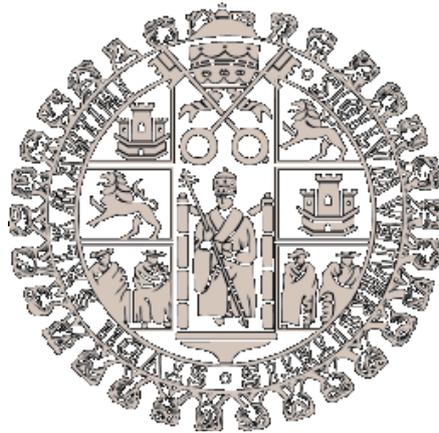


UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina



**LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL,
VEINTE AÑOS DE REFORMAS NORMATIVAS.**

TESIS DOCTORAL

Marzo 2016

Miguel GONZÁLEZ HIERRO

Director: Dr. Rogelio GONZÁLEZ SARMIENTO

AGRADECIMIENTOS

Naturalmente y en primer lugar, tratándose de un lance académico, a mi guía y director de Tesis, Rogelio González, hombre cabal y hábil seductor para motivar a las gentes.

Desde lo afectivo, a mi mujer Candelas, sin la cual - suele repetirse y como tantas reiteraciones puede acabar sonando a huero, pero no hay tal vacuidad aquí, y no renunciaré a decirlo- nada podría haber hecho en estos avatares de la Tesis y mucho menos en mi azarosa vida laboral. Aunque suene romántico, nada sería sin ella.

Y por supuesto a mis hijos. Curiosa dedicatoria, puesto que parecen invertirse los valores y afanes de la vida, viniendo a ser los hijos los que agradecen a los padres sus logros académicos y humanos en justo reconocimiento a las preocupaciones, esfuerzos y desvelos que éstos han sembrado para la crianza triunfal de sus vástagos. Pues bien, en este episodio, son mis hijos, Miguel y María quienes me han incitado a esta tardía aventura académica, viendo su sentimiento de orgullo de que su padre en edad propecta se interne en estos procelosos escarceos científicos.

Ellos tres son mi alma misma.

A mis padres, en recuerdo de su ausencia.

También, cómo no, a la administración, -y lo digo con cierta sorna- que me ha posibilitado trabajar en un campo como este, que me ha permitido aprender, pero donde también he podido comprobar que el escepticismo se extiende endémicamente, reforzado mis valores de honestidad y compromiso en el desempeño laboral aunque sea por mera reacción a la languidez que muchas veces acaba presentando el servicio público.

No puede faltar un recuerdo emotivo y cariñoso a los colegas del Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Salamanca y de Atención Primaria, que me han ayudado en este extenso trabajo, especialmente a Luisa, compañera y sin embargo amiga –que fuerza tienen a veces las frases hechas- musa científica de una porción de lo aquí tratado.

Para finalizar y emulando el reconocimiento de aquellas efigies erigidas a héroes anónimos, seguramente los únicos héroes ciertos en la aventura de la vida, quiero tener un recuerdo y dedicar mi trabajo, al ciudadano, al paciente anónimo y desconocido, a quién deberían ir destinados todos los esfuerzos y virtudes de una legislación laboral que debiera proteger de forma imparcial y equitativa, y de la que en la práctica viene a ser tan solo sujeto pasivo.

Salamanca, Marzo de 2016

INDICE

	Pag.
Agradecimientos	2
1. Preámbulo	4
2. Resumen	8
3. Introducción	14
4. Hipótesis	29
5. Metodología	31
6. Tres estudios sobre la Incapacidad Temporal	33
6.1. Evolución del gasto en I.T y su relación con la aparición normativa y la población activa y desempleada	33
6.2. Estudio sobre el impacto de bajas por contingencias Profesionales en el marco de la IT por contingencia Común	58
6.3. Diseño de Guía para toma de decisiones por el Médico de Atención Primaria en pacientes de baja laboral derivada de Cardiopatía isquémica aguda y crónica	110
7. Resultados y Discusión	128
8. Conclusiones	137
9. Bibliografía	138
10. Índice de siglas y acrónimos	140

1. Preámbulo

En el campo de la medicina, de forma habitual se vienen a tratar aspectos eminentemente clínicos. Lo mismo cabe decir en el campo científico de la medicina o en las áreas de investigación.

Pero a la par que va cambiando nuestra sociedad y van produciéndose cambios –radicales en ocasiones- en los sistemas públicos de salud, se va otorgando cada día más importancia al campo que podemos denominar como de gestión y/o administración sanitaria.

Actualmente es universalmente reconocido que tanto los sistemas de salud públicos, como cualquier organización sanitaria, aunque tenga carácter privado, tienen que tener un funcionamiento eficiente y de calidad. Hoy calidad y gestión o van unidas o carecen de sentido.

En nuestro entorno, es el sistema sanitario público, el Servicio Nacional de Salud (SNS), la organización sanitaria más potente, la que mayor número de profesionales, y recursos agrupa y la que protege a la práctica totalidad de la población.

Aunque más adelante se describirá en mayor detalle el origen histórico del objeto de estudio de esta Tesis, si cabe apuntar que en la actualidad, el ejercicio de la medicina ha perdido en gran medida el carácter de profesión liberal, desarrollando la gran mayoría de los profesionales de la medicina su actividad vinculados a algún tipo de organización. Sea cual fuere la forma que adopta esta organización: sistema público de salud, entidad pública, consorcio, empresa privada, cooperativa, aseguradora, mutualidad... o cualquiera de las múltiples formas organizativas que adoptan las estructuras sanitarias en una sociedad compleja.

Debido a este desempeño profesional en organizaciones amplias, los conceptos de seguridad clínica, calidad de la actividad, satisfacción del paciente, eliminación de la variabilidad clínica, actuación protocolizada, pero sobre todo las ideas de eficacia y eficiencia clínica, ocupan cada vez un espacio más amplio, cuando no central en los esquemas organizativos.

Tal importancia acaban adquiriendo los aspectos de gestión sanitaria, que asistimos en las últimas épocas en nuestro SNS al debate e implantación de fórmulas de gestión que aúnan el compromiso de bien hacer clínico con la eficacia en la gestión y poniendo el interés del paciente como una de las claves de actuación. En la práctica esto se viene a denominar, gestión clínica.

Este debate sobre la gestión clínica, es nuevo en nuestro país y SNS –bajo esta formulación puesto que se produjeron aproximaciones anteriores bajo fórmulas paralelas- no así en otros entornos sanitarios. Es impensable en otras organizaciones sanitarias, pensar en el ejercicio de la medicina, en el desarrollo de la actividad sanitaria colectiva, sin tener presente la eficiencia de dicho ejercicio, la eliminación de la variabilidad en las actuaciones médicas y sopesando los recursos disponibles y los beneficios de su aplicación.

Lo dicho pretende únicamente trasladar –e incluso promover- la idea de que el ejercicio médico en las sociedades modernas, en el S.XXI, no puede considerarse sin contemplar

seriamente aspectos de la gestión del propio sistema, de la correcta utilización de los recursos, de la toma de decisiones basadas en criterios objetivos y ampliamente aceptados, y en la reflexión de todo clínico de que cualquiera de sus decisiones implica además de una actitud médica, unos costes que deben ser tenidos en cuenta en relación a sus resultados. O lo que es más importante, tener noción del coste-oportunidad, una decisión concreta utiliza unos recursos de los que se puede privar a otra persona en la que podrían ser más eficaces.

Esta reflexión sobre la introducción de la gestión sanitaria en los sistemas modernos que atienden la salud de las poblaciones viene a concretarse últimamente en tres niveles.

Desde un nivel macro (macrogestión), donde se situarían las grandes decisiones políticas, que deciden qué modelo sanitario se aplicará, qué recursos de financiación se librarán, o las grandes instrumentos planificadores como son los Planes de Salud y la epidemiología.

En un nivel intermedio se sitúa la denominada mesogestión, que gestiona los recursos humanos, financieros y materiales en los centros e instituciones; sería el encargado de ir ejecutando los presupuestos y la política sanitaria predefinida, y se identifica con la dirección de las instituciones, hospitales y centros.

Y por último se encuentra el nivel básico de gestión, la definida como microgestión, que es donde finalmente se decide el destino efectivo del 70 % del gasto del presupuesto. En la práctica son los facultativos en su ejercicio diario, a través de la elección en su toma de decisiones clínicas quienes van a determinar el gasto; es justamente en este plano de microgestión, en el ejercicio diario del médico, donde se va a dilucidar el porvenir de los sistemas sanitarios.

Los objetivos de macrogestión y mesogestión son muy difíciles de trasladar a la práctica en el mundo sanitario, si los responsables de tomar las decisiones en el día a día no están convencidos, comprometidos o formados para adoptar estas decisiones coherentemente con la política fijada.

En el campo sanitario vienen conviviendo dos conceptos o dos posicionamientos al hilo de lo planteado, es decir la gestión sanitaria. Estas dos posturas, pueden simplificarse –si bien las realidades son más complejas- en priorizar el aspecto sanitario, o en hacer prevalecer el componente económico.

En las complejas organizaciones sanitarias modernas, y especialmente desde la crisis económica de los años 70, se es profundamente consciente que los recursos financieros son limitados. Esta limitación financiera se une a otros tres elementos desestabilizadores de las organizaciones, como son el incremento constante de la demanda de cuidados de salud, el crecimiento exponencial y encarecimiento de tecnología sanitaria, y el envejecimiento de la población con gran presencia de pluripatologías.

Tras estos dos posicionamientos sobre los que puede situarse el análisis sanitario, se encuentran poderosos argumentos técnicos, pero también subyacen consideraciones éticas, sobre las que se ha profundizado escasamente. Los debates se han venido a centrar sobre si el médico debe tener en cuenta solamente su quehacer clínico, obviando las consecuencias

económicas de sus decisiones, primando el interés a ultranza por la salud del paciente, o si la limitación de recursos debe asimismo limitar las decisiones médicas.

El contenido sobre el que se centra esta Tesis, la Incapacidad Temporal (IT) y las medidas de gestión adoptadas en los últimos 20 años, se enmarca en el contexto descrito. Se aproxima a aspectos de gestión en el ejercicio clínico diario de los facultativos del sistema público de salud, y presenta el trasfondo del debate sobre si deben primar los aspectos sanitarios o los económicos.

En este caso, en la gestión de la IT, la discusión sobre la primacía de los componentes sanitarios o los económicos, cobra, si cabe, mayor virulencia, pues es de las pocas ocasiones en que se encuentra nítidamente diferenciada la actuación sanitaria –realizada por facultativos del SNS- y la prestación económica que conlleva la decisión –abonada por la Seguridad Social-. Así pues se trata de decisiones clínicas que conllevan coste externo al sistema sanitario público y por tanto el profesional podría encontrarse más liberado de las consideraciones económicas que conllevan sus decisiones. Este posiblemente sea uno de los orígenes del problema que ha venido planteando históricamente la gestión de las bajas, de la IT.

Al iniciarse la reforma de la gestión de la IT en el año 94, tanto el entorno intelectual, como el ámbito de opinión, y las consideraciones previas de las propias normas dictadas, hacían hincapié en la globalidad del problema abordado, esto es el incremento difícilmente sostenible del gasto interanual en la prestación de IT.

La motivación básica era esta incapacidad de afrontar a medio plazo un crecimiento del gasto muy por encima del crecimiento de la economía del país, del PIB, o de la recaudación por cuotas de seguridad social o fiscal.

El crecimiento medio del gasto en IT en los cinco años anteriores a iniciarse esta reforma (1994) fue de un 14,86 % anual, mientras el incremento del PIB en este lustro fue del 5.93 % (datosmacro.com) ⁽¹¹⁾, el crecimiento de la recaudación de tributos totales del 11,72 % (INE), y el de recaudación por cuotas de la seguridad social (Presupuestos de la Seg. Soc. 2012 Anexo a informe económico financiero) fue de 11,75 %.

Junto a estas consideraciones de carácter económico ^(6,7,10) se planteaban otras sobre la gestión misma de la IT.

La Incapacidad Temporal era ya en esos años la única prestación que presentaba una ambivalencia de gestión, por una parte el abono de la prestación económica le correspondía a la Seguridad Social (Ministerio de Trabajo), mientras que su gestión directa en cuanto a expedición, control y emisión de alta era responsabilidad de los médicos del SNS.

Esta situación donde intervenían dos administraciones era germen de conflictos, y de hecho el otro aspecto relevante en los debates y consideraciones que originan la aparición de nueva y numerosa normativa que modifica la gestión de la IT, es precisamente el reproche que se hacía a los Servicios Regionales de Salud (o al INSALUD en aquellas fechas) y a los facultativos del sistema público de su escasa implicación y control efectivo de la prestación ^(6,7,10). Hecho motivado porque quien determinaba la baja laboral era el facultativo, pero el coste de la

prestación no corría a cargo de los presupuestos sanitarios, sino a los del INSS, denunciándose por ello que no se implicaban lo suficiente al no afectar directamente a los presupuestos sanitarios el mejor o peor control de esta prestación.

Este argumento –de gestión ineficaz de los facultativos de los servicios públicos de salud- se venía a reforzar por los impulsores de la reforma de gestión, con otro, cual era que tanto el gasto como, duración, incidencia y prevalencia de las bajas de origen profesional, eran menores que las de carácter común (14).

Estas bajas de origen profesional, o contingencias profesionales, eran gestionadas mayoritariamente por las denominadas MATEPSS (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social).

El planteamiento y origen la reforma era triple, por un lado el elevado gasto, o más preciso aún la fuerte tendencia al crecimiento interanual del gasto en IT, por otro la valoración como gestión deficiente por parte de los facultativos del SNS de esta prestación, y en tercer lugar la existencia de una abundante presencia de fraude en la prestación (12).

En este contexto y trascurrido un largo periodo de tiempo desde que comenzó esta reforma gestora, parece oportuno valorar algunos resultados de la misma. Más en concreto ver si las decisiones adoptadas, las nuevas maneras de gestión, la introducción de nuevos agentes con responsabilidad en la gestión y decisiones sobre las bajas labores, el incremento del número de profesionales sanitarios destinados a controlar esta prestación desde INSS y MATEPSS. En definitiva si estas modificaciones normativas lograron el efecto que perseguían, contener y el gasto en IT y mejorar su gestión.

Dado que las causas que originan la incapacidad temporal, así como las causas que generan posibles alargamientos, abusos o rentabilización de de esta situación de IT han sido y siguen siendo tema arduo de discusión, y al subyacer numerosos motivos, posiblemente interactuantes (13), no se ha pretendido analizar éstas. Es decir no se pretende analizar las causas de la IT ni de su posible duración inadecuada, aunque pueden hacerse referencias a estos aspectos a los largo del trabajo, sino si la modificación normativa que fundamentalmente pretendía controlar el gasto en IT y mejorar su gestión, ha logrado este objetivo, o bien si el comportamiento del gasto en IT –derivado evidentemente de la incidencia, prevalencia y duración de los episodios de IT- sigue un comportamiento que no ha respondido positivamente a lo que pretendían estas medidas normativas racionalizadoras del gasto.

2. Resumen

Se realiza una aproximación a la normativa dictada durante veinte años modificando la gestión de la Incapacidad Temporal (IT). Se comenzó a aplicar una orientación diferente en la regulación de la IT en 1994, ante el importante crecimiento interanual del gasto en la prestación de IT, utilizando como referencia directa o indirecta la aparente mejor gestión de las bajas por CC.PP. realizada por las Mutuas de AT y EP y subyaciendo la idea de que el Sistema Público de Salud, a través de sus facultativos, no mostraban suficiente interés en la gestión de un evento cuyo prestación económica corría a cargo no del sistema sanitario, sino del Ministerio de Trabajo a través del sistema de Seguridad Social, así como la existencia de una importante bolsa de “fraude”.

En el sustrato de estas reformas, además de primar el hecho de controlar un crecimiento del gasto en prestación de IT –difícilmente sostenible de mantenerse las cifras de incremento interanual-, se encuentran otras ideas como la citada de un insuficiente control e implicación de los Médicos de Atención Primaria (MAP) y del propio SNS al no repercutir el gasto en sus propios presupuestos, la introducción de las entidades pagadoras de la prestación (INSS y Mutuas) como agentes gestores y controladoras de la situación sanitaria de los pacientes en IT, y por último la idea de la existencia de un extendido fraude en la prestación (de hecho parte de la normativa generada se hace bajo el título de “lucha contra el fraude”), culpabilizando así a un gran segmento de la población trabajadora que accede a bajas laborales (2) por CC.CC.

Se realiza una recopilación exhaustiva de la normativa dictada durante este periodo, desde 1994 hasta 2014, tanto directa sobre la gestión de la IT, como indirecta (cuadro de EP, permisos por maternidad/paternidad, o permisos por cuidado de hijos con cáncer).

Para aproximarnos al problema de la gestión de la IT, se ha optado por hacerlo a través de tres ópticas diferentes, a través de tres aspectos concretos que reflejan los efectos o la ausencia de estos, que la normativa dictada tiene.

Son tres perspectivas, de las muchas que tendría esta prestación tan compleja y con causas y efectos multifactoriales, que nos ayudarán a poder extraer conclusiones sobre el impacto que la amplia normativa dictada ha tenido sobre la prestación de IT. Y son estas tres aproximaciones las que nos ayudarán a establecer si la doble hipótesis planteada se cumple o no.

Las reformas normativas de la gestión de IT surgen por las causas expuestas y pretende por un lado disminuir o ajustar el gasto en la prestación y –singularmente- mejorar su gestión introduciendo cambios en las responsabilidades y otorgando competencias de las que antes carecían a facultativos y entidades gestoras de la prestación económica, es decir introduciendo un control externo al SNS y basado en otorgar amplias competencias de control a las entidades de carácter económico –INSS y Mutuas- que a través de la fuerte potenciación de su aparato médico, supervisarán las actuaciones de los facultativos del SNS.

Así a través de estas tres vertientes concretas se quiere comprobar la efectividad de las reformas legales introducidas.

Los tres estudios realizados se centran sobre tres aspectos diferentes del entorno de la prestación:

- Relación de la producción normativa y de la evolución de la población activa y desempleada con el gasto en IT
- Volumen de bajas por CC.PP. incluidas indebidamente en bajas por CC.CC.
- Elaboración de una guía para la toma de decisiones por el MAP ante bajas por cardiopatía isquémica

La hipótesis de partida es que la normativa legal producida no ha logrado los objetivos que pretendía. Más concretamente la hipótesis se centra en dos puntos:

- Que las reformas legales habidas desde 1994 no han logrado en sí mismas disminuir el gasto. Las oscilaciones del gasto no se correlacionarían con la emisión de normativa de gestión de IT, oscilando este gasto independientemente de las reformas legales y estando más relacionado con la evolución de la población ocupada y la desempleada.
- Que estas reformas no han logrado conducir la prestación a sus justos términos: que se encuentren en baja laboral por CC.CC sólo aquellas situaciones que deban estarlo y por el tiempo que les correspondiese. Lograr pues mejorar la gestión que venían desarrollando los facultativos del SNS.

Se ha seguida una metodología similar, pero específica para cada trabajo.

En el primer trabajo se realiza un resumen descriptivo del gasto histórico en IT, con análisis observacional en relación a la normativa emitida en el periodo estudiado, análisis observacional de la evolución del gasto y de la evolución de la población activa/desempleada, y análisis estadístico de estas variables. Correlación de Pearson, grado de significación bilateral y regresión lineal múltiple.

Para el segundo, básicamente un estudio descriptivo de la incidencia (declaración) de las EP así como su análisis casuístico, y para la aproximación a las bajas inadecuadamente incluidas en las declaradas como CC.CC. en el ASS, un estudio muestral ($P=0,05$) de población (bajas) seleccionada a las que se aplicaron criterios de presunción de EP.

En el tercer trabajo, conocimiento del volumen de casos al que podría serle aplicado el protocolo diseñado, análisis de duración media de los casos habidos de cardiopatías isquémicas, y elaboración de un protocolo o guía de toma de decisiones por el MAP ante pacientes en baja por cardiopatías isquémicas agudas y crónicas.

Como resumen de conclusiones de cada uno de los tres trabajos se ofrece el siguiente:

- **Evolución del gasto en I.T y su relación con la aparición normativa y la población activa y desempleada**

Del análisis observacional de la evolución del gasto interanual de IT en relación a la evolución de las poblaciones activa y desempleada, se desprende que el gasto en IT presentó elevaciones muy importantes, destacando del 89 al 92 en que se produjeron incrementos entre el 14 y el 22 %, y los años 2000 a 05 con crecimientos entre el 9 y el 14 %. El descenso más notable tuvo lugar en 2014, con un 19,3 %.

La tendencia de gasto es creciente durante la mayor parte de los años estudiados (1984-2014); en todos salvo en 9 años, siendo de un 4,6 % la media de crecimiento para todo el periodo.

La población ocupada presenta tendencia creciente salvo en tres periodos: 84-85, 92-94 y 09-13, siendo el incremento medio anual para todo el periodo del 1,34 %.

La población desempleada presenta una evolución más errática, con ondas ascendentes y descendentes, y comportándose en general –pero no siempre- de forma inversa a la evolución de la población ocupada. El porcentaje medio de incremento anual de la población desempleada fue del 4,17 %.

En resumen el gasto se elevó en la misma medida porcentual que la población desempleada, y mucho más que el incremento interanual porcentual de la población ocupada.

Del análisis de gráficos de estos mismos valores se desprende, en su vertiente comparativa, que la evolución del gasto replica –salvo en el periodo 91-98- la evolución de la población ocupada con un periodo de latencia de uno/dos años.

La evolución del gasto presenta una tendencia inversa a la evolución de la población desempleada, crecimientos de población en paro se asocian con estabilización o descenso del gasto y a la inversa, descenso del paro se asocian con crecimiento del gasto en IT.

En cuanto al análisis de correlación/significación/regresión, puede decirse que existe una muy fuerte correlación (de Pearson) entre el gasto de IT y la población activa, pero no existe correlación entre el gasto y la población en paro, ni entre el gasto y la tasa de paro.

Es muy significativa la relación entre el gasto y la población activa, no siendo significativa la relación entre gasto y población en paro y tasa de paro.

El modelo de regresión explica la variación del gasto en IT en un 91 % cuando la variable es la población activa, mientras que la población en paro solo explicaría un 1,6 % del gasto.

En resumen el gasto tiene una muy fuerte relación (correlación) con la población activa, siendo esta relación además, significativa, y siendo explicado este gasto en un 91 % cuando la variable es esa población activa. Mientras que la población en paro y la tasa de paro no tienen correlación con el gasto en IT, su relación no es significativa, y el gasto solo se explica en un 1,6 % por la variable población en paro.

El análisis observacional de los hitos legislativos con la evolución del gasto en IT nos muestra un cese del crecimiento del gasto en relación a la aparición de la norma en que los empresarios pasan a abonar el coste de las bajas del 4º al 20º día. Una estabilización del gasto tras la

emisión del RD 1300/95 (nuevas formas de gestión) y una disminución del gasto con la Ley 13/96 (colaboración de las Mutuas en la gestión) y el RD 575/97 (modificación de la gestión).

El gasto vuelve a repuntar tras el RD 1117/98 (procedimiento de intención de alta por INSS) y se eleva espectacularmente tras la Ley 30/05 (control de la IT pasa al INSS a los 12 meses).

No se observa modificación en la tendencia de gasto -descendente en ese momento- tras el RD 143/09 (revisión de altas por CC.PP. extendidas por Mutuas), Resolución 15/11/10 (médicos del INSS pueden extender el alta) y RD 624/14 (modifica ampliamente la gestión).

No se aprecia modificación de la tendencia presente en el momento de su emisión con las normas conexas a la gestión de IT, persistiendo la misma tendencia ascendente o descendente para las cinco normas recogidas.

Como conclusión global puede decirse que aunque del análisis de datos absolutos y especialmente de los gráficos de evolución se desprende que la variación del gasto en IT acompaña directamente a los cambios de la población activa e inversamente a las variaciones de la población en paro, el análisis estadístico solo determina que existe relación entre el gasto en IT y la población activa, no así con la población en paro; no siendo concluyentes las observaciones de los hitos legislativos y la evolución del gasto.

- **Estudio sobre el impacto de bajas por contingencias profesionales en el marco de la IT por contingencia común. Un estudio en el ASS.**

Tras constatarse los bajos niveles de declaración de EP en el Área de Salud de Salamanca, muy por debajo de la media nacional (2,00/10.000 frente a 8,51 nacional), a su vez muy inferior a medias europeas (17,13 en Francia), y refrendarse que existe una importante infradeclaración nacional de EP, cifrada en al menos un 50 % de las enfermedades existentes, se evidencia que los factores de riesgo en el medio laboral y problemas de salud son similares a los de nuestro entorno europeo (Eurostat).

Es de señalar el descenso de declaraciones tras la entrada en vigor del nuevo cuadro de EP (2006), y que por tanto siguen sin aflorar las EP existentes.

Dado que la mayor incidencia de las EP se presenta en relación a los agentes físicos (del 78 al 83 %) y que dentro de este grupo son las patologías osteomusculares las más frecuentes (casi el 70 % del total de EP), el estudio se centró en pacientes susceptibles de presentar este tipo de lesiones.

Se seleccionó una muestra de 300 pacientes (para estudiar 274, muestra significativa calculada) en baja por CC.CC con patologías osteomusculares (diagnósticos CIE 9 depurados) sobre un universo de 4.514 procesos, aplicándose una metodología predefinida para determinar si los pacientes en baja presentaban patología que debiera ser calificada como EP. Los criterios eran de máximos, es decir debían de cumplirse tres criterios fundamentales:

actividad con riesgo (movimientos repetitivos y con requerimientos osteomusculares), antigüedad (superior a la marcada para cada tipo de actividad/lesión), y mejoría tras separación del puesto de trabajo.

El resultado, una vez aplicada esta metodología a la muestra (significación del 95 % y precisión del 2,5 %) fue que un 3,28 % de los casos eran CC.PP, Enfermedad Profesional.

Así, aplicando este porcentaje muestral al total de casos posibles (4.514) se obtiene que 148 bajas incluidas como CC.CC son realmente CC.PP, lo que supone el 0,70 % del total de bajas del ASS para el año estudiado, 2009.

Que este número de bajas incorrectamente incluidas como Comunes, y siendo solamente las correspondientes a patología osteomuscular, multiplican por 10 el número de EP declaradas en el año (15 EP).

Si calculáramos con este número de EP (163) la Tasa de EP en el ASS, esta sería de 12,53/10.000, aproximándose a los valores europeos (17,13 en Francia).

En resumen, ni el nuevo cuadro de EP, ni la nueva y abundante normativa para mejorar la gestión de la IT han logrado resultados positivos en este campo, persistiendo la infradeclaración y la inclusión indebida de bajas de origen laboral (CC.PP) como bajas por CC.CC.

Que esta inclusión indebida, además de mantener la infradeclaración histórica en nuestro país, sobrecarga inadecuadamente el SNS e impide corregir en origen las causas de la patología laboral.

Que no se han desarrollado procedimientos específicos para las denominadas “notificaciones de sospecha de EP” por los MAP del SRS, manifestando los MAP un elevado nivel de desconocimiento de la legislación de EP y considerando escasa la formación e información que se les ha facilitado al respecto.

Que este desconocimiento, junto a la mayor complejidad de tramitar los casos de EP por su circuito propio, así como la percepción de los MAP que aunque sea indebidamente, los pacientes se encuentran protegidos al estar finalmente de baja, hace que opten por el mecanismo de menor esfuerzo y mayor comodidad, como es la baja por CC.CC.

- **Diseño de Guía para toma de decisiones por el Médico de Atención Primaria en pacientes de baja laboral derivada de cardiopatía isquémica aguda y crónica**

La tercera perspectiva para una aproximación a la efectividad de la normativa reformadora de la gestión de IT, es el diseño de un instrumento para dicha gestión.

En este trabajo se constata que en una de las patologías de mayor impacto social (también laboral, económico y sanitario) como son las cardiopatías isquémicas crónica y aguda, la normativa reformadora de la gestión de IT no ha logrado resultados importantes.

La introducción de dos instrumentos concretos como son la supervisión y control de los pacientes en baja por los facultativos de INSS y Mutuas y la elaboración de un Manual de Tiempos Estándar de IT, no ha logrado que la duración de los procesos de baja por estas cardiopatías se ajusten a las duraciones establecidas como idóneas.

El Manual de Tiempos Estándar establece una duración idónea entre 30 días (CIE 9 411 a 414), 90 días (cod. 410) y 120 días (cod. 410.0), la duración real de estos procesos fue de 141,18 días de media para los códigos 411 a 414, es decir un 470 % superior; y de 190 días para el código 410.0, es decir un 158 % más largo.

La media de duración para el ASS en 2013 para cardiopatías isquémicas agudas y crónicas, alcanzó los 169,62 días.

Así parece evidente que el mero enunciado de un Tiempo Estándar o idóneo no es eficaz, ni siquiera acompañado de reiteradas revisiones por facultativos externos el SRS como son los médicos de Mutuas e INSS.

Este hecho, junto a otras consideraciones, como la importante incidencia y morbimortalidad de estos procesos, la existencia de protocolos clínicos asistenciales, la dependencia excesiva de estos pacientes de los servicios especializados de cardiología con el consiguiente incremento de inhibición en la toma de decisiones del MAP –que se sumaría a temores innatos a altas prematuras en este nivel primario-, así como factores de mejora en la recuperación de estos pacientes como son la incorporación temprana a su trabajo que evite la aparición de complicaciones y problemas secundarios (depresión, minusvaloración,..), orientan a elaborar este algoritmo de decisión para el MAP.

Para valorar la eficacia de la aplicación de este árbol de decisión –inédito en nuestro ámbito de salud laboral- habría que volver a analizar trascurrido un tiempo desde su aplicación, los valores de duración de las bajas por cardiopatías isquémicas.

El esquema de decisión sigue los principios de sencillez, mínima extensión, uso de índices habituales en cardiología, comprensibilidad y un resumen adaptado de los grados de clasificación de insuficiencia cardiaca, lo que debería permitir su un fácil uso.

Se define un algoritmo que reúne toda la información clínica y laboral (en ningún caso tiene finalidad asistencial) que permite adoptar una decisión sobre la actitud del MAP ante la IT de un paciente con cardiopatía isquémica, siguiendo unos pasos secuenciados que garantizan una decisión avalada científicamente, siempre que las circunstancias clínicas y laborales se mantengan dentro de los márgenes definidos.

El esquema fue elaborado y perfeccionado contando con la colaboración de cardiólogos, MAPs e IM.

3. Introducción

La Incapacidad Temporal

La Incapacidad temporal (IT) es una prestación de la Seguridad Social que consiste en la percepción de una cantidad económica cuando por motivos de salud se pierde la capacidad de ganancia mediante el desempeño del trabajo habitual.

Está regulada por el Capítulo IV de la Ley General de Seguridad Social en su texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/94.

Sus principales definiciones y características son las siguientes. Se obvian los aspectos legales o descriptivos que no aportan valor al objeto de este trabajo.

CARACTERÍSTICAS LEGALES

- Concepto (artº. 128)

Tendrán la consideración de situaciones determinantes de incapacidad temporal las debidas a enfermedad común o profesional y a 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.

- Prestación económica (artº 129)

La prestación económica consistirá en un subsidio equivalente a un tanto por ciento sobre la base reguladora.

En términos generales, actualmente y para enfermedad por contingencias comunes, están excluidos los tres primeros días, percibiéndose el 60 % de la base reguladora desde el día 4 al 20 y el 75 % desde el día 21 en adelante.

Este es el importe del subsidio de la Seguridad Social, pudiendo variar lo efectivamente percibido por el trabajador en función de las condiciones o convenios singulares de las distintas empresas, que pueden llegar a ampliar estos importes a costa de la propia empresa.

- Beneficiarios (artº 130)

Son beneficiarias del subsidio por incapacidad temporal las personas integradas en el régimen general y que se encuentren en cualquiera de las situaciones determinadas en el

artº 128, siempre que estén afiliados y en alta (a la Seg. Soc.) y hayan cotizado previamente 180 días dentro de los cinco años anteriores. En caso de accidente sea o no de trabajo y de enfermedad profesional, no se exigirá carencia.

- Nacimiento y duración del derecho al subsidio (artº 131)

En caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, se abonará desde el día siguiente al de la baja.

En caso de enfermedad común, o accidente no laboral, se abonará a partir del decimosexto día de la baja, estando a cargo del empresario el abono de la prestación al trabajador desde los días cuarto a decimoquinto, ambos inclusive.

- Extinción del derecho al subsidio (artº 131 bis)

El derecho al subsidio se extinguirá por el transcurso del plazo máximo de quinientos cuarenta y cinco días naturales desde la baja médica; por alta médica por curación o mejoría que permita al trabajador realizar su trabajo habitual; por ser dado de alta el trabajador con o sin declaración de incapacidad permanente; por el reconocimiento de la pensión de jubilación; por la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social; o por fallecimiento.

A efectos de duración de la baja, se computan los periodos en baja por el mismo o similar proceso que se produzcan en los 180 días siguientes a un alta.

Si se denegara expediente de incapacidad permanente, el INSS será el único competente para emitir, dentro de los 180 días siguientes a la denegación, una nueva baja médica por igual o similar proceso.

Extinguido el derecho a la prestación por el transcurso del plazo máximo, solo podrá generarse derecho a prestación económica por nueva baja por la misma o similar patología, si media un periodo superior a los 180 días.

No obstante lo dicho, cuando se trate de igual a similar patología y no hubiesen transcurrido 180 días, podrá iniciarse un nuevo proceso de incapacidad temporal, cuando el INSS considere que el trabajador puede recuperar su capacidad laboral. Para ello acordará la baja a los exclusivos efectos económicos.

El alta médica con propuesta de incapacidad permanente, extinguirá la incapacidad temporal.

LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y SU GESTIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD

Para conocer porqué la incapacidad temporal es una prestación gestionada y controlada por el sistema público de salud, debe hacerse un poco de historia, esto nos ayudará a comprender la razón de que una prestación de carácter económico se encuentre encajada en el sistema sanitario.

Los sistemas colectivos de salud vienen a surgir a finales del siglo XIX y como efecto colateral de movimientos sociales.

La inestabilidad social de finales del s. XIX, surgida por los fortísimos cambios sociales, laborales y sindicales que produce el proceso de industrialización, originó una respuesta del estado en un intento de mejorar las pésimas condiciones de trabajo de la mayor parte de la población industrial y frenar los fenómenos de desestabilización socio-política que dejaban traslucir.

Es a finales de ese siglo cuando surgen con fuerza las organizaciones sindicales con un fuerte componente reivindicativo, si no revolucionario, cuando se desarrollan las teorías políticas socialistas de carácter intervencionista –hasta ese momento el socialismo era de carácter utópico, sin intenciones de transformar la realidad- las anarquistas o las comunistas.

En este entorno de incertidumbre social, incluso prerrevolucionario en muchos países, en Alemania (1883) surge el primer seguro social, como instrumento que garantizara unas mejores condiciones de los trabajadores. Previamente a esto, en 1881, el Kaiser alemán dejaba intuir en un discurso la adopción de medidas sociales para frenar la influencia socialista en las masas trabajadoras; *“la superación de los males sociales no puede encontrarse exclusivamente por el camino de reprimir los excesos socialistas, sino mediante la búsqueda de fórmulas moderadas que permitan una mejora del bienestar de los trabajadores”* (nov, 1881).

Así, desde un gobierno conservador, pero dispuesto a introducir medidas que frenasen la influencia socialista y la inestabilidad social, se crean los primeros seguros sociales, el de enfermedad en 1883, el de accidentes de trabajo en 1884, invalidez y vejez en el 89 y el de supervivencia en 1911.

El seguro social opera como regulación protectora de un determinado evento (cada seguro protege uno), de forma obligatoria, donde participan en distinta proporción empresario y trabajador, y donde se generan unos fondos procedentes de cotizaciones que subvencionaran la necesidad en el momento en que surja.

Estos primeros seguros fueron el germen de los sistemas sanitarios públicos y de carácter colectivo; se protegían diversos riesgos de los trabajadores (la muerte, la viudedad, la maternidad, la jubilación...) y conllevaban la protección ante la enfermedad, surgiendo de ello un sistema sanitario que atendiera esta protección ante la enfermedad de los asalariados.

Uno de los eventos que acaban siendo protegidos por los seguros sociales, es la pérdida de la capacidad de trabajo –y por tanto de la capacidad de ganancia- debida a enfermedad, originando en este caso una prestación económica que supla la pérdida de esa capacidad de ganancia.

Los seguros sociales representaban coberturas parciales, por lo que al ir avanzando en el tipo y número de coberturas, la organización del sistema se fue complicando notablemente, por ello, se acaban agrupando todas estas protecciones parciales bajo lo que se acaba denominando la Seguridad Social, que reúne toda la normativa y todas las protecciones segmentarias.

Así la Seguridad Social, además de proteger de una serie de eventos de carácter laboral, de establecer una serie de prestaciones económicas ante riesgos concretos de los trabajadores –evitando la incertidumbre o la inseguridad- como la jubilación, la muerte, la viudedad, el accidente de trabajo, protege la salud del trabajador (seguro de enfermedad), convirtiéndose en si mismo en un sistema sanitario al crear una organización sanitaria para atender esa prestación. Eso sí, tan solo se protege a los trabajadores y sus familias, o beneficiarios en terminología de seg. soc.

Este es el origen de los sistemas sanitarios basados en la seguridad social, entre ellos se encuentra el de España. Se trata de sistemas donde el derecho a la protección sanitaria se obtiene en función de ostentar la condición de trabajador y cotizante.

En nuestro país los principales hitos de la evolución de la Seguridad Social son estos.

