



MINISTERIO
DE TRABAJO Y
ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN DE
LA SEGURIDAD SOCIAL

LA INCAPACIDAD LABORAL EN SU CONTEXTO MÉDICO: PROBLEMAS CLÍNICOS Y DE GESTIÓN

RESPONSABLE: FUNDACIÓN ALTERNATIVAS

Investigación financiada mediante subvención recibida de acuerdo con lo previsto en la Orden TAS/1051/2005, de 12 de abril (subvenciones para el Fomento de la Investigación de la Protección Social –FIPROS-)

La Seguridad Social no se identifica con el contenido y/o conclusiones de esta investigación, cuya total responsabilidad corresponde a sus autores.

La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión

**Juan Gérvas, Ángel Ruiz Téllez
y Mercedes Pérez Fernández**

Documento de trabajo 85/2006

Estudio cofinanciado por FIPROS



Juan Gérvas

Médico de Canencia de la Sierra (Madrid), con plaza en propiedad en el Sistema Nacional de Salud desde 1974. Licenciado y Doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid. Coordinador del Equipo CESCA desde su formación en 1980. Profesor universitario entre 1971 y 2003 (Universidades de Valladolid, Autónoma de Madrid, Nacional de Educación a Distancia, y Johns Hopkins). Profesor de Atención Primaria en la Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, desde 1991. Miembro del Comité Internacional de Clasificaciones de la WONCA desde 1986. Investigador en proyectos con financiación pública, nacional e internacional, desde 1984. Coordinador de los Seminarios de Innovación en Atención Primaria, desde 2005. Coordinador de las actividades de Atención Primaria en el proyecto EUROsociAL- Salud, en América Latina, financiado por la Unión Europea, 2005-2009.

Ángel Ruiz Téllez

Licenciado en 1979 por la Universidad de Navarra. Médico de Familia, vía MIR, desde 1983. Técnico del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, por oposición, en análisis y técnicas epidemiológicas (1984). Médico del centro de salud de Sansomendi desde 1985. Subdirector de Atención Primaria de Osakidetza, 1994. Presidente del Instituto @pCOM, 1998. Director de CYMAP SL (Concepto y Metodología en Atención Primaria), 2002. Autor de múltiples publicaciones sobre atención primaria. Experiencia en gestión, sistemas de información, sistemas informáticos y organización sanitaria.

Mercedes Pérez Fernández

Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valladolid, en 1971. Especialista en Medicina Interna en 1974. Plaza en propiedad de Medicina General en el Sistema Nacional de Salud desde 1976. Miembro del Equipo CESCA y de la Red Española de Atención Primaria desde su fundación. Defensora del Lector de la Revista SEMERGEN. Múltiples artículos sobre la Atención Primaria, centrados en el uso adecuado de recursos. Investigador principal en el “Estudio Europeo de Demanda Derivada” (Referral Study), participación española, con una ayuda FIS. Miembro del equipo que desarrolló el trabajo 20 años de reforma de la Atención Primaria en España. Valoración para un aprendizaje por acierto/error, financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2004 y 2005).

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Juan Gérvas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández

ISBN: 84-96204-97-9

Depósito Legal: M-17048-2006

Contenido

Resumen ejecutivo	5
Introducción	7
1 Hipótesis de trabajo, objetivos del estudio y estado del arte	9
1.1 Hipótesis de trabajo	9
1.2 Objetivos del estudio	9
1.3 Estado del arte	11
2 Los “tiempos muertos” en la incapacidad laboral y sus repercusiones	20
2.1 La repercusión en la duración de la incapacidad laboral de los tiempos no diagnósticos ni terapéuticos	20
2.2 Las alternativas terapéuticas en la enfermedad y el lugar del reposo. Uso y abuso de la baja laboral	22
2.3 El reposo como parte de la terapéutica en la enfermedad: ventajas e inconvenientes	25
2.4 Adecuación del reposo a la enfermedad, al pronóstico y a su evolución	26
2.5 Las consecuencias de la incapacidad	29
3 El médico de atención primaria y la gestión de la incapacidad laboral	32
3.1 El diagnóstico de los procesos que requieren incapacidad laboral: teoría y práctica. Mejora de los circuitos	32
3.2 El papel de los especialistas y la mejora de la coordinación entre primaria y especializada	35
3.3 Cómo transformar al médico de atención primaria en responsable de la incapacidad laboral	37
3.4 Las trabas burocráticas en torno al proceso de incapacidad: cómo transformar la burocracia en un reto clínico	38
3.5 La incapacidad para estar en el lugar del trabajo y para el trabajo habitual: dos cuestiones distintas	39
3.6 La cooperación de los médicos de atención primaria en el uso racional de la incapacidad laboral	41
3.7 Los sistemas de información para la toma de decisiones en la incapacidad laboral	43
4 Hacia un mejor uso terapéutico de la incapacidad laboral	48
4.1 El mejor uso terapéutico de la incapacidad laboral. Normas y sugerencias para el buen uso del reposo y de la incapacidad laboral	48

4.2	La mejora de la declaración de la incapacidad laboral. Recomendaciones sobre la simplificación de la propia declaración	50
4.3	Las necesidades de formación continuada y de investigación como parte del plan del mejor uso terapéutico de la baja laboral	51
5	Conclusiones y recomendaciones	55
	Índice de Tablas y Gráficos	59
	Bibliografía	60

Siglas y abreviaturas

AA PP	Administraciones Públicas
CEDEM	Código de Ética y Deontología Médica
CESCA	Grupo Multiprofesional de Estudio y Análisis de la Atención Primaria
CIAP	Clasificación Internacional de la Atención Primaria
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
INP	Instituto Nacional de Previsión
Insalud	Instituto Nacional de la Salud
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
IT	Incapacidad temporal
MUFACE	Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado
OMC	Organización Médica Colegial
PEME	Principios de Ética Médica Europea
SBU	Agencia Sueca de Evaluación de Tecnología
WMA	Asociación Médica Mundial
WONCA	Organización Mundial de Médicos de Familia

La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión

Juan Gérvas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández
Médicos de atención primaria¹

La enfermedad supone la incapacidad para llevar a cabo la actividad ordinaria de la vida. Entendemos genéricamente como enfermedad toda situación de enfermedad como tal, lesiones, síntomas, síndromes y enfermedades propiamente dichas que conllevan pérdida de salud y, en consecuencia, una obligada inactividad y, por tanto, una incapacidad llamada laboral, si existe un trabajo remunerado, y una baja laboral. Aquí, como se verá, asumimos las expresiones incapacidad laboral y baja laboral sin hacer distinciones.

No se puede afirmar tajantemente que el dejar de trabajar sea beneficioso, pues varios estudios concluyen demostrando que la ausencia al trabajo por recomendación médica tiene ventajas e inconvenientes. El sistema sanitario registra y avala con legalidad la relación enfermedad e incapacidad-baja con un certificado que firma el médico y que promueve unas prestaciones sociales de atención sanitaria y subvención económica hasta la rehabilitación del enfermo-trabajador.

Pero dentro de esta regla social de “sentido común” se ha advertido que existe un abuso en un tercio de los casos, ya sea porque no exista una verdadera relación enfermedad-incapacidad o porque el reposo determinado por el médico, y su consiguiente baja en el trabajo, se prolongue indebidamente. Aunque las leyes han cambiado, y la situación ha mejorado, nadie niega todavía la existencia de abusos y de fraudes.

La relación enfermedad-incapacidad laboral se complica todavía más con los problemas del llamado “presentismo” (pronta incorporación al trabajo), que es el reverso del abuso al que nos referíamos antes, y con el porcentaje del 16% de las bajas por enfermedad y/o accidente “no laboral” en atención primaria que, según diversos estudios, tiene una causalidad probablemente laboral, aunque no lo sean a primera vista, y no se declaren por ello como tales.

¹ El término médico de atención primaria se aplica al conjunto formado por los médicos generales, médicos de familia y médicos de cabecera. Empleamos indistintamente todos estos términos. Por supuesto, la Medicina de Familia es una especialidad *sensu stricto*, pero aquí se considera generalista, frente al resto de las especialidades.

En este terreno incierto se mueve el médico de atención primaria, que siente la necesidad de que se estudie e investigue a fondo el fenómeno sanitario y social de la incapacidad laboral transitoria y que, consecuentemente, se mejore el proceso clínico en torno a la baja laboral.

Como médicos de atención primaria, y con esta preocupación del mejor uso de la baja laboral, hemos trabajado en el seguimiento de las investigaciones y estudios que se han realizado sobre el tema, y hemos hecho también un desarrollo analítico de la práctica clínica habitual, con propuestas para su mejora.

Concluimos que es necesario encontrar una solución profesional idónea a una gestión global de la incapacidad temporal. Consideramos que hay que dar, o devolver, al médico de atención primaria el protagonismo y la responsabilidad en el proceso de baja-alta médica –y, por ello, de la baja-alta laboral–, ya que es quien certifica la necesidad del reposo, y emplea éste como parte del plan terapéutico. Desde esta convicción fundamentada, que es el núcleo de nuestro pensamiento, hacemos las propuestas que enunciamos a continuación:

- La política de separación de la gestión económica y del manejo clínico de las bajas laborales no ha resuelto sus problemas. Además, la baja laboral, connatural al reposo prescrito, necesariamente hay que considerarla como una parte del acto terapéutico.
- Debiera desaparecer la dicotomía entre gestión económica y clínica y, simultáneamente, la burocracia inútil, de modo que la certificación de baja laboral y los partes de confirmación fueran estrictamente clínicos, puesto que la certificación depende únicamente de la valoración médica.
- Sin un conocimiento global del paciente, difícil fuera de la atención primaria, parece imposible el control del problema. Por ello, los médicos de atención primaria debieran contar con autoridad y poder para solicitar pruebas diagnósticas y terapéuticas, de forma que los especialistas y los médicos de las mutuas actuaran como consultores. Además, los médicos de primaria deberían tener un presupuesto anual cerrado para el gasto en bajas laborales de su cupo.
- La aceptación de este cometido y responsabilidad tendría una remuneración compuesta de un fijo mensual y un incentivo variable anual, según cumplimientos de objetivos. El ahorro repercutiría en la mejor dotación material y personal del Centro de Salud.
- El planteamiento y las propuestas que contiene este Documento implican una nueva cultura, una percepción de que la baja laboral es un instrumento clínico terapéutico, cuya función clave es contribuir a la mejor recuperación de la salud.
- Es cierto que en España existe abundante investigación sobre bajas laborales, pero se echa en falta un plan estructurado de investigación y de formación que estudie la adecuación de la baja al problema de salud, elabore guías en favor de la eficacia y de la valoración de los efectos adversos de la situación de baja, y que ayude a establecer un plan de formación continuada y a la renovación de conocimientos y prácticas de probada eficacia (sobre todo, en lo que se refiere a los episodios que son con mayor frecuencia causas de abuso y fraude).

Introducción

La enfermedad² conlleva en ocasiones la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Es el caso, por ejemplo, del anciano con neumonía, recluido en su domicilio o ingresado en un hospital, que se ve obligado a incumplir su rutina y sus obligaciones diarias por el reposo forzado por la enfermedad. Naturalmente el reposo se mantiene el mínimo imprescindible, pues se percibe la inactividad (y el aislamiento) como algo perjudicial y obligado, que debe ceder el paso a una actividad relativa en la convalecencia, y total con la curación. Por ejemplo, se sabe de muchas enfermedades en las que el reposo en cama es directamente perjudicial, en el sentido de complicar la evolución de la enfermedad o situación, como en el dolor lumbar, el posparto o las hepatitis. Por asombroso que parezca, en muchas otras situaciones desconocemos el grado del valor terapéutico del reposo en cama y del reposo en general (Allen *et al.*, 1999; SBU, 2004).

También desconocemos casi todo acerca de la eficacia de la baja laboral³, de su impacto en la salud del trabajador, es decir, acerca de la utilidad de permanecer ausente del trabajo por enfermedad. No podemos decidir en conjunto, pues, si es conveniente dejar de trabajar, ya que tiene ventajas e inconvenientes (Vingard *et al.*, 2004). Lamentablemente, la investigación es una asignatura pendiente en este asunto clave (por su repercusión clínica y económica), de forma que mucho de lo que se hace es pura rutina, o “de sentido común”, pero sin gran fundamento científico (SBU, 2004).

La incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria puede obligar al trabajador a la ausencia del puesto de trabajo, y/o puede impedir su trabajo habitual. Aunque no sepamos su eficacia, la baja laboral es frecuente. Por ejemplo, el dolor impidió ir a trabajar al 10% de los catalanes que lo padecieron durante un tiempo medio anual de 47 días (Bassols *et al.*, 1999; Bassols *et al.*, 2003). Entre los asalariados españoles se ha estimado una media de 22 días anuales de incapacidad temporal por dolor de espalda, con un coste anual de más de sesenta millones de euros, sólo por la incapacidad temporal, sin contar la medicación y otras intervenciones (González y Concón, 2000; Kovacs y Gil del Real, 2000).

² En este estudio se denomina enfermedad al conjunto de situaciones en que se pierde la salud. Incluye, pues, las enfermedades propiamente dichas y las lesiones, signos, síntomas y síndromes que conllevan pérdida de salud.

³ Aunque no sean estrictamente equivalentes, utilizamos sin distinguirlas las expresiones “incapacidad laboral” y “baja laboral”.

El sistema sanitario actúa de garante de la proporcionalidad entre el reposo obligado y necesario y la evolución de la enfermedad. La garantía se documenta con un registro específico, que firma un médico. El registro –el certificado médico– tiene carácter legal y lleva aparejado el reconocimiento de ciertas prestaciones. Para facilitar un reposo tal (incapacidad laboral) se han establecido formas de compensación monetarias que aseguran al trabajador enfermo una percepción económica que le permita sobrevivir dignamente durante el episodio de incapacidad, hasta su convalecencia y rehabilitación. Se estima que hay abuso respecto a esta prestación en un tercio de los casos, bien por ser innecesario el reposo, bien por prolongarse en exceso (Quijano, 1999; Ruiz Téllez, 1999a). Se ha modificado la legislación española para intentar adecuar la baja laboral a su necesidad, pero con relativo fracaso, como analizaremos en el apartado “Estado del arte”. También se ha estudiado el fenómeno opuesto, el incorrecto uso de la incapacidad laboral por defecto, por pronta incorporación al trabajo (“presentismo”), aunque es una cuestión sobre la que sabemos poco (Dew *et al.*, 2005).

Por otra parte, han sido mal satisfechas las esperanzas puestas en el desarrollo de guías y protocolos que mejorasen la calidad de la atención de los pacientes con enfermedades que requieren situaciones de baja laboral. Se demuestra bien en el caso del dolor lumbar, con decenas de guías publicadas que han tenido y tienen pobre impacto en la práctica clínica diaria, entre otras cosas por su discrepancia final, pese a estar “fundadas en pruebas”⁴ (Kovacs y Gil del Real, 2000). En general, falta investigación acerca de la efectividad de las guías, acerca de cómo implantarlas y acerca de cómo mejorar finalmente la calidad de la atención, pero parece que las actividades multiprofesionales y multifactoriales son las más eficaces (las que integran el trabajo de múltiples profesionales y actúan a través de diversas actividades) (Shojania y Grimshaw, 2005).

Así mismo, falta investigación exhaustiva acerca de la presencia en la consulta del médico general de enfermedades que disminuyan la capacidad para trabajar y/o que sean consecuencia del trabajo, pero se puede concluir que los problemas de salud de este estilo son frecuentes, y destacan en estos dos campos las alteraciones del aparato locomotor y del respiratorio y las psiquiátricas (Castejón, 2002; Benavides, 2005; Benavides *et al.*, 2005; Weevers *et al.*, 2005). Se ha estimado que hasta el 16% de las bajas por enfermedad y/o accidente “no laboral” en atención primaria tienen un probable origen laboral, aunque no se declaren en este sentido (Castejón, 2002; Benavides *et al.*, 2005).

Así pues, la incapacidad transitoria es algo frecuente sobre lo que sabemos poco. Hemos aceptado como bueno el reposo, y como fácil la mejora del proceso clínico en torno a la baja laboral. Sin embargo, es imprudente tomar medidas sin justificarlas científicamente, y conviene ser cautos antes de pasar a la acción.

⁴ Se suele traducir “*evidence-based medicine*” por “medicina basada en la evidencia”, sin percibir que “*evidence*” es un “falso amigo”, pues “evidencia” en español es justamente lo contrario, lo que no necesita demostración ni prueba.

1. Hipótesis de trabajo, objetivos del estudio y estado del arte

1.1 Hipótesis de trabajo

Con las limitaciones señaladas, que dificultan pero no impiden el mejor uso de la baja laboral, las hipótesis de partida en este trabajo son:

- Que el médico de atención primaria es el profesional idóneo para la gestión global de la incapacidad temporal, y que precisa autoridad y recursos (materiales, personales, financieros y legales) para desenvolverse adecuadamente a este respecto.
- Que la gestión global es más que “ahorrar” o disminuir costes, pues supone el uso racional de la prestación. Gestionar la incapacidad laboral es adecuar costes a necesidades, es utilizar el personal, las actividades y los recursos adecuados para que el trabajador recupere su capacidad laboral en el menor tiempo posible, en el plazo más conveniente para su salud.
- Que las condiciones financieras y de organización deberían facilitar el trabajo del médico de familia como gestor global de la incapacidad laboral.
- Que las segregaciones de la incapacidad temporal, al alejar al trabajador enfermo de su médico de cabecera, no han contribuido ni contribuirán a su mejora, pues falta la gestión global (en la que la ausencia al trabajo es parte de la terapéutica en un proceso de atención que va mucho más allá del episodio que requiere la baja laboral).

1.2 Objetivos del estudio

Este trabajo tiene dos objetivos:

- Analizar la incapacidad laboral en el contexto médico con un enfoque original, centrado en la adecuación de necesidad a duración, es decir, valorar el componente

terapéutico del reposo en el trabajador enfermo y el registro que garantiza legalmente su adecuación a la necesidad⁵. En otras palabras, considerar, respecto a la duración del reposo, la brecha entre la eficacia (el mejor uso posible, en condiciones ideales) y la efectividad (el uso en la práctica y condiciones del trabajo cotidiano del médico).

- Proponer una gestión global de la incapacidad laboral, que pasaría a depender del médico de atención primaria, dotado de la necesaria autonomía, autoridad, potestad, responsabilidad y presupuesto, con los incentivos necesarios para su mejor desarrollo. En este enfoque el coste de la incapacidad es cuestión importante, pero secundaria. Su importancia le viene dada, además, no por su cuantía, sino por el coste-oportunidad, es decir, por lo que se deja de hacer frente a otras alternativas. Finalmente, como no podía ser menos, el monto final cuenta, pero “por consecuencia de...”.

Así pues, el enfoque principal es doble:

- La adecuación entre el reposo recomendado y su necesidad, según el mejor fundamento científico y la mejor práctica clínica.
- La correcta gestión global de la incapacidad laboral, para disminuir el uso incorrecto y el gasto innecesario.

Se pretende con ello devolver protagonismo y responsabilidad al médico de atención primaria, que idealmente certifica la necesidad del reposo, solicita directamente pruebas diagnósticas, y para el cual trabajan los especialistas como consultores y/o como expertos con habilidades especiales que complementan con otras terapéuticas el reposo, para lograr la pronta convalecencia y rehabilitación del trabajador enfermo.

Se trata, pues, de considerar en su aspecto clínico y de gestión los cuatro principios básicos de la ética aplicados a la incapacidad laboral:

- No maleficencia: *primum non nocere*, es decir, equilibrar los daños de no reposar y de reposar (daños en torno a la evolución de la enfermedad y los debidos a la ausencia al trabajo, al “etiquetado”, y otros). Aunque se suele considerar que la incapacidad laboral tiene un beneficio indudable, ya hemos señalado en la introducción que se desconoce su impacto en la salud, y que es de esperar que tenga beneficios y perjuicios, como toda actividad sanitaria.

⁵ En todo el texto se utilizará profusamente el dolor de espalda de ejemplo, tanto por su frecuencia como causa de baja laboral, como por su interés científico.

- **Justicia:** adecuar reposo a necesidad, con independencia de clase social y educación, teniendo en cuenta el bien común. Resulta injusto el abuso de la prestación, pero también resultaría injusta su negación cuando se precisa.
- **Autonomía:** englobar el reposo en una actividad médica de decisión compartida, en la que se tengan en cuenta los deseos y preferencias del paciente, que debe estar bien informado sobre las ventajas y los inconvenientes de la incapacidad laboral en su caso. En muchos casos los pacientes sólo ven ventajas a la situación de baja laboral, y en otros la ven como remedio a situaciones que no son problemas de salud, por lo que la autonomía puede entrar en conflicto con la justicia.
- **Beneficencia:** ajustar la decisión al paciente concreto, a su situación personal, familiar, social y económica, poniendo como referente las decisiones que sugiere la investigación y la buena práctica clínica. En el cumplimiento de este principio básico, el médico general puede tener en cuenta al paciente trabajador como persona en una situación concreta, y valorar el episodio que requiere reposo en el contexto de la biografía completa del mismo.

Este enfoque es similar al que se aplicaría en un análisis de la prestación farmacéutica, en el que se estudiara la adecuación de la prescripción a la morbilidad y sufrimiento de los pacientes y se buscara la eficiencia en el uso de medicamentos, según los mismos cuatro principios básicos de la ética. La diferencia fundamental se refiere a la distinta cuantía económica, pues la incapacidad laboral se lleva en torno al 51% de los gastos de un equipo de atención primaria, mientras la prestación farmacéutica se lleva el 32% (Ruiz Téllez, 1999a).

