
MEDICINA y SEGURIDAD *del trabajo*

Reflexiones sobre la incapacidad y aptitud laboral. Nuevas sinergias entre medicina evaluadora y medicina laboral. Historia clínica laboral única. La incapacidad laboral, un continuo evolutivo

César Eloy Díaz Salazar

Médico Inspector INSS. Dirección Provincial de Sevilla.

Correspondencia

cesar-eloy.diaz@seg-social.es

Resumen

Numerosos agentes intervienen en la gestión de la incapacidad laboral, tanto temporal como permanente, y se hace necesario una actuación sinérgica entre todos ellos; del mismo modo, se considera que existen posibles actuaciones o cambios que pueden ayudar a disminuir el gasto y duración de los procesos, y proceder a la reincorporación laboral lo antes posible y de la forma más beneficiosa para el paciente, y, por ende, para la sociedad.

Palabras clave: *Incapacidad Laboral; Sinergia; Parcial; Evaluación; Valoración.*

Abstract

Many actors involved in the management of both temporary like permanent disability, a synergistic action between them is necessary. In the same way, it is considered that there are possible actions or changes that can help reduce the cost and duration of processes, and proceed to return to work as soon as possible and in the most beneficial way for the patient, and therefore to society.

Keywords: *Disability Employment; Synergy; Part; evaluation; rating.*

En un escenario socio-económico-laboral como en el que nos encontramos en estos momentos, con cambios de muy diversa índole a nuestro alrededor, parece muy conveniente realizar una reflexión sobre la situación actual de nuestra actividad evaluadora de la capacidad laboral de los trabajadores que acuden a nuestra consulta.

Recordemos que en este mundo de la valoración de la capacidad laboral de los trabajadores estamos involucrados numerosos organismos (servicio público de salud, servicio de prevención, mutuas, empresas colaboradoras, Instituto Nacional de la Seguridad Social, etc.) y profesionales (médicos de atención primaria, médicos inspectores del servicio público de salud, médicos inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social, médicos de los servicios de prevención, médicos del trabajo de Mutuas, etc.).

Y no debemos olvidar que, para que en una máquina funcione bien, debe estar todo bien engranado y lubricado, y que todos sus elementos actúen de forma sinérgica, trabajando en conjunto, esperando que se produzca el fenómeno en el cual el efecto de la influencia o trabajo de dos o más agentes actuando en conjunto es mayor al esperado considerando a la suma de las acciones de los agentes por separado.

Así pues, todos formamos un sistema, un conjunto de componentes interrelacionados y que intenta alcanzar uno o más objetivos (en nuestro caso, la valoración de la capacidad laboral más objetiva posible), y que actúa con sinergia si esos objetivos se alcanzan con creces, si el resultado es mayor o mejor que el que se hubiera podido conseguir por cada elemento por separado.

Y si nos pudiéramos considerar, o quisiéramos ser como y actuar como una organización sinérgica, no podríamos realizar nuestra función sin depender unos de otros y sin que existiera un trasvase de información entre todos nosotros.

Recordemos que la Organización Mundial de la Salud tiene entre sus objetivos prioritarios el de reducir el gasto en bajas laborales, por lo que muchos países, entre los que se incluye el nuestro, están desarrollando políticas sanitarias y de protección social que puedan conseguirlo.

El gasto de la Incapacidad Temporal ha ido evolucionando a lo largo de los años, sufriendo incrementos progresivos, teniendo una enorme repercusión en costes y consumo de recursos del sistema sanitario, de prestaciones y en el mercado laboral, y, lógicamente, todo ello acentuado en estos tiempos de crisis.

Y esto ocurre a pesar de las diversas medidas tomadas para racionalizarlo, de las reformas legislativas dentro del marco de la Ley General de Seguridad Social, y de los convenios que se han ido firmando con las Comunidades Autónomas (intercambio de información, formación a los profesionales implicados, programas de control de ciertas patologías y del coste/afiliado/mes, días de baja laboral/afiliado, etc.), a lo largo de los últimos veinte años, y que tan solo han conseguido disminuirlo en contadas ocasiones y de forma temporal.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social elaboró en 2003, y actualiza periódicamente, el Manual de Actuación para Médicos del INSS, con el fin de disponer de una herramienta de consulta que, aplicando sus criterios a la valoración médica funcional de la capacidad laboral (en la que interviene múltiples factores ligados a la propia patología del enfermo, al modo en que se presenta, a la diversidad de medidas terapéuticas susceptibles de aplicar, al tipo de trabajo que se realiza, a la forma y la actitud de la persona ante la enfermedad, etc.), ayude a la valoración de la forma más objetiva y homogénea posible.