- 1883: Comisión de Reformas Sociales
- 1900: Seguro social de accidentes de trabajo
- 1908: Instituto Nacional de Previsión (INP)
- 1919: Seguro de retiro obrero
- 1923: Seguro obligatorio de maternidad
- 1931: Seguro de paro forzoso
- 1942: Seguro obligatorio de enfermedad (SOE)
- 1947: Seguro obligatorio de vejez e invalidez (SOVI)
- 1963: Ley de Bases de la Seguridad Social
- 1966: Ley General de Seguridad Social
- 1994: Texto refundido de la Ley General de Seguridad Social

La incapacidad temporal se encuentre recogida –como prestación- en la Ley General de Seguridad Social (LGSS), definiéndose y regulándose a través de la propia Ley y a través de cuantiosa normativa de menor rango que se emite posteriormente.

El sistema sanitario público en España, tiene su origen en un sistema de seguridad social, respondiendo por tanto a las características de este modelo, siendo la fundamental que el origen del derecho se vincula al hecho de ser trabajador cotizante y que la prestación de la asistencia sanitaria se realizaba a través de una estructura propia –y diferencia de la administración del estado- de la seguridad social.

Inicialmente este sistema sanitario estaba englobado junto al resto de prestaciones de la seguridad social (económicas y sociales) en una misma estructura, el INP. De forma que la seguridad social facilitaba y gestionaba prestaciones económicas, sociales, y sanitarias.

En los años 60 y 70 del pasado siglo se incrementa exponencialmente la población protegida por el sistema sanitario, y comienzan a surgir tensiones tanto en la prestación de los servicios como en la financiación y en la gestión del aparato sanitario, y la estructura sanitaria adquiere dimensiones muy notables. Se opta por diferenciar la organización y gestión de cada una de las prestaciones desde una estructura diferenciada. Así en el año 1978 se crean los Institutos que gestionaran cada una de las prestaciones, se crean el INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social), que gestionará las prestaciones económicas, el INSERSO (Instituto Nacional de Servicios Sociales) que gestiona las prestaciones sociales, y el INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) responsable de gestionar las prestaciones sanitarias.

Es precisamente en este paso organizativo y legislativo donde la única prestación de carácter económico que queda compartida entre dos Institutos, es la Incapacidad Temporal. Es una prestación económica, y por tanto es el INSS el responsable de abonar a los trabajadores en esta situación el subsidio económico, pero es una prestación de origen sanitario, debiendo ser un facultativo del INSALUD quien determine si la patología que presenta el asegurado le impide trabajar temporalmente.

De esta forma una prestación de carácter económico queda compartida por la estructura sanitaria y la económica. La primera decreta la situación, y la segunda abona el importe económico de la prestación.

Con la llegada de la democracia a España y la aprobación de la Constitución en 1978, se suscita el debate inevitable sobre el modelo de sistema sanitario que se quiere adoptar. Al declive del modelo de seguridad social, con cuantiosas y severas deficiencias, se une la orientación de una parte de los agentes sanitarios y políticos a desarrollar un sistema sanitario de carácter universalista, siguiendo la estela del NHS británico.

Finalmente, se acabó adoptando un modelo sanitario de tipo Servicio Nacional de Salud, adaptado a la singular estructura territorial que establecía la Constitución, basado en la descentralización de las competencias del Estado y su ejercicio por las Comunidades Autónomas, denominando al sistema sanitario en su conjunto como Sistema Nacional de Salud (SNS), y donde las prestadoras de servicios sanitarios son las Comunidades

Autónomas, siendo pues los Servicios de Salud, los regionales desarrollados en cada una de ellas.

El sistema cambia radicalmente en cuanto a su concepción y al origen del derecho a recibir asistencia sanitaria, con el SNS el derecho proviene de ser ciudadano del país y pagar impuestos, ya no se vincula al trabajo.

Bien es cierto que existen numerosas imperfecciones de tipo legal en el sistema sanitario adoptado, y que existen contradicciones en su desarrollo, pues si bien nominalmente el sistema es universalista (vinculado a impuesto y protegiendo a toda la población) en la práctica se continua vinculando al trabajo durante mucho tiempo –y aun se arrastra parcialmente este elemento contradictorio con la filosofía del sistema- e incluso financiado por cuotas de la seguridad social. Una vuelta atrás en este sentido han supuesto las modificaciones del RD 16/2012 (medidas de sostenibilidad del SNS), donde se vuelve a introducir el término “asegurado” para definir al protegido por el SNS.

Pero a efectos académicos nos encontramos con un sistema de carácter universalista, financiado por los presupuestos generales del estado y por ello vinculado a impuestos, abandonando por tanto la vinculación de la protección a la condición de trabajador.

Es en este paso de modelo sanitario público, desde una tipología de seguro social a otro de tipo SNS, donde se acaban mostrando con mayor virulencia las imperfecciones de la gestión en la IT.

Se trata de la única prestación del sistema de seguridad social, que subsiste encajada en el sistema sanitario al ser su origen el explicado. Pero una vez el sistema de salud se conforma como tal, al margen del sistema de seguridad social, que queda perfectamente diferenciado como sistema de protección social y no sanitario, la subsistencia de una prestación propia de seguridad social en el SNS crea unas condiciones adecuadas para que surjan disfunciones (15).

La interpretación que se viene a hacer de forma mayoritaria en el ámbito del SNS de la gestión de la IT, es darle predominancia al hecho sanitario (18), razón de ser de su pervivencia en el sistema de salud. Es decir los facultativos juzgarán fundamentalmente los aspectos clínicos y su relación con lo que supone la aplicación del concepto de atención integral en atención primaria –valorar conjuntamente el paciente en su entorno social, familiar y comunitario- para emitir un juicio de valor sobre la repercusión de su patología en su capacidad laboral (17).

Así, en resumen, la prestación de IT es de carácter económico pero decretada por una causa sanitaria, siendo el único evento proveniente del antiguo sistema sanitario de seguro social que pervive enmarcado en el actual SNS (1), siendo gestionado por los profesionales sanitarios del sistema público de salud que decretan su inicio y su extinción, pero donde se han introducido modificaciones legales que permiten interacciones, controles o actuaciones de profesionales exógenos al SNS.

Resumen de la normativa reformadora 1994 – 2014

Se recoge a continuación un resumen de la normativa legal dictada sobre la gestión y control de la Incapacidad Temporal, haciendo mención al concepto o elementos regulados o modificados por la norma.

Se recoge esta normativa desde el año 1994, en que se inicia la reforma profunda del control de la prestación, al permitirse por vez primera la entrada en el control de la prestación a las entidades pagadoras, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) y al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Ese es el punto de ruptura respecto a la gestión anterior, donde solamente los profesionales del sistema sanitario, derivado de un modelo de Seguridad Social primero y como SNS después, extendían y controlaban las bajas laborales (nos referimos siempre a la derivada de CC.CC.).

Se cita a continuación de la normativa reguladora –recogida de forma exhaustiva- otro conjunto de normas que tienen influencia indirecta en la gestión de la IT y de la salud laboral.

RESUMEN NORMATIVO

- Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio. Aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Modifica los artº. 128, 131 y 131 bis, sobre concepto, nacimiento y extinción de IT.

- Ley 42/1994, Ley de medidas fiscales, administrativas y de orden social.

Reduce el periodo máximo de baja laboral previo a la evaluación de la Incapacidad Permanente de 6 a 2,5 años.

Permite a las empresas cubrir la IT-CC en la Mutua que tuvieran para cobertura de CP.

Inicia la reforma profunda de la IT; responde al objetivo global de reducir los costes del sistema y en particular minorar el gasto de prestaciones económicas.

- Real Decreto 1300/1995 de 21 de julio. Desarrolla en materia de incapacidades laborales del sistema de Seguridad Social, la Ley 42/1994

Desarrolla la L 42/94.

Fija las competencias del INSS en materia de gestión y control de IT

- Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre.

Aprueba el Reglamento de colaboración de las Mutuas.

Regula la gestión de la prestación económica de la IT-CC

- Orden de 18/01/1996. Para la aplicación y desarrollo del RD 1300/1995 sobre incapacidades laborales del sistema de Seguridad Social.

Desarrolla el citado RD.

- Ley 13/1996 de 30 de diciembre. De medidas fiscales, administrativas y del orden social

Establece que la colaboración de las Mutuas en la gestión de la IT será objeto de desarrollo reglamentario.

- Real Decreto 575/1997 de 18 de abril. Regula determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.

Regula aspectos de gestión y control de la IT

- Real Decreto 576/1997 de 18 de abril. Modifica el Reglamento de colaboración de las Mutuas 1993/1995.

Modifica Reglamento de las Mutuas. Incluye que éstas pueden instar la actuación de la Inspección Médica en los mismos términos que las empresas. Establece que pasados 15 días desde la indicación de una prueba por los SRS, las Mutuas pueden llevarlas a cabo, a su cargo, con la autorización de la IM y el consentimiento del trabajador

- Orden de 19 de junio de 1997.

Desarrolla determinados aspectos del RD. 575/97 que modificaba aspectos de la gestión y control de la IT.

- Ley 66/1997 de 30 de diciembre. Ley de medidas fiscales, administrativas y del orden social.

- Convierte a las Mutuas en las únicas entidades competentes para gestionar la prestación de IT de autónomos. Respeta decisiones anteriores.

-Introduce en su artº 39, modificación en LGSS (artº 131.bis) permitiendo “sin perjuicio de las competencias que corresponden a los Servicios Públicos de Salud, que los médicos adscritos al INSS puedan expedir el correspondiente alta médica en el proceso de IT a los exclusivos efectos de las prestaciones económicas de la Seg. Soc.”

- Real Decreto 1117/1998 de 5 de junio.

Modifica el RD 575/97 sobre gestión y control de la IT. Desarrolla procedimiento de “alta a efectos económicos” (intención de alta)

- Orden de 18 septiembre 1998.

Modifica O. 19 junio/97 y RD 575/97. Define procedimientos y establecía nuevos modelos de partes.

- Real Decreto Ley 6/2000 de 23 de junio (artº 44). De medidas urgentes de intensificación de la competencia de mercados de bienes y servicios.

Establece la posibilidad de que los médicos de las Mutuas pudieran expedir altas médicas en procesos de IT-CC, así como poder proceder a la suspensión de la prestación.

Quedaba supeditada a ejercitarse “*en los términos que reglamentariamente se establezcan*”. No se ha realizado desarrollo reglamentario.

- Ley 24/2001 de 27 de diciembre. Ley de medidas fiscales, administrativas y de orden social (LMFAOS).

Reduce la cuantía de la prestación por IT en el supuesto de extinción de contrato (es igual que desempleo contributivo). Modificaba también el artº 222 de la LGSS; si durante el proceso de IT se extinguía el contrato, y el trabajador podía acceder a desempleo, se descontaba el periodo de percepción de la prestación por desempleo – como ya consumido- el tiempo percibido como IT. Limitaba la cuantía de las prestaciones de la IT a 2,5 veces el salario mínimo interprofesional.

Modifica el artº 131. bis. Establece el alta por incomparecencia injustificada a reconocimiento

- Real Decreto 1251/2001 de 16 de noviembre. Regula las prestaciones económicas del sistema de Seguridad Social por maternidad y riesgo durante el embarazo.

Reconoce como nuevas situaciones protegidas –independientes de la contingencia de IT- las derivadas de maternidad y del riesgo durante el embarazo.

- Ley 53/2002 de 30 de diciembre. LMFAOS.

Extiende la acción protectora por CP (riesgos profesionales) a los autónomos.

- Real Decreto Ley 2/2003. de 25 de abril. De medidas de reforma económica.

Amplia la protección de IT-CC para autónomos a partir del 4º día y del 1º para CP.

- Orden TAS 399/2004 de 12 de febrero. Sobre presentación en soporte informático de los partes médicos de baja, confirmación y alta correspondientes a procesos de incapacidad temporal.

Establece que las empresas incorporadas al sistema RED (remisión electrónica de datos) utilicen este sistema y remitan a la Mutua o entidad gestora las copias de los partes de baja y confirmación por dicho procedimiento informático.

- Real Decreto 428/2004 de 12 de marzo.

Modifica reglamento de las Mutuas y reconoce el derecho de éstas a determinar la contingencia de la que deriva la IT y el reconocimiento de la prestación económica, *“sin perjuicio del control sanitario de las altas y las bajas por los SPS en los términos y alcance establecido en el RD 575/1997”*

- Ley 30/2005 de 29 de diciembre. De presupuestos generales del estado para 2006.

Modifica artº 128 de LGSS. Estable que agotados los 12 meses, el INSS será el único competente para certificar alta, prórroga o propuesta de invalidez.

- Resolución de 16 de enero 2006. De la Secretaria de Estado de la Seguridad Social

Desarrolla precepto anterior, y establecía que las nuevas competencias del INSS sobre agotamiento 12 meses se asumirían solamente en 6 provincias

- Ley 40/2007 de 4 de diciembre. De medidas en materia de Seguridad Social.

Modifica algunos aspectos de la LGSS/texto refundido aprobado por RD Lg 1/1994. Modifica artº 128 y 131 bis. Establece duración de IT en 12 meses más 6 si se presume curación pero siendo INSS el único competente para reconocer esta prórroga (posibilidad de: prórroga, alta o inicio expediente Invalidez). Asimismo el INSS será el único competente para emitir nueva baja médica/IT cuando aquella se produzca en los seis meses siguientes a alta médica (revisión 12 m.) por similar patología.

Establece los mecanismos de oposición del paciente ante IM al alta por INSS.

Preveía se regulase el procedimiento de revisión de altas (por el INSS) a instancias del interesado, expedidas por Mutuas (CP)

- Real Decreto 1430/2009 de 11 de septiembre. Desarrolla la Ley 40/2007.
 - Comunicación informática por los SPS del cumplimiento del 12º mes en IT. Se comunica al interesado que la gestión de su situación corresponde a INSS (alta, prórroga, expediente invalidez). Cesa la emisión de partes de confirmación por SPS.
 - Procedimiento de disconformidad con alta médica emitida por entidades gestoras. Reitera procedimiento que puede seguir el interesado si disconformidad con resolución de INSS a los 12 m. Se presentará en 4 días ante IM del SPS
 - Procedimiento administrativo de revisión de altas médicas expedidas por Mutuas en procesos de CP. Establece el procedimiento de revisión de disconformidad al alta por el interesado: instar revisión por Mutua en 4 días más solicitud revisión por INSS; comunicarlo a empresa; suspensión de efectos; resolución de INSS en 15 días; no emisión de IT-CC por SPS o notificación a INSS de posible concurrencia de situaciones (CP-CC); determinación de contingencia por INSS si concurren CP-CC

- Ley 35/2010 de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo:
 - La IM podrá solicitar la remisión de los datos médicos necesarios para el ejercicio de sus competencias y que obren en poder las entidades gestoras de la Seg. Soc.
 - Las Mutuas asumirán a su cargo /.../ el coste originado por la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas a trabajadores en IT.
 - Durante el año de duración máxima de la baja, los médicos del INSS ejercerán las mismas competencias que la Inspección Médica de servicios sanitarios de los Servicios de Salud.
 - La Secretaría de Estado de la Seg. Soc., mediante Resolución, determinará la fecha desde la cual se asumirán estas funciones

- Resolución de 15 de noviembre 2010. Fija la fecha en la que determinadas Direcciones Provinciales de INSS asumen competencias de IT en Ley 35/2010.

Establece que los Médicos del INSS podrán dar altas laborales en IT desde el 26 nov/10 en toda España salvo en Cataluña, así como las nuevas bajas en los 180 días siguientes al alta. Establece que a partir de esta norma ya no procede que los Médicos de INSS realicen Propuestas ni Intenciones de alta.

- Real Decreto 625/2014 de 18 de julio, regula determinados aspectos de la gestión y control de proceso por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días.

- Se pondrán a disposición de los médicos a quien compete extender las bajas, tablas de duración óptima de los distintos procesos.

- Los partes de baja se extenderán en función del periodo de duración estimado del proceso. Se establecen cuatro grupos: inferior a 5 días, entre 5 y 30, de 31 a 60, y superior a 61 días.

- Podrán extender el alta (además de los facultativos del SNS), los médicos del INSS

- Las Mutuas podrán formular propuestas de alta al SNS, quien deberá responder en plazo de 5 días.

- De no darse respuesta a esta petición en los citados 5 días, las Mutuas podrán solicitar el alta laboral al INSS que deberá pronunciarse en 4 días.

- Las Mutuas e INSS podrán requerir a los trabajadores en baja para su control; en caso de no acudir a estos controles se suspenderá la prestación económica, primero cautelarmente, y de no justificarse la ausencia, definitivamente.

- Ley 35/2014 de 26 de diciembre. Modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación al régimen jurídico de las Mutuas.

- Las Mutuas gestionaran la prestación económica por IT derivada de contingencia común de los trabajadores y empresarios asociados.

- Podrán formular propuestas razonadas de alta a la Inspección Médica del Servicio Público de Salud (SPS), que deberá responder en 5 días.

- Si la Inspección Médica no contestase o desestimase el alta, las Mutuas podrán formular propuesta de alta dirigida al INSS, que deberá responder en 4 días.

- Las Mutuas podrán realizar actos de control y comprobación de las bajas médicas desde el primer día de la misma. La incomparecencia injustificada del trabajador será causa de extinción del derecho.

- Podrán realizar pruebas diagnósticas y tratamientos para evitar prolongación innecesaria de los procesos, previa autorización del médico del SPS y consentimiento informado del paciente.
- La realización de estas pruebas y tratamientos, en ningún caso dará lugar a dotación de recursos destinados a asistencia sanitaria
- Podrán celebrar acuerdos y convenios con las entidades gestoras de la Seg. Soc. o los SPS para la realización en los centros que gestionan de reconocimientos, pruebas, informes o tratamientos que aquellos les soliciten, fijándose la compensación económica que hayan de satisfacerse a las Mutuas por los servicios dispensados.

OTRA NORMATIVA

Otra normativa básica que debe ser tenida en cuenta en este ámbito, es la siguiente:

- Prevención de Riesgos Laborales

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre. De Prevención de Riesgos Laborales.
Vigilancia de la salud. Reconocimientos por larga ausencia.
- Real Decreto 39/1997 de 17 de enero. Reglamento de los Servicios de Prevención.
Colaboración de los Servicios de Prevención con el SNS

- Contingencias Profesionales

- Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre. Aprueba el nuevo cuadro de enfermedades profesionales y se establecen criterios para su notificación.
Comunicación de enfermedades que podrían ser calificadas como profesionales (por facultativos del SPS).

- Riesgo durante el embarazo

- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. Dispone el traslado de la trabajadora con riesgo (si no se puede eliminar éste) a otros sin riesgo o de no ser posible, el inicio de los trámites para obtener el subsidio por riesgo de embarazo.

- Ley 30/1999, de Conciliación de la vida laboral y familiar. Traspone Directiva europea que incide en este aspecto.
- Real Decreto 1251/2001. Regula las prestaciones económicas en maternidad y por riesgo en embarazo (75%).
- Real Decreto Legislativo 5/2002. Establece como infracción muy grave el incumplimiento de protección a las trabajadoras en periodos de embarazo.
- Ley 3/2007. de igualdad efectiva de hombre y mujeres. Elabora directrices sobre evaluación del riesgo; considera el riesgo de embarazo como contingencia profesional; hace recaer en Mutuas el reconocimiento y prestación, que se amplia al 100%.
- LGSS; artº 133 y 135 bis. Recoge la suspensión de contrato por riesgo en embarazo y considera la misma como derivada de contingencia profesional.
- Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, regula las prestaciones económicas por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.
- Real Decreto 298/2009. Modifica el RD 39/1997 (Reglamento de los SS de Prevención) incorporando a la legislación española las listas no exhaustivas de la Directiva Europea.

- Cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave

- Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para aplicación y desarrollo en el sistema de Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

- Subsidio reconocido a uno de los progenitores cuando ambos trabajen, por la reducción de la jornada de trabajo (mínimo 50 %) y en proporción a esa reducción, para el cuidado de menores a su cargo, que requieran ingreso hospitalario de larga duración por estar afectado de cáncer o enfermedad grave.

- Convenios de Colaboración sobre IT

El Ministerio de Empleo y Seguridad Social, viene firmando Convenios de colaboración con las diferentes Comunidades Autónomas/Consejerías de Sanidad para el control de la IT.

Actualmente se encuentra vigente el Convenio de colaboración para el periodo 2013-2016, formalizado con todas las Comunidades Autónomas, salvo con el País Vasco y Navarra.

Estos Convenios establecen una serie de actividades y objetivos sobre la IT, que caso de ser alcanzados generan una contraprestación económica para la Comunidad Autónoma.

En el caso de Castilla y León, el Convenio (3) establece para el año 2013, una cantidad máxima a percibir de 17.771.145,69 € en caso de alcanzarse los objetivos fijados, o bien la cifra proporcional si los objetivos son obtenidos parcialmente.

El Convenio establece unos actividades, asignándose el crédito (incentivo económico habilitado) en caso de su cumplimiento. El 60 % por cumplimiento de programa de actividades, y un 40 % por cumplimiento de objetivos de racionalización del gasto en IT.

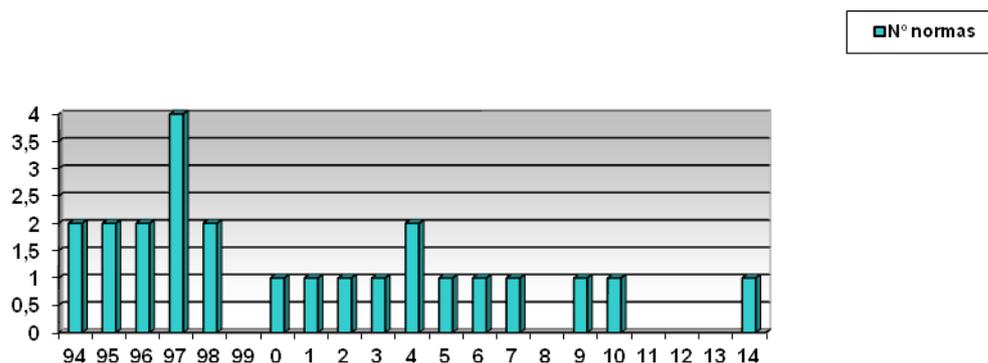
- Informe de Evaluación del Pacto de Toledo (aprobado por el Pleno del Congreso el 25 de enero de 2011):

Recomendación 10: aconseja profundizar aun más en los mecanismos de colaboración entre administraciones en la lucha contra el fraude, en este caso, el producido en la prestación de IT. Aconseja incrementar más los mecanismos de control y seguimiento de la IT.

Recomienda potenciar los mecanismos de colaboración, especialmente con los procesos de una duración inferior a los 15 días.

INTENSIDAD NORMATIVA

Se realiza a continuación esquema que permite visualizar más gráficamente la intensidad de la emisión de normativa sobre la incapacidad temporal a los largo del periodo 1994-2004.



4. Hipótesis

Como toda hipótesis, la idea previa surge del conocimiento empírico del ámbito estudiado y de la apreciación valorativa de los datos disponibles. De la experiencia acumulada a lo largo de años de desempeño laboral en este ámbito de trabajo, de numerosas lecturas de trabajos, estudios, opiniones y legislación al respecto.

En este terreno que se mueve la gestión de la incapacidad temporal, se suman además –como se repite en diversas ocasiones a lo largo del trabajo- aspectos no perfectamente medibles que se enmarcan en las vertientes política, de confrontación de intereses económicos, sociológico, de regulación laboral y de organización del trabajo. Solo por citar algunos de los más relevantes. En resumen, no es fácil determinar cuáles son las claves o las claves más sensibles que determinan los resultados en el campo de la gestión de las bajas laborales.

Como resumen de todos estos hechos, conocimientos, experiencia e interacciones entre los distintos campos de conocimiento que convergen en el manejo de una baja laboral, se establece la hipótesis de trabajo, de partida, de esta tesis doctoral.

La baja laboral si bien tiene como origen la sencilla definición de ser aquella situación en que una enfermedad impide el desempeño temporal del cometido laboral de un trabajador, está sometida a numerosas, casi incontables diríamos, fuerzas que determinan una gran imprevisibilidad de su comportamiento.

La primera fuerza que genera incertidumbre es el propio proceso patológico, pues la respuesta a la enfermedad de cada individuo, aun obedeciendo a patrones razonablemente conocidos, es finalmente impredecible. La atención médica establece en consonancia con esta imprevisibilidad, con esta incertidumbre consustancial a la respuesta del individuo ante la enfermedad, una relación no contractual, no sometida a resultados.

Toda relación de atención asistencial, incluida la que mediatiza las bajas laborales, está sometida a la Lex Artis, esto es a una obligación de medios, nunca de resultados. Nunca la asistencia sanitaria podrá asegurar un determinado resultado, de forma que solamente existe la obligación de poner a disposición del paciente y de su proceso clínico todos los medios materiales, de tiempo, de conocimientos a la altura del saber en cada momento, y de oportunidad en la atención a ese paciente concreto y con sus circunstancias y patología o pluripatología concretas.

En este marco doblemente complejo, al sumarse la incertidumbre clínica con las incertezas del entorno de la gestión de estas situaciones –donde como se ha dicho confluyen factores sociales, económicos, personales, legislativos, laborales... - es donde debemos establecer una hipótesis de trabajo.

Se ha venido a establecer una hipótesis que presenta dos facetas.

La primera es que la reforma legislativa iniciada en 1994, y fruto como se expone en el apartado anterior tanto del gasto elevado en IT como en la supuesta deficiente gestión de esta

prestación por los facultativos del sistema sanitario público y de la existencia de una amplia bolsa de fraude, no ha surtido efectos en este ámbito, como se pretendía en el origen de la reforma. Es decir no es la emisión de la prolífica normativa que renueva la gestión de la IT la que actúa sobre el comportamiento de sus resultados, ni produce resultados en evitar consumos inadecuados. El comportamiento de las bajas laborales evoluciona al margen de la legislación dictada, no siendo decisivo el cambio de modos de gestión.

La segunda faceta de la hipótesis, es que el comportamiento de las bajas laborales, el consumo de recursos por esta prestación –es decir su incidencia, prevalencia y duración, y en definitiva, el gasto final producido por el número de casos y su duración- está más vinculada a la población activa y en paro, que a la regulación normativa.

En resumen la hipótesis sostenida es:

Que las reformas normativas iniciadas en 1994 para disminuir el gasto desmesurado en IT y mejorar la gestión que realizaban los facultativos del sistema público de salud y disminuir el fraude o bajas inadecuadas, no han sido efectivas, manteniéndose el crecimiento del gasto en IT, oscilando al margen del proceso de reforma gestora, no controlándose el uso inadecuado de bajas y por tanto no mejorando su gestión.

Y como segunda parte de esta hipótesis, que la oscilación del consumo de IT, en definitiva del gasto en IT, está más vinculada a las oscilaciones de la población trabajadora, tanto activa como desempleada, que a la aparición de nuevas normas y formas de gestión de la misma.

OBJETIVOS GENERALES:

- Verificar la eficacia de la amplia batería de normas que modifican la gestión de la IT, contrastando, mediante la aproximación a tres aspectos concretos, si esta normativa ha logrado los objetivos que la impulsaron.
- Valorar si ha mejorado la gestión de las bajas laborales en el nuevo marco normativo.
- Disponer de elementos objetivos que ayuden a definir si la opción adoptada al trasladar una gran parte de la gestión de la IT a ámbitos no estrictamente sanitarios ha supuesto una mayor implicación de los facultativos del SPS en su gestión
- Ofrecer estudios sólidos que ayuden a adoptar decisiones en el campo de la salud laboral en lo referido a la gestión de la IT

5. Metodología

Al estar compuesta esta Tesis de tres estudios diferentes, cada uno de ellos ha seguido una metodología específica, descrita en el apartado correspondiente de cada uno de los estudios.

Se expone a continuación un esquema resumido de la metodología de cada uno de los tres estudios:

Evolución del gasto en I.T y su relación con la aparición normativa y la población activa y desempleada

Recopilación de datos sobre gasto y población activa/desempleada del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Nacional de Estadística.

Recopilación de la normativa emitida por el Ministerio de Trabajo acerca de la gestión de la IT.

Aplicación de metodología observacional y descriptiva para el análisis de la evolución directa del gasto.

Análisis estadístico mediante programa SPSS; análisis de correlación de Pearson, grado de significación bilateral y regresión lineal múltiple.

Análisis observacional del gráfico de cruzado de datos gasto-aparición normativa.

Estudio sobre la inclusión de bajas por contingencias profesionales en el marco de la IT por contingencia común

Análisis descriptivo de la situación: datos absolutos e indicadores sobre declaración de enfermedades profesionales (EP) a nivel europeo, nacional, autonómico y local. Análisis de la infradeclaración de EP. Análisis de casuística de las EP declaradas. Resumen normativo sobre contingencias profesionales.

Conocimiento de la dimensión de la inadecuación de casos a nivel local. Estudio muestral significativo ($P=0.05$) y con una precisión del 2,5 % para determinar el volumen de casos incluidos inadecuadamente como enfermedad común siendo patología profesional; referido únicamente a patología osteomuscular, a un año, y al Área de Salud de Salamanca

Diseño de Guía para toma de decisiones por el Médico de Atención Primaria en pacientes de baja laboral derivada de cardiopatía isquémica aguda y crónica

Conocimiento del volumen de casos susceptibles de serles aplicado un protocolo de estas características: explotación estadística de la base de datos del programa de gestión de IT de Sacyl (SagITario) a través del filtrado de casos mediante selección de grupos CIE-9 relativos a patología isquémica cardiaca.

Definición de grupos diagnósticos CIE-9/ cardiopatía y extracción del número de casos correspondiente a cada uno de ellos, así como su totalización.

Elaboración de un Protocolo-borrador que fue modificándose y simplificándose a través de reuniones de trabajo con otros autores del Protocolo Clínico de atención a cardiopatías, cardiólogos, facultativos de atención primaria y del área de urgencias e inspectora médico.

Aplicación de los principios de: sencillez, mínima extensión, aplicación de índices y valores más frecuentes y específicos del Servicio de Cardiología, comprensibilidad, resumen adaptado a los grados de clasificación de la insuficiencia cardiaca.

La aproximación metodológica al problema planteado, se ha realizado describiendo la intensa modificación normativa de la gestión de la IT que durante los últimos veinte años se ha realizado, así como de su contenido, y por otro lado analizando tres aspectos concretos de la gestión o de la evolución de la IT.

Uno de los trabajos concretos analiza la adecuada o inadecuada gestión que se hace –tras la reforma- en la inclusión como bajas laborales por CC.CC de patologías de origen.

Otro trabajo realiza una aproximación a la evolución del gasto en IT relacionándolo con la emisión de normativa y con la población trabajadora y en desempleo. Y ello con la finalidad de intentar verificar si las modificaciones normativas han tenido efecto sobre el gasto en IT y sobre la adecuada o inadecuada gestión de la misma.

El tercero es la confección de un método científico para encontrar el momento idóneo y sin riesgo para la salud, de proceder al alta en un grupo de pacientes especialmente sensibles, como es el de las cardiopatías isquémicas; es decir una aproximación a la excelencia de la gestión desde el establecimiento de un método definido para decidir el momento del alta.

En cada uno de los tres trabajos se recoge la metodología específica de los mismos con mayor amplitud que en este apartado.

6. Tres estudios sobre la Incapacidad Temporal

6.1. Evolución del gasto en I.T y su relación con la aparición normativa y la población activa y desempleada

	Pag.
1) RESUMEN	33
2) INTRODUCCIÓN	35
3) MATERIAL Y MÉTODO	41
4) RESULTADOS Y DISCUSIÓN. GRADO DE RELACIÓN	42
5) CONCLUSIONES	55
6) BIBLIOGRAFÍA	57

1) RESUMEN

Uno de los argumentos que impulsaron la reforma en la gestión de IT iniciado en 1994, fue el elevado gasto en esta prestación, así como sus difícilmente sostenibles tasas de crecimiento interanual, y ello provocado por el acceso indebido a la prestación de muchos trabajadores – existencia de fraude- como por la inadecuada gestión de la IT por parte de los facultativos del sistema sanitario público.

En este contexto, se analiza la evolución del gasto en la prestación de IT, desde el año 1984, incluyendo así los periodos anuales donde este gasto creció de forma espectacular y dio origen a dicha reforma.

Se analiza en este estudio una tríada de elementos: la propia evolución del gasto así como sus variaciones interanuales, la población trabajadora, tanto ocupada como desempleada, y la aparición de la normativa reguladora de IT así como su puesta en relación con la evolución del gasto.

Se trata en definitiva de relacionar el gasto en la prestación –su evolución- con factores que presuponemos que pueden tener incidencia en el mismo: la evolución de la población trabajadora (ocupada y desocupada), y el dictado de normativo que modifica la gestión de IT en un intento de reconducirla.

El trabajo describe la evolución del gasto en bajas laborales de origen común, así como el contexto en que se produce, recogiendo los factores que se consideran y se consideraban en la época en que se inicia la reforma de gestión, como causas o concausas de la negativa evolución del consumo de IT. Se efectúa una aproximación a los factores determinantes de la IT, y de entre ellos, se centra el estudio en los dos elementos determinantes citados: la población trabajadora como explicación de la evolución del gasto, y la emisión de normativa que reformando la gestión, reconduzca el gasto final.

Se ha venido sosteniendo por gran parte de los gestores y estudiosos de esta prestación, que uno de los factores clave y que justificaban su evolución incremental, era el paro, la evolución de la población desempleada, ligando el crecimiento del gasto al crecimiento del desempleo.

Los datos expuestos provienen de los organismos oficiales encargados de la prestación o de la recogida de la evolución de la población trabajadora: INSS e INE, aunque se aplican algunos de criterios para su tratamiento y elaboración en su exposición.

Tras una exposición de los datos de gasto y población, su variación interanual y su valoración como datos absolutos, se realiza un análisis estadístico valorando su grado de relación mediante la aplicación de la Correlación de Pearson, su grado de significación y regresión lineal múltiple. Por último se realiza una correlación gráfica entre la evolución del gasto y los principales hitos legislativos, para apreciar si la aparición de normativa refleja resultados en su evolución.

Como resultado final se obtiene que aunque aparentemente la evolución observacional del gasto se correlaciona directamente con la población ocupada –creciendo el gasto cuando esta crece y disminuyendo cuando esta lo hace-, e indirectamente con la población desocupada –creciendo el gasto cuando los desempleados disminuyen, disminuyendo aquel cuando el paro crece-, el análisis estadístico tan solo establece relación directa entre el gasto y la población trabajadora, no siendo significativa esta relación con la población en desempleo.

Asimismo el análisis observacional de gasto e hitos legislativos, no evidencia relación entre la evolución del gasto y la aparición normativa, que no parece modificar las tendencias –fueran estas ascendentes o descendentes- del gasto.

2) INTRODUCCIÓN

Las reformas legislativas iniciadas en el año 1994 sobre la gestión de la IT (ILT en aquellos momentos) partían de dos hechos básicos:

- El elevado gasto en la prestación de IT, pero especialmente en el elevado incremento interanual (ver tablas) (2).
- La existencia de una gran bolsa de fraude en esta prestación (1,4,12).

El incremento del gasto en IT es un hecho objetivo, y puede observarse en las tablas más abajo recogidas.

Efectivamente el gasto en bajas laborales crecía y a unos ritmos difícilmente asumibles. Baste citar que en los años 1989 a 1992 el incremento medio interanual fue del 18.8 %, con un pico de incremento del 91 al 90 del 22,8 %, siempre hablando de Contingencias Comunes. Un incremento de gasto difícilmente soportable a medio plazo.

Así pues este incremento de gasto, es innegable. Se analice desde la perspectiva que se analice.

Ni la población asegurada crecía a ese ritmo, ni el PIB, ni el gasto total de la Seguridad lo hacía a ese nivel.

El incremento de la población activa, para esos mismos años 89 a 92, fue de una media anual del 1.5 % (2). El incremento del PIB también para esos cuatro años, fue de una media anual del 3% (2), y el incremento de los presupuestos de la Seguridad Social para el mismo periodo, fue negativo, un - 1.49 % de media anual (2).

La existencia de fraude en la prestación, fue uno de los argumentos reiterativos que se manejaron –y aun se manejan- singularmente por responsables políticos, responsables del Ministerio de Trabajo y representantes de MATEPSS (Mutuas de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social).

En las manifestaciones públicas de los responsables de los años 90, 00 e incluso en la actualidad, es una constante el recurso a la existencia de una bolsa de fraude en la prestación de IT (9, 10). Queda bien reflejada esta idea y el concepto de “fraude” manejado, en declaraciones del Ministro de Trabajo en el año 2004 (4): *“Se ha creado una unidad específica de lucha contra el fraude en las bajas labores y se ha firmado un acuerdo con las Mutuas con el mismo objetivo, tras comprobar que más de 20.000 supuestos enfermos que permanecían en sus casas por IT se dan de alta cada año solo con la llamada del INSS citándoles a revisión”*

Estas declaraciones centran el concepto que se tiene de “fraude”. No se distingue entre fraude (falsear una situación para obtener un beneficio o una prestación), alargamiento indebido de una situación, rentismo, control inadecuado por la administración, o alargamientos de prestación por terceras causas como listas de espera, por citar solo algunas de las causas que podrían explicar un consumo inadecuado de recursos en esta prestación.

Se viene empleando así el término “fraude” en un sentido impropio, e incluso semánticamente incorrecto.

Pero existe aun otra vertiente del análisis del concepto de “fraude” que emplea la administración del estado para justificar una modificación en la legislación para gestionar la IT

o la adopción de medidas cada vez más reguladoras e intervencionistas. Y es que no se ha llegado nunca a cuantificar el citado “fraude”.

La administración ha elaborado numerosos planes de actuación dentro de la denominada “lucha contra el fraude”, donde se incluye sistemáticamente como uno de los apartados, la lucha contra el fraude en la IT. Pero finalmente no se llega a cuantificar la extensión del tan reiterado “fraude”.