1.3 Estado del arte

En primera instancia, la información oficial publicada indica que el gasto en la baja laboral vuelve a ser un problema de primera magnitud (como el gasto farmacéutico), lo que de nuevo alarma y obliga a la reflexión (Tabla 1).

Al parecer, las medidas legislativas de 1995-98 consiguieron una reducción importante de gasto en el lustro siguiente, pero cabe la sospecha de que tal reducción fuera debida fundamentalmente al recorte de la duración máxima de la incapacidad temporal, de 6 años a 2,5 años.

El incremento actual vuelve a ser similar al de los años previos a la reforma. En cualquier caso, son datos que deben tomarse con cautela, por no ser información estandarizada y estar sesgada por el importante incremento de población activa española en pocos años (de algo más de 15 millones de afiliados a la Seguridad Social en 1996 a más de 18 millones en 2005).

Tabla 1. Gasto por IT anual

Año	Total en millones de euros	Incremento interanual
1989	2.074,24	18,64%
1990	2.487,07	19,90%
1991	3.017,02	21,31%
1992	3.396,58	12,58%
1993	3.349,07	-1,40%
1994	3.374,38	0,76%
1995	3.375,93	0,05%
1996	3.513,85	4,09%
1997	3.316,70	-5,61%
1998	3.163,26	-4,63%
1999	3.333,63	5,39%
2000	3.784,36	13,52%
2001	4.278,29	13,05%
2002	4.026,79	-5,88%
2003	4.622,75	14,80%
2004	5.312,46 ⁽¹⁾	14,92%

⁽¹⁾ Estimación de Presupuesto, a partir de datos del Ministerio de Trabajo.

Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Es fundamental que sean objeto de especial interés las dos prestaciones más importantes: la incapacidad temporal o permanente o invalidez y el gasto farmacéutico; pero es bueno situar a España en su posición relativa entre los países europeos antes de generar conclusiones o juicios de valor prematuros.

En la Tabla 2 se recoge una de las pocas comparaciones estandarizadas entre países europeos sobre la baja laboral.

Pese a las limitaciones del método empleado en este estudio (encuesta retrospectiva a una muestra de la población), permite hacerse una idea del uso de la baja laboral en Europa.

España ocupa un lugar intermedio, coherente con el comportamiento de países de su entorno, el sur, con una cifra del 11,8% de bajas entre la población activa en el año 2000. Es un porcentaje bajo, la mitad que los países nórdicos, y menor que los centro-europeos.

A pesar de la mala información existente en Europa, salvo excepciones (Gimeno *et al.*, 2004; Soler, 2003), parece que existe una tendencia al incremento según se “asciende” geográficamente. Las cosas suceden como si hubiese una relación directa entre el por-

Tabla 2. Porcentaje de trabajadores (ponderados por edad) con baja laboral* en UE-15, 2000

País	Nº	%	(95% CI)	%	(95% CI)	%	(95% CI)
Grecia	496	6,7	De 4,8 a 9,3	8,9	De 6,1 a 12,8	3,5	De 1,7 a 7,1
Irlanda	1.078	8,3	De 6,8 a 10,1	9,2	De 7,1 a 12,0	7,3	De 5,4 a 9,9
Portugal	1.011	8,4	De 6,9 a 10,3	10,1	De 7,7 a 13,1	6,8	De 5,0 a 9,3
Italia	1.025	8,5	De 6,9 a 10,4	9,9	De 7,8 a 12,5	6,4	De 4,4 a 9,2
Reino Unido	1.212	11,7	De 10,0 a 13,7	13,3	De 10,9 a 16,2	10,0	De 7,8 a 12,7
España	1.032	11,8	De 10,0 a 13,9	13,5	De 11,1 a 16,2	8,6	De 6,1 a 12,1
Dinamarca	1.221	12,4	De 10,7 a 14,4	12,9	De 10,4 a 15,8	12,0	De 9,7 a 14,8
Francia	1.212	14,3	De 12,4 a 16,4	15,4	De 12,8 a 18,3	12,9	De 10,4 a 16,0
Bélgica	1.201	15,6	De 13,6 a 17,7	15,4	De 12,9 a 18,3	15,8	De 12,9 a 19,3
Austria	1.236	16,0	De 14,1 a 18,2	20,4	De 17,3 a 23,8	12,1	De 9,8 a 14,8
Suecia	1.323	17,0	De 15,0 a 19,1	14,9	De 12,3 a 17,9	18,8	De 16,1 a 21,9
Luxemburgo	425	17,4	De 14,1 a 21,3	21,4	De 16,8 a 26,7	11,1	De 7,1 a 16,9
Alemania	1.265	18,3	De 16,3 a 20,5	21,1	De 18,2 a 24,4	15,0	De 12,3 a 18,2
Holanda	1.367	20,3	De 18,3 a 22,6	21,8	De 18,9 a 25,1	18,9	De 16,2 a 22,0
Finlancia	1.153	24,0	De 21,6 a 26,6	22,0	De 18,7 a 25,7	25,7	De 22,4 a 29,3
Total	16.257	14,5	De 13,9 a 15	15,5	De 14,7 a 16,3	13,3	De 12,6 a 14,1

* Ausencia de al menos un día en los últimos 12 meses por accidente laboral, enfermedad laboral u otro tipo de enfermedad.

Fuente: Gimeno D., Benavides F. G., Benach J., y Amick B. C. Distribution of sickness absence in the European Union countries. *Occup Environ Med* 2004;61;867-69

centaje de la población en situación de baja y el grado de protección social y económica a la incapacidad temporal, con un crecimiento desde el sur hacia el norte.

En general, en Europa, con la excepción de los países nórdicos que invierten la tendencia, es el sexo masculino el que más bajas “disfruta”, aunque ello puede ser un sesgo derivado de las tasas de ocupación por sexos (Gimeno *et al.*, 2004; Lafuente *et al.*, 1991; Olasagasti *et al.*, 1991).

Es importante encontrar factores pronósticos de carácter sociodemográfico, pero hay dificultades al respecto por las limitaciones de las propias fuentes de información y, también, por el escaso interés aparente ante este problema (Allebeck *et al.*, 2004; Benavides, 2005). Lo poco demostrado en este campo limita la posibilidad de estimar pronósticos de duración según criterios sociodemográficos (Allebeck *et al.*, 2004; Drolet *et al.*, 2005). No parece que el estatus marital o la presencia de hijos influyan sobre la frecuencia y duración de las bajas, con la excepción del efecto del divorcio en una primera fase. Hay

cierta relación con los trabajos físicos duros, y moderada con el mal control psicológico en situaciones laborales. El desempleo parece que muestra un limitado impacto, aunque se desconozcan las razones de ello (Allebeck *et al.*, 2004). Sin embargo, otras series (Gjesdal, 2005) muestran precisamente la reducción de las bajas en las épocas de crisis de empleo, algo que contradice nuestra experiencia nacional, más acostumbrada a la utilización fraudulenta de la incapacidad temporal en periodos de crisis económica o social [tan evidente que la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España tuvo que realizar una declaración específica (OMC, 2001), advirtiendo del abuso del trabajador y de la necesidad de limitar el uso demasiado comprensivo de la baja laboral como escape o como instrumento para evitar, por ejemplo, la deducción de emolumentos por huelga, o para eludir las obligaciones de los servicios mínimos]. La familia juega un papel innegable en la baja (Ockander *et al.*, 2005), así como también tienen impacto el tipo de relación laboral (trabajo asalariado frente a trabajo autónomo), el tipo de empresa (pública frente a privada) y hasta la pertenencia a un sindicato (Drolet *et al.*, 2005).

Es más común la producción científica relativa a la influencia directa del modelo y del grado de protección social y económica de la incapacidad temporal, aunque se desconoce la magnitud del cambio requerido para modificar la tendencia previa (Allebeck *et al.*, 2004).

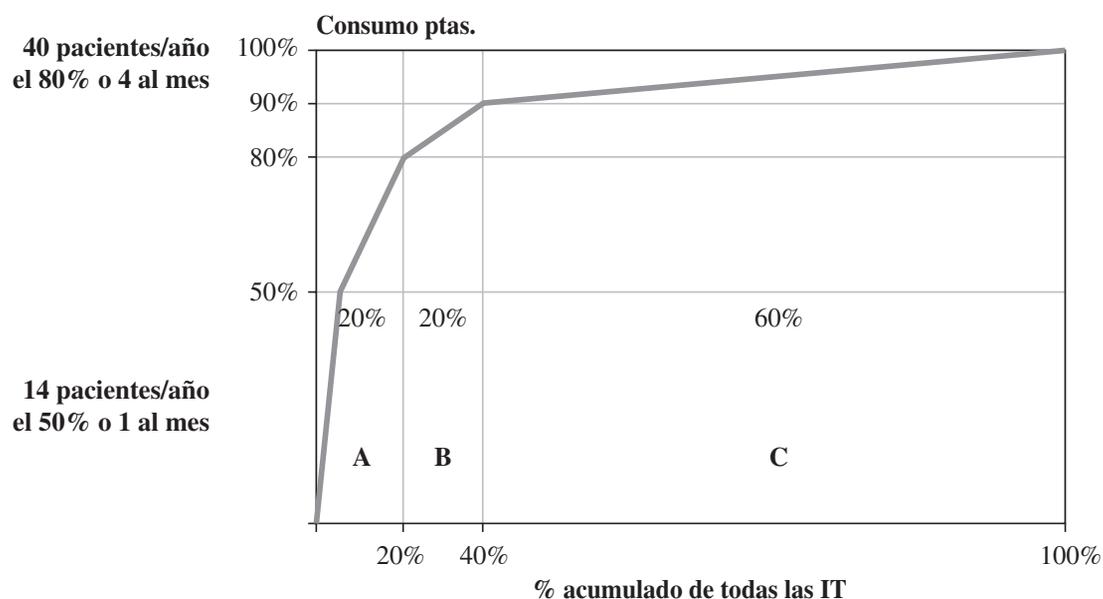
Sorprendentemente, parece que quien tiene mejor capacidad pronóstica sobre la duración de una baja es el propio paciente (Fleten *et al.*, 2004), muy por encima de guías, profesionales y expertos. Este hecho es coherente con que, en toda Europa, la baja laboral “se toma”, no “se da”. Por ello, los pacientes suelen calibrar perfectamente su duración.

La relación médico-paciente, en un ambiente de “buena fe”, conduce precisamente a aceptar el criterio de incapacidad laboral declarado por el paciente que, de alguna manera, ha generado una valoración, una duración estimada, habida cuenta de la menor gravedad de la mayoría de las bajas laborales. Probablemente, además, en este acertado pronóstico, el paciente incluye las variables oportunas acerca de los hábitos y costumbres del médico de cabecera que certifica la baja.

Necesitamos comprensión del fenómeno que llamamos “baja laboral”, pero también necesitamos tomar medidas para controlarlo (Benavides, 2005; Benavides *et al.*, 1990; Caldas *et al.*, 2000; Farrés y Portella, 1982; González Hierro, 2000; Ruiz Téllez, 2002). Así, el gobierno español, en vista del creciente incremento absoluto anual del gasto en incapacidad temporal, puso en marcha a partir de 1995 un paquete de medidas legislativas para tratar de frenarlo (GTIT-SEMFYC, 1998).

La iniciativa se tomó por parte del Ministerio de Trabajo, el gestor económico, e impuso al Ministerio de Sanidad y a los servicios de salud una serie de medidas de carácter económico, poco entendidas y apenas percibidas por éstos, precisamente por no afectarles en los presupuestos.

Gráfico 1. Diagrama de Pareto en la incapacidad temporal (IT)



Fuente: Elaboración propia (Ruiz Téllez, 2005, Proyecto ISIS)
(<http://www.cymap.es/Default.aspx?tabid=48>)

Por tanto, se mantuvo la compleja situación de separación de la gestión clínica y económica, presente desde la escisión del Instituto Nacional de Previsión (INP) en dos: el Instituto Nacional de la Salud (Insalud) y el Instituto de la Seguridad Social (INSS), dependientes de los Ministerios de Sanidad y Trabajo, respectivamente. Esta separación es una de las principales fuentes de ineficiencia en la gestión de la baja laboral, pues la carencia de presupuesto conlleva tanto el abandono del control del problema como la ausencia de la necesaria innovación al respecto (Ruiz Téllez, 1998b; Ruiz Téllez, 1999b). El gasto que “provoca” el Instituto Nacional de Salud (y ahora los servicios de salud) lo “paga” el Instituto de la Seguridad Social, una dicotomía que conlleva la falta de control y de innovación. La separación entre la gestión clínica y la gestión económica es, como hemos señalado, fuente de grave ineficiencia provocada por la “inconsciencia” del gasto que genera la decisión del médico clínico, que depende orgánicamente del Sistema de Salud, pero genera el gasto en el Instituto de la Seguridad Social, un organismo “ajeno”.

A partir de 1996, en vista del mejor cumplimiento de los objetivos presupuestarios por parte de las mutuas de accidente de trabajo y enfermedad profesional de la Seguridad Social, se decidió cederles la gestión económica de las bajas laborales (en principio también se cedía la atención clínica, lo que fue desechado por el elevado riesgo de fracturar el sistema sanitario).

Se concedió al empresario la potestad de elegir entre mantenerse en el Instituto Nacional de la Seguridad Social (como mutua) o seleccionar una mutua como gestora económica.

La clásica ordenación de las bajas en un Pareto (el 20% de las bajas es generadora del 80% del consumo) fue invertido por las mutuas, que comenzaron la captación de clientes por el final, por el grupo C, el grupo que recogía al 60% de los trabajadores (de pequeñas empresas, en su mayoría), con un consumo del 10%, lo que se alcanzó en pocos meses y con una buena rentabilidad (Gráfico 1).

Las medidas legislativas tuvieron una repercusión inmediata y generaron un ahorro y unas tendencias positivas que duraron un lustro. El éxito dependió, fundamentalmente, de la reducción de la duración máxima de la baja (de 6 a 2,5 años), pero posteriormente comenzó de nuevo un lento crecimiento hasta situarse en los mismos parámetros de incremento previos a la reforma.

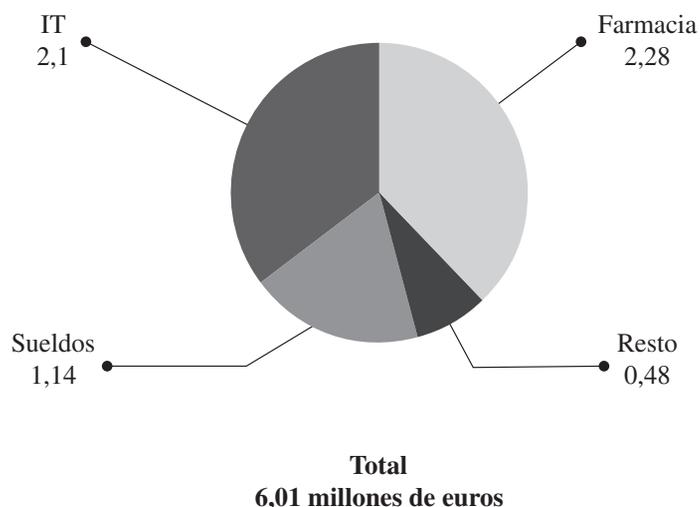
Sin duda, parte de este incremento se ha debido al crecimiento de la población activa, pero ello no lo explica del todo, y sugiere el final de una etapa de éxito en la contención.

La contención económica parece llegar a sus límites para todos los aspectos del consumo sanitario en el estado actual de la organización, y el problema es el mismo en el caso del control de los pacientes en situación de baja. En esta situación concreta la clínica es la faceta que no se abordó en 1996 y que gravita inexorablemente sobre el problema. Sin embargo, no es suficiente la competencia clínica, y no bastará si persiste sin acompañarse de otras medidas de organización (y autoridad), precisas para su mejor uso.

La incapacidad temporal, como se ha comentado, es parte consustancial del acto terapéutico profesional, una respuesta compleja para controlar situaciones y problemas que habitualmente superan lo biológico (Benavides, 2005; Benavides *et al.*, 1990; Castejón, 2002; Gervas *et al.*, 1990). La elevada connotación personal de la situación de baja implica, necesariamente, al médico de cabecera (de primaria) como agente idóneo de su control, el único capaz de integrar la mucha información vital (clínica y social) necesaria para el uso apropiado a las necesidades del paciente.

El alejamiento del control por el médico de primaria, consecuencia de la separación artificial del presupuesto y del seguimiento clínico de las bajas laborales (en beneficio de las mutuas), ha complicado su control y no ha mostrado los beneficios pretendidos. De hecho, se ha judicializado en repetidas ocasiones el proceso asistencial por altas prematuras, mal entendidas por el paciente y, en muchas ocasiones, por el propio médico de cabecera, pues se ven dichas altas forzadas por la presión laboral a los médicos de las mutuas, con incentivos no clínicos para ello. Al tener la incapacidad temporal un componente terapéutico más, su control debería quedar en manos del médico de cabecera, tanto en el sentido clínico como presupuestario, para evitar esas bajas prematuras y para dar –y exigir– rigor en su uso.

Gráfico 2. Gastos anuales de un centro de atención primaria de tamaño medio (18.000 habitantes)*



* En millones de euros.

Fuente: Elaboración propia (Ruiz Téllez, 2005, Proyecto ISIS)

Similar complicación conllevó el fomento del médico especialista en la concesión y control de la baja laboral, ya experimentado con poco éxito en los años ochenta del siglo XX. Las normas legales de 1996-98 permitieron que la incapacidad temporal se pudiera conceder y seguir en los servicios hospitalarios o especializados, pero con poca aceptación y repercusión en el control del gasto.

Si es universal el aforismo de Goldratt del “¡Dime cómo me mides y te diré cómo me comporto!”, parece difícil que el fenómeno de la incapacidad temporal se convierta en una prioridad en los servicios sanitarios (y por delegación en los profesionales), en caso de mantenerse la separación de la financiación, la gestión y el uso terapéutico de la incapacidad. Los médicos de primaria están desvinculados de las consecuencias económicas de sus bajas, y rechazan el control de los médicos de las mutuas, lo que genera un caldo que favorece el trabajo descuidado en este importante campo.

El desglose del gasto según actividad en un centro de atención primaria (Gráfico 2) hace evidente que el gasto de la incapacidad transitoria es tan importante como el de la farmacia. Sin embargo, frente a la preocupación sanitaria y social (gerentes, profesionales, políticos y pacientes) ante el gasto farmacéutico, nada pasa respecto al gasto en bajas laborales. Ello nos demuestra el absurdo del desinterés sanitario al respecto, que persistirá mientras tal presupuesto no esté en sus manos, al igual que el de los medicamentos. La separación de la

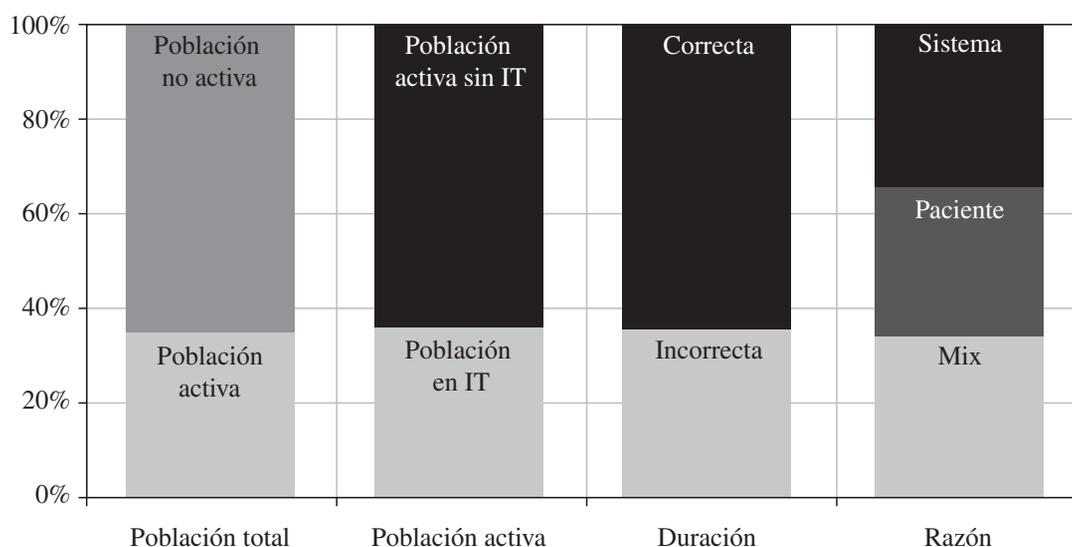
gestión clínica de la económica mantiene la insensibilidad de los gestores sanitarios sobre el problema. Consecuentemente, falta el interés de los médicos de primaria (no presionados ni incentivados por el sistema sanitario), que tienen, además, un sentimiento de imposición externa (de las mutuas). No es extraño, así, el deseo de abandono de cualquier control de las bajas laborales por parte de los médicos de cabecera.

La separación de ambas gestiones obligó a crear un segundo cuerpo clínico, en las mutuas y aseguradoras, que ha complicado más aún la difícil utilización racional de la incapacidad temporal, pues a los problemas comentados se añadió un mayor nivel de incertidumbre en la confidencialidad de la información (y una “doble opinión” muchas veces discrepante de la del médico de cabecera). Ambas cuestiones, confidencialidad y discrepancia clínica, han complicado en mucho el control de la baja laboral.

