo resultó significativo el sexo (mujer), no alcanzando significación estadística otras variables como la edad, la adherencia (número de sesiones) o número de talleres.

Discusión

En este artículo se presentan los resultados de una intervención de promoción de hábitos saludables en el ámbito laboral basada en el programa Fifty-Fifty, observando una mejoría en los hábitos relacionados con la salud cardiovascular en los empleados que participaron en la intervención, de forma similar a lo evidenciado con el programa original desarrollado en población general⁽¹³⁾. Este cambio positivo en los hábitos fue cuantificado mediante el cambio en la puntuación del IFB, que ha demostrado ser un predictor de la presencia de aterosclerosis subclínica⁽¹⁹⁾ y que además puede servir como elemento motivador para los participantes en una intervención de este tipo, por ayudar a visibilizar la mejora en los hábitos. En nuestro estudio todas las variables incluidas en el índice mejoraron significativamente, aunque el parámetro que experimentó un mayor incremento fue el ejercicio físico, a diferencia del programa original, donde fue el tabaco, si bien la proporción de fumadores era superior a la de esta intervención⁽¹³⁾.

Una revisión sistemática y meta-análisis de ensayos clínicos de intervenciones para modificar factores de riesgo cardiovascular en trabajadores⁽¹⁶⁾, entre las que se incluían modificaciones nutricionales y actividad física, concluyó que las intervenciones eran efectivas para reducir la tensión arterial, tanto sistólica como diastólica, y el IMC. De los estudios incluidos, solo uno estaba basado completamente en una intervención grupal, dirigida únicamente a modificaciones nutricionales⁽²⁰⁾, a diferencia del presente estudio que intervenía en aspectos variados como la alimentación, la actividad física y el hábito tabáquico. Aunque existen otras intervenciones similares desarrolladas en el ámbito laboral aplicadas de forma individual con reducciones significativas del riesgo cardiovascular⁽²¹⁾, las intervenciones grupales, basadas en el apoyo entre pares tienen la ventaja de mejorar de forma efectiva los conocimientos, las actitudes, creencias y percepciones, mejorando además las conexiones sociales y el compromiso, con resultados prometedores en el campo de la promoción de la salud⁽¹¹⁾.

El ámbito laboral puede proporcionar un entorno muy favorable para desarrollar actuaciones de promoción de la salud en el marco de la estrategia de control de las enfermedades no transmisibles más prevalentes, las cuales afectan también a población trabajadora. La OMS en su 60ª Asamblea Mundial de la Salud a través del plan de acción mundial sobre la salud de los trabajadores 2008-2017 instó a los países miembros a fomentar en los trabajadores una dieta sana y actividad física con el fin de proteger y promover la salud en el lugar de trabajo⁽²²⁾.

La Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo 2015-2020 incluye dentro de sus objetivos impulsar la cultura de la salud fomentando hábitos saludables en el entorno laboral⁽²³⁾. En esta Estrategia se analizó una submuestra de trabajadores de la población estudiada en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12. Entre los resultados de este análisis realizado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en población ocupada entre 16 y 67 años (n=8.640) destacaba, en el marco de hábitos y estilos de vida, que el 34,0 % realizaba un trabajo sedentario, un 73,7% no realizaba ejercicio físico, un 29,4% fumaba a diario y un 31,4% presentaba exceso de peso, que representa el perfil de participantes de nuestra intervención, en la que las cifras eran aún superiores, ya que tener algún factor de riesgo era precisamente un criterio de inclusión.

La Red Europea de Promoción de la Salud en los Lugares de Trabajo (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP), impulsó una iniciativa llamada «MOVE EUROPE (2007-2009)», con el fin de avalar Buenas Prácticas en las intervenciones de promoción de la salud en el trabajo relacionadas con los hábitos saludables⁽²⁴⁾. Esta iniciativa describía una serie de condiciones que debe cumplir una intervención de promoción de la salud en el ámbito laboral para ser implementada con éxito, entre las que figuran contar con el apoyo y participación de la dirección, la implicación de los trabajadores, el uso óptimo de los recursos disponibles, la facilidad de acceso a las intervenciones, la observación y evaluación de resultados o una comunicación continua y abierta a todos los trabajadores. El proyecto IPHASAL, basado en el programa Fifty-Fifty⁽¹³⁾, reúne estas condiciones necesarias para garantizar la calidad de un programa de promoción de la salud en los lugares de trabajo, centrándose en los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas más prevalentes.

La promoción de la salud en el trabajo, incluida en el Real Decreto 843/2011, de 17 de junio⁽²⁵⁾, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención, no solo beneficia a los empleados y a sus familias, así como a la comunidad, sino también a la empresa, contribuyendo a incrementar la productividad y disminuir el absentismo laboral⁽²⁴⁾.

Para optimizar los resultados de las actividades de promoción de la salud en el ámbito laboral es necesario un enfoque integral, no solo centrado en modificar hábitos de salud sino también en facilitar las opciones saludables en el entorno. Según datos del Barómetro Sanitario 2014 del Centro de Investigaciones Sociológicas, el 32,3% de las personas trabajadoras tenían acceso a iniciativas de promoción de una alimentación saludable en el centro de trabajo mientras que el 17,9% tenía acceso a iniciativas de promoción de actividad física en el centro de trabajo, siendo ambas cifras ligeramente superiores con respecto al Barómetro Sanitario de 2010⁽²⁶⁾. En la presente intervención se abordaban hábitos saludables sobre alimentación, ejercicio físico y tabaquismo, que se pueden potenciar favoreciendo ofertas concretas en las empresas como menús saludables en los comedores y cafeterías, máquinas de vending con productos de perfil más saludable, programas de actividades deportivas en las empresas o facilitando el uso de instalaciones deportivas en el trabajo o de localización cercana, entre otras.

Para el desarrollo de cualquier intervención de promoción de la salud en el ámbito laboral es fundamental la colaboración de la empresa, siendo imprescindible que la organización apoye las actividades derivadas de la intervención. Igualmente, se deben poner a disposición los recursos necesarios, aprovechando aquellos que sean propios de las empresas para reducir costes, así como la proximidad de la intervención a los puestos de trabajo, permitiendo que los empleados se involucren más en la misma. Como se ha visto en esta intervención, así como en otras previas, la motivación y la adherencia al programa están asociadas a una mayor consecución de los objetivos planteados^(13,27). Otro aspecto clave es la designación de un coordinador en la empresa, que puede ser el responsable del servicio de prevención de riesgos laborales, aprovechando la estructura y organización de las actividades de promoción de la salud en las empresas.

Entre las fortalezas de la intervención está su enfoque integral para la mejora de hábitos de salud (alimentación y actividad física) y el autocontrol de los factores de riesgo cardiovascular (exceso de peso, tensión arterial y tabaquismo). Este enfoque es novedoso dada la metodología empleada en la intervención para conseguir un cambio de hábitos ya que, además de una intervención formativa, se basa en el apoyo entre iguales (grupo de pares o grupo entre iguales o *peer-group*), que puede contribuir a reforzar los resultados y contribuye al mantenimiento de los hábitos saludables. Como limitaciones, la pérdida en el seguimiento o la exclusión por muy baja adherencia de algunos participantes podría afectar la interpretación de los resultados, si bien análisis de sensibilidad realizados (datos no mostrados) muestran resultados similares incluyendo también a los participantes de muy baja adherencia. También es posible que parte del efecto observado sea debido a un sesgo de atención (efecto Hawthorne) o sesgo de deseabilidad social, ya que los individuos al sentirse observados pueden modificar por este motivo sus hábitos, aunque este efecto es más frecuente al inicio de las intervenciones y suele desaparecer a los pocos meses. Otro aspecto limitante es que aún se desconoce la persistencia en el tiempo de la mejoría lograda en los hábitos una vez que cesan las dinámicas de grupo y el posible efecto de actuaciones de refuerzo.

La intervención grupal IPHASAL, basada en el Programa Fifty-Fifty, es aplicable al ámbito laboral y contribuye a mejorar el perfil de riesgo cardiovascular en el entorno laboral, tratándose de una herramienta que facilita la construcción de ambientes de trabajo saludables, dotando de recursos personales de salud a los trabajadores y ayudándoles a potenciar el cambio hacia estilos de vida saludables. Es necesario contar con el compromiso de la empresa, servicios médicos y los propios trabajadores para garantizar el éxito de la intervención, así como evaluar y difundir sus resultados.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Valentín Fuster y su equipo investigador el diseño del programa de intervención comunitaria «Fifty-Fifty», en el que se ha basado esta «Intervención de promoción de hábitos saludables en el ámbito laboral (Programa IPHASAL)».

Agradecemos también a la Fundación Alimentum por su labor de coordinación e impulso de la intervención y a todas las empresas, a los Servicios de Recursos Humanos y de Prevención de Riesgos Laborales por su colaboración y a los trabajadores que han participado en esta intervención.

Bibliografía

1. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1151-210. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32152-9
2. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de defunciones según la causa de muerte [Internet]. 2018 [citado 25 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175
3. Gaye B, Lloyd-Jones DM. Primordial prevention of cardiovascular disease: Several challenges remain. *Int J Cardiol*. 2019;274:379-80. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.09.063
4. Francula-Zaninovic S, Nola IA. Management of Measurable Variable Cardiovascular Disease' Risk Factors. *Curr Cardiol Rev*. 2018;14(3):153-63. doi: 10.2174/1573403X14666180222102312
5. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [Internet]. [citado 25 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.mscb.es/gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
6. Ahmed HM, Blaha MJ, Nasir K, Jones SR, Rivera JJ, Agatston A, et al. Low-risk lifestyle, coronary calcium, cardiovascular events, and mortality: results from MESA. *Am J Epidemiol*. 2013;178(1):12-21. doi: 10.1093/aje/kws453
7. WHO | Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/
8. Karwalajtys T, Kaczorowski J. An integrated approach to preventing cardiovascular disease: community-based approaches, health system initiatives, and public health policy. *Risk Manag Healthc Policy*. 2010;3:39-48. doi: 10.2147/RMHP.S7528
9. Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2003;40(3):321-32. doi: 10.1016/s0020-7489(02)00092-5
10. Funnell MM. Peer-based behavioural strategies to improve chronic disease self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Fam Pract*. 2010;Suppl 1(Suppl 1):i17-22. doi: 10.1093/fampra/cmp027

- 11.** Ramchand R, Ahluwalia SC, Xenakis L, Apaydin E, Raaen L, Grimm G. A. Systematic review of peer-supported interventions for health promotion and disease prevention. *Prev Med.* 2017;101:156-70. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.06.008
- 12.** Calvo-Bonacho E, Catalina-Romero C. Health promotion at the workplace. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2015;32(3):97-9. doi: 10.1016/j.hipert.2015.06.002
- 13.** Gómez-Pardo E, Fernández-Alvira JM, Vilanova M, Haro D, Martínez R, Carvajal I, et al. A Comprehensive Lifestyle Peer Group-Based Intervention on Cardiovascular Risk Factors: The Randomized Controlled Fifty-Fifty Program. *J Am Coll Cardiol.* 2016;67(5):476-85. doi: 10.1016/j.jacc.2015.10.033
- 14.** Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Estandarización de un modelo de buenas prácticas de intervención de salud comunitaria en la población española adulta para la promoción de hábitos cardiosaludables. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
- 15.** Programa Fifty Fifty. Participantes [Internet]. [citado 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://programafiftyfifty.org/index.php?page=recursos&sec=6>
- 16.** Hwang WJ, Kang SJ. Interventions to Reduce the Risk of Cardiovascular Disease among Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(7):2267. doi: 10.3390/ijerph17072267
- 17.** San Mauro-Martin I, Sanz-Rojo S, Becerra X, Garicano-Vilar E. Successful Implementation of a Mediterranean Weight Loss Program to Prevent Overweight and Obesity in the Workplace. *J Occup Environ Med.* 2019;61(8):e329-32. doi: 10.1097/JOM.0000000000001628
- 18.** Intervención de promoción de hábitos saludables en el ámbito laboral (IPHASAL). Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Consumo. Madrid, 2020. [Internet]. [citado 11 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/IPHASAL.pdf>
- 19.** Fernández-Alvira JM, Fuster V, Pocock S, Sanz J, Fernández-Friera L, Laclaustra M, et al. Predicting Subclinical Atherosclerosis in Low-Risk Individuals: Ideal Cardiovascular Health Score and Fuster-BEWAT Score. *J Am Coll Cardiol.* 2017;70(20):2463-73. doi: 10.1016/j.jacc.2017.09.032
- 20.** Salinardi TC, Batra P, Roberts SB, Urban LE, Robinson LM, Pittas AG, et al. Lifestyle intervention reduces body weight and improves cardiometabolic risk factors in worksites123. *Am J Clin Nutr.* 2013;97(4):667-76. doi: 10.3945/ajcn.112.046995
- 21.** Mastrangelo G, Marangi G, Bontadi D, Fadda E, Cegolon L, Bortolotto M, et al. A worksite intervention to reduce the cardiovascular risk: proposal of a study design easy to integrate within Italian organization of occupational health surveillance. *BMC Public Health.* 2015;15:12. doi: 10.1186/s12889-015-1375-4
- 22.** OMS | Salud de los trabajadores: plan de acción mundial 2008-2017 [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/phe/publications/workers_health_global_plan/es/
- 23.** Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Estrategia Española de Salud y Seguridad en el Trabajo 2015-2020. Madrid, España: Ministerio de Empleo y Seguridad Social; 2015.
- 24.** European Network Workplace Health Promotion. Move Europe. A Campaign for the Improvement of Lifestyle-related Workplace Health Promotion in Europe. Business Report. 2009 [Internet]. [citado 12 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/09/20/final-move-europe-business-report.pdf>
- 25.** Real Decreto 843/2011, de 17 de junio, por el que se establecen los criterios básicos sobre la organización de recursos para desarrollar la actividad sanitaria de los servicios de prevención. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-11428>

26. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Estadísticas y Estudios - Barómetro Sanitario [Internet]. [citado 13 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/barometro/home.htm>

27. Fernandez-Jimenez R, Jaslow R, Bansilal S, Diaz-Munoz R, Fatterpekar M, Santana M, et al. Different Lifestyle Interventions in Adults From Underserved Communities: The FAMILIA Trial. *J Am Coll Cardiol.* 2020;75(1):42-56. doi: 10.1016/j.jacc.2019.10.021



doi: 10.4321/s0465-546x2021000100004

Inspección médica

La incapacidad temporal laboral en los tiempos del COVID-19, aspectos preventivos y consecuencias

Temporary incapacity for work (sick leave) in the times of COVID-19, preventive aspects and consequences

José Manuel Vicente-Pardo¹ 0000-0000-0000-0000

Araceli López-Guillén-García² 0000-0000-0000-0000

¹Universidad Católica de Murcia UCAM. Cátedra de Medicina Evaluadora y Pericial. Jefe Unidad Médica Equipo Valoración Incapacidades. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Gipuzkoa. España.

²Universidad Católica de Murcia UCAM. Cátedra de Medicina Evaluadora y Pericial. Unidad Médica Equipo Valoración Incapacidades. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Murcia. España.

Correspondencia

José Manuel Vicente Pardo
josemanuvicente@gmail.com

Recibido: 30.01.2021

Aceptado: 12.03.2021

Publicado: 31.03.2021

Contribuciones de autoría

Las autoras y los autores de este trabajo han contribuido por igual.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

How to cite this paper

Vicente-Pardo JM, López-Guillén-García A. La incapacidad temporal laboral en los tiempos del COVID-19, aspectos preventivos y consecuencias. *Med Segur Trab (Internet)*. 2021;67(262):37-72. doi: 10.4321/s0465-546x2021000100004

BY-NC-SA 4.0

Resumen

Introducción: La incapacidad temporal por COVID-19 fue regulada de forma expresa, mediante diversas normas e instrucciones, cubriendo tanto el aislamiento por contacto, por infección o para trabajadores sensibles. Supuso la integración de la protección preventiva laboral amparada su protección en una la prestación económica dotada de mayor cuantía. Analizando las consecuencias de la pandemia en la primera ola, confinamiento, desescalada y vuelta a la normalidad, meses de marzo a octubre, el impacto «colapsante» del COVID-19 en el sistema sanitario supuso la paralización y el aumento de listas de espera para pruebas, operaciones y consultas no urgentes del resto de patologías, y consecuentemente un elevado incremento de la duración media de las bajas laborales por todos los procesos, en el confinamiento y la desescalada en un 84,48% y en un 25,27% las bajas prolongadas que alcanzaron más de 365 días. En consecuencia, el COVID-19 como efecto colateral supuso una mala evolución del resto de procesos, prolongando la duración de las incapacidades temporales, lo que supone un empeoramiento de la salud laboral, un riesgo mayor de no retorno al trabajo que sucede en las bajas largas, mayor riesgo de desempleo, un mayor gasto en prestaciones y un deterioro económico para empresas y autónomos. La incapacidad temporal por COVID-19 suponía al final de octubre 2020 el 38,73% de todas las bajas.

Material y Método: Se analizaron los datos suministrados por la Seguridad Social, por el INSS y el Ministerio de Sanidad, se elaboraron para poder extraer datos para poder valorar el impacto del COVID-19 en la incapacidad temporal laboral. Se revisaron hasta octubre de 2019 las siguientes bases de datos bibliográficas: SciELO, PUBMED. Así mismo otras referencias que incluimos en bibliografía.

Objetivo: Recoger de forma sintética la norma aplicable, las situaciones protegidas, y cuantificar el impacto en las bajas, incapacidad laboral, de la pandemia.