Uno de los documentos más exhaustivos al respecto, y donde se hace una reflexión con perspectiva histórica del control de lo que formalmente se vienen a llamar “medidas racionalizadoras de la gestión de IT” es el documento de la Agencia de Evaluación y Calidad del Ministerio de la Presidencia “Evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal” (6). Solamente la reproducción de algunas consideraciones/conclusiones de este amplio estudio ayuda a centrar lo que de forma poco rigurosa se denomina “fraude”.

El apartado 4.4.1. se dedica a “*Los usos indebidos de la ITCC y el fraude en la prestación*”. Una síntesis de su contenido es el siguiente:

- El texto centra ya su análisis en el “uso indebido” no el “fraude”
- La IT ha sido refugio no solo de las bajas por enfermedad, sino de dificultades que para la actividad laboral representaban las cargas familiares, o de la inexistencia o debilidad de protección de otros institutos protectores del Estado del Bienestar.
- Las evidencias indican que se producen usos indebidos de la IT, lo que no es tan obvio, es cuantificarlos.
- En la cuantificación del fraude se diferencian dos circunstancias: las altas previas a la realización del reconocimiento (por el INSS), y las incomparecencias a los reconocimientos.
- En cuanto a las altas previas a reconocimiento (en torno al 20 % de las citaciones), su equivalencia con respecto a situaciones de fraude, debe ser matizada. Si bien dichas altas denotan la posible existencia de bolsas de fraude, también el trabajador puede estar de alta antes de recibir la notificación, o podría haber inducción al presentismo (incorporación al empleo aun cuando subsistan criterios objetivos de baja).
- En cuanto a la incomparecencia, de porcentaje muy reducido (un 0,13 %) suelen ser debidas a problemas de localización y notificación del trabajador, y en ocasiones se ha detectado que se pretende hacer un control sobre procesos ya extinguidos.
- Desde el ámbito académico, si bien la preocupación por el posible fraude ha sido una constante, son escaso los trabajos que cuantifican dicho fraude o uso indebido de la prestación. En este sentido diversos estudios consideran en torno al 20 % los procesos que tienen un exceso de duración, generándose un 30 % de incremento global de días de baja; o que en torno a un tercio de las bajas no requerirían reposo o bien se prolongan innecesariamente.
- Esta circunstancia (alargamiento indebido) debe ser matizada, por cuanto los alargamientos de duración de IT vienen motivados no solo por el comportamiento del paciente, sino también por las demoras en la atención por el SPS (tiempos de espera, realización de pruebas, interconsultas...)
- Atendiendo a la percepción de los distintos actores sobre en qué medida existen usos indebidos, y tras encuesta en los Servicios de Salud (2005) se obtuvieron los siguientes resultados:
 - Se recurría a la IT para solucionar problemas personales, sociales o laborales (cuidado de enfermos, ancianos, acoso laboral, desempleo...)
 - No hay una percepción social de fraude por la utilización excesiva de la IT
 - El fraude se concentra en el alargamiento de las bajas por un lado y por el uso abusivo de bajas de corta duración por otro.

- La población general tenía una percepción de que es muy frecuente recurrir a la IT sin estar impedido para trabajar, citándose causas para ello tanto de ocio, “vaguería”, falta de ética, como otras relativas a conciliación familiar, estrés, ansiedad, depresión, y problemas ligados a la situación laboral.

En resumen pueden extraerse varias conclusiones:

- Se emplea sistemáticamente el término “fraude”, pero en un sentido impropio.

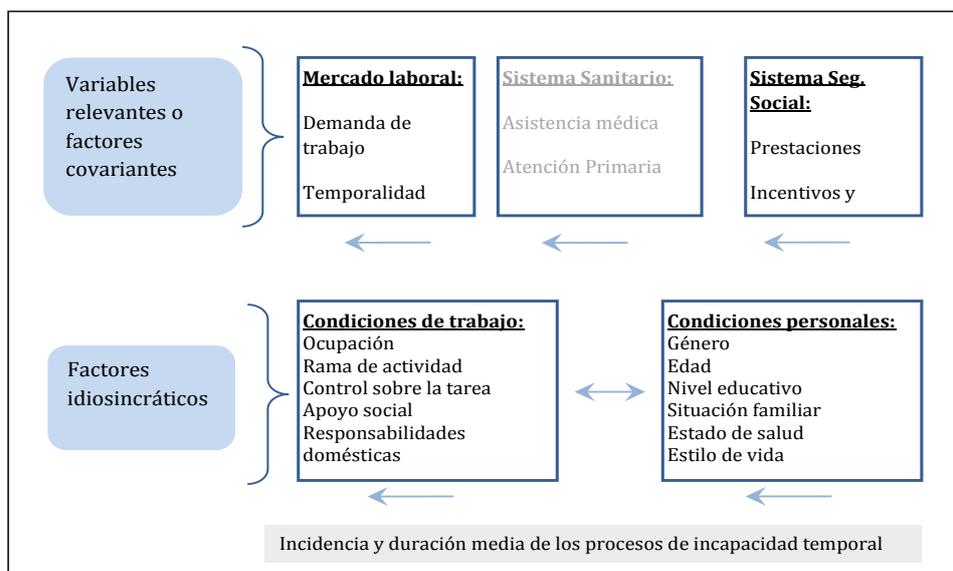
Por una parte se equipara “fraude” a la inasistencia de los asegurados en baja a las citaciones del INSS (por incomparecencia o por alta previa), que el mismo estudio acaba reconociendo que existen amplias razones para justificar estos resultados y por tanto se contradice finalmente al no considerarlos fraude.

En otro sentido equipara el concepto de fraude a “alargamiento indebido” de las bajas, para a continuación también reconocer que en gran número de casos estos alargamientos son debidos a las demoras existentes en SPS para intervenciones, consultas y pruebas.

- Que no se viene a facilitar ningún dato concreto y concluyente sobre la extensión del presunto fraude, tan solo se llegan a cuantificar las altas tras citaciones (20 %) o las inasistencias (0,13 %) –que en ningún caso pueden ser calificadas, no ya de fraude sino ni siquiera de indebidas-, se recogen las “estimaciones” de estudios académicos (consideran que un 20 % de los procesos tienen exceso de duración), o se refleja la percepción de profesionales y población (recogen impresiones, sensaciones, opiniones, no datos absolutos) tras encuestas de opinión.

- En estas impresiones, procedentes de la sensación social existente, o de la experiencia de los profesionales, resaltan dos circunstancias que se presume originan bajas laborales no perfectamente justificadas: situaciones de necesidad familiar (cuidado de enfermos o ancianos) y de distorsiones laborales (estrés, acoso, desempleo...).

Retomando el análisis de factores que pueden tener incidencia en la producción y mantenimiento de las bajas laborales, especialmente en aquel segmento que pudiera clasificarse como de inadecuado, otros análisis, más academicistas, definen los siguientes (3):



FACTORES DETERMINANTES DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

En lo que viene al caso de este análisis, queremos resaltar, que una vez más el factor mercado laboral, y en concreto “demanda de trabajo” presenta una fuerte influencia –desde el punto de vista de todos los analistas que se acercan a este problema- sobre la incidencia y duración de las bajas laborales.

Y por citar un tercer análisis, quizás el estudio más amplio y representativo existente en nuestro país hasta el momento, *“El control del gasto público por incapacidad temporal mediante redes neuronales”* (7), donde se vuelve a contemplar la vinculación laboral –o su ausencia en forma de desempleo- como uno de los factores que inciden en la IT, coincidiendo en ello con autores anteriores, pero no abordando específicamente en el amplísimo estudio que realizan la relación entre desempleo y bajas laborales.

Este estudio –La IT, análisis económico de su incidencia y duración- se centra como su título indica en relacionar incidencia y duración con múltiples factores, laborales, sexo, tipos de empresa, Comunidades Autónomas... e intentando establecer finalmente modelos predictivos de comportamiento (estimaciones econométricas sobre incidencia y reincidencia).

Pues bien, dentro de estos análisis, además de consideraciones sobre el desempleo como factor de incidencia antes citado, hace solo una referencia indicando que las empresas organizadas como personas físicas y otros tipos no identificados –donde se incluye a los desempleados- tienen más probabilidad de presentar solo una incidencia frente a las demás organizaciones que tienden a aumentar la probabilidad de que sus trabajadores tengan mayores ocurrencias de IT. Es decir sostienen que los desempleados presentan un menor número de episodios de IT que otros grupos de trabajadores (7).

En definitiva, de lo indicado hasta aquí, se desprende que se han realizado afirmaciones –como la existencia de gran nivel de fraude en la prestación de IT- para justificar la introducción de nuevas medidas de gestión, sin que finalmente ningún estudio pueda concluir como se concreta dicho fraude. Más bien, cuando se realizan aproximaciones más científicas o académicas que políticas, se acaba hablando de IT inadecuada o de alargamiento de la prestación, conceptos que efectivamente se ajustan mucho más a la compleja realidad de cómo se produce la IT.

Tampoco los estudios son concluyentes en cuanto a los motivos que explican la incidencia, prevalencia y duración de las bajas laborales, realizándose múltiples aproximaciones en torno a diversos factores, pero sin resultados concluyentes. O visto desde otro punto de vista, se lleva a la convicción de que la IT está condicionada por factores difícilmente medibles y controlables, al participar en esta prestación, la enfermedad –ya de por sí un hecho variable de una persona a otra- el trabajo desempeñado y las variadísimas circunstancias que rodean a cada trabajador o grupo de trabajadores, los facultativos que la gestionan y donde también aparece variabilidad en función de múltiples aspectos: edad, formación, tiempo de desempeño (7).

Es decir en esta prestación los enfoques científicos están condicionados o minimizados por la existencia de múltiples circunstancias de carácter social o sociológico, que junto al origen de la prestación donde confluyen aspectos sanitarios y económicos, la hacen difícilmente analizable, difícilmente predecible y en consecuencia, se viene a carecer de resultados objetivos que ayuden a tomar decisiones basadas en datos incuestionables.

Una última muestra más de esto que se cita, la difícil predictibilidad de la prestación, es el intento de aproximación más riguroso realizado en este sentido (7). Partiendo de que el control de la prestación se realiza a posteriori, y que esto ha venido significando unos logros muy limitados, se propone un modelo de gestión de IT con el fin de disminuir de forma racional el coste de la prestación de IT no justificada.

Se propone el uso de una herramienta flexible, las redes neuronales artificiales (RNAs), que permiten predecir la duración de la baja para cada afiliado activo en función de diversas variables –además de la enfermedad- que también influyen en el tiempo de baja, pero que no tienen en cuenta los métodos actuales.

Este estudio pretendía a partir de complejos modelos matemáticos y de inteligencia artificial, primero conocer la situación de la IT, sus características de duración, prolongación de bajas según edad, regímenes, patologías... aplicando finalmente un método predictivo para identificar aquellas bajas cuya duración, no solo se desviara de los parámetros –duración estándar- definida, sino que además presentasen otras circunstancias que orientaban a que sobre estos casos era más rentable la actuación de control, la actuación inspectora.

Al margen de los resultados en sí, nos interesa centrarnos, en el hecho de que una vez analizada la duración de la baja por asegurado (DBA), encuentran que esta presenta un crecimiento continuo a partir de los 23 años, y –una vez más- se recurre a una explicación que los autores califican de económica, y el autor del presente trabajo define como sociológica por la pluralidad de causas que influyen en el resultado final, y además no medibles por no bien conocidas. Los autores entienden que ese alargamiento tiene una explicación económica, cual es que en los primeros años laborales del trabajador, normalmente contratado mediante algunos de los diferentes contratos temporales, el empleado trate por todos los medios de que el empleador perciba su *alta disposición a trabajar* con el fin de ser renovado y pasar a un contrato indefinido.

En definitiva, a pesar de que podamos obtener resultados relativamente científicos en este marco de la gestión de la IT, finalmente cualquier autor, deba acabar recurriendo a la interpretación de los hechos a través de ciencias no exactas, como la economía, el estudio social, la sociología o la psicología.

En este contexto, se plantea en este trabajo realizar un análisis entre el gasto habido en la prestación de IT y variables que se han venido manejando a lo largo de las consideraciones anteriores, como son la población activa y la población desocupada. Se pondrá asimismo en relación el gasto con la tasa de paro, que no deja de ser una correlación entre población ocupada/desocupada.

Se trata de analizar y conocer si la evolución de la población activa y la evolución de la población desocupada, se correlacionan directamente con la evolución del gasto en incapacidad temporal, pudiendo ser estos factores predictivos del comportamiento del gasto. Tradicionalmente se ha venido señalando que la IT es refugio para dar cobertura a necesidades sociales, sociosanitarias o sociolaborales no bien cubiertas por la legislación específica. Y se citan como ejemplos señalados de esto, el cuidado de niños o ancianos enfermos, o el desempleo.

Tanto se ha insistido en esta interrelación, que para el primer caso –cuidado de enfermos ancianos o niños- se acabó generando por el legislador norma específica que facilita el cuidado

a padres trabajadores de hijos con cáncer o enfermedades graves (13), recibiendo un subsidio del 100% de su base reguladora y equiparando la protección a la contingencia profesional.

En cuanto a la relación de la IT, del gasto en IT, con el desempleo, o con el empleo, existen referencias numerosas pero no aproximaciones más rigurosas basadas en análisis científico.

La gran mayoría de los estudiosos –como se ha señalado anteriormente- se inclinan por una relación positiva, esto es, un incremento del paro (o un decremento de la población activa) supondría un incremento de la IT y del gasto en la prestación (6,8).

Solo algún estudio cita indirectamente una relación inversa, y no de forma explícita; donde se viene a decir que los desempleados presentan un menor número de episodios de baja (7).

Por todo ello se ha querido hacer en este trabajo una aproximación a estos dos valores y su interrelación: el gasto en prestación de IT y la evolución de la población ocupada (y en sentido contrario, desocupada) para ver si existe relación directa en la evolución de las dos variables.

3) MATERIAL Y MÉTODO

Se han utilizado datos provenientes del Ministerio de Trabajo, más en concreto del Instituto Nacional de la Seguridad Social en lo relativo al gasto habido en la prestación de IT ⁽¹¹⁾.

En cuanto a la población activa y en desempleo, se han recogido los datos oficiales facilitados en sus estadísticas anuales por el INE ⁽⁵⁾ (Instituto Nacional de Estadística).

La intensidad y ritmo normativo se define por la recopilación de normas reguladoras de la IT, fundamental dictadas por la entidad responsable, el Ministerio de Trabajo.

El método de análisis de estos datos ha sido doble, por un lado observacional y descriptivo, así se define la evolución directa tanto del gasto en IT como de la población activa/desempleada y las consideraciones de su evolución interanual directa.

Para completar este análisis y someterlo a un análisis de consistencia, buscando que lo que podrían parecer relaciones de causalidad evidentes, fueran refrendadas por una evaluación científica, se realizó análisis estadístico mediante el programa SPSS, verificando correlación de Pearson, grado de significación bilateral y regresión lineal múltiple.

El análisis de la evolución del gasto en IT y su relación con la aparición de normativa, se realizó mediante cruzado de gráfico anualizado de evolución del gasto y representación gráfica de los hitos legislativos, completado con un análisis observacional.

4) RESULTADOS Y DISCUSIÓN. GRADO DE RELACIÓN

Se recogen a continuación los valores para las diversas variables.

Si bien la relación que se quiere analizar es la existente entre el gasto total por Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes (11) y la población activa, dado que la aproximación a la población activa puede hacerse de forma positiva (población ocupada) o negativa (población desocupada, tasa de paro), se recogen también estas variables en cuanto a la población trabajadora (5).

Se recogen los valores de población ocupada, en desempleo y tasa de paro correspondiente al segundo trimestre de cada año referido.

En la Tabla 1 se recogen los valores absolutos para las variables referidas.

En la Tabla 2 se recogen además de los valores absolutos, las variaciones porcentuales interanuales. El porcentaje expresa la variación del año correspondiente sobre el anterior.

Se expresan en color rojo las variaciones positivas (aumento) y en azul las negativas (disminución)

Tabla 1. Datos absolutos de gasto en IT, Población Ocupada, en desempleo y tasa de paro.

Año	Gasto en IT / CC.CC. (*)	Población Ocupada (**)	Población en desempleo (**)	Tasa de Paro
1984	1.159,61	11.119,30	2.722,60	19.67
1985	1.222,19	10.949,20	3.003,70	21.53
1986	1.301,44	11.151,00	2.968,50	21.02
1987	1.392,42	11.690,30	2.959,70	20.20
1988	1.518,47	12.110,30	2.954,70	19.61
1989	1.796,59	12.571,00	2.623,00	17.26
1990	2.151,75	12.906,80	2.503,60	16.25
1991	2.641,60	13.067,60	2.466,80	15.88
1992	3.018,60	12.893,30	2.775,70	17.71
1993	2.990,12	12.323,60	3.510,20	22.17
1994	3.022,40	12.186,10	3.895,50	24.22
1995	2.976,58	12.494,80	3.668,10	22.70
1996	3.084,63	12.787,10	3.641,90	22.17
1997	2.858,27	13.275,50	3.469,90	20.72
1998	2.654,73	13.814,20	3.177,00	18.70
1999	2.739,24	14.626,40	2.661,90	15.40
2000	3.105,45	15.440,20	2.459,60	13.74
2001	3.534,20	16.076,30	1.855,80	10.35
2002	3.970,82	16.597,20	2.092,60	11.20
2003	4.338,22	17.241,10	2.191,20	11.28
2004	4.971,68	17.865,80	2.227,20	11.08
2005	5.490,22	18.894,90	1.994,70	9.33
2006	5.870,39	19.693,10	1.837,00	8.53
2007	6.187,87	20.367,30	1.760,00	7.95
2008	6.467,51	20.425,10	2.381,50	10.44
2009	6.257,55	18.945,00	4.137,50	17.92
2010	5.878,48	18.476,90	4.645,50	20.09
2011	5.456,26	18.303,00	4.833,70	20.89
2012	5.076,15	17.417,30	5.693,10	24.63
2013	5.095,37	16.783,80	5.977,50	26.26
2014	4.110,02	17.353,00	5.623,00	24.47

Elaboración propia con datos de INSS e INE.

(*)- Gasto expresado en millones de Euros

(**)- Población expresada en miles.

Tabla 2. Valores absolutos y porcentajes de variación interanual de gasto en IT, población ocupada, desocupada y tasa de paro.

Año	Gasto en IT / CC.CC. (*)	Dif. %	Población Ocupada (**)	Dif. %	Población en desempleo (**)	Dif. %	Tasa de Paro	Dif. %
1984	1.159,61	0.4 %	11.119,30	- 2.6 %	2.722,60	17.4 %	19.67	16.5 %
1985	1.222,19	5,40%	10.949,20	- 1.5 %	3.003,70	10.3 %	21.53	9.5 %
1986	1.301,44	6,50%	11.151,00	1.8 %	2.968,50	- 1.2 %	21.02	- 2.4 %
1987	1.392,42	6,90%	11.690,30	4.8 %	2.959,70	- 0.3 %	20.20	- 3.9 %
1988	1.518,47	9,00%	12.110,30	3.5 %	2.954,70	- 0.2 %	19.61	- 2.9 %
1989	1.796,59	18,30%	12.571,00	3.8 %	2.623,00	- 11.2 %	17.26	- 11.9 %
1990	2.151,75	19,80%	12.906,80	2.6 %	2.503,60	- 4.5 %	16.25	- 5.8 %
1991	2.641,60	22,80%	13.067,60	1.2 %	2.466,80	- 1.5 %	15.88	- 2.3 %
1992	3.018,60	14,30%	12.893,30	- 1.3 %	2.775,70	12.5 %	17.71	11.5 %
1993	2.990,12	-0,90%	12.323,60	- 4.4 %	3.510,20	26.4 %	22.17	25.2 %
1994	3.022,40	1,10%	12.186,10	- 1.1 %	3.895,50	10.9 %	24.22	9.2 %
1995	2.976,58	-1,50%	12.494,80	2.5 %	3.668,10	- 5.8 %	22.70	- 6.3 %
1996	3.084,63	3.6 %	12.787,10	2.3 %	3.641,90	- 0.7 %	22.17	- 2.3 %
1997	2.858,27	-7,30%	13.275,50	3.8 %	3.469,90	- 4.7 %	20.72	- 6.5 %
1998	2.654,73	-7,10%	13.814,20	4.1 %	3.177,00	- 8.4 %	18.70	- 9.7 %
1999	2.739,24	3,20%	14.626,40	5.9 %	2.661,90	- 16.2 %	15.40	- 17.6 %
2000	3.105,45	13,40%	15.440,20	5.5 %	2.459,60	- 7.6 %	13.74	- 10.8 %
2001	3.534,20	13,80%	16.076,30	4.1 %	1.855,80	- 24.5 %	10.35	- 24.7 %
2002	3.970,82	12,30%	16.597,20	3.2 %	2.092,60	12.7 %	11.20	8.2 %
2003	4.338,22	9,20%	17.241,10	3.9 %	2.191,20	4.7 %	11.28	0.7 %
2004	4.971,68	14,60%	17.865,80	3.6 %	2.227,20	1.6 %	11.08	- 1.8 %
2005	5.490,22	10,40%	18.894,90	5.8 %	1.994,70	- 10.4 %	9.33	- 15.8 %
2006	5.870,39	6,90%	19.693,10	4.2 %	1.837,00	- 7.9 %	8.53	- 8.6 %
2007	6.187,87	5,40%	20.367,30	3.4 %	1.760,00	- 4.2 %	7.95	- 6.8 %
2008	6.467,51	4,50%	20.425,10	0.3 %	2.381,50	35.3 %	10.44	31.3 %
2009	6.257,55	-3,20%	18.945,00	- 9.4 %	4.137,50	73.7 %	17.92	71.6 %
2010	5.878,48	-6,10%	18.476,90	- 2.5 %	4.645,50	12.3 %	20.09	12.1 %
2011	5.456,26	-7,20%	18.303,00	- 0.9 %	4.833,70	4.1 %	20.89	3.9 %
2012	5.076,15	-6,90%	17.417,30	- 4.8 %	5.693,10	17.8 %	24.63	17.9 %
2013	5.095,37	0,40%	16.783,80	- 3.6 %	5.977,50	4.9 %	26.26	6.6 %
2014	4.110,02	-19,30%	17.353,00	3.3 %	5.623,00	- 5.9 %	24.47	- 6.8 %

Elaboración propia

(*)- Gasto expresado en millones de Euros

(**)- Población expresada en miles.

Los valores recogidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS, aplicando la Correlación de Pearson, grado de significación bilateral y regresión lineal múltiple.

Se recogen asimismo representaciones gráficas de evolución y comparativas.

Para su interpretación, se señalan a continuación los valores o rangos de valores de cada módulo aplicado:

- Correlación de Pearson: De 0,4 a 0,7, (ó de -0,4 a -0,7): neutro no hay correlación
Mayor de 0,7 (ó menor de -0,7): fuerte correlación
Mayor de 0,9 (ó menor de -0,9): muy fuerte correlación

- Significación: Inferior a 0.05: significativa
Inferior a 0.02: muy significativa
Superior a 0.05: no significativa

- Regresión lineal múltiple: Se obtiene una cifra porcentual que explica sobre base 100, la relación entre dos valores.



Gráfico 1. Evolución interanual del gasto en incapacidad temporal (1984-2014)

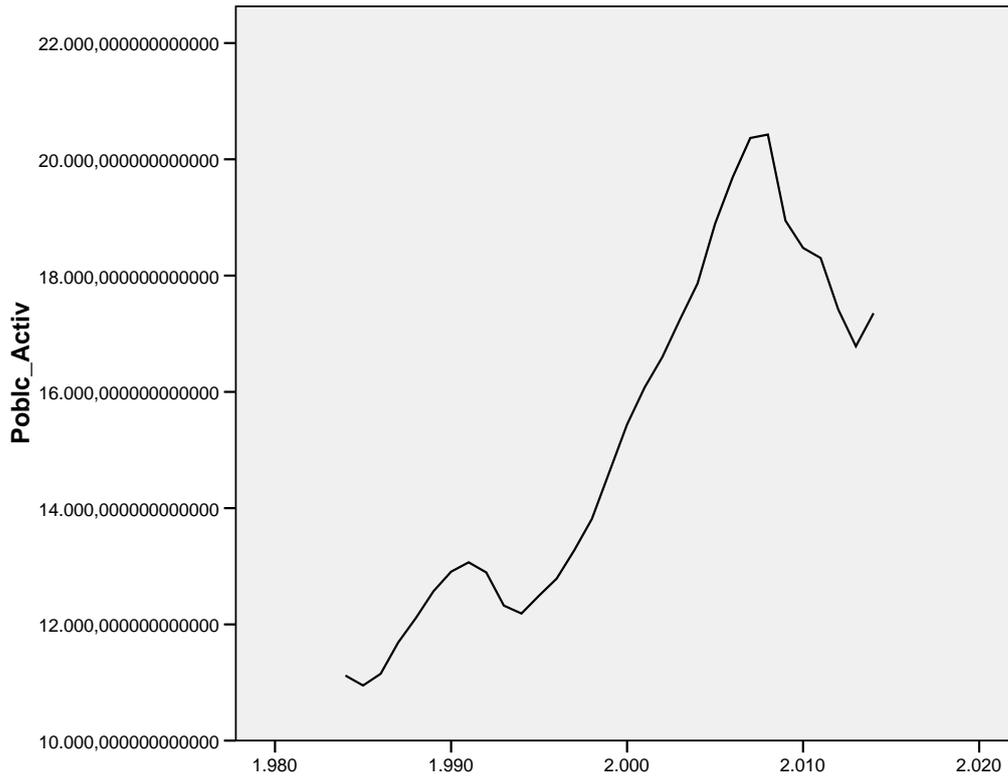


Gráfico 2. Evolución interanual de la población ocupada (1984- 2014)

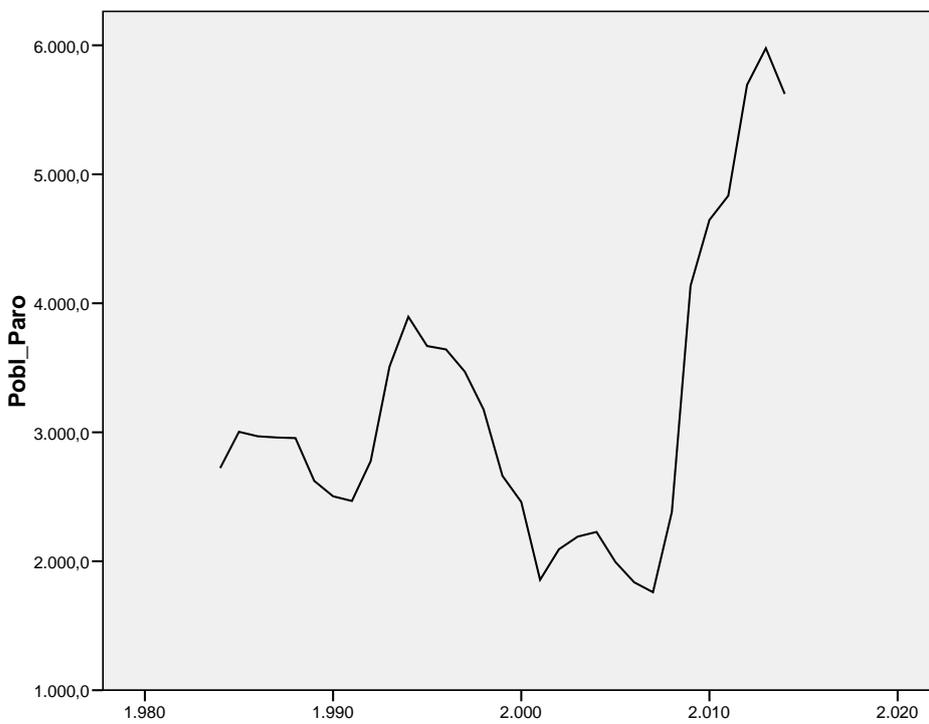


Gráfico 3: Población en paro (1984-2014).

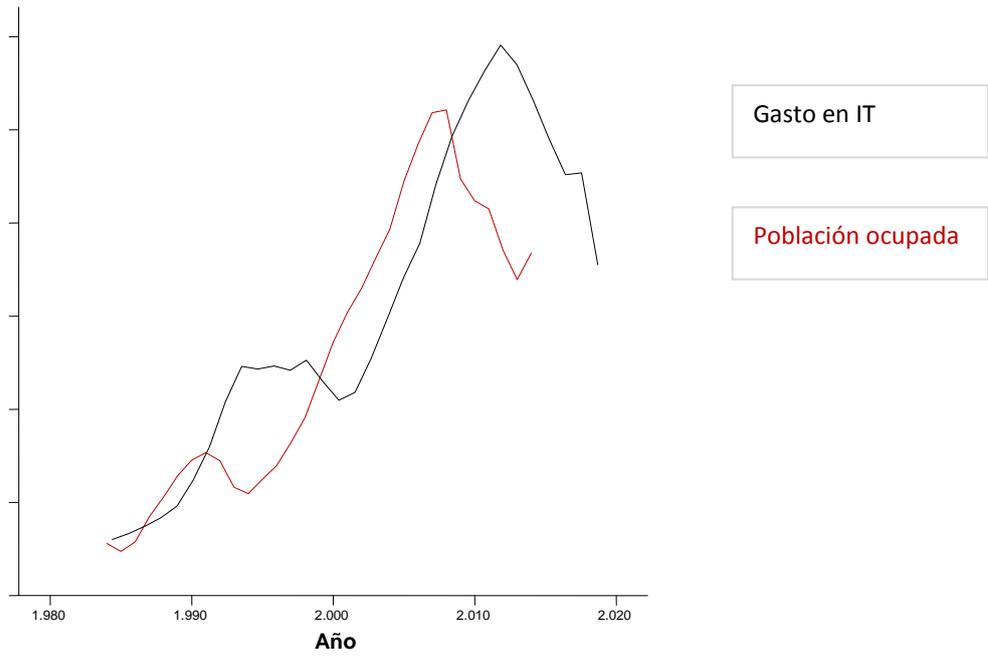


Gráfico 4. Evolución comparada interanual, gasto en IT / población ocupada (1984-2014)

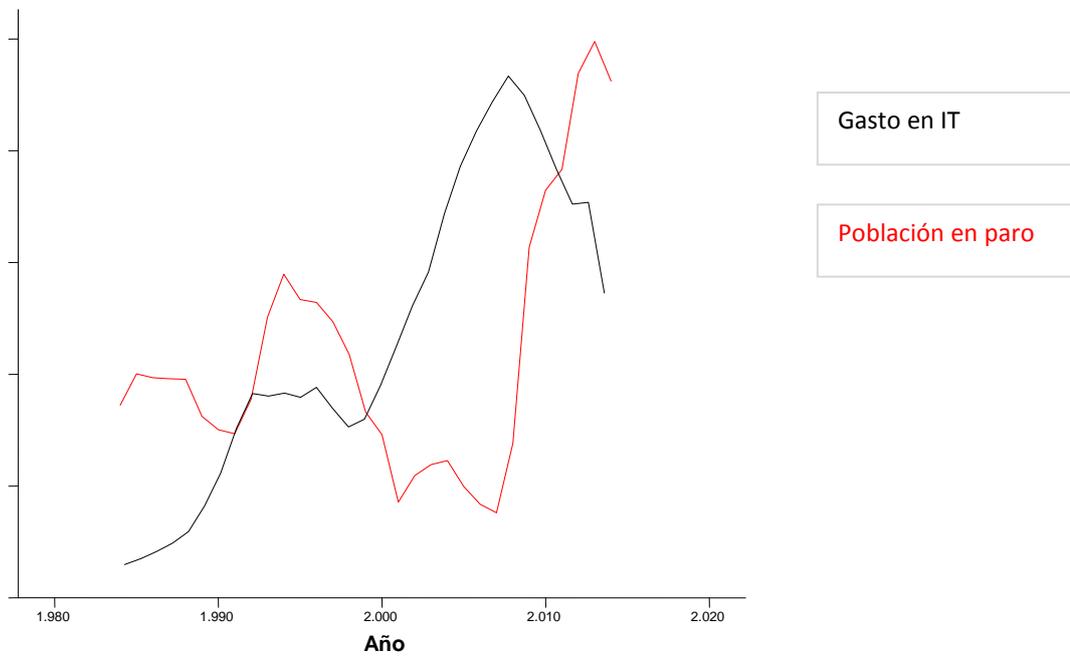


Gráfico 5. Evolución comparada interanual gasto en IT / población en paro (1984-2014)

Correlaciones

		Año	Gasto_IT	Dif_AN_GASTO	Pobl_ Activ	Dif_AN_P_ACT	Tasa_Paro	Dif:_AN_T_PARO	Pobl_Paro	Dif_AN_P_PARO
Año	Correlación de Pearson	1	,905**	-,448*	,899**	-,162	-,152	,174	,416*	,170
	Sig. (bilateral)		,000	,012	,000	,383	,414	,350	,020	,360
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Gasto_IT	Correlación de Pearson	,905**	1	-,252	,955**	-,230	-,366*	,318	,169	,327
	Sig. (bilateral)	,000		,171	,000	,212	,043	,082	,363	,073
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Dif_AN_GASTO	Correlación de Pearson	-,448*	-,252	1	-,179	,348	-,558**	-,274	-,728**	-,246
	Sig. (bilateral)	,012	,171		,336	,055	,001	,136	,000	,182
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Pobl_Activ	Correlación de Pearson	,899**	,955**	-,179	1	-,040	-,518**	,171	,038	,189
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,336		,831	,003	,357	,838	,308
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Dif_AN_P_ACT	Correlación de Pearson	-,162	-,230	,348	-,040	1	-,486**	-,864**	-,571**	-,824**
	Sig. (bilateral)	,383	,212	,055	,831		,006	,000	,001	,000
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Tasa_Paro	Correlación de Pearson	-,152	-,366*	-,558**	-,518**	-,486**	1	,223	,827**	,171
	Sig. (bilateral)	,414	,043	,001	,003	,006		,227	,000	,357
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Dif:_AN_T_PARO	Correlación de Pearson	,174	,318	-,274	,171	-,864**	,223	1	,330	,996**
	Sig. (bilateral)	,350	,082	,136	,357	,000	,227		,070	,000
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Pobl_Paro	Correlación de Pearson	,416*	,169	-,728**	,038	-,571**	,827**	,330	1	,279
	Sig. (bilateral)	,020	,363	,000	,838	,001	,000	,070		,129
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Dif_AN_P_PARO	Correlación de Pearson	,170	,327	-,246	,189	-,824**	,171	,996**	,279	1
	Sig. (bilateral)	,360	,073	,182	,308	,000	,357	,000	,129	
	N	31	31	31	31	31	31	31	31	31

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Tabla 3. CORRELACIONES

Regresión lineal múltiple:

Estadísticos descriptivos

	Media	Desviación típ.	N
Gasto_IT	3623,8332	1664,00457	31
Pobl_Activ	*****	*****	31
Pobl_Paro	3184,281	1159,8978	31

Tabla 4. Estadísticos descriptivos

Correlaciones

		Gasto_IT	Pobl_Activ	Pobl_Paro
Correlación de Pearson	Gasto_IT	1,000	,955	,169
	Pobl_Activ	,955	1,000	,038
	Pobl_Paro	,169	,038	1,000
Sig. (unilateral)	Gasto_IT	.	,000	,181
	Pobl_Activ	,000	.	,419
	Pobl_Paro	,181	,419	.
N	Gasto_IT	31	31	31
	Pobl_Activ	31	31	31
	Pobl_Paro	31	31	31

Tabla 5. Correlaciones / resumen

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R Cuadrado corregida	Error tip. de la estimación
1	,955 ^a	,913	,910	499,48673
2	,955 ^b	,931	,926	454,04848

^a. Variables predictoras: (Constante), Pobl_Activa

^b. Variables predictoras: (Constante), Pobl_Activa, Pobl_Paro

Tabla 6. Resumen de la Regresión lineal múltiple.

RELACIÓN DE LA EVOLUCIÓN DEL GASTO EN PRESTACIÓN DE I.T. CON HITOS LEGISLATIVOS.

Se ha considerado interesante por poder aportar luz sobre la evolución del gasto en incapacidad temporal, y quizás explicar el comportamiento del gasto a los largo de los años, poner su curva de evolución (Gráfico 1) en relación a los considerados como más señalados hitos, en este caso legislativos.