Por otra parte, aunque el problema económico es tan importante en cantidad como la farmacia, afortunadamente no es tan amplio en “calidad”.

Si la farmacia implica al 80% de las personas atendidas anualmente en el sistema sanitario (por tanto, al 50% de la población total), en el caso de la incapacidad laboral se concentra en el 11% de la población total, pero siguiendo la Ley de los Tercios (Ruiz Téllez, 1998a; Ruiz Téllez, 1999a; Ruiz Téllez, 2002), lo que permite concentrar los esfuerzos (Gráfico 3).

Gráfico 3. Ley de los Tercios



Fuente: Elaboración propia. Proyecto ISIS.

Un tercio de la población general es población activa (33%). Sólo un tercio de la población activa tiene bajas laborales, el 11% del total. Y sólo un tercio de los días de baja tiene la consideración de superfluo, en la opinión profesional. Con ello se concentra el problema en el 20% de las bajas, el 2,2%⁶ del total.

Por tanto, en un cupo de 1.800 habitantes, sólo 198 tendrán una baja laboral en un año, y el problema del control del probable abuso se concentra en 40 bajas año/cupo médico.

Si observamos el gráfico de Pareto anterior (Gráfico 1), podemos “discriminar” aún más la población sobre la que intervenir, según duración de la baja.

El 20% de las bajas ocupa el grupo A del gráfico de Pareto, y es el que genera el 80% de los consumos. El 20% de 198 bajas son 40 incapacidades laborales/cupo/año. Este grupo coincide con el límite de duración de 30 días, por lo que podemos concluir que toda baja de duración inferior a 30 días no merece esfuerzos especiales (sí los generales, por la repercusión en las empresas), dado que, siguiendo con el gráfico de Pareto, el siguiente 20% de los problemas, grupo B, generará sólo el 10% de los consumos (y el siguiente grupo, el C, con un 60% de las incapacidades temporales, generará el restante 10% de la duración total).

Si rebajáramos el corte en el primer 50% de costo, veríamos que correspondería al escaso 7% del total de incapacidades temporales, es decir, 14 bajas/cupo/año.

Así, el “gran problema” del control de la gestión de la incapacidad temporal en España se convierte en un “pequeño problema”, pues se ciñe, de media, a un paciente cupo/mes (control de la mitad del costo de las bajas), o a 3,3 bajas/cupo/mes (control del 80% del costo de las incapacidades laborales).

Por tanto, como idea clave, debemos reconocer que, aunque se perciba la presencia de abuso en muchas de las bajas, es poco relevante en el caso de las incapacidades laborales que ocupan las áreas B y C de Pareto. Es decir, podemos inferir que el 80% de las bajas tiene una duración que podríamos considerar idónea o, al menos, no comprometedor para la liquidez del sistema público, y sólo es importante por su posible repercusión en las empresas y en los hábitos de su utilización.

Por mor de efectividad y agilidad, el médico de primaria y el sistema sanitario deberían concentrarse fundamentalmente en esas pocas bajas cuya duración supera los 30 días, evitando en todo lo posible la duración superflua por causas que se comentan en otros apartados.

⁶ Información del Proyecto ISIS.

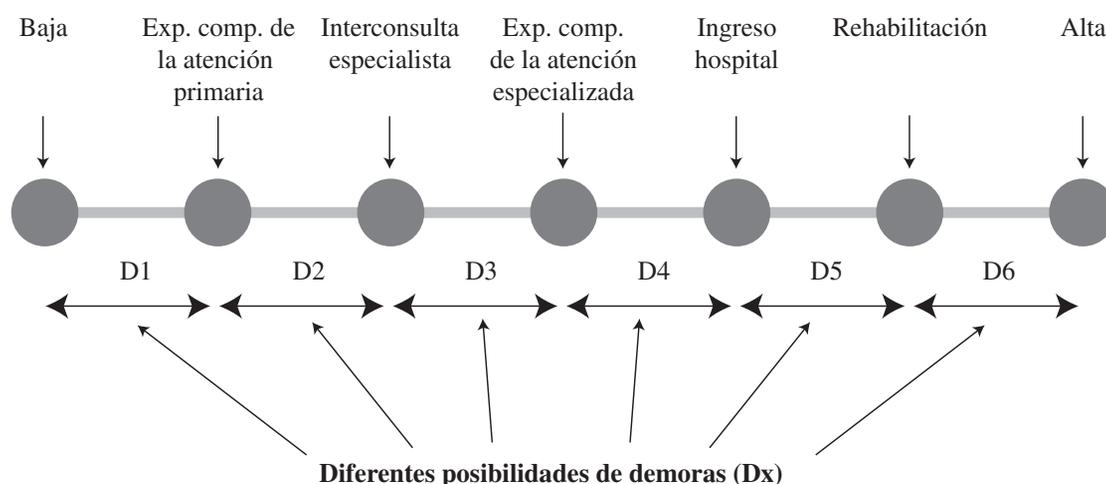
2. Los “tiempos muertos” en la incapacidad laboral y sus repercusiones

2.1 La repercusión en la duración de la incapacidad laboral de los tiempos no diagnósticos ni terapéuticos

El objetivo de la gestión de cualquier empresa es lograr el máximo nivel de facturación y obtener el mayor grado de beneficio posible.

Es evidente que no basta con la intención, con el simple deseo de conseguirlo. Hay que ser activos y proteger al máximo a la organización de sus dos grandes enemigos: el inventario y los gastos operativos. El inventario sería la materia prima, el precio, más el *stock* excesivo, acumulado por pedidos no procesados. Los gastos operativos serían gastos de personal, de mantenimiento, de comunicaciones y de procedimientos.

Gráfico 4. Demora en curso



Fuente: Elaboración propia.

Es comprensible que la facturación tenga una relación inversa con los incrementos de inventarios o gastos operativos. El gerente buscará el incremento de la facturación y de los beneficios, vigilando, descubriendo y revirtiendo los aumentos de inventario y gastos operativos.

En el sistema sanitario sucede exactamente lo mismo. Nuestro objetivo es ganar salud, y la mayor barrera para su consecución se concentra en los aumentos de necesidades epidemiológicas no resueltas (los pedidos no procesados, el inventario) y en los incrementos de gastos operativos, bien claros en el Gráfico 2 (p. 17) en que se representa el gasto anual de un centro de atención primaria, entre los que destacan de manera sobresaliente la farmacia y la incapacidad temporal.

Es curioso que cada una de estas variables represente las dos grandes amenazas de inflación del gasto operativo, los problemas de organización (ordenar mal las cosas, hacer más fases de las debidas) y los problemas de praxis (hacer mal las cosas). La vacuna contra la inflación del gasto operativo es la buena praxis y la buena organización.

El gasto en farmacia (mejor, el gasto superfluo o innecesario en medicamentos) es consecuencia, primordialmente, de la mala praxis; mientras que el problema de la incapacidad temporal (el gasto superfluo o innecesario en bajas laborales) se deriva, mayoritariamente, de la mala organización, del alargamiento de los episodios de atención y de la aparición de tiempos muertos.

La insensibilidad profesional, gestora y social, parte claramente de la separación de la gestión económica (Instituto Nacional de la Seguridad Social y mutuas), de la asistencial y clínica (servicios de salud).

Ni el médico de primaria ni el gerente sanitario suelen ser conscientes de que cada día de baja que pasa gastamos entre 30 y 35 euros. Para combatirlo, el sistema sanitario debiera esforzarse en adecuar la duración de las bajas a la necesidad clínica, y la organización debería subordinarse a dicha necesidad.

El retraso de una semana por esperar un análisis nos supone 245 euros; una demora de un mes y medio a una cita de atención especializada, 1.575 euros; una demora de cuatro meses para una prueba diagnóstica, 4.200 euros; una demora de un año para una intervención quirúrgica, 12.775 euros.

Por todo lo señalado en el apartado anterior, el problema de la baja laboral es mucho más sencillo de abordar que el problema, más llamativo, del gasto farmacéutico. El problema de la incapacidad laboral se centra, simplemente, en el acortamiento del proceso de atención clínica, y apenas se precisa insistir en la presión sobre el paciente (con la excepción del paciente simulador y/o rentista, puesto que en los demás la buena relación con el médico de primaria asegura que no haya abusos, o que éstos sean anecdóticos).

La solución del problema de la baja laboral es fundamentalmente de organización, y está centrado en 1-3 pacientes/cupo médico/mes.

Todo esto depende de la autoridad del médico de cabecera para agilizar el proceso de atención clínica, y por ello debería darse al médico de primaria la potestad necesaria para que mueva el sistema, para que “administre” el tiempo clínico.

El propio CEDEM (Código de Ética y Deontología Médica) (CEDEM, 1999; OMC, 2001), en su artículo 31.3, indica la obligación de los médicos de especializada de compartir, sin ninguna reserva, sus conocimientos con los médicos de atención primaria, en beneficio de los pacientes, y procurando que éstos no se vean perjudicados por posibles discrepancias profesionales o por la tardanza injustificada en la emisión de respuestas o informes clínicos. Así pues, deontológicamente, es pertinente que el control del proceso esté en manos del médico de atención primaria.

2.2 Las alternativas terapéuticas en la enfermedad y el lugar del reposo. Uso y abuso de la baja laboral

La incapacidad laboral es parte del arsenal terapéutico del médico de atención primaria (Gérvas *et al.*, 1990). Lo es, también, del médico especialista, pero éste trata a muchos menos pacientes y menos episodios de enfermedad (en torno al 5% del total). De hecho, aunque los especialistas pueden legalmente utilizar la baja en la terapéutica, suelen delegar en los médicos generales.

En atención primaria es típico encontrar la enfermedad en sus estadios iniciales, y/o atender situaciones que nunca se definirán y que son sólo sintomáticas. Por ejemplo, el vértigo –o situación de mareo–, que incomoda al paciente, pero que se resuelve espontáneamente. En una atención centrada en el paciente, estas situaciones son importantes, y deben serlo, pero la respuesta hay que ajustarla al problema para no medicalizar la situación (Gérvas y Ortún, 1995; Tinetti y Fried, 2004). La primera alternativa lógica ante estos problemas mal definidos es “no hacer nada”, “esperar y ver”, mantener una espera expectante (en cirugía se habla, cuando se duda y se decide esperar y no intervenir, de una “espera armada”). A veces, la espera expectante se acompaña de incapacidad laboral, que habrá que reconocer para dar tiempo a que la situación se resuelva por sí misma o “dé la cara”.

El médico de familia decide según el nivel de incertidumbre y la idea de gravedad. La actitud de espera suele acompañarse de un nivel de gravedad bajo. Si la situación es muy molesta e incapacitante para el paciente, como en el síndrome vertiginoso, el médico puede actuar, incluso aunque ambos niveles sean bajos (incertidumbre y gravedad). Esta intervención terapéutica puede incluir la recomendación del reposo, en el contexto de “es-

perar y ver”, si los síntomas son incapacitantes. La baja laboral puede acompañarse de terapéutica farmacológica sintomática y de tranquilización del paciente acerca del probable curso de la enfermedad.

En otras ocasiones la baja laboral es la mejor alternativa, por imperativa, como en una fractura de tibia y peroné. En estos casos, no obstante, cabe preguntarse por alternativas intermedias, de las que emplean algunas empresas, como Mercadona, en que se busca la adecuación del puesto de trabajo a la situación del trabajador enfermo. En estas situaciones la baja es, casi, la única terapéutica, que en el ejemplo contribuye con la inmovilización de los huesos a dar oportunidad a la autorreparación de las fracturas.

Más comúnmente, la incapacidad transitoria es parte de una estrategia curativa global, como en un paciente con neumonía; o en una depresión, mientras se logra la respuesta farmacológica. Este uso de la baja es el más habitual.

En algunos casos la baja laboral es imperativa u obligatoria por el tipo de enfermedad y situación del paciente, no por su afectación física o psíquica. Sirve en lo que respecta al propio paciente, como por el cumplimiento del descanso maternal, o en lo que respecta a la salud de los compañeros de trabajo, como en un paciente con una tuberculosis multirresistente, o en un paciente con un delirio de violencia.

Frecuentemente, la baja laboral es casi el único método para lograr que el paciente tenga tiempo para realizar pruebas diagnósticas, o para llevar a cabo alguna terapéutica, o para hacer rehabilitación. En estos casos es clave la organización del sistema sanitario para justificar la misma existencia de la baja o su duración.

A veces, la baja laboral es la solución a problemas aparentemente insolubles, como la ausencia de la madre de una casa en la que están enfermos varios hijos pequeños al mismo tiempo. Por supuesto, el recurso a la incapacidad laboral es ilegal, pero no es infrecuente. En estos casos el diagnóstico justifica el tratamiento, y así no es raro que conste como motivo de baja algún síntoma como “lumbalgia”, lo suficientemente frecuente como para no llamar la atención, ni por motivo de baja ni por duración.

En otros casos la baja laboral evita el ambiente en el trabajo, cuando es perjudicial o no conveniente para el paciente. Por ejemplo, en torno al embarazo y los peligros para el feto por radiaciones ionizantes o, en otro ejemplo más concreto, en caso de descarga de harina en un paciente asmático por alergia a la misma. Estos problemas corresponden más al médico del trabajo y a la organización empresarial que al médico de atención primaria; pero a veces nadie resuelve nada (Benavides *et al.*, 2001).

En otro ejemplo más discutible, la baja puede evitar el ambiente hostil en el trabajo, en lo laboral y psicológico (por ejemplo, en situaciones de tensión como huelgas o rees-

tructuración empresarial). Es más discutible porque se sabe cuándo se empieza la baja pero no cuándo se termina, porque son difíciles de determinar los límites entre la incomodidad consecuente al trabajo en sí y la hostilidad, y porque las cuestiones de esta índole tienen más solución legal que médica.

La hostilidad del ambiente está siendo causa frecuente de incapacidad laboral, pues ésta sirve de válvula de escape ante la complejidad de los casos, que no se refieren sólo al problema de *mobbing* de un trabajador, sino a la afectación de un colectivo. Sirva de ejemplo el problema laboral y político que plantean las bajas laborales de los propios sanitarios, o de los policías de los distintos cuerpos nacionales y autonómicos. En el caso de la Ertzantza (policía vasca), con 7.500 agentes, en 2004 hubo 417 casos de baja por causa psicológica, que se sumaron a los 207 casos de bajas acumuladas de 2003. Como causas específicas constaban “ansiedad”, “depresión”, “psicopatología” y “reacción adaptativa”. En ocho de las veinticinco comisarías de la Ertzantza hubo una tasa de absentismo superior al 18% (Guenaga, 2005).

Este tipo de situación puede abrir el paso, y no debe confundirse con los abusos de la baja laboral por pacientes “expertos” en ello y/o por médicos “consentidores” que ignoran la ética de la negativa (Gervas, 2005; Zarco *et al.*, 2001), el saber decir “no” a los deseos de pacientes que deciden abusar del sistema de protección social. En unos casos el paciente engaña al médico, y en otros el paciente y el médico engañan al sistema de protección social.

Así pues, hay al menos ocho tipos de incapacidad transitoria:

- a) como parte del tratamiento sintomático en casos mal definidos;
- b) como reposo para la autocuración;
- c) como parte de una estrategia terapéutica curativa;
- d) por el tipo de enfermedad-situación del paciente;
- e) como “compra” de tiempo sanitario;
- f) por situaciones sociopersonales de difícil solución;
- g) por ambiente laboral perjudicial para el paciente;
- h) por simulación (paciente) y/o consentimiento (médico).

2.3 El reposo como parte de la terapéutica en la enfermedad: ventajas e inconvenientes

Como hemos señalado en la introducción, no sabemos mucho acerca de la eficacia de la incapacidad transitoria (Allen *et al.*, 1999; SBU, 2004; Vingard *et al.*, 2004), es decir, no sabemos si la baja laboral tiene ventaja global como instrumento terapéutico. Por supuesto, en algunos casos la baja laboral es imprescindible, como también hemos señalado con ejemplos. Pero la pregunta sin respuesta es ¿qué sucedería respecto a la salud si no existiese posibilidad de ausentarse del trabajo por enfermedad? O, más en general, ¿qué sucedería sin el reposo?, ¿y sin el reposo en cama? Aunque no hay respuesta global, sí sabemos que en algunos casos el reposo es claramente perjudicial. Por ejemplo, el reposo en cama es perjudicial en la lumbalgia, en el infarto de miocardio, en la hipertensión gestacional, en el parto y posparto y en la hepatitis aguda infecciosa. Al revisar enfermedades e intervenciones, no se demostró ninguna ventaja en los 39 ensayos clínicos analizados, y además del empeoramiento en las enfermedades señaladas, también hubo peor resultado con el reposo en cama tras la punción lumbar, la anestesia epidural, la radiculografía y el cateterismo cardiaco (Allen *et al.*, 1999).

Los hechos van, pues, contra las opiniones y contra las rutinas establecidas. El reposo se acepta, por sentido común, como ventajoso, pero puede ser perjudicial. Así, cuando se ha estudiado, no se ha demostrado ventaja alguna en salud asociada al reposo en cama. Sólo inconvenientes, por el peor resultado en salud.

Lamentablemente, la Medicina Basada en Pruebas tiene una orientación que lleva a su empleo más en el campo de los medicamentos que en otras áreas, tipo terapéutica no farmacológica, o en la organización de servicios. Así, persisten entre nosotros muchas pautas terapéuticas de probada ineficacia. Lo que es peor, respecto a las bajas laborales, si se difunde la ineficacia del reposo, se sobreentiende que es por ahorrar costes, por limitar las posibilidades terapéuticas, no por aplicar principios científicos que defienden la mejor opción para la salud del paciente. Esta tensión es típica y debe ser valorada, pues cuando el criterio se subordina sólo al problema económico, pierde valor terapéutico. La incapacidad laboral debería ser siempre vista como parte de la terapéutica (aunque como tal tenga poco fundamento científico), y conviene no insistir en el componente económico, salvo en situaciones apropiadas.

La actitud médica prudente debería ser de escepticismo ante la recomendación de reposo en la terapéutica de cualquier enfermedad. El reposo puede ser conveniente, pero tiene inconvenientes que conviene ponderar siempre.

2.4 Adecuación del reposo a la enfermedad, al pronóstico y a su evolución

La duración de la incapacidad laboral es, hasta cierto punto, una cuestión individual, en cuanto depende de cada paciente y de su situación. Por supuesto, también cuenta el médico, sus rutinas, su formación y el conocimiento del paciente. El resultado final es una enorme variabilidad en la duración de procesos etiquetados de forma similar. Esta variabilidad está en parte justificada por algunas de las cuestiones mencionadas, y en parte es fruto de nuestra ignorancia. Por ejemplo, desconocemos el mejor tiempo de reposo tras el infarto de miocardio, aunque sabemos que el reposo en cama es perjudicial, en general. Así, los usos han ido cambiando, y de un reposo recomendado de hasta tres meses en un infarto no complicado, hemos pasado a las dos semanas. Lo mismo sucede con respecto a otro gran grupo de bajas laborales, las provocadas por la depresión, que se tienden a acortar al introducir nuevos medicamentos, al menos en teoría. Pero todo ello sin muchos ensayos clínicos en que se hayan comparado distintas pautas e intervenciones, por lo que de nuevo nos movemos en un campo sin fundamento científico propiamente dicho.

Esta carencia científica explica, por ejemplo, que el diagnóstico de cáncer se acompañe muchas veces de baja laboral de larga duración o, directamente, de incapacidad permanente. Así sucede con el cáncer de mama (Bradey *et al.*, 2005; Drolet *et al.*, 2005) y con otros muchos cánceres, en los que la baja se explica más por la “compra” de tiempo para cumplir los protocolos de diagnóstico y tratamiento que por el curso clínico del paciente. Influye también, qué duda cabe, la “compasión” que genera el diagnóstico de cáncer y la asociación con un pronóstico ominoso, que mal se cumple, justamente, en el cáncer de mama (Drolet *et al.*, 2005).

La norma general debería ser tratar de reducir el reposo a lo mínimo, si aceptamos que en general no es beneficioso.

En la práctica, la cuestión de la duración de la baja se complica, pues desconocemos elementos claves, como origen, pronóstico y tratamiento del dolor de espalda, por ejemplo. Pero, al menos en esta cuestión concreta, hay experimentación y ensayos clínicos acerca de la duración de la baja, desde hace muchos años (Deyo *et al.*, 1986; Vroomen *et al.*, 1999); y parece claro que se cumple la norma general de que cuantos menos días de reposo, mejor, y de que la mejor alternativa es la vuelta al trabajo en cuanto sea posible o, incluso, sólo una baja laboral a tiempo parcial. Hasta cierto punto, los médicos son “culpables” de la epidemia de bajas laborales por dolor lumbar (Deyo, 1996; Waddell, 1987). En ello influyeron la implantación de esquemas rígidos de reposo absoluto, de quince días, la derivación innecesaria al especialista y la realización de pruebas diagnósticas inútiles, cuando menos, como la radiología (Hadler, 2003). A este respecto, los resultados radiológicos “confirman” la presencia de alteraciones anatómicas espinales (inocentes en su mayoría), y llevan a más intervenciones y más frecuentes y largas bajas laborales (Deyo, 1996; Waddell, 1987).