En la misma línea, y ya en el 2004, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en cumplimiento de lo establecido en la legislación de prestaciones económicas, editó una herramienta de respaldo técnico, una guía y orientación en la toma de decisiones para la decisión facultativa correspondiente en la valoración de la procedencia o no, y de la duración estimada en su caso en el control de la IT.

Se trata del Manual de tiempos estándar de incapacidad temporal, al que se definió como el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad temporal para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador.

Con el paso de los años se ha avanzado en la gestión de esta prestación de la Seguridad Social y en los sistemas informáticos disponibles, por lo que se ha procedido a la especificación de estos tiempos medios ajustándolos por edad y ocupación del trabajador (según la Clasificación Nacional de Ocupaciones del 2011), llegando al concepto de Tiempo Óptimo de IT, tratando con ello de homogeneizar criterios en las actuaciones médicas de seguimiento y control, en la toma de decisiones.

Y, ya de forma más reciente, se ha procedido a realizar y actualizar otras publicaciones (Guía de Valoración Profesional, Guías de Riesgo durante el Embarazo y la Lactancia Natural, etc.) que siguen pretendiendo ser herramientas para ayudar al Médico Inspector Evaluador del INSS (y a todos los demás profesionales implicados en el proceso de valoración de la incapacidad laboral), a facilitar su trabajo y mejorar el servicio que se presta a los pacientes y a la Sociedad.

Recordemos que la Ley General de la Seguridad Social define como situaciones determinantes de Incapacidad Temporal las debidas a enfermedad, común o profesional, o accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social y esté impedido para el trabajo, con una duración máxima de trescientos sesenta y cinco días, prorrogables por otros ciento ochenta días, cuando se presuma que durante ellos puede el trabajador ser dado de alta médica por curación.

Cuando un trabajador padece una enfermedad o lesión que merma su estado de salud (resultado de una mezcla de funcionamiento social, psicológico y fisiológico) y lo sitúa en Incapacidad Laboral, ésta puede considerarse como Temporal (si es previsible su reincorporación por curación o mejoría en un tiempo “prudencial”, con el tratamiento) o Permanente (si no es previsible su reincorporación en ese tiempo “establecido”), y las Incapacidades Temporales pueden terminar en una recuperación total o no, en cuyo caso nos encontraríamos ante la “secuela no incapacitante” o la pérdida parcial de su capacidad de trabajo, pudiendo ser necesaria una adaptación o cambio de puesto de trabajo por las deficiencias estables que ha quedado, haciendo posible la reinserción por las capacidades restantes.

Así pues, los elementos definitorios de la Incapacidad Temporal son la situación de enfermedad, la necesidad de recibir asistencia sanitaria de la Seguridad Social y la incapacidad para el trabajo, y, al ser éste el elemento clave en relación con la percepción de las prestaciones económicas del Sistema de Seguridad Social, la valoración objetiva de la capacidad laboral constituye el principal elemento de control.

La finalidad última de la Incapacidad Temporal es la recuperación del paciente para conseguir su retorno al trabajo, lo que acarrea unos beneficios para el enfermo, para la familia, para la empresa, para la Sociedad, mayores cuanto más rápida sea esa vuelta; además, existen estudios que demuestran que cuanto más dura esta situación, más difícil es el retorno, lo que redundaría en esa idea.

Y recordemos también que esta interrupción de la aptitud para el trabajo ha podido derivar de un hecho acaecido bien en el ambiente laboral (contingencia profesional) o bien en la vida extra-laboral (contingencia común), circunstancias ellas que también tienen sus matices o influencias en el devenir del proceso patológico.