Por su contenido normativo, por modificar de manera más sustancial la gestión de la IT, se han considerado los siguientes hitos:

Relacionados directamente con la gestión de la Incapacidad Temporal:

- 1- Resolución 06/10/92 abono IT por empresa días 4º al 15º (*)
- 2- RD 1300/1995 desarrolla nueva gestión IT derivada de Ley 42/1994
- 3- Ley 13/1996 colaboración de Mutuas en gestión IT CC.CC.
- 4- RD 575/1997 modifica gestión IT
- 5- RD 1117/1998 desarrolla procedimiento “intención de alta” por INSS
- 6- Ley 30/2005 control de IT pasa a INSS a los 12 meses
- 7- RD 1430/2009 procedimiento revisión alta extendida por Mutuas en CC.PP.
- 8- Resolución 15 nov/2010 facultativos de INSS pueden extender alta laboral
- 9- RD 625/2014 modifica gestión IT

Relacionados con aspectos conexos a la Incapacidad Temporal:

- 10- Ley 31/1995 traslado de puesto de trabajo gestantes con riesgo laboral
- 11- RD 125/2001 prestaciones en riesgo laboral en embarazo
- 12- RD 1299/2006 cuadro de enfermedades profesionales
- 13- RD 295/2009 prestaciones riesgo laboral en embarazo
- 14- RD 1148/2011 prestaciones cuidado de menores con cáncer o enfermedad grave

(*) dado que la norma es de 1992, no se recoge en la relación normativa del punto correspondiente (resumen normativo; apartado 5, iniciado en 1994)

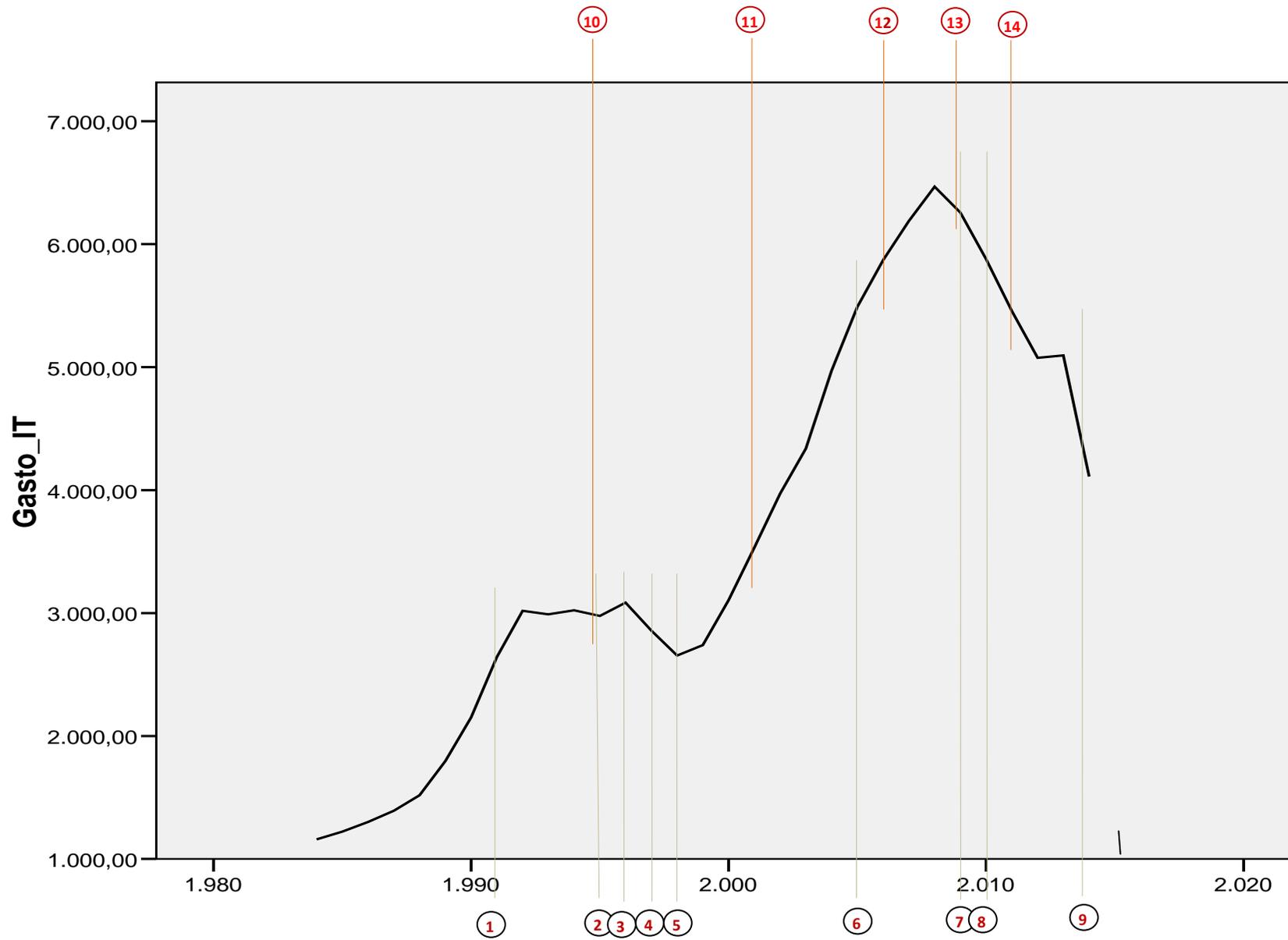


Gráfico 6. Relación de la evolución del gasto en incapacidad temporal y ciertos hitos legislativos

1) Evolución de los porcentajes interanuales de diferencia del gasto en IT, población activa y población desempleada:

- EL Gasto en IT viene presentando desde 1984 una tendencia ascendente, siendo las cifras de gasto más elevadas cada año, y existiendo aumentos de su importe muy notables (del 14 al 22%) los años 89 al 92, y del 9 al 14 % en los años 2000 al 2005.
- Tan solo se denotan bajadas notables en el gasto en 6 de los años analizados, siendo la más importante la del 2014, del 19,30 %
- En toda la serie de años estudiada (31 años) el gasto es creciente salvo en 9 años, en que decrece. La media de crecimiento en esos 31 años es del 4,6 %.
- La población ocupada presenta una tendencia creciente, con 3 periodos decrecientes, 84-85, 92 al 94, y 09 al 13.
- El incremento medio de la población activa durante los 31 años de la serie fue del 1.34 %.
- Así pues el incremento porcentual del gasto en IT fue 3 veces superior al incremento de la población activa
- La población en desempleo presenta una conducta más errática, con ondas periódicas de incremento y descenso.
- En general los desempleados ascienden cuando desciende la población activa y viceversa, pero no siempre es así, pues se observan años de incremento de la población desocupada en años que también crece la población activa (2002 a 2004; 2008).
- El porcentaje medio de incremento de la población en desempleo en la serie de 31 años recogido fue del 4.17 %, tres veces más que el porcentaje de la población activa.
- En resumen el porcentaje de gasto medio interanual se elevó en la misma medida que el porcentaje de incremento de la población en desempleo

2) Análisis de Gráficos:

- El gráfico de evolución del gasto en IT (Gr. 1) muestra una tendencia al crecimiento con una estabilización y pequeño descenso del 94 al 00, y una tendencia francamente descendente desde 09.
- La evolución del gráfico de población ocupada Gr. 2) muestra una tendencia al alza con una discreta estabilización y decrecimiento de 92 al 94, y una importante tendencia decreciente desde 09.

- La gráfica de evolución de la población desempleada (Gr. 3) evidencia movimientos oscilantes, con una primera etapa relativamente estable que finaliza con un descenso (84 al 91), una segunda etapa de crecimiento notable (92 a 94), una tercera etapa de descenso importante estabilizándose los tres últimos años (95 al 07), y una etapa final de fuerte crecimiento (desde el 08).

En cuanto a los Gráficos comparativos de curvas de evolución:

- El Gr. 4 comparativo de evolución entre Gasto y población activa, se observa que salvo en el periodo 91-98 donde su tendencia es inversa (crece el gasto y decrece la población ocupada), el gasto replica –con un periodo de latencia de uno/dos años, los movimientos de la curva de población ocupada.
- En el Gr. 5 comparativo de gasto en IT con población en paro, pueden apreciarse movimientos inversos de ambas curvas de tendencia, los descensos de la población en paro se corresponden con incremento del gasto en IT, y a la inversa, los crecimientos de población en paro se asocian a descenso o estabilización de la curva de gasto, especialmente fiel a estas tendencias es la figura formada en ambas líneas del año 2008 al 14.

3) Análisis de Correlación / Significación / Regresión:

- En la **Correlación de Pearson** el resultado es el siguiente:
 - **Existe una Muy Fuerte correlación entre el gasto de IT y la Población Activa**
 - No existe Correlación entre el gasto en IT y la Población en Paro
 - No existe Correlación entre el Gasto en IT y la Tasa de Paro
- En cuanto a la **Significación**:
 - **Es muy Significativa la relación entre Gasto en IT y la Población Activa**
 - No es Significativa la relación entre gasto en IT y la Población en Paro
 - No es Significativa la relación entre gasto en IT y la Tasa de Paro
- En el Análisis de **Regresión**:
 - **El modelo explica el 91 % de la variación del Gasto en IT cuando la variable predictora es la Población Activa**
 - Cuando además de la variable predictora citada (Pob. Activa), introducimos la Población en paro, se explica un 1,6 % más de la variación del gasto.
 - En resumen la variación del gasto esta explicada fundamentalmente por la población activa (91 %) y en una medida casi despreciable por la Población en paro (1,6 %)

4) Relación de evolución gráfica y ciertos hitos legislativos:

Se trata de evidenciar en este apartado del análisis la existencia o no de una coincidencia temporal entre la emisión de normativa relativa a la IT y la variación – positiva o negativa- del Gasto en IT, sin que ello quiera decir de forma absoluta que la

variación en la tendencia se deba de forma única o significativa a la aparición de esa norma.

Pero en sentido contrario, también cabe deducir, que si tras la promulgación de una norma el gasto en IT no disminuye, no se modifica, la legislación no parece tener efecto sobre dicho gasto en IT.

Normativa directamente relacionada con la Gestión de la IT

- Se aprecia un cese en el crecimiento del Gasto tras la aparición de la norma que impone a las empresas el abono del coste de la IT del 4º al 15º día.
- Se evidencia una estabilización del gasto tras la aparición del RD 1300/95 (nuevas formas de gestión de la IT)
- Se manifiesta un decrecimiento del gasto con la aparición de la Ley 13/96 (colaboración de Mutuas en gestión IT) y el RD 575/97 (modificación gestión IT)
- Vuelve a repuntar el gasto en IT tras el dictado del RD 1117/98 (procedimiento de intención de alta por el INSS), y sigue elevándose espectacularmente tras la aparición de la Ley 30/05 (el control de la IT pasa al INSS a los 12 meses)
- No modifica la tendencia presente en el momento de la aparición –fuertemente descendente- de las normas:
 - RD 143/09 (revisión altas por CC.PP extendidas por Mutuas)
 - Resolución 15/11/10 (pueden extender alta laboral los médicos del INSS)
 - RD 624/14 (modifica ampliamente la gestión de la IT)

Normativa conexa con la IT, pero No directamente con su Gestión

- No se aprecia una relación temporal directa entre la normativa recogida en el segundo grupo (calificada como *“Relacionada con aspectos conexos a la IT”*) y la evolución del Gasto en IT.
- En todos los casos de las 5 normas recogidas, la tendencia (ascendente o descendente) siguió siendo la misma, no evidenciándose cambio de tendencia tras la emisión de la normativa.

5) CONCLUSIONES

Evolución de los porcentajes interanuales de diferencia del gasto en IT, población activa y población desempleada.

El gasto y la población ocupada presentan a lo largo del tiempo tendencias crecientes, si bien con porcentajes de incremento interanual dispares, creciendo más el porcentaje de gasto interanual que el de la población ocupada.

La población desempleada en general asciende cuando disminuye la población ocupada, aunque existen periodos en que asciende la población desempleada creciendo también los ocupados.

El porcentaje de crecimiento de la población desocupada creció en la misma medida que el del porcentaje de incremento del gasto de IT.

Análisis de Gráficos.

La población ocupada justifica el gasto en IT, creciendo el gasto cuando crece la población activa, a excepción del periodo 91-98.

El gasto en IT se comportan en sentido inverso a la evolución de la población desocupada, crece el gasto cuando el desempleo disminuye y baja el gasto cuando el desempleo aumenta.

Análisis de Correlación / Significación / Regresión

Solamente existe relación estadística entre la evolución de gasto y la de la población ocupada.

A pesar de que gráficamente existe relación, no existe relación científica de que la evolución de la población en desempleo explique o acompañe la evolución del gasto en IT.

Relación de evolución gráfica y ciertos hitos legislativos

Solamente existe relación gráfica entre normativa y evolución del gasto, en lo referente a la aparición de las normas que traspasaban a las empresas la obligación de abonar la prestación del 4º al 15º día, los RD 1300/95 y 575/97 que modificaban la gestión, y la L 13/96 que modificaba el modo de colaboración de las Mutuas.

El resto de normativa, singularmente la más reciente que atribuye unas mayores competencias al INSS, no han modificado la tendencia del gasto en IT.

Conclusión Final:

Aunque del análisis de los datos absolutos y especialmente de los gráficos de evolución interanual se desprende la idea de que la evolución del gasto en IT acompaña directamente a los movimientos de la población activa e inversamente a los de la población en paro, el análisis estadístico a través de correlación de Pearson y Análisis de Regresión solo determina que existe una muy fuerte correlación entre la población ocupada y el gasto en IT, no así con la población en paro.

No se consideran concluyentes en ningún sentido las observaciones de los hitos legislativos y la evolución del gasto.

6) BIBLIOGRAFÍA

- 1- ¿Baja laboral o fraude?. Diario Vasco 10.02.11.
- 2- Cuentas y balances del Sistema de Seguridad Social 1989-2002. Presupuestos 2003 y 2004
- 3- El control del gasto público por incapacidad temporal mediante redes neuronales. Santín González, Daniel. Roma y López, Rosa. Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública. 165 2/2002): 53-78. Instituto de Estudios Fiscales. 2003.
- 4- El Ministerio de Trabajo crea una unidad para combatir el fraude en las bajas laborales Servimedia: 19.07.04
- 5- Encuestas de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística. 1984 a 2014.
- 6- Evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la Incapacidad temporal. Ministerio de la Presidencia. Agencia de Evaluación y Calidad. 2009.
- 7- La incapacidad temporal para el trabajo: análisis económico de su incidencia y duración. Alba Ramírez, Alfonso. 2009. Ministerio de Trabajo y Emigración. Universidad Carlos III. Madrid.
- 8- La Incapacitat laboral per contingències comunes a Catalunya. Castejón E, Benavides FG, Murillo C. 2003. Barcelona: Consell de Treball, Economic i Social de Catalunya.
- 9- Las Mutuas tendrán más poder para frenar el fraude en las bajas. ABC / Economía. 20.12.13.
- 10- Plan de absentismo laboral por IT: evitando abusos y fraudes. Mutua La Fraternidad-Muprespa; pag web.
- 11- Presupuestos de la Seguridad Social 1984 a 2014. Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- 12- Quienes son y como defraudan a la seguridad social: Prestación de IT. El Mundo/ Dinero. Datos facilitados por el Secretario de Estado de Seguridad Social/Ministerio de Trabajo. 21.06.96
- 13- R.D. 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

6.2. Estudio sobre el impacto de bajas por contingencias profesionales en el marco de la IT por contingencia común

“Estudios de aproximación al volumen de asegurados en baja laboral derivada de enfermedad profesional e incluidos indebidamente en situación de incapacidad temporal por contingencia común en el Área de Salud de Salamanca”.

Un análisis de la efectividad del sistema de gestión de salud laboral.

INDICE

	Pag.
1) RESUMEN	59
2) INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS DEL ESTUDIO	62
3) METODOLOGÍA	63
4) ANÁLISIS Y DETERMINACIÓN DE INADECUACIÓN DE CASOS DE IT	65
4.1) ANÁLISIS DE SITUACIÓN	65
4.2) DETERMINACIÓN DE UNIVERSO Y MUESTRA A ESTUDIAR	78
4.3) CRITERIOS Y METODOLOGÍA DE ANÁLISIS PARA CALIFICACIÓN DE CASOS COMO EP	86
4.4) ENCUESTA MAP CONOCIMIENTO NORMATIVA EP	98
5) RESULTADOS Y DISCUSIÓN	100
6) CONCLUSIONES	107
7) BIBLIOGRAFÍA	108

1) RESUMEN

Siendo la eficiencia y la correcta imputación de gastos una de las prioridades de los sistemas de gestión de los Servicios Públicos de Salud (SPS), la Incapacidad Temporal (IT) representa un excelente terreno donde aplicar este principio de coste-eficacia.

Si bien los costes de la prestación económica no corren a cargo de los SPS, la atención a la franja de IT incorrecta o no adecuada, supone un coste directo elevado para todos los sistemas de salud.

Dentro de este contexto de eficiencia en un marco de recursos limitados, y aun decrecientes, así como en un entorno de aparición de abundante normativa tendente a una mejora en la gestión de la IT, se plantea este trabajo.

Se parte de premisas, como son la histórica infradeclaración de Enfermedades Profesionales (EP) y la efectiva existencia de un volumen de EP similar al de países de nuestro entorno.

Bajo estas premisas, se formula la hipótesis, fundada en lo dicho y en la apreciación empírica a través de la experiencia profesional del autor, de que una parte de estas EP se encuentran enmascaradas bajo la formulación de bajas laborales por Contingencia Común, siendo así el SPS el efectivo prestador de servicios sanitarios y prestaciones asistenciales de forma indebida y exonerando de este deber a los titulares de esa obligación, que son de forma mayoritaria las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS, de ahora en adelante, Mutuas).

Otro efecto colateral, más importante si cabe desde una perspectiva de salud, es que la no detección de las EP impide la corrección en origen de su aparición. Así, no constando su aparición formal, no sería factible desarrollar medidas correctoras y preventivas.

Se realiza un estudio circunscrito al Área de Salud de Salamanca, para detectar qué volumen de bajas laborales cursadas como Contingencia Común (CC) derivan de EP, y por tanto deberían haberse afluado como EP – Contingencia Profesional (CP)

▪ **Introducción, Objetivos del estudio**

Se quiere conocer el alcance –expresado en porcentaje- de bajas laborales derivadas de EP y que han sido tramitadas como CC.CC. en el Área de Salud de Salamanca (ASS) durante el año 2009.

- Se persigue asimismo el diseño de procedimientos de detección, notificación y valoración de casos de sospecha de EP, más eficaces y ágiles que los existentes, y que minoren o eliminen los casos de EP que actualmente pudieran estar ocultos bajo CC.CC

▪ **Metodología**

Estudio aleatorio retrospectivo. Sobre el total de bajas laborales habidas en 2009 en el ASS por Contingencias Comunes, se determinaron los casos correspondientes a las claves diagnósticas (CIE 9MC) seleccionadas. Se seleccionaron todos aquellos códigos diagnósticos que podían enmascarar patología profesional de carácter osteomuscular.

Este volumen de casos, número de bajas por CC.CC debidas a patología osteomuscular se ha considerado el universo sobre el cual determinar el posible número de casos que podían corresponder a EP. Se manejó, tras diferenciar la casuística susceptible de ser estudiada, un número de casos de 4.514, seleccionados entre un total de 21.089 bajas en 2009.

De estos casos, se determinó la muestra necesaria para que el estudio tuviera una seguridad del 95 % y una precisión del 2,5 %.

Sobre la muestra determinada, 274 casos, se aplicaron los procedimientos que más adelante se describen: análisis de historia clínica, entrevista y cuestionario específico, para determinar cuáles de esos casos eran patología profesional, EP.

Asimismo se aplicaron técnicas para determinar el procedimiento seguido por los profesionales, fundamentalmente los MAP, para incluir una determinada patología como baja derivada de CC.CC o como una EP.

Se estudiaron los criterios de decisión de los MAP, así como su nivel de conocimientos sobre la regulación y circuitos de las E.P. Se utilizaron métodos grupales, entrevistas estructuradas y análisis de opinión mediante encuestas.

▪ **Resultados y Discusión**

Se pone de manifiesto tras la realización del estudio, la existencia de casos susceptibles de ser calificados como Enfermedad Profesional dentro de los procesos reconocidos y gestionados como bajas laborales por Contingencias Comunes.

La incidencia detectada de casos que debieran haber sido calificados como EP y han sido tramitados como caso de IT por enfermedad común se eleva a un 3,28 % para la muestra estudiada.

Con ello se pone de manifiesto que la hipótesis de que se partía, queda ratificada. Es decir bajo la denominación de enfermedades comunes se están calificando enfermedades profesionales, originando bajas laborales inadecuadas que son actualmente protegidas por el sistema público de salud.

Este hecho ratifica también aspectos analizados sobre el hecho de la infradeclaración de patología profesional. No se trata de que en nuestro país haya menos patología profesional (EP) que en países de nuestro entorno, lo que ocurre es que no se declara como tal y se encuentra subsumida en la patología común. En resumen, se evidencia una gestión incorrecta de la IT en este aspecto.

Teniendo presente que se han aplicado criterios rigurosos, es decir de máximos, para llegar a esta conclusión, es presumible que el peso de las bajas derivadas de enfermedad profesional enmascaradas como enfermedad común sea superior.

El estudio se ha centrado únicamente sobre el grupo de patología más frecuente en este marco, esto es la patología osteo articular u osteomuscular, existiendo pues de manera prácticamente segura otro bloque de patología profesional oculta como común dentro del

conjunto de las bajas laborales protegidas por Sacyl y derivada del resto de patologías y aparatos.

Se constata un deficiente conocimiento de la normativa reguladora de las enfermedades profesionales por parte de los facultativos de Sacyl, así como un escaso impulso formativo institucional.

▪ **Conclusiones**

La nueva normativa de gestión de IT y la aparición de un nuevo cuadro de enfermedades profesionales, no ha mejorado la gestión de la It por CC.CC. subsistiendo una infradeclaración de EP al seguir estas incluidas como bajas de origen común.

La formación de los MAP sigue siendo insuficiente para mejorar la gestión de la IT por CC.CC.

2) INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Los **Objetivos Generales** son:

- Conocimiento del estado de situación de inclusión indebida e infradeclaración.
- Adecuada protección de los trabajadores y asegurados, imputando a cada entidad responsable del riesgo o evento a proteger la responsabilidad de cubrirlo total y eficazmente.
- Utilización de los resultados de este estudio por aquellas entidades con responsabilidad en las áreas definidas.
- Verificación de la eficacia de las medidas legislativas que han modificado la gestión de la IT

Los **Objetivos Específicos** son los siguientes:

- Conocer el volumen de inadecuación de casos. Aproximación al número de procesos de IT con origen en E.P pero que cursan como baja por Enfermedad Común en lo referido a patología osteomuscular, grupo que representa la mayoría de los casos de EP.
- Realizar un análisis descriptivo de la situación de IT por ambas contingencias en el Área de de Salud de Salamanca. Resumen normativo, orientado a la EP.
- Diseñar acciones de mejora. Diseño de procedimiento de trabajo más eficaz para los facultativos de Sacyl (Atención Primaria):
 - Diagrama de flujo del proceso ó Árbol de decisión

3) METODOLOGÍA Y FASES DEL ESTUDIO

Se expone a continuación la metodología empleada a lo largo de las cuatro fases o etapas del Estudio:

1) Análisis descriptivo de la situación:

- Recogida de datos absolutos y de indicadores acerca de Enfermedades Profesionales y de IT/CC e IT/CP, a nivel global, nacional, autonómico y local.
- Análisis no exhaustivo de la infradeclaración de EP. Estudio comparativo.
- Casuística de las EP declaradas
- Protección de Contingencias Profesionales. Resumen normativo de EP.

2) Conocimiento de la dimensión de la inadecuación de casos:

- Estudio y selección de los grupos diagnósticos (CIE 9MC) del Sistema de control y gestión de IT SagITario, con mayor probabilidad de incluir EP en coherencia con su estructura causal
- Tras análisis inicial y valorados aspectos como calidad de la codificación -se evidencia que presenta variabilidad-, y especialmente que en torno al 85% de la patología profesional corresponde al aparato osteomuscular, se centra el análisis en este grupo y sus expresiones clínicas (artropatías, enfermedades de las vainas, tendinitis, bursitis...).
- Obtención de asegurados en baja laboral durante el año 2009 por cada uno de los grupos diagnósticos –CIE 9- seleccionados.
- Cálculo de muestra: selección aleatoria del universo de casos definido, de muestra significativa de estos asegurados. Para una significación del 95 % ($\alpha = 0,05$) y una precisión del 2,5 %, aplicando la fórmula siguiente para determinación del tamaño de la muestra según nivel de significación:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = Muestra	p = proporción esperada (aquí 5% = 0.05)
N = Total de población	q = 1-p (en este caso 1 – 0.05 = 0.95)
Z_α² = 1.96 ² (para seguridad del 95 %)	d = precisión (en este caso del 2,5%)

Aplicando esta fórmula al universo previamente seleccionado del total de casos gestionados en IT durante el año 2009, se obtiene la muestra más abajo indicada.

Número de casos de IT totales gestionados en 2009 CC.CC: 21.089.

Número de casos seleccionados como de riesgo/Universo: **4.514**

$$n = \frac{4.514 * 1,96^2 * 0.05 * 0.95}{0.025^2 (4.514 - 1) + 1,96^2 * 0.05 * 0.95} = 274$$

- En función del cálculo de muestra anteriormente indicado, se presume un estudio de muestra en torno a 300 casos
- Definición de criterios bajo los que se analizará la causa de baja laboral y su posible calificación como EP.
- Análisis de los casos y detección de los provenientes de EP. Para este análisis se emplearán los métodos siguientes:
 - Datos clínicos de Inspección Médica /Sistema SagITario
 - Historia clínica de A. P.
 - Entrevista y anamnesis del paciente.
 - Contactos personales y telefónicos.
- Cálculo de incidencia de inadecuaciones y su extrapolación al Área, utilizando los soportes y/o asesoramiento estadístico precisos.

3) Acciones de Mejora:

En coherencia con resultados anteriores, elaboración inicial de propuesta sometida posteriormente a revisión conjunta con facultativos de A.P con aplicación de mejoras sugeridas, diseño de:

- Diagrama de flujo del proceso ó árbol de decisión.

4) ANÁLISIS Y DETERMINACIÓN DE INADECUACIÓN DE CASOS DE IT

4.1) ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Se realiza en este apartado una aproximación al estado de la cuestión de la declaración de las Enfermedades Profesionales tanto a nivel local como nacional y europeo.

Se finaliza el apartado con un resumen de los aspectos normativos que regulan o tienen cierta relevancia en las Enfermedades Profesionales y la patología laboral o relacionada con el trabajo.

4.1.1. Datos globales

Se recogen a continuación datos relativos al número de EP declaradas o de patología relacionada con el trabajo.

En nuestro ámbito se centra la exposición de datos en las estadísticas correspondientes a la declaración de estos eventos, pero al mencionar datos equivalentes a nivel europeo -a nivel de la Comunidad Europea- se encuentran problemas de homologación, por las distintas metodologías o regulaciones que cada país miembro tiene al respecto. Por ello se citan algunas estadísticas que ayudan a valorar como es la situación y cual es el nivel comparativo (apartado siguiente).

DECLARACIÓN DE EP A NIVEL NACIONAL

	EP Total	Con Baja	Sin Baja
1994	4.984	4.804	180
1995	6.459	5.837	622
1996	7.958	6.787	1.171
1997	9.640	8.385	1.255
1998	12.725	10.246	1.879
1999	16.188	13.615	2.573
2000	19.622	15.461	4.161
2001	22.844	17.896	4.948
2002	25.040	20.722	4.318
2003	26.857	23.722	3.135
2004	27.619	22.964	4.579
2005	28.904	24.912	3.992
2006	21.774	18.511	3.263
2007	17.061	11.579	5.482
2008	17.619	11.315	6.304
2009	16.850	9.803	7.047

Número de EP declaradas. Evolución histórica. Total nacional.

Fuente: Ministerio de Trabajo / Observatorio de EP

Ha de señalarse que con fecha 10 de noviembre de 2006 tiene entrada en vigor el nuevo cuadro de EP.

Por Comunidades Autónomas, la declaración de EP fue la siguiente durante el año 2009. Se recogen los datos procesados por el Observatorio de EP del Ministerio de Trabajo como número de partes comunicados; dado el sistema de notificación implantado por la última disposición sobre EP, la gestión de los partes es electrónica y se equiparan las EP declaradas a los partes de EP notificados por el sistema de gestión Cepross.

DECLARACIÓN DE EP A NIVEL DE COMUNIDADES AUTÓNOMAS

	EP Total	Con Baja	Sin Baja
Andalucía	810	555	255
Aragón	1.334	813	521
Asturias	509	371	136
Baleares	403	199	204
Canarias	258	142	116
Cantabria	433	227	206
Castilla y León	881	513	368
Castilla la Mancha	353	231	122
Cataluña	3.650	2.408	1.242
Com. Valenciana	1.012	571	441
Extremadura	176	124	52
Galicia	1.273	861	412
Madrid	1.018	624	394
Murcia	275	152	123
Navarra	1.425	783	642
País Vasco	2.760	1.109	1.651
La Rioja	274	113	161
Ceuta y Melilla	6	5	1
TOTAL	16.850	9.803	7.047

Número de partes de EP comunicados por CC.AA. Año 2009.

Fuente: Observatorio de EP

La evolución de la declaración a nivel local, de Salamanca, ha sido la siguiente:

DECLARACIÓN DE EP A NIVEL PROVINCIAL

	EP Total	Con Baja	Sin Baja
2006	79	49	30
2007	45	29	16
2008	37	25	12
2009	24	15	9

Declaración de EP en Salamanca.

Fuente: Observatorio EP

4.1.2. Estudio comparativo

Se reflejan en primer lugar datos que permitan establecer criterios comparativos entre la prestación derivada de I.T por Contingencias Comunes y de I.T Contingencias Profesionales/EP en el Área de estudio, Salamanca.

Debe tenerse presente que la incidencia por CC.PP se debe mayoritariamente a accidentes de trabajo. No obstante los datos son reveladores de la diferencia de volúmenes de la casuística.

El Indicador recogido IB (Incidencia de Bajas), expresa el número de bajas habido por 100 asegurados protegidos (no incluye bajas protegidas por Mutuas).

	Incidencia de Bajas (IB)	
	IT por CC.CC	IT por EP
2006	1.35	0.041
2007	1.46	0.024
2008	1.41	0.021
2009	1.29	0.0125

Fuentes: Sistema información de Sacyl sobre IT / SagITario

Las tasas de declaración de EP en el Área de Salamanca, son notablemente inferiores a las existentes a nivel nacional.

	Tasa de EP por 10.000	
	España	Salamanca
2006	10.99	6.58
2007	8.53	3.75
2008	8.81	3.08
2009	8.51	2.00

Observatorio de EP

En cuanto a datos comparativos del nivel de EP declaradas en nuestro país se aprecian desequilibrios notables en varias vertientes, tanto en cuanto a los niveles de declaración interanuales, como a las diferencias de declaración entre Comunidades:

- En 2007, primer año de vigencia del nuevo cuadro de EP, se declararon un 21,6 % menos que en el año anterior.
- En 2009, se declararon un 4,4% menos EP que en el año anterior, pero si nos centramos en las EP con baja, se declararon un 13,4% menos
- La declaración comparada entre las diversas CC.AA en 2009 presenta un amplísimo rango que oscila entre un mínimo del 0,40 por 10.000 declarados en Ceuta y Melilla, hasta un máximo de 24,31 de Navarra (media nacional de 8,5 por 10.000)

Estimaciones de expertos vinculados al mundo laboral y sindical, vienen a indicar que existe una infradeclaración de EP que puede oscilar entre el 83 y el 92%, calculando que esa misma infradeclaración para los AT se sitúa en torno al 17%.

Las estimaciones de la Asociación Española de Especialistas de Medicina en el Trabajo, indican que el nivel de infradeclaración estaría en torno los 2/3, es decir no se declararían el 67% de las EP.

En cuanto a los niveles de EP o de patología laboral en el entorno de la Comunidad Europea pueden ofrecerse algunos datos que enmarcan la cuestión.

	España	Francia
Tasa de EP por 10.000; año 2008	8.81	17.13

Así, el nivel de EP declaradas en nuestro país es un 48.6% inferior que las declaradas en un país homologable de la CE.

El impacto de las enfermedades profesionales se estima aun mucho mayor que el que pudiera ser reconocido a través de las que pudieran llegar a ser calificadas como legalmente como tales.

Todos los estudios indican que la exposición a las condiciones del trabajo ocasiona enfermedades laborales o relacionadas con el trabajo en valores muy superiores a los reconocidos.

El Estudio Europeo de la Fuerza de Trabajo (2007, publ. 2009. Eurostat) indica que el 8.6 % de los trabajadores (CE, 27 países) presentaron problemas de salud relacionados con el trabajo. En el caso de España, esta cifra se sitúa en el 5,8 %.

El mismo Estudio indica que el 26,8 % de los trabajadores están expuestos a factores que afectan al bienestar mental, y un 40,1 % a factores que afectan al bienestar físico.

Para España, estos niveles son del 25,6 % para factores que alteran el bienestar mental, y del 47,8% de los que afectan al bienestar físico.

Dicho Estudio también evidencia que en la CE el 22,3 % de los trabajadores presentaron limitaciones de consideración en relación a problemas de salud vinculados al trabajo. Para España esta cifra ascendía al 29,9 %.

Se exponen a continuación algunos valores e indicadores obtenidos en el marco de la Comunidad Europea acerca de la exposición de los trabajadores a factores que pueden ocasionar enfermedades del trabajo, nivel de notificaciones de problemas de salud por los trabajadores en relación a su desempeño laboral

Work-related health problems: limitations and resulting sick leave in all participating countries

who had	% of workers who experienced one or more work-related health problem			% of workers with work related health problems who experienced limitations in normal daily activities		% of workers with a work-related health problem resulting in sick leave	
	Men (%)	Women (%)	Total (%)	To some extent (%)	Considerably (%)	Sick leave (%)	Sick leave ≥ 1 month (%)
EU-15	7.6*	7.3*	7.5*	48.2*	22.0*	62.3*	29.2*
EU-27	8.6*	8.5*	8.6*	50.1*	22.3*	62.0*	27.0*
BE	12.8	10.6	11.7	45.3	26.8	69.8	40.6
BG	4.7	5.2	4.9	57.9	31.3	50.6	29.1
CZ	8.0	8.9	8.5	26.4	44.9	97.7	36.7
DK	10.8	15.1	12.9	36.5	31.9	67.0	34.3
DE	6.6	5.5	6.1	55.0	13.3	74.7	22.8
EE	9.1	8.8	9.0	50.0	24.3	58.2	25.9
IE	3.5	2.9	3.2	36.4	26.0	54.2	25.2
EL	7.0	5.9	6.6	58.8	17.1	47.1	15.2
ES	5.6	6.0	5.8	41.6	29.9	72.8	46.2
FR	*	*	*	*	*	*	*
IT	7.4	6.3	6.9	60.6	7.7	47.3	16.7
CY	8.9	7.9	8.4	44.7	36.8	65.7	26.8
LV	4.1	4.0	4.1	38.2	54.5	63.6	46.7
LT	4.1	3.9	4.0	62.3	(24.7)	93.2	(33.5)
LU	4.2	3.3	3.8	40.0	20.0	80.1	48.5
HU	5.8	5.0	5.4	44.8	28.4	44.9	12.5
MT	5.8	(1.9)	4.0	50.0	(20.00)	47.2	u
NL	11.2	10.7	11.0	37.4	34.4	97.9	66.8
AT	16.3	13.6	15.0	57.7	26.1	61.4	31.3
PL	21.9	22.4	22.2	55.9	17.5	54.0	17.8
PT	7.4	8.1	7.8	38.4	48.2	41.7	21.4
RO	5.0	5.4	5.2	65.4	30.2	66.0	21.5
SI	9.3	11.1	10.2	45.2	47.6	98.1	(32.2)
SK	6.2	5.8	6.0	55.2	26.0	89.7	46.4
FI	20.6	28.4	24.5	51.0	15.8	43.0	18.7
SE	11.7	17.0	14.3	29.3	24.6	38.0	17.0
UK	5.3	4.8	5.1	42.1	31.4	62.5	31.2
HR	9.1	6.9	8.1	49.7	45.2	70.6	39.5
NO	10.2	13.3	11.7	46.9	25.4	58.4	28.1

Problemas de salud relacionados con el trabajo: limitaciones y resultados de baja por enfermedad en los países participantes. Labour Force Survey 2007. Eurostat 63/2009

Exposure to one or more factors adversely affecting mental well-being and physical health in all participating countries						
who had	% of workers who are exposed to factors affecting mental well-being			% of workers who are exposed to factors affecting physical health		
	Men (%)	Women (%)	Total (%)	Men (%)	Women (%)	Total (%)
EU-15	28.8	28.7	28.7	46.5	32.5	40.2
EU-27	27.0	26.5	26.8	46.9	31.7	40.1
BE	14.7	14.4	14.6	23.5	14.2	19.4
BG	13.3	12.1	12.8	55.3	32.8	44.5
CZ	15.8	12.9	14.5	39.6	19.3	30.8
DK	19.1	23.9	21.3	26.0	28.3	27.1
DE	17.1	14.2	15.8	16.7	10.9	14.0
EE	16.0	18.8	17.4	53.7	32.7	43.3
IE	13.3	13.4	13.4	30.6	13.7	23.2
EL	15.7	13.7	14.9	50.7	26.9	41.4
ES	26.7	24.0	25.6	56.7	35.2	47.8
FR	48.5	49.7	49.0	76.7	62.3	70.0
IT	18.2	17.1	17.7	45.6	27.3	38.3
CY	45.1	40.7	43.1	59.1	34.1	47.8
LV	(u)	(u)	0.9	29.0	10.5	19.8
LT	18.3	20.0	19.1	38.9	18.9	29.0
LU	6.0	6.0	6.0	9.1	5.1	7.3
HU	13.9	14.6	14.3	36.7	18.2	28.3
MT	28.2	26.9	27.8	48.9	27.8	42.1
NL	38.4	34.7	36.7	43.9	32.8	38.8
AT	36.4	27.8	32.5	48.8	35.3	42.8
PL	26.3	23.3	24.9	56.6	33.7	46.3
PT	20.7	17.4	18.9	50.2	33.5	40.8
RO	18.2	18.4	18.3	47.5	34.5	41.6
SI	39.8	40.7	40.2	59.8	42.1	51.8
SK	15.6	11.3	13.7	35.8	13.8	26.1
FI	34.1	46.8	40.3	54.6	46.7	50.8
SE	37.9	42.7	40.2	50.4	45.0	47.8
UK	37.6	38.5	38.0	50.9	32.3	42.2
HR	16.7	14.4	15.7	46.0	20.7	34.9
NO	8.9	11.4	10.1	18.1	19.1	18.6

Exposición a uno o más factores que afectan negativamente el bienestar mental o físico en los países participantes. Labour Force Survey 2007. Eurostat 63/2009

Debe señalarse que si bien las cifras de declaración de EP en nuestro país se encuentran por debajo de los estándares de países del entorno o de la CE, y esto podría interpretarse como una excelente situación en el campo de la protección laboral, la situación española en cuanto a siniestralidad laboral muestra una situación radicalmente distinta.