Una cuestión poco tratada, pero central en lo que respecta a la adecuación de la baja a la necesidad, es la capacidad de prever la evolución. Es decir, la capacidad para el pronóstico. Si pudiéramos fundamentar la evolución probable del paciente, podríamos ajustar la intensidad de la terapéutica al paciente. Por ejemplo, ante un paciente con dolor lumbar en el que fuera muy probable un curso crónico, podríamos establecer un seguimiento más intenso, una terapéutica más activa y una mayor inversión de recursos. Al contrario, en un paciente de probable buena evolución espontánea podríamos ahorrar recursos y ajustar de antemano la duración de la baja laboral al tiempo “medio” de duración esperable. Lamentablemente carecemos de métodos y algoritmos de predicción útiles incluso en el dolor de espalda, que es cuestión en la que se centra mucha de la investigación (Maher, 2005; Shekelle y Delitto, 2005). Ante los pacientes con dolor de espalda inespecífico, tenemos la idea general de que la mayoría evolucionará espontáneamente a la curación, pero no está muy claro quiénes tendrán un curso crónico y tórpido, aquéllos en los que habría que invertir más recursos terapéuticos para lograr su vuelta al trabajo. Parece que intervienen factores no biológicos, como la expectativa de curación del propio paciente, la satisfacción en el trabajo, la posibilidad de disfrutar de descansos no programados; y otros biológicos, como antecedentes quirúrgicos en el tratamiento del dolor de espalda y la edad (Dionne *et al.*, 2005; Thomas *et al.*, 1998). Con todo, el poder de predicción de los modelos desarrollados es muy bajo, y se refiere más al valor predictivo negativo que al positivo (es más fácil identificar a los pacientes que evolucionarán bien que a los que evolucionarán mal).

Tampoco se confirman muchas de las promesas de las alternativas diagnósticas y terapéuticas. Es decir, se introducen nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos, habitualmente más costosos que los precedentes, en la esperanza de mejorar el proceso de atención; pero no siempre se optimiza el mismo. Así, una de las cuestiones básicas por la que está aumentando el coste sanitario es la “intensidad de atención”, el incremento de intervenciones, cada vez más costosas, para resolver los problemas de salud (Puig-Junoy, 2004).

Todas estas cuestiones, aparentemente inconexas, tienen que ver con la incapacidad laboral, como demuestra el ejemplo del tratamiento de la depresión con los inhibidores de la recaptación de la serotonina. Estos fármacos, mucho más caros que los antidepresivos tricíclicos, se han impuesto y dominan el mercado con la promesa de una mayor eficacia y seguridad. Sin embargo, su uso no se ha acompañado de la disminución de suicidios, ni de bajas laborales por depresión (Ortiz, 2004; Ortiz y Lozano, 2005). Así, puede pensarse que el diagnóstico de depresión se ha hecho más frecuente (el diagnóstico, no la enfermedad) para “justificar el tratamiento”, y que ello ha llevado a más bajas laborales, por la “etiqueta”. Por ejemplo, se ha demostrado un cambio desde el diagnóstico “ansiedad”, que corresponde al tratamiento “tranquilizante” (básicamente benzodiazepinas), al diagnóstico “depresión”, que corresponde al tratamiento “antidepresivo” (básicamente inhibidores de la recaptación de serotonina), con el consecuente cambio en la frecuencia de las bajas laborales por ambos procesos.

La incapacidad temporal que provoca la enfermedad no es una situación que podamos considerar aislada del contexto biológico y social del paciente, como hemos visto respecto al dolor de espalda y al cáncer de mama. De hecho, la situación socioeconómica y la comorbilidad son claves para explicar la duración de la baja y la adecuación al mejor tiempo “posible” (Drolet *et al.*, 2005). Por ejemplo, fumar es una actividad que se asocia a mayor duración de la baja laboral por asma, como era esperable, pero también a mayor duración por lumbalgia, no tan esperable (Nathell, 2005; Thomas *et al.*, 1998). La cuestión sobre el tabaco es relevante, y no sólo un ejemplo. Así, si se quiere disminuir el número y duración de las bajas laborales en los pacientes asmáticos, o con EPOC, se puede hacer rehabilitación respiratoria; pero si se trata de un fumador, la inversión más rentable, y primera, tiene que ser la cesación del hábito tabáquico (Nathell, 2005). En otro ejemplo, de cuestión sociolaboral, la huelga en un sector puede desencadenar una “epidemia” de bajas laborales en los trabajadores de tal sector, que sólo se entenderá en su contexto social. También interviene, qué duda cabe, la propia organización del trabajo, que puede favorecer o disminuir el número de bajas (Benavides *et al.*, 2001; Kivimäki *et al.*, 2004).

Así pues, la adecuación del reposo a la enfermedad, al pronóstico y a su evolución, depende de múltiples factores, que conviene considerar en su conjunto. Estos factores se refieren, al menos, al paciente, al médico y a la organización del sistema sanitario (Ockander *et al.*, 2005). Esta última permite explicar que la continuidad de atención (del paciente con su médico de cabecera) disminuya el uso de las urgencias para el dolor de espalda (y la consiguiente “medicalización” del problema, con bajas labores consecuentes) (Vehiviläinen y Takala, 1996). Dicha medicalización puede llegar a ser global, y concernir a la mayoría de los pacientes afectados; por ejemplo, la creciente medicalización del embarazo sano se acompaña de mayor número de mujeres embarazadas con incapacidad laboral, sin que haya problema ni patología concreta que lo justifique.

Otros factores escapan, incluso, a la simple consideración de la interacción entre el sistema sanitario y el paciente. Así, por ejemplo, es importante la proporción de sexos en el lugar del trabajo del paciente, pues parece que en los entornos laborales con predominio femenino se “tolera” más la ausencia por enfermedad (Mastekaasa, 2005). En otro ejemplo, no cabe ninguna duda de la influencia social en la tasa de bajas laborales de la incidencia y/o prevalencia de la misma en el individuo o grupo considerado (el paciente que ha tenido una baja tiene mayor probabilidad de tener otras sucesivas; y el aumento de las bajas en un grupo favorece la probabilidad de que un individuo concreto del mismo tenga una baja por causa similar o distinta). Así, influyen en el ambiente general, en cierto grado también, las situaciones de privilegio con que se viven las jubilaciones anticipadas en algunos sectores, como personal de banca y del ejército, o las normas que afectan a las jubilaciones de políticos. Incluso puede ser importante, como hemos señalado a propósito de la duración de la baja por cáncer de mama, la pertenencia a un sindicato (Drolet *et al.*, 2005). No cabe duda, el encuentro médico-paciente es tanto un acto científico como social, y eso explica su “permeabilidad” a todo cuanto acontece en la sociedad.

En lo referente a las bajas, como a todo lo que sucede en la consulta, no puede olvidarse que cuenta en mucho la actitud, conocimientos y experiencia del propio médico. Esta cuestión se ha estudiado acerca del dolor lumbar, y de cómo persisten y se abandonan mitos y pautas obsoletas entre los médicos, y lo que ello significa respecto a la autonomía del paciente y a la duración de las bajas (Ihlebaek y Eriksen, 2004; Rogers, 2002). En general, respecto al dolor lumbar, se ha logrado transmitir a los médicos la necesidad del pronto retorno al trabajo y de evitar el reposo, lo que modifica la interacción y negociación que caracteriza a todo el proceso de la atención clínica.

2.5 Las consecuencias de la incapacidad

Faltar al trabajo por causa médica no es cuestión baladí respecto al resultado sanitario, pues, aunque desconocemos el impacto de la propia baja en el estado de salud del paciente, sabemos que hay mayor morbilidad y mortalidad entre los trabajadores que han “disfrutado” de baja laboral (Kivimäki *et al.*, 2003). Ello no quiere decir, evidentemente, que la baja laboral sea causa de muerte, sino que existe asociación estadística entre ambos eventos. Por un lado, el estar de baja es indicador de peor salud y, por otro, la incapacidad laboral se asocia a cambios evidentes y sutiles (por ejemplo, respectivamente, más tiempo libre y recomposición de los roles en la familia), especialmente cuando se prolonga (Ockander *et al.*, 2005; Stunin y Boden, 2004; Vingard *et al.*, 2004). En cualquier caso, los datos sobre bajas laborales deberían ser parte de todo sistema de información sobre la salud de la población (Benavides *et al.*, 1986; Benavides, 2005).

La cuestión no bien entendida es el impacto que tenga el “estar de baja” *per se*, es decir, el impacto de la propia incapacidad laboral. En la revisión de ventajas e inconvenientes de la baja laboral por la Agencia Sueca de Evaluación de Tecnología (SBU) se concluyó, al respecto, que “faltan resultados y estudios para poder deducir las consecuencias de la baja laboral” (Vingard *et al.*, 2004). Se localizaron 240 publicaciones sobre esta cuestión, de las que se seleccionaron nueve por tener un mínimo de calidad, aunque ninguna cumplió los criterios básicos de rigor.

En teoría, la incapacidad laboral puede influir sobre todos los actores que participan en ella, desde el propio paciente de baja hasta su familia, pasando por los compañeros de trabajo y los profesionales sanitarios. Pero nos centraremos en el propio trabajador de baja, y las consecuencias posibles de la incapacidad se refieren a:

- La propia enfermedad que causa la baja: en sentido positivo (mejoría del cuadro y evolución más breve y completa), o en sentido negativo (empeoramiento del cuadro y evolución más lenta y tórpida, e incluso muerte). También puede ocurrir que la baja conlleve la aparición de otra enfermedad, por ejemplo depresión, que complique la enfermedad por la que se guarda el reposo, e incluso lleve al suicidio; o que se produzca una trom-

bosis venosa profunda, que provoque embolia pulmonar, en otro ejemplo. Ya hemos citado que el estar de baja aumenta la probabilidad de bajas consecuentes, de volver a estar de baja, por la misma enfermedad o por otra, lo que conlleva mayor probabilidad de incapacidad permanente y jubilación por enfermedad. Además, el contacto con el sistema sanitario lleva al inicio de incontables cascadas diagnósticas y terapéuticas que, cuando son innecesarias, pueden complicar la evolución de la enfermedad (Pérez Fernández y Gervas, 2002).

- La salud, en el sentido físico de facilitar la recuperación o de entorpecerla, y en el sentido psíquico y social de facilitación de un papel de enfermo que puede actuar en sentido positivo o negativo. Tener salud es tener capacidad de resolver los problemas de la vida diaria según edad, sexo, profesión y situación sociofamiliar, y en todo ello puede influir la baja laboral. La calidad de vida puede verse afectada no ya por la enfermedad, sino por la interrupción de las rutinas que añade la ausencia al trabajo. También pueden afectarse aspectos sutiles de la autoimagen, de la autoestima y de la percepción del “lugar en la vida”, con consecuencias para la salud que pueden provocar tedio y depresión, aislamiento y soledad, o estrés, como reacción (Ockander *et al.*, 2005). Por último, todo ello puede repercutir, por ejemplo, en el cambio en el uso previo de alcohol y tabaco y de otras drogas (psicofármacos incluidos), y en conductas de riesgo en general.
- La vida laboral, que puede cambiar por estar de baja, tanto en sentido positivo como negativo, por ejemplo, por tener tiempo para cultivar aspectos necesarios del currículo laboral previamente abandonados. O, por el contrario, por pérdida de competencias debido a la inactividad. Desde luego, en general, el estar de baja aumentan las posibilidades de terminar sin trabajo o jubilado por enfermedad, y disminuyen las posibilidades de mejoras en la carrera laboral y en los ingresos consecuentes. El trabajador de baja no deja de ser un compañero que se singulariza y que provoca reacciones de lástima, rechazo y hasta envidia en los otros trabajadores.
- La vida social: la disponibilidad de tiempo, especialmente si la situación de baja no provoca invalidez y/o si se prolonga, cambia las relaciones familiares y sociales, con consecuencias posibles positivas y negativas. Por ejemplo, el padre trabajador que puede ir a recoger a los hijos a la escuela, o la madre trabajadora que tiene tiempo para ver los programas de la televisión en horario de mañana. También cambia la integración social, como, por ejemplo, la participación en actividades comunitarias y en otras que exigen tiempo y que normalmente se asocian a días festivos y vacaciones (ir al bingo, por ejemplo). Todo ello cuando no es obligatoria la reclusión en el domicilio o en el hospital, naturalmente.

La baja laboral, certificada por el médico, conlleva el crédito de “enfermo verdadero” y, hasta cierto punto, de una cierta gravedad. No es lo mismo un catarro que no impide ir a trabajar que un catarro invalidante, por ejemplo. En este sentido la baja no es sólo una cuestión administrativa o económica, sino que tiene una gran importancia social. Así, el

papel de enfermo reconocido y “certificado” no sólo justifica la ausencia al trabajo y el derecho a una prestación monetaria, sino que acredita un papel específico, el de enfermo, con ventajas e inconvenientes. Por ejemplo, puede dificultar la recuperación en un episodio de depresión si el paciente se siente extremadamente recompensado por la lástima que genera su situación y por la tolerancia que consigue de los que le rodean. La simple “etiqueta” de depresión, para seguir con el mismo ejemplo, puede tener consecuencias no deseadas, si medicaliza lo que no es más que simple malestar ante la vida (Mata, 2005; Ortiz, 2004; Ortiz y Lozano, 2005).

En la práctica se han estudiado algunos aspectos concretos del impacto de la baja laboral (Vingard *et al.*, 2004), como:

- Uso del tiempo libre. En un estudio con mujeres trabajadoras de baja por cuadros con dolor, la percepción inicial generalizada fue de disponibilidad de tiempo y de libertad frente a la tiranía del horario laboral; pero, conforme se prolongó la situación de baja, se impusieron sentimientos negativos de aislamiento, tedio e inactividad. Con ello, la incapacidad laboral se agravó por la ansiedad, el insomnio, el estrés y el aumento del dolor, con un sentimiento de desconcierto, pues la salida era volver a trabajar, lo que se percibía como la vuelta al horario y a las obligaciones.
- Tasa de suicidios. En un trabajo danés se demostró que el factor de riesgo más importante asociado al suicidio fue el ingreso previo por causa psiquiátrica. Si se ajustaba por este factor y por otros de índole socioeconómica, en los varones también hubo asociación con estar en paro, ser soltero o haber estado de baja más de tres semanas.
- Desarrollo profesional. Se ha demostrado que las bajas se asocian a menor desarrollo profesional y a menor remuneración a largo plazo, y parece que el impacto se debe más a las ausencias al trabajo en sí, que a la enfermedad.

En síntesis, el médico y el paciente deberían ser conscientes de que el hecho de estar de baja no es ni inocente ni neutral, y que conlleva tanto ventajas como inconvenientes (que conviene ponderar frente a la “no baja”). Así, la baja laboral debería ser considerada como una actividad terapéutica más, y ceñirse a lo estrictamente necesario, no tanto por cuestiones económicas, sino puramente médicas. Como toda actividad terapéutica, “estar de baja” tiene efectos secundarios, y por ello es una situación que se debe limitar a lo estrictamente necesario (Ockander *et al.*, 2005). Lamentablemente, falta conocimiento científico para ser más específicos y conocer con precisión aspectos concretos y esenciales de esta importante cuestión.

3. El médico de atención primaria y la gestión de la incapacidad laboral

3.1 El diagnóstico de los procesos que requieren incapacidad laboral: teoría y práctica. Mejora de los circuitos

En las Tablas 3 y 4 se muestra una serie de más de 1 millón de días de baja laboral (población total, más de 100.000 habitantes), en los que se muestra la morbilidad por capítulos y rúbricas de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP).

Tabla 3. Distribución de bajas y episodios atendidos en 107.524 habitantes, 7/2004-6/2005

Código	Descripción	Episodios nuevos	Episodios total	Bajas	% Bajas
L	Aparato locomotor	41.293	144.044	441.108	38,75
P	Problemas psicológicos	12.292	113.001	159.318	14,00
R	Aparato respiratorio	90.882	161.223	100.628	8,84
D	Aparato digestivo	34.467	109.212	100.331	8,81
W	Embarazo, parto y planificación familiar	3.440	11.758	56.640	4,98
A	Problemas generales e inespecíficos	27.790	71.877	49.816	4,38
K	Aparato circulatorio	11.423	221.268	48.738	4,28
N	Sistema nervioso	8.476	40.125	45.249	3,97
S	Piel	38.337	72.102	32.726	2,87
X	Aparato genital femenino (incluye mama)	6.540	27.891	31.031	2,73
F	Ojo	14.891	42.082	18.259	1,60
U	Aparato urinario	7.919	21.487	16.808	1,48
H	Oído	17.527	29.220	11.289	0,99
B	Sangre, órganos hematopoyéticos, linfáticos y bazo	3.106	22.496	8.825	0,78
Y	Aparato genital masculino	2.935	18.773	7.759	0,68
T	Enf. endocrinas, metabólicas y nutricionales	8.942	121.909	7.680	0,67
Z	Problemas sociales	4.957	8.445	2.179	0,19
Total		335.217	1.236.913	1.138.384	100

Fuente: Elaboración propia (Ruiz Téllez A, 2005, Proyecto ISIS)

Tabla 4. Distribución de las rúbricas más utilizadas en los episodios atendidos con baja laboral en 107.524 habitantes, 7/2004-6/2005

Código	Descripción	Episodios	% Bajas
P76	Trastornos depresivos	59.621	5,23
L03	Sig./Sin. lumbares	58.298	5,12
L86	Síndromes lumbares torácicos con irradiación de dolor	53.608	4,71
L99	Otras enfermedades del aparato locomotor	33.163	2,91
L15	Sig./Sin. rodilla	29.298	2,57
R74	Catarro de vías altas	26.871	2,36
P01	Sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo	21.404	1,88
R80	Gripe	21.284	1,87
L01	Sig./Sin. cuello	20.988	1,84
P74	Estado de ansiedad	20.737	1,82
Total		1.138.912	100

Fuente: Elaboración propia

Si el 50% de los problemas se concentra en el aparato locomotor y mental, es evidente que su resolución dependerá, en gran medida, de capacidades técnicas (diagnósticas y terapéuticas) y de las habilidades de comunicación y abordaje psicológico.

Algún estudio ha mostrado la asociación del modelo de atención primaria (Alberquilla *et al.*, 1996) con la duración de los procesos en situación de baja. La duración y la resolución están lógicamente unidas, y el tiempo clínico se alarga, como veíamos, en parte por problemas de organización y en parte por la capacitación profesional.

Si un médico de primaria no es capaz de valorar una rodilla (un problema común, quinta causa de incapacidad laboral), o no tiene posibilidad de solicitar las pruebas necesarias para su seguimiento, precisará irremisiblemente de un traumatólogo. Las habilidades técnicas en traumatología y la competencia profesional en el abordaje de la ansiedad y depresión se configuran como disciplinas clave para enfrentarse con la mitad de todos los problemas que generan baja laboral.

El dolor lumbar se sitúa como un protagonista indudable de la complejidad del manejo de la baja laboral en atención primaria. Parece demostrado fehacientemente que la valoración clínica mediante la historia y la exploración física supera y hace innecesaria, incluso contraproducente, la utilización de medios diagnósticos, tales como la radiología clásica o la resonancia magnética nuclear (salvo por la presencia de “signos de alarma”).

Tener tiempo para la historia clínica y la exploración física, y medios diagnósticos y terapéuticos al alcance y en plazos aceptables, ayudan en el seguimiento adecuado de los problemas que conllevan baja laboral, al acortar los tiempos de su atención y resolución.

El problema en España se concentra en la inaccesibilidad a pruebas diagnósticas y a las consultas con los especialistas. La trascendencia económica de la incapacidad transitoria hace que sea preciso habilitar vías especiales, incluso del sector privado, justificadas por su importancia (social y económica), que han llegado a ser propuestas por los defensores a ultranza de la sanidad pública (González Hierro, 2000).

Un ejemplo a este respecto es la experiencia (Abásolo *et al.*, 2005) en la que se demuestra el éxito de unidades especializadas de traumatología y reumatología al servicio de pacientes de baja por problemas musculoesqueléticos. Se produjo un acortamiento del tiempo de baja y un ahorro de 8 a 20 euros por cada euro invertido. Sin embargo, lo absurdo es “quitar” de nuevo el control clínico de los pacientes a los médicos de primaria, cuando lo lógico es la cooperación sin abandono del control final por el “médico natural”.

Hay experiencia (Lie, 2003) en que se invierte en educación sanitaria al paciente de baja por problemas musculoesqueléticos, con incentivación financiera al médico por aumento de dedicación exploratoria o aumento de la jornada laboral, que no demuestra impacto alguno (aunque no se explica cuánto le puede suponer a los médicos tal incentivo en su sueldo anual).

En cualquier caso, la accesibilidad a las pruebas pertinentes y a la interconsulta necesaria permiten acortar el proceso de atención y resolverlo en menos tiempo que en la organización de rutina, con sus demoras y listas de espera indiscriminadas.

Así, los dos grandes problemas del médico de atención primaria derivan de la gestión de las prestaciones “estrella”: la farmacia y la incapacidad transitoria.

El gasto farmacéutico ha recibido todas las energías políticas, incentivos, protocolos, programas, guías clínicas y demás medios de intervención para lograr “controlarlo”, como bien se demuestra por la presión acerca de los medicamentos para los problemas más frecuentes y prevalentes en atención primaria, como hipertensión y otros problemas cardiovasculares. Sin embargo, la incapacidad transitoria es huérfana a este respecto, pese a ser tan importante como la farmacia, y a que concentra su presión en sólo dos tipos de problemas: de salud mental y de traumatología.

De hecho, la baja laboral casi “no existe”, pues “no es” de los servicios de salud. Si lo fuera, cobraría “presencia”, existiría, y como consecuencia sería muy alta la competencia en traumatología y en salud mental de los médicos de familia. Es en estos dos

campos donde se concentra el problema de las bajas laborales, y donde el médico de primaria debería tener competencia clínica y capacidad de solicitud directa de pruebas y derivaciones por un circuito prioritario que asegurase la desaparición de “tiempos muertos”.

