

4. Propuesta de Mejora en la Gestión Clínica de la Incapacidad Temporal. De la práctica a la teoría

Juan Gérvas
Mercedes Pérez Fernández

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud lo son porque conllevan sufrimiento, pérdida en la calidad de vida y/o muerte. Al enfermar no sólo disminuye o se pierde la salud, sino que se vive la sensación de fragilidad que ha llevado siempre al ser humano a la filosofía y a la religión. La enfermedad nos hace conscientes individualmente de nuestras limitaciones y de nuestra finitud. El problema de salud tiene impacto en lo personal, familiar y social, y cambia nuestra vida en mayor o menor grado. Estar enfermo es una forma de vivir distinta a la del estar sano, una forma con limitaciones varias. Limitaciones que se pueden superar con la curación, mejoría o adaptación a las mismas.

La enfermedad limita la realización de actividades de la vida diaria, especialmente en lo que se refiere a nuestra interacción social. Determinados problemas de salud conllevan incluso el reposo en cama, o la reclusión en domicilio; por ejemplo, tras un politraumatismo en un accidente de tráfico. A veces el problema de salud simplemente impide las actividades habituales, según edad, sexo, situación familiar, formación, puesto de trabajo y posición social. Por ejemplo, el ama de casa que por una fuerte gripe no puede

ir a recoger a los niños al colegio; o el trabajador que es intervenido por un glioma y pierde temporalmente sus habilidades lingüísticas. En todos estos casos el reposo parcial o total es parte del tratamiento, bien auto-prescrito bien recomendado por el médico.

Cuando el problema de salud impide la realización del trabajo habitual hay que justificarlo. Además, la ausencia tiene un coste para el propio individuo y/o para un tercero, si es empleado por cuenta ajena. La sociedad ha previsto una compensación para esa pérdida económica, de forma que hasta cierto punto se independice la ausencia al trabajo de la penalización económica. Depende del médico la justificación de la ausencia al trabajo que inicia el mecanismo de compensación económica. Se trata de lo que habitualmente se conoce como “baja laboral por incapacidad temporal” (IT).

LA BAJA LABORAL COMO MEDIDA TERAPÉUTICA

Ante un problema de salud el médico general/de familia establece un plan de actuación que tiene cuatro componentes:

1. de diagnóstico (búsqueda de la información que permita el mejor conocimiento enunciado),
2. de tratamiento (curativo, sintomático y/o paliativo, según el nivel de urgencia y de diagnóstico),
3. de educación del paciente y de su familia (implementación de los otros planes y auto-cuidado) y
4. de seguimiento (acciones futuras previstas).

Dicho plan tiene un componente diagnóstico débil en atención primaria, pues la mitad de los problemas se resuelven sin un diagnóstico específico: la atención primaria puede evitar, pues, “la tiranía del diagnóstico”. Por contraste, el médico de cabecera es/debe ser rápido en la respuesta a los problemas, en el establecimiento de un plan de tratamiento. En este se engloban recomendaciones terapéuticas y de estilo de vida.

Entre las medidas terapéuticas los médicos y pacientes no suelen incluir el reposo, pero éste forma parte del conjunto de propuestas que se manejan para dar respuesta al problema atendido. En general el reposo se impone (el paciente politraumatizado hospitalizado comentado anteriormente), se soli-

cita (sirva de ejemplo el paciente con un episodio de jaqueca particularmente dolorosa) o se recomienda por el médico (por ejemplo, ante un cuadro de varicela en una embarazada).

En este sentido la baja es un reflejo de la sociedad y su concepto de salud, popular y profesional. No es extraño que hoy en día la medicalización de la sociedad también tenga impacto en las bajas laborales. Sirva de ejemplo la “contagiosidad” de las bajas por dolor lumbar, cuya incidencia y prevalencia ha crecido en la antigua República Democrática de Alemania (RDA, comunista) en paralelo al proceso de integración en la República Federal de Alemania (RFA): pareciera que los médicos y pacientes del este se hubieran contagiado con la forma de entender “dolor lumbar” en el oeste, y su consecuente incapacidad laboral asociada. Algo similar está pasando con los embarazos que, medicalizados con pruebas y repruebas innecesarias en su seguimiento, acaban viviéndose como una situación de enfermedad que demanda justamente la baja laboral. Ítem más con la depresión y ansiedad del diario vivir que, medicalizadas con el tratamiento farmacológico, acaban siendo causa de IT y de incapacidad permanente, sin que los medicamentos disminuyan ni su prevalencia ni los suicidios. En este sentido la baja laboral termina siendo expresión y confirmación del concepto de salud de legos y profesionales (y de la medicalización de la sociedad).