Sin ser el objeto de este estudio, pero a los efectos de ilustrar que la situación en nuestro país en cuanto a siniestralidad laboral es de las más elevadas, y por la disparidad con una situación de baja declaración de EP es aun de mayor contraste, se expone a continuación

tabla indicativa del estado de los accidentes de trabajo en España y su situación comparada con países de la CE.

Standardised incidence rate of accidents at work by Member State, year and sex 9 NACE branches ⁽¹⁾ , more than 3 day's absence										
	1994			1995			1996			
	Total	Males	Females	Total	Males	Females	Total	Males	Females	
EU-15	4 539	5 990	1 936	4 266	5 534	1 864	4 229	5 458	1 924	
EUR-12 ⁽²⁾	:	:	:	5 061	6 630	2 168	4 966	6 466	2 237	
B	4 415	5 598	1 723	5 616	7 092	2 207	5 059	6 356	2 153	
DK	2 653	3 333	1 258	2 621	3 199	1 455	2 704	3 271	1 559	
D	5 583	7 513	2 165	5 249	7 027	2 069	5 069	6 772	2 178	
EL	3 709	4 752	1 524	3 468	4 539	1 310	3 763	4 679	1 493	
E	8 166	7 583	2 867	6 547	8 097	2 882	6 730	8 276	3 035	
F	5 515	7 289	2 383	5 123	6 812	2 182	4 964	6 559	2 185	
IRL	852	947	536	889	1 010	537	1 484	1 988	665	
I	4 641	5 719	2 179	4 193	5 141	1 984	4 179	5 125	2 012	
L	4 508	5 846	1 562	4 640	5 780	1 839	4 741	5 927	1 889	
NL	4 287	:	:	4 236	:	:	4 251	:	:	
A	5 259	7 280	1 977	5 451	7 320	2 380	3 554	4 582	1 874	
P	7 361	10 029	2 862	7 383	9 947	3 040	6 949	9 431	2 849	
FIN	3 914	5 235	1 717	3 629	4 735	1 698	3 372	4 463	1 527	
S	1 123	1 329	668	1 012	1 190	645	1 217	1 454	741	
UK ⁽³⁾	1 915	2 431	1 130	1 806	2 192	1 136	1 559	1 922	902	
NO	:	:	:	4 605	6 180	1 899	4 352	5 823	1 795	

Standardised incidence rate of accidents at work by Member State, year and sex 9 NACE branches ⁽¹⁾ , more than 3 day's absence										
	1997			1998			1999			
	Total	Males	Females	Total	Males	Females	Total	Males	Females	
4 106	5 291	1 865	4 389	5 258	1 893	4 088	5 253	1 909	EU-15	
4 826	6 279	2 168	4 901	6 255	2 192	4 764	6 197	2 184	EUR-12 ⁽²⁾	
4 933	6 205	2 069	5 112	6 455	2 201	4 924	6 215	2 116	B	
3 217	3 910	1 810	3 203	3 956	1 745	3 031	3 673	1 904	DK	
5 021	6 685	2 110	4 959	6 578	2 123	4 908	6 529	2 109	D	
3 309	4 433	1 180	2 936	3 826	1 110	2 740	3 654	979	EL	
6 402	7 838	3 019	7 073	8 039	3 476	7 027	8 632	3 499	E	
4 982	6 589	2 200	4 801	6 532	2 146	4 991	6 575	2 277	F	
1 654	2 216	712	1 433	1 961	594	1 291	1 706	829	IRL	
4 083	5 306	1 932	4 105	4 987	2 047	4 067	4 932	2 093	I	
4 627	5 848	1 895	4 719	5 969	1 967	4 973	6 384	1 998	L	
4 188	:	:	3 909	:	:	4 223	:	:	NL	
3 501	4 886	1 596	3 321	4 408	1 512	3 301	4 401	1 483	A	
5 523	7 202	2 583	5 505	7 343	2 477	5 048	7 042	1 852	P	
3 374	4 371	1 558	3 435	4 418	1 584	3 137	4 101	1 428	FIN	
1 074	1 274	669	1 329	1 543	882	1 425	1 674	807	S	
1 536	1 912	863	1 512	1 867	873	1 606	1 971	954	UK ⁽³⁾	
3 933	5 225	1 644	4 886	6 458	2 096	4 421	5 780	2 045	NO	

Tasa de incidencia estandarizada de accidentes de trabajo por estado, año y sexo. 9 ramas de actividades; más de 3 días de baja.

European Social Statistics 1994/2000. Accidents at work and work-related health problems

4.1.3. Causalidad de las Enfermedades Profesionales declaradas

Todas las fuentes disponibles apuntan en el mismo sentido en cuanto a la distribución de las causas que originan EP, siendo el origen de la mayoría de las enfermedades profesionales, los agentes físicos, y dentro de estos –también mayoritariamente- son las enfermedades osteomusculares las de mayor incidencia.

Para ofrecer una aproximación a las dimensiones de esta diferencia entre la incidencia de patología de carácter osteomuscular y el resto de patologías laborales, se recogen diversas fuentes de datos, indicadores y estudios de incidencia de esta causalidad en el marco de la Comunidad Europea.

Se apreciarán oscilaciones en los resultados, pero siempre dentro del criterio fundamental descrito al inicio: la principal causa de patología laboral está vinculada al aparato osteomuscular.

La principal fuente de información acerca de la incidencia y causalidad de la EP, tenemos que referirla al mecanismo oficial de control de estos sucesos, el Ministerio de Trabajo y su Observatorio de Enfermedades Profesionales. Los datos del Observatorio (actualmente) y del Ministerio de Trabajo (con anterioridad a la creación del Observatorio), son incontrovertibles.

	Incidencia Porcentual de EP según Causa	
	2001	2002
EP por agentes químicos	2.10 %	1.48 %
EP de la piel por agentes no incluidos anteriormente	9.12 %	7.86 %
EP por inhalación de sustancias	2.28 %	2.05 %
EP infecciosas y parasitarias	1.90 %	2.00 %
EP por agentes físicos	83.1 %	84.17 %
EP sistemáticas	0.03 %	0.06 %
No consta	1.41 %	2.35 %

Distribución causal y porcentual, por agentes de producción, de EP.
Ministerio de Trabajo (previo a la existencia de Observatorio de EP)

Una vez que se crea el Observatorio de Enfermedades Profesionales y entra en vigor el nuevo cuadro de E.P., la distribución causal por agentes, es la siguiente.

	Incidencia Porcentual de EP por causa		
	2007	2008	2009
EP por agentes químicos	4.36 %	6.02	5.22
EP por agentes físicos	83.34 %	90.10	77.58
EP por agentes biológicos	1.72 %	2.95	4.49
EP por inhalación de sustancias	3.18 %	5.08	5.03
EP de la piel por agentes no comprendidos en otros apartados	7.29 %	7.43	7.15
EP por agentes carcinógenos	0.09 %	0.37	0.42

Distribución porcentual y por causas de EP.
Observatorio de EP de la Seguridad Social.

A su vez, dentro de la predominancia de los agentes físicos sobre el resto de causas, destaca el porcentaje de patologías profesionales debidas a problemas osteomusculares.

Incidencia de la Patología osteomuscular sobre totales				
	2002	2007	2008	2009
Patología osteo muscular (*) Porcentaje sobre total Agentes Físicos	68.2 %	94.8 %	92.8 %	87.2 %
Patología osteo muscular (*) Porcentaje sobre total Enfermedades declaradas	57.4 %	79.1 %	74.7 %	68.7 %

(*) la patología osteomuscular recogida incluye los siguientes epígrafes de Agentes Físicos:

- B) Enfermedades osteoarticulares o angioneuróticas provocadas por vibraciones mecánicas
- C) Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión celulitis subcutánea
- D) Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo enfermedades por fatiga o inflamación de las vainas tendinosas de tejidos peritendinosos o inserciones musculares y tendinosas
- E) Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo arrancamiento por fatiga de apófisis espinosas
- F) Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo parálisis de los nervios debido a la presión
- G) Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo lesiones del menisco por mecanismos de arrancamiento y compresión asociados dando lugar a fisuras o roturas completas

Desde otra perspectiva, la incidencia de los diversos tipos de patologías, especialmente las de carácter osteomuscular en las EP en el marco de Unión Europea, queda reflejada en los cuadros que se expone a continuación.

El abordaje de las E.P en la Unión Europea y las definiciones legales de lo que es enfermedad profesional es diferente en cada uno de los estados miembros. Esta es una de las causas que dificultan una comparación directa, pues si bien existe una directiva marco que

propone un listado referente de E.P, las diversas legislaciones presentan particularidades que hacen que cualquier proceso de comparación esté descompensado.

Se recogen por ello, estudios o bien estadísticos o bien prospectivos que sirven para enmarcar la situación de las E.P en la comunidad europea.

**Proportion of work-related health problems by sex
1999, most serious health problem only⁽¹⁾, with or without days' absence from work,
percentage**

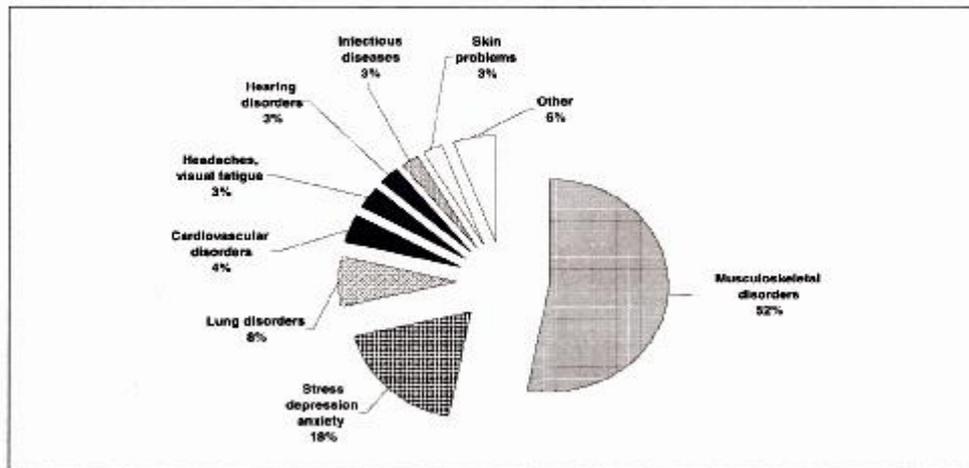
	EU-9 ⁽²⁾	DK	EL	E	I	L	P	FIN	S	UK
Males										
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Musculoskeletal disorders	51.4	57.3	38.8	53.0	50.3	44.3	45.6	58.6	59.7	44.1
Stress, depression, anxiety	16.5	8.4	10.7	7.3	12.6	7.3	15.2	11.2	14.2	30.5
Breathing and pulmonary disorders	6.4	4.6	17.5	12.6	10.3	12.6	11.3	11.9	6.6	3.7
Cardiovascular disorders	5.4	2.5	0.0	11.2	5.4	9.0	6.3	5.1	3.6	3.2
Hearing disorders	4.2	1.9	4.9	2.3	6.3	2.5	4.5	4.2	3.8	2.5
Headache, visual fatigue	2.8	3.3	9.2	2.1	4.4	7.7	2.3	1.6	1.7	2.9
Skin problems	2.4	1.6	14.1	1.1	3.2	3.7	4.4	2.9	1.0	2.5
Infectious diseases	2.3	3.3	0.0	1.6	3.0	6.1	2.2	1.2	1.2	2.8
Other	6.7	16.8	4.9	8.7	2.5	6.8	8.2	3.3	9.0	7.6
Females										
Total	100.0	100.0	:	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Musculoskeletal disorders	54.4	63.4	:	66.1	48.3	33.6	26.8	63.9	60.7	40.4
Stress, depression, anxiety	20.2	9.3	:	8.7	17.0	13.7	34.3	11.5	26.6	36.5
Breathing and pulmonary disorders	6.4	2.5	:	5.3	9.4	13.6	13.1	10.4	3.2	4.5
Headache, visual fatigue	3.7	3.3	:	2.1	6.6	8.0	7.5	2.5	1.7	4.5
Infectious diseases	2.8	3.1	:	1.4	5.3	9.1	0.8	1.4	1.8	3.6
Skin problems	2.8	2.3	:	1.3	3.7	1.1	4.2	3.7	2.3	1.9
Cardiovascular disorders	2.5	1.0	:	6.1	3.3	7.4	1.8	2.8	1.4	1.4
Hearing disorders	1.0	1.4	:	0.4	2.8	0.4	0.5	0.8	0.8	0.4
Other	6.4	13.1	:	8.7	3.8	13.0	10.9	2.9	7.4	6.8

Proporción de problemas de salud relacionados con el trabajo por único problema, por sexo, con o sin días de ausencia al trabajo. 1999.

European Social Statistics. Accidents at work and work-related health problems. European Commission, 2002

La expresión gráfica de la citada distribución de causas de problemas de salud relacionados con el trabajo en la Comunidad Europea por causas, es la siguiente.

**Work-related health problems by diagnosis group
EU-15, 1999, all NACE branches, most serious health problem only, with or without
days' absence from work, %**

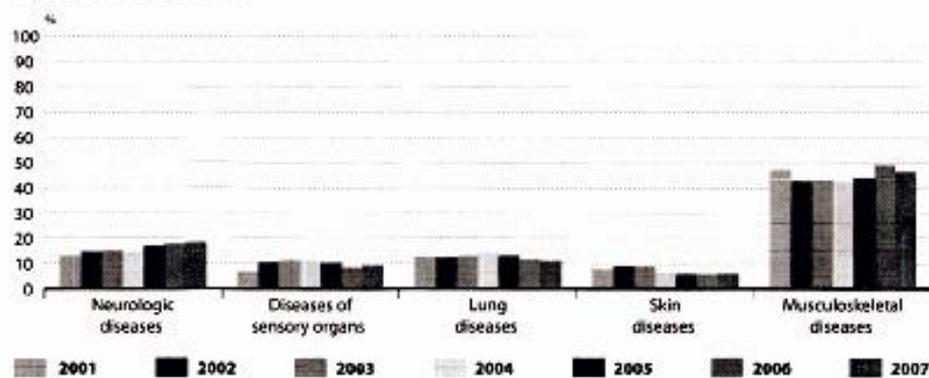


Problemas de salud relacionados con el trabajo por grupo diagnóstico; todas las ramas de actividad; se indican los problemas más serios de salud, con o sin ausencia al trabajo. Datos de la UE 15.

European Social Statistics. Accidents at work and work-related health problems. European Commission, 2002

Asimismo es muy significativa la expresión gráfica de la distribución de la incidencia de patología laboral por aparatos.

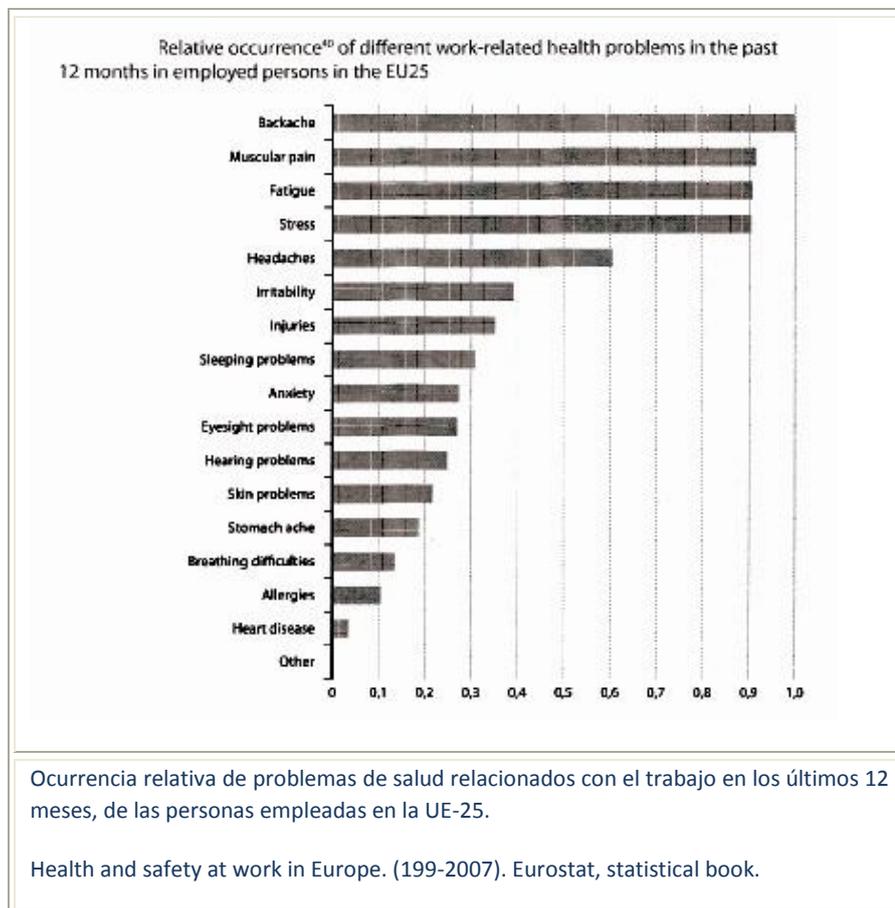
Contribution of five important diseases to the recognized occupational diseases in Europe (%)



Contribución de las cinco causas más importantes para el reconocimiento de enfermedades profesionales en Europa (en %):

Health and safety at work in Europe. (199-2007). Eurostat, statistical book.

Y por último, en esta serie aproximativa a la incidencia de la patología profesional en Europa, se muestra la incidencia de problemas de salud relacionados con el trabajo por categorías de patologías o localización determinadas.



4.1.4. Resumen normativo de las Enfermedades Profesionales

Las referencias normativas que hacen relación a las EP y –en un sentido más amplio- a la patología laboral, son las siguientes:

- Normativa No Vigente:
 - Ley de Enfermedades Profesionales de 13 de julio de 1936 (no llegó a ser aplicada)
 - Orden 9 de mayo de 1962; Enfermedades Profesionales: normas reglamentarias
 - RD 1995/1978 por el que se aprueba el cuadro de Enfermedades Profesionales en el Sistema de la Seguridad Social.
 - Anexo al RD 3772/1972 de 23 de diciembre con el cuadro de enfermedades profesionales y actividades susceptibles de producirlas. Complementaba el Reglamento General del Régimen Especial Agrario.

- Normativa Vigente:
 - Constitución Española, 1978. Artº 40.2. En carga a los poderes públicos velar por la seguridad y salud en el trabajo.
 - Texto Refundido de la Seguridad Social; RD 1/1994 Define las contingencias profesionales legalmente protegidas, prestaciones, deber de aseguramiento por parte del empresario.
 - Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales; señala el deber del empresario de protección de los trabajadores frente a los riesgos laborales.
 - RD 1273/2003 sobre cobertura de las contingencias profesionales en los trabajadores autónomos o por cuenta propia.
 - Recomendación 2003/670/CE relativa a la lista europea de enfermedades profesionales recomendada por la Comisión Europea.
 - RD 1299/2006 de 10 de noviembre por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro

Las principales novedades que aportaba la nueva regulación legal de las E.P (RD 1299/2006) eran estas:

- Incorpora el sistema de doble lista de la normativa comunitaria
- Amplía la lista original
- Establece un grupo de Enfermedades cuyo origen profesional se sospecha
- Prima el criterio del Agente Causante para la sistematización de las enfermedades
- El cuadro puede ser actualizado a través de una doble vía
- Propician la inclusión de muchos trastornos muy frecuentes (fundamentalmente músculo esqueléticos y derivados de posturas forzadas/ grupo 2 agentes físicos)
- Unifica el cuadro aplicable a los distintos regímenes de la seguridad social
- La comunicación de EP deber ser realizada por la Entidad Gestora (antes lo era por la empresa)
- La calificación como EP le corresponde al INSS
- Se establece un sistema de comunicación electrónica (Cepross)
- Los facultativos del Sistema Nacional de Salud tendrán obligación de comunicar la existencia de enfermedad que pudiera ser considerada profesional. La misma obligación tendrán los facultativos de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

4.2) DETERMINACIÓN DE UNIVERSO Y MUESTRA A ESTUDIAR

- 4.2.1. Estudio y selección de los grupos diagnósticos (CIE 9 MC) del Sistema de control y gestión de IT SagITario, con mayor probabilidad de incluir EP en coherencia con su estructura causal**

Para la selección de los casos a incluir en el presente estudio, se ha considerado la población total sobre la que, en una segunda fase, se va a proceder a la extracción de la muestra, procediendo a cuantificar la totalidad de procesos de Incapacidad Temporal que se han iniciado en el año 2009 y que han finalizado tanto en el propio 2009 como extendida su duración hasta causar alta en el año 2010, agrupados por códigos CIE 9 MC predeterminado en el sistema de control y gestión de la Inspección Médica.

Se ha empleado la base de datos del citado sistema SagITario, programa informático utilizado en la Inspección Médica/Sacyl que registra, entre otros, la casuística global de procesos de IT por contingencias comunes de todo el universo con derecho a esta prestación, en el que a cada proceso de IT se le asigna un código CIE 9 determinado en función del cuadro diagnóstico que provoca la baja laboral.

Se han excluido expresamente los casos en los que la contingencia profesional corre a cargo de la Entidad Gestora - INSS y que ha sido aceptada como tal, pues en este grupo de casos, escasísimos para Enfermedades Profesionales (10) y algo más significativos para Accidentes de Trabajo (307) no puede hablarse de inadecuación de clasificación, al haberse considerado realmente como procesos causados por contingencias profesionales.

En la mecanización de los partes, y por tanto alimentación e incorporación de la información sobre los procesos de IT, la codificación se realiza por múltiples agentes que intervienen en el proceso de gestión de la misma, lo que puede originar una gran variabilidad de situaciones en las que un mismo diagnóstico sea incluido y por tanto codificado, en diferentes grupos CIE 9 MC según diversos factores (personal que codifica, formación ...).

Así, un porcentaje de partes de baja son importados directamente desde el centro emisor (Centro de Salud) vía telemática y en ellos se recoge el diagnóstico y código expresado al confeccionar el parte en el programa MEDORA, de utilización en la mayoría de las consultas de los facultativos de Atención Primaria (todos los urbanos y los cabeceras de EAP en rurales).

Otros partes se codifican por los facultativos de Atención Primaria que en función de su criterio, adoptan la determinación de incluir el proceso en uno u otro grupo o subgrupo diagnóstico, o al expresar el diagnóstico clínico literal, el propio programa asigna un código que el facultativo acepta como válido.

Por último, una buena parte de procesos de IT se codifica directamente en la Inspección Médica por personal administrativo, con ayuda del sistema SagITario y apoyo de Médicos Inspectores en caso de dudas, discrepancias o incongruencias.

En definitiva el proceso de codificación puede presentar una gran variabilidad de resultados por lo que se ha optado por dar amplitud a los grupos diagnósticos que se han incluido en el estudio, con el objeto de no dejar fuera procesos que por, inadecuada codificación, pudieran haber sido incluidos en grupos que, a priori, sí se consideran susceptibles de enmascarar una posible relación profesional.

Dada la actual amplitud de enfermedades consideradas como profesionales en el nuevo cuadro vigente desde 2006, a la hora de proceder a seleccionar los casos a incluir en el

presente trabajo, se ha tenido en consideración la estructura laboral del área de Salamanca, con amplia dedicación a la agricultura y a los sectores de la construcción y hostelería, donde la frecuencia de patología músculo-esquelética es de gran incidencia, y se ha considerado criterio de mayor seguridad no extender la inclusión a la totalidad de grupos diagnósticos que pudieran tener un origen profesional en cualquiera de los entornos, descartando grupos diagnósticos en razón a su casuística ajena al medio laboral de nuestro contexto laboral.

Haber incluido todos los diagnósticos que pueden ser tipificados como profesionales en un momento dado en relación con determinadas patologías, podría haber condicionado un relevante sesgo en la selección de la muestra, siendo lo más previsible que se encontrara en una gran mayoría de casos una falta de relación causal trabajo-patología. Por ello se ha tratado de evitar la intervención de otras variables no controladas en el grupo de procesos sobre los que se ha seleccionado la muestra.

Como ejemplo de esta situación, se pueden citar las rinoconjuntivitis, afección que puede ser considerada como enfermedad profesional en relación a determinadas actividades, pero que en nuestro medio probablemente la gran mayoría de rinoconjuntivitis sean de origen común. Si en la muestra tomada aleatoriamente se incluyeran procesos con este u otros diagnósticos de estas características, es fácil pensar que la gran mayoría de ellas hubieran sido comunes.

Ofrece mayor seguridad el criterio de convencimiento de que, de las afecciones osteomusculares, una importante proporción de ellas sea causada, agravada o favorecida por la actividad laboral, y que los casos existentes puedan presentar o excluir una relación laboral con un mayor grado de certeza.

Extender el estudio a la totalidad de casos susceptibles de, en un determinado suceso, tratarse como EP, hubiera sesgado el resultado y restado aplicabilidad al trabajo.

Debido a la complejidad de los sistemas músculo-esqueléticos y a la diversidad de factores que pueden incidir en el desarrollo de patologías relacionadas con los mismos, los procesos por patología músculo-esquelética pueden ser calificados como enfermedades profesionales, como accidentes laborales y como enfermedades comunes, existiendo una importante controversia sobre su calificación.

Distintos estudios aportan información al respecto. Según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, de un total de 10.057 expedientes revisados en 2006, los médicos del INSS, consideraron como enfermedad profesional 3.523 de los partes declarados por las Mutuas como enfermedad común, lo que supone un 35% de los casos. Esto indica que más de la tercera parte de las consideradas contingencias comunes por parte de las mutuas, tendrían realmente un origen laboral.

Por ello, la selección de procesos susceptibles de enmascarar una EP se ha centrado exclusivamente en el grupo de afecciones de origen osteomuscular, con amplitud de criterio en la inclusión de diagnósticos.

Decidido este primer criterio prioritario y básico inicial sobre grupos a incluir en el estudio, se trata de poner de manifiesto la totalidad de casos que figuran como procesos de IT por contingencias comunes (CC.CC) para de ellos extraer los que, por las características de la patología osteomuscular causante, puedan ser susceptibles de enmascarar un proceso de probable origen profesional encubierto, dentro de los grupos diagnósticos considerados más factibles.

De ello no se puede deducir que en los diagnósticos no incluidos como susceptibles, no hayan quedado enmascarados procesos de origen laboral, pero en cualquier caso serían ya minoritarios.

A partir de la primera relación de procesos en la que se obtuvo la información global para todo el año 2009, se ha procedido a aplicar varios filtros, con mayor rango de depuración en cada ocasión, al objeto de obtener al final, la población con procesos de IT de grupos diagnósticos, según clasificación CIE 9 MC utilizada en el SagITario, todos referidos a patología osteomuscular, a los que mayoritariamente podrían pertenecer las EP que pueden quedar enmascaradas bajo la denominación de común.

Se ha realizado la selección siguiendo varias etapas:

- En una primera revisión, la más voluminosa, se han eliminado de forma genérica todos los procesos de patología músculo-esquelética que se alejan determinadamente de la consideración de enfermedad profesional, aquella patología que nada tiene que ver con una relación laboral.
- Un segundo paso fue excluir aquellos casos que aún existiendo posible consideración como EP, por ser un diagnóstico que en determinadas condiciones laborales puede tener esta tipificación, se trata de cuadros clínicos que, como se ha apuntado con el caso de las rinoconjuntivitis, mayoritariamente en nuestro medio son de origen común, sin que eso signifique que todos los codificados bajo estos epígrafes lo sean.
- En una tercera fase se han excluido grupos o subgrupos diagnósticos que pertenecen al área patológica común con otros diagnósticos considerados como susceptibles, es decir patología músculo-esquelética, pero que se escapan de la consideración estricta de grupo susceptible por las razones que a continuación se exponen.
- En una cuarta y última etapa de filtro, ya minoritaria, se excluyen puntuales procesos de IT por medio de la aplicación de otros criterios específicos de exclusión/selección dentro de grupos diagnósticos que en principio podrían ser incluidos en la consideración de profesional.

En estas sucesivas fases de selección se han aplicado determinados criterios:

1º/ Se han excluido en general:

1.1 - Procesos que aún pudiendo ser considerados como profesionales con relación a determinadas actividades laborales, en nuestro medio sin embargo, el mismo diagnóstico se da mayoritariamente bajo la consideración de común.

1.2 - Procesos diagnósticos que producidos en el entorno laboral, se engloban en el concepto clásico de AT: fracturas, esguinces y luxaciones, heridas y amputaciones.

1.3 - Procesos que reflejan patología de origen degenerativo:

- osteoartrosis general y/o localizadas
- espondilitis anquilosante

1.4 - Procesos secundarios a causas o entidades nosológicas específicas que si bien pueden ser causadas en determinadas circunstancias por patología de origen osteoarticular, y por tanto ser susceptibles de patología laboral, su vinculación resultaría tremendamente dificultosa y se han considerado en principio ajenas al origen profesional:

- Vértigos y mareos en general y específicamente Vértigo Menière, Vértigo posicional paroxístico, Vértigo por alteración laberíntica
- Quiste sinovial
- Condrocálcinosis

1.5 - Trastornos de origen hereditario:

- Neuropatías hereditarias

1.6 - Trastornos de origen autoinmune:

- Reumatismo
- Artritis de Reiter
- Artropatías por LES

1.7 - Trastornos relacionados con alteración de estructuras anatómicas:

- Luxaciones recidivantes
- Espolón calcáneo
- Deformaciones adquiridas (salvo implicación postural)
- Exóstosis no especificadas

1.8 – Procesos que se encuadran dentro del concepto de enfermedades relacionadas con el trabajo, patología contraída por el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, y por tanto deriva directamente de la realización del trabajo, pero que no están reflejadas en el Cuadro oficial de EP. En ocasiones debieran quedar incluidas en el concepto de accidentes de trabajo, siempre que se pruebe que la enfermedad tuvo por causa exclusiva el trabajo.

2º/ Se ha considerado la inclusión de determinados procesos, todos ellos en algún momento admitidos en el vigente cuadro de EP, en los diagnósticos:

2.1 - Codificados bajo epígrafes inespecíficos, genéricos, o poco definidos en los grupos pertenecientes a patología osteoarticular, muscular o neurológica. Dado el conocimiento de la variabilidad en la consideración por parte de los MAP y de codificación, se puede afirmar que estos diagnósticos podrían encubrir con mayor probabilidad procesos cuyo origen podría incorporarse al ámbito laboral). Entre ellos:

- Otros procedimientos de rodilla y cadera
- otras exploraciones y descompresiones de canal medular
- alteraciones de la espalda no especificada
- otros trastornos de cartílago y hueso
- anormalidad de la espalda
- otro dolor crónico
- anormalidad en la marcha
- artroscopia no especificada
- artrodesis de articulaciones no especificadas
- sustitución de articulación

2.2 - Traumatismos: artritis traumáticas, por poder ser reflejo de actividades laborales que supongan la presencia de microtraumatismos rutinarios y/o repetitivos sobre una determinada estructura osteomuscular

2.3 - Todos los derivados de patología preferentemente inflamatoria de origen neuromuscular, articular, de tendones, bursas, vainas, sinovial, cartílagos....

2.4 - Deformidades adquiridas: dedo en gatillo, por poder tener su origen en una repercusión del tipo y características de actividad laboral que requiera posición fija mantenida o movimientos viciados y/o forzados en determinada posición de dedos

2.5 - Procesos quirúrgicos relacionados con patologías osteomusculares de grupos diagnósticos incluidos: artroscopias, intervención quirúrgica sobre desgarros meniscales, hernias discales, patología tendinosa,....

2.6 - Trastornos tendinosos: ganglión, por considerar que su presencia podría ser debida a una afectación de vaina tendinosa por exigencia de manejo profesional

2.7 - Procesos de los grupos diagnósticos incluidos y que presentan una duración muy corta: por considerar que pudiera tratarse de procesos leves y repetidos, o haber sido casos que inicialmente se tramitaron como común para pasar a ser en escasos días admitidos como profesionales

4.2.2. Obtención de asegurados en baja laboral durante el año 2009 por cada uno de los grupos diagnósticos seleccionados

En el año estudiado (2009) se tramitaron un total de 21.089 procesos de IT/CC.CC sobre una población activa de 137.647 (media anual).

Fijados los criterios a considerar, del total anterior se procedió a obtener listado agrupado por diagnósticos de todos los procesos en cada uno de los grupos diagnósticos incluidos.

Una vez finalizada la etapa de selección del total de casos se obtiene un listado de 4.514 casos totales (21,40 % de la totalidad de procesos de IT del periodo), con una amplia relación de epígrafes diagnósticos susceptibles de pertenecer a procesos producidos por el ambiente laboral.

El resumen agrupado por procesos de similar origen y repercusión clínica, queda reflejado en el **ANEXO A** (se recoge más adelante), en el que se exponen para cada conjunto de grupos diagnósticos, el número de procesos encontrados en los grupos diagnósticos seleccionados y su porcentaje sobre el total de dichos procesos.

Asimismo, aplicando la distribución que cada grupo supone en el total de casos, y en función del valor numérico de la muestra, calculado según figura en el siguiente punto, se refleja en dicho **ANEXO A** el nº de casos de cada grupo que se extrae para su análisis exhaustivo y aplicación de los criterios de inclusión/exclusión.

4.2.3. Cálculo de la muestra: selección aleatoria de muestra significativa de estos asegurados. Para una significación del 95 % ($\alpha= 0,05$) y una precisión del 2,5%.

Se procedió a la extracción de una muestra significativa, aplicando la fórmula descrita, obteniendo el total de casos seleccionados para analizar bajo criterios prefijados y determinar su posible origen laboral, o por el contrario, mantener el origen común del proceso de IT.

Se efectúa el cálculo aplicando la fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} = \frac{4514 * 0,182476}{0,025^2 (4513) + 0,182476} = 273,75$$

Se toman 274 casos como nº de procesos a analizar, y con el grado de significación definida, determinar qué procesos de la muestra corresponden a patología laboral, pudiendo realizar posteriormente extrapolación al universo estudiado.

4.2.4. En función del cálculo de muestra anteriormente indicado, se ha estimado un estudio de muestra de 300 casos

Se optó por ampliar a 300 los casos inicialmente seleccionados para aplicar la metodología de obtención de la información, dado que se sospechaba la existencia de procesos que tendrían que ser desechados por no disponer de historia clínica, falta de localización del trabajador (ausencia, traslado, fallecimiento...) o que del estudio de la

documentación y de la entrevista no pudiera inferirse un resultado determinante para las variables analizadas.

En la realización del trabajo de campo, una vez se alcanzó la revisión del número de casos calculados para una muestra significativa, es decir 274, se detuvo el estudio del resto de casos.

Tomando como referencia el valor porcentual de la distribución de los distintos grupos diagnósticos en el total de los casos seleccionados, se aplica dicha proporción en la distribución encontrada al valor absoluto de la muestra seleccionada, dando como resultado el número de casos a seleccionar de cada grupo diagnóstico para realizar el análisis de la información dirigida a constatar la posible existencia de nexo causal entre actividad laboral y cuadro clínico que provoca la incapacidad temporal.

El resultado del cumplimiento de criterios en cada caso de la muestra seleccionada, queda reflejado en el **ANEXO B** (se expone más adelante).

4.3) CRITERIOS Y METODOLOGÍA DE ANÁLISIS PARA CALIFICACIÓN DE CASOS COMO ENFERMEDAD PROFESIONAL

- Análisis de los casos y detección de los provenientes de EP. Definición de criterios bajo los que se analiza y su posible calificación como EP.

Tras obtener la muestra anterior, para la obtención de datos necesarios y aplicar criterios definidos previamente se ha recurrido a diversas fuentes de información:

- archivo del sistema informático SagITario utilizado en la Inspección Médica/Sacyl y alimentado con la información procedente de los partes de baja y confirmación, y de las sucesivas anotaciones que se realizan en los correspondientes controles y actuaciones de la propia Inspección Médica
- revisión de historias clínicas de atención primaria
- entrevistas y anamnesis a través de contactos telefónicos realizados a pacientes que a lo largo del año del estudio han sufrido un proceso de IT por un cuadro diagnóstico susceptible de encuadrarse como EP.

Se analizó el Cuadro de EP vigente desde 2006, extrayendo dentro del Grupo 2, específicamente las del aparato músculo-esquelético: EP causadas por agentes físicos, relacionando la patología con la actividad desarrollada, a efectos de rechazar o admitir cuáles de los casos de la muestra cumplen los criterios fijados para imprimir tal carácter al caso. Se excluyeron, dentro de este mismo Grupo 2, las que se corresponden con enfermedades de

otros sistemas o aparatos distintos al músculo-esquelético. Esta relación se recoge en el **ANEXO C** (se expone más adelante).

Los criterios que se han establecido para la determinación de la contingencia y que se han aplicado a la muestra seleccionada aleatoriamente quedaron definidos de la siguiente manera:

- 1- empresa para la que trabaja (actividad laboral)
- 2- edad
- 3- puesto de trabajo (actual y anteriores)
- 4- existencia de antecedentes del mismo origen
- 5- tareas que realiza
- 6- factores de riesgo a los que está expuesto
- 7- tiempo de exposición (toda la jornada, parcialmente, diario, a días alternos)
- 8- medidas de protección (si utiliza o no)
- 9- utilización de EPI (equipos de protección individual)

Una vez obtenida la información máxima posible de los archivos y de las historias clínicas, se recurre a la entrevista, a efectos de completar información que no se recoge en ninguno de los puntos de asistencia del paciente. A través de este procedimiento, se complementa la información obtenida en el anterior procedimiento.