3.2 El papel de los especialistas y la mejora de la coordinación entre primaria y especializada

Los médicos generales derivan en torno al 6% de los pacientes que atienden (Prado *et al.*, 2005), y el proceso de derivación es clave en la incapacidad laboral, tanto por la propia necesidad de cuidados especializados en sí, como por su impacto en su duración (Ruiz Téllez, 1999a).

Los servicios sanitarios están organizados en niveles, de forma que el acceso del paciente al hospital terciario docente debería exigir el paso previo por los otros niveles. Cada nivel resuelve los problemas de su competencia, y deriva al paciente cuando: a) la urgencia lo exige (por ejemplo, un dolor abdominal agudo); b) la complejidad rebasa los límites prudentes (el paciente anciano con doble neumonía, por ejemplo), y c) se requieren técnicas cuya existencia sólo se justifica con ciertos niveles de actividad (por ejemplo, radioterapia oncológica).

La derivación tiene ciencia y arte, pues no hay normas definidas sobre en qué momento de la enfermedad derivar, ya que ello depende de múltiples circunstancias que caracterizan el caso concreto en que se decide. En general, el contacto innecesario con los niveles superiores es peligroso, y muchos problemas de seguridad del paciente se atribuyen a dicha falta de adecuación entre el problema y el lugar de la atención (Davis, 2004; Gervas y Pérez Fernández, 2005). La cuestión que complica el proceso de derivación es el manejo de la incertidumbre, que en atención primaria conlleva menos agresividad, pues el médico de familia sabe que muchos problemas se resuelven por sí mismos, sin llegar a constituir entidades definidas. Por el contrario, el especialista tiende a considerar toda posibilidad, lo que le hace ser más “agresivo” y manejar más pruebas diagnósticas (Gervas y Ortún, 1995). Con ello, la derivación al especialista casi inevitablemente conlleva demora por tiempos diagnósticos y terapéuticos, como hemos ya señalado.

La buena coordinación entre primaria y especializada puede lograr resolver los problemas de los pacientes muy rápidamente, y acortar con ello los “tiempos”. Por ejemplo, en Elche (Alicante) se implantó un programa de mejora de la atención al paciente con hernia inguinal, entre atención primaria y cirugía general, que logró reducir los tiempos de espera de más de dos años a menos de un mes (de 26 meses a 19 días) (Arroyo *et al.*, 2001). También tuvo éxito una experiencia madrileña, entre atención primaria y una consulta hospitalaria de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria, que redujo los tiempos de

espera de cinco a dos meses, y el número de visitas al hospital de seis a dos (Cerdán *et al.*, 2005). En este caso se trataron enfermedades de la pared abdominal (hernias y otras), sinus pilonidal, tumores grandes de partes blandas y enfermedades proctológicas (hemorroides, fisuras de ano y demás).

En general, la buena coordinación puede ayudar a resolver los problemas con prontitud y en el lugar adecuado. Prontitud es lo que se busca en las consultas hospitalarias de alta resolución, donde el paciente es atendido en un solo día, de forma que, por la mañana se hace la primera entrevista y solicitan las pruebas correspondientes, que se realizan a continuación, y por la tarde se valoran en una consulta final que cierra la atención. A este propósito conviene señalar que las “consultas hospitalarias de alta resolución”, muy atractivas (Zambrana, 2004), pueden llegar a ser “consultas hospitalarias de excesiva resolución”, cuando se resuelven en ellas problemas que no deberían haber llegado al hospital (Gervas y Palomo, 2002). Lo prudente es la adecuación entre recursos necesarios y recursos aplicados, de forma que el tiempo de duración de la baja no se alargue por retrasos en los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos.

El médico especialista debería actuar de médico consultor, lo que en la práctica significa no “anclar” a los pacientes a su consulta. La pauta de citas y nuevas citas, de solicitud de pruebas diagnósticas hasta descartar todo proceso, conlleva un enorme gasto emocional para el paciente, el peligro del inicio de cascadas múltiples y el gasto consiguiente (Pérez Fernández y Gervas, 2002). El médico consultor debería responder y resolver las cuestiones diagnósticas y terapéuticas planteadas por el médico general y, tras resolver lo que se le pedía, remitir al paciente al médico de cabecera con las recomendaciones pertinentes. Con ello mejoraría en mucho el manejo de la baja laboral, tanto respecto a la clínica como respecto a tiempo invertido (y el coste correspondiente).

Pese a su importancia, la coordinación entre niveles es un aspecto descuidado en los países desarrollados, al que raramente se le ha dedicado la atención que merece (Rico y Saltman, 2002). De hecho, la reforma española de la atención primaria de 1984 fue más que nada una reforma pro recursos (que aumentó y mejoró los recursos humanos y materiales), no una reforma pro coordinación (que pusiera en las manos del médico de cabecera la capacidad de coordinar los servicios para asegurar la continuidad de cuidados) (Gervas y Rico, 2005). Esta carencia se nota también, obviamente, en las dificultades para lograr en la práctica diaria la coordinación necesaria para una correcta atención a los pacientes con baja laboral. Una reforma pro coordinación supondría que la atención primaria fuera el eje del sistema sanitario y, entre otras cosas, que los médicos generales tuvieran “poder” (autoridad y responsabilidad) para organizar el conjunto de servicios que requiere el paciente de baja laboral, con el consiguiente papel de consultores de los especialistas.

3.3 Cómo transformar al médico de atención primaria en responsable de la incapacidad laboral

El médico de atención primaria debería ser el garante de la incapacidad laboral y de su buen uso. No parece que existan muchas otras posibilidades si consideramos el estado del arte, pues ya se sabe suficientemente lo que se quiere y lo que no se quiere (GTIT-SEMFYC, 1998). Así, sabemos:

- Que la incapacidad transitoria, cuando se utiliza correctamente, es un instrumento terapéutico más, complementario a otros, cuyos efectos secundarios son mal conocidos y poco valorados.
- Que la gestión de la baja laboral ha pasado a ser “de nadie”, desde las medidas de separación de la gestión económica y clínica.
- Que el control de la incapacidad laboral en manos de las mutuas ha fracasado en lo importante: el grupo A de Pareto. Y que, tras la reducción de costos secundarios a las modificaciones legales, fundamentalmente la reducción de la duración máxima de la baja de 6 a 2,5 años, no se han producido avances, sino todo lo contrario, con incrementos anuales superiores al 14%, similares a la década previa a la reforma.
- Que el manejo del paciente complejo, el grupo A de Pareto, es ajeno a la mutua, alejada del abordaje generalista e integrado del médico de primaria.
- Que la incapacidad transitoria seguirá siendo ajena a la agenda política de los consejeros de sanidad, por no disponer ni ser responsables de su presupuesto, por lo que en nada centran su atención en el problema, pese a la concreta circunscripción y acotación del mismo (el 2% de la población, grupo A).
- Que el *quid* de la cuestión de la baja laboral se ciñe en gran medida a aquellos problemas en los que se requiere la coordinación de los dos niveles sanitarios, por la complejidad o gravedad de los mismos. También hay que considerar los pocos casos de simulación o rentismo, infrecuentes pero de gran trascendencia socioeconómica.
- Que no parece una buena solución crear dos servicios de salud, uno de provisión privada –en torno a las mutuas– para los trabajadores, y otro, de provisión pública –los servicios de salud actuales– para el resto, para la beneficencia y la población anciana o dependiente.
- Y que la clave de la solución está en la mejora de la gestión de la prestación económica de la incapacidad laboral, como compensación de la terapia de reposo indicada.

No quedan muchas vías, excepto la más natural de fortalecer al médico de primaria, de forma que goce de las necesarias condiciones de autoridad, potestad, responsabilidad financiera y ventajas funcionales y económicas para el manejo adecuado de las bajas laborales. Ello en todos los grupos, tanto en los de mayor como en los de breve duración.

Tales condiciones deben ser, al menos:

- Autoridad del médico de cabecera, reconocida a todos los servicios sanitarios, como responsable de la gestión de la baja laboral.
- Potestad sobre todas las fases del proceso o episodio de la incapacidad temporal, tales como el acceso a pruebas diagnósticas, el acceso preferencial a servicios especializados, el establecimiento de prioridad en las listas de espera y la ordenación de investigación de sospechas de fraude a los servicios de inspección.
- Responsabilidad financiera de los profesionales mediante la asignación de una partida presupuestaria fija para bajas laborales en el cupo de pacientes, y de un complemento salarial (en parte fijo, por aceptación de la responsabilidad, y en parte variable, por el cumplimiento de objetivos) para el médico de primaria.
- Reversión al sistema sanitario (al centro de atención primaria) de los ahorros generados.

3.4 Las trabas burocráticas en torno al proceso de incapacidad: cómo transformar la burocracia en un reto clínico

Superadas las trabas administrativas de acceso a pruebas o de indicación de interconsulta por la potestad antes comentada y recogida en el Código Ético, queda la modificación del gravoso proceso burocrático que actualmente acompaña a la incapacidad transitoria.

En realidad, sólo se trata de la eliminación del parte de confirmación de periodicidad pura, a favor del parte de confirmación de periodicidad variable, siempre adecuada a la valoración clínica, tal y como ocurre con los partes de confirmación de otros sistemas (de los funcionarios civiles y militares, como MUFACE, ISFAS y demás), en los que basta anotar la fecha de revisión. El mismo sistema funciona en Portugal, Francia y otros países europeos, en los que el médico no se ve obligado a rellenar partes periódicos de confirmación, de duración fija (¡semanal!), sino que se limita a dar el parte de baja (a veces con la fecha de alta, que sirve, pues, de baja y de alta), el de alta y aquellos partes de confirmación que tengan lógica clínica.

Deberían existir solo tres acciones burocráticas y legales específicas asociadas a tres fechas clave: la fecha de baja y su parte, la fecha de alta y su parte, y la fecha de revisión y su parte. Incluso el parte de alta podría ser innecesario si, al dar la baja el médico de cabecera, hiciera

en la misma una estimación precisa de la fecha de alta (de la duración total de la baja), y el curso clínico confirmara la bondad de la predicción. La fecha de revisión dependería del caso –de la enfermedad y del paciente– y de otras circunstancias sociosanitarias.

Naturalmente, la fecha de revisión tendrá sentido clínico predominante. Por ejemplo, si el paciente está ingresado por una fractura de cadera o se rompió la rodilla y se le ha colocado una escayola con revisión clínica para dentro de 40 días, el parte de confirmación único que recogerá en ese periodo será el de continuidad que le extienda el profesional hasta la próxima cita (al cabo de los 40 días citados).

Hoy son muchos (millones) los pacientes que tienen médicos con sistemas informáticos que posibilitan la generación automática de partes periódicos de confirmación, que estos pacientes reciben sin que sean vistos por el facultativo hasta la fecha de revisión. El sistema informático genera automáticamente el parte de confirmación semanal, que firma el médico en ausencia del paciente, y que éste recoge en el área administrativa, en fecha convenida, sin encuentro alguno con su médico de cabecera.

¿Por qué mantener un parte de confirmación semanal que sólo genera molestias a los pacientes y burocracia a los médicos, congestiona las salas de espera y mostradores de admisión de los centros de atención primaria, ya de por sí bastante agobiados, e introduce una práctica de “falsos” encuentros médico-paciente para su cumplimentación?

3.5 La incapacidad para estar en el lugar del trabajo y para el trabajo habitual: dos cuestiones distintas

Si hemos demostrado que la inactividad que conlleva la baja laboral puede ser perjudicial para la salud del trabajador enfermo, se deduce que el trabajo –la actividad laboral– es beneficioso para la salud. Y así es, en cuanto que trabajar forma parte de la forma de relacionarnos con el mundo y de integrarnos en la sociedad. La baja laboral ayuda en la recuperación de la salud; pero estar sano depende de tener trabajo en un ambiente laboral seguro, de la no discriminación ni laboral ni social, de la educación, de la vivienda, de la justicia y de otros muchos factores ajenos al sistema sanitario y a su actividad. En este amplio contexto, la ausencia al trabajo es un evento indeseable que se debe mantener el mínimo necesario. La baja laboral es parte de una terapéutica, y como tal debe ajustarse, debe dosificarse, para lograr su efecto con la dosis mínima necesaria.

El reposo que conlleva la enfermedad puede ser parcial o total. Así, una septicemia obliga al reposo en cama sin paliativos (reposo absoluto), pero la luxación de codo permite cierta movilidad y actividad (reposo relativo). Es decir, podríamos hablar de incapacidad que obliga a reclusión (con o sin reposo en cama) y que impide ir al trabajo y el simple estar en el lugar del trabajo, y de incapacidad que no impide ir al lugar del trabajo, pero sí el trabajar.

Lamentablemente, con alguna excepción ya señalada, no se distinguen ambas situaciones, de forma que la baja funciona categóricamente, como “sí” o como “no” (todo o nada).

Es esencial aceptar una cierta flexibilidad en la baja laboral y considerar graduable la capacidad de trabajar. La radical opción entre “ir a trabajar” y “no ir a trabajar” sólo conlleva convertir una respuesta gradual y lógica en una respuesta rígida y absurda. En muchos casos y situaciones el trabajador sólo pierde en parte su capacidad de trabajo, por lo que no se comprende la respuesta drástica y radical de “no ir a trabajar”. Si la incapacidad es parcial y temporal, ¿por qué ausentarse sistemáticamente del lugar de trabajo?

Lo prudente es que la respuesta al problema sea proporcional al mismo. Si consideramos bueno y conveniente que la incapacidad laboral se adecue a la necesidad de reposo en duración, es lógico que también se adecue en “intensidad”. La respuesta “todo o nada” desacredita la terapéutica, que debería ajustarse a la necesidad. En muchas ocasiones la baja laboral permite una cierta actividad, aunque sea restringida a una jornada laboral parcial en el puesto de trabajo habitual, o a una jornada parcial o total en otro puesto.

La incapacidad laboral habla estrictamente de una necesidad de reposo o de alejamiento del puesto de trabajo, pero por sí misma no dice nada acerca de duración ni de intensidad.

La baja laboral debería ser una respuesta graduada y flexible, que ofreciera el reposo necesario en duración (días de reposo) y en intensidad (horas de reposo al día y actividades que se pueden realizar o que se deben evitar, por conveniencia y/o por oportunidad). Con ello se atenúan muchos de los posibles inconvenientes de la baja laboral, como alcoholismo, insomnio o desconexión con el ambiente del trabajo. Desde luego, exige de parte del médico y del trabajador enfermo un análisis detallado de la situación, para hacer una propuesta lógica al patrono y al servicio de salud laboral. Se hace evidente que en la actividad terapéutica llamada “baja laboral” hay tres actores: el trabajador enfermo, el médico de cabecera y el médico del trabajo. Entre los tres procede ajustar la dosis de baja a las necesidades del paciente y a las posibilidades del trabajo. Como en casi toda recomendación terapéutica, ésta debería ajustarse “según oportunidad”, según posibilidad, pues la baja a tiempo parcial depende del lugar del trabajo, del tamaño de la empresa, de los conocimientos y habilidades del trabajador y de otras muchas circunstancias. Entre estas circunstancias hay que destacar las cuestiones que se refieren a categorías profesionales, convenios colectivos y otras de tipo sindical.

Así, al certificar la incapacidad laboral, el médico de atención primaria debería señalar la probable duración de la misma (días estimados de reposo) y si el trabajador enfermo puede o no puede acudir al lugar del trabajo (intensidad de la baja). Son múltiples las posibles razones para aconsejar que el paciente no acuda al centro de trabajo, desde la necesidad imperiosa de guardar reposo absoluto al ingreso hospitalario, pasando por cuadros ya señalados tipo tuberculosis multirresistente. Por ejemplo, el paciente que padece una gripe con afectación intensa está mejor en su domicilio, sin asistir al trabajo, donde sólo lograría contribuir a difundir el virus.

En otras muchas situaciones el trabajador enfermo puede ir al trabajo, aunque no pueda realizar sus labores habituales o no pueda realizarlas durante una jornada habitual. En estos casos el médico de cabecera señalaría que el paciente puede acudir a su centro de trabajo, y las condiciones necesarias para que se respete el reposo debido. La situación no es laboralmente extraña, pues se produce frecuentemente en lo que respecta al permiso por lactancia. La trabajadora acude a su trabajo, normalmente realiza su trabajo habitual, pero el horario laboral se reduce y se facilita la ausencia en forma adecuada a la necesidad del bebé. En un ejemplo de incapacidad laboral, el conductor de una camioneta de reparto con una fractura de metatarsiano puede requerir hasta un trimestre de reposo, pero no tiene por qué hacerlo en casa o en el parque. El necesario reposo es compatible con una asistencia regular al trabajo, donde habrá que analizar la situación para dar nueva ocupación y para facilitar sus traslados, tanto al domicilio como para la rehabilitación, en su caso. Esta flexibilidad es necesaria para evitar los daños que puede provocar la ausencia al trabajo, y exige ver la actividad habitual como terapéutica, el trabajo como un componente más de la salud. Esta visión debería ser compartida, idealmente, por médicos generales y del trabajo, por los trabajadores, por los sindicatos y por los patronos y/o empresarios.

Además, la necesidad de reposo es cambiante, y la situación del paciente es dinámica, por lo que las decisiones respecto a duración e intensidad de la baja pueden modificarse, sobre todo cuando la baja se alarga en el tiempo. Así, lo habitual en una baja por gripe será una duración de tres días, y una intensidad absoluta (ausencia total del trabajo). Pero en una depresión puede ser conveniente y proporcional una baja de diez días de duración y de intensidad absoluta, que se prolongue por diez días más de baja de intensidad relativa, de media jornada en su trabajo habitual. ¿Por qué no? ¿No se gradúa la dosificación de otras terapéuticas según la evolución del cuadro clínico? Lo único característico de la situación de baja laboral es que los tres actores son el propio trabajador enfermo, el médico de atención primaria y el médico del trabajo; y entre los tres se decide la dosificación del reposo y la oportunidad del trabajo a tiempo parcial o en otro puesto de trabajo.

Lo importante es introducir flexibilidad lógica en la incapacidad laboral, pues es parte de un plan terapéutico. Se busca, a este respecto, la “dosis” de reposo necesaria, sin abusos (por exceso o por defecto) que sean perjudiciales para la salud del trabajador enfermo, con independencia de la repercusión económica de dicho abuso.

3.6 La cooperación de los médicos de atención primaria en el uso racional de la incapacidad laboral

La coordinación entre niveles es necesaria por la propia existencia de los mismos, y es una exigencia del sistema, ya que dichos niveles poco interesan *per se* al paciente, que desea ver resuelto su problema de salud con rapidez y eficacia. En atención primaria, la

integración con otros niveles se precisa cuando el problema supera la capacidad profesional, por su complejidad o gravedad.

En lo que respecta a las bajas laborales, hemos visto que tal integración no se precisa en el 80% de las bajas, las que ocupan el área B y C del diagrama de Pareto, que puede controlar el médico de cabecera con sus habilidades y conocimientos habituales.

Se precisa la integración, especialmente para los pacientes con bajas largas, problemas clínicos complejos y/o cuando la actitud del paciente hace sospechar abuso o fraude. En estas situaciones es cuando es imprescindible la integración, la coordinación de médicos (o de servicios médicos) de distintos niveles.

La coordinación es difícil si nadie manda, o cuando todos lo hacen por igual, cuando no hay una “autoridad” clara. Por ello, para que el sistema pueda funcionar, ha de comenzarse por reconocer este principio básico, por dar potestad plena al médico de cabecera (control clínico y presupuestario de las bajas), por darle la autoridad suficiente, reconocida públicamente, para que pueda dirigir el proceso de atención al paciente de baja, sin las demoras inevitables que derivan de las tareas ajenas deficientemente organizadas.

En la práctica, la colaboración del médico de cabecera con los servicios especializados (respecto a las bajas laborales) es escasa o nula, con la excepción esporádica de buena coordinación con algunos especialistas de cirugía, traumatología y psiquiatría.

La cooperación debería reforzarse, y la relación con traumatología y psiquiatría debería ser un ancho canal preferente, por la gravedad social y económica de las bajas, para todas aquéllas con duraciones superiores a 30 días. El especialista debería sentirse obligado funcionalmente —éticamente lo está ya (OMC, 2001)— a resolver en el menor plazo de tiempo posible los requerimientos del médico de atención primaria, para lo que debería disponer de un canal específico de derivación y comunicación, ya demostrado como rentable (Abásolo *et al.*, 2005; Arroyo *et al.*, 2001; Cerdán *et al.*, 2005). Nuestra recomendación es que el médico de primaria tenga poder de “compra” de los servicios especializados, de forma que “el dinero siga al paciente”. Así, cabría la posibilidad de que el médico de cabecera eligiera especialista y lugar de la atención, según las necesidades del paciente y la capacidad de resolución de los servicios especializados. Naturalmente, todo ello en un entorno en que el propio médico de cabecera tuviera un control clínico y presupuestario de las bajas y un incentivo económico en el cumplimiento de un cierto presupuesto anual cerrado.

Respecto a los inspectores médicos, la relación con los médicos de primaria se suele limitar en lo que concierne a dos tipos de pacientes: los graves, susceptibles de valoración de incapacidad, y aquéllos en los que se sospecha abuso o fraude, susceptibles de inspección o investigación administrativa. La colaboración fluida de los médicos de primaria con los médicos inspectores facilitaría el trabajo con ambos tipos de pacientes, pero hasta

ahora esa cooperación es escasa y esporádica. El cambio básico es lograr que los médicos de cabecera vean a los médicos inspectores como pieza clave en la ayuda a la resolución de los casos complejos, sobre todo en lo que respecta al fraude. El médico inspector debería, además, pasar a jugar un papel en el desarrollo de sistemas de control de calidad en torno a las bajas. Para ello, los inspectores necesitan pasar a ser “activos”, a participar con el médico de primaria en la resolución de los dos tipos de pacientes mencionados.