Conclusiones: La pandemia obligó a priorizar recursos en torno al COVID-19, colapsando la atención del resto de patologías, salvo urgencias o tratamientos vitales. Esto supuso el aumento de las listas de espera para consultas, pruebas o intervenciones quirúrgicas no urgentes, así como la anulación o postergación de consultas o tratamientos y por ello un incremento en la duración mayor de las bajas laborales y además el empeoramiento de la salud laboral, en consecuencia, al no poder disponer de tratamiento en tiempo y forma. En el confinamiento y la desescalada la duración media de las bajas se incrementó en un 84,48%; por procesos el incremento fue del 503,58% en las enfermedades respiratorias, del 215,88%, en las enfermedades infecciosas, del 60,73% en las enfermedades endocrinas, del 45;42% de las enfermedades de la sangre, del 45,09% de las enfermedades digestivas, del 35,63% en los trastornos osteomioarticulares, del 34,12% en las neoplasias, del 33,37% en las enfermedades circulatorias, del 31,94% de los «procedimientos», y del 29,56% de los trastornos mentales. Las bajas prolongadas (PIT) que alcanzaron los 365 días se incrementaron en un 25,27%, respecto del mes de octubre del año anterior. Las bajas prolongadas por enfermedades endocrinas y de la nutrición se incrementaron en un 28,50, por trastornos mentales en un 28,20%, por trastornos osteomusculares en un 26,70, por neoplasias en un 26,49%, por enfermedades respiratorias en un 24,27%, por enfermedades del sistema nervioso en un 22,79%, por enfermedades cardiovasculares en un 20,48%, y por enfermedades digestivas en un 19,24%. Como consecuencia del COVID-19, se expuso a un riesgo añadido y nuevo a la población trabajadora; sanitarios y socio sanitarios sufrieron la enfermedad como consecuencia directa de su trabajo por enfermedad de indudable carácter profesional. Los efectos del COVID-19 en el retraso de pruebas, cirugías o tratamientos en procesos «No COVID-19» y las dificultades de contacto asistencial empeoraron la salud laboral, prolongando las situaciones de incapacidad y elevando el riesgo que encierran las incapacidades prolongadas de no retorno laboral por la esperada mala evolución de cualquier proceso cuando no puede ser tratado y atendido de forma temprana.

Palabras clave: COVID-19; Incapacidad Temporal; absentismo por enfermedad; salud laboral; prevención.

Abstract

Introduction: Temporary disability due to COVID-19 was expressly regulated, through various rules and instructions, covering both isolation by contact, by infection or for sensitive workers. It involved the integration of preventive labor protection covered by its protection in a financial benefit with the highest amount. Analyzing the consequences of the pandemic in the first wave, confinement, de-escalation and return to normality, months from March to October, the «collapsing» impact of COVID-19 on the health system led to the paralysis and increase of waiting lists for tests, operations and non-urgent consultations of the rest of pathologies, and consequently a high increase in the average duration of sick leave for all processes, in confinement and de-escalation in 84.48% and in 25.27% the prolonged casualties that reached more than 365 days. Consequently, COVID-19 as a collateral effect led to a poor evolution of the rest of the processes, prolonging the duration of temporary disabilities, which implies a worsening of occupational health, a greater risk of not returning to work that occurs during sick leave long, higher risk of unemployment, higher spending on benefits and economic decline for companies and the self-employed. Temporary disability due to COVID-19 accounted for 38.73% of all casualties at the end of October 2020.

Conclusions: The pandemic forced to prioritize resources around COVID-19, collapsing the care of the rest of pathologies, except for emergencies or vital treatments. This meant an increase in waiting lists for non-urgent consultations, tests or surgical interventions, as well as the cancellation or postponement of consultations or treatments and therefore an increase in the longer duration of sick leave and also the worsening of occupational health, consequently, by not being able to have treatment in a timely manner. In confinement and de-escalation, the average duration of casualties increased by 84.48%; by processes, the increase was 503.58% in respiratory diseases, 215.88% in infectious diseases, 60.73% in endocrine diseases, 45; 42% of blood diseases, 45 09% for digestive diseases, 35.63% for osteomyoarticular disorders, 34.12% for neoplasms, 33.37% for circulatory diseases, 31.94% for «procedures», and 29.56% of mental disorders. Long-term sick leave (PIT) that reached 365 days increased by 25.27%, compared to the month of October of the previous year. Prolonged sick leave due to endocrine and nutritional diseases increased by 28.50, from mental disorders by 28.20%, from musculoskeletal disorders by 26.70, from neoplasms by 26.49%, from respiratory diseases in 24.27%, for diseases of the nervous system in 22.79%, for cardiovascular diseases in 20.48%, and for digestive diseases in 19.24%. As a consequence of COVID-19, the working population was exposed to an added and new risk; health and social health workers suffered the disease as a direct consequence of their work due to illness of an undoubted professional nature. The effects of COVID-19 on the delay of tests, surgeries or treatments in «No COVID-19» processes and the difficulties of contact with care worsened occupational health, prolonging disability situations and increasing the risk of prolonged non-COVID-19 disabilities, return to work due to the expected poor evolution of any process when it cannot be treated and attended to early.

Keywords: COVID-19; occupational disability; sick leave; sickness absence; occupational health; prevention.

Abreviaturas

AT: accidente de trabajo

EC: Enfermedad Común, no profesional

EVI: Equipo de Valoración de Incapacidades

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

IT: incapacidad temporal o baja

IP: Incapacidad Permanente

LGSS: Ley General de la Seguridad Social

PIT: procesos que alcanzan los 365 días de baja Prórroga Incapacidad Temporal, serán aludidos como «baja prolongada»

SPRL: Servicio de Prevención de Riesgos Laborales

TES: Trabajadores Especialmente Sensibles

1. Introducción

La consideración de la IT por COVID-19 ha supuesto una serie de cambios y adaptaciones normativas para su mayor protección económica y para dotarla de un carácter marcadamente preventivo ante la pandemia.

La actual pandemia del coronavirus, está suponiendo una extraordinaria situación crítica del sistema sanitario, de forma recurrente, además de una situación de crisis económica y social sostenida. Nuestro sistema de seguridad social como sistema de protección social ha dotado a la Incapacidad Temporal de unas consideraciones especiales «extraordinarias» que son una mayor dotación económica de esta prestación, asimilándola en su importe al del accidente de trabajo, y en su consideración preventiva ampliada, acogiendo como situación de IT el aislamiento por contacto, el confinamiento obligado e incluso las situaciones de trabajador sensible o vulnerable, o las que así fueran consideradas desde el servicio de prevención. Siguen firmes los conceptos de enfermedad profesional y accidente de trabajo, las situaciones que protegen, a quiénes, y su sistema especial de protección económica, preventiva e incluso de recargo de prestaciones por parte de la empresa cuando se dieran supuestos de contingencia laboral en los que la enfermedad se hubiera contraído por falta de medidas de seguridad e higiene en el trabajo.

A continuación, reflejaremos, instrucciones, normas, guías y consideraciones que se han ido desarrollando en torno a la incapacidad temporal por coronavirus; lo novedoso de las mismas respecto del concepto básico de la IT.

Análisis de la incapacidad temporal en la pandemia entre los meses de marzo a octubre incluido.

Y las conclusiones sobre el COVID-19 y la incapacidad temporal.

2. La IT por COVID-19

2.1. Aspectos normativos de la Incapacidad Temporal por COVID-19 y situaciones protegidas, codificación

2.1.1. Normas e instrucciones

De forma básica recogemos las principales normas sobre IT y COVID-19:

Real Decreto Ley 6 de 2020, de 10 de marzo⁽¹⁾ por el que se adoptan determinadas medidas urgentes en el ámbito económico y para la protección de la salud pública. Artículo quinto:

Al objeto de proteger la salud pública, se considerarán, con carácter excepcional, situación asimilada a accidente de trabajo, exclusivamente para la prestación económica de incapacidad temporal del sistema de Seguridad Social, aquellos periodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocado por el virus COVID-19. La fecha del hecho causante será la fecha en la que se acuerde el aislamiento o enfermedad del trabajador, sin perjuicio de que el parte de baja se expida con posterioridad a esa fecha.

Criterio 4/2020 de la Seguridad Social DGOSS (Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social) de 12 de marzo de 2020⁽²⁾ sobre la aplicación del artículo quinto del Real Decreto Ley 6/2020, establece la retroactividad de la baja, la situación asimilada a accidente de trabajo exclusivamente para la prestación económica de incapacidad temporal, sin que, por tanto, se haga extensible dicha consideración a la prestación de asistencia sanitaria que derivará de contingencia común, salvo cuando se pruebe que la enfermedad se ha contraído con causa exclusiva en la realización del trabajo en cuyo caso será calificada como accidente de trabajo.

Disposición adicional vigésimo primera del Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo⁽³⁾, por el que se adoptan medidas urgentes complementarias en el ámbito social y económico para hacer frente al COVID-19, considera IT estas situaciones de obligado confinamiento. Con carácter excepcional, y con efectos desde el inicio de la situación de confinamiento, y mediante el correspondiente parte de baja,

se extenderá esta protección a aquellos trabajadores obligados a desplazarse de localidad y tengan obligación de prestar los servicios esenciales a los que se refiere el Real Decreto-ley 10/2020, siempre que se haya acordado el confinamiento de la población donde tenga su domicilio y le haya sido denegada de forma expresa la posibilidad de desplazarse por la autoridad competente, no pueda realizar su trabajo de forma telemática por causas no imputables a la empresa para la que presta sus servicios o al propio trabajador y no tenga derecho a percibir ninguna otra prestación pública. La acreditación del acuerdo de confinamiento de la población donde tiene el domicilio y la denegación de la posibilidad de desplazamiento se realizará mediante certificación expedida por el ayuntamiento del domicilio ante el correspondiente órgano del servicio público de salud. De igual forma, la imposibilidad de realización del trabajo de forma telemática se acreditará mediante una certificación de la empresa o una declaración responsable en el caso de los trabajadores por cuenta propia ante el mismo órgano del servicio público de salud.

Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 8 de abril de 2020. Colaboración en la gestión de la Incapacidad Temporal⁽⁴⁾.

Recogiendo la actividad colaboradora esencial sobre evaluación de riesgos, escenarios de riesgo en el trabajo, manejo del trabajador sensible, estudio de los casos, elaboración de informes, y tabulación de niveles de riesgo tanto de trabajadores sanitarios sociosanitarios y no sanitarios, así como colaboración mediante estos informes en la gestión de la Incapacidad Temporal. Los servicios de prevención están llamados a cooperar con las autoridades sanitarias en la detección precoz de todos los casos compatibles con COVID-19 y sus contactos, para controlar la transmisión. Corresponde a las empresas evaluar el riesgo de exposición en que se pueden encontrar las personas trabajadoras en cada una de las tareas diferenciadas que realizan y seguir las recomendaciones que sobre el particular emita el servicio de prevención, siguiendo las pautas y recomendaciones formuladas por las autoridades sanitarias. El servicio sanitario del servicio de prevención de riesgos laborales elaborará el informe para que quede acreditada la indicación de incapacidad temporal (IT), con el fin de facilitar a los servicios de atención primaria su tramitación, en:

- Los casos sospechosos o confirmados y los contactos estrechos de casos confirmados ocurridos en la empresa. Así como los casos confirmados para los que le sea requerido por la autoridad sanitaria.
- Las personas trabajadoras con especial sensibilidad en relación a la infección de coronavirus SARS-CoV-2, sin posibilidad de adaptación del puesto de trabajo, protección adecuada que evite el contagio o reubicación en otro puesto exento de riesgo de exposición al SARS-CoV-2. En este caso, cuando se produzcan cambios en la evidencia científica disponible, en las condiciones de trabajo o en las medidas preventivas que hagan innecesaria la IT, el servicio de prevención debe reevaluar con los nuevos criterios o datos, los informes de indicación de IT emitidos que puedan verse afectados y facilitar su resultado, por la misma vía, a los servicios de atención primaria

Actualización a 15 de abril de 2020 de las instrucciones aclaratorias relativas al nuevo procedimiento de remisión de partes de los servicios públicos de salud (SPS) por coronavirus⁽⁵⁾. Serán los médicos de los SPS los que emitan los partes de baja y alta en todos los casos de afectación por coronavirus (conforme a los códigos de la CIE9MC y a la CIE10ES consensuados), tanto en las situaciones de aislamiento como de enfermedad y a todos los trabajadores que por su situación clínica o indicación de aislamiento lo necesiten, tanto para el personal sanitario como para el resto de trabajadores. La contingencia a cumplimentar por parte de dichos facultativos de los SPS en los partes de baja/alta será siempre Enfermedad Común. No deben emitirse partes de baja por cualquier otra contingencia ya que en el INSS se realizará un procedimiento interno que permita diferenciar todas las bajas que lleguen por los diagnósticos que figuran en el apartado siguiente y convertirlas en AT.

Procede emitir parte de baja en casos de aislamiento:

No procede su emisión en los casos de personas trabajadoras sin causa actual de IT por sus patologías previas, que sean derivadas por las empresas o acudan ellas mismas a solicitar IT por temor al contagio de COVID19, salvo que se trate de personas trabajadoras especialmente sensibles (TES) al riesgo de SARSCoV-2.

Sí procede su emisión (previo informe del servicio de prevención de riesgos laborales correspondiente) en aquellos casos de personas trabajadoras que presentan condiciones de salud que las hacen más vulnerables a COVID-19, y en los que, a pesar de las medidas de prevención, adaptación y protección establecidas, las condiciones de trabajo no les permitan efectuar su trabajo sin elevar el riesgo para sí mismas.

Se consideran personas vulnerables aquellas que presentan patologías cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar crónica, inmunodeficiencias, procesos oncológicos en tratamiento activo, debiendo valorarse si esas patologías están controladas o descompensadas o con 2 o más comorbilidades. Todo ello debe conjugarse con los niveles de riesgo de las tareas a realizar (hasta 4 niveles) recogidos en el procedimiento elaborado por el Ministerio de Sanidad. Los servicios de prevención de riesgos laborales de las empresas serán los encargados de establecer la calificación como trabajadores especialmente sensibles, la naturaleza de la especial sensibilidad, las medidas de prevención, adaptación y protección posibles, teniendo en cuenta la existencia o no de condiciones que permitan a estas personas efectuar su trabajo sin elevar el riesgo para sí mismo.

Real Decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo⁽⁶⁾, las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o socio-sanitarios, inscritos en los registros correspondientes, como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV-2 durante el estado de alarma, tendrán consideración de contingencia profesional derivada de accidente de trabajo, cuando así se acredite por los servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Salud Laboral. Esta previsión se aplicará a los contagios del virus SARS-CoV-2 producidos hasta el mes posterior a la finalización del estado de alarma, acreditando este extremo mediante el correspondiente parte de accidente de trabajo que deberá haberse expedido dentro del mismo periodo de referencia. Esto implica que desde el día 28 de mayo la emisión de los partes de baja y alta se realizará por la Mutua colaboradora con la Seguridad Social que corresponda. Esta consideración de contingencia laboral como accidente de trabajo se extiende y prorroga hasta que las autoridades sanitarias decreten el levantamiento de todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a esta crisis sanitaria según **Real Decreto-ley 27/2020, de 4 de agosto disposición adicional 8ª**.

Actualización a 17 de junio de 2020 de las instrucciones aclaratorias relativas a los procesos de Incapacidad Temporal emitidos a los Trabajadores Especialmente Sensibles por especial vulnerabilidad frente al Coronavirus SARS- CoV-2⁽⁷⁾.

El INSS considera necesario revisar, con vistas a la emisión del correspondiente parte de alta, dos situaciones de incapacidad temporal diferenciadas:

- Procesos de IT emitidos a TES con el código específico (para codificación en CIE10 ES, el código Z29.8 y para codificación en CIE9MC, el código V07.8). Estos procesos, en general tienen una fecha de baja desde el 10/04/2020 en adelante.
- Procesos de IT emitidos para situaciones de aislamiento (para CIE-10 ES, el código Z20.828 y para CIE9, el código V01.79).

Estos procesos pueden tener una fecha de baja desde el 15/02/2020 en adelante. Estas bajas médicas emitidas inicialmente por aislamiento, en caso de que no hubieran derivado en enfermedad COVID19, no deberían haber tenido una duración superior a 14 días, salvo que, además, se trataran de TES y por ello se han mantenido de baja laboral. La fecha de alta será la que cumplimente el facultativo del SPS al emitir el correspondiente parte de alta. Para proceder a esta revisión, se considera que, al tratarse de procesos de IT que generalmente se han iniciado o se han mantenido por el facultativo de atención primaria, en base al correspondiente informe del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, es recomendable que de manera inmediata dichos SPRL utilicen el Anexo 3 (Especial sensibilidad. No hay necesidad de IT) del «Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2», habida cuenta de que, como se ha indicado previamente, el escenario es de baja/muy baja transmisión, similar al riesgo comunitario desde el 21/06/2020.

Si el SPRL considera de manera fehaciente la necesidad (por las especiales características del caso concreto) de mantener el proceso de incapacidad temporal, así se lo hará saber al facultativo del Servicio Público de Salud (SPS). Es recomendable que los informes de los SPRL le lleguen (previa comunicación al interesado) al facultativo responsable de la emisión del parte de baja y de alta lo antes posible, bien mediante su entrega por el propio asegurado, bien a través de los Servicios de Inspección Médica de los respectivos SPS o bien desde el propio SPRL al facultativo antes referido. Para estas comunicaciones se utilizarán preferentemente medios electrónicos. Los informes de los SPRL deben recoger la valoración individualizada de cada asegurado, pero eso sí, en el nuevo escenario de fin del estado de alarma y de las medidas que esa situación provocó en este aspecto, ya que, se insiste, el escenario de transmisión del coronavirus es de riesgo similar al riesgo comunitario (en estos momentos, bajo/muy bajo). En aquellos casos en que no se haya recibido en el SPS el informe del SPRL en uno u otro sentido, o se trate de asegurados que no dispongan de SPRL y que hubieran presentado una declaración jurada para acceder a la prestación de IT, la inspección médica del correspondiente SPS podrá hacer un seguimiento estrecho de los mismos y, previas las averiguaciones y comprobaciones pertinentes, podrá emitir el alta médica cuando no se mantengan las condiciones epidemiológicas y clínicas que dieron lugar a la emisión de este tipo de partes de baja.

Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2, 8 de junio de 20¹⁹. Incorporación novedad legislativa: consideración de la COVID-19 como accidente de trabajo. Modelo de informe para la comunicación del SPRL a la Mutua colaboradora de la Seguridad Social.

En el Anexo I, del citado procedimiento, se aporta modelo de informe para la acreditación por parte del servicio de prevención:

1. Caso sospechoso, confirmado o contacto estrecho
2. Especial sensibilidad. necesidad de IT
3. Especial sensibilidad. No hay necesidad de IT
4. Informe para la mutua para la valoración de contingencia profesional derivada de accidente de trabajo

Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 19¹⁹. Fija estos escenarios de riesgo de exposición al coronavirus SARS-CoV-2 en el entorno laboral (Cuadro 1).

Cuadro 1: Escenarios de riesgo de exposición al coronavirus.

EXPOSICIÓN DE RIESGO	EXPOSICIÓN DE BAJO RIESGO	BAJA PROBABILIDAD DE EXPOSICIÓN
Personal sanitario asistencial y no asistencial que atiende a casos sospechosos o confirmados de COVID-19. Situaciones en las que no se puede evitar el contacto estrecho en el trabajo con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.	Personal asistencial y no asistencial que entra en zonas COVID, y cuyas tareas se realizan manteniendo la distancia de seguridad y sin actuación directa sobre casos sospechosos o confirmados. Personal no sanitario que tenga contacto con material sanitario, fómites o desechos posiblemente contaminados. Ayuda a domicilio de contactos asintomáticos.	Personal sanitario asistencial y no asistencial que desarrolla su actividad en áreas NO COVID con las medidas de prevención adecuadas. Trabajo en ámbito no sanitario o no sociosanitario con probabilidad de contacto con casos de COVID-19, manteniendo la distancia de seguridad y sin actuación directa sobre ellos

2.1.2. Situaciones protegidas

La prolija normativa e instrucciones antes referidas definen tres situaciones de IT COVID-19:

- IT por aislamiento, sospecha o contacto
- IT supuestos de confinamiento total de trabajadores esenciales
- IT por infección
- IT trabajador especialmente sensible

2.1.3. Códigos partes de baja COVID-19

Se establecieron los códigos CIE 9 CIE 10 a incluir en los partes de baja para cada situación.

Aislamiento por contacto o exposición

CIE 10 ES: Z20.828_ Contacto y exposición (sospechada) a otras enfermedades transmisibles virales.

CIE-9-MC: V01.79_ Exposición a otras enfermedades víricas (Coronavirus diferentes SARS- CoV)

Infección contagio

CIE 10 ES: B34.2 Infección debida a coronavirus, no especificada.

CIE-9-MC: 079.82 Infección por coronavirus asociado a SARS.

Solo deben codificarse como COVID-19 los diagnósticos confirmados que hayan sido constatados por el clínico o por la presencia documental de una prueba con resultado positivo a COVID-19. En los casos confirmados, asigne el código **U07.1 COVID-19**.

Trabajador sensible

CIE 10 ES: Z29.8 (contacto para otras medidas profilácticas especificadas).

CIE-9-MC: V07.8 (otra medida profiláctica o terapéutica especificada).

Confinamiento total obligado (zonas geográficas, poblaciones o áreas de una población que en un momento dado quedan confinadas)

CIE 10 ES: Z20.828 Contacto y exposición (sospechada) a otras enfermedades transmisibles virales

CIE-9-MC: V01.79 Exposición a otras enfermedades víricas (Coronavirus diferentes SARS- CoV)

2.2. El nuevo concepto de la IT COVID-19, la consideración preventiva^(10,11)

Las novedades de la Incapacidad Temporal por COVID-19 más relevantes son la protección del aislamiento por sospecha o contacto, el «confinamiento total», la colaboración de los servicios de prevención con atención primaria en supuestos laborales, la mayor dotación económica de la prestación y la extensión de los partes por COVID-19 de forma telemática.

2.2.1. Carácter preventivo de la protección de la salud pública, mediante la prestación de Incapacidad Temporal.

En la IT Covid-19 hay una expansión de la protección de las situaciones de IT, trascendiendo más allá de la protección de la pérdida de la salud individual y abarcando la protección de la pérdida de la salud pública. Así mismo conlleva la colaboración de los servicios de prevención en la mayor certeza la toma de decisiones de las situaciones de incapacidad laboral que compete a los Servicios Públicos, en lo concerniente a los procesos con relación laboral (contacto, trabajador sensible o infección).

- Consideración como Incapacidad Temporal de los periodos de «aislamiento preventivo». Se amplía el concepto de «protección de la IT», que sólo protege situaciones debidas a enfermedad, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria y esté impedido para el trabajo. En el aislamiento no se está enfermo, no se precisa asistencia sanitaria ni se han perdido facultades o se presentan limitaciones funcionales que impidan trabajar.

Antecedentes: De forma excepcional ya la Resolución de 7 de mayo de 2009, de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, consideró como situación de Incapacidad Temporal derivada

de enfermedad común de los períodos de Aislamiento Preventivo sufridos por los trabajadores como consecuencia de la Gripe A H1 N1.

- Así mismo se dota de carácter preventivo la Incapacidad Temporal de las situaciones de «confinamiento total» u obligado confinamiento (Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo). Trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia obligados a desplazarse de localidad y con obligación de prestar servicios esenciales que no puedan hacerlo debido al confinamiento de la población en la que viven y siempre que les haya sido denegada la posibilidad de desplazarse por la autoridad competente, no puedan realizar su trabajo de manera telemática y no tengan derecho a percibir otra prestación pública.
- Carácter preventivo en la consideración de situación de Incapacidad Temporal de Trabajadores Vulnerables o Sensibles al COVID-19, cuando a pesar de las medidas de prevención, adaptación y protección establecidas, su precario estado de salud y las condiciones de trabajo no les permitan trabajar sin un considerable y estimado riesgo para su salud.

2.2.2. Mayor prestación económica

Tanto la situación de Incapacidad Temporal por aislamiento preventivo como la Incapacidad Temporal por contagio con Coronavirus se asimilan a accidente de trabajo exclusivamente en cuanto a la prestación económica.

- Al considerarse la prestación económica de la baja, de forma excepcional como accidente de trabajo, a los exclusivos efectos económicos, se percibe el 75% de la base reguladora desde el día siguiente a baja, el día de la baja corresponde su pago a la empresa y no se exigen 180 días de cotizaciones previas («carencia»); frente a lo que debiera percibir si se considerara una enfermedad (común), no cobrar el trabajador los 3 primeros días de baja, del 4º al 20º percibir el 60%, y desde el 21º el 75%, y el abono del 4º al 15º corresponder a la empresa.
- Con esta consideración de accidente el pago corresponde a la Mutua, aunque la asistencia y la extensión de partes de baja y alta corresponde al Servicio Público de Salud como enfermedad común.

2.3. La contingencia

2.3.1. Contingencia genérica

El artículo quinto del Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, modificado por Real Decreto-ley 13/2020, de 7 de abril, establece lo siguiente:

Al objeto de proteger la salud pública, se considerarán, con carácter excepcional, situación asimilada a accidente de trabajo, exclusivamente para la prestación económica de incapacidad temporal del sistema de Seguridad Social, aquellos periodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocados por el virus COVID-19, salvo que se pruebe que el contagio de la enfermedad se ha contraído con causa exclusiva en la realización del trabajo en los términos que señala el artículo 156 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en cuyo caso será calificada como accidente de trabajo.

Es decir, se prevé una regla general, que es la asimilación a los exclusivos efectos económicos de la IT como AT de aquellos periodos de aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocados por el virus COVID-19, siendo la contingencia señalada en el parte de baja como enfermedad común y respondiendo de la asistencia el Servicio Público de Salud que no la mutua (que sí es la que paga).

Junto a dicha regla general, se prevé la posibilidad de que se acredite que el contagio se ha contraído en el trabajo, y este sea la «causa exclusiva» del mismo, en cuyo caso, será calificada como accidente de trabajo a todos los efectos y sin referirse a ocupaciones concretas.

2.3.2. Contingencia para el personal sanitario y sociosanitario

El artículo quinto del Real Decreto-ley 6/2020, de 10 de marzo, modificado por Real Decreto-ley 13/2020, de 7 de abril, establece lo siguiente:

Consideración de AT del personal sanitario y sociosanitario.

Real Decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo, prevé en su artículo 9 que: Las prestaciones de Seguridad Social que cause el personal que presta servicios en centros sanitarios o socio-sanitarios, inscritos en los registros correspondientes, y que en el ejercicio de su profesión, hayan contraído el virus SARS-CoV2 durante cualquiera de las fases de la epidemia, por haber estado expuesto a ese riesgo específico durante la prestación de servicios sanitarios y socio-sanitarios, cuando así se acredite por los servicios de Prevención de Riesgos laborales y Salud Laboral, se considerarán derivadas de accidente de trabajo, al entender cumplidos los requisitos exigidos en el artículo 156.2.e) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

El Real Decreto-ley 27/2020, de 4 de agosto, prorroga la consideración como contingencia profesional derivada de accidente de trabajo, de las enfermedades padecidas por el personal que presta servicio en centros sanitarios o sociosanitarios como consecuencia del contagio del virus SARS-CoV2, hasta que las autoridades sanitarias decreten el levantamiento de todas las medidas de prevención adoptadas para hacer frente a esta crisis sanitaria.

Esta norma tiene un carácter excepcional que atañe a la temporalidad de la medida, hasta que concluyan las medidas de prevención frente a la crisis sanitaria y a que la asistencia sanitaria será prestada de forma excepcional como contingencia común, por el servicio público de salud y no con cargo a la mutua, que sería la norma general. El contagio y padecimiento de la enfermedad se acreditará mediante el correspondiente parte de accidente de trabajo que deberá haberse expedido dentro del mismo periodo de referencia.

Consideración de Enfermedad Profesional del personal sanitario y sociosanitario, sólo a efectos de la prestación.

El Real Decreto-ley 3/2021, de 2 de febrero, establece en su artículo 6 que las «prestaciones» causadas por las y los profesionales de centros sanitarios y socio sanitarios que durante la prestación de servicios sanitarios o socio sanitarios han contraído el virus SARS-CoV-2 en el ejercicio de su profesión serán las mismas que el sistema de la Seguridad Social otorga a quienes hubieran contraído una enfermedad profesional. Se trata, con ello, de dar una respuesta excepcional a una situación también excepcional. La excepcionalidad atañe a la temporalidad de la medida, hasta que concluyan las medidas de prevención frente a la crisis sanitaria y sólo a los «efectos prestacionales». NO SUPONE la asunción de la CONTINGENCIA COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL.

2.3.3. Contingencia a aplicar a las bajas por COVID-19 según la norma actual

Contingencia no profesional (enfermedad común) en supuestos de IT por aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocados por el virus COVID-19 sin acreditada relación laboral causal.

Contingencia de accidente de trabajo en supuestos de IT por aislamiento o contagio de las personas trabajadoras provocados por el virus COVID-19 cuando se pruebe que el contagio de la enfermedad se ha contraído con causa exclusiva en la realización del trabajo.

Contingencia de accidente de trabajo en supuestos de IT por aislamiento o contagio de las provocados por el virus COVID-19 que cause el personal que presta servicios en centros sanitarios o socio-sanitarios, inscritos en los registros correspondientes, y que en el ejercicio de su profesión, hayan contraído el virus SARS-CoV2 durante cualquiera de las fases de la epidemia, por haber estado expuesto a ese riesgo específico durante la prestación de servicios sanitarios y socio-sanitarios, cuando así se acredite por los servicios de Prevención de Riesgos laborales y Salud Laboral.

2.3.4. Discusión sobre la contingencia de la IT COVID-19

COVID-19 como accidente de trabajo (AT).

De forma genérica la enfermedad por Coronavirus SARS-CoV-2, podría ser considerada como laboral, como accidente de trabajo, según artículo 156 e) LGSS, que posibilita la inclusión de enfermedades, no incluidas como Enfermedad Profesional, como AT, cuando el trabajador la contraiga con motivo de la realización de su trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva la ejecu-

ción del mismo. En la actual situación de pandemia, tendría esta consideración de accidente de trabajo, los contagios «accidentales» sobrevenidos en la prestación del trabajo. Se precisaría probar que se ha contraído la enfermedad tras prestar un trabajo a persona contagiada, excluyendo otro contagio ajeno al trabajo prestado. Se trata siempre de una situación en la que hay que probar los hechos, pero en las circunstancias actuales esta «probanza» sería más bien en tanto no se demostrara lo contrario, lo que no siempre es una situación pacífica, puede afectar a actividades muy diversas, en las que se presume se ha contraído la enfermedad de forma accidental u ocasional.

La estimación de Accidente de trabajo afectaría a trabajadores en los que este riesgo de contagio no está previsto en la evaluación de riesgos de su puesto de trabajo, pues no hay riesgo de exposición habitual en su puesto de trabajo, y se ha contraído la enfermedad con carácter accidental por contagio prestando el trabajo, lo que no es el caso del personal sanitario.

Contingencia de Accidente de Trabajo IT COVID-19 para personal sanitario y sociosanitario

Es la actual consideración expresa para este personal, según la norma. Se entiende como personal sanitario y sociosanitario el que presta atención sanitaria o sociosanitaria o realiza servicios sanitarios o sociosanitarios, pero la indefinición normativa excluiría otro personal que trabajando en centros sanitarios o socio-sanitarios desempeñe otras funciones distintas a la prestación de servicios sanitarios y socio-sanitarios caso del personal de gestión, administrativo, de mantenimiento, de limpieza, vigilantes, celadores, etc.

En cuanto a actividades sanitarias o sociosanitarias en centros sanitarios, no se concreta en la norma que centros son y cuáles podrían ser excluidas, por tanto, esto queda a valoración. Se entiende que indubitadamente son centros sanitarios o socio-sanitarios los centros dedicados a actividades comprendidas en el Grupo Q («actividades sanitarias y de servicios sociales») de la CNAE, y de ellas las que se enumeran en la división 86 «actividades sanitarias», (los técnicos de emergencias sanitarias CNAE 8690 quedarían incluidos); y dentro de la división 87 solo recogería los del grupo 87.1 («Asistencia en establecimientos residenciales con cuidados sanitarios»). Pero de ser así quedan excluidos los centros dedicados al resto de actividades relacionadas en el Grupo Q, como son los centros de asistencia en establecimientos residenciales para personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental y drogodependencia 87.20, los centros de asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores y con discapacidad física 87.3 los centros de asistencia en establecimientos residenciales para personas mayores 87.31, establecimientos residenciales para personas con discapacidad física 87.32 o los centros de actividades de servicios sociales sin alojamiento para personas mayores y con discapacidad 88.1; así como otros tipos de centros como los dedicados a pompas fúnebres y actividades relacionadas CNAE 9603, o al comercio al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados, CNAE 4773, que se incluyen en Grupo G.

2.3.5. COVID-19 como Enfermedad Profesional en personal sanitario y sociosanitario una cuestión no resuelta

Para la consideración de una enfermedad como Profesional se requiere que la enfermedad se contraiga a consecuencia del trabajo ejecutado en las actividades que se especifiquen en el cuadro de enfermedades profesionales y que esté provocada por la acción de los elementos que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. LGSS artículo 157. La enfermedad profesional es un «constructo legal», es decir, una construcción legal o normativa que configura, delimita y concreta lo qué es enfermedad profesional en base al artículo 157 LGSS que establece su concepto y al Real Decreto 1299/2006 que aprueba el Cuadro de Enfermedades Profesionales. El cuadro de Enfermedad Profesional está construido sobre el riesgo de exposición a agentes causales presentes en las tareas o actividades donde haya riesgo de exposición; en el caso que nos ocupa la infección por agentes biológicos, con evidente exposición al riesgo de contagio. Nuestra lista de enfermedades profesionales es una lista cerrada a determinados agentes causales, pero imprecisa o muy sintética de actividades.

Para la concreción de la Enfermedad Profesional se requieren tres requisitos presentes, concurrentes:

- Una enfermedad recogida en el listado

- Un riesgo probado de exposición al agente causal específico para esa enfermedad
- Y una profesión con actividades en las que se está expuesto a dicho riesgo causante de la enfermedad.

La infección por COVID-19 «Coronavirus» está incluida en el Cuadro de Enfermedades Profesionales como enfermedad profesional causada por agentes biológicos y recogida la actividad del personal sanitario y otros, como colectivo laboral de riesgo a la infección. El Grupo 3, Apartado A Agentes Infecciosos recoge las enfermedades infecciosas causadas por el trabajo de las personas que se ocupan de la prevención, asistencia médica y actividades en las que se ha probado un riesgo de infección, inclusión debida en este apartado, pues el virus SARS-CoV-2 pertenece a la familia Coronaviridae, que en el anexo II del RD 664/1997 aparecía clasificada en el grupo 2, mal clasificada, pues debiera de incluirse en el grupo 3 atendiendo a criterios legales y técnicos, clasificación ahora elevada al grupo 3 según Orden TES/1180/2020, de 4 de diciembre y explícitamente referida al SARS-CoV-2. (Grupo 3 de la clasificación de agentes biológicos que alude a agentes biológicos que pueden causar una enfermedad grave en el hombre y presenta un serio peligro para los trabajadores, con riesgo de que se propague a la colectividad). A mayor abundamiento el personal laboral sanitario y sociosanitarios ha sido el colectivo laboral más afectado, no en vano el de más riesgo de contagio.

Concluyendo: la infección por infección por SARS-CoV-2 COVID-19, está recogida como Enfermedad Profesional en el actual listado Grupo 3 como Enfermedad Profesional causada por Agentes Biológicos, las actividades sanitarias se recogen como actividades con exposición al riesgo de contagio a dicho agente causal, por lo que, si se ha contraído la enfermedad a consecuencia de ejecutar el trabajo, esta debe corresponder a la contingencia de Enfermedad Profesional.