El trabajador ha sido preguntado:

1. en qué trabaja
2. con qué trabaja
3. cómo trabaja
4. dónde trabaja
5. desde cuándo trabaja (antigüedad en el puesto)
6. relación con descanso (> 15 días)

Para la investigación de situaciones específicas del Grupo 2, mayoritariamente considerado como el más probablemente susceptible de proceder de causa profesional, se han añadido las preguntas relativas a la presencia en su actividad laboral de agentes físicos:

1. posturas de hombro, codo, muñeca, dedos:
 - flexión, extensión, elevación, rotación, abducción, aducción
2. movimientos repetitivos:
 - a. en ciclos < de 30"
 - b. tareas en que en el 50% del ciclo se realizan movimientos similares
3. Cargas: levantar, colocar, empujar, traccionar, desplazar
4. Aplicación de fuerzas: ligero, moderado, duro, muy duro

5. Factores organizacionales relacionados con trastornos músculo-esqueléticos: sobrecarga de trabajo, ausencia de pausas, trabajo nocturno, falta de control sobre la tarea, falta de apoyo social

Una vez finalizada la fase de recogida de datos a través de los medios descritos, se procedió a desechar aquellos en los que la información obtenida no fue suficiente para posibilitar la adopción de decisión de encuadrar la patología como procedente de origen laboral.

De la información obtenida por las diferentes vías establecidas, tres criterios se han considerado de obligado cumplimiento para otorgar carácter de profesional a la baja laboral:

- actividad laboral de la empresa relacionada en el cuadro de EP
- tiempo de antigüedad en el puesto de trabajo, según tabla
- mejoría con periodos de descanso > 15 días

Patología producida por agentes físicos	Tiempo mínimo de exposición
Enfermedades osteoarticulares provocadas por vibraciones mecánicas	5 años
Bursitis	1 mes
Patología tendinosa crónica del manguito de los rotadores. Epicondilitis. Epitrocleititis. Tenosinovitis. Dedo en resorte	6 meses
Arrancamiento por fatiga de apófisis espinosas	6 meses
Parálisis de nervios debidos a presión: síndrome de túnel carpiano, de Guyon, de canal epitrocleo-olecraneano, compresión del nervio ciático popliteo externo, parálisis del radial,	De algunas horas (ciático poplíteo externo) a varios meses (túnel carpiano)
Lesiones de menisco por arrancamiento y compresión asociados	3 meses

Así como en la selección de grupos diagnósticos, dentro de las afecciones osteomusculares, se ha mantenido una suficiente amplitud que diera opción a la inclusión de procesos que por su inespecífica o equívoca codificación pudieran tratarse como laborales, en cuanto a la exigencia de los criterios se ha tratado de ser exigentes en su cumplimiento, siendo admitidos exclusivamente los casos que demostraban tener presentes los 3 criterios básicos definidos como excluyentes.

La última fase de este proceso consistió en el traslado de la información obtenida a la planilla de casos de la muestra, para determinar la incidencia de procesos que por cumplimiento de los tres criterios obligados, otorga validez a la hipótesis planteada de la existencia de procesos considerados como contingencia común y que derivan de enfermedad profesional.

La valoración realizada se efectúa en base al siguiente esquema:

- 0: no cumple criterio
- 1: cumple criterio
- 2: no es posible determinar

ANEXO A: GRUPOS DIAGNÓSTICOS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO

Códigos CIE 9 /1 MC	Síndromes y Cuadros Diagnósticos	Nº de Procesos	% sobre el total	Nº casos en la muestra
04.43; 337.0; 337.1; 358.8; 354; 354.0; 354.1; 354.2; 354.3; 355.6; 355.8; 355.9; 357.9	Túnel carpiano; Neuropatías periféricas, trastornos raíces y plexos, neuritis y mononeuritis, lesiones nervios	110	2,44	7
Criterios inclusión/exclusión: Se incluyen procesos de afectación nerviosa por compresión y/o inflamación, así como los procedimientos quirúrgicos para su reparación. Se excluyen procesos indefinidos de afectación de raíces y médula espinal, otros dolores crónicos y distonías no especificadas.				
710; 711.94; 711.97; 713; 713.8; 714.9; 716; 716.10; 716.11; 716.14; 716.15; 716.16; 716.5; 716.54; 716.57; 716.59; 716.6; 716.60; 716.61; 716.64; 716.66; 716.67; 716.8; 716.9; 716.90; 716.91; 716.94; 716.96	Artritis inflamatoria; artropatías y poliartropatías inflamatorias. Artropatías traumáticas y artropatías no especificadas, poliartritis y monoartritis no especificadas	181	4,00	12
Criterios inclusión/exclusión: Se incluyen los diagnósticos que pueden reflejar patología articular inflamatoria de origen traumático por considerar posible la producción en base a microtraumatismos de repetición sobre articulaciones afectadas. Se excluyen orígenes inmunológicos o etiologías específicas.				
717; 717.0; 717.40; 717.49; 717.5; 717.7; 717.8; 717.89; 836.0; 836.1; 836.2	Desgarros y otras alteraciones de menisco y rodilla, condromalacia de rótula, desgarro de cartílago rodilla	97	2,15	6
Criterios inclusión/exclusión: Se considera que todos los procesos codificados como alteraciones de cartílago de articulación de rodilla y patología de menisco puede encontrarse inmersos en circunstancias de origen laboral si se cumplen criterios de actividad.				
718; 718.4; 718.41; 718.48; 718.5; 718.56; 718.80; 719; 719.0; 719.00; 719.06; 719.07; 719.17; 719.25; 719.4; 719.40; 719.41; 719.42; 719.44; 719.45;	Trastornos articulares, contracturas, anquilosis, derrames, hemartrosis, sinovitis, dolor articular, rigidez articular, dificultad en la marcha	419	9,28	28

719.46; 719.47; 719.48; 719.49; 719.51; 719.78; 719.81; 719.83; 719.97				
Criterios inclusión/exclusión: Se incluye toda la patología articular que pueda reflejar respuesta a sobrecarga, posturas forzadas, y/o posiciones mantenidas. Se excluyen luxaciones.				
Códigos CIE 9 /1 MC	Síndromes y Cuadros Diagnósticos	Nº de Procesos	% sobre el total	Nº de casos en la muestra
720.2; 720.8; 720.9; 721; 721.0; 721.3; 721.4; 721.5; 721.9; 721.90	Sacroileitis, espondilopatías inflamatorias, espondilosis con/sin mielopatía, pinzamientos vertebrales	66	1,46	4
Criterios inclusión/exclusión: Se incluye toda la patología sacrolumbar que pueda reflejar respuesta a sobrecarga, posturas forzadas, y/o posiciones mantenidas. Se excluye patología anquilosante específica				
722; 722.0; 722.1; 722.10; 722.11; 722.2; 722.5; 722.6; 722.73; 722.9; 722.91;722.93	Trastornos disco intervertebral con/sin mielopatía, desplazamiento disco, degeneración de disco	165	3,66	11
Criterios inclusión/exclusión: Queda incluido cualquier tipo de proceso codificado bajo epígrafes de alteraciones discales de cualquier tipo por considerarse posible su producción directa o indirecta originada por repercusión de determinada actividad laboral				
723; 723.0; 723.1; 723.3; 723.4; 723.5; 723.8	Otras alteraciones de columna cervical, estenosis espinal cervical, cervicgia, síndrome cervicobraquial, neuritis o radiculitis braquial, tortícolis, otros síndromes de región cervical	519	11,50	35
Criterios inclusión/exclusión: Incluye cualquier proceso del segmento de columna cervical, con o sin afectación neurológica.				
724; 724.00; 724.1; 724.2;	Otras alteraciones de espalda no	1.978	43,82	132

724.3; 724.4; 724.5; 724.6; 724.7; 724.79; 724.8	especificadas, estenosis espinal, dolor columna vertebral, dolor de espalda, lumbago, ciática, neuritis o radiculitis lumbosacra, alteración de sacro y cóccix			
Criterios inclusión/exclusión: Incluye cualquier proceso del segmento de columna lumbo-sacro, con o sin afectación neurológica. Se excluye polimialgia reumática				
726; 726.0; 726.1; 726.10; 726.11; 726.12; 726.2; 726.3; 726.31; 726.32; 726.33; 726.4; 726.5; 726.6; 726.60; 726.61; 726.64; 726.65; 726.7; 726.70; 726.71; 726.72; 726.8; 726.9; 726.90	Tendinitis, capsulitis, síndromes de vainas, trastornos de bolsas y tendones, tenosinovitis (articulación específica), entesopatías (articulación concreta), epicondritis, bursitis (específicas)	379	8,40	25
Criterios inclusión/exclusión: Incluida la patología genérica codificada como entesopatía que se utiliza como codificación genérica de multitud de procesos en los que se afecta el sistema músculo esquelético. Se excluye espólón calcáneo y exostosis				
Códigos CIE 9 /1 MC	Síndromes y Cuadros Diagnósticos	Nº de Procesos	% sobre el total	Nº casos en la muestra
727; 727.0; 727.03; 727.04; 727.05; 727.06; 727.09; 727.2; 727.3; 727.41; 727.42; 727.43; 727.6; 727.61; 727.65; 727.67; 727.68; 727.8; 727.9	Otros trastornos sinoviales, de bursas y tendones, sinovitis y tenosinovitis, dedo en gatillo adquirido, bursitis ocupacional, bursitis no especificadas, quiste sinovial; ganglión articular, ruptura tendinosa	123	2,72	8
Criterios inclusión/exclusión: Se incluye toda patología inflamatoria de vainas, tendones, afectación de bolsas serosas por microtraumatismos repetidos, roturas tendinosas parciales o completas producidas por sobrecarga. Dedo en resorte. Se excluyen quistes sinoviales poplíteos				
728; 728.2; 728.6; 728.8; 728.83; 728.85; 728.89; 728.9; 729.1; 729.2; 729.4; 729.5; 729.8; 729.89; 729.9	Trastornos de músculo, ligamento y fascias, debilitación muscular por desuso, contractura, espasmos musculares, rupturas atraumática muscular, mialgia y miositis no especificada, neuralgia, neuritis y radiculitis no especificada, fascitis, dolor en extremidades, otros	384	8,51	26

	síntomas músculoesqueléticos			
Criterios inclusión/exclusión: Incluida toda la patología de fatiga o afectación inflamatoria muscular, abarcando desde la mialgia hasta la ruptura atraumática. Procesos inflamatorios neurálgicos. Se excluye patología músculo nerviosas de origen reumático				
732; 732.9; 733.9; 733.90; 737.10; 737.3; 737.30; 737.39; 737.8; 738; 738.4; 738.9; 756.12; 77.26	Osteocondropatías, otros trastornos no especificados de hueso y cartílago, cifosis postural no especificada, escoliosis, otras deformidades adquiridas, espondilolistesis, otras desviaciones de columna, osteotomía en cuña	31	0,69	2
Criterios inclusión/exclusión: Se incluye patología osteocartilaginosa, deformaciones de columna que puedan haberse producido por malposición mantenida. Osteotomía en cuña por poder tratarse de requerimiento quirúrgico de patología osteocondral de rodilla.				
80.2; 80.20; 80.25; 80.26; 80.27; 80.50; 80.51; 80.6; 81.47; 82.52; 84.99; 952.9; 955.4	Artroscopia (distintas localizaciones), excisión disco intervertebral, otra reparación de rodilla, resección tendones mano, otra operación sobre aparato músculo esquelético, lesión médula espinal sin lesión vertebral, lesión nervio musculocutáneo	62	1,37	4
Criterios inclusión/exclusión: Se incluye procedimientos quirúrgicos de reparación de lesiones osteoarticulares. Se excluyen las sustituciones de articulaciones por ser mayoritariamente debidas a patología degenerativa				
TOTAL GRUPOS CIE/9	Todos los diagnósticos	4.514	100	300

ANEXO B: TABLA DE REGISTRO DE RESULTADOS

Caso	1 Actividad	2 Antigüedad	3 Mejoría	Caso	1 Actividad	2 Antigüedad	3 Mejoría
1	0	1	0	41	0	0	1
2	0	2	0	42	0	1	1
3	0	1	1	43	0	2	0
4	0	1	1	44	0	1	0
5	1	0	0	45	0	0	2
6	0	0	0	46	0	0	0
7	0	0	0	47	0	0	0
8	0	0	1	48	0	0	1
9	2	0	0	49	0	0	0
10	0	1	1	50	1	1	0
11	0	1	1	51	0	1	1
12	0	1	0	52	0	1	1
13	1	1	2	53	0	1	1
14	1	1	0	54	1	1	0
15	0	0	1	55	0	0	1
16	0	0	1	56	1	0	1
17	0	0	1	57	1	0	1
18	1	1	0	58	0	1	1
19	1	0	1	59	0	0	1
20	0	1	0	60	0	1	1
21	1	1	2	61	0	0	0
22	2	1	1	62	0	2	0
23	0	0	0	63	0	1	0
24	0	0	1	64	0	0	1
25	1	0	0	65	0	1	1
26	0	1	0	66	1	1	1
27	1	1	0	67	0	1	1
28	1	1	0	68	0	1	1
29	0	1	0	69	0	0	1
30	2	1	1	70	0	0	1
31	0	1	0	71	1	2	0
32	1	1	1	72	0	1	0
33	0	1	1	73	0	1	0
34	0	1	1	74	0	1	0
35	0	1	1	75	0	0	0
36	1	0	0	76	2	0	1
37	0	2	0	77	0	1	0
38	1	1	0	78	1	1	0
39	0	1	1	79	0	0	1
40	0	0	1	80	0	0	1

Caso	1 Actividad	2 Antigüedad	3 Mejoría	Caso	1 Actividad	2 Antigüedad	3 Mejoría
81	0	0	1	121	0	1	0
82	1	1	0	122	1	1	0
83	0	1	1	123	0	1	1
84	0	1	2	124	0	1	1
85	1	1	2	125	2	2	1
86	0	1	0	126	0	2	1
87	0	1	0	127	0	0	1
88	2	2	0	128	0	0	1
89	0	0	0	129	0	0	0
90	0	0	1	130	1	1	0
91	1	1	2	131	0	1	0
92	1	0	1	132	0	1	0
93	0	1	0	133	1	0	0
94	2	0	0	134	0	0	1
95	0	1	0	135	1	0	1
96	0	0	0	136	1	1	0
97	1	0	1	137	0	1	0
98	1	0	1	138	0	1	0
99	0	2	1	139	0	1	0
100	1	1	0	140	0	0	0
101	0	1	1	141	0	1	0
102	0	1	1	142	0	1	0
103	0	0	1	143	0	0	1
104	0	0	0	144	0	0	0
105	0	0	0	145	0	1	0
106	0	0	1	146	2	0	0
107	1	0	1	147	0	1	1
108	0	0	1	148	0	2	1
109	1	1	1	149	0	1	0
110	1	1	1	150	0	2	1
111	0	0	1	151	1	0	1
112	0	0	1	152	1	1	2
113	2	0	0	153	0	1	1
114	0	1	0	154	0	1	1
115	0	1	0	155	0	1	1
116	1	1	0	156	1	1	0
117	0	1	0	157	0	0	0
118	0	1	0	158	1	0	1
120	1	1	2	159	0	0	1

Caso	1 Actividad	2 Antigüedad	3 Mejoría	Caso	1 Actividad	2 Antigüedad	3 Mejoría
160	0	0	1	200	0	0	0
161	0	1	1	201	0	0	1
162	0	1	1	202	0	1	1
163	0	1	0	203	0	1	1
164	0	1	0	204	0	0	0
165	0	1	0	205	0	1	1
166	1	2	0	206	0	1	1
167	0	0	0	207	0	1	1
168	0	0	0	208	0	1	1
169	1	0	0	209	0	1	1
170	0	0	0	210	0	0	1
171	2	0	0	211	1	0	1
172	1	0	0	212	1	0	1
173	2	1	1	213	0	0	1
174	0	0	1	214	1	0	1
175	0	1	1	215	1	1	0
176	0	1	1	216	0	1	0
177	2	1	1	217	0	1	0
178	0	1	1	218	0	1	0
179	0	0	0	219	1	1	2
180	0	1	0	220	2	1	0
181	1	1	1	221	0	1	0
182	0	1	0	222	0	1	0
183	1	1	0	223	1	0	0
184	0	1	0	224	1	0	0
185	0	1	0	225	0	0	0
186	0	0	0	226	1	1	0
187	0	1	1	227	2	1	0
188	0	1	1	228	0	1	0
189	2	0	0	229	0	1	0
190	0	0	0	230	0	1	0
191	0	0	1	231	0	0	2
192	0	1	1	232	0	1	0
193	0	1	0	233	0	1	0
194	0	0	1	234	0	1	0
195	0	0	1	235	0	1	0
196	0	0	1	236	0	0	1
197	1	1	0	237	1	0	0
198	1	1	1	238	1	0	1
199	1	0	0	239	1	0	1

Caso	1 Actividad	2 Antigüedad	3 Mejoría	Caso	1 Actividad	2 Antigüedad	3 Mejoría
240	1	1	1	271	0	1	0
241	0	0	1	272	1	0	0
242	1	1	2	273	0	0	2
243	2	1	2	274	0	0	0
244	0	1	0				
245	1	1	2				
246	1	1	2				
247	0	2	2				
248	1	1	1				
249	0	1	2				
250	0	2	2				
251	0	1	1				
252	0	1	0				
253	2	1	1				
254	2	1	0				
255	2	0	1				
256	2	0	1				
257	1	1	0				
258	0	0	1				
259	1	0	0				
260	1	0	0				
261	0	0	0				
262	2	1	2				
263	1	1	1				
264	1	1	2				
265	0	1	0				
266	0	1	1				
267	0	1	1				
268	0	1	1				
269	2	1	0				
270	0	1	0				

4.4) ENCUESTA A MAP SOBRE CONOCIMIENTO NORMATIVO Y CRITERIOS DE ACTUACIÓN ANTE ENFERMEDADES PROFESIONALES Y SU RELACIÓN CON LA IT

Para conocer cuáles son los criterios de decisión de los MAP en su práctica cotidiana en cuanto a incluir un determinado evento como EP o como enfermedad común –y siempre referido a la extensión de una baja laboral ante posible incapacidad temporal-, se realizó Encuesta de opinión sobre determinados extremos.

Ámbito: Atención Primaria

Se aplicó Encuesta específica a facultativos de los Centros de Salud de Salamanca.

Se remitieron cuatro encuestas a cada uno de los 37 Centro de Salud

Los resultados, en resumen, fueron los siguientes:

▪ Datos generales de la Encuesta:

- Nº de Centros de Salud del Área de Salamanca:	37
- Nº de Centros de Salud seleccionados:	37
- Nº de Médicos de Atención Primaria	334
- Nº de facultativos a los que se remite encuesta:	148
- Porcentaje de MAP seleccionados/total	44.3 %
- Nº de encuestas remitidas	148
- Nº de Encuestas recibidas cumplimentadas:	106
- Porcentaje de respuesta:	71,6 %
- Porcentaje de respuestas / total MAP Área	<u>31,7 %</u>

PERFIL	Nº Total respuestas	Porcentaje %
Ejercicio profesional de 1 a 5 años	37	34.9
De 6 a 15 años	17	16
Más de 15 años	52	49.1
Ejercicio Rural	68	64.1
Urbano	30	28.3
Semiurbano	8	7.6

ENCUESTA	Nº Total respuestas	Porcentaje %
1- Conoce la Normativa de Enfermedades Profesionales		
SI	25	23.6
NO	81	76.4
2- Conoce el Cuadro de Enfermedades Profesionales		
SI	27	25.5
NO	79	74.5
3- Decisión adoptada ante paciente con patología profesional		
Extiende baja laboral ordinaria	4	3.8
Lo remite a Mutua	49	46.2
Se informa sobre entidad responsable de E.P.	53	50
4- Ha recibido formación/información sobre E.P.		
SI	11	10.4
NO	95	89.6
5- Conoce procedimiento a seguir ante posible E.P.		
SI	39	36.8
NO	67	63.2
6- Ha detectado en último año algún paciente con E.P.		
SI	21	19.8
1 caso	5	4.7
de 2 a 4 casos	13	12.3
5 ó más casos	3	2.8
NO	85	80.2
7- Conoce que es la "Notificación de sospecha"		
SI	6	5.7
NO	100	94.3
8- Iniciativa que toma ante paciente no de baja y con posible E.P.		
Lo remite a Inspección Médica	26	24.5
Lo remite a entidad responsable del paciente	62	58.5
Extiende baja laboral	1	0.9
Ninguna si no precisa baja laboral	17	16.1
9- Cuantos casos incluidos en la pregunta anterior ha tenido 1 año		
ninguno	82	77.4
de 1 a 3	23	21.7
más de 5	1	0.9
10- Cuantos pacientes tiene ahora con E.P. y/o en tratamiento		
ninguno	79	74.6
de 1 a 3	16	15.1
más de 5	3	2.8
no sabe	8	7.5

5) RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1) Resultados encontrados de inadecuación de casos

Se considera que son procesos susceptibles de ser considerados con origen laboral cuando de la información obtenida se puede concluir que están presentes los 3 criterios siguientes:

1. Tipo de actividad de características similares a las contempladas en el cuadro de EP para esa determinada patología
2. Antigüedad en el puesto de trabajo: cuando el trabajador lleva desempeñando la actividad un tiempo superior al establecido para cada diagnóstico
3. Relación con el descanso: si se manifiesta una mejoría en la patología existente en periodos de más de 15 días alejado del trabajo, bien por periodos de vacaciones o de incapacidad temporal (baja laboral)

En el caso de incumplimiento de alguno de ellos se califica como proceso de origen común, es decir, para ofrecer un alto nivel de exigencia en la asignación cierta de casos al origen profesional, sólo se valora criterio de certeza si se dan simultáneamente las 3 condiciones descritas.

RESULTADOS TOTALES:

1. No cumplen ningún criterio	42 casos	15,33 %
2. Cumplen criterio nº 1.....	70 casos	25,55 %
3.- Cumplen criterio nº 2.....	151 casos	55,11 %
4.- Cumplen criterio nº 3.....	121 casos	44,16 %
5.- Cumplen 2 criterios:	94 casos	34,31 %
6.- Cumplen los 3 criterios exigidos:.....	9 casos	3,28 %

Del apartado anterior se detecta la presencia de 9 casos en los que se está en condiciones de afirmar la existencia de relación causal entre la actividad laboral y la patología presente en el trabajador, con los estrictos requerimientos de exigencia definidos de tiempo de actuación de la actividad laboral causal y mejoría con la separación del foco. Se describen los nueve casos hallados. Todos ellos tenían su protección de CC.PP. con Mutuas:

Caso 1: CIE 9 MC 354.0: Síndrome del Túnel Carpiano. Varón de 34 años. Trabajador empleado en matadero industrial, con manejo de herramientas de despiece, jornada laboral completa con realización de movimientos rotatorios repetidos del brazo y movimientos de pronosupinación de muñeca constantes en su actividad.

Caso 2: CIE 9 MC 719.46: Dolor articular en pierna. Gonalgia por lesión meniscal. Trabajador de 51 años, con varios años de trabajo en el sector de construcción en empresa de instalación de suelos de madera y otros materiales, con realización de trabajo continuado en posición de cuclillas para la colocación del ensolado.

Caso 3: CIE 9 MC 717.7: Condromalacia rotuliana. Patología articular de rodilla por fisura de menisco. Peón de la construcción de 41 años, con tareas propias de su oficio y específicamente requerimiento de hiperflexión de rodillas, posición de cuclillas.

Caso 4: CIE 9 MC 719.41: Dolor articular de hombro. Varón de 45 años. Trabajador de la construcción, montador de estructuras de ferralla. Realiza actividad continuada con movimientos repetidos de tensión de los brazos en posición de elevación, maniobras de levantar y alcanzar las estructuras, sin prácticamente descanso, por el tipo de trabajo y contrato de obra. Tendinitis de la articulación acromiohumeral.

Caso 5: CIE 9 MC 724: Alteraciones de la espalda. Trabajadora de 55 años de empresa de limpieza, que realiza tareas continuas de flexión dorsolumbar, con carga de pesos moderados y posiciones forzadas y repetitivas del segmento lumbar, con permanentes inclinaciones y giros de columna. Discopatía lumbar que se inició a los seis años de empezar a trabajar, evolucionó progresivamente desde su inicio, cada vez con más severidad.

Caso 6: CIE 9 MC 724.3: Ciática. Espondilolistesis y lesión de apófisis espinosas. Varón de 49 años. Trabajador en finca ganadera, encargado de cuidado y manejo de ganado, vaquero con realización de actividad continuada de montar y desmontar, con continuos y permanentes microtraumatismos en región lumbar, con mantenimiento de posturas forzadas, sobreesfuerzos y movimientos bruscos o imprevistos, y manipulación de cargas para atención de ganado.

Caso 7: CIE 9 MC 726.32: Epicondilitis lateral. Varón de 50 años que inicia actividad como trabajador forestal sin patología previa. Utilización de máquina desbrozadora y motosierra para limpieza y desbroce de maleza en el monte, con aplicación de vibración directa sobre el brazo,

movimientos continuados y repetitivos de pronación y supinación contra resistencia, para manejo de la maquinaria. No antecedentes de patología artrósica.

Caso 8: CIE 9 MC 716: Otras artropatías. Mujer de 37 años, diestra, empleada en empresa de limpieza, que tras 18 meses de trabajo inicia cuadro de periartrosis escapulo-humeral derecha. Realiza actividad repetitiva de movimiento de rotación y abducción y flexión del hombro requerido para el manejo de instrumentos de limpieza, y sobre todo de cristales de altura, con mantenimiento de los brazos en posición elevada.

Caso 9: CIE 9 MC 727.2: Bursitis ocupacional. Mujer de 33 años. Bursitis prerrotuliana. Trabajadora en hostelería, que tras dos años cambia de actividad pasando a desarrollar labores de limpieza de escaleras con zonas angulosas que requieren apoyo constante de rodillas para evitar posturas de flexión mantenida de rodillas. Aparece la bursitis a los dos meses de iniciar esta nueva actividad.

5.1.1. Cálculo de incidencia de inadecuaciones y su extrapolación al área. Cuantificación del volumen de casos que debían haber sido encuadrados en el ámbito de la consideración de enfermedad profesional

Sobre la base de la muestra estudiada (274 casos) la existencia de 9 procesos que se definen como enfermedad profesional origina una incidencia de 3,28%.

Extrapolando el nivel de incidencia detectada en el estudio (3,28%) de EP en los casos atendidos como enfermedades comunes, al total del universo seleccionado como potencialmente más probable de enmascarar EP, es decir a los 4.514 casos, obtendríamos que presumiblemente existen en este universo, 148 casos de EP no calificadas como tales, y que indebidamente se han imputado a patología de origen común.

Estos 148 casos de EP supondrían el 0,70% del total de bajas laborales causadas en durante un año en el área de Salamanca (21.089 procesos totales de IT/CC).

5.1.2. Resultados y Discusión de la Encuesta a MAP:

- El porcentaje de respuestas absoluto es del 71 %, más elevado del porcentaje esperable y del habitual en este tipo de consultas. Asimismo supone el 32 % de los facultativos (MAP) del primer nivel asistencial, encontrando que el volumen de respuesta es representativo del colectivo, es significativo.

- Casi la mitad de los MAP encuestados tienen una experiencia dilatada en su profesión (superior a 15 años). Una tercera parte (35%) solo tienen una experiencia entre 1 a 5 años.
- La mayoría de los facultativos pertenecen al ámbito rural (64%) y una tercera parte (28%) al urbano.
- Como conclusiones globales de relevancia pueden señalarse que los MAP:
 - mayoritariamente no conocen la normativa sobre E.P.
 - no conocen mayoritariamente el Cuadro de E.P.
 - no han recibido formación/información sobre E.P.
 - no conocen procedimiento a seguir ante una E.P.
 - no conocen el significado de “notificación de sospecha”
 - afirman mayoritariamente no tener casos de E.P.
- Se evidencian algunas contradicciones respecto a la actitud de los MAP al extender baja por contingencia común a pacientes con patología profesional, pues en la pregunta 8, sólo reconoce realizar esta práctica el 0,9% mientras que en la pregunta 3, reconoce hacerlo el 3.8%.
- Todas las respuestas orientan a un amplio desconocimiento por parte de los MAP de la normativa reguladora de las E.P, del Cuadro actual de E.P. y afirman no recibir ni formación ni información sobre este aspecto.
- No se conocen los procedimientos a seguir ante una posible E.P. y de forma más concreta la gran mayoría (casi un 95%) no conoce lo que es una notificación de sospecha (sospecha de E.P.)
- La mayoría de los facultativos (del 75 al 77%, según tipo de pregunta) afirman no tener actualmente ni haber tenido en el último año ningún paciente con E.P o con sospecha de E.P. Esta respuesta es coherente con lo respondido –también mayoritariamente (80%)- indicando no haber detectado en el último año ningún paciente con E.P.
- Es mayoritaria la conducta de remitir al paciente que puede presentar una patología laboral a la posible entidad gestora responsable (en torno al 50% de los facultativos) o bien a la Inspección Médica (25%).

DISCUSIÓN

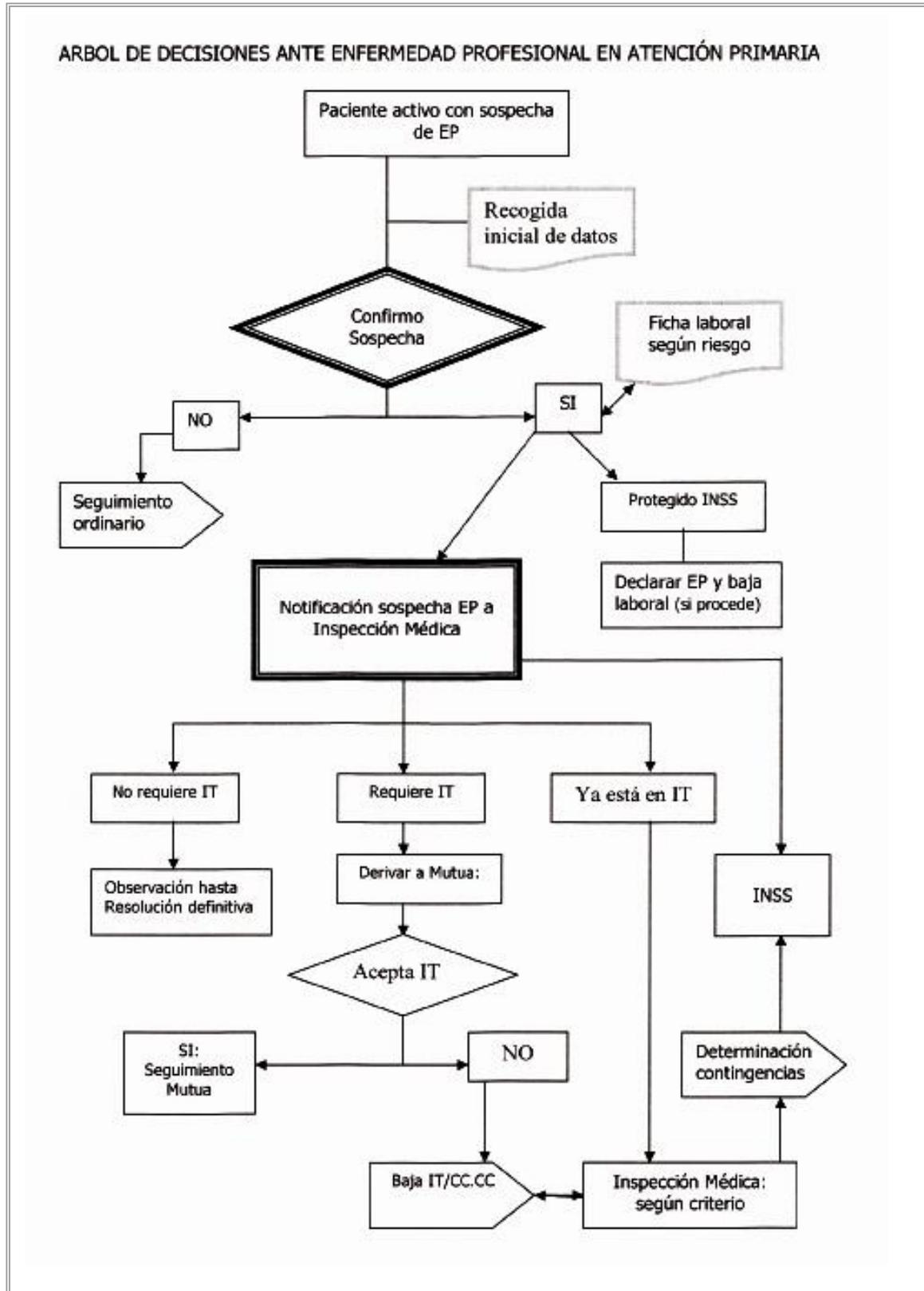
- Se constatan unos bajos niveles de declaración de EP en nuestro país, existiendo una disminución del número de declaraciones desde la entrada en vigor del nuevo cuadro de EP a finales del año 2006.
- En el Área de Salud de Salamanca, los niveles de declaración de EP se sitúan ostensiblemente por debajo de la media nacional, 2.00/10.000 frente al 8.51.
- Todos los esquemas comparativos del nivel de declaración de EP en España respecto a países del entorno, orientan una infradeclaración que puede situarse al menos en un 50 %; es decir se declararían en el mejor de los casos un 50 % de las EP existentes.
- Todos los datos y estudios disponibles apuntan a que la mayor incidencia de EP se presenta en relación a los denominados agentes físicos (del 78 al 83%) y dentro de este grupo, la gran mayoría de patología se centra en el aparato osteomuscular, en torno al 70 % del total de EP.
- A pesar de la nueva regulación de las EP, ampliando el cuadro de las mismas, las actividades que las originan, mejorando los medios de notificación e introduciendo mecanismos presuntamente correctores de la infradeclaración tradicional, no se ha logrado hacer aflorar el volumen real de EP.
- El actual estudio se centró en seleccionar 300 pacientes para ser estudiados 274, entre los que presentaban patologías osteoarticulares –correspondientes a diagnósticos CIE 9 muy depurados- en baja por enfermedad común, seleccionándose un universo de pacientes en baja por CC.CC y donde potencialmente se podían encontrar pacientes de baja derivada de EP. Este universo ascendió a 4.514 procesos.
- Que se aplicó metodología definida para determinar si de la muestra elegida los pacientes presentaban un cuadro susceptible de ser calificado como EP.
- Que el resultado de la aplicación de dicha metodología (criterios de posible EP) a la muestra seleccionada (para una significación del 95% y una precisión del 2,5%) fue de un 3,28 % de EP. Es decir entre la muestra estudiada de pacientes en baja por enfermedad común, el 3,28% de ellos tiene su origen en una enfermedad profesional.
- Que aplicando este valor de incidencia de EP en los casos existentes de IT por enfermedad común, 148 casos del universo seleccionado de 4.514 episodios son derivados de EP y por tanto protegidos inadecuadamente por Sacyl.

- Que el número de casos que presumiblemente son EP osteoarticulares incluidas como CC.CC. suponen un 0,70 % del total de bajas protegidas por el Servicio Regional de Salud, en el Área de Salamanca y durante el año 2009.
- Que de considerarse este número de casos inadecuadamente incluidos como CC.CC. como CC.PP. (148 más 15 previamente declaradas) el número de EP supondría una Tasa de EP que se comenzaría a aproximar a los estándares europeos, situándose en 12,53/10.000 (Francia: 17,13/10.000).
- Que ni el nuevo cuadro de EP de 2006, ni la normativa para mejorar la gestión de la IT ha logrado incrementar el número de casos de EP declarados específicamente como CC.PP, manteniéndose estos casos subsumidos dentro de los atendidos por el SRS y siguiendo considerándose como enfermedad común.
- Que es significativo el elevado nivel de desconocimiento de los facultativos de Sacyl de la legislación sobre EP, y en concreto del cuadro de EP y de los mecanismos para poder notificar la sospecha de existencia de éstas. Es decir una gran mayoría de facultativos de AP –los que primero y en mayor número de ocasiones ven a los pacientes- no conocen qué enfermedades se consideran profesionales ni a qué actividades corresponden. Asimismo tampoco conocen qué trámites seguir en caso de sospechar la existencia de una patología profesional.
- Al desconocimiento del cuadro de EP y actividades que las producen, se asocia la complejidad de los circuitos y trámites que deben seguirse para el reconocimiento de EP, desmotivando esto aun más a los MAP para la adecuada orientación de estos eventos. Institucionalmente Sacyl, no ha desarrollado mecanismos específicos de notificación de sospecha y/o de circuitos definidos y que faciliten o simplifiquen la actuación del facultativo.
- Se elabora en este trabajo -puede constituir el núcleo de otras acciones precisas para mejorar la situación descrita-:

Diseño de diagrama de flujo que simplifica y mejora la capacidad de decisión

5.2) PROPUESTA DE CIRCUITO DE GESTIÓN DE SOSPECHA DE EP.

Diseño de Procedimiento de actuación
Diagrama de flujo de decisiones



6) CONCLUSIONES

Tras la aparición de la nueva normativa de gestión de IT, y tras la aplicación del nuevo cuadro de Enfermedades Profesionales, siguen existiendo un importante porcentaje de bajas laborales de origen profesional calificadas y en baja como enfermedad común.

Si se calificaran como enfermedad profesional aquellas bajas incluidas inadecuadamente como enfermedad común, las tasas de incidencia de EP se aproximarían en gran medida a los valores de países de nuestro entorno.

La nueva normativa no ha logrado mejorar la gestión de IT y que se incluyan como bajas correspondientes a CC.CC. solamente aquellas que obedezcan a esta contingencia, persistiendo la infradeclaración de EP al estar incluidas como EC.