La colaboración fluida entre médicos de cabecera y médicos inspectores ayudaría al descubrimiento del abuso y del fraude, y a su castigo. La información respecto a la resolución eficaz de estos casos corre como la pólvora, y reforzaría de manera notable la autoridad profesional ante el paciente tentado por la simulación.

En lo que se refiere a las mutuas, es evidente que facturan en proporción directa al acortamiento del proceso, motivo por el que desde el principio comenzaron a promover el adelanto de pruebas, interconsultas e intervenciones, con ventajas para todos. Estas ventajas “negociadoras” deberían estar en manos de los médicos de primaria, de rutina, quienes podrían requerir la colaboración de las mutuas en casos específicos y complejos. Es decir, los servicios médicos de las mutuas tendrían que ser la instancia técnica ante la que los médicos generales pudieran exponer sus dudas y solicitar ayuda para la resolución de casos complejos; por ejemplo, en los que se necesitan servicios de varios especialistas o un proceso largo de rehabilitación. La autoridad básica y la responsabilidad debería mantenerlas el médico de primaria, pero en los casos derivados a las mutuas, los servicios médicos de las mismas actuarían de asesores, de forma que pusieran en marcha los mecanismos precisos para acortar la duración de la baja (mecanismos diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores), “gastando” con el médico de primaria la parte correspondiente del presupuesto cerrado del mismo para bajas laborales.

La transferencia de todo el Sistema Nacional de Salud a los servicios de salud de las comunidades autónomas ha permitido el acercamiento, la proximidad, de las tomas de decisión política. Parece indicada la colaboración entre ambos entes, que si es seguida de beneficios económicos (consecuencia del esfuerzo conjunto) sería sensato que conllevara la negociación de la recepción de partidas compensatorias específicas, que debieran acercarse lo máximo posible a los centros sanitarios implicados (a los centros de atención primaria).

3.7 Los sistemas de información para la toma de decisiones en la incapacidad laboral

Hay problemas múltiples en torno al sistema de información sobre las bajas laborales, pero uno de los conflictos más absurdos generados alrededor de la información radica en la clasificación a emplear. Resulta que prácticamente el 100% de las bajas laborales las atienden y registran los médicos de familia, que precisan para su trabajo de clasificaciones idóneas

para su tarea, de alta sensibilidad y baja especificidad, como puede ser la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) (Ferrús *et al.*, 1987; CICWONCA, 1999). Pero la incapacidad laboral en gran parte de España ha de codificarse, de manera antinatural, con la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª versión (CIE-9). Ésta es una clasificación hospitalaria, de alta especificidad y poca sensibilidad. Dichas características pudieran ser muy convenientes, en teoría, para el control de las bajas laborales, pero en la práctica “trabajan” en contra de la atención primaria.

Parece que el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades se debe a que la “precisan” los inspectores, pero ellos nunca atienden clínicamente a pacientes, ni en atención primaria ni en especializada, y nadie sabe bien en qué grado se distorsiona la información. ¿Qué puede aportar dicha clasificación, con la que se trabaja con alta especificidad y baja sensibilidad, justo lo opuesto de lo que sucede en la práctica clínica, especialmente en atención primaria (en la que habitualmente se diagnostica con baja intensidad de uso de medios diagnósticos)?

Lógicamente, la consecuencia final es que un sistema de información así, basado en una clasificación “ajena” a la forma de trabajo natural, nunca se “lee” y nunca se utiliza, pues, de hacerlo, se plantearían dudas irresolubles a los médicos de primaria, por llegar a tan “precisos” diagnósticos realizados con un lápiz y un fonendoscopio (Abraín *et al.*, 1993; Benavides, 2005). Así, aunque la información que genera el circuito de las bajas laborales es muy útil para conocer datos de salud de la población, no se explota en todo su potencial (Benavides *et al.*, 1990; Farrés y Portella, 1982) por la persistencia de un círculo de baja calidad diagnóstica, falta de uso, imposición de una clasificación antinatural y escasa implicación en el control por el médico general.

Sirva de ejemplo de nuevo el dolor de espalda, para el que hemos de saber que la Clasificación Internacional de la Atención Primaria tiene sólo tres rúbricas (para codificar todos los tipos posibles de lumbalgias) (CICWONCA, 1999), mientras que la Clasificación Internacional de Enfermedades tiene cientos de rúbricas, lo que da una especificidad absurda, que puede llevar a que aparezcan diagnósticos en los partes tipo “pinzamiento intervertebral lumbar/Síndrome de Baastrup”, que poco dice de la realidad, pero que puede resultar elegido por el médico de familia como forma rápida de “dar un nombre lícito”, que acepte el sistema de información, para no pasarse media mañana buscando otra rúbrica que cuadre mejor. El sistema de información se alimenta así de basura, y contribuye a mantener el círculo negativo en torno al uso de la información generada por los diagnósticos contenidos en los partes de las bajas laborales.

Por tanto, si la incapacidad transitoria es cosa de atención primaria, que nace y muere en atención primaria, que depende del médico de primaria, la clasificación de los problemas por lo que se utiliza la baja como parte del arsenal terapéutico debería ser la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (y los médicos de primaria necesitan formación específica acerca de su mejor uso). En otras instancias podría compatibilizarse con la

Clasificación Internacional de Enfermedades, e incluso con sistemas complejos tipo SNOMED, pues existe una correspondencia entre todas estas clasificaciones.

Otro de los equívocos frecuentes en los servicios de salud, respecto a la exigencia de información para la gestión, radica en la creencia de que se precisa la información clínica con datos de filiación asociados para realizar análisis de gestión o epidemiológicos. Se confunde la gestión clínica con la gestión de la información.

No es preciso enviar datos de filiación de los pacientes para mantener unos saludables y potentes sistemas de información sanitaria. Así, por ejemplo, el proyecto ISIS⁸, oficial en varias comunidades autónomas, como sistema de medida del producto sanitario, trabaja con información totalmente anónima, actualizada constantemente, por la separación de las bases de datos clínicos de las de gestión de la información, con lo que se elimina de raíz toda posibilidad de vulnerar la confidencialidad, se logra la cooperación de los médicos de primaria y se disminuye el volumen de la información a manejar (León, 2000; Ruiz Téllez, 2005). Conviene tener muy presentes todos los aspectos éticos que surgen en torno al manejo de grandes masas de información, pues los médicos han recibido una formación estricta sobre los problemas de confidencialidad y secreto, de forma que no colaborarán si existe la más mínima sombra de duda al respecto.

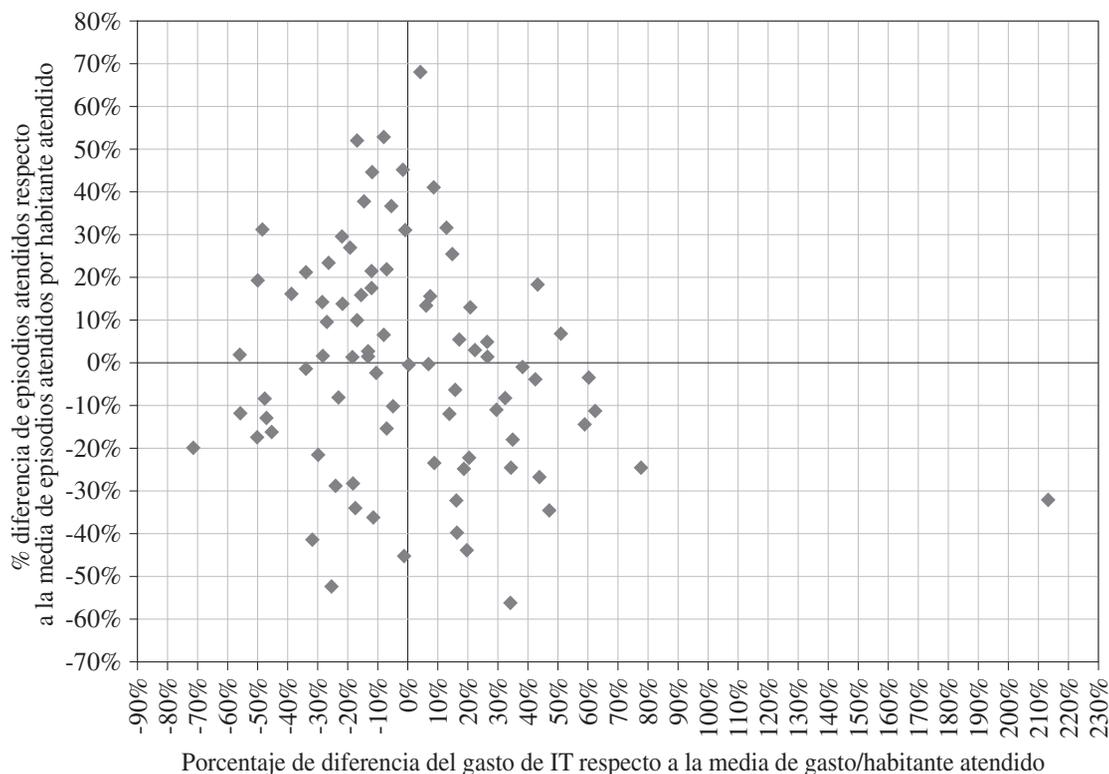
El problema del manejo de la información no se limita a los diagnósticos de las bajas laborales, pues en atención primaria la gestión de la información ha perdido su sentido clínico en el momento en que ha dejado de ser generalista, cuando se ha especializado, cuando se ha concentrado en unas enfermedades y problemas concretos (consecuencia directa del trabajo con una “cartera de servicio” mal diseñada).

La atención primaria debería ser medida de forma global, considerando el amplio conjunto de su actividad, mediante criterios de “efectividad” y de “productividad”, y sobre bases epidemiológicas y poblacionales, como muestran los Gráficos 5 y 6, en los que se valora el 100% de la actividad, lo que permite la ubicación de cada “unidad” (médico o centro) entre pares, de manera relativa a los otros.

En estos gráficos se muestran 90 cupos médicos de una comunidades autónomas, en la que se representan, en coordenadas, los episodios atendidos (arriba) o resueltos –efectividad– (abajo), respecto a la media, situándose en la parte superior aquéllos con mayor número de episodios atendidos o resueltos por habitante ponderado, y en la parte inferior los con menos. En las abscisas se muestra la relación con la media del gasto en incapacidad transitoria por habitante ponderado, con valores de más gasto a la derecha y de menos a la izquierda.

⁸ Proyecto ISIS en www.cymap.es.

Gráfico 5. El Gráfico X para episodios atendidos



Dispersión de la relación de cupos médicos por la representación de la relación entre el % de la diferencia de los episodios atendidos por habitante atendido, respecto a la media, con el porcentaje de la diferencia del gasto de baja por habitante atendido respecto a la media.

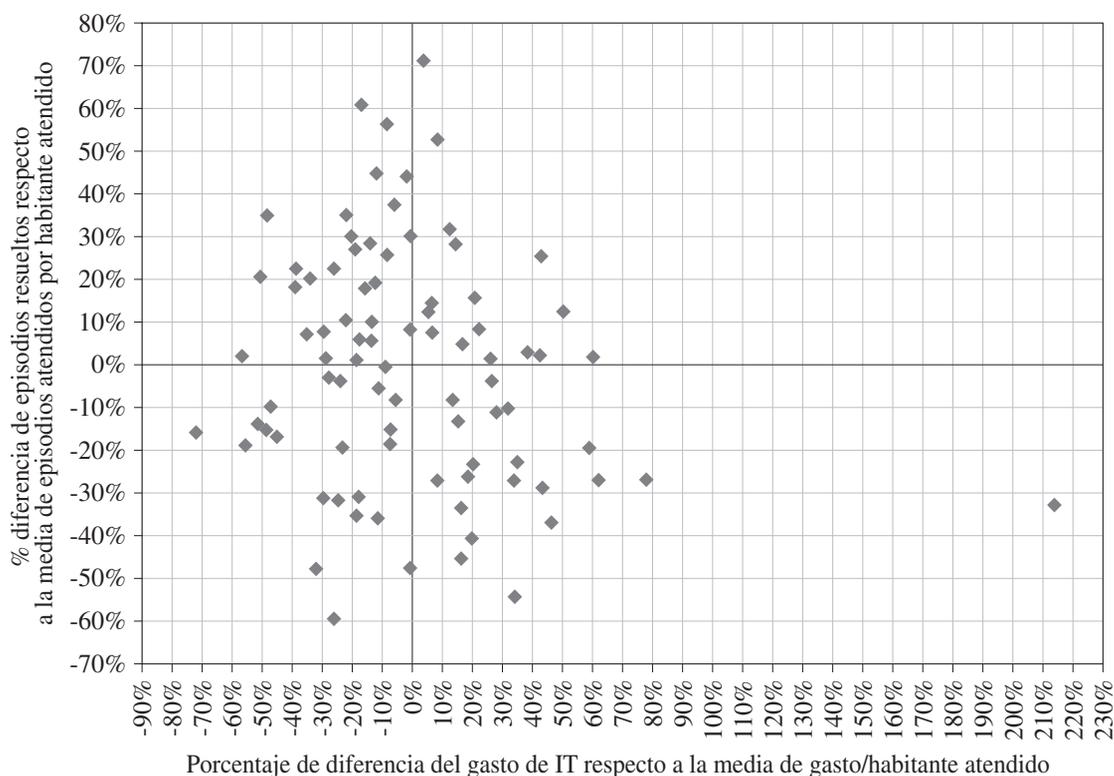
Fuente: Proyecto ISIS. CYMAP.

Es evidente que se generan cuatro sectores singulares. El superior izquierdo, de profesionales “excelentes” por haber logrado más resolución con menor gasto. El superior derecho, de profesionales “positivos lógicos” por el “más por más”. El cuadrante inferior izquierdo, de profesionales “tranquilos lógicos”, por el “menos por menos”. Y el inferior derecho, formado por el conjunto de profesionales “mejorables” por su menor capacidad de resolución y el mayor gasto.

Por todo ello, un gráfico sintético como el Gráfico X permitirá la identificación de los líderes y la emulación de los mismos (*benchmarking*).

¿De qué puede servir centrarse en la reducción de duraciones de un solo problema, cuando el resto están abandonados y generan elevados costes? Si bien es cierto que hay que

Gráfico 6. El Gráfico X para episodios resueltos



Dispersión de la relación de cupos médicos por la representación de la relación entre el porcentaje de la diferencia de los episodios resueltos por habitante atendido, respecto a la media, con el porcentaje de la diferencia del gasto de baja por habitante atendido respecto a la media.

Fuente: Proyecto ISIS. CYMAP.

concentrarse en aquello que optimiza el esfuerzo, como el grupo A de Pareto, no conviene olvidar la visión de conjunto, única forma de evaluar a los médicos de primaria.

La visión más interesante en atención primaria es la visión generalista, el punto de vista del conjunto, lo único que permite no perder el punto de vista del “óptimo global” (Ruiz Tellez, 1999c). De esta forma se facilita la comparación “justa” entre pares, y se promueve la mejora por el estímulo de lo posible.

4. Hacia un mejor uso terapéutico de la incapacidad laboral

4.1 El mejor uso terapéutico de la incapacidad laboral. Normas y sugerencias para el buen uso del reposo y de la incapacidad laboral

La incapacidad laboral conlleva el reposo, y hemos visto que algunas situaciones de reposo son perjudiciales, lo que exige el uso racional de la baja laboral.

En general, debe ser el médico de cabecera el que a su buen juicio “ajuste” la situación del trabajador enfermo a su trabajo habitual. Ello exige tres decisiones consecutivas: recomendar la baja (primera decisión) y su duración (segunda decisión) e intensidad (tercera decisión). En lo que respecta a intensidad, es muy importante la opinión del servicio médico del trabajo, pues sirve de nexo para establecer con propiedad las posibilidades de una baja parcial, en el puesto de trabajo habitual o en otro. Cuando no existe servicio médico de empresa, y en todo caso, tendría que ser una decisión a compartir con el patrono o empleador y con los sindicatos. El médico de cabecera actúa como consultor o asesor respecto a la intensidad de la baja, pues no puede tomar la decisión final, que depende de la oportunidad, de las posibilidades en la práctica.

La intensidad se refiere a si la baja lo será a tiempo completo o a tiempo parcial. Cuando se sugiere que sea a tiempo parcial debería optarse entre recomendar que sea en el puesto de trabajo habitual o en otro distinto. Naturalmente, si se utilizan las bajas como parte del plan terapéutico, es difícil establecer normas sobre duración e intensidad de las mismas. Pero algo se puede decir en general, del estilo de “si..., y sólo si...”.

Éstos son algunos ejemplos:

- “Si” la gripe provoca un cuadro clínico invalidante, “y sólo si” se trata de un paciente por lo demás sano, en el que no se esperan complicaciones, es conveniente recomendar una baja de tres días de duración, a tiempo completo.
- “Si” una fractura de Colles unilateral requiere ausencia del trabajo, por la índole del mismo, “y sólo si” se trata de un paciente en el que no se esperan complicaciones, se recomienda una baja de un mes de duración, a tiempo parcial, según oportunidad.

- “Si” la depresión conlleva invalidez, “y sólo si” se trata de un cuadro de evolución habitual, en un paciente por lo demás no complicado en el que la medicación obtendrá una respuesta apropiada, es conveniente recomendar una baja de duración total de cuatro semanas, las dos primeras a tiempo completo y las dos últimas a tiempo parcial, según oportunidad.
- “Si” un dolor de espalda provoca invalidez, “y sólo si” se trata de un cuadro de probable origen inespecífico (sin signos ni síntomas de “alarma”), en un paciente sin complicaciones esperables, es conveniente recomendar una baja de duración total de diez días, los tres primeros a tiempo completo y los últimos siete a tiempo parcial, según oportunidad.

Como se deduce de los ejemplos, es difícil dar una respuesta normalizada, pues cada paciente es un caso distinto, y las recomendaciones son opiniones de experto con pocos ensayos clínicos detrás. En España se introdujeron en su día estándares por el Insalud (Insalud, 1995; Insalud, 1998), pero con poco éxito (Martínez de Pisón, 1996; Sanz *et al.*, 1996; Ugalde *et al.*, 1996), quizá por su falta de fundamento científico.

Parece conveniente, pues, no establecer normas que puedan llevar a confusión. Lo importante es lograr transmitir a médicos generales y del trabajo, a pacientes, a patronos y a sindicatos, que la baja laboral es una actividad terapéutica, parte de un plan global, y que su uso racional exige una dosificación apropiada a cada caso. Desde luego, al mismo tiempo se pueden difundir guías simples –del estilo de “un embarazo normal en una mujer sana no es causa de baja laboral”–, pues con ello se refuerza la toma de decisión racional en las condiciones de agobio con que normalmente se trabaja.

Puesto que se sabe con certeza que el reposo en cama es inútil (y en algunos casos es perjudicial para la salud del paciente) (Allen *et al.*, 1999), convendría difundir un listado del estilo de “se ha comprobado que...”, actualizado de continuo con los resultados de los nuevos ensayos clínicos al respecto. Se podría distinguir entre:

- Reposo tras una intervención quirúrgica (diagnóstica o terapéutica). Por ejemplo, “se ha demostrado con dos ensayos clínicos que, tras la punción lumbar, el reposo en cama (de cuatro o de seis horas) no mejora la cefalea posterior, y empeora los cuadros de náuseas, vómitos y vértigo”.
- Reposo como parte específica de un tratamiento. Por ejemplo, “se ha demostrado en múltiples ensayos clínicos que el reposo en cama, de 48 horas o más, empeora la evolución del cuadro de lumbalgia”.

También es clave que se difundan los inconvenientes y perjuicios que conlleva la situación de baja laboral *per se*, conforme se vaya produciendo conocimiento al respecto (Vingard *et al.*, 2004). Se podría distinguir entre:

- Impacto sobre la enfermedad que provoca la baja. Por ejemplo, “se ha demostrado en un grupo de trabajadoras con baja laboral por cuadros con dolor como síntoma principal, que la inactividad laboral complica la evolución al aumentar con el paso del tiempo sentimientos depresivos, de inquietud y el propio dolor, y generar un papel negativo de enfermo”.
- Impacto sobre la salud en general. Por ejemplo, “se ha demostrado que en varones la baja laboral de más tres semanas se asocia a suicidio”.
- Impacto sobre la vida laboral. Por ejemplo, “se ha demostrado que las ausencias por baja laboral se asocian, a largo plazo, a menor promoción profesional”.
- Impacto sobre la vida social. Por ejemplo, “se ha demostrado que las bajas laborales de larga duración cambian los roles familiares, por lo que conviene explorar las consecuencias de dichos cambios en los pacientes con bajas de más de un mes de duración”.

Por último, conviene difundir “conocimiento” que facilite el diagnóstico de enfermedades y accidentes laborales, que muchas veces pasan por enfermedades y accidentes “comunes” (Castejón, 2002; Weevers *et al.*, 2005).

Nuestros conocimientos son muy limitados respecto a todas las cuestiones señaladas, pero ello no impide la divulgación eficaz, reiterada y por mecanismos múltiples de los resultados de los estudios que las traten.