Por todo lo cual el COVID-19 (infección por SARS-CoV-2) del personal sanitario y sociosanitario a consecuencia de su trabajo está incluido en el cuadro de Enfermedades Profesionales, y es un derecho incuestionable a reparar. Configurando la presunción «*iuris et de iure*», no admitiendo prueba en contrario, por darse el «constructo legal» de ser enfermedad causada a consecuencia del trabajo y estar incluida la misma en el cuadro de enfermedad profesional⁽⁴²⁾.

La consideración de la OMS de enfermedad profesional trabajadores de la salud⁽¹³⁾.

La OMS, el 19 marzo 2020, establecía que se debe considerar el derecho a compensación, rehabilitación y servicios curativos para trabajadores de la salud infectados con COVID-19 después de la exposición en el lugar de trabajo «considerada como una enfermedad profesional derivada de exposición ocupacional».

¿Qué supone la declaración de la Incapacidad Laboral por «Coronavirus» COVID-19 como Enfermedad Profesional?

La consideración de enfermedad profesional comparte con el accidente la cuantía de la prestación económica, la responsabilidad de la mutua en su asistencia sanitaria y el recargo de prestaciones por falta de medidas de seguridad e higiene, establecidas en el artículo 164 de la LGSS.

Recargo de prestaciones de las prestaciones por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional. Artículo 164 LGSS1.

Todas las prestaciones económicas que tengan su causa en accidente de trabajo o enfermedad profesional se aumentarán, según la gravedad de la falta, de un 30 a un 50 por ciento, cuando la infección se produzca por causa de equipos de trabajo deficientes o actividades en centros o lugares de trabajo que carezcan de los medios de protección reglamentarios, o en malas condiciones, o cuando no se hayan observado las medidas generales o particulares de seguridad y salud en el trabajo, o las de adecuación personal a cada trabajo, habida cuenta de sus características y de la edad, sexo y demás condiciones del trabajador.

La responsabilidad del pago del recargo establecido recaerá directamente sobre el empresario o institución sanitaria infractora y no podrá ser objeto de seguro alguno, siendo nulo de pleno derecho cualquier pacto o contrato que se realice para cubrirla, compensarla o trasmitirla. Esta responsabilidad es independiente y compatible con las de todo orden, incluso penal, que puedan derivarse de la infracción.

Diferencias entre la consideración del «Coronavirus COVID-19» como accidente de trabajo o como enfermedad profesional.

- El periodo de aislamiento pasaría a ser considerado como periodo de observación de enfermedad profesional.
- La imprescriptibilidad de su reconocimiento, que es posible en cualquier momento posterior a los sucesos que dieran lugar a la declaración de tal contingencia, incluso superando la edad de jubilación, lo que no sucede en el Accidente de Trabajo. La imprescriptibilidad daría lugar a la compensación como enfermedad profesional de las secuelas que pudieran sobrevenir en un futuro, derivadas de haber padecido la enfermedad cuyo curso clínico evolutivo es imprevisible.
- La puesta en marcha del escudo de protección en actuaciones obligadas de vigilancia de la salud por parte de la empresa, lo que no sucede cuando se considera un proceso debido a accidente de trabajo.

3. La incapacidad temporal laboral en los tiempos del COVID-19

3.1. La incapacidad temporal en el confinamiento y la desescalada

Declarada la pandemia el 11 de marzo por la OMS, se sucedió en España la declaración del estado de alarma el 14 de marzo con el confinamiento de la población, excepción hecha de los trabajadores en trabajos esenciales, y no fue hasta el final de abril cuando comienza la desescalada; intento de retorno a la normalidad que no se consolidaría hasta entrado junio.

Analicemos los datos de la IT durante estos meses marzo, abril, mayo y junio de 2020, que abarcan el confinamiento y la desescalada. El dato más relevante es la escalada en la duración media de los procesos. Durante el periodo del «confinamiento» y la «desescalada» la duración de la incapacidad temporal se incrementó en un 84,48%. (Tabla 1; Tabla 2)

En procesos habitualmente más largos de incapacidad temporal, reseñar el incremento del 34,12% de la duración media de las neoplasias, el 29,56% de los trastornos mentales, el 33,37% de las enfermedades cardiovasculares, el 45,42% de las enfermedades de la sangre, el 31,94% de los «procedimientos», el 35,63% de la duración media de los trastornos osteomioarticulares, el incremento del 60,73% de la duración de las enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas, el incremento del 45,09% de las enfermedades digestivas. El incremento desproporcionado de la duración media en las enfermedades respiratorias del 503,58%, o en las enfermedades infecciosas 215,88%, los códigos V 149,19%, está en relación estrecha con los procesos Covid. La Tabla 1 recoge la duración media ordenada de mayor a menor por capítulos diagnósticos y la variación porcentual producida en junio.

Tabla 1: Comparativa duración media IT marzo y junio, y variación %.

Capítulo de diagnóstico	Duración media marzo	Capítulo de diagnóstico	Duración media junio	% Variación junio-marzo
Neoplasias	81,09	Neoplasias	108,76	34,12
CÓDIGOS MIL	76,11	Trastornos mentales	89,67	29,56
Trastornos mentales	69,21	Enfermedades del sistema circulatorio	87,47	33,37
Enfermedades del sistema circulatorio	65,58	Anomalías congénitas	85,79	54,96
Enfermedades con origen en periodo perinatal	63,78	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	84,07	45,42
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	61,78	CÓDIGOS MIL	83,07	9,14
PROCEDIMIENTOS	59,36	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	81,19	31,41

Capítulo de diagnóstico	Duración media marzo	Capítulo de diagnóstico	Duración media junio	% Variación junio-marzo
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	57,81	PROCEDIMIENTOS	78,32	31,94
Anomalías congénitas	55,36	Enfermedades con origen en periodo perinatal	72,37	13,46
Enfermedades del sistema osteomioarticular y conectivo	49,34	Sin diagnóstico	70,30	49,11
Lesiones y envenenamiento	43,90	Enfermedades del sistema osteomioarticular y conectivo	66,92	35,63
C. Endocrinas, de la nutrición, metabólicas y T. inmunidad	41,56	C. Endocrinas, de la nutrición, metabólicas y T. inmunidad	66,80	60,73
CÓDIGOS E	38,40	Lesiones y envenenamiento	57,23	30,36
Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos	31,92	Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos	47,91	50,09
Enfermedades del aparato genitourinario	30,15	Enfermedades del sistema respiratorio	47,14	503,58
Sin diagnóstico	28,22	CÓDIGOS E	47,23	22,99
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	26,49	Enfermedades del aparato genitourinario	40,43	34,09
Enfermedades del sistema digestivo	24,37	CÓDIGOS V	40,42	149,19
CÓDIGOS V	16,22	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	36,83	39,03
Síntomas, signos y estados mal definidos	15,63	Enfermedades del sistema digestivo	35,36	45,09
Enfermedades del sistema respiratorio	7,81	Síntomas, signos y estados mal definidos	33,40	113,69
Enfermedades infecciosas y parasitarias	6,36	Enfermedades infecciosas y parasitarias	20,09	215,88
Total	29,77	Total	54,92	84,48

En cuanto al número de procesos este descendió a lo largo de este periodo en un 31,47%, por una razón elemental: durante este periodo la población trabajadora susceptible de precisar IT descendió, una parte de la población trabajadora trabajaba en teletrabajo, hubo pase a desempleo, se sucedieron los ERTES, y una parte de la población trabajadora pudo estar en situación de permiso por conciliación o de una u otra forma durante un tiempo estaba sin necesidad de trabajar por cierre de la actividad presencial; la propia tramitación de la IT NO COVID no era fácil, pues durante un tiempo los centros de salud estaban cerrados a esta actividad, considerada como no esencial clínica, ni prioritaria en plena pandemia. También conviene precisar que se inició un aluvión de IT's por COVID en sus tres formas esenciales, infección, contacto-aislamiento o trabajador sensible. En la Tabla recogemos el número de procesos en marzo y junio ordenados de mayor a menor y la variabilidad porcentual en junio.

Es llamativo que, frente al descenso generalizado, de las bajas, comparando procesos en marzo y en junio, las enfermedades endocrinas, metabólicas o de la nutrición se incrementaron en un 40%, los trastornos mentales tuvieron un incremento del 13,46%, las enfermedades de la sangre se incrementaron en un 9,24%, las enfermedades cardiovasculares se incrementaron en un 7,38%. Los aumentos en los códigos V del 64,40% guardan relación estrecha con el COVID. En cuanto al descenso significativo de las enfermedades respiratorias, del 85,20% la explicación probable lo sea por motivos de calificación diagnóstica en los partes de baja, diferente al inicio del confinamiento y las nuevas instrucciones sobre

los códigos diagnósticos guardan del COVID. El descenso de los «procedimientos» del 26,09% es debido a la anulación de intervenciones programadas no urgentes y el incremento de las listas de espera.

Tabla 2: Comparativa nº de procesos meses marzo y junio 2020.

Capítulo de diagnóstico	Número de procesos Marzo	Capítulo de diagnóstico	Número de procesos Junio	% Variación junio-marzo
Enfermedades del sistema respiratorio	114.722	Enfermedades del sistema osteomioarticular y conectivo	86.341	-13,07
Enfermedades del sistema osteomioarticular y conectivo	100.047	Lesiones y envenenamiento	46.613	-14,51
Síntomas, signos y estados mal definidos	68.162	Síntomas, signos y estados mal definidos	43.239	-36,57
Enfermedades infecciosas y parasitarias	43.379	Trastornos mentales	29.189	13,46
Lesiones y envenenamiento	54.521	CÓDIGOS V	27.537	64,20
Enfermedades del sistema digestivo	27.111	Enfermedades infecciosas y parasitarias	26.677	-38,51
Trastornos mentales	25.725	Enfermedades del sistema digestivo	20.477	-24,47
Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos	23.218	Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos	18.167	-21,76
Enfermedades del aparato genitourinario	11.088	Enfermedades del sistema respiratorio	16.987	-85,20
CÓDIGOS V	16.770	Enfermedades del sistema circulatorio	9.144	7,38
Enfermedades del sistema circulatorio	8.515	Enfermedades del aparato genitourinario	9.036	-18,51
Neoplasias	7.194	Neoplasias	6.609	-8,14
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	5.908	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	5.041	-14,68
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	5.902	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	4.915	-14,59
PROCEDIMIENTOS	5.551	PROCEDIMIENTOS	4.103	-26,09
Sin diagnóstico	3.943	C. Endocrinas, de la nutrición, metabólicas y T. inmunidad	3.103	40,00
C. Endocrinas, de la nutrición, metabólicas y T. inmunidad	2.152	Sin diagnóstico	1.343	65,94
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	649	Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	709	9,24
Anomalías congénitas	601	Anomalías congénitas	555	-7,66
CÓDIGOS E	200	CÓDIGOS E	200	0,00
CÓDIGOS MIL	154	CÓDIGOS MIL	154	0,00
Enfermedades con origen en período perinatal	94	Enfermedades con origen en período perinatal	62	34,05
Total	525.606	Total	360.201	-31,47

3.2 La incapacidad temporal en la vuelta a la normalidad, la nueva realidad

Nos centraremos en el análisis de los datos de IT acumulados a octubre 2020, pues así recogemos periodo crítico de la primera ola, la mal llamada «nueva normalidad», mejor calificada como nueva realidad, y el momento final de la primera ola, antes de la segunda ola de noviembre.

Comparativa IT por capítulo diagnósticos acumulada a octubre 2019 y a octubre 2020

En la comparación de la duración media de la IT acumulada a octubre 2020 comparada con la del año anterior (Tabla 3), la duración de la IT subió un 12,09% es decir arrastra el efecto de los meses del confinamiento, en los que la IT alcanzó una duración media del 84,48. Por capítulos diagnósticos destacar que en procesos como las neoplasias con incapacidades temporales habitualmente largas se incrementó su duración media un 3,58%, y lo mismo para los trastornos mentales tuvieron un incremento de su duración media del 15,89%, los trastorno osteomioarticulares se incrementó su duración en un 16,71%, y las enfermedades del sistema circulatorio tuvieron una duración incrementada del 8,67%. En cuanto a valores absolutos del crecimiento porcentual a destacar el incremento del 149,71% de la duración media de las enfermedades infecciosas, el 48,19% de las enfermedades respiratorias, el 31,72% de las enfermedades digestivas o el incremento de la duración media del 25,08% de los «procedimientos».

Tabla 3: Comparativa de la duración media 2019 2020 acumulada a octubre.

Capítulo de diagnóstico	Duración media 2019	Duración media 2020	% diferencia interanual
Enfermedades infecciosas y parasitarias	5,23	13,06	149,71
Enfermedades del aparato genitourinario	30,85	36,37	17,89
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	60,11	68,51	13,97
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	27,35	32,96	20,51
Enfermedades del sistema osteomioarticular y conectivo	51,63	60,26	16,71
Anomalías congénitas	60,37	73,92	22,44
Enfermedades con origen en periodo perinatal	67,95	67,16	-1,17
Síntomas, signos y estados mal definidos	21,15	24,44	15,55
Lesiones y envenenamiento	43,26	51,03	17,96
Neoplasias	98,07	101,59	3,58
C. Endocrinas, de la nutrición, metabólicas y T. inmunidad	47,98	57,08	18,96
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	64,09	73,93	15,35
Trastornos mentales	75,82	87,87	15,89
Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos	34,06	40,92	20,14
Enfermedades del sistema circulatorio	74,47	80,93	8,67
Enfermedades del sistema respiratorio	8,59	12,73	48,19
Enfermedades del sistema digestivo	24,11	31,76	31,72
CÓDIGOS E	42,52	45,69	7,45
CÓDIGOS MIL	88,03	75,82	-13,88
PROCEDIMIENTOS	56,85	71,11	25,08
CÓDIGOS V	56,07	18,96	-66,18
Sin diagnóstico	46,80	57,85	23,61
Total	36,14	40,51	12,09

En cuanto al número de procesos, al irse retornando al trabajo en la medida de lo posible, excepción hecha del aumento del paro y los trabajadores en ERTE, el número de procesos había caído tan solo el 1,9% interanual, cuando en el periodo del confinamiento y desescalada la caída interanual fue del

27,04 (Tabla 4). La IT es un fenómeno anticrisis, lo que a futuro indica que una vez se retome la mejora económica contaremos con IT de más duración y mayor número de procesos, lo que se sumará a otras causas de prolongar la duración de la baja.

Tabla 4: Número de procesos a junio 2019 2020 y variación interanual.

Número de procesos IT Junio 2019	Número de procesos IT Junio 2020	% Variación interanual
493.638	360.201	27,04

En la Tabla 5 recogemos el número de procesos de IT acumulados al mes de octubre de 2019 y 2020. No siendo comparable la población trabajadora susceptible de precisar incapacidad temporal, por el aumento del desempleo, y trabajadores en ERTE, entre otras circunstancias, sí que es llamativo como repunta el número de procesos de junio a la referencia de octubre, un 25,14%, acercándose a valores del año anterior, y también significativo y puede guardar relación con el aumento de las listas de espera quirúrgica como el número de procesos por «procedimientos» la caída de un 43,38% en 2020.

Tabla 5: Comparativa de número de procesos 2019 2020 acumulados a octubre.

Capítulo de diagnóstico	Número de procesos 2019	Número de procesos 2020	% diferencia interanual
Enfermedades infecciosas y parasitarias	419.208	424.975	1,37
Enfermedades del aparato genitourinario	113.748	104.025	-8,55
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	63.155	58.739	-7,00
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	63.549	53.657	-15,57
Enfermedades del sistema osteomioarticular y conectivo	1.070.240	951.094	-11,14
Anomalías congénitas	6.680	5.443	-18,52
Enfermedades con origen en periodo perinatal	1.368	845	-38,24
Síntomas, signos y estados mal definidos	475.003	544.425	14,61
Lesiones y envenenamiento	694.883	517.248	-25,57
Neoplasias	72.314	71.237	-1,49
C. Endocrinas, de la nutrición, metabólicas y T. inmunidad	23.728	23.761	0,13
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	6.440	6.527	1,35
Trastornos mentales	283.238	271.996	-3,97
Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos	237.202	206.551	-12,93
Enfermedades del sistema circulatorio	85.692	86.379	0,80
Enfermedades del sistema respiratorio	723.816	633.066	-12,54
Enfermedades del sistema digestivo	291.474	241.478	-17,16
CÓDIGOS E	1.746	2.312	32,41
CÓDIGOS MIL	2.206	1.771	-19,72
PROCEDIMIENTOS	87.620	49.618	-43,38
CÓDIGOS V	19.372	393.446	1931
Sin diagnóstico	14.332	18.241	27,27
Total	4.757.014	4.666.834	-1,9

3.3. COVID-19 y su influencia en las bajas prolongadas^(14,15)

Las bajas prolongadas son una pequeña parte del total de bajas que se inician, pero son las que más recursos sanitarios consumen, mayores riesgos de incapacidad suponen, mayores impactos para la salud

laboral encierran, las que suponen más problemas al retorno laboral saludable y eficaz, las que causan mayor impacto en la economía productiva de los autónomos y también las que deterioran de forma notable el sistema productivo de las empresas. La situación de crisis económica provocada por la pandemia hace que las repercusiones laborales de estas bajas prolongadas «prologadas» a su vez por el COVID-19 sean mayores, encerrando un alto riesgo de difícil retorno al trabajo, y un añadido deterioro de la salud laboral, así como un alto riesgo de pérdida del empleo o del negocio.

Para valorar esta influencia del COVID-19 en las «bajas prolongadas» o muy largas, atendemos al indicador de procesos de baja de duración superior a 365 días, a los que nos referimos bajo el acrónimo PIT (Prórroga de Incapacidad Temporal).