Como toda medida terapéutica, el reposo tiene ventajas e inconvenientes. Las ventajas son evidentes, al permitir la evolución del cuadro clínico en una situación de relativo alejamiento de la actividad habitual. Los inconvenientes y perjuicios son menos conocidos, pero también evidentes. En parte dependen del reposo en sí, del efecto perjudicial de la inactividad. De hecho, se ha demostrado que el reposo en la lumbalgia complica su evolución; lo mismo sucede en las hepatitis víricas, o tras la punción lumbar.

La situación de cese temporal de la actividad laboral, justificada médicamente (la baja laboral por incapacidad temporal) tiene, al menos, cuatro tipos de efectos adversos:

1. Impacto sobre la enfermedad que provoca la baja (por ejemplo, los pacientes de baja por dolor, tipo fibromialgia, pueden empeorar con la misma, por aumento de sentimientos depresivos, ansiosos, de inquietud y del propio dolor, con disminución de la autoestima y de la visión positiva como persona).
2. Impacto sobre la salud global: la baja se acompaña de mayor mortalidad, incluyendo suicidios, sin que conozcamos las causas.

3. Impacto sobre la vida laboral: se ha demostrado una menor promoción profesional entre los trabajadores con bajas frecuentes.
4. Impacto sobre la vida social: las bajas laborales cambian los roles familiares, se asocian a más alcoholismo, más abuso de juegos de azar y más separaciones matrimoniales.

Por todo ello la IT hay que recomendarla con precaución, haciendo “uso racional” de la misma. Como los medicamentos, la baja laboral habría que graduarla en intensidad. Esto último no es fácil pues lamentablemente se confunde incapacidad para estar en el lugar del trabajo con incapacidad para el trabajo habitual. Es decir, una cosa es tener que estar recluso (por ejemplo, por tuberculosis multi-resistente) y otra no poder hacer el trabajo en el puesto habitual (médico rural que no puede conducir por intervención por síndrome del túnel carpiano y no puede atender a sus pueblos habituales).

En la actualidad la baja laboral es una terapéutica extraña, que se administra o todo (sí) o nada (no). No podemos “graduarla”, no podemos definir su intensidad. Por ejemplo, no podemos recomendar ni escribir ante una crisis de ansiedad “los dos primeros días en casa; después dos semanas yendo al trabajo sólo por las mañanas, cuatro horas; y luego reincorporación plena”. En el caso del médico rural comentado, nada impide que sea llevado al trabajo tras un par de días de baja “completa” después de la intervención, y contar con una auxiliar para los desplazamientos, la consulta y los avisos. Sin embargo, como hemos visto, la baja laboral es sólo una parte del plan de seguimiento del paciente y sus problemas de salud, y conviene poder integrarla en tiempo y forma con el conjunto de medidas recomendadas, que se adaptan al paciente y a sus circunstancias, como por ejemplo, al conjunto de sus otras enfermedades (no es lo mismo una gripe en un varón sano que en un broncópata de larga duración; tampoco es lo mismo si aquel varón sano está en proceso de separación viviendo en una pensión, o si el broncópata ha tenido recientemente una fractura de costilla). Como de las enfermedades, se puede decir que “no hay bajas, sino pacientes de baja”.

El médico que recomienda la IT debería “ajustarla” según las circunstancias del paciente concreto. Tendría que entrar en contacto con el servicio de salud laboral en los casos dudosos. Pero es esencial “ajustar” la baja en el momento de recomendarla, de la misma forma que al recomendar un medicamento concreto seleccionamos dosis, frecuencia y duración total. Lo lógico sería decidir la duración y la intensidad de la baja:

1. Cuántos días durará la baja (salvo empeoramiento)
2. En qué grado deberá guardar el reposo (si puede ir al lugar de trabajo y prestar algún servicio o realizar alguna actividad).

LA GESTIÓN CLÍNICA DE LA BAJA LABORAL

La baja laboral es un proceso costoso. Es costoso para el paciente, por los efectos adversos señalados, que muchas veces llevan a ver recortadas sus expectativas laborales, profesionales y económicas. Es costoso para la familia, que puede tener que recomponerse para adaptarse al nuevo rol del paciente de baja y de sus cambios (que llevan ocasionalmente a depresión y excepcionalmente al suicidio). Es costoso para el sistema sanitario pues destina recursos al seguimiento diagnóstico y terapéutico del paciente de baja. Es costoso para la empresa (que pierde aunque sea temporalmente a un trabajador, muchas veces con experiencia). Es costoso para la Seguridad Social (que compensa a la empresa por la ausencia del trabajador). Es costoso para el Sistema Sanitario, pues el mero control de la IT aumenta el consumo de visitas innecesarias de índole burocrática. Y es costoso para la sociedad, por la suma de los costes señalados.