4.2 La mejora de la declaración de la incapacidad laboral. Recomendaciones sobre la simplificación de la propia declaración

Sin ánimo de reiterar lo comentado en la sección sobre “trabas burocráticas”, la mejora de la declaración se centra en la eliminación de los partes de confirmación periódicos, a favor de la expedición del parte de confirmación de fecha variable, según condición clínica, hasta la fecha de la próxima revisión, y en la transacción telemática de la información, pero “exclusivamente” a los servicios de inspección de bajas de los servicios de salud. Además, como se señala en dicho apartado, el parte de baja puede servir de parte de alta, cuando el médico de primaria se sienta con capacidad predictiva y negociadora (con el paciente) suficiente para fijar simultáneamente fecha de baja y de incorporación al trabajo (alta).

Debería superarse la insensibilidad actual ante la confidencialidad (León, 2000; OMC, 2001; Ruiz Téllez, 2005; Zarco *et al.*, 2001), y se deberían seguir las recomendaciones de los Principios de la Ética Médica Europea (WMA, 1983; PEME, 1987), que literalmente dicen que “todo banco informatizado de datos clínicos deberá quedar, por respeto a la ética profesional, bajo responsabilidad de un médico especialista designado para ello”. Esta cuestión es central

para lograr la implicación clínica de los médicos de primaria, de forma que registren información veraz que genere un circuito de información que permita medir la calidad y mejorar el control de las bajas laborales. Ya se ha señalado que para ello es fundamental tanto el uso de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CICWONCA, 1999), como la “eliminación” de la filiación en las bases de datos, excepto en aquéllas en las que se pueda justificar clínicamente su utilidad.

No basta, pues, con mejorar la declaración de las bajas laborales (con la simplificación de los partes), la confidencialidad en su manejo y el uso de una clasificación apropiada; pues todo ello sería inútil si la información generada no se emplea sistemáticamente en un sistema de mejora continua de la calidad. La información debe utilizarse tanto para la gestión propia de las bajas (por ejemplo, control de la duración, adscripción del gasto a cada médico), como para facilitar la comparación con los pares y el estímulo en la emulación de los mejores. Naturalmente, estos usos, estos circuitos, necesitan de la colaboración de los médicos de primaria, pero deberían ser responsabilidad de los gerentes y directores de los servicios de salud.

4.3 Las necesidades de formación continuada y de investigación como parte del plan del mejor uso terapéutico de la incapacidad laboral

La visión de la baja como parte del plan terapéutico no es novedad en España, donde dos de los firmantes (Gérvas y Pérez Fernández) ya propusieron su estudio como tal en 1990 (Gérvas *et al.*, 1990), donde otro de los firmantes (Ruiz Téllez) hizo una propuesta de cambio global ya en 1999 (Ruiz Téllez, 1999a), y donde muchos autores han contribuido al desarrollo científico de esta cuestión (Benavides, 2005). Sin embargo, las ideas tardan en difundirse, y sólo con ideas no se cambian los sistemas, pues se precisa acción. Acción significa cambios en la legislación, en las responsabilidades, en la gestión y en la profesión, entre otros. Algunos de estos cambios se han sugerido en secciones previas, y en ésta nos ceñiremos a los referente a investigación y a formación continuada.

Un cambio concreto y necesario es la producción de conocimiento y la difusión del mismo. A lo largo de este informe se han señalado las muchas carencias que tenemos ante cuestiones referentes a la baja laboral, claves y fundamentales. Por ello sugerimos el establecimiento de un plan básico de investigación sobre bajas laborales, que debería formar parte de los programas globales de investigación sociosanitaria y de organización de servicios de salud. Este plan se complementaría con una propuesta de formación continuada para introducir nuevo conocimiento en la práctica clínica médica.

Respecto a investigación, un plan estructurado debería responder al menos a tres cuestiones básicas en distintos plazos (corto –menos de tres años–, medio –entre tres y diez, años– y largo –más de diez años–):

- La adecuación de la baja laboral a la enfermedad a tratar. La adecuación se refiere a la graduación de la duración e intensidad de la baja laboral a las necesidades de la enfermedad y caso considerados. La investigación debería centrarse en algunas enfermedades y situaciones frecuentes e importantes, clínica y económicamente. Sugerimos: dolor de espalda, problemas de rodilla, embarazo, ansiedad, depresión, infarto de miocardio, ictus y cánceres (en general). A corto plazo sería suficiente con tener una descripción de las bajas en estos ocho problemas de salud, distribuidos por: a) edad, sexo y profesión de los pacientes; b) los ocho tipos de baja descritos (como parte del tratamiento sintomático en casos mal definidos, como reposo para autocuración, como parte de una estrategia terapéutica curativa, por el tipo de enfermedad-situación del paciente, como “compra” de tiempo sanitario, por situaciones sociopersonales de difícil solución, por ambiente laboral perjudicial para el paciente, y por simulación –paciente– y/o consentimiento –médico–), y c) comunidades autónomas, provincias, localidades y empresas, de forma que se puedan valorar aspectos del entorno sociolaboral. A medio plazo la investigación debería centrarse en la interpretación y análisis de los datos descriptivos, con objeto de diseñar un plan de investigación analítica y de intervención. En el medio plazo es muy importante, también, considerar el “peso” de la comorbilidad en la adecuación de la baja laboral a la enfermedad a tratar, y el impacto de las condiciones del trabajo (de la patología laboral) en los problemas “comunes” (no profesionales). A largo plazo habría que aplicar la metodología del análisis previo a todas las enfermedades cuya media de duración de baja sea más de 30 días.
- La elaboración de guías de buena práctica clínica y su introducción en el trabajo diario del médico de atención primaria. La mayoría de las guías de buena práctica clínica ha tenido poco impacto en el trabajo diario de los médicos, pues adolece de escasez de conocimientos respecto a su fundamento científico y, sobre todo, no se ha cuidado ni estudiado la forma de traspasar la teoría a la práctica (romper la brecha entre la eficacia y la efectividad) (Kovacs y Gil del Real, 2000; Weevers *et al.*, 2005). Por ello, se precisa del desarrollo de guías con el propósito de cambiar la práctica clínica, de mejorar la calidad en el trabajo diario, más allá del intento de 1995 (Insalud, 1995), en la línea del Programa COST B13 para el dolor lumbar (COST-B13, 2005). Recomendamos centrar la investigación en el dolor lumbar y en la ansiedad/depresión, por su frecuencia e impacto en la salud del paciente y en el gasto que genera la incapacidad laboral. Además, se puede aprovechar mucha investigación previa y muchos estudios ya realizados para tener, en el corto plazo, guías de buena práctica clínica, orientadas a la efectividad (a su uso en las condiciones habituales de la práctica clínica), que tengan una primera valoración experimental. En el medio plazo, la investigación debería centrarse en ampliar este tipo de guía a otros problemas de salud en los que tengan un componente social importante, como las bajas epidémicas por causa “psicológica” en algunas profesiones, por ejemplo policías (Guenaga, 2005), para deslindar lo que haya de problema de salud de componentes estructurales laborales y de gestión de personal. A largo plazo sería importante contar con guías orientadas a la efectividad de todas las enfermedades que provoquen bajas de más de 30 días de media.

- La valoración del impacto negativo de la baja laboral en distintos aspectos de la vida del trabajador enfermo. Como hemos insistido, la baja laboral conlleva perjuicios, no bien estudiados, pero que pueden llegar a la muerte, por suicidio o por otras causas no muy conocidas (Kivimäki *et al.*, 2003; Vingard *et al.*, 2004). Esta noción simple no debería ser sorprendente, pues sabemos que la actividad sanitaria tiene siempre beneficios y perjuicios (Davis, 2004; Pérez Fernández y Gervas, 2002) y que la decisión médica se toma tras sopesar ambos, en la esperanza de que los primeros superen a los últimos. Sin embargo, es poco lo que sabemos sobre estas cuestiones, y convendría añadir investigación que facilitase la toma de decisión del médico. Como es habitual, el campo que recomendamos es el más conocido del dolor de espalda, donde ya sabemos que la baja laboral debe durar poco, el mínimo imprescindible (Waddell, 1987; Deyo, 1996; Ihlebaek y Eriksen, 2004). Pero falta investigación que aborde las consecuencias de la baja laboral en los cuatro campos descritos (la propia enfermedad que provoca la baja, la salud en general, la vida laboral y la vida social). La propuesta es dedicar la investigación en el corto plazo al dolor de espalda y al cáncer, para generar conocimiento acerca del impacto negativo de la baja laboral. De hecho, en España existe ya una potente red de investigación sobre el dolor lumbar, que convendría potenciar (Seguí *et al.*, 2005). También convendría en este tiempo considerar el desarrollo de algún proyecto de investigación sobre el “presentismo”, la incorporación excesivamente temprana al trabajo (Dew *et al.*, 2005). A medio plazo, la investigación debería centrarse en cómo difundir eficazmente entre profesionales y trabajadores el conocimiento sobre el impacto de la baja laboral en la vida del paciente. A largo plazo recomendamos investigar sobre estas cuestiones en todas las enfermedades que provoquen bajas de más de 30 días de media.

Por supuesto, hay otras muchas cuestiones de investigación candentes, como las posibles mejoras en la coordinación y la continuidad y su impacto en la gestión de la baja laboral, o la necesidad de desarrollar instrumentos de predicción de la evolución espontánea de las enfermedades que generan frecuentemente baja laboral; pero hemos seleccionado las cuestiones que creemos básicas. Además, la falta de investigación no excluye la acción, que no siempre se funda en el conocimiento científico. Por ejemplo, mejorar la coordinación entre primaria y secundaria es cuestión clave en el conjunto sanitario, de forma que es esperable obtener más beneficios que perjuicios si trabaja en sentido de procoordinación (Gervas y Rico, 2005; Rico y Saltman, 2002). A este respecto conviene no jugar a aprendices de brujo, por lo que es prudente introducir el cambio y la innovación con parsimonia, pues el sistema sanitario es un sistema complejo en el que no podemos prever con mucha certeza lo que sucederá cuando introduzcamos un cambio (Love y Burton, 2005). Por último, la formación continuada debe ser objetivo prioritario, y convendría elaborar un plan general al respecto.

- El plan debería tratar de eliminar conocimientos y prácticas obsoletas. Por ejemplo, eliminar en general la recomendación del reposo en cama tras el infarto de miocardio (Allen *et al.*, 1999); o los mitos sobre el dolor lumbar, incluyendo la rutina de la solicitud de radiografías (Deyo, 1998); o señalar el embarazo como fase “normal” de la vida, que no precisa baja *per se*.

- Introducir nuevos conocimientos y prácticas de probada eficacia. Por ejemplo, sobre el cambio en el diagnóstico de ansiedad a depresión, para que “no justifique el tratamiento” y lleve a más bajas laborales por el etiquetado de depresión (Ortiz, 2004; Ortiz y Lozano, 2005; Mata, 2005), o sobre patología de origen laboral en la consulta del médico de primaria, para no confundir lo “profesional” con lo “común” (Castejón, 2002).

Ambos objetivos se logran con actividades múltiples, que deberían reglarse para obtener resultados medibles. A corto plazo bastaría con lograr la publicación de al menos un artículo anual respecto a los ejemplos seleccionados más arriba, en las principales revistas de atención primaria, científicas y profesionales (Atención Primaria, El Médico, Medicina General y SEMERGEN, entre otras), y la elaboración de material didáctico sobre dichos ejemplos, para su uso en sesiones clínicas en los centros de salud. En el mismo corto plazo habría que lograr la colaboración de las tres grandes sociedades de médicos de atención primaria (Sociedad Española de Médicos Generales, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista) para llevar a sus congresos talleres específicos sobre bajas laborales, año tras año. Y la cooperación con la Comisión Nacional de la Especialidad para introducir en la residencia de Medicina de Familia cuestiones y ejemplos sobre bajas laborales.

A medio y largo plazo habría que introducir conocimientos y técnicas sobre el uso racional de la baja laboral en las facultades de medicina y en el posgrado reglado, de forma que este campo sea parte de toda la formación médica.

El catálogo de certezas de la vida se ciñe al nacimiento, la muerte, los impuestos... y al dolor lumbar (Deyo, 1998). Dada su prevalencia, no es extraño que se haya convertido en causa frecuente de baja laboral, por más que muchas veces la baja empeore, cronifique y medicalice al paciente trabajador, con un resultado final que no beneficia ni al enfermo ni a la sociedad (Waddell, 1987). Necesitamos mejorar nuestro conocimiento respecto a algo tan común, frecuente e importante como el “simple” dolor lumbar (Seguí y Gervas, 2002; Seguí *et al.*, 2005; Pérez Tierno *et al.*, 2003). ¡Qué decir de otras causas frecuentes de baja laboral, tipo el embarazo normal en mujer sana, apenas estudiadas como tales!

Por todo ello, conviene aumentar la investigación sobre las bajas laborales, para lograr una formación continuada basada en hechos. En España existe investigación de calidad al respecto, ya citada previamente, y otra también muy útil (Frieiro *et al.*, 1985; Alfonso y Sanchís-Bayarri, 1987; Vitores, 1989; Buitrago *et al.*, 1993; Núñez *et al.*, 1995; Gensana *et al.*, 1995; López *et al.*, 1995; Martín *et al.*, 1995; Ballesteros *et al.*, 1997; Abellán y Esteban, 1999), pero no es suficiente para justificar y sostener cambios en la gestión de la baja. Es imprescindible a medio y largo plazo remediar estas carencias, aunque a corto plazo se pueda obviar la falta de dicho conocimiento para gestionar y mejorar la atención al paciente trabajador (Ruiz Téllez, 2002; Zarco *et al.*, 2001).

5. Conclusiones y recomendaciones

La baja laboral es una actividad frecuente (y costosa, en dinero y en efectos adversos) sobre la que sabemos poco, a pesar de la vasta bibliografía existente. El control de la incapacidad temporal en la última década se ha centrado en la dicotomía de la gestión clínica y de la gestión económica, lo que en su comienzo dio frutos positivos, pero es una política condenada al fracaso, por ineficiente. El personal de los servicios de salud (de médicos generales a médicos especialistas, pasando por gerentes y políticos) vive ajeno al gasto que generan las bajas laborales, en agudo contraste con la preocupación universal por el gasto que genera el uso de medicamentos, otra actividad terapéutica.

Se estima que hay abuso en la baja laboral en un tercio de los casos, del 20% de bajas con gasto superfluo, situadas la mayoría en el grupo A de Pareto, bien por ser innecesario el reposo, bien por prolongarse en exceso. También se ha demostrado el problema opuesto, bastante más bajo, el “presentismo” (permanencia en el trabajo). En la comparación con otros países europeos el porcentaje de trabajadores en España con baja laboral, 12%, se sitúa por debajo de la media del 15%, y este porcentaje crece de sur a norte de Europa, que también crece, en el mismo sentido, en prestaciones por baja laboral.

En todo caso, el uso de la baja laboral en España está por debajo de la media europea, y el abuso podría ceñirse a un pequeño grupo de usuarios, en torno a un paciente por cupo y mes. Por ello, las posibilidades clínicas de control del uso de la baja laboral son muchas, pues es un problema “manejable” por el médico de familia comprometido con su trabajo diario.

El uso apropiado de la incapacidad laboral conlleva la disminución de costes varios, tanto monetarios como en salud. Lamentablemente ha existido más interés por los aspectos económicos que por los aspectos clínicos, de forma que, por ejemplo, sabemos poco acerca de los efectos adversos de la baja laboral y del reposo en general. Los pocos ensayos clínicos al respecto revelan que el reposo es perjudicial en cuestiones tan diversas como la lumbalgia, el infarto de miocardio y las hepatitis infecciosas. Tampoco sabemos mucho sobre los efectos adversos de la medicalización (uso excesivo de recursos médicos) de la vida diaria, y de su repercusión en el número y duración de las bajas laborales, pero parece evidente un impacto directo en torno a los embarazos sanos, y los problemas e inconvenientes de la vida diaria, que se transforman en ansiedad y depresión.

Dada la complejidad del uso de la baja laboral, en que confluyen todo tipo de problemas y circunstancias, corresponde al médico de familia su control, que debería ejercerse en sus dos componentes, de gestión clínica y de gestión económica.

Tras un trabajo concienzudo de revisión bibliográfica y de análisis y síntesis de lo publicado, y de la consideración de la práctica clínica habitual, creemos poder concluir que hay que devolver protagonismo y responsabilidad al médico de atención primaria, que idealmente certifica la necesidad del reposo, solicita directamente pruebas diagnósticas, y para el cual trabajan los especialistas como consultores y/o como expertos con habilidades especiales que complementan con otras terapéuticas el reposo, para lograr la pronta convalecencia y rehabilitación del trabajador enfermo.

Por tanto, como colofón del trabajo proponemos en esta línea una serie de medidas que giran en torno a: a) la adecuación entre el reposo recomendado y la necesidad del mismo, según el mejor fundamento científico y la mejor práctica clínica; y b) la correcta gestión global de la incapacidad laboral, para disminuir el uso incorrecto y el gasto innecesario.

- La enfermedad conlleva en ocasiones la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria. En el trabajador se justifica dicha incapacidad con una intervención médica, con la baja laboral. La baja laboral es parte del plan terapéutico, y se aplica en formas muy diversas, adaptadas a las necesidades del enfermo. La baja laboral debería ser siempre vista como un instrumento clínico terapéutico, capaz de contribuir a la mejor recuperación de la salud, a costa de un gasto y de unos efectos secundarios que obligan a emplear el mejor juicio del médico en el buen uso de ella.
- Puesto que la baja laboral tiene componentes biológicos, psicológicos, sociales y culturales, que se expresan en el encuentro médico-paciente y que implican ver al enfermo en su globalidad, debería mantenerse integradas su gestión clínica y económica en el ámbito de la atención primaria. La política seguida durante la última década, de separación de la gestión económica y del manejo clínico de las bajas laborales, produjo éxitos temporales, durante un lustro, en la contención del gasto en este capítulo, sin que se hayan mantenido en la actualidad. Los circuitos de declaración de las bajas laborales son manifiestamente mejorables, en su burocracia y en el uso del sistema de información que generan. Para la mejora se precisa permitir el uso de un parte de baja y alta simultáneo, en todas las circunstancias en las que estén de acuerdo médico y paciente, y adaptar las fechas de los partes de confirmación a las necesidades clínicas. Es también imprescindible recuperar el crédito del diagnóstico, mediante el uso de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria, adaptada a la cultura y forma de trabajo extrahospitalaria, y mediante los mecanismos apropiados que aseguren la confidencialidad de la información. El uso actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades conlleva una especificidad que ni existe ni debería existir en atención primaria, con las pérdidas consecuentes que supone para los sistemas de información clínicos y gerenciales.

- Como forma de implicar a los médicos de atención primaria, debería desaparecer la dicotomía entre gestión económica y clínica; el médico de cabecera debería contar con autoridad y poder para solicitar pruebas diagnósticas y terapéuticas. La autoridad en la gestión de las bajas implicará que el médico de cabecera acepte responsabilidades financieras y un presupuesto cerrado, apropiado al cupo. Los especialistas del servicio de salud y los médicos de las mutuas deberían actuar de consultores para el médico de primaria. Éste utilizará su poder económico para “comprar” pruebas diagnósticas y terapéuticas, de forma que “el dinero sigue al paciente” y que desaparecen los “tiempos muertos” en la gestión clínica de las bajas laborales. La evaluación de los médicos de primaria debería ser global, por comparación con sus pares en el uso de recursos y en el seguimiento de los problemas de salud. La aceptación de este contrato y de esta responsabilidad se debería remunerar con un fijo mensual y un incentivo variable anual, según cumplimientos de objetivos. Los ahorros en bajas deberían revertir “cerca” del médico de primaria, por ejemplo, en la dotación material y personal del centro de salud.
- Un 20% de los pacientes de baja generan el 80% del consumo. Por ello, el “esfuerzo” del médico de cabecera podría tener gran éxito si controlara al paciente por mes, que es el que en su cupo genera el 50% del costo. Si nadie controla el proceso global de la baja, ésta no se controla. La segregación de tal control por especialistas, inspectores y mutuas no ha mostrado el éxito que se buscaba.
- Las bajas laborales deberían preocupar como otras opciones terapéuticas (por ejemplo, los medicamentos), tanto por el gasto como por el uso apropiado (en exceso y en defecto), por los efectos adversos y por el cumplimiento de las normas éticas universales (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia). Debería ponerse el énfasis en los pocos casos (en torno a uno por mes y cupo) en los que parece haber despilfarro. Para ello es imprescindible la cooperación con los médicos inspectores, que deberían pasar a tener un papel activo en la mejora de la calidad en el uso de la baja laboral.
- La baja laboral es, y debe ser, sólo una parte del plan terapéutico, y adaptarse a las necesidades del paciente en “cantidad” y en “calidad”. Por ello, debería dejar de ser una opción de “todo o nada”, y pasar a ser una respuesta terapéutica graduada y flexible, que ofreciera el reposo adecuado en duración (días) y en intensidad (actividades a evitar, y posibilidad de adaptación temporal a otro tipo de trabajo); debería ceñirse al mínimo imprescindible e intentar mantener al paciente en su lugar de trabajo, en condiciones apropiadas a su incapacidad. Como toda actividad terapéutica, la baja laboral tiene ventajas e inconvenientes, pero estos últimos han sido poco valorados, y en muchos casos la baja laboral carece de fundamento científico (no sabemos cuándo ayuda a mejorar o a empeorar la salud del paciente). La baja laboral está asociada a “no trabajar”, pero debiera modificarse para poderse balancear, socialmente, entre el “no ir a trabajar” y “no ir al trabajo”. La consideración de la baja laboral como un acto terapéutico permite reconocer la existencia de efectos secundarios, facilitando su contraindicación en más de

una ocasión. Han de hacerse públicos, tanto entre profesionales como entre ciudadanos, los “perjuicios” reconocidos por la ciencia del reposo o inactividad en ciertos problemas de salud. También es importante esta colaboración para el estudio del “presentismo” (permanencia en el puesto de trabajo cuando se debería guardar baja).