Por «PIT» entendemos los procesos que pasan a la valoración de Prórroga de Incapacidad Temporal, son procesos de baja que agotan duración máxima de la IT (Incapacidad Temporal) de 365 días, momento en que el INSS toma la decisión (resolución) a través de los equipos de valoración de incapacidades (EVIs) como órganos colegiados valoradores de la incapacidad, de si una situación de baja se prorroga, se le da el alta para incorporación laboral o pasa a incapacidad permanente. Cuando hablemos de PIT estaremos hablando de los procesos que pasan a la valoración de Prórroga de Incapacidad Temporal, y nos referiremos a ellos en este estudio como procesos de «baja larga» o «baja prolongada».

Método de trabajo: Analizaremos los datos por capítulos diagnósticos tanto en el momento final de este estudio, octubre 2020, como en los datos añadidos o acumulados durante el año hasta el mes de octubre, y los compararemos con los del año 2019.

Comparativa de morbilidad en PIT a mes de octubre 2020 y su referencia con el mes de octubre 2019

En el mes de octubre de 2020 (Tabla 7) el volumen de procesos de larga baja (PIT), se había incrementado en un 25,27%, respecto del mes de octubre del año anterior. Las decisiones de prórroga se incrementaron en un 6,08%, las de alta en un 3,41% y descendieron las declaraciones de IP en un 13,14% respecto al año 2019.

Lo que llevaría a considerar que la pandemia incrementó la duración de las bajas de forma notable y tal vez de forma inadecuada, pues más procesos alcanzaron los 365 días, y se dieron más altas para poner fin a la baja, lo que podría estar en relación con un peor control de las bajas ya que durante los meses del confinamiento total no se realizaron controles presenciales de la IT y más procesos que pasaron a prórroga en una mayor espera de que el tratamiento curara o mejorara el proceso, lo que está en relación con menor atención presencial, el aplazamiento o anulación de tratamientos, incluyendo de forma especial la rehabilitación, de pruebas diagnósticas o funcionales o de intervenciones programadas quirúrgicas no urgentes que aconteció en el confinamiento y que agravó las listas de espera, ya deterioradas.

El número de procesos que alcanzaron los 365 días en octubre de 2020 se incrementó respecto del mes de octubre del año anterior, en un 25,27%, los procesos que pasaron a Incapacidad Permanente (IP) se incrementaron en un 8,82%, los de alta en un 29,57% y las prórrogas en un 32,88%. (Tabla 6 y Tabla 7)

Por capítulos diagnósticos las bajas prolongadas se incrementaron de diferente forma:

- Las bajas prolongadas por enfermedades endocrinas y de la nutrición se incrementaron en un 28,50%
- Las bajas prolongadas por trastornos mentales se incrementaron en un 28,20%
- Las bajas prolongadas por trastornos osteomusculares se incrementaron en un 26,70%.
- Las bajas prolongadas por neoplasias se incrementaron en un 26,49%.
- Las bajas prolongadas por enfermedades respiratorias se incrementaron en un 24,27%
- Las bajas prolongadas por enfermedades del sistema nervioso se incrementaron en un 22,79%
- Las bajas prolongadas por enfermedades cardiovasculares se incrementaron en un 20,48%
- Las bajas prolongadas por enfermedades digestivas se incrementaron en un 19,24%

En cuanto al porcentaje de procesos por capítulos diagnósticos que alcanzaron los 365 días en octubre 2020 de los 28.989 totales:

- Las bajas prolongadas por trastornos osteomusculares fueron el 47,16%.
- Las bajas prolongadas por trastornos mentales fueron el 15,68%
- Las bajas prolongadas por neoplasias fueron el 8,67%.
- Las bajas prolongadas por enfermedades del sistema nervioso fueron el 7,30%
- Las bajas prolongadas por enfermedades cardiovasculares fueron el 7.04%
- Las bajas prolongadas por enfermedades digestivas fueron el 3,16%
- Las bajas prolongadas por enfermedades respiratorias fueron el 1,04%
- Las bajas prolongadas por enfermedades endocrinas y nutrición fueron el 0,91%.

Tabla 6: Resoluciones PIT por capítulos de diagnósticos en el mes de octubre 2019

Indicadores	Número de resoluciones 23.141		
	Apertura Expediente IP	Alta	Prorroga de IT
Enfermedades del sistema osteomioarticular y conectivo N° de procesos 10.790	2.701	3.934	4.155
% de resoluciones según decisión	25,03	36,45	38,50
Trastornos mentales N° de procesos 3.546	650	1.624	1.272
% de resoluciones según decisión	18,33	45,79	35,87
Neoplasias N° de procesos 2.183	892	399	892
% de resoluciones según decisión	40,86	18,27	40,86
Enfermedades del sistema circulatorio N° de procesos 1.694	600	396	698
% de resoluciones según decisión	35,41	23,37	41,20
Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos N° de procesos 1.724	526	543	655
% de resoluciones según decisión	30,51	31,49	37,99
Enfermedades del sistema digestivo N° de procesos 769	196	255	318
% de resoluciones según decisión	25,48	33,15	41,35
Lesiones y envenenamientos N° de procesos 700	191	234	275
% de resoluciones según decisión	27,28	33,42	39,28
Enfermedades del aparato genitourinario N° de procesos 349	89	109	151
% de resoluciones según decisión	25,50	31,23	43,26
Síntomas, signos y estados mal definidos N° de procesos 412	92	180	140
% de resoluciones según decisión	22,33	43,68	33,98
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo N° de procesos 206	58	62	86
% de resoluciones según decisión	28,55	30,09	41,74
Enfermedades del sistema respiratorio N° de procesos 243	78	79	86
% de resoluciones según decisión	32,09	32,51	35,39

Indicadores	Número de resoluciones 23.141		
	Apertura Expediente IP	Alta	Prorroga de IT
E. Endocrinas, de la nutrición, metabólicas y T. inmunidad Nº de procesos 207	68	69	70
% de resoluciones según decisión	32,85	33,33	33,81
Enfermedades infecciosas y parasitarias Nº de procesos 107	28	36	43
% de resoluciones según decisión	26,16	33,64	40,18
Anomalías congénitas	19	16	30
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	2	9	22
Procedimientos	21	22	22
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos	11	20	16
Códigos M			1
Total resoluciones por decisión	6.222	7.987	8.932
% de resoluciones según decisión	26,88	34,51	38,59

Tabla 7: Resoluciones PIT por capítulos de diagnósticos mes de octubre 2020

Indicadores	Número de resoluciones 28.989		
	Apertura Expediente IP	Alta	Prorroga de IT
Enfermedades del sistema osteomioarticular y conectivo Nº de procesos 13.672	2.888	5.087	5.697
% de resoluciones según decisión	21,12	37,20	41,66
Trastornos mentales Nº de procesos 4.546	719	2.280	1.547
% de resoluciones según decisión	15,81	50,15	34,02
Neoplasias Nº de procesos 2.516	990	439	1.087
% de resoluciones según decisión	39,34	17,44	43,20
Enfermedades del sistema circulatorio Nº de procesos 2.041	664	497	880
% de resoluciones según decisión	32,53	24,35	43,11
Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos Nº de procesos 2.117	565	685	867
% de resoluciones según decisión	26,68	32,35	40,95
Enfermedades del sistema digestivo Nº de procesos 917	186	282	449
% de resoluciones según decisión	20,28	30,75	48,96
Lesiones y envenenamientos Nº de procesos 960	225	315	420
% de resoluciones según decisión	23,43	32,81	43,75

Indicadores	Número de resoluciones 28.989		
	Apertura Expediente IP	Alta	Prorroga de IT
Enfermedades del aparato genitourinario Nº de procesos 441	98	154	189
% de resoluciones según decisión	22,22	34,92	42,85
Síntomas, signos y estados mal definidos Nº de procesos 506	118	203	185
% de resoluciones según decisión	23,32	40,11	36,56
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo Nº de procesos 277	53	89	135
% de resoluciones según decisión	19,13	32,12	48,73
Enfermedades del sistema respiratorio Nº de procesos 302	90	87	125
% de resoluciones según decisión	29,80	28,80	41,38
E. Endocrinas, de la nutrición, metabólicas y T. inmunidad Nº de procesos 266	67	85	114
% de resoluciones según decisión	25,18	31,95	42,85
Enfermedades infecciosas y parasitarias Nº de procesos 169	45	61	63
% de resoluciones según decisión	26,62	36,09	37,27
Anomalías congénitas	26	24	34
Procedimientos	21	28	29
Enfermedades de la sangre y órganos hemato-poyéticos	16	20	28
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio		12	18
Códigos V		1	2
Total resoluciones por decisión	6.771	10.349	11.869
% de resoluciones según decisión	23,35	35,69	40,94

La variación porcentual de declaraciones de IP, Alta o Prórroga, de los procesos de muy larga baja o que alcanzaron los 365 días (PIT) fue diferente por procesos según capítulos diagnósticos o para determinadas patologías.

En los trastornos osteomioarticulares se incrementó la prórroga en un 8,20% y las declaraciones de alta en un 2,05%, en los trastornos mentales se incrementaron las altas en un 9,52%, en las neoplasias se incrementó la prórroga en un 5,72 %, en las enfermedades cardiovasculares se incrementaron las altas en un 4,19%, y las prórrogas en un 4,63%, en las enfermedades del SNC y órganos de los sentidos se incrementaron las altas en un 3,68% y las prórrogas en un 7,79%, en los procesos digestivos hubo un incremento acusado del 47,69% de las prórrogas, en las enfermedades genitourinarias destaca un incremento de las altas en un 11,81% , en las enfermedades de la piel se incrementaron las altas en un 6,74% y las prórrogas en un 16,74%, en las enfermedades respiratorias hubo un incremento de las prórrogas del 16,92%, en las enfermedades endocrinas, metabólicas y de la nutrición se incrementaron las prórrogas en un 26,73%, y en las enfermedades infecciosas el incremento se produjo en las altas del 7,28%.

La pandemia y las listas de espera o postergación para consultas externas, pruebas, operaciones y la paralización de la actividad sanitaria presencial no urgente, no COVID-19, en los meses de confinamiento más estricto, llevan a explicar esta variación por procesos.

A destacar el elevado número de altas para los trastornos genitourinarios y para los trastornos mentales, en la inmensa mayoría trastornos adaptativos, ansioso depresivos; y la prórroga de la baja para las enfermedades digestivas y para las enfermedades endocrinas metabólicas o de la nutrición. La prolongación de la baja en neoplasias.

Comparativa de morbilidad en PIT acumulados en 2020 hasta octubre y los acumulados hasta el mes de octubre en 2019

Esta comparativa (Tabla 8 y Tabla 9) nos permite tener una visión más lineal y completa de la influencia de la pandemia en las incapacidades temporales muy largas. Suma los procesos que mes a mes fueron alcanzando los 365 días. En el acumulado de procesos que alcanzaron los 365 días a octubre de 2020 y su comparativa con acumulados a octubre 2019, el número de bajas que alcanzaron los 365 días se había incrementado en un 8,25% en el acumulado. Las decisiones de prórroga se incrementaron en un 8,33%, las de alta disminuyeron en 9,03% y descendieron las declaraciones de IP en un 1,91%. La prórroga cabe cuando se espera curación o mejoría que permita trabajar en los meses de la misma. Las decisiones de prórroga tienen relación estrecha con la respuesta todavía no correcta al tratamiento, pero indudablemente con listas de espera para pruebas, tratamientos o por intervenciones que hacen que se prorrogue la baja hasta esperar respuesta evolutiva favorable y consolidación de la funcionalidad. Y por ello esta comparativa interanual de la morbilidad de los procesos de baja que alcanzaron los 365 días en baja, con cambios significativos expresa factores añadidos a la propia morbilidad de los mismos.

Por capítulos diagnósticos los 3 procesos más numerosos en PIT acumulado octubre 20, son los trastornos osteomioarticulares con el 46,35%, los trastornos mentales, el 15,73% y Las neoplasias, el 8,92%.

Los trastornos osteomioarticulares, el 46,35% de los procesos PIT, en el acumulado a octubre 2020, se incrementaron en un 17,27%, se dieron un 11,34% más de prórrogas, un 11,36% menos de altas y las declaraciones de incapacidad permanente disminuyeron en un 2,40% respecto del mismo periodo de 2019.

Los trastornos mentales, el 15,73% de los procesos PIT, en el acumulado a octubre 2020, se incrementaron en un 10,64%, las prórrogas se incrementaron en un 4,97%, las altas disminuyeron un 2,11% y las declaraciones de incapacidad permanente disminuyeron en un 5,29% respecto del mismo periodo de 2019.

Las neoplasias, el 8,92% de los procesos PIT en el acumulado a octubre 2020, las prórrogas se incrementaron en un 4,24%, las altas disminuyeron un 31,18% y se incrementaron las declaraciones de incapacidad permanente en un 11,53%, respecto del mismo periodo de 2019. Lo que avala una mala evolución de las neoplasias en 2020.

Curiosamente las lesiones disminuyeron, en un 48,25% pasaron de 13.595 a 7.036 en el acumulado hasta octubre.

Tabla 8: Resoluciones PIT por capítulos de diagnósticos acumulado anual a octubre 2019

Indicadores	Número de resoluciones 198.526		
	Apertura Expediente IP	Alta	Prorroga de IT
Enfermedades del sistema osteomioarticular y conectivo Nº de procesos 83.135	21.534	28.481	33.120
% de resoluciones según decisión	25,90	34,25	39,83
Trastornos mentales Nº de procesos 30.646	6.029	12.789	11.828

Indicadores	Número de resoluciones 198.526		
	Apertura Expediente IP	Alta	Prorroga de IT
Capítulo diagnóstico			
% de resoluciones según decisión	19,67	41,73	38,59
Neoplasias Nº de procesos 22.770	8.388	4.457	9.925
% de resoluciones según decisión	36,83	19,57	43,58
Lesiones y envenenamientos Nº de procesos 13.595	3.352	3.880	6.063
% de resoluciones según decisión	24,65	28,53	44,95
Enfermedades del sistema circulatorio Nº de procesos 14.066	4.929	3.363	5.774
% de resoluciones según decisión	35,04	23,90	41,04
Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos Nº de procesos 14.009	4.177	4.101	5.731
% de resoluciones según decisión	29,81	29,27	40,90
Enfermedades del sistema digestivo Nº de procesos 5.915	1.564	1.778	2.573
% de resoluciones según decisión	26,44	30,05	43,49
Síntomas, signos y estados mal definidos Nº de procesos 3.542	847	1.325	1.370
% de resoluciones según decisión	23,91	37,40	38,67
Enfermedades del aparato genitourinario Nº de procesos 2.566	644	826	1.096
% de resoluciones según decisión	25,09	32,19	42,71
Enfermedades del sistema respiratorio Nº de procesos 2.525	882	679	964
% de resoluciones según decisión	34,93	26,89	38,17
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo Nº de procesos 1.573	413	487	673
% de resoluciones según decisión	26,25	30,95	42,78
E. Endocrinas, de la nutrición, metabólicas y T. inmunidad Nº de procesos 1.427	424	448	555
% de resoluciones según decisión	29,71	31,39	38,89
Procedimientos Nº de procesos 962	252	272	438
% de resoluciones según decisión	26,19	28,27	45,53
Enfermedades infecciosas y parasitarias Nº de procesos 969	257	319	393
% de resoluciones según decisión	26,52	32,90	40,55
Anomalías congénitas Nº de procesos 554	186	148	220
% de resoluciones según decisión	33,57	26,71	39,71
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos Nº de procesos 387	104	110	173
% de resoluciones según decisión	26,87	28,42	44,70
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	21	52	104
Códigos M	1	4	3
Enfermedades con origen en periodo perinatal			

Indicadores	Número de resoluciones 198.526		
	Apertura Expediente IP	Alta	Prorroga de IT
Capítulo diagnóstico			
Códigos E			
Códigos V			
Total	54.004	63.519	81.003
% de resoluciones según decisión	27,20	31,99	40,80

Tabla 9: Resoluciones PIT por capítulos de diagnósticos acumulado anual a octubre 2020

Indicadores	Número de resoluciones 215.442		
	Apertura Expediente IP	Alta	Prorroga de IT
Enfermedades del sistema osteomioarticular y conectivo Nº de procesos 99.873	25.255	30.324	44.294
% de resoluciones según decisión	25,28	30,36	44,35
Trastornos mentales Nº de procesos 33.909	6.318	13.853	13.738
% de resoluciones según decisión	18,63	40,85	40,51
Neoplasias Nº de procesos 19.237	7.904	2.592	8.741
% de resoluciones según decisión	41,08	13,47	45,43
Enfermedades del sistema circulatorio Nº de procesos 15.974	5.410	3.216	7.348
% de resoluciones según decisión	33,86	20,13	45,99
Enfermedades del SNC y órganos de los sentidos Nº de procesos 12.008	4.594	4.222	6.992
% de resoluciones según decisión	38,25	35,15	58,22
Lesiones y envenenamientos Nº de procesos 7.036	1.798	1.922	3.316
% de resoluciones según decisión	25,55	27,31	47,12
Enfermedades del sistema digestivo Nº de procesos 6.866	1.776	1.818	3.272
% de resoluciones según decisión	25,86	26,47	47,65
Síntomas, signos y estados mal definidos Nº de procesos 3.736	839	1.246	1.651
% de resoluciones según decisión	22,41	33,35	44,19
Enfermedades del aparato genitourinario Nº de procesos 3.376	931	987	1.458
% de resoluciones según decisión	27,57	29,23	43,18
Enfermedades del sistema respiratorio Nº de procesos 2.591	810	667	1.114
% de resoluciones según decisión	31,26	25,74	42,99
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo Nº de procesos 1.970	506	519	945
% de resoluciones según decisión	25,68	26,34	47,96
E. Endocrinas, de la nutrición, metabólicas y T. inmunidad Nº de procesos 1.953	576	500	877

Indicadores	Número de resoluciones 215.442		
	Apertura Expediente IP	Alta	Prorroga de IT
% de resoluciones según decisión	29,49	25,60	44,90
Enfermedades infecciosas y parasitarias Nº de procesos 1.216	298	329	589
% de resoluciones según decisión	24,50	27,05	48,43
Anomalías congénitas Nº de procesos 590	157	154	279
% de resoluciones según decisión	26,61	26,10	47,28
Procedimientos Nº de procesos 586	158	176	252
% de resoluciones según decisión	26,96	30,03	43,03
Enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos Nº de procesos 497	130	124	243
% de resoluciones según decisión	26,15	24,94	48,89
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	26	63	123
Códigos V		1	4
Códigos M	1		3
Enfermedades con origen en periodo perinatal	1	1	1
Total	57.488	62.714	95.240
% de resoluciones según decisión	26,68	29,10	44,20

3.4. La incapacidad temporal por COVID-19

La IT COVID-19 por aislamiento, infección y TES (Trabajadores Especialmente Sensibles) suponía al final de octubre 2020 el 38,73% de todas las bajas (4.666.834). 1.807.695 bajas por COVID-19 de 4.666.834 bajas totales acumuladas a octubre. Según datos suministrados por el Ministerio de Sanidad a 14 de octubre de 2020 se habían infectado entre 20 a 65 años (edad laboral) 925.036 personas, puestas en relación con número de ITs por infección a esa fecha 485.740, supondría que el 52,51 % de los infectados entre 20 y 65 años a nivel Nacional causó IT por Infección. A esa fecha 14 de octubre, se habían dado 1.807.695 bajas, 1.281.793 (70,90%) por aislamiento, 485.740 por infección (26,87%), y 40.162 por TES (2,22%), habiendo finalizado 1.640.611, es decir 92,82%.