En toda esta maraña, además, hay una serie de factores individuales-personales (ocupacionales, familiares, psico-socio-culturales), socio-laborales (organización de la empresa, política social del subsidio de incapacidad temporal, características de mercado laboral, etc.) y culturales-demográficos (uso y percepción de la prestación) que pueden influir en su aparición (de ahí las propuestas de prevención de la incapacidad, de cuidar del trabajador), mantenimiento y terminación.

Es esta situación de “incapacidad”, el trabajador o paciente pierde su capacidad de ganancia, y la Sociedad, el Estado del Bienestar, lo socorre con la prestación económica que suple (total o parcialmente) esa pérdida de retribución salarial, aunque no podemos olvidar que a la Sociedad también le supone un coste muy importante (pérdida de horas de trabajo, disminución de la productividad, gastos asistenciales y económicos por prestación, etc.).

En este momento conviene recordar que, generalmente, es el médico de atención primaria el que inicia todo este proceso mediante la emisión de un parte de baja, tras el reconocimiento del trabajador enfermo o lesionado, y que ello, aunque muchas veces pase desapercibido, es una prescripción de tratamiento (reposo), y esto se continua con los correspondientes partes de confirmación.

Desgraciadamente, esta actuación médica muchas veces no es sentida como tal por el médico, sino que es una demanda más del paciente, que frecuentemente sitúa al médico de atención primaria (principal gestor del inicio y mantenimiento de la Incapacidad Temporal) en dilemas éticos (principio de beneficencia, autonomía y justicia).

A este respecto, ya la Asamblea General de la Organización Médica Colegial, en mayo del 2001, especificó que el médico está obligado a expedir los partes de baja, de confirmación y de alta con autenticidad y veracidad, y que su control (por los médicos inspectores, por ejemplo) no puede estar motivado por la incentivación económica). El paciente que lo necesite, debe recibir toda la ayuda sanitaria y económica que le corresponda, pero no más, ya que lo contrario significaría sustraer recursos para otros casos que puedan necesitarlo por estar en su misma situación o incluso peor. Así, el principio de justicia es el que debe primar sobre los demás, al ser los recursos limitados. Existen diversos estudios que hablan de abuso (hasta el 30% de los casos) de esta prestación, bien por no estar indicado el reposo o bien por prolongarlo en el tiempo más de lo necesario.

Pero las medidas dirigidas a controlar y racionalizar el gasto de la Incapacidad Temporal, han ido encaminadas, en general, al control sobre la procedencia o no de la baja laboral, y nosotros consideramos que existen otros tipos más adecuados de medidas que podrían influir en su aparición y/o duración (actuación precoz sobre el trabajador enfermo, para rehabilitarlo y reintegrarlo, incluso de forma progresiva, al mercado laboral lo antes posible, para acelerar el proceso de curación y acortar el periodo de Incapacidad Temporal, para readaptar al binomio trabajador-puesto, mejorar las condiciones de trabajo, disminuir la incapacidad permanente, el absentismo laboral, etc.).

Podríamos pensar que no se puede ayudar a todos los trabajadores enfermos con estas medidas, y que, para no discriminar, no se debería hacer; pero la intención sería dirigirlas hacia los más desfavorecidos, hacia los que pudiéramos considerar susceptibles de una Incapacidad Temporal larga, y les ayudaríamos a acortar esa situación, con lo que disminuiríamos el coste, y sería un beneficio claro para su salud y para la Sociedad.

Está demostrado que la inactividad tiene efectos negativos en la salud, produciendo un deterioro en el bienestar físico y mental, y que la pérdida de contacto con el mercado de trabajo significa pérdida de habilidades comerciales y de la confianza en la búsqueda y obtención de trabajo; por ello, la posibilidad de regresar al trabajo disminuye, independientemente del tratamiento clínico.

Según diversos estudios, el hecho de estar pendiente de la realización de pruebas complementarias, de rehabilitación o derivación a asistencia especializada (y, como consecuencia de todo ello, ser incluido en lista de espera quirúrgica), supone un incremento importante y cierto en la probabilidad de duplicar el tiempo estándar en ambos sexos.

Por ello, la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), en 2010, y hablando sobre los Beneficios de la Prevención de la Seguridad Social, declaró que “al abordar factores de riesgo mediante la prevención, la intervención temprana u otras medidas proactivas, la Seguridad Social puede aportar una contribución al individuo y la

sociedad que va mas allá del alcance tradicional del pago de prestaciones. La compensación es una parte integral de la Seguridad Social, pero la prevención y la rehabilitación también son elementos esenciales”.