- Aunque en España existe un *corpus* inicial suficiente de investigación sobre bajas laborales, se precisa fomentar la investigación sobre la baja laboral, con énfasis en: a) la adecuación de la baja al problema de salud a tratar; b) la elaboración de guías de buena práctica clínica, y su introducción en el trabajo diario del médico de atención primaria; y c) la valoración del impacto negativo de la baja laboral en distintos aspectos de la vida del trabajador.
- Al tiempo, es imprescindible el establecimiento de un plan de formación continuada que contribuya a eliminar conocimientos y prácticas obsoletas y a introducir nuevos conocimientos y prácticas de probada eficacia. La investigación y la formación continuada deberían centrarse, al menos en el corto plazo, en las causas de baja donde parece haber más abuso y mayor uso inapropiado: cáncer, dolor de espalda, problemas de rodilla, embarazo, ictus, infarto de miocardio y problemas psiquiátricos (ansiedad y depresión).

Índice de Tablas y Gráficos

Tablas

Tabla 1. Gasto por IT anual	12
Tabla 2. Porcentaje de trabajadores (ponderados por edad) con baja laboral en UE-15, 2000	13
Tabla 3. Distribución de bajas y episodios atendidos en 107.524 habitantes, 7/2004-6/2005	32
Tabla 4. Distribución de las rúbricas más utilizadas en los episodios atendidos con baja laboral en 107.524 habitantes, 7/2004-6/2005	33

Gráficos

Gráfico 1. Diagrama de Pareto en la incapacidad temporal (IT)	15
Gráfico 2. Gastos anuales de un centro atención primaria de tamaño medio (18.000 habitantes)	17
Gráfico 3. Ley de los Tercios	18
Gráfico 4. Demora en curso	20
Gráfico 5. El Gráfico X para episodios atendidos	46
Gráfico 6. El Gráfico X para episodios resueltos	47

Bibliografía

- Abásolo, I., Blanco, M., Bachiller, J., Candelas, G., Collado, P., Lajas, C., et al. (2005), A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders. *Annals of Internal Medicine*, 143:404-14.
- Abellán, M. J., Esteban, S. (1999), Programa para el control de la incapacidad temporal en el Instituto Social de la Marina de la provincia de Cádiz. *Atención Primaria*, 24;24:523-7.
- Abraín, A., Lafuente, P., Urraca, J., Gil Jaurena, C., Olasagasti, C., Arregui, E., Ruiz Téllez, A. (1993), Análisis del nivel de exactitud del diagnóstico oficial de la ILT, frente al real. *Atención Primaria*, 11:453-8.
- Alberquilla, A., Ugalde, M., González, C., Pilas, M., Rivera, J.M. (1996), Gestión y control de la incapacidad laboral transitoria. ¿Influye el modelo de atención primaria? *Atención Primaria*, 17:40-6.
- Alfonso, J. L., Sanchís-Bayagarri, V. (1987), Contribución al estudio del absentismo laboral en atención primaria. *Revista Clínica Española*, 180:216-20.
- Allebeck, O., Mastekaasa, A. (2004), Swedish Council on Technology Assessment in Health Care /SBU. Risk factors for sick leave – general studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 63(suppl):49-108.
- Allen, C., Glasziou, P., del Mar, C. (1999), Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *Lancet*, 354:1229-33.
- Arroyo, A., Andreu, J., García, P., Jover, S., Arroyo, M. A., Fernández, A. et al. (2001), Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos. *Atención Primaria*, 28:381-5.
- Ballesteros, C., Crespo, C., Prieto, A. (1997), Estudio de IT de áreas sanitarias 3 y 4 de Cantabria. *Medicina General*, 6:17-23.
- Bassols, A., Bosch, F., Campillo, M., Canellas, M., Baños, J. E. (1999), An epidemiological comparison of pain complaints in the general population of Catalonia (Spain). *Pain*, 83:9-16.
- Bassols, A., Bosch, F., Campillo, M., Baños, J. E. (2003), El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gaceta Sanitaria*, 17:97-107.
- Benavides, F. G. (2005), Utilidad sanitaria de la incapacidad laboral. *Atención Primaria*, 36:388-9.
- Benavides, F. G., Bolumar, F., Mur, P., Vioque, J., Fernández, E., Herrero, J. F., et al. (1986), La incapacidad laboral transitoria: una fuente de datos para el conocimiento del estado de salud de la comunidad. *Atención Primaria*, 3:17-22.
- Benavides, F. G., Aranaz, J., Bolumar, F., Álvarez-Dardet, C. (1990), La incapacidad laboral transitoria, algo más que un problema de salud. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 64:749-57.

- Benavides, F. G., Benach, J., Moncada, S. (2001), Working conditions and sickness absence: a complex relation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55:368.
- Benavides, F. G., Castejón, J., Gimeno, D., Porta, M., Mestres, J., Simonet, P. (2005), Certification of occupational diseases as common diseases in a primary health care setting. *American Journal Industrial Medicine*, 47:167-80.
- Bradey, C. J., Neumark, D., Bednarek, H. L., Schenk, M. (2005), Short-term effects of breast cancer on labor market attachment: results from a longitudinal study. *Journal of Health Economy*, 24:137-60.
- Buitrago, F., Lozano, L., Fernández, C., Bonino, F., Candela, M., Altamiras, J. (1993), Incapacidades laborales transitorias en los colectivos profesionales administrativos y de enfermería. *Gaceta Sanitaria*, 7:190-5.
- Caldas, R., Violán, C., García Fernández, J. J., Domínguez, F. P., Ruiz Téllez, A., Quijano, F., Borrell, F. (2000), Incapacidad temporal: mejoras en la gestión. *Atención Primaria*, 25: 116-25.
- Castejón, J. (2002), El papel de las condiciones de trabajo en la incapacidad temporal por enfermedad común y accidentes no laborales [tesis doctoral], Bellaterra, Universidad Autónoma de Barcelona.
- CEDEM (1999), Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España. Madrid, OMC.
- Cerdán, M. T., Sanz, R., Martínez, C. (2005), Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Atención Primaria*, 35:283-9.
- CICWONCA (1999), Clasificación Internacional de Atención Primaria, CIAP-2. Barcelona, Masson.
- COST-B13 (2005), Guía de práctica clínica: lumbalgia. Disponible en: www.reide.org.
- Davis, P. (2004), Health care as a risk factor. *Canadian Medical Association Journal*, 170:1688-9.
- Deyo, R.A. (1996), Acute low back pain: a new paradigm for management. *British Medical Journal*, 313: 526-7.
- Deyo, R. A. (1998), Dolor lumbar. *Investigación y Ciencia*, octubre, 65-9.
- Deyo, R. A., Diehl, A. K., Rosenthal, M. (1986), How many days of bed rest for acute low back pain?, *New England Journal of Medicine*, 315:1064-70.
- Dew, K., Keefe, V., Small, K. (2005), "Chosing" to work when sick: workplace presenteeism. *Social Science and Medicine*, 60:2273-82.
- Dionne, C. E., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S. R., Larocque, I. (2005), A clinical return-to-work rule for patients with back pain. *Canadian Medical Association Journal*, 172:1559-67.
- Drolet, M., Maunsell, E., Mondor, M., Brisson, C., Brisson, J., Mâsse, B., et al. (2005) Work absence after breast cancer diagnosis: a population-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 173:765-9.
- Farrés, J., Portella, E. (1982) Utilidad epidemiológica de los partes de incapacidad laboral transitoria. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 56:1237-47.

- Ferrús, L., Gervas, J., Porta, M., Portella, E. (1987), Dificultades del uso de la ICHPPC-2 (clasificación de la WONCA) para la codificación retrospectiva de los partes de incapacidad laboral transitoria (ILT). *Gaceta Sanitaria*, 1:113-7.
- Fleten, N., Johnsen, R., Førde, F. (2004), Length of sick leave –Why not ask the sick-listed? Sick-listed individuals predict their length of sick leave more accurately than professionals. *Public Health*, 4:46-55.
- Frieiro, J. E., Escudero, G., de la Cueva, M., Ibarrola, B., García, E. (1985), Incidencia de bajas laborales en la población adscrita a una unidad docente de medicina familiar y comunitaria (período 1983-1984). *Atención Primaria*, 2:325-8.
- Gensana, A., Torralba, M., Calero, M. J., González, J. A. (1995), Relación entre el perfil del médico de cabecera y la incapacidad laboral transitoria de sus pacientes. *Atención Primaria*, 16:27-31.
- Gervas, J. (2005), El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. Visión profesional desde la Medicina General. *El Médico*, 940:11-14.
- Gervas, J., Palomo, L. (2002), ¿Alta o excesiva resolución?, *Medicina Clínica* (Barcelona), 119:315.
- Gervas, J., Pérez Fernández, M. (2005), ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente?, El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato. *Medicina Clínica* (Barcelona), 124:778-81.
- Gervas, J., Pérez Fernández, M., Salcedo, J. A., Barquinero, C., García Sagredo, P., Banegas, J. R. (1990), La incapacidad laboral transitoria como parte del plan terapéutico: proceso y resultado. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 56:1237-47.
- Gervas, J., Ortún, V. (1995), Caracterización del trabajo asistencial del médico general/ de familia. *Atención Primaria*, 16:501-6.
- Gervas, J., Rico, A. (2005), La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la atención primaria. *SEMERGEN*, 31:418-23.
- Gimeno, D., Benavides, F. G., Benach, J., Amick, B. C. (2004), Distribution of sickness absence in the European Union countries. *Occupational and Environmental Medicine*, 61:867-9.
- Gjesdal, S. (2005), Sickness absence incidence in Norway 1975-2002. *Tidsskr Nordic Laegeforen*, 125:742-5.
- González, M. A., Concón, M. J. (2000), Incapacidad por dolor lumbar en España. *Medicina Clínica* (Barcelona), 114:491-2.
- González Hierro, M. (2000), La gestión de la incapacidad temporal. *El Médico*, 20 de octubre.
- GTIT-SEMFYC (1998), Valoración de los cambios normativos de la gestión de la incapacidad transitoria. *Atención Primaria*, 22:456-66.
- Guenaga, A. (2005), Interior revela que casi 800 “ertzainas” recibieron atención psicológica en 2004. *El País*, 5 octubre (número 10.349), pp. 1 y 3.
- Hadler, N. M. (2003), MRI for regional back pain. Need for less imaging, better understanding. *Journal American Medical Association*, 289:2863-5.

- Ihlebaek, C., Eriksen, H. R. (2004), The “myths” of low back pain: status quo in Norwegian general practitioners and physiotherapists. *Spine*, 29:1818-22.
- Infante-Rivard C., Lortie M. (1996), Prognostic factors for return to work after a first compensated episode of back pain. *Occupational Environment Medicine*, 1996;53:488-94.
- Insalud (1995), Manual de ayuda al médico para la gestión de la incapacidad temporal. Madrid, Insalud.
- Insalud (1998), Guía práctica de estándares de duración de procesos de ILT. 2ª ed. Madrid, Insalud.
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Vahtera, J., Marmot, M. G. (2003), Sick leave as a global measure of health: evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal*, 327:364-8.
- Kivimäki, M., Marinen, A., Elovainio, M., Vehtera, J., Virtanen, M., Firth-Cozens, J. (2004), Sick leave and the organization of nursing care among hospital nurses. *Scandinavian Journal Work Environment Health*, 30:468-76.
- Kovacs, F., Gil del Real, M. T. (2000), Un estudio necesario, pero un “comité de expertos” superfluo. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 115:537-8.
- Lafuente, P., Olasagasti, C., Abraín, A., Urraca, J., Gil Jaurena, J. M., Ruiz Téllez, A. (1991), Factores que modulan la duración de la ILT. *Atención Primaria*, 8, especial, 904.
- Lie, H. (2003), Could sick leaves be reduced by augmenting the knowledge of general practitioner?, *Tidsskr Nordisk Laegeforen*, 123:2068-71.
- León, P. (2000), La confidencialidad del médico y la información debida a las entidades aseguradoras. *Revista Medicina Universidad de Navarra*, 44:25-31.
- López, J., Ortín, E., Navarro, A., Moreno, P., Pereguñez, J. E. (1995), Estudio de la incapacidad laboral transitoria por enfermedad común en trabajadores de una gerencia de atención primaria. *Atención Primaria*, 16:85-8.
- Love, T., Burton, C. (2005), General practice as a complex system: a novel analysis of consultation data. *Family Practice*, 22:347-52.
- Maher, C. (2005), Clinical prediction rule for return to work after back pain. *Canadian Medical Association Journal*, 172:1575-6.
- Martín, O., Ballina, F. J., Hernández, R., Cueto, A. (1995), Lumbalgia e incapacidad laboral. Epidemiología y prevención. *Atención Primaria*, 16:641-646.
- Martínez de Pisón, B. (1996), Utilidad de la guía de estándares de duración de los procesos de IT del Insalud. *Atención Primaria*, 18:86-90.
- Mastekaasa, A. (2005), Sick leave in female and male dominated occupations and workplaces. *Social Science and Medicine*, 60:2261-72.
- Mata, I. (2005), Tratamiento farmacológico de la ansiedad en atención primaria. *SEMERGEN*, 31:301-2.
- Nathell, L. (2005), Effects on sick leave of an inpatient rehabilitation programme for asthmatics in a randomized trial. *Scandinavian Journal Public Health*, 33:57-64.

- Núñez, D., Otero, C., Sanz, C., Amador, J., Fernández, C., Paz, J. (1995), Estudio de la incapacidad laboral transitoria durante un año en el área IV de Asturias. *Atención Primaria*, 15:561-5.
- Ockander, M., Timpka, T., Nyce, J.M. (2005) How to avoid long-term sickness absence: the advice from women with personal experience. *Family Practice*, 22:394-8.
- Olasagasti, C., Gil Jaurena, J. M., Abraín, A., Urraca, J., Lafuente, P., Ruiz Téllez, A. (1991), Análisis de la agregación de las ILT en la población laboral ocupada. *Atención Primaria*, 8, especial, 892.
- OMC (2001), Ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en atención primaria y especializada, y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión. Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC. Madrid, OMC.
- Ortiz, A. (2004), Consultas sin patología en un centro de salud mental. [tesis doctoral]. Madrid, Universidad Autónoma de Madrid.
- Ortiz, A., Lozano, C. (2005), El incremento de la prescripción de antidepresivos. *Atención Primaria*, 35:152-5.
- PEME (1987), Confederación Internacional de Órdenes Médicas. París. Art. 8.
- Pérez Fernández, M., Gervas, J. (2002), El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Medicina Clínica* (Barcelona), 118:65-7.
- Pérez Tierno, S., Ruiz Téllez, A., Martínez de la Eranueva, R., Aizpuru Barandiarán, F., e Iturgaiz Gorena, M.^a J. (2003), Impacto sanitario, económico y social del dolor lumbar en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Informe OSTEBA D-03-03. Vitoria-Gasteiz, Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
- Prado, L., García Olmos, L., Rodríguez, F., Otero, A. (2005), Evaluación de la demanda derivada en atención primaria. *Atención Primaria*, 35:146-51.
- Puig-Junoy, J. (2004), Sostenibilidad y fuentes de financiación del crecimiento del gasto sanitario público. Implicaciones para el Sistema Nacional de Salud. En *¿Más recursos para la salud?*, Puig-Junoy J., López-Casasnovas G, Ortún V. Barcelona, Masson. pp. 207-25.
- Quijano, F. (1999), Incapacidad temporal/permanente. Situación actual en España. Cambios y consecuencias. Barcelona: SEMFYC-EDIDE; 1999. pp. 5-14.
- Rico, A., Saltman, R. (2002), ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria?. Reformas organizativas en la atención primaria en Europa. *Revista de Administración Sanitaria*, 4:39-67.
- Rogers, W. A. (2002), Whose autonomy? Which choice? A study of GP attitudes towards patient autonomy in the management of low back pain. *Family Practice*, 19:140-5.
- Ruiz Téllez, A. (1998a), La incapacidad temporal y la atención primaria: la oportunidad, la amenaza, y la propuesta de un cambio. En: Libro del Año de Medicina Familiar y Comunitaria, SEMFYC. Madrid, Saned. pp. 107-34.
- Ruiz Téllez, A. (1998b), La incapacidad temporal. Termómetro de la sanidad pública. ¿Un problema de costo o de ingresos?, *MEDIFAM*, 8:349-54.

- Ruiz Téllez, A. (1999a), La incapacidad temporal y la atención primaria. La gran oportunidad, la gran amenaza. Propuesta de un cambio. Barcelona, SEMFYC-EDIDE, pp. 15-57.
- Ruiz Téllez, A. (1999b), Control de la IT ¿A quién corresponde?, *SEMERGEN*, 25, extra, 32-6.
- Ruiz Téllez, A. (1999c), La organización de un Equipo de Atención Primaria. *Centro de Salud*, 10:592-606.
- Ruiz Téllez, A. (2002), Claves en el manejo de la incapacidad transitoria en los Equipos de Atención Primaria. En: La gestión de la atención sanitaria en el EAP. Curso a Distancia: Gestión del Día a Día en el EAP. Barcelona, SEMFYC, módulo 2, 69-78.
- Ruiz Téllez, A. (2005), Confidencialidad e informatización de los datos en Atención Primaria. *Formación Médica Continuada*, 12:536-45.
- Sanz, P., Flores, L., Soto, S., Villagrasa, J. R., Berriocha, C. (1996), Utilidad de la guía de estándares de duración de procesos de incapacidad laboral transitoria publicada por el Insalud para el médico de cabecera. *Atención Primaria*, 18:248-52.
- SBU (2004), SBU summary and conclusions. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (suppl 63):6-11.
- Seguí, M., Gervas, J. (2002), El dolor lumbar. *SEMERGEN*, 28:21-41.
- Seguí, M., Giménez, S., Martínez, F., Panero, P., Abaira, V. (2005), La Red Española de Investigadores en Dolencias de la Espalda. *SEMERGEN*, 2005;31:199-203.
- Shekelle, P. G., Delitto, A. M. (2005), Treating low back pain. *Lancet*, 365:1987-9.
- Shojania, K. G., Grimshaw, J. M. (2005), Evidence-based quality improvement: the state of the science. *Health Affairs*, 24:138-50.
- Soler, J. K. (2003), Sick leave certification: a unique perspective on frequency and duration of episodes – a complete record of sickness certification in a defined population of employees in Malta. *Family Practice*, 14:2-5.
- Stunin, L., Boden, L. I. (2004), Family consequences of chronic back pain. *Social Science and Medicine*, 58:1385-93.
- Thomas, E., Silman, A. J., Croft, P. R., Papageorgiou, A. C., Jayson, M. I. V., MacFarlane, G. J. (1998), Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. *British Medical Journal*, 318:1662-7.
- Tinetti, M. E., Fried, T. (2004), The end of the disease era. *American Journal of Medicine*, 116:179-185.
- Ugalde, M., Alberquilla, A., González, C., Pilas, M., Rivera, J. M. (1996), Perfiles de duración de la IT en un distrito sanitario y su comparación con algunos estándares propuestos. *Gaceta Sanitaria*, 10:293-8.
- Vehiviläinen, A. T., Takala, J. K. (1996), Where have all the back pains gone? Changes in the reasons for requiring out-of-hours medical care from a centralized primary care centre after changing to a list system. *Family Practice*, 13:373-6.
- Vingard, E., Alexanderson, K., Norlund, A. (2004), Consequences of being on sick leave. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (suppl 63):207-15.

- Vitores, L. (1989), Estudio del nivel de salud de una comunidad a través del seguimiento durante tres años de sus bajas laborales. *Salud Rural*, 15:28-34.
- Vroomen, P. C. A. J., Krom, M., Wilmlink, J. T., Kester, A., Knottnerus, J. A. (1999), Lack of effectiveness of bed rest for sciatica. *New England Journal of Medicine*, 340:418-23.
- Waddell, G. (1987), A new clinical model for the treatment of low-back pain. *Spine*, 12:1-13.
- Weevers, H. J., Beek, A. J., Anema, J. R., Wal, G., Mechelen, W. (2005), Work-related disease in general practice: a systematic review. *Family Practice*, 22:197-204.
- WMA (1983), Handbook of Declarations. On de use of computer in medicine. 27th World Medical Assembly, Munich, Federal Republic of Germany, October 1973 and 35th World Medical Assembly, Venecia, Italia, octubre 1983. Documento de noviembre, 4.
- Zambrana, J. L. (2004), Consultas ambulatorias de atención especializada. Presente y propuestas de futuro. *Medicina Clínica* (Barcelona), 123:257-9.
- Zarco, J., Moya, A., Júdez, J., Pérez, F., Magallón, R. (2001), Gestión de las bajas laborales. *Mecidina Clínica* (Barcelona) 117:500-9.

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Féllez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Féllez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.

- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M^a Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos)**. José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal**. Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos**. María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria**. Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España**. Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate**. José M.^a Contreras Mazarío, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada**. Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral**. Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático**. Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España**. Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español**. Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España**. Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia**. Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable**. Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales**. Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos**. Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información**. Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital**. Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias**. Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito**. José Antonio Bueno Oliveros.