Conclusión encuesta MAP

Tres cuartas partes de los facultativos de atención primaria, no conocen la normativa sobre Enfermedades profesionales ni el Cuadro vigente de E.P.

Un 90 % de los MAP afirman no recibir ni formación ni información sobre las Enfermedades Profesionales.

Más de la mitad de los facultativos -63%- no conocen el procedimiento a seguir ante una Enfermedad Profesional, y de forma más concreta, el 95% desconoce lo que es el trámite de “notificación de sospecha” (notificación básica ante un paciente con sospecha de padecer E.P).

Tres cuartas partes de los MAP afirman no tener ningún paciente con Enfermedad Profesional.

Conclusión Final

La nueva normativa de gestión de IT no ha logrado mejorar en la práctica la gestión de esta prestación, persistiendo una gestión inadecuada y como consecuencia una inclusión inadecuada de bajas de origen profesional en el conjunto de las bajas por enfermedad común.

7) BIBLIOGRAFÍA

1. Desigualdades interterritoriales en la compensación de las enfermedades profesionales en España de 1990 a 2007.
M. García Gómez. R. Castañeda López. Ministerio de Sanidad y Consumo.
Gac. Sanit. 2009, 23 (5): 373 – 379
2. Enfermedades profesionales desde una perspectiva sanitaria.
P. García Fortea. Subdirector Médico HMI-HRU (Málaga)
Jornadas de salud laboral sobre EP. CC.OO. dic. 2009
3. ¿Es enfermedad profesional? Criterios para su calificación.
C. Guillé Subirán, C. Ortega Molina.
Ibermutuamur, 2008
4. Estadísticas Europeas sobre Enfermedades Profesionales; Evaluación de los datos piloto de 1995. Antti Karjalainen. Simo Virtanen.
Instituto Finlandés de Salud Laboral, 1999. /Eurostat
5. Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España.
Ana M. García. Rafael Gadea. Arch. Prev. Riesgos Laborales; 2004, 7 (1): 3 – 8
6. European social statistics. Accidents at work and work-related health problems.
Data 1994-2000.
European Commission. Population and social conditions. 2002.
7. European Union Labour Force Survey 2007.
Module accidents at work and work-related health problems.
Eurostat. Statistic in focus. 623/2009. Population and social conditions.
European Commission.
8. Guía para la comunicación de sospechas de enfermedades profesionales.
SISVEL (Sistema de Información Sanitaria y Vigilancia Epidemiológica Laboral)
Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. 2010.
9. Health and safety at work in Europe. 1997-2007. A statistical portrait.
Eurostat. Statistical book. 2010 edition.
European Comisión. Employment, Social Affaire and Equal Opportunities.
10. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
EODS (European Occupational Diseases Statistics). Estadísticas Europeas de enfermedades profesionales.
11. Las Enfermedades Profesionales desde la perspectiva de la Seguridad Social.
F. Cavas Martínez.
Proyecto de investigación realizado al amparo de la Orden TAS/940/2007.

12. Procedimiento para la comunicación de sospecha de enfermedad profesional.
Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la salud Laboral
Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral
Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior
Ministerio de Sanidad y Política Social.
Documento de trabajo. Versión final. Abril-2010
13. Real Decreto 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro
14. www.seg-social.es (Estadísticas/ Observatorio de las Enfermedades Profesionales)
Cuadros resumen de Enfermedades Profesionales

6.3. Diseño de Guía para toma de decisiones por el Médico de Atención Primaria en pacientes de baja laboral derivada de cardiopatía isquémica aguda y crónica

INDICE

	Pag
1) RESUMEN	110
2) INTRODUCCIÓN	111
3) MATERIAL Y MÉTODOS	115
4) PROTOCOLO	117
5) RESULTADOS Y DISCUSIÓN	124
6) CONCLUSIONES	125
7) BIBLIOGRAFÍA	126

1) RESUMEN.

Dentro del proyecto de elaboración del “*Protocolo de decisión clínica en cardiopatía isquémica aguda y cardiopatía isquémica crónica*”, creado como instrumento de coordinación entre los niveles de Atención Primaria y Atención Especializada, y especialmente como elemento de mejora de la prestación asistencial en estas cardiopatías isquémicas en el Área de Salud de Salamanca (ASS), se planteó la elaboración de un tercer protocolo de ayuda al control y toma de decisiones para estos pacientes con cardiopatía isquémica, aguda y crónica, y que se encontrasen en situación de Incapacidad Temporal (IT).

Dado el alto porcentaje que las cardiopatías isquémicas representan sobre el total de las bajas derivadas de patología cardíaca, así como su elevada duración media, y teniendo presente además que esta patología isquémica supone un volumen apreciable tanto sobre el total de bajas laborales, como especialmente sobre su duración, se aborda la elaboración de un Protocolo de decisión que permita al Médico de Atención Primaria (MAP) abordar con rigor y eficacia el acto de emitir alta en estos pacientes, y todo ello garantizando los niveles de calidad de la actividad clínica al establecer un procedimiento con soporte especializado.

2) INTRODUCCIÓN.

La Cardiopatía Isquémica constituye una de las causas más frecuentes de morbimortalidad en nuestro medio. Es una entidad que tiene un enorme impacto en el individuo que la padece, en su calidad de vida y en su futuro personal, laboral y social. Este trabajo se enmarca en la repercusión de estos procesos dentro del ámbito laboral.

Las aisladas reseñas bibliográficas sobre prevalencia de esta patología se refieren casi exclusivamente a la angina de pecho, y ofrecen una prevalencia en España (2012) estimada alrededor de un 7,4 %.

Los estudios sobre tasas de incidencia de cardiopatía isquémica en España ofrecen datos con una amplia horquilla. Se manejan datos para individuos de 25 a 74 años que oscilan entre 135-210 nuevos casos anuales por cada 100.000 varones y entre 29-61 por cada 100.000 mujeres. Su coste total (2011) alcanza los 1.948,89 millones de euros/año, de los que 187,05 millones (9,60%), son imputados a pérdida de productividad laboral por Incapacidad Temporal (coste directo).

No se han encontrado estudios contrastados en los que se ofrezcan cifras de incidencia específica de cardiopatía isquémica en personas en edad laboral activa (tramo de edad entre 18-65 años; las publicaciones y estadísticas de tasas de incidencia aportan información de población entre 25-75 años), subsidiarias de baja laboral, y no es posible cotejar si los procesos, catalogados como tal en el sistema de información de Incapacidad Temporal del Área de Salud de Salamanca (ASS), SagITario, asignados a códigos CIE 9 y relativos a este ámbito diagnóstico (cardiopatía isquémica), sean similares a otras áreas de salud. Únicamente puede ofrecerse el dato hallado en el Sistema de Salud Navarro. Considerando la población afiliada y la incidencia de procesos de IT por cardiopatías isquémica, se alcanza un valor de 66,69 casos /100.000 afiliados/año, siendo superior este dato para el área de Salamanca, en el que el valor llega a 89,06 casos /100.000 afiliados/año. Valorando la estructura demográfica de ambas regiones, con una población más envejecida en nuestro medio, y dado que la incidencia de cardiopatía isquémica se incrementa a medida que avanza la edad, podría explicarse esta diferencia por la mayor población de edad más avanzada en Salamanca frente a la masa trabajadora de menor edad en Navarra.

Tampoco se han encontrado estudios de duración desde el inicio de la baja laboral hasta la reincorporación al trabajo tras sufrir un evento cardiaco isquémico. Sólo se ha encontrado una referencia para procesos globales, cuyo dato (valor medio de 10,97 meses) no sirve de referencia, al incluir todo tipo de eventos cardiovasculares, aunque sí se apunta la referencia a que la prevalencia del Infarto Agudo de Miocardio (IAM) supone el 68,2% de la IT por enfermedad cardiaca, cifra sustancialmente coincidente con los datos hallados en este estudio.

Existen diversos ámbitos asistenciales donde se han desarrollado protocolos de atención al dolor torácico o a la cardiopatía isquémica, tanto aguda como crónica, valorándose que se trata de clínica susceptible de ser atendida siguiendo criterios que ayuden a evitar la variabilidad asistencial y minimizar los daños derivados de estas patologías, por otra parte frecuentes.

En la concepción y desarrollo de este proyecto de carácter clínico y asistencial en el Área de Salud de Salamanca, se pone de manifiesto que el árbol de decisión sobre atención al dolor torácico de origen isquémico cardíaco, debe ser completado con el diseño de un protocolo que ayude a tomar decisiones basadas en elementos rigurosos, objetivos y actualizados en los casos de pacientes en edad laboral, por su repercusión en procesos de incapacidad temporal.

Se ha estimado la necesidad de elaborar el presente protocolo, fundamentalmente por los siguientes motivos:

- La escasez de estudios y datos sobre la incidencia y prevalencia y duración media de incapacidad temporal por cardiopatía de origen isquémico y su peso en el conjunto de procesos de baja laboral por cardiopatías en las áreas de salud del SNS, y su variabilidad en las duraciones.
- La cardiopatía isquémica aguda y crónica, representa la patología cardíaca más frecuente en los casos de bajas laborales de origen cardíaco. Viene a suponer más de la mitad de las bajas de todos los procesos de origen cardiopático. Del análisis de datos del sistema de registro y control de Incapacidad Temporal para el ASS se objetiva que la cardiopatía isquémica aguda y crónica representa el 55,61 % del total de bajas laborales encuadradas bajo códigos CIE 9 de origen cardíaco (1), y más aún, este porcentaje consume el 65,03% del total de días en baja laboral del conjunto de procesos de origen cardíaco. Además, la duración media de las bajas tramitadas alcanza un valor de 169,62 días, frente a la expresada para el conjunto de bajas tramitadas en el ASS de todos los diagnósticos, que se queda en 102,03 días. Es decir, la duración media de las bajas por cardiopatía isquémica excede un 66% a la reflejada para el conjunto de bajas del Área.
- El manejo de los pacientes en IT derivada de cardiopatía isquémica por los Médicos de Atención Primaria viene a ser habitualmente extremadamente cautelosa, demorándose en general la adopción de la decisión del alta laboral, en ocasiones, hasta no disponer del expreso consentimiento del especialista, por el temor a posibles daños con la incorporación del paciente a su actividad laboral habitual. Lo mismo cabe decir respecto al seguimiento de estos procesos por la Inspección Médica (IM).
- La información clínica facilitada por los servicios especializados de cardiología, en general exponiendo evolución clínica, datos, índices o valores de uso habitual de su nivel especializado, no siempre es suficientemente bien encajada en la valoración habitual manejada en los ámbitos de Atención Primaria e Inspección Médica.
- La duración de los procesos de cardiopatía isquémica aguda y crónica, viene a estar así sistemáticamente elevada respecto a los estándares recomendados. En el caso del ASS las duraciones medias de los códigos analizados para el año 2013 (se describen en el siguiente apartado) alcanzó la cifra media de 169,62 días. La duración estándar o recomendable establecida (Manual de Tiempos Estándar de IT. INSS 2009) (23) oscila entre 30 días (códigos CIE 9 del 411 al 414), 90 días (código 410) o la máxima de 120 días (para el código 410.0). Estos valores en los casos de las bajas en el ASS se superan con creces, siendo para los CIE 9 - 411 a 414 de 141,18 días, y para el código CIE 9- 410 un valor de 190 días de duración media.

- Los pacientes con procesos de cardiopatía isquémica tienden a hacerse dependientes de los servicios de cardiología, en cuanto a sus revisiones periódicas, por lo que los facultativos de Atención Primaria se relajan o disminuyen su nivel de intervención en el proceso, trasladando la responsabilidad al especialista ó a la IM.
- La incorporación temprana de estos pacientes con cardiopatías isquémicas a su trabajo habitual, previa comprobación de determinados criterios clínicos y requerimientos laborales, ayuda a una mejor recuperación y evita la aparición de problemas y complicaciones secundarias de algún tipo, singularmente las vinculadas a la esfera psíquica, situaciones depresivas y minusvaloración del propio paciente hacia su capacidad personal.
- El alargamiento indebido de situaciones de IT implica un aumento del consumo de recursos, tanto económicos directos –derivados de la propia IT- como asociados a la organización del trabajo. Se viene a estimar que los costes derivados de la IT vinculados a la reordenación de la organización del trabajo, sustituciones, efectos colaterales en el entorno del trabajador e ineficiencias derivadas del aprendizaje de sustituto del paciente-trabajador, suponen más del doble del coste directo por la indemnización económica derivada de la baja laboral. No obstante, éste no sería el objetivo fundamental de ajustar la situación de IT a su duración adecuada, sino los beneficios para el propio paciente –antes citados- y para el sistema de salud, donde se evitarían asimismo consultas y consumos innecesarios.
- La regulación normativa de la gestión de la IT se realiza sobre una teórica orientación a una más adecuada incidencia y duración de los procesos de baja, creando instrumentos como los Manuales de Tiempos Estándar, pero su solo enunciado, no supone una mejora en la gestión de las bajas labores, y como se indica más arriba, careciendo de instrumentos específicos para la gestión de ciertas patologías –como las cardiopatías isquémicas-, el mero enunciado de su duración en un manual, se ve superado por la duración real, influido por las circunstancias señaladas (complejidad, temor a consecuencias, difícil valoración, dificultad de coordinación AP-AE...).

Incidencia isquemia cardiaca en bajas laborales

De la explotación del programa SagITario y para una población de 108.908 afiliados (universo subsidiario de proceso de Incapacidad Temporal), se obtuvieron los siguientes valores:

Año evaluado: 2013. Área de Salud de Salamanca

Total población del área: 345.548

Total Población afiliada y con derecho: 108.908 (31,52% del total de la población)

Códigos CIE 9	Nº Procesos	Días baja	Media Días baja/ proceso	Duración Manual INSS	% desviación Duración real / Duración ideal
429.9	7	1.865	266,4	30	
410	46	8.782	190,9	60,6	
410	1	365		90	
410.90	45	8.417		60	
411	6	1.056	176	30	
411	1	365		30	
411.1	5	691		30	
413.9	7	898	128,2	30	
414	31	4.258	137,3	30	
414.8	1	103		30	
414.9	30	4.155		30	
786	7	782	111,7	10.4	
786.50	4	632		7	
786.51	3	150		15	
Total	104	17.641	169,62	42,21	401,8 %

	Total población con derecho	Total Origen cardiaco	% sobre total bajas	Origen Isquémico	% sobre total cardiacas	Origen NO isquémico	% sobre total cardiacas
Nº Total bajas	14.276	187	1.31 %	104	55.61 %	83	44.39 %
Días total de baja	2.832.266	27.128	0.96 %	17.641	65.03 %	9.487	34.97 %
Media días de baja	102.03	145,07		169,62		114,30	

3) MATERIAL Y MÉTODOS.

Para abordar el volumen y las características de los casos en los que debería ser aplicado el protocolo que se trataba de gestar, y avalar así la pertinencia de su elaboración y la aplicación del citado procedimiento de decisión, se procedió a la explotación de la base de datos del sistema SagITario, empleado en el Servicio de Inspección del ASS y común para toda la de Inspección del Sacyl.

Mediante explotación del programa SagITario, a través de filtrado de los grupos CIE-9 previamente seleccionados, se extrajo el número de casos de procesos que iniciaron una baja laboral durante el año 2013, tomándose como referencia la relación de códigos del sistema CIE-9 (versión utilizada en el programa SagITario). A continuación se detallan los grupos de patología cardiaca, y sus diferentes subgrupos, diferenciando la de origen isquémico de la correspondiente a otras causas no isquémicas.

En este punto, es preciso aclarar que existen dudas en lo que respecta a la calidad de la codificación, en el sentido de que un mismo proceso puede asignarse a varios subgrupos de la CIE-9, y no existen garantías de que el mismo cuadro diagnóstico, en distinto paciente, sea siempre enmarcado en el mismo subgrupo.

Por otra parte, cabe apuntar que se han excluido determinados grupos diagnósticos, a priori correspondientes a cardiopatías No Isquémicas, por tratarse de patologías extremadamente infrecuentes y no haber encontrado ningún caso asignado a ellos. Tal es el caso de cardiopatías anecdóticas o inexistentes, secundarias o asociadas, bien a procesos infecciosos (códigos 074, 093, 115, 112,) o bien a otras patologías con mayor o menor repercusión cardiaca pero de origen no directamente cardiaco (códigos 39, 415, 416, 417, 674).

GRUPOS DIAGNÓSTICOS / CARDIOPATÍAS INCLUIDOS EN EL ESTUDIO. CIE-9.

CAUSA CON ORIGEN ISQUÉMICO		CAUSA CON ORIGEN NO ISQUÉMICO	
TOTAL GRUPOS	TOTAL SUBGRUPOS	TOTAL GRUPOS	TOTAL SUBGRUPOS
6	75	16	243
Detalle de grupos incluidos: 410; 411; 412; 413; 414; 786 (*)		Detalle de grupos incluidos: 35; 37; 390; 402; 415; Desde 420 hasta 429; 785	

(*) Se incluyó el Dolor Torácico, con sospecha inicial de posible origen cardiaco, por coherencia con el epígrafe considerado como punto de partida del protocolo de cardiopatía isquémica aguda. 3 casos.

Dado que no consta esté elaborado y disponible en los entornos conocidos de los Servicios de Salud, protocolo específico de decisión para estos pacientes en IT, y disponiendo solamente de publicaciones que aportan criterios o pautas meramente orientativas, la metodología de trabajo seguida, supuso en una primera fase la búsqueda, recopilación y análisis de documentación que sirvió de base para definir el problema y abordar sus determinantes, para, en una segunda fase, proceder al desarrollo del protocolo partiendo de este conocimiento previo y de la experiencia profesional del autor del proyecto siguiendo los esquemas de decisión clínica que se iban

desarrollando por los correspondientes grupos de trabajo clínicos para isquemia aguda e isquemia crónica, proponiendo el acoplamiento de un algoritmo planteado fundamentar la actitud frente a la situación de IT.

Se elaboró un primer apunte de protocolo que fue modificándose, y en general simplificándose, a lo largo de diversas reuniones con Cardiólogos del Servicio de Cardiología/HUS y Médicos de Atención Primaria (de Centros de Salud, de Área y de Urgencias) del Área de Salud de Salamanca y otra Inspectora Médico.

Se siguieron varios principios básicos para su elaboración:

- sencillez
- minimización de su extensión
- aplicación de los índices y valores cardiacos más frecuentes y/o más específicos, utilizados en el Servicio de Cardiología, para informar de la situación clínica del paciente con cardiopatía isquémica
- comprensibilidad del esquema
- resumen adaptado de los grados de clasificación

Se siguió la misma pauta de elaboración iconográfica que los protocolos clínicos de atención a la cardiopatía isquémica, empleándose fundamentalmente el esquema de árbol de decisión o flujograma, complementado con anexos explicativos, y definiendo por medio de colores diferenciados, la implicación de cada uno de los niveles profesionales implicados:

- ROJO Servicio de Cardiología
- VERDE Atención Primaria
- AZUL Inspección Médica
- MORADO Enfermería especializada

El protocolo elaborado no tiene una finalidad clínica, no debe ni puede utilizarse para la prestación de cuidados asistenciales ni para adoptar decisiones clínicas, sino que su propósito es estandarizar las diversas situaciones en las que puede encontrarse un paciente con patología cardíaca isquémica –aguda o crónica- y aplicar criterios científicos uniformes, clínicos, administrativos y laborales, basados en el conocimiento integral para tomar decisiones sobre la continuidad de su situación de IT, la procedencia del alta laboral, o en su caso la propuesta de una incapacidad permanente, y según la existencia o ausencia de menoscabo temporal o permanente.

Cohherentemente con el tipo de decisión que pretende este protocolo, se tiene presente y se introduce como criterio básico a tener en consideración, el tipo de trabajo desarrollado por el paciente y su requerimiento energético, poniéndolo en relación con su situación clínica y su capacidad funcional.

4) PROTOCOLO.

Elaboración del Protocolo de decisión.

La elaboración de un primer documento se abordó tratando de recoger el contenido y adaptar cada uno de los protocolos que se desarrollaban en el área clínica, y diseñando un árbol de decisión para seguimiento en el ámbito de la incapacidad temporal individualizado para cada uno de los cuatro síndromes cardiológicos contemplados como punto de partida:

1. Dolor torácico no traumático agudo
2. Dolor torácico no traumático crónico
3. Seguimiento de Cardiopatía isquémica (Pacientes atendidos tras evento coronario agudo)
4. Seguimiento de Cardiopatía isquémica (Pacientes con cardiopatía isquémica crónica - CIC).

Como nexos comunes a los cuatro grupos se establecía la correlación entre grupo de riesgo/clase funcional/requerimiento de actividad laboral, considerando en cada grupo cuáles resultaban ser los requisitos clínicos necesarios que permitían valorar el alta laboral y en qué plazo.

Este primer protocolo, muy completo en cuanto al detalle de cada uno de los apartados, interrelacionaba la faceta asistencial con la actuación desde el punto de vista laboral, presentaba como contrapartida el resultar demasiado complejo y de manejo poco práctico para el objetivo planteado.

Sucesivamente fue simplificándose el diseño del flujograma afectando a determinados aspectos:

- Se excluyó el contexto asistencial dado que ya se detallaba en cada uno de los protocolos clínicos.
- Se unificaron en un mismo flujograma los 4 síndromes cardiológicos conformando 3 grupos de pacientes que a priori iniciarían un proceso de IT por sospecha/confirmación de patología cardíaca isquémica, siendo estos grupos:
 - 1.) Paciente con dolor torácico agudo de origen cardíaco
 - 2.) Paciente hospitalizado tras síndrome coronario agudo (SCA)
 - 3.) Paciente con Cardiopatía isquémica crónica (CIC)
- Se enlazó un protocolo de enfermería destinado a la actuación de esta categoría profesional a nivel hospitalario
- Se correlacionaron los grupos de riesgo con la clase funcional (NYHA)

- Entre las diversas opciones posibles, se decidieron los criterios clínicos que se consideraron requisitos para la clasificación de pacientes en cada grupo de riesgo, con elección de los que más se adecuaban al fin propuesto

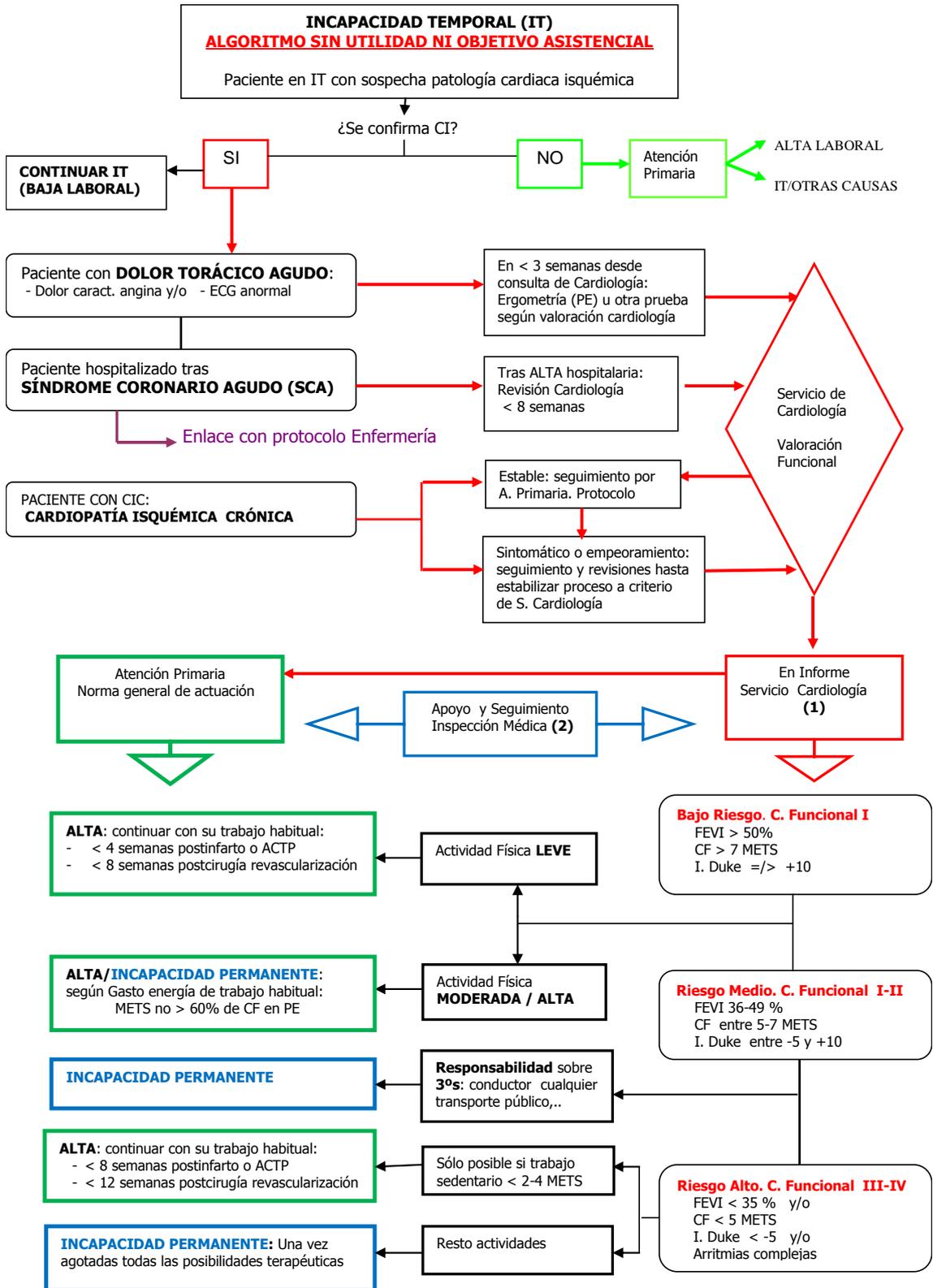
- La valoración de la actividad física se redujo a 3 niveles: leve, moderada y alta

El protocolo final condiciona una reorganización del circuito asistencial para garantizar el cumplimiento de los plazos de consulta y/o revisión por parte del Servicio de Cardiología, y exigirá que los MAP asuman su responsabilidad, una vez evaluado desde el punto de vista de capacidad funcional.

Se acompaña de un Anexo que lo complementa y se dota de varios elementos esenciales para la aplicación práctica del algoritmo definido:

- la implicación directa de los cardiólogos en la valoración de la actitud para la reincorporación laboral, herramienta de imprescindible utilidad para los otros niveles de actuación (MAP e IM)
- la definición de los criterios para mantener en IT o derivar a la IM para propuesta de IP
- tabla orientativa de actividades laborales relacionando los METS de diferentes niveles de trabajo físico con los METS alcanzados en la prueba de esfuerzo

PROTOCOLO



(1) y (2) Ver ANEXO

CF: Capacidad Funcional en PE

ANEXO

(1) El Informe del Servicio de Cardiología (Consulta/Alta hospitalaria), en pacientes en edad laboral, contendrá un apartado de:

VALORACIÓN DE ACTIVIDAD:

Actitud para la REINCORPORACIÓN LABORAL, salvo complicaciones o modificación de su estado actual:

EXISTE INCONVENIENTE

NO EXISTE INCONVENIENTE

El Alta Laboral queda supeditada, en todo caso, a la valoración del Médico de Familia

(2) Cada EAP tiene un Inspector Médico de referencia para el apoyo en el ámbito de la IT.

CRITERIOS GENERALES PARA:	CRITERIOS DE DERIVACIÓN A INSPECCIÓN PARA:
- MANTENER EN INCAPACIDAD TEMPORAL	- VALORAR PROPUESTA DE INCAPACIDAD PERMANENTE
<ul style="list-style-type: none"> - Mientras se realizan pruebas para determinar pronóstico y CF - Mientras presente sintomatología propia de patología isquémica - Mientras presente sintomatología secundaria al proceso, de origen cardiaco o no (Sd ansioso, depresión,...) - Si el Gasto Energético (GE) requerido en su trabajo habitual es superior al 60% de los METS alcanzados en PE (Ver tabla orientativa). Derivar a Inspección Médica 	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> - Pasados 2 meses tras estabilizar proceso - Pasados 3 meses después de ACTP o derivación coronaria, con cuadro estabilizado <p style="margin-left: 20px;">Si trabajos de Gasto Energético > 60% de METS en PE</p> <ul style="list-style-type: none"> - En general todos los de CF IV con cuadro estabilizado </div> <p>CONDICIÓN: SIEMPRE QUE SE HAYAN AGOTADO LAS POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS</p>

CLASE FUNCIONAL NYHA (PE)	GRUPO DE RIESGO	TIPO DE TRABAJO (3)
I En general No Limitaciones	BAJO CF I	<p>- Trabajos que requieren > 10 METS: <u>TRABAJO INTENSO</u></p> <p>Trabajo de transporte de carga; de reempuje o tracción frecuentes. Trabajo de marcha a velocidad elevada o subida de escaleras Ej; Carga /Descarga; Minas, fundición; Transportar > 45 Kg</p> <p>- Trabajos que requieren entre 7-9 METS: TRABAJO MODERADO-INTENSO</p> <p>Trabajo intenso con brazos, tronco o piernas. Trabajo con acciones de empuje o tracción intensos u frecuentes pero no constantes Ej: Carpintería; cavar jardín; serrar madera; partir leña; manejo palas < 4,5 Kg.....</p>
II Limitación (disnea) con esfuerzos intensos	MEDIO CF I-II	<p>- Trabajos que requieren entre 4-6 METS: TRABAJO MODERADO-LEVE</p> <p>Trabajo intenso o mantenido de manos, brazos, piernas y moderado de tronco. Trabajo de marcha no rápida. Trabajo de empuje o tracción mantenidos Ej: Hostelería; conducir camión; mecánico automóviles; pintor brocha, instalador eléctrico; empujar carretillas < 35 Kg, albañil, tapicería</p>
III Notablemente limitado por la disnea IV Incapaz de realizar actividad física	ALTO CF III- IV	<p>- Trabajos que requieren < 4 METS: TRABAJO MÍNIMO-LEVE</p> <p>Sentado con comodidad o de pie sin esfuerzos o con marcha ocasional Trabajo ligero de manos, brazos, tronco y piernas Ej: Administrativo</p>

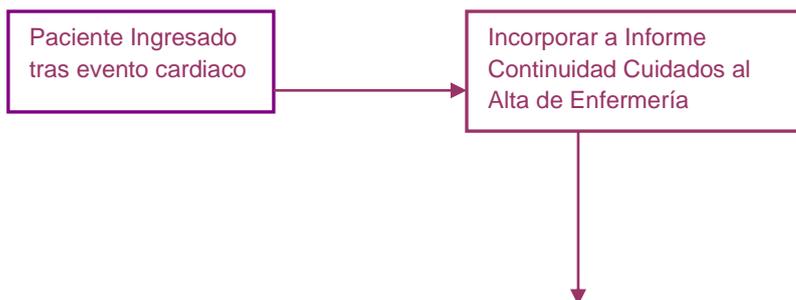
(3) Tabla orientativa de actividades laborales que puede realizar un paciente de los de cada grupo. Se anotan los METS de Gasto Energético de cada tipo de trabajo.

Como **NORMA GENERAL** se puede realizar un trabajo que tenga un Gasto de Energía del 60 % de los METS alcanzados en Ergometría. (Ej: si en Ergometría alcanza entre 7-9 METS puede realizar trabajos que alcancen desde 4 a 5,5 METS-, por tanto todos los de Riesgo Medio)

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA

INCAPACIDAD LABORAL EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Como complemento para continuidad asistencial, y apoyo a Cardiólogos y MAP para decisión y actitud frente a situación laboral: **Obtener y registrar** la información que se cita, incorporándola a la documentación de Enfermería para su inclusión en Historia Clínica de Especializada y Primaria.



ANEXO ACTIVIDAD LABORAL:

1 - Rama de actividad en la que trabaja:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Construcción | <input type="checkbox"/> Hostelería | <input type="checkbox"/> Administrativo | <input type="checkbox"/> Agrario |
| <input type="checkbox"/> Docencia | <input type="checkbox"/> Empleadas hogar | <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Sector sanitario |
| <input type="checkbox"/> Industria (mataderos, fábrica,..) | <input type="checkbox"/> Servicios (supermercado, comercio,..) | | |
| <input type="checkbox"/> Conductor transporte público | <input type="checkbox"/> Otros (especificar) | | |

2 - Breve descripción de tareas que realiza:

3 - Horas de jornada laboral diaria:

4 - ¿Realiza esfuerzos intensos repetidos? SI NO

5 - Trabaja en condiciones extremas: Temperatura Turnos Altura
 Responsabilidad Stress Otros (especificar)

6 - Presenta síntomas afectivos (ansiedad,..): SI NO

7 - Tiene apoyo y motivación personal: SI NO

8 - Se indica al paciente que debe solicitar consejo e información sobre IT a su Médico: SI NO

Se explican a continuación, los epígrafes, conceptos clave o elementos utilizados en el Algoritmo:

- **INDICE DE DUKE:** De los indicadores inicialmente propuestos fue elegido por el Servicio de Cardiología como el indicador más ajustado para evaluar la capacidad de actividad del paciente. Su resultado, obtenido directamente al realizar la prueba, se expresará en los Informes que emita el especialista tras la prueba de esfuerzo (PE). Su rango oscila desde + 15 hasta - 25, aplicando la siguiente fórmula:

$$TE - (5 \times \text{máxima desviación de ST}) - (4 \times IA)$$

TE: tiempo en minutos (duración del ejercicio en ergometría)

Desviación de ST durante o después del ejercicio medido en mm (milímetros)

IA: Índice de Angina. Valores: - 0: no síntomas de angina/prueba

- 1: angina que no limitó el ejercicio

- 2: angina que hizo detener el ejercicio

RESULTADO: - Valores entre + 15 y +10 → Bajo Riesgo Cardiológico

- Valores entre + 9 y - 5 → Riesgo Cardiológico Intermedio

- Valores entre < - 5 → Alto Riesgo Cardiológico

- **METS: Equivalentes Metabólicos:** gasto de energía de una persona en reposo (sentada) expresado en ml de O²/Kg de peso/min. 1 MET = 3,5 mlO²/kg/min

Como referencia se anotan los METS que se alcanzan en las etapas del Protocolo de Bruce (medición en ergometría), es decir los requerimientos de METS que se alcanzan para acabar cada etapa:

- Primera etapa: aprox 5 METS
- Segunda etapa: 5-9 METS
- Tercera etapa: entre 9-10 METS

La PE es concluyente: si se alcanza 8 METS o el 85% de la frecuencia cardiaca máxima teórica (FCM) = 220 - años del paciente

- **FRACCIÓN DE EYECCIÓN (FEVI)**

Descenso del volumen del ventrículo izquierdo en la sístole con respecto a la diástole.

Valores normales: > 70%

Bajo Riesgo si > de 50%

Insuficiencia cardiaca: entre 40-50%

Grave insuficiencia cardiaca: valores < 30%

➤ **CORRELACIÓN ENTRE METS ALCANZADOS EN ERGOMETRÍA Y REQUERIMIENTO EN METS DE TRABAJOS**

A modo orientativo se apunta información sobre los requerimientos en METS de diversas actividades cotidianas.

- Actividad ligera (escribir sobre mesa): 1,7 METS
- Paseo moderado: 3-3,5 METS
- Carrera a velocidad de 10-12 Km/hora: aprox. 10 METS

Considerando lo expuesto en el Anexo del Protocolo, como norma general se puede realizar un trabajo que tenga un Gasto de Energía del 60% de los METS alcanzados en Ergometría. En base a este criterio, se tendrá en cuenta:

METS ALCANZADOS EN ERGOMETRÍA	METS DE TRABAJOS QUE PUEDE REALIZAR	RIESGO CARDIOLÓGICO
> 15	> 10 (*)	No riesgo
> 10	> 6	Bajo riesgo
8 - 10	4,8 – 6 (5-6)	Riesgo medio
7 - 8	4,2 – 4,8 (4-5)	
5 - 7	3,0 – 4,2 (3-4)	Alto riesgo
< 5	< 3	

(*) Trabajos muy intensos que tengan gasto energético > de 10 METS, requieren alcanzar 15 METS en ergometría para garantizar ausencia de riesgo.

5) RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

Existen múltiples documentos en los que se analizan y detallan criterios clínicos, diagnósticos, pronósticos y laborales, que sirven de guía para la valoración de los pacientes con cardiopatía isquémica en cuanto a la situación de incapacidad laboral.

Lo novedoso de este trabajo es que se establece un algoritmo (no se ha encontrado ninguno de estas características, salvo un caso muy limitado en su desarrollo ⁽¹⁶⁾), un árbol de decisión, que reuniendo toda la información clínica y laboral, permite adoptar una decisión sobre la actitud frente a la incapacidad laboral, avalada en el seguimiento de unos pasos sucesivos que garantizan la toma de decisión acertada, siempre que las circunstancias clínicas y de referencia laboral se mantengan en los márgenes definidos.

Partiendo así de los valores e indicadores antes recogidos sobre incidencia y duración de las bajas derivadas de cardiopatías isquémicas en el Área de Salud de Salamanca, en el año estudiado, sería preciso realizar nuevamente un estudio analítico y retrospectivo, una vez aplicado el Protocolo de decisión para poder valorar si dicho protocolo ha sido eficaz y ha logrado variar los valores, especialmente de duración, de estas cardiopatías isquémicas con baja laboral.

Ello consolidaría en su validez al algoritmo diseñado, o bien obligaría a reconsiderar los circuitos y pautas establecidas.

En otro sentido, cabe esperar que disponiéndose de método específico que permite adoptar la decisión de alta por el MAP, eliminando el temor presente en numerosas ocasiones sobre el posible riesgo que puede implicar un alta en paciente con cardiopatía isquémica, se obtengan altas más adecuadas a lo que debería ser una duración más idónea, más corta que la actual, en las cardiopatías isquémicas.