3.4.1. IT COVID desde el inicio de la pandemia a 14 octubre 2020 (Cuadro 2)

Cuadro 2: Datos de infectados Ministerio Sanidad. Datos IT INSS

Total IT	IT % ⁰⁰⁰ trabajadores	IT infección	Duración media	Total Infectados 20 a 65 a.	IT aislamiento	Duración media	IT TES	Duración media
1.807.695	955,22	485.740	22,83	925.036	1.281.793	15,50	40.162	42,94

En cuanto a las bajas de Trabajadores Especialmente Sensibles (TES) a 14 de octubre, se habían producido 40.162 IT, y finalizadas a 14 octubre 36.924, el 91,94%. La duración media de la IT de los TES 42,94 días.

Con posterioridad a estos datos se pudo acceder a datos acumulados a final de octubre 2020, recogidos en la página web de la seguridad social en diciembre. Se habían alcanzado 1.909.770 procesos, con una duración media acumulada de la IT global por COVID-19 (tanto por infección, aislamiento y TES)

finalizado octubre era de 17,24 días, con una incidencia del 13,65 ‰ trabajadores protegidos, con una prevalencia (procesos abiertos al final del periodo) de 10,46 cada ‰ trabajadores (Tabla 10).

Tabla 10: IT COVID-19 acumulado a OCTUBRE 2020 duración media incidencia y prevalencia.

Autonomía	Duración media	Incidencia media mensual por cada ‰ trabajadores protegidos	Número de procesos iniciados en el periodo	Prevalencia por cada ‰ trabajadores	Número de procesos en vigor al final del periodo	Trabajadores protegidos
ANDALUCIA	15,89	9,44	190.157	10,56	26.805	2.538.410
ARAGÓN	15,29	18,14	80.584	14,83	8.277	558.087
ASTURIAS	16,72	9,07	24.883	10,36	3.606	347.968
BALEARES	13,92	11,60	43.392	4,18	1.818	434.523
CANARIAS	15,50	7,37	44.921	2,99	2.305	770.326
CANTABRIA	16,65	11,87	19.825	8,14	1.719	211.201
CASTILLA Y LEÓN	17,38	13,53	89.167	14,48	12.063	832.917
CASTILLA-LA MANCHA	17,81	16,55	89.751	10,28	7.070	687.482
CATALUÑA	17,36	16,59	436.019	14,34	47.476	3.310.230
EXTREMADURA	16,14	8,99	21.866	12,33	3.796	307.776
GALICIA	18,69	7,11	52.278	7,75	7.212	930.328
MADRID	19,71	16,50	389.007	6,55	19.404	2.963.161
MURCIA	14,16	16,15	73.429	14,61	8.465	579.517
NAVARRA	13,99	22,74	48.857	16,78	4.596	273.848
LA RIOJA	16,16	17,92	17.954	11,53	1.460	126.616
COM. VALENCIANA	18,26	10,09	145.728	8,51	15.864	1.863.664
PAIS VASCO	15,32	19,54	136.829	12,82	11.350	885.269
CEUTA	16,88	14,88	2.439	41,54	820	19.740
MELILLA	12,87	17,35	2.684	30,99	611	19.718
Total Nacional	17,24	13,65	1.909.770	10,46	184.717	17.660.781

La distribución por comunidades autónomas fue singularmente diferente tanto en la incidencia, como duración y prevalencia. En cuanto a la duración destacan Madrid con 19,71 días, Galicia 18,69 y Comunidad Valenciana con 18,16; en cuanto a incidencia Navarra con 22,74, País Vasco con 19,54 y Aragón con 18,14; en prevalencia destacan Ceuta con 41,54, Melilla con 30,99 muy significativamente, y Navarra con 16,78. (Fig. 1, Fig. 2, Fig. 3).

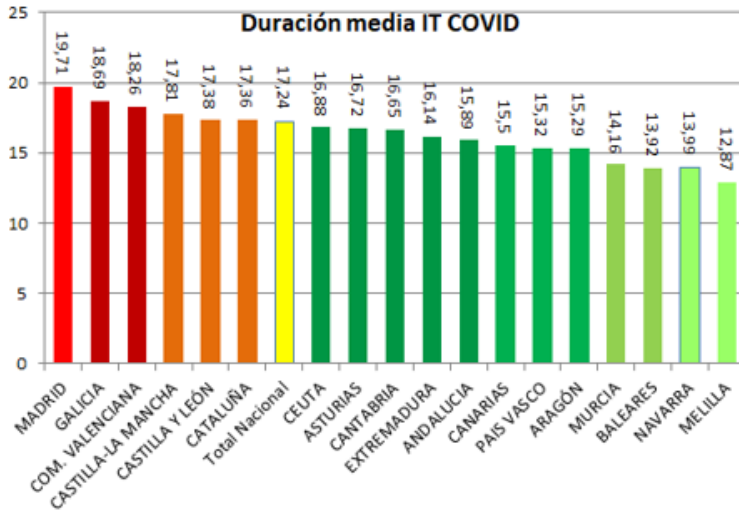


Figura 1: Duración media IT COVID-19.

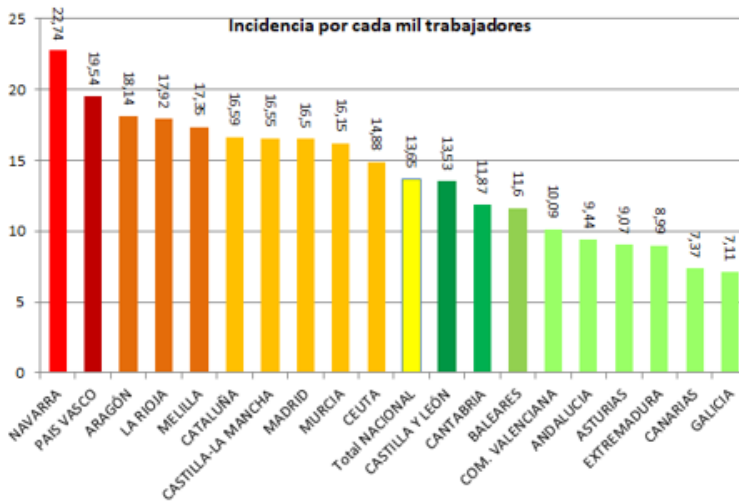


Figura 2: Incidencia IT COVID-19 por cada mil trabajadores.

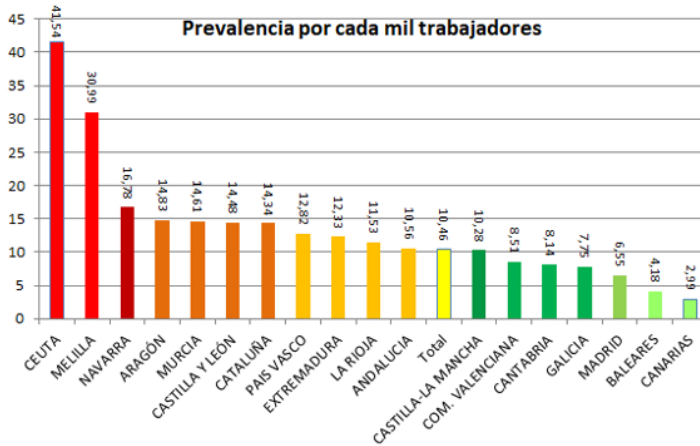


Figura 3: Prevalencia IT COVID-19 por cada mil trabajadores.

3.5. La gestión de la incapacidad temporal en la primera ola

Aludimos a gestión de la incapacidad, como las medidas y acciones para resolver la misma.

La otra gestión de la IT, la gestión «administrativa» o gestión de las prestaciones por parte de la Seguridad Social fue excelente pues de forma urgente se articularon cambios normativos, instrucciones interdepartamentales, guías y recomendaciones para determinar procedimientos que permitían proteger mediante esta prestación las situaciones de incapacidad temporal con inmediatez, dotándola así mismo de una mayor cuantía y una más completa protección abarcando las situaciones de infección, contacto o trabajo de riesgo COVID-19. Así mismo se dieron las instrucciones oportunas para la correcta gestión de las prestaciones económicas derivadas de la otra IT No COVID-19. También se ordenó el aplazamiento de notificaciones de resoluciones o la ampliación de plazos en determinados procedimientos.

Nos centraremos en la gestión de la incapacidad, como las medidas y acciones sanitarias y de evaluación y control médico para resolver la misma.

Había que establecer medidas drásticas para atender la pandemia y evitar los contagios y el colapso sanitario.

La atención sanitaria se paralizó para procesos No COVID-19 no urgentes, para paliar la no atención médica presencial se obligaba al contacto telefónico con enormes dificultades para ello por sobresaturación. Sobre un sistema público sanitario que, aunque con diferencias autonómicas padecía un incremento de las listas de espera para consultas, pruebas y cirugías, y una sobresaturación de algunos servicios en cuanto a dotación de personal y demanda asistencial, el colapso sanitario por COVID-19, precipitó un colapso sanitario de la atención No COVID-19.

En el confinamiento se cerró la actividad presencial de las inspecciones médicas del INSS, de las inspecciones médicas las comunidades autónomas y de los controles presenciales de IT en mutuas.

Se normó de forma urgente la protección mediante la IT COVID-19 y diversas instrucciones para no paralizar la gestión de la prestación económica de la incapacidad temporal.

Se arbitró un procedimiento para la extensión telefónica de los partes de baja, y este control telefónico, no presencial se utilizaría para la extensión de los partes de confirmación o de «prórroga» de la incapacidad temporal. También se implementó la atención sanitaria telefónica.

Los servicios de prevención colaboraron de forma ejemplar con la atención primaria en la información y valoración de espacios laborales de riesgo. Toda una novedad pues hasta ese momento lo cierto era

que eran ámbitos de gestión en compartimentos estancos y sin comunicación en lo que a la incapacidad se refiere.

Pero la correcta gestión sanitaria y médico evaluadora de la incapacidad exige el reconocimiento médico presencial para objetivar las limitaciones funcionales de una enfermedad respecto del trabajo.

Por todo ello el deterioro en la gestión era inevitable por dos razones, la primera la adecuada gestión de las bajas exige poder disponer de tratamiento adecuado y atención presencial de los procesos que las causan para conseguir la pronta recuperación funcional, la segunda la incapacidad temporal es una prestación con alto riesgo moral, y este riesgo se incrementa exponencialmente sin control presencial de las bajas.

En cuanto a las listas de espera, los aplazamientos o anulaciones de consultas, pruebas diagnósticas, pruebas funcionales, tratamientos no urgentes, incluyendo el rehabilitador, e intervenciones programadas no urgentes, hicieron que la gestión de la incapacidad resultara inadecuada. Si un proceso no es atendido adecuadamente es obvio que la recuperación se retrasará incluso como es de esperar que su evolución clínica será mucho peor. Sobre ello nos extenderemos en el apartado 4 de este artículo en lo referente a la atención prestada en la pandemia y su traslación a la incapacidad laboral. Añadiríamos a lo anterior las dificultades de atención presencial y de contacto asistencial de procesos No COVID-19. La curación de un proceso conlleva tratamiento en tiempo y forma adecuado, lo que significa acceso al mismo a tiempo, por lo que el retraso o aplazamiento del tratamiento o las propias dificultades en el contacto asistencial causan de forma directa una peor respuesta y evolución de cualquier enfermedad y más en las enfermedades graves.

En cuanto a la potenciación de la atención telefónica, tanto en atención primaria como especializada fue un hecho, era inevitable y razonable, pero también es imprescindible explicar con claridad sus motivos, sus objetivos y valorar su eficiencia en la atención a los pacientes. La atención sanitaria telefónica tiene sus riesgos uno organizacional decidir que es urgente y que puede no y de ser así resuelto por contacto telefónico a posteriori, otro las dificultades que el contacto telefónico implican (Javier Carnicero Giménez de Azcarate. Artículo la «Atención Primaria en los tiempos del COVID-19». Diario de Navarra 18/8/2020)⁽¹⁶⁾.

En cuanto al riesgo moral^(17,18,19) lo entendemos como la posibilidad de que un acontecimiento se suceda en virtud del comportamiento humano. El riesgo moral en la incapacidad laboral es el riesgo que corremos al valorar una situación de incapacidad sobre la confianza en la buena fe del interesado, o en el obrar de buena fe del ciudadano que va a referirnos su verdadera situación de incapacidad sin distorsión, sin tergiversación o sin engaño. El riesgo moral se define en los sistemas de aseguramiento como el riesgo en la correcta adecuación de la prestación asegurada de incapacidad influenciado por la propia conducta del presunto incapacitado y la asimetría en el conocimiento y la información auténtica y exacta sobre como de verdad se siente y se muestra el incapacitado y cómo de verdad lo está. Pues el presunto incapacitado tiene la información auténtica de cómo se siente y qué y cómo debe transmitir cómo se siente y como está respondiendo al tratamiento y en definitiva cómo evoluciona y qué secuelas mantiene. Es decir, la actitud expresada ante el controlador o gestor de la IT y sus controles, es lo que engendra el riesgo moral. Con control de la incapacidad temporal telefónico o a través de datos recogidos en la historia, a menudo con numerosas alusiones a control del proceso telefónico, es obvio que el riesgo de que las bajas se prolongaran era muy grande.

También es cierto, que en la época de la «normalización» de junio a octubre 2020, y hasta el inicio de la segunda ola se multiplicaron por diez las demandas por parte del trabajador del alta voluntaria para poder trabajar en los procesos de IT en control del INSS, comparando con mismo periodo del año anterior. En una mezcla de manifiesta recuperación funcional, necesidad económica imperiosa de incorporación al mercado laboral y situación de precariedad en el empleo que obliga a evitar riesgos de perder el trabajo.

4. Las otras enfermedades en la pandemia de COVID-19 y las implicaciones en la incapacidad laboral

El 14 de marzo de 2020, el Gobierno de España decretó el estado de alarma que supuso la instauración de medidas extraordinarias para controlar la transmisión comunitaria viral, restringiendo la libre movilidad, siendo los trabajadores esenciales los únicos autorizados a salir de sus hogares. Estas restricciones se mantendrían hasta la desescalada y la vuelta a una nueva realidad, retornando de forma paulatina a la vida social y laboral, sin restricciones, al cabo de casi cien días.

La pandemia provocó un colapso sanitario sin precedentes, crisis sanitaria que hizo preciso priorizar la atención del COVID-19 y paralizó la atención no urgente no grave de los procesos no COVID-19. Se cancelaron intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, tratamientos no urgentes, y la atención primaria y especializada perdió accesibilidad, se perdió eficacia y capacidad de resolución sobre las otras patologías no COVID-19; tratando de resolver la atención sanitaria no presencial implementando la atención telefónica, lo que era razonable y procedente, pero indudablemente tiene riesgo de ser deficiente, y sobre todo ser percibida por los ciudadanos como inadecuada y en ocasiones como desatención sanitaria. Además, el cribaje de las llamadas del ciudadano y la propia prestación de contacto telefónico médico evidenció un sistema sanitario que no estaba preparado para ello, valga recordar que para la prestación sanitaria es imprescindible la atención presencial, el contacto médico paciente, ya suficientemente dañado y falto de componente humanista en un sistema público saturado. O en paralelo a la crisis sanitaria por la pandemia sucedió la crisis sanitaria y no menos importante derivada de la falta de atención correcta en tiempo y forma que causaría un agravamiento o mala evolución de algunas enfermedades y que tal vez en un futuro podremos valorar como pérdida de años de vida, disminución de la esperanza de vida y elevación de las cifras de mortalidad que esta crisis sanitaria ocasionó. Sin olvidarnos del sobre coste sanitario y económico que ello provocará.

Durante el confinamiento y consolidado el fenómeno en los meses siguientes se percibía en una parte de los ciudadanos una sensación de miedo a contagiarse a salir de casa y más a acudir a los hospitales lo que ha podido afectar a la detección temprana y a empeorar el pronóstico.