De hecho, el coste directo de la IT es similar al coste en medicamentos. Sin embargo, inexplicablemente, sólo el gasto en farmacia ha tenido un interés constante y “preocupante” tanto respecto a la práctica como a la gestión y a la investigación.

La mitad del gasto sanitario total se concentra en un 5% de la población, fundamentalmente a costa de medicamentos, bajas y hospitalizaciones. Mientras que el gasto en medicamentos implica al 80% de la población de un cupo; el gasto en incapacidad laboral se refiere sólo a los trabajadores (al 33% del total, la población activa). Y entre estos a un pequeño grupo, de los cuales sólo un tercio abusa, y tiene un coste no justificado. En un cupo de 1.800 pacientes sólo en 40 bajas habría excesos a controlar. Es decir, habría que concentrarse en unos tres casos mensuales de probable mal uso.

Problema distinto es la existencia de “tiempos muertos” en el proceso de atención al paciente de baja. Estos tiempos se refieren a las demoras que se producen en el proceso diagnóstico y terapéutico, cuando están fuera del ámbito de la propia consulta del médico de primaria. Cada día de baja por “tiempo muerto” es un gasto inútil, y un proceso que se prolonga, con el consiguiente riesgo de empeorar la atención (por los comentados efectos adversos de estar de baja).

Parte del coste actual de la baja, en tiempo y dinero, es consecuencia de la organización burocrática en torno a la misma, ecos de un pasado periclitado. Así el parte semanal, recuerdo de cuando los salarios se pagaban por semanas. En otros países hace tiempo que en el parte de baja se incluye la fecha del alta, salvo agravamiento, de forma que en la mayor parte de los casos no se precisan partes de confirmación ni de alta.

Para resumir, conviene bajas apropiadas al problema del paciente en su contexto laboral, personal y familiar. Bajas ajustadas en duración e intensidad. Bajas que cuesten lo prudente a pacientes, familiares, empresas y sociedad. Bajas con demoras diagnósticas y terapéuticas apropiadas a la naturaleza del problema de salud.

Para lograr todo esto es preciso una labor activa e incentivada del médico general/de familia.

EL MÉDICO DE PRIMARIA Y LA GESTIÓN CLÍNICA DE LAS BAJAS

El panorama de aparente descontrol de la IT ha ido llevando a recortar las “potestades” de los médicos de cabecera, en un círculo ineficaz esperable. Cada vez se controlan peor las bajas. Cada vez se controla menos la baja por el “médico natural” del paciente. Cada vez se llevan más procesos, más tiempos y más trabajadores por las mutuas de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (entidades privadas sin ánimo de lucro) donde médicos ajenos al entorno del paciente toman decisiones trascendentes para la vida personal, familiar y social del mismo. La legislación, lejos de flexibilizarse, cada vez establece un marco más rígido para el manejo de la IT, imposibilitando la autonomía del médico, por ejemplo para las comentadas bajas “a tiempo parcial”.

Para mejorar la gestión de las bajas laborales se precisa la implantación de un conjunto de medidas. Entre ellas

- El médico responsable de la baja debe ser el “médico natural” del paciente; es decir, su médico de cabecera. Puesto que no hay bajas sino pacientes de baja, es imprescindible que el médico conozca el contexto global del paciente, no sólo como trabajador. El médico general/de familia es el único capacitado para tener en cuenta todas las circunstancias necesarias para elaborar un plan de seguimiento apropiado al paciente y a su problema.