Las actuaciones de prevención se pueden realizar a nivel de trabajadores sanos (primaria, evitando que se produzca o se alargue si existe; política sanitaria de promoción de la salud pública y ocupacional, políticas de empleo, calidad, estabilidad, flexibilización de horario, conciliación de la vida familiar y laboral, dependencia, formación en gestión de la Incapacidad Temporal en Atención Primaria, trabajo inclusivo, etc.), a nivel de los que se consideran en riesgo de causar una Incapacidad Temporal (o con Historia de Incapacidad Temporales previas, evitando también su aparición o su cronificación; detección de trabajadores especialmente sensibles, formación previa al inicio del trabajo, adaptaciones de puestos de trabajo, rotaciones de puestos por sobrecarga física o mental, etc.) o a nivel de los que ya están en esta situación, para prevenir que no se produzca un mayor deterioro y conseguir un retorno al trabajo en el menor tiempo posible (tratamiento de forma preferente).

Consideramos imprescindible poder acceder a la Historia Clínica asistencial del paciente, que debe ser única, tanto a la física como a la digital, e, igualmente, poder hacerlo a la Historia Clínica Laboral, que también debería ser única, y que debería recoger los diferentes procesos patológicos sufridos por el paciente, sus contingencias, sus tratamientos, sus resultados y secuelas, y si han cursado con situaciones sobrevenidas de no aptitud o incapacidad.

Realizando un símil, debería ser un sistema de vasos comunicantes, en el que la información pueda fluir en todas direcciones.

Así se podría valorar al paciente de forma integral, de forma continua en la vida laboral, con conocimiento real y completo de la evolución y patobiografía de los trabajadores, de sus continuos cambios y modificaciones en la aptitud laboral.

Existen grandes problemas de comunicación de la información entre los diversos agentes implicados en la atención, gestión y valoración de la incapacidad laboral del paciente trabajador, y es imprescindible, para una mejor valoración y cuidado de su salud, establecer una comunicación de la información médica de forma fluida y compartida, establecer canales de comunicación de forma continua entre la medicina laboral y de prevención (médicos del trabajo, de vigilancia de la salud, Servicios de Prevención, propios y ajenos) y la medicina encargada de la recuperación de la salud (entendida la salud como el conjunto de las capacidades funcionales laborales), por incapacidad temporal o su pérdida por incapacidad permanente (Servicios Públicos de Salud, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, etc.), entre todos ellos y con los Servicios de Inspección Médica (y, dentro de estos, por supuesto que también, para plantear estrategias con dos fines fundamentales: incorporación progresiva al puesto de trabajo (“Incapacidad Temporal parcial”, que disminuye el periodo de Incapacidad Temporal) y elaborar estrategias de adaptaciones al puesto de trabajo (disminuir la Incapacidad Permanente).

Ya existen medidas de intervención para intentar conseguir acortar la duración de la Incapacidad Temporal, aunque ello suponga “adelantar” un gasto (se produciría más adelante, más tardío), como son, por ejemplo, los convenios firmados entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y las Mutuas para la realización de pruebas complementarias.

Pues bien, y en este mismo sentido, y como otra propuesta de intervención, planteamos la posibilidad de acuerdos entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas, dotando programas acotados específicos para determinadas patologías con mayor incidencia, que traten de forma prioritaria y precoz a los trabajadores en Incapacidad Temporal, o con acuerdos entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y los servicios asistenciales de las Mutuas para atender a los pacientes en Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes, también de forma directa (con o sin necesidad de la autorización de la Inspección del

Servicio Público de Salud), tal y como sucede en las Contingencias Profesionales y en las Contingencias Comunes asumidas, para evitar las demoras que ocurren en los Servicios Públicos de Salud, tanto en tratamientos de rehabilitación como en todos los demás diagnóstico-terapéuticos.

También las empresas pueden favorecer el retorno al trabajo de forma más temprana con programas de adaptación progresiva al puesto de trabajo tras una baja laboral, en función de la patología que la motivó y del riesgo existente (físico, psíquico o ergonómico) para disminuir el posible daño que se pudiera producir.

=====