La emisión de bajas y su control en estos tiempos del Covid-19 fue percibida por atención primaria como actividad no clínica, no estrictamente médica, y que no hacía sino sobrecargar los centros de salud, de forma no estrictamente presencial necesaria, así se extendieron los partes de baja por Covid-19 de forma telefónica, y luego para el resto de procesos, al menos en los tiempos más estrictos del confinamiento; modalidad que parece haber venido para quedarse, en otros procesos como los de corta duración.

La norma exige la extensión del parte de baja, salvo excepciones de grave urgencia, se realice tras el reconocimiento médico oportuno del paciente, se entiende para objetivar las limitaciones sobrevenidas a consecuencia de una enfermedad o lesión y su significación incapacitante laboral, es decir, en cuanto y de qué manera limitan para el trabajo que el trabajador desempeña. Añádase a ello que el control evolutivo resulta riesgoso en su veracidad si se descansa en la buena fe de la respuesta a una consulta telefónica.

Ya hemos citado que la baja, la incapacidad temporal es una prestación con alto «riesgo moral»^(18,19), entendido este riesgo como el derivado de la emisión de una parte de baja y su prórroga en la confianza de que el trabajador relata dolencias y limitaciones ciertas, así como perdurar su situación en el relato de la evolución y respuesta al tratamiento. El riesgo moral en la incapacidad laboral es el riesgo que corremos al valorar una situación de incapacidad laboral sobre la confianza en la buena fe del interesado, o en el obrar de buena fe del ciudadano que va a referirnos su verdadera situación de incapacidad sin distorsión, sin tergiversación o sin engaño.

4.1. Situaciones sanitarias a destacar

4.1.1. Listas de espera^(20,21)

En el periodo del confinamiento, se priorizó la atención al COVID-19, ello llevó a la anulación de las consultas presenciales NO COVID-19, no urgentes, por ello las listas de espera se incrementaron para consultas, pruebas diagnósticas, pruebas funcionales, rehabilitación y para intervenciones programadas. El ministerio de sanidad recogía en su informe «Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud SISLE-SNS, situación a 30 de junio de 2020» que la lista de espera quirúrgica había aumentado en 50 días hasta los 170 de media, y la de consultas había crecido a los 115 días por la pandemia, empeorando una situación que ya era deficiente con anterioridad. Más de un tercio de los pacientes en lista de espera (33,8%) deberá esperar más de seis meses para recibir la atención quirúrgica requerida y las intervenciones quirúrgicas se habían reducido hasta junio un 36%. El 52,7% de los pacientes deberá esperar más de sesenta días para ser atendidos en el caso de las consultas.

Por especialidades médicas, la traumatología es la que más tiempo de espera acumula 146 días, en dermatología 117 días de espera, 104 en neurología, 103 para digestivo, 81 días para cardiología, o 75 días para cirugía general y del aparato digestivo, El mantenimiento de la incapacidad laboral tiene una conexión directa con recibir atención temprana y correcta, indudablemente el aumento de las listas de espera tenía que llevar a prolongar la baja a prorrogar su situación, y a una peor respuesta al tratamiento empeorando su pronóstico.

Los procesos osteomusculares sufrieron el aplazamiento de la rehabilitación⁽²²⁾, y esta debe llegar de forma temprana si se quiere sea útil, esto explicaría su mala evolución y la prolongación de la incapacidad temporal, que en los casos de bajas que alcanzaron los 365 días se incrementó en un 26%.

En 2014 el Instituto Nacional de la Seguridad Social reconocía que el 12% de las bajas se prolongaba por estar el trabajador en una lista de espera médica, en la actualidad el 25% de los procesos en que se prorroga la incapacidad temporal más allá de los 365 días en octubre 2020 se debía a espera de tratamiento o porque durante los meses del confinamiento no pudo ser atendido o porque se postergó el mismo.

Las listas de espera explican el incremento de la duración media de la IT en un 84,48%. durante el periodo del «confinamiento» y la «desescalada» y cómo esta duración media permanecía incrementada en un 12,09% en la comparación de las bajas acumuladas a octubre 2020 con la del año anterior; así como el incremento del 60,73% de la duración de las enfermedades endocrinas, el 50,09% de las enfermedades del sistema nervioso, el 45,42% de las enfermedades de la sangre, el 45,09% de las enfermedades digestivas, el 39,03% de las enfermedades de la piel, el 35,63% de la duración media de los trastornos osteomioarticulares, el 34,12% de la duración media de las neoplasias, el 34,09% de las enfermedades genitourinarias, el 33,37% de las enfermedades cardiovasculares, el 31,94% de los «procedimientos», y el 29,56% de los trastornos mentales.

El incremento desproporcionado de la duración media en las enfermedades respiratorias del 503,58%, o en las enfermedades infecciosas 215,88%, los códigos V 149,19%, está en relación estrecha con los procesos COVID-19. Recordar como las bajas prolongadas (PIT) se incrementaron por enfermedades endocrinas y de la nutrición en un 28,50%, por trastornos mentales en un 28,20%, por trastornos osteomusculares en un 26,70%, por neoplasias en un 26,49%, por enfermedades respiratorias en un 24,27%, por enfermedades del sistema nervioso en un 22,79%, por enfermedades cardiovasculares en un 20,48% y por enfermedades digestivas en un 19,24%.

4.1.2. Salud mental

Se da como tiempo de espera medio en salud mental para procesos adaptativos o reactivos en torno a los 90 días. La pandemia ha tenido una repercusión sobre la salud mental, así como poner de manifiesto el deterioro del sistema sanitario y su ineficacia⁽²³⁾. La sobrecarga asistencial y la mayor demanda asistencial por procesos adaptativos o ansioso depresivos, exige una atención personalizada y temprana, más humanizada con contacto directo y menos medicalizada, y de no hacerlo empeora la recuperación funcional.

COVID-19 duplica el riesgo de desarrollar una enfermedad psiquiátrica posterior⁽²⁴⁾ en comparación con otros procesos. El impacto de la pandemia sobre la salud mental ha sido documentado con evidencia, con una prevalencia aumentada en torno al 16% para la depresión y la ansiedad por la situación obligada de confinamientos, los problemas económicos, el distanciamiento físico y social, el temor al contagio, y la preocupación ante la incertidumbre de la salud⁽²⁵⁾.

El propio confinamiento y la «pandemia de la soledad»^(26,27) puede estar en la causa de muchos procesos ansioso depresivos o adaptativos. La pandemia ha visualizado la crisis de la atención psiquiátrica y urge la necesidad de cambio⁽²⁸⁾.

El consumo de medicamentos para ansiedad, depresión y problemas de sueño subió un 4% durante la primera ola, según datos de IQVIA y Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles.

Añadir que los trastornos mentales son la segunda causa de bajas prolongadas y que además acompañan como comorbilidad a otros procesos como los debidos a dolor crónico. Lo puede explicar el incremento de la duración media de las bajas por enfermedad mental en un 29,56%, y el incremento en procesos de larga baja, los que superaban los 365 días, en un 28,20%.

Los trastornos mentales tuvieron un incremento del 13,46% en el periodo de confinamiento y desescalada (marzo a junio 2020). Su duración media en este periodo se incrementó un 29,56%. Este incremento en la duración de las bajas se mantuvo en el periodo acumulado hasta octubre, que recogería la vuelta a la normalidad, con un incremento de su duración media en un 15,89%. Los trastornos mentales supusieron la segunda causa de las bajas prolongadas (que alcanzan 365 días) el 15,73% del total de procesos PIT, tras los trastornos osteomioarticulares el 46,35% de los PIT y se incrementaron en un 28,20% respecto del año anterior. Se incrementaron las prórrogas de la baja en un 10,64%. Lo que supone un impacto severo en la salud mental y su repercusión en la incapacidad temporal laboral.

4.1.3. Cáncer en la pandemia^(29,30,31)

Resulta llamativo que el número de neoplasias diagnosticadas disminuyera en 2020 en un 21% según estudio de la Asociación Española Contra el Cáncer lo que obviamente no quiere decir no se produjeran. La demora en el diagnóstico del cáncer y en el tratamiento empeora de forma significativa la supervivencia y las posibilidades de sanación.

En el confinamiento se paralizaron los programas de screening y de diagnóstico precoz y las revisiones, también se retrasaron determinadas pruebas y sus resultados. Hubo menos diagnósticos nuevos, por tanto, y se triplicaron los seguimientos telefónicos de los procesos ya diagnosticados, con la dificultad de contacto que ello supone y la pérdida de la eficiencia sanitaria. Algunos tratamientos se aplazaron caso de algunas cirugías no urgentes o caso de los cánceres de sangre los trasplantes de médula ósea.

Por otra parte, la coronafobia, pudo hacer que algunos pacientes aplazaran las consultas o temieran acudir a los hospitales.

Todo esto explica que respecto a la incapacidad temporal por neoplasias, se incrementara la duración de estas bajas en el confinamiento y desescalada en un 34,12%, y en ese periodo la incidencia de las bajas por cáncer disminuyó en un 8,14% respecto del año anterior; en cuanto a las bajas prolongadas de más de 365 por cáncer, en el acumulado a octubre, se incrementarían en un 26,49% y que se prorrogaran un 4,24% más que en el mismo periodo 2019, que las altas por curación o mejoría funcional disminuyeron un 31,18% y se incrementaron las declaraciones de incapacidad permanente en un 11,53%, en el 2020 respecto al acumulado a octubre 2019, lo que avala una mala evolución de las neoplasias en 2020 como consecuencia transversal del COVID-19.

4.1.4. Infarto⁽³²⁾

En el confinamiento, según datos de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), los diagnósticos de infarto disminuyeron en un 40% su diagnóstico, tal vez imputable al miedo a acudir a los hospitales. Pero también aumentó el tiempo entre la isquemia y la atención sanitaria lo que supone un elevado riesgo de mala evolución, fruto de las dificultades atencionales y por la coronafobia. En cuanto a las

angioplastias en estudio recogido por la SEC de 71 hospitales de las 17 comunidades la cifra de angioplastias primarias pasó de 429 a 258.

4.1.5. Ictus⁽³³⁾

En los procesos vasculocerebrales tipo ictus, siendo una patología grave pudo apreciarse con dramatismo y evidencia como durante el confinamiento hubo una disminución significativa en el número de ingresos, y un aumento de la mortalidad. Así se referencia en artículo tras valoración del impacto del brote de COVID-19 en los ingresos por ictus isquémico y la mortalidad hospitalaria en el noroeste de España.

La Sociedad Española de Neurología (SEN) registró en torno a un 33% menos de ingresos en el confinamiento y un mayor retraso en requerir atención hospitalaria.

4.1.6. Los procesos cardiovasculares

Las bajas por enfermedades cardiovasculares se incrementaron en un 7,38% en el periodo del confinamiento y desescalada y se incrementó su duración media en un 33,37%, esta mayor duración se mantuvo incrementada en el 8,67% en el periodo de vuelta a la normalidad, periodo acumulado de bajas a octubre 2020. Las bajas prolongadas (PIT) por enfermedades cardiovasculares se incrementaron en un 20,48%, con un incremento de las prórrogas de la incapacidad temporal en un 4,63%. Todo ello conlleva un empeoramiento de la salud cardiovascular constatado y peor evolución manteniendo su incapacidad laboral.

5. Conclusiones

La incapacidad temporal por COVID-19 se reguló normativamente de forma expresa, recogiendo la incapacidad temporal por «sospecha aislamiento», la incapacidad temporal por infección contagio y la incapacidad temporal para trabajadores sensibles. Supuso la integración de la protección preventiva laboral amparada en una prestación económica dotada de mayor cuantía. Analizando las consecuencias de la pandemia en la primera ola y antes del inicio de la segunda, meses de marzo a octubre, el impacto del COVID-19 supuso un elevado incremento de la duración media de las bajas laborales por todos los procesos, en el confinamiento y la desescalada en un 84,48% y un incremento de las bajas prolongadas de más de 365 días en un 25,27%. En consecuencia, el COVID-19 como efecto colateral supuso una mala evolución del resto de procesos, prolongando la duración de las incapacidades temporales, lo que supone un empeoramiento de la salud laboral, un mayor riesgo de no retorno al trabajo, un mayor gasto en prestaciones y un deterioro económico para empresas y autónomos. La IT específica por COVID-19 suponía al final de octubre 2020 el 38,73% de todas las bajas.

El efecto del incremento de las listas de espera para consultas, pruebas o intervenciones quirúrgicas no urgentes, así como la anulación o postergación de consultas o tratamientos supuso una duración mayor de las bajas laborales y el empeoramiento de la salud laboral, en consecuencia, al no poder disponer de tratamiento en tiempo y forma.

En el confinamiento y la desescalada la duración media de las bajas se incrementó en un 84,48%; por procesos el incremento fue del 503,58% en las enfermedades respiratorias, del 215,88%, en las enfermedades infecciosas, 60,73% en las enfermedades endocrinas, 45,42% de las enfermedades de la sangre, 45,09% de las enfermedades digestivas, 35,63% en los trastornos osteomioarticulares, 34,12% en las neoplasias, 33,37% en las enfermedades circulatorias, 31,94% de los «procedimientos», y un incremento del 29,56% de los trastornos mentales.

Las bajas prolongadas (PIT) de 365 días se incrementaron en un 25,27%, respecto del mes de octubre del año anterior. Las bajas prolongadas por enfermedades endocrinas y de la nutrición se incrementaron en un 28,50, por trastornos mentales en un 28,20, por trastornos osteomusculares en un 26,70, por neoplasias en un 26,49%, por enfermedades respiratorias en un 24,27%, por enfermedades del sistema nervioso en un 22,79%, por enfermedades cardiovasculares en un 20,48%, y por enfermedades digestivas en un 19,24%.

Como consecuencia del COVID-19, se expuso a un riesgo añadido y nuevo a la población trabajadora, sanitarios y socio sanitarios sufrieron la enfermedad como consecuencia directa de su trabajo por enfermedad de indudable carácter profesional.

Los efectos del COVID-19 en el retraso de pruebas, cirugías o tratamientos en procesos «No COVID-19» y las dificultades de contacto asistencial empeoraron la salud laboral, prolongando las situaciones de incapacidad y elevando el riesgo que encierran las incapacidades prolongadas de no retorno laboral por la esperada mala evolución de cualquier proceso cuando no puede ser tratado y atendido de forma temprana.

Bibliografía

1. Real Decreto Ley 6 de 2020, de 10 de marzo. BOE, nº 62, (11-03-2020). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/10/6>
2. Criterio 4/2020 de la Seguridad Social DGOSS. Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, (12-03-2020). Disponible en: <https://prevencion.fremap.es/Doc%20VARIOS/Noticias/4-CRITERIO%20VIRUS%20SARS-Co-4>
3. Disposición adicional vigésimo primera del Real Decreto-ley 11/2020, de 31 de marzo. BOE, nº 91, (01-04-2020). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/03/31/11>
4. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Ministerio de Sanidad, (08-04-2020). Disponible en: http://iisgetafe.es/wp-content/uploads/2020/04/PrevencionRRLL_COVID-19
5. Actualización a 15 de abril de 2020 de las instrucciones aclaratorias relativas al nuevo procedimiento de remisión de partes de los servicios públicos de salud (SPS) por coronavirus. Instituto Nacional de la Seguridad Social, (15-04-2020). Disponible en: <https://fedesp.es/wp-content/uploads/2020/03/ACTUALIZACION%20C3%93N-15-04-ACLARACIONES-RDL-6-2020-REMISION%20C3%93N-DE-PARTES-SPS.pdf>
6. Real Decreto-ley 19/2020, de 26 de mayo, por el que se adoptan medidas complementarias en materia agraria, científica, económica, de empleo y Seguridad Social y tributarias para paliar los efectos del COVID-19. BOE, nº 150, (27-05-2020). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2020/05/26/19/con>
7. Actualización a 17 de junio de 2020 de las instrucciones aclaratorias relativas a los procesos de Incapacidad Temporal emitidos a los Trabajadores Especialmente Sensibles por especial vulnerabilidad frente al Coronavirus SARS- CoV-2. Sociedad Española de Médicos Generales y de familia [sede Web]. Madrid: SEMG Madrid [citado 18 jun 2020]. Covid 19. Disponible en: <https://bit.ly/3AssgkX>
8. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Ministerio de Sanidad, (08-06-2020). Disponible en: <https://bit.ly/3nTq7LQ>
9. Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2. Ministerio de Sanidad, (16-07-2021). Disponible en: <https://bit.ly/3hSyxPB>
10. Vicente-Pardo JM, López-Guillén-García A. Incapacidad Temporal por Coronavirus (COVID-19), enfermedad profesional en personal sanitario [monografía en Internet]. Córdoba: Prevencionar.com; 2020 [citado 28 abr 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3hSp1Ma>
11. Vicente-Pardo JM, López-Guillén-García A. Coronavirus COVID-19 e Incapacidad Temporal; Contingencia, Confinamiento y Prevención [monografía en Internet]. Córdoba: Prevencionar.com; 2020 [citado 20 ago 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2W0Jy9S>
12. Vicente-Pardo JM, López-Guillén-García A. «Coronavirus» COVID-19 Enfermedad Profesional en Personal Sanitario, un derecho incuestionable a reparar [monografía en Internet]. Córdoba: Prevencionar.com; 2020 [citado 18 may 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3hUUIOC>
13. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health. Who. 2020

[citado 19 mar 2020]. WHO reference number: WHO/2019-nCov/HCW_advice/2020_2. Disponible en: <https://bit.ly/3EGc1Da>

14. Vicente-Pardo JM. Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas. *Med Segur Trab (Madr)*. 2016;62(242):49-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2016000100006&lng=es&tlng=es.

15. Vicente-Pardo JM, López-Guillén-García A. ¿Combatir o Prevenir el absentismo por incapacidad temporal laboral? [monografía en Internet]. Córdoba: Prevencionar.com; 2020 [citado 14 dic 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3nTz8EG>

16. Carnicero-Giménez de Azcarate J. Atención Primaria en tiempos del COVID-19. *Diario de Navarra*. 18 ago 2020;Opinión. Disponible en: <https://bit.ly/3CrHV4o>

17. López-Guillén-García A, Vicente-Pardo JM. Necesidad de políticas de retorno al trabajo tras incapacidad laboral prolongada, en materia de seguridad social. *Med Segur Trab (Madr)*. 2018;64(253):379-401. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2018000400379&lng=es&tlng=es.