- Como toda terapéutica, la baja laboral debería prescribirse en duración e intensidad conveniente; es decir, recomendando duración y graduación de la ausencia al puesto y al lugar de trabajo. Es imprescindible transformar la terapia sí/no que llamamos baja laboral en una terapia más que sea posible adaptar al paciente, a su problema de salud y a su entorno laboral
- Puesto que las bajas laborales tienen graves efectos adversos conviene ajustarlas a lo mínimo imprescindible. La brevedad de la situación de baja es un objetivo clínico antes que gestor y/o económico; conviene la difusión del conocimiento acerca de los efectos adversos de la situación de baja, tanto entre legos como entre profesionales. En este campo se precisa de más investigación
- La gestión de los tiempos muertos exige un dinamismo distinto al de los tiempos de espera en el sistema sanitario. Lo lógico es atribuir autonomía, iniciativa y responsabilidad al médico de primaria de forma que pueda “comprar” los servicios que necesiten sus pacientes de baja. Es decir, el cumplimiento del plan diagnóstico y terapéutico que complementa a la baja lo podría contratar el médico de cabecera con los servicios públicos y/o privados que aseguren calidad y rapidez. En todo caso, “el dinero sigue al paciente” y el médico de primaria contaría con un presupuesto apropiado para asegurar la compra de servicios para sus pacientes de baja. Naturalmente, este presupuesto se dedicaría a los pocos pacientes que precisan de atención fuera de la consulta del médico de cabecera.
- Es imprescindible el buen trabajo de los servicios de Inspección Médica; por ejemplo, para colaborar con los médicos de primaria cuando estos sospechen fraude o abuso. La coordinación es esencial en estos casos y en general (para fomento de la calidad, de la formación y de la investigación)
- El médico de primaria contará con un presupuesto anual cerrado para el conjunto del gasto en bajas laborales (incluye el gasto para el control de tiempos muertos). Las desviaciones respecto al presupuesto serán canceladas (al justificarlas) o asignadas a su consulta (cuando haya sobrante).
- Las bajas laborales se notificarán en un modelo que permita estimar la duración y la fecha probable de alta (o de revisión, en su caso), de forma que en la mayoría de los casos sirva esta sola primera notificación para todo el curso de la baja.

COMENTARIO FINAL

Los médicos generales/de familia españoles estamos perdiendo atribuciones y “potestades” en una sangría que nos convierte en puros “mediatras”. Hemos perdido a los niños y adolescentes, a las mujeres, a los terminales y a los pacientes de clase alta o funcionarios. Si perdemos también las bajas nos quedaremos apenas con las recetas de repetición, los pobres, los ancianos y los inmigrantes (en sus problemas no laborales). Es hora de que defendamos una gestión clínica de las bajas que conviene a todos: pacientes y familiares, médicos y sistema sanitario, empresas, Seguridad Social y sociedad en general.

PUNTOS CLAVE

- La baja laboral es parte del plan de seguimiento del paciente, un componente más de su terapéutica.
- Para hacer un uso racional de la baja laboral habría que “dosificarla” (ajustarla por duración e intensidad)
- La intensidad de la baja exige descoyuntar la prescripción de ausencia del lugar de trabajo de la prescripción de ausencia del puesto de trabajo.
- Como toda terapéutica, la baja laboral tiene beneficios y perjuicios. Los efectos adversos son graves, de causa mal conocida.
- El médico que debe gestionar la baja laboral es el “médico natural” del paciente, su médico de cabecera, para ponerla en el contexto del plan de seguimiento.
- La correcta gestión de la baja laboral conlleva centrarse en apenas tres o cuatro pacientes al mes.
- El médico general/de familia debería contar con un presupuesto para agilizar el proceso diagnóstico y terapéutico del paciente de baja, no para ahorrar sino por el impacto clínico del “estar de baja” en la salud del paciente y de su familia.
- Sería también importante contar con un presupuesto anual cerrado para bajas laborales, a justificar cuando se sobrepase, y a revertir en la consulta cuando se ahorre.

- El parte inicial de baja puede ser el único a expedir si no hay complicaciones y si se hace en el mismo una estima correcta de fecha de alta.
- Los médicos de primaria no deberían ceder más en sus “potestades” y responsabilidades sobre la baja laboral, por la salud de sus pacientes y por su profesionalidad.

BIBLIOGRAFÍA

CASTEJÓN, J.: El papel de las condiciones de trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidentes no laborales. Tesis doctoral. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona; 2002.

GÉRVAS, J., RUIZ TÉLLEZ, A., PÉREZ FERNÁNDEZ, M.: La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Madrid: Fundación Alternativas; 2006.

<http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/la-incapacidad-laboral-en-su-contexto-medico-problemas-clinicos-y-de-gestion>

ORTIZ, A.: Consultas sin patología en un centro de salud mental. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2004.

RASPE, H., HUEPPE, A., NEUHAUSER, H.: Back pain, a communicable disease? *Inter J Epidemiol.* 2008; 37: 69-74.

RUIZ TÉLLEZ, A.: Claves en el manejo de la incapacidad transitoria en los Equipos de Atención Primaria. En: La gestión de la atención sanitaria en los EAP. Barcelona: Curso a Distancia del Día a Día en el EAP, Módulo 2; 2002. pág. 69-78.