Se puede disponer así de un instrumento objetivo, clínica y científicamente validado, que permite emitir alta en función de la capacidad funcional de paciente. Sin un instrumento como éste, el mero enunciado de una duración estándar o idónea –sobre todo en caso de complejidad y debilidad en su manejo por AP- será difícilmente cumplible.

6) CONCLUSIONES.

La modificación de la gestión de las bajas laborales a través de la numerosa normativa dictada desde 1994, que entre otros resultados pretendía lograr que la duración de los procesos clínicos en baja se adaptaran a los estándares óptimos dictados por la administración económica (INSS), no ha logrado ese objetivo en el caso de las cardiopatías isquémicas.

La duración de las cardiopatías isquémicas en baja laboral ha sido ampliamente superior a los tiempos óptimos fijados, influyendo en ello aspectos de gestión del proceso y de las bajas, en concreto el tipo de patología considerado delicado por los MAP, delegando la toma de decisiones excesivamente en los cardiólogos y careciendo de instrumentos objetivos que les ayuden a tomar decisiones en tiempo y forma adecuado.

La carencia de este instrumento de decisión condiciona el seguimiento de los procesos en baja y el alargamiento de su duración.

El diseño de un protocolo de decisión orientado a MAP para extender el alta a pacientes con cardiopatía isquémica aporta una metodología necesaria para optimizar la duración de estos procesos.

7) BIBLIOGRAFÍA.

1. Atención integral de las cardiopatías. Protocolización compartida de los procesos cardiacos en un entorno de alta resolución. Atención primaria y Servicio de Cardiología del Hospital Gregorio Marañón. Comunidad de Madrid.
2. Criterios para la valoración de la capacidad laboral en pacientes con cardiopatía isquémica. Pablo García Ruiz; Inés Pérez Leal; Valeriano Sosa Rodríguez; Rafael Feriche Linares;.... Rev. de la Soc. Española de Medicina y Seguridad del Trabajo. Vol 7, nº 3, 2012, pags. 140-151
3. Ecocardiografía en reposo e incapacidad laboral. Domingo Sánchez M. Med. Segur. Trab. . 2008, vol.54, n.210, pp. 63-70. ISSN 0465-546X.
4. Epidemiología del síndrome coronario agudo en España: estimación del número de casos y la tendencia de 2005 a 2049. Irene R. Dégano, Roberto Elosua* y Jaume Marrugat Grupo de Investigación de Epidemiología y Genética Cardiovascular, Programa de Investigación en Trastornos Inflamatorios y Cardiovasculares, IMIM, Barcelona, España. Rev Esp Cardiol. 2013;66(6):472–481
5. Estrategia en Cardiopatía isquémica del Sistema Nacional de Salud. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerios de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones. 2006
6. Estudio Sociológico de la Cardiopatía Isquémica en España. Sociedad Española de Cardiología. Barcelona : Bayer SA, 1995
7. Guía de valoración de incapacidad laboral para médicos de atención primaria. Capítulo 11. Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Medicina de Trabajo. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid 2010. N.I.P.O: 477-09-012-0
8. Guía de valoración del menoscabo permanente Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo. Segunda Edición; 1999.
9. Guía de Valoración Profesional. Edita: Instituto Nacional de la Seguridad Social. NIPO: 791-09-061-8. Ministerio de Trabajo y Emigración
10. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en pruebas de esfuerzo. Fernando Arós et al. Artículo especial 4647. Rev Esp Cardiol Vol. 53, Núm. 8, Agosto 2000; 00-00
11. Guía práctica de ayuda para valorar Incapacidad laboral en la cardiopatía isquémica. Capítulo 15. Valeriano Sosa Rodríguez. Servicio de Cardiología. Hospital Gregorio Marañón. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/cap_15.pdf
12. Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina/Non- ST Elevation Myocardial Infarction A Report of the American College of Cardiology Foundation

- /American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2012 2011 ACCF/AHA Focused Update Incorporated into the ACC/AHA 2007 Circulation 2011 ; 123; e 426-e 579
13. Impacto del infarto de miocardio en la situación laboral de los pacientes. Jesús Gutiérrez Morlote*, Milagros Vacas Arlandis**, Ana Lobato García***, Javier Llorca Díaz****, José A. Prieto Solís*, Javier Domenech Delgado* y José M. San José Garagarza* (*Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 556-562)
 14. Incidencia y prevalencia de cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura (*) M^a José Medrano Albero, Raquel Boix Martínez, Elena Cerrato Crespán, Margarita Ramírez Santa-Pau. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Rev Esp Salud Pública* 2006; 80: 5-15 N.º N.º 1 - Enero-Febrero 2006
 15. Manual de actuación para médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social 2003: 21- 42
 16. Manual de Incapacidad Temporal en Atención Primaria. Dolors Vila Alsina; Purificación Vilaseca Fernández; Francisca Toribio Troyano. Soc. Madrileña de Med. Familiar y Comunitaria. Grupo Lex artis. ISBN: 978-84-612-7648-6
 17. NTP 323: Determinación del metabolismo energético. Silvia Nogareda Cuixart. Pablo Luna Mendaza. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1999
 18. Reincorporación laboral. De Pablo C. En: Rehabilitación cardíaca Maroto JM, De Pablo C, Artigao R y Morales MD. Olalla Ediciones Barcelona 1999, 536-546.
 19. Reincorporación Laboral del trabajador coronario: criterios objetivos para un cambio de puesto de trabajo. Jiménez Sánchez M, Mata Escriche C, Bascuas Hernández J, Abad Domingo E, García Felipe A. y Rubio Calvo E. *Trauma Fund MAPFRE* (20089 vol 19 nº 3: 165-170.
 20. Reincorporación Laboral. Portuondo Maseda, MT. Martínez Castellanos, T. En: Manual de Enfermería. Prevención y rehabilitación Cardíaca.
www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/.../cap_09.pdf
 21. Reinserción a la actividad laboral después de un evento coronario. Comité de Redacción: Dr. Roberto Peidró Dr. José Luis Castellano. www.sac.org.ar
 22. Reporting on coronary patients for return to work: an algorithm. Grima A., Alegría-Ezquerro E. *E-journal of cardiology practice* Vol 10 Nº 20 febrero 2012
 23. Tiempos estándar de Incapacidad Temporal. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo e Inmigración. NIPO 791-09-079-3 Catálogo general de publicaciones oficiales. <http://www.060.es>

7. Resultados y Discusión

Dado que la Tesis se compone a su vez de tres trabajos, se introducen en estos “resultados y discusión” aspectos relativos a los tres.

- Se aborda en primer lugar si las reformas legislativas, surgidas para disminuir, controlar y racionalizar el gasto total en IT, han tenido un efecto directo. Y así en el primer estudio se relacionan estas reformas normativas habidas durante veinte años, con los resultados, con el gasto en IT como expresión última de la evolución de la prestación por bajas laborales.

Se planteaba como hipótesis –fundada en un conocimiento empírico de la situación y de la experiencia en la gestión de la prestación-, que el gasto pudiera estar más relacionado con la evolución de la masa de empleados y desempleados que con la emisión de normas legales regulando su gestión.

El resultado del análisis de los tres parámetros siguientes, permite obtener conclusiones bastante sólidas:

- Relación de la evolución del gasto en IT con la evolución de la población empleada
- Relación del gasto en IT con la evolución de la población en desempleo
- Relación del gasto en IT con la emisión de normativa reguladora

De los análisis comparativos de la evolución gráfica del gasto y el empleo/desempleo, se aprecia una relación directa con el número de empleados, e inversa con el volumen de desempleados, si bien el caso del empleo, con un periodo de latencia de 1-2 años.

Es decir cuando aumenta el número de empleados, se incrementa el gasto en IT de forma correlativa, y no en el mismo año, sino al siguiente o dos después. Es decir responde a lo que podría ser esperado y a una relación lógica: más empleados, mayor número de bajas laborales, mayor gasto.

Igual sucede entre las relaciones del gasto y el número de desempleados, pero con una relación más lineal –sin tiempos de latencia- al aumentar el número de desempleados, disminuye el gasto en IT.

Este último hecho, aumento del paro implica disminución del gasto en IT, iría en contra de uno de los lugares comunes manejados habitualmente, que la IT constituye un refugio para los parados. Al margen de que acogerse un parado a la prestación de IT no supondría ninguna ventaja ni monetaria ni prestacional (actualmente la IT no interrumpe el periodo de derecho de desempleo; cosa que ocurrió en el pasado), en épocas de crecimiento del paro puede existir otra circunstancia limitante de la IT como es el evitar señalarse los trabajadores mediante su permanencia en baja laboral, por si esto fuera un factor favorecedor se su posible despido en caso de producirse disminuciones de plantilla en su empresa.

Haciendo alguna reflexión sobre la aparente relación directa entre el crecimiento de la población ocupada y el aumento del gasto, ya que parecería evidente que mayor número de trabajadores, mayor número de casos de bajas laborales, y por tanto de mayor gasto, cabe decir que esta relación –en gráficos- no es perfectamente lineal, existiendo épocas en que disminuyó la población ocupada y el gasto aumentó (periodo 91-98), otras en que el crecimiento fue parejo aunque creciendo más la población ocupada que el gasto (00 a 08), y por fin otro periodo donde el crecimiento (o decrecimiento) del gasto se mantiene por encima de la población del crecimiento o decrecimiento de la población con empleo (09-14).

Así pues no existe una relación perfecta entre estas dos variables, y habría que seguir buscando otros aspectos –absolutos o relativos- que ayuden a comprender a qué elementos está íntimamente vinculada la extensión de bajas laborales y el gasto final; al final de este capítulo, se hace alguna reflexión de carácter más sociológico que clínico-económico.

Algunos aspectos que se pueden sugerir y que matizarían – o mejorarían- esta relación imperfecta, sería: el salario medio, la seguridad en el empleo, la modificación legal de las condiciones laborales, el contenido y extensión de los convenios colectivos y la protección en estos de la situación de IT (reconocimiento o no la percepción del 100 % del salario a través de complementación por la empresa de la prestación de la seguridad social), el clima de optimismo o pesimismo ante la economía y el consumo, o la percepción de incertidumbre laboral.

Sin embargo, lo dicho en cuanto a esta relación basada en la evolución gráfica, no se confirma totalmente si nos ceñimos al análisis mediante correlación de Pearson, significación y regresión.

Sometidas estas variables a dicho análisis de correlación, solamente existe muy fuerte correlación entre la población activa y el gasto en IT, siendo asimismo muy significativa esta relación, y explicándose el gasto en un 91 % en función de la población activa.

La aparente relación –inversa, pero relación – entre gasto y población desempleada, no existe a la luz de este análisis bajo método científico. No existe correlación entre gasto en IT y población en paro, ni es significativa, ni el gasto se explica en función de la evolución de la población desempleada (tan solo se explicaría en un bajísimo 1,6 %).

Siguen, no obstante, siendo válidas al menos parcialmente, las consideraciones realizadas anteriormente sobre la existencia de otras variables que ayudaran a perfeccionar la relación entre gasto y población ocupada, si bien teniendo presente que el gasto se explica en un 91 % por la población ocupada, estas variables reducirían su papel explicativo al 9 % restante.

Por último –y aunque no obedezca a un análisis científico en sentido estricto, sigue el método observacional- es de elevado interés comprobar cómo se comporta el gasto en IT tras la aparición de normas que regulan su gestión.

Es de señalar que un cese del crecimiento se produce con la aparición de la norma que traslada el gasto del 4º al 15º día a los empresarios (en lugar de asumirlo la seguridad social, como hasta ese momento se hacía). Esto no quiere decir que el gasto no se produzca, sino

que lo soporta otro nivel distinto al de la seguridad social, y por tanto no aparece imputado al presupuesto de gasto en IT.

Más adelante, en este mismo apartado, se hace alguna referencia al gasto total en IT, es decir que no solo debería contemplarse el gasto directo por indemnización de la Seg. Soc. al cubrir la prestación económica por el cese de ganancia laboral, sino que existen otros muchos costes indirectos y no bien medidos, como los llamados costes friccionales, o los costes de desmotivación del entorno del trabajador en baja inadecuada, los costes de aprendizaje del sustituto, o los costes de desajuste de la producción laboral por la rotación de trabajadores. Entre estos costes variados y no imputados directamente al gasto en IT, estaría el abono de prestación económica durante los días 4º a 15º a cargo del empresario.

Con el resto de normas dictadas en torno a la gestión de IT, el comportamiento del gasto es errático o no relacionable directamente con la aparición de normativa, y si bien el gasto se estabiliza inicialmente y coincidiendo con la aparición de las primeras regulaciones importantes (RD 1300/95), incluso disminuyendo en paralelo al dictado de una de las normas de mayor contenido regulador (RD 575/97), vuelve a repuntar coincidiendo con la aparición de normativa de gran impacto en la modificación de la gestión de la incapacidad temporal (RD 1117/98 y L. 30/05).

En el mismo sentido -comportamiento difícilmente relacionable con la aparición de normativa reguladora de la gestión- la tendencia del gasto es ya fuertemente decreciente en la aparición de otra normativa de fuerte carácter regulador y modificador de la gestión, sin que su tendencia –en este caso decreciente- se vea aparentemente afectada.

En resumen, y en lo referente al análisis observacional de la aparición de normativa en su relación con la evolución del gasto, puede decirse que no existe una relación sistemática y directa, no orientándose el gasto de forma decreciente y de manera sistemática y constante, ante la aparición de normas de mejora en la gestión de IT. Y no habiendo por tanto esta normativa, orientado a la baja de forma consistente y de forma tendencial el gasto en IT, que sigue una conducta más relacionada con otras variables ajenas a la regulación legal.

- El segundo trabajo se aproxima a la hipótesis planteada, es decir si las reformas sobre la gestión de la IT han sido efectivas en cuanto a mejorar la calidad de esta gestión y proteger aquello que efectivamente tiene que protegerse, desde la óptica de valorar si un hecho que viene siendo reiteradamente señalado por las estadísticas, los estudios y análisis al respecto, así como por los distintos agentes sociales, como es la infradeclaración en España de las Enfermedades Profesionales, ha sido mejorado por estas normas que modifican la gestión de IT e introducen más agentes controladores de la adecuación de los procesos.

Los niveles de infradeclaración en España –respecto a estándares similares, como los europeos- son históricamente muy elevados. Todos los análisis los sitúan en una infradeclaración de- al menos- el 50 % de las EP. Estimando la Asociación Española de Medicina del Trabajo que el nivel de infradeclaración es de 2/3, es decir no se declararía el 67 % de las EP.

Se obtienen en nuestro país una Tasas de EP (por 10.000 hb.) de 8.81 sobre una Tasa de declaración del 17,13 de Francia para 2008.

El nivel de declaración del Área de Salamanca, es aun inferior al nacional, situándose en una Tasa de 2,00, cuando la nacional es de 8,51 en 2009.

Que de toda la patología profesional, CC.PP. se viene a aceptar que la de origen osteomuscular supone el 68,70 % del total de enfermedades profesionales declaradas.

Partiendo de una cifras de EP declaras en el Área de Salamanca en 2009 de 15 casos, 10 de ellos protegidos por el INSS y por tanto atendidos por el Sacyl como mecanismo de asistencia sanitario, y dados de baja por facultativos del SRS y tras estudio muestral para detectar el número de casos incluidos indebidamente como bajas de origen osteomuscular de carácter común –CC.CC- se obtuvo una cifra de 148 más, que estando reconocidos como enfermedad común debieran ser EP.

Que los valores de incidencia de las EP incluyendo estas bajas que debieron ser tramitadas como CC.PP se situarían en el Área de Salamanca en una Tasa de 12,53/10.000, aproximándose a las tasas europeas (17,13 en Francia), y más si tenemos presente que solo tenemos en consideración las de origen osteomuscular, que aun siendo las frecuentes (68,7 %) no suponen la totalidad.

Así pues se evidencia que ni el nuevo cuadro de EP (2006) que tenía como objetivo –entre otros- mejorar el nivel de declaración de EP en nuestro país, ni la profusa normativa que se ha emitido en un esfuerzo de mejorar la gestión de la IT a fin de conseguir evitar el mal llamado fraude (abuso, alargamiento, inadecuación, rentabilización...), han logrado modificar una disfunción largamente conocida como es la infradeclaración de EP y por tanto que estas bajas laborales, que lógicamente existen en una medida similar a nuestro entorno europeo, se cursen y protejan impropiamente como enfermedades comunes.

En resumen, la nueva normativa que regula la gestión de la IT no ha modificado uno de los hechos mejor conocidos y cuantificados en cuanto a la inadecuación de la IT, como es la infradeclaración de EP y su mantenimiento como enfermedades comunes.

Este hecho presenta una doble gravedad, la ineficacia de las medidas de regulación normativa, y otra si cabe más grave, la imposibilidad de abordar y corregir las causas que producen enfermedad laboral en los trabajadores, al no estar afloradas específicamente las mismas y por tanto no poderse aplicar medidas correctoras en su origen.

Que dentro de este marco de ineficiencia de las medidas de nueva regulación de la IT sobre el resultado final en su gestión, debe destacarse en lo referido a este trabajo:

- Que no se han desarrollado instrucciones específicas para realizar la denominada “notificación de sospecha”.
- Que resulta llamativo el nivel de desconocimiento de los facultativos de AP sobre la regulación de las EP, considerándose escaso el esfuerzo institucional realizado para

mejorar y ampliar ese conocimiento que repercutiera positivamente sobre una mejora de la gestión de la IT

- Que la complejidad de las regulaciones legales y de los trámites a seguir inducen a los MAP a orientar las bajas por el mecanismo más fácil; el habitual de CC.CC.

Que además de las consideraciones realizadas, el hecho de protegerse un volumen de bajas como contingencia común, siendo EP, implica un mayor gasto, directo e indirecto del SRS, una discreta pérdida indemnización económica para los trabajadores afectados por esta inadecuación (es algo más elevada la prestación por CC.PP), así como especialmente, contribuye a unos mejores resultados de gestión de las Mutuas –principales protectoras de la población trabajadora de las CC.PP-, y que históricamente vienen facilitándose como elemento en la comparación de la gestión de la IT con los SRS.

- En el tercer trabajo y partiendo de la importancia de un proceso como la cardiopatía isquémica (CI), tanto por su prevalencia (7,4%), incidencia (135-210 casos nuevos/año en varones y 29-61 en mujeres por cada 100.000) como repercusión económica (1.948 millones de €/año 2011, de los que un 9,60 % sería el coste de la IT), se ha puesto en relación con las duraciones estándar o idóneas establecidas a raíz de las reformas normativas de la gestión de IT.

El INSS, desarrollando la normativa citada, ha elaborado un Manual de Tiempos Estándar de IT (2009) en la idea de que esta referencia sería un elemento suficiente, o en todo caso de ayuda para orientar las duraciones de las bajas y lograr que estas se ajustaran a lo establecido como idóneo.

En el caso de las cardiopatías isquémicas aguda y crónica y para el Área de Salud de Salamanca (ASS) y tras estudio de los datos del sistema de registro y control de la IT (SagITario) para 2013, se alcanzó una duración media de 169,62 días.

Mientras que el Manual de Tiempos Estándar establecía una duración idónea entre 30 días (CIE 9 411 a 414), 90 días (cod. 410), la duración real de estos procesos fue de 141,18 días de media para los códigos 411 a 414, y de 190 días para el código 410.

En resumen, el mero enunciado de unos tiempos estándar o idóneos de duración, no es suficiente para que la duración real de las bajas se ajusten a ellos. Más aun en procesos severos, complejos y con fuerte intervención de los especialistas, donde además de una cierta asunción impropia de responsabilidades sobre el paciente por parte del nivel especializado, existen unos temores importantes en el manejo de estos pacientes por Atención Primaria. Tampoco parece que la intervención de controles repetidos y reiterados por facultativos de Mutuas y de INSS sobre estos pacientes con cardiopatías isquémicas, acorten la duración de sus bajas; presumiblemente por ese temor innato a dar un alta prematura que pusiera en riesgo al paciente ante esfuerzos.

En resumen la sola existencia de un Manual de Tiempos Estándar de duración de la IT en procesos de cardiopatía isquémica y el control de las Médicos de Atención Primaria (MAP) y los repetitivos controles de médicos de INSS y Mutuas, no logra que la duración de las bajas se ajuste al óptimo definido.

Junto a estas consideraciones, el hecho de que estas cardiopatías sean una de las causas de morbimortalidad más frecuente en nuestro medio, con gran impacto en el individuo, en la sociedad y en el sistema sanitario por tanto, y el hecho de que existan protocolos clínicos que mejoren la asistencia a estos procesos, su resultado y eliminen la variabilidad, orientaba en mayor medida a realizar una aproximación a establecer un protocolo de decisión sobre el momento del alta laboral en estos pacientes.

Reforzando la consideración anterior, debe señalarse que la incorporación temprana de estos pacientes a su trabajo, previa comprobación del cumplimiento de determinados criterios clínicos en relación a los requerimientos laborales, ayuda a una mejor recuperación y evita la aparición de complicaciones secundarias, singularmente las vinculadas a la esfera psíquica, como depresiones y minusvaloración del propio paciente hacia sus capacidades personales.

En otro sentido, disponer de un método contrastado de decisión para poder emitir alta en cardiopatías isquémicas, puede contribuir a devolver al nivel de AP el seguimiento y control de estos paciente, ya que una de las causas de la inhibición de los MAP en la gestión de estos casos, es su excesiva dependencia del cardiólogo. Así se lograría –en este campo de análisis- un triple efecto: una mayor implicación del MAP en el control de pacientes con cardiopatía isquémica; una mejora en la continuidad asistencial, y una disminución de la utilización impropia de recursos de AE.

En lo referente a los resultados del trabajo, se aporta un algoritmo de decisión inédito en este campo (decisión de alta en cardiopatías isquémicas) que complementa los protocolos o guías clínicas y va a permitir actuar sobre la causa más frecuente de baja de origen cardiopático (las CI suponen el 55 %) pero que consume un volumen de días de baja muy superior a su porcentaje (las CI consumen el 65 % de los días de baja por causas cardiogénicas).

La utilización de principios básicos como: sencillez, minimización de extensión, uso de índices y valores más habituales en cardiología, la comprensibilidad del esquema y un resumen adaptado de los grados de clasificación, deberían permitir un fácil uso del esquema, que como se ha señalado, nunca tendría finalidad clínica, es decir para la prestación de cuidados asistenciales.

Lo novedoso de este trabajo es que se establece un algoritmo (no se ha encontrado ninguno de estas características, salvo un caso muy limitado en su desarrollo), que reuniendo toda la información clínica y laboral, permite adoptar una decisión sobre la actitud frente a la incapacidad laboral, avalada en el seguimiento de unos pasos sucesivos

que garantizan la toma de decisión acertada, siempre que las circunstancias clínicas y de referencia laboral se mantengan en los márgenes definidos.

Cabría esperar que disponiéndose de método específico que permite adoptar la decisión de alta por la MAP, eliminando el temor presente en numerosas ocasiones sobre el posible riesgo que puede implicar un alta en paciente con cardiopatía isquémica, se obtengan altas más adecuadas a lo que debería ser una duración idónea, más corta que la actual, aunque para confirmar esta hipótesis deberá hacerse nuevo estudio retrospectivo de duración de bajas tras la aplicación sistemática del algoritmo en el ASS durante un amplio periodo, al menos un año.

Se puede disponer así de un instrumento objetivo, clínica y científicamente validado, que permite emitir alta en virtud de la capacidad funcional de paciente. Sin un instrumento como éste, el mero enunciado de una duración estándar o idónea –sobre todo en caso de complejidad y debilidad en su manejo por AP- será difícilmente cumplible.

- ❖ Pueden manejarse cifras y datos, realizar análisis más o menos complejos entre distintas variables, pero encontrar las relaciones íntimas de causalidad del comportamiento de la Incapacidad Temporal es complejo (13). Tan complejo, que mucho se ha escrito y probablemente se continuará escribiendo, acerca de las causas, los condicionantes, del comportamiento de la IT, de su incidencia, de su duración y de su repercusión final.

Solamente por acercarnos a una de las vertientes citadas, la repercusión final. Aparentemente el resultado final de la incidencia y prevalencia de la IT, junto a su duración, serían los días totales consumidos, y en definitiva el gasto habido en indemnización económica. Este resultado de entrada ya sería compartido por la Seguridad Social (Mutuas e INSS) y los propios empresarios, responsables del abono del 4º al 15º día de baja y coste no incluido en los datos de gasto (puesto que éste siempre es referido a presupuestos de la Seg. Soc. destinados a este capítulo) (19). Pero es que además se ha reflexionado generosamente sobre otros costes asociados y no perfectamente cuantificados: serían los costes indirectos.

De forma resumida podrían citarse: costes de sustitución del trabajador o costes directos de su ausencia en el proceso productivo; costes de aprendizaje del nuevo empleado o de ineficiencia en su sustitución; y por último costes de desmotivación en el entorno del trabajador en baja aparentemente injustificada o no bien comprendida por su entorno laboral.

En este sentido cabe decir que los costes indirectos, también denominados costes friccionales (16), se estiman incluso en el doble de los costes directos por indemnización.

En algunos países los costes indirectos –en general en el proceso asistencial- son tenidos en cuenta como tales costes (5). En España no se ha adoptado una postura uniforme al respecto y en principio no se consideran.

En este campo que citamos, y acudiendo al autor referido en la cita anterior, Oliva Moreno, se vienen a emplear técnicas de aproximación al problema basadas en el método QALY (Quality Adjusted Life Year) o Años de Vida Ajustados por Calidad. Un índice que combina mortalidad y calidad de vida relacionada con la salud, donde se repite el concepto utilizado al comienzo de esta consideración; se introducen elementos no estrictamente científicos, como pueden ser en este caso las preferencias de los individuos para los coeficientes considerados.

Esta herramienta es la más utilizada para la valoración de los proyectos en sanidad, y no está exenta de divergencias conceptuales o académicas. Así el método combina mediciones cualitativas y cuantitativas para referir los AVACs (Años de Vida Ajustados por Calidad), y emplea análisis de coste-utilidad (ACU) que vienen a ser una variante del análisis coste-efectividad, de forma que vengán a medir en QALYs los resultados de las opciones comparadas. El método económico que se elija para la evaluación económica no es trivial, existiendo al respecto dos corrientes, los welfaristas y los extrawelfaristas. Los primeros defienden la relevancia de la teoría del bienestar como base de la evaluación económica, y por tanto el ACU solo reflejaría un criterio de eficiencia técnica, no así de eficiencia asignativa. Los segundos parten del supuesto de que la maximización de la salud –bajo el enfoque de una restricción de recursos- es el enfoque más relevante para la política sanitaria utilizando el número de AVACs agregado de la población como índice de medición.

En resumen lo que se quiere traer a estas consideraciones es que la opinión de muchos autores (4, 20) es que la estimación económica debe ser considerada una ayuda a la hora de tomar decisiones, pero no como un conjunto de prescripciones completas que determinen la elección social.

Es en este sentido es en el que abundan los resultados y conclusiones de este trabajo; no solamente deben ser tenidas en cuenta las consecuencias económicas de la IT, su coste presupuestario de la Seg. Soc, o total, sino que si se quiere afrontar su reordenación, si quiere optimizarse su gestión, si se pretende que el alcance de la prestación se ajuste a los parámetros tanto clínicos como socio laborales que están en el origen mismo de la prestación de IT, deben considerarse también además del gasto y las estructuras normativas, ese otro conjunto de variables, circunstancias, valores o interacciones que actúan sobre las bajas laborales.

La cuestión de fondo es que alcanzar objetivos de eficiencia económica no es suficiente desde la perspectiva social, al ser evidente la existencia de una preocupación por cuestiones de eficiencia distributiva, puesto que las desigualdades en salud son, en la práctica, menos aceptadas y toleradas que, por ejemplo, las desigualdades en los ingresos monetarios.

Así, en lo que afecta a este trabajo, la prestación de IT, donde se mezclan de forma intrincada aspectos sanitarios, asistenciales, organizativos, sociolaborales y económicos, no puede ser analizada –al igual que la asistencia sanitaria y la planificación de salud- bajo la

misma perspectiva científica que la biología, ya que los factores asociados y que entran dentro de la sociología, la economía, la política... determinan un comportamiento no presumible en muchas ocasiones. O variable, tan variable como variables son las formas organizativas de las sociedades humanas. Y siendo el sistema sanitario una variable del sistema social, las causas de oscilación de uno y otro, muchas veces son impredecibles e imprevisibles.

Pues bien en este entorno de incertidumbre, y donde variables no controlables e incluso probablemente no conocidas o no bien conocidas, influyen, se ha realizado una aproximación a la evolución del gasto relacionándolo con las variables de influencia más presumibles, pero visto el resultado debe volverse nuevamente la vista a estas consideraciones sobre el valor social de la salud y las circunstancias –muchas de ellas posiblemente de difícil objetivación y cuantificación- que influyen en la evolución de la IT. Dentro de ellas queremos subrayar una que entendemos como esencial por reunir casi todas estas complejas circunstancias que rodean la determinación de una baja laboral: el conocimiento integral que de los pacientes tienen o deben tener los facultativos del primer nivel asistencial de nuestro SNS, la Atención Primaria. Es presumible que sean estos los mejores reguladores de las multifacéticas causas que influyen en la determinación de una baja laboral, aunque ciertamente deberían crearse condiciones de gestión y responsabilidad más enérgicas que las actuales.

8. Conclusiones

- La reforma de la gestión de IT surge esencialmente por tres motivos:
 - Elevado gasto en IT y crecimiento interanual desmesurado
 - Existencia de “fraude”, más tarde, calificado como bajas inadecuadas
 - Falta de implicación de los facultativos del SNS y por ende, gestión inadecuada

La Tesis se aproxima a la efectividad de las reformas normativas realizadas mediante tres trabajos que valoran la eficacia práctica de estas normas en cada uno de estos tres aspectos que fueron la razón de modificar su gestión y competencias de los distintos agentes implicados

Elevado gasto en IT y crecimiento incontrolado:

- El gasto ha seguido una tendencia creciente, con picos de crecimiento gasto interanual intensos, y no se ha visto sustancialmente modificado por la aparición de la nueva normativa reguladora.
- La evolución del gasto está esencialmente vinculado a la evolución de la población trabajadora, si bien suele crecer a porcentajes superiores a esta, y no se encuentra relacionada con la evolución de la población en desempleo.

Existencia de gran bolsa de fraude, o más tarde, excesivas bajas inadecuadas:

- Persisten las bajas inadecuada tras la reforma de la gestión de IT
- Valorado un aspecto concreto, como son las EPs, continúa existiendo un nivel de infradeclaración formal de estas EP y una importante cantidad de éstas siguen cursando y siendo catalogadas impropiamente como bajas de origen común

Mala gestión de la IT por falta de implicación de los facultativos del SPS:

- Valorado un extremo concreto como es la duración de bajas derivadas de cardiopatías isquémicas agudas y crónicas, persiste la duración inadecuada, mucho más elevada de la calificada como óptima.
- La sola existencia de normativa donde se supervisa la gestión de IT desde estamentos externos al SPS y se introducen elementos de referencia como el Manual de Duración Estándar no logra que la duración de estas bajas se adaptan a los estándares, persistiendo pues una gestión inadecuada
- De no disponerse de instrumentos como el algoritmo de decisión presentado, donde convergen elementos de coordinación AP-AH-IM, criterios prácticos y objetivos de valoración, y se potencia la autoridad clínica de los MAP, el objetivo de una gestión adecuada no parece alcanzable.

9. Bibliografía

- 1- Análisis crítico de la reforma normativa de la incapacidad temporal. La gestión del infortunio. González Hierro, M. Observatorio Social y Sanitario.; nº 3, nov. 2007.
- 2- Bajas laborales: recortando derechos. González Hierro, M. Rev. Salud 2000. nº 105, en. 2006. FADSP
- 3- Convenio de colaboración entre el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (INSS) y la Comunidad Autónoma de Castilla y León para el control de la Incapacidad Temporal durante el periodo 2013 a 2016. Secretaria de Estado de Seguridad Social / Consejería de Sanidad, Junta Castilla y León. 2013.
- 4- Cost-benefit analysis: Applied welfare economics or general decision aid, A. Williams. en A. Williams and E. Giardina, eds., "Efficiency in the public sector". Edward Elgar, London. 1993.
- 5- Distribution of sickness absence in the European Union countries. Gimeno, D. Benavides, F.G. Benach, B.C. Occup Environ Med. 2004; 61:867-869.
- 6- El control de la incapacidad temporal. Molins García-Atance, J. Magistrado especialista sala de lo Social del TSJ de Aragón. Revista andaluza de trabajo y bienestar social. Temas laborales. ISSN 0213-0750. Nº 106, 2010.
- 7- El control del gasto público por incapacidad temporal mediante redes neuronales. Santín Glz. D; Romay López, R. Hacienda Pública Española/ Revista de Economía Pública 165 (2/2003): 53-78
- 8- Enlace de series de paro 1976-2000 según definición EPA-202. Trejo Malfaz, J. Ortega Núñez, L. Subdirección de Estadísticas del Mercado laboral. Agosto 2005.
- 9- EPA (Encuesta de Población Activa), Instituto Nacional de Estadística Serie histórica.
- 10- Factores que influyen en la IT de larga duración. Propuesta de screening e intervención. Ministerio de Trabajo e Inmigración / Secretaria de Estado para la Seguridad Social. 2013.
- 11- Incapacidad temporal; Prestaciones. Instituto Nacional de Seguridad Social Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado. 1ª ed. 2013.
- 12- Informe de evaluación y reforma del Pacto de Toledo. Ministerio de Trabajo e inmigración. Colección Seguridad Social. 2011.
- 13- La incapacidad temporal en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Gervás, J. Ruiz Téllez, A. Pérez Fernández, M. Documento de trabajo 85/2006.

- 14- La incapacidad temporal para el trabajo: análisis económico de su incidencia y su duración. Ministerio de Trabajo e Inmigración. Universidad Carlos III, Alba Ramírez, A. Madrid. Marzo 2009.
- 15- La lucha por la gestión de la incapacidad temporal. Vaquero, L.V. El Médico Interactivo. Nº 1656, 24-26 junio, 2006.
- 16- La valoración de costes indirectos en economía de la salud. Juan Oliva Moreno. Biblioteca Universidad Complutense de Madrid. <http://www.ucm.es/BUCM/cee/doc/9917/9917.htm> (1 de 17) [27/02/2008]
- 17- Más de 150 respuestas sobre incapacidad temporal. SEMFyC /Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo Lex Artis de la SEMFyC. 2011.
- 18- Nuevas herramientas para gestionar el gasto público por incapacidad temporal. Romay López, R. Santín González, D. Instituto de Estudios Fiscales. Inv. Nº 12/03.
- 19- Presupuestos. Anexos al informe económico financiero a los presupuestos de la Seguridad Social. Secretaría de Estado de Seguridad Social. 2012. 2013. 2014.
- 20- The normative economics of health care finance and provision. A. J. Culyer en A. Mcguire, P. Fenn and K. Mayhew, eds., "Providing health care". Oxford University Press, Oxford. 1991.

Referencias Normativas:

- Recogido en el punto 5 (Resumen normativo; pag 22) del trabajo.

10. Índice de siglas y acrónimos.

ACTP	Angioplastia Coronaria Trasluminal Percutánea
ACU	Análisis de Coste Utilidad
AE	Atención Especializada
AP	Atención Primaria
Artº	Artículo
ASS	Área de Salud de Salamanca
AT	Accidente de Trabajo
AVACs	Años de Vida Ajustados por Calidad
CC	Contingencia Común
CC.CC.	Contingencias Comunes
CC.PP.	Contingencias Profesionales
CE	Comunidad Europea
CEPROSS	Comunicación de Enfermedades Profesionales (sistema de notificación)
CF	Capacidad Funcional
CI	Cardiopatía Isquémica
CIC	Cardiopatía Isquémica Crónica
CIE 9 MC	Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª revisión Modificación Clínica
CP	Contingencia Profesional
DBA	Duración de la Baja por Asegurado
EAP	Equipo de Atención Primaria
ECG	Electrocardiograma
EP	Enfermedad Profesional
EPI	Equipos de Protección Individual
FCM	Frecuencia Cardíaca Máxima
FEVI	Fracción de Eyección del Ventrículo Izquierdo

HUS	Hospital Universitario de Salamanca
I.L.T.	Incapacidad Laboral Transitoria
I.T.	Incapacidad Temporal
IA	Índice de Angina
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IB	Incidencia de Bajas
IM	Inspección Médica
INE	Instituto Nacional de Estadística
INP	Instituto Nacional de Previsión
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
INSERSO	Instituto Nacional de Servicios Sociales
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
ITCC	Incapacidad temporal por Contingencias Comunes
L	Ley
LES	Lupus Eritematoso Sistémico
LGSS	Ley General de Seguridad Social
LMFAOS	Ley de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social
MAP	Médico de Atención Primaria
MATEPSS	Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seg. Soc.
MEDORA	Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria en Sacyl
METS	Unidad de Medida del Índice Metabólico
NHS	National Heart Service
NYHA	New York Heart Association
O	Orden
PE	Prueba de Esfuerzo
PIB	Producto Interior Bruto
QALY	Quality Adjusted Life Year (años de vida ajustados por calidad)

RD	Real Decreto
RD Leg	Real Decreto Legislativo
RED	Remisión Electrónica de Datos (sistema de)
RNAs	Redes Neuronales Artificiales
Sacyl	Sanidad de Castilla y León
SagITario	Sistema de gestión y control de bajas laborales Sacyl
SCA	Síndrome Coronario Agudo
Seg. Soc.	Seguridad Social
SNS	Sistema Nacional de Salud
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad
SOVI	Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez
SPS	Servicio Público de Salud
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SRS	Servicio Regional de Salud
TE	Tiempo de Esfuerzo (en Prueba de Esfuerzo)