18. Vicente-Pardo JM. Incapacidad laboral, riesgo moral y riesgo laboral [monografía en Internet]. Córdoba: Prevencionar.com; 2018 [citado 8 may 2018]. Disponible en: <http://prevencionar.com/2018/05/08/incapacidad-laboral-riesgo-moral-y-riesgo-laboral/>

19. Campolieti, M. Moral Hazard and Disability Insurance: On the Incidence of Hard-to-Diagnose Medical Conditions in the Canada/Quebec Pension Plan Disability Program. *Can Public Policy*. 2002;28(3):419-41. DOI: 10.2307/3552230. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/3552230>

20. Sistema de información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud SISLE-SNS, situación a 30 de junio de 2020. Ministerio de Sanidad, (2020). Disponible en: <https://bit.ly/39oO9Wo>

21. Oliver N, Barber X, Roomp K, Roomp K. Assessing the Impact of the COVID-19 Pandemic in Spain: Large-Scale, Online, Self-Reported Population Survey. *J Med Internet Res*. 2020;22(9):e21319. DOI: 10.2196/21319. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32870159/>

22. Avellanet M, Boada-Pladellourens A, Pages-Bolibar E. Rehabilitación en época de confinamiento. *Rehabilitacion (Madr)*. 2020;54(4):269-75. DOI: 10.1016/j.rh.2020.05.003. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rh.2020.05.003>.

23. Buitrago-Ramírez F, Ciurana-Misol R, Fernández-Alonso MC, Luis-Tizón J. Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Aten Primaria*. 2021;53(1):89-101. DOI: 10.1016/j.aprim.2020.06.006. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.06.006>

24. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(2):130-40. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)

25. Cénat JM, Blais-Rochette C, Kokou-Kpolou CK, Noorishad PG, Mukunzi JN, McIntee SE, et al. Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2021;295. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113599. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113599>

26. Fancourt D, Steptoe A, Bu F. Trajectories of anxiety and depressive symptoms during enforced isolation due to COVID-19 in England: a longitudinal observational study. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(2):141-9. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30482-X. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30482-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30482-X)

27. Palgi Y, Shrira A, Ring L, Bodner E, Avidor S, Bergman Y, et al. The loneliness pandemic: Loneliness and other concomitants of depression, anxiety and their comorbidity during the COVID-19 outbreak. *J Affect Disord*. 2020;275:109-11. DOI: 10.1016/j.jad.2020.06.036. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.036>

- 28.** Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(9):813-24. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30307-2. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)
- 29.** Sociedad Española de Anatomía Patológica, Sociedad Española de Enfermería Oncológica, Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, Sociedad Española de Oncología Médica, Sociedad Española de Oncología Radioterápica, Asociación Española Contra el Cáncer. COVID-19 y cáncer: Resultados del estudio elaborado por AECC, SEAP, SEEO, SEHH, SEOM y SEOR. Madrid; 21 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3nXz32M>
- 30.** Hanna TP, King WD, Thibodeau S, Jalink M, Paulin GA, Harvey-Jones E, et al. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;371:m4087. DOI: 10.1136/bmj.m4087. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4087>
- 31.** Lopez C. Oncología, desde la trinchera. *Revista Española de Economía de la Salud* [revista en Internet]. 2020 [citado 23 abr 2020]. Disponible en: <https://economiadelasalud.com/?s=Oncolog%C3%A1-Da%2C+desde+la+trinchera>
- 32.** Rodríguez-Leor O, Cid-Alvarez B, Perez-Prado A, Rossello X, Ojeda S, Serrador A, et al. Impact of COVID-19 on ST-segment elevation myocardial infarction care: The Spanish experience. *Rev Esp Cardiol (english edition)*. 2020;73(12):994-1002. DOI: 10.1016/j.rec.2020.08.002. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2020.08.002>
- 33.** Tejada-Meza H, Lambea-Gil A, Sancho-Saldaña A, Martínez-Zabaleta M, Riva-Juez P, López-Cancio-Martínez E, et al. Impact of COVID-19 outbreak on ischemic stroke admissions and in-hospital mortality in North-West Spain. *Int J Stroke*. 2020;15(7):755-62. DOI: 10.1177/1747493020938301. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32525468/>



doi: 10.4321/s0465-546x2021000100005

Artículo de opinión

Algunos aspectos sobre el desarrollo profesional de la medicina evaluadora de incapacidades laborales

Some aspects of the professional development of Evaluative Medicine of incapacity for work

Luis Sánchez-Galán¹  0000-0000-0000-0000

Pilar Baidés-Gonzalvo¹  0000-0000-0000-0000

Raúl Regal-Ramos¹  0000-0000-0000-0000

Gema Herreros-Portolés¹  0000-0000-0000-0000

¹Unidad Médica del Equipo de Valoración de Incapacidades. Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Madrid. España.

Correspondencia

Luis Sánchez Galán
luis.sanchezgalan@gmail.com

Recibido: 22.03.2021

Aceptado: 26.03.2021

Publicado: 31.03.2021

Contribuciones de autoría

Las autoras y los autores de este trabajo han contribuido por igual.

Financiación

Sin financiación.

Conflicto de intereses

Se señala la no existencia de conflicto de intereses para los autores del presente artículo.

How to cite this paper

Baidés-Gonzalvo P, Regal-Ramos R, Herreros-Portolés G. Algunos aspectos sobre el desarrollo profesional de la medicina evaluadora de incapacidades laborales. *Med Segur Trab (Internet)*. 2021;67(262):73-78. doi: 10.4321/s0465-546x2021000100005

Resumen

La medicina evaluadora de incapacidades laborales es aquella rama u orientación de la medicina evaluadora que tiene por objetivo valorar la repercusión funcional del cuadro clínico de un trabajador, a efectos de que se determine la existencia o no de algún tipo y grado de incapacidad laboral. Es, por tanto, una aplicación práctica de la medicina que queda fuera del ámbito asistencial y que es ejercida, entre otros, por los médicos inspectores adscritos a la Seguridad Social en España. En el momento presente, los autores consideran necesario el desarrollo e implantación en España de unos estudios específicos que cualifiquen para la práctica de esta rama de la medicina, que pueden encajar como una modalidad de área de capacitación específica para diferentes especialidades médicas, buscando así dotar del mayor rigor científico en las evaluaciones médicas. Igualmente consideran necesaria, en el ámbito médico de la Seguridad Social, el desarrollo de oportunidades de ascenso y expectativas de progreso profesional conforme a los principios de igualdad, mérito y capacidad, lo que implica un sistema de carrera profesional.

Palabras clave: medicina evaluadora; incapacidad laboral; carrera profesional; área de capacitación específica.

Abstract

Evaluative Medicine of incapacity for work is a branch or orientation of Medicine that aims to assess the functional repercussions of a worker's clinical picture, for the purpose of determining whether there is some type and degree of work disability. It is, therefore, a practical application of Medicine that is outside the scope of health care and is carried out, among others, by the medical officers assigned to the Social Security (National Health Service) in Spain. At the present time, the authors consider it necessary to develop and implement specific studies in Spain to qualify for the practice of this branch of Medicine, which could fit in as a specific training area for different medical specialties, thus seeking to provide greater scientific rigor in medical evaluations. They also deem it necessary, in the medical field of Social Security, to develop opportunities for promotion and expectations of professional progress in accordance with the principles of equality, merit and ability, which are implied in a professional career system

Keywords: Evaluative Medicine; work incapacity; professional career; specific training area.

Introducción

Ante la pregunta de ¿qué es la medicina evaluadora? se ha respondido que es aquella actividad médica específica que estudia las diferentes enfermedades o trastornos que padece una persona a efectos de determinar su magnitud y su repercusión sobre diferentes aspectos de la vida de esa persona o de la relación de esta con el entorno social^(1,2).

La medicina evaluadora de incapacidades laborales es aquella rama u orientación de la medicina evaluadora que tiene por objetivo valorar la repercusión funcional del cuadro clínico de un trabajador a efectos de que se determine la existencia o no de algún tipo y grado de incapacidad laboral⁽²⁾. Es por tanto una aplicación práctica de la medicina que queda fuera del ámbito asistencial.

El estudio y la consideración de las limitaciones orgánicas y funcionales en cada trabajador en referencia a los requerimientos físicos de las diferentes ocupaciones laborales y profesión habitual han sido objeto de un conocimiento médico específico y aplicado por la medicina evaluadora.

La metodología que aplica la medicina evaluadora se basa fundamentalmente en dos grupos de métodos: 1. Métodos negativos: La valoración se basa en una serie de listados que indican enfermedades y características de las mismas que impiden la realización de alguna profesión u oficio (requerimiento de permisos o licencias). 2. Métodos positivos: La valoración consiste en medir la capacidad funcional de la persona. Básicamente los métodos positivos se pueden resumir según tres metodologías de trabajo positivas: Las primeras son descriptivas: se basan en la descripción y valoración subjetiva del médico evaluador, sobre las lesiones presentes. Las segundas se basan en baremos: identifican determinadas lesiones o enfermedades con una cantidad indemnizatoria o con puntuación (puntos o porcentaje). En tercer lugar, la metodología empírica, muy utilizada en medicina evaluadora, aplica una determinada sistemática de exploración basada en protocolos y valoración individualizada de cada caso^(1,2).

La afectación del estado de salud del trabajador y sus consecuencias sobre la capacidad de desarrollar su trabajo puede llegar a ocasionar una interrupción de su actividad laboral acarreando una situación de necesidad por la falta de ingresos económicos que ello supone.

Situación actual

La Constitución Española de 1978 establece en su artículo 41 que los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad⁽³⁾.

La Ley General de la Seguridad Social⁽⁴⁾ fundamenta el sistema en los principios de universalidad, unidad, solidaridad e igualdad, y expone la acción protectora del sistema de la Seguridad Social, que comprenderá:

- a) La asistencia sanitaria en los casos de maternidad, de enfermedad común o profesional y de accidente, sea o no de trabajo.
- b) La recuperación profesional, cuya procedencia se aprecie en cualquiera de los casos que se mencionan en la letra anterior.
- c) Las prestaciones económicas en las situaciones de incapacidad temporal, nacimiento y cuidado de menor, riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural, ejercicio corresponsable del cuidado del lactante, cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, incapacidad permanente contributiva e invalidez no contributiva, jubilación, en sus modalidades contributiva y no contributiva, desempleo, en sus niveles contributivo y asistencial, protección por cese de actividad, pensión de viudedad, prestación temporal de viudedad, pensión de orfandad, prestación de orfandad, pensión en favor de familiares, subsidio en favor de familiares, auxilio por defunción, indemnización en caso de muerte por accidente de trabajo o enfermedad profesional, ingreso mínimo vital, así como las que se otorguen en las contingencias y situaciones especiales que reglamentariamente se determinen por real decreto a propuesta del titular del Ministerio competente.

d) Las prestaciones familiares de la Seguridad Social en sus modalidades contributiva y no contributiva.

e) Las prestaciones de servicios sociales que puedan establecerse en materia de formación y rehabilitación de personas con discapacidad y de asistencia a las personas mayores, así como en aquellas otras materias en que se considere conveniente.

En este marco de prestaciones de la seguridad social, algunas de ellas relacionadas con la salud y la enfermedad, la medicina evaluadora se ha ido desarrollando como una necesidad de perfeccionamiento profesional en la continua mejora de la aplicación del estado del bienestar.

Desde 1995, año en el que el Real Decreto 1300/1995 de 21 de julio⁽⁵⁾ establece la creación de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI), uno de los integrantes de estos equipos es un facultativo médico perteneciente al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Para ello se adscriben al Instituto Nacional de la Seguridad Social, como médicos evaluadores, los facultativos de la Escala de Médicos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la Seguridad Social. Entre las funciones de estos EVI se encuentra la de evaluar, calificar y revisar la incapacidad y reconocer el derecho a las prestaciones económicas contributivas de la Seguridad Social por invalidez permanente en sus distintos grados, así como determinar las contingencias causantes de la misma.

Aproximadamente 650 facultativos constituyen hoy la plantilla de médicos inspectores adscritos al INSS, integrados en la estructura de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social a través de una Subdirección General, así como en las diferentes Unidades Médicas de las Direcciones Provinciales del INSS⁽⁶⁾. Con el paso del tiempo se vienen planteando necesidades formativas y estructurales con el objetivo de conseguir el mejor rigor científico técnico posible en el cumplimiento de la función de estas unidades^(7,8).

Algunos aspectos para el desarrollo profesional de la medicina evaluadora

Entre estas necesidades, a juicio de los autores de este trabajo, se continúan evidenciando dos, como clave de bóveda, para el progreso profesional de esta área de la medicina:

En primer lugar, el desarrollo de la carrera profesional en el ámbito de la medicina evaluadora para los médicos evaluadores de la seguridad social.

El amparo normativo de esta carrera se puede encontrar en la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público de 2015, que en su artículo 16 recoge que los funcionarios de carrera tendrán derecho a la promoción profesional, siendo la carrera profesional el conjunto ordenado de oportunidades de ascenso y expectativas de progreso profesional conforme a los principios de igualdad, mérito y capacidad. A tal objeto las Administraciones Públicas promoverán la actualización y perfeccionamiento de la cualificación profesional de sus funcionarios de carrera⁽⁹⁾.

Se prevé así mismo en esta Ley un sistema de grados, categorías o escalones de ascenso, fijándose la remuneración a cada uno de ellos. Los ascensos serán consecutivos con carácter general salvo en aquellos supuestos excepcionales en los que se prevea otra posibilidad. Se deberá valorar la trayectoria y actuación profesional, la calidad de los trabajos realizados, los conocimientos adquiridos y el resultado de la evaluación del desempeño. Podrán incluirse asimismo otros méritos y aptitudes por razón de la especificidad de la función desarrollada y la experiencia adquirida.

El desarrollo de los principios generales de la carrera profesional para personal sanitario que desarrolla sus funciones en organizaciones no sanitarias debería confluir con los principios generales para el reconocimiento de desarrollo profesional para el personal sanitario que desarrolla sus funciones en organizaciones sanitarias enunciados en el artículo 38 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias⁽¹⁰⁾.

En segundo lugar, el desarrollo de la medicina evaluadora puede verse encauzado en el contexto legal actual como un área de capacitación específica que dote del mayor rigor científico posible a las actuaciones de los profesionales médicos.

Para ello la Ley de ordenación de profesiones sanitarias establece que el Gobierno, de acuerdo con el procedimiento legalmente establecido, puede establecer Áreas de Capacitación Específica dentro de una o varias Especialidades en Ciencias de la Salud.

El Diploma de Área de Capacitación Específica tiene carácter oficial y validez en todo el territorio del Estado. Se expide por el Ministerio de Sanidad y su posesión será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista con capacitación específica en el área. Podrá ser valorado como mérito para acceder a puestos de trabajo de alta especialización en centros o establecimientos públicos y privados.

Conclusiones

Como primera conclusión, en el ámbito de los profesionales propios de la seguridad social los médicos funcionarios de carrera tienen el derecho a la promoción profesional a través de un conjunto ordenado de oportunidades de ascenso y expectativas de progreso profesional conforme a los principios de igualdad, mérito y capacidad, lo que implica un sistema de carrera profesional para el colectivo de médicos inspectores adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Como segunda conclusión, la medicina evaluadora tiene un cuerpo de conocimientos muy amplio, mucho más de lo que se percibe por sectores que no practican esta rama de la medicina, que se evidencia en la celebración de reiterados masters y cursos de actualización en patologías y en herramientas específicas para ejercer esta rama no asistencial de la medicina con garantías para el paciente, para el propio médico, para la institución de la seguridad social y en definitiva, para el conjunto de la sociedad. Todo ello pone en evidencia la necesidad de una formación adicional específica para que, desde cualquier especialidad de la medicina, se pueda asegurar la correcta evaluación médica de las limitaciones orgánicas y funcionales de sus pacientes, enfocadas a un ámbito laboral y de prestaciones de seguridad social.

La implementación, ya urgente, de estas dos medidas, en opinión de los autores, tendría un reflejo directo en el servicio público que presta la Seguridad Social a la ciudadanía, que demanda una mejora continuada de la praxis evaluadora médica y, por tanto, dotaría de mayor rigor a la Administración de la Seguridad Social que, en esta materia, precisa apoyarse en conocimientos especializados y basados en la evidencia científica objetivada.

Bibliografía

1. Regal Ramos R. El médico inspector de la Seguridad Social. *Med Segur Trab* 2014;60 (Sup 1):12-16.
2. Arancón Viguera A. *Teoría y Práctica de la Medicina Evaluadora*. 1ª ed. Madrid, España: Temis. Fundación Mapfre Medicina; 2004.
3. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, de 29/12/1978.
4. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm. 261, de 31/10/2015.
5. Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social. Boletín Oficial del Estado, núm. 198, de 19/08/1995.
6. Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de modificación parcial de la Tesorería General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, núm. 3, de 3/10/1997.

- 7.** Sánchez-Galán L, Rodríguez-Ortiz de Salazar B, Herreros-Portolés G. La medicina evaluadora como área de capacitación específica. *Med Segur Trab.* 2004;50(194):5-7.
- 8.** Sánchez-Galán L, Olalla-García T. Deber o derecho: la carrera profesional de los Médicos Evaluadores de la Seguridad Social. *Medicina general [revista electrónica]* 2007 [Consultado el 15-10-2020] 098:538-543. Disponible en: http://semg.info/mgyf/medicinageneral/revista_98/pdf/538-543.pdf
- 9.** Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 261, de 31/10/2015.
- 10.** Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 280, de 22/11/2003.