

La incapacidad temporal: un instrumento para la vigilancia de la salud de los trabajadores

Plana, P., Pagés, C., Pou, M., Yetor, A. y Corominas, J.

RESUMEN

Entendemos la vigilancia de la salud como la recogida, el análisis y la interpretación sistemáticas de datos de salud de los trabajadores con la finalidad de proteger la salud y prevenir la enfermedad. Esta vigilancia, que puede ser individual o colectiva, se limita habitualmente a los exámenes de salud más o menos orientados a los riesgos laborales. Otros instrumentos de la vigilancia, como los cuestionarios o el análisis de la incapacidad laboral por contingencias comunes son, en la práctica, poco utilizados.

Este trabajo pretende ser un ejemplo de cómo el análisis de los episodios de incapacidad temporal por contingencias comunes puede ser un buen instrumento en la vigilancia individual y colectiva de la salud de los trabajadores.

PALABRAS CLAVE

Incapacidad temporal. Vigilancia. Salud de los trabajadores.

SICK LEAVE. A TOOL FOR MONITORING WORKER'S HEALTH

SUMMARY

We consider health surveillance as the collection, analysis and systematic interpretation of the employees' medical data with the intention of protecting their health and preventing illnesses. This health information system, which can be individual or collective, is essentially limited to health checks focused on risks in the work place. Other aspects such as questionnaires and the analysis of sickness absence due to common diseases are not often used.

This work is an example of how the analysis of sickness absence due to common diseases is a good model in supporting the individual and the collective care of employees' health.

KEY WORDS

Sick leave. Monitorization. Worker's health.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la prevención de riesgos laborales, especialmente los responsables de ejercer la disciplina de la medicina del trabajo (médicos y ATS/DUE del trabajo), recordamos los momentos de preocupación de las etapas previas y de borradores en la elaboración del actual marco legislativo de la prevención de riesgos laborales. La dificultad fundamental era saber qué papel se reservaba a cada una de las disciplinas (medicina del trabajo, seguridad industrial, higiene industrial, ergonomía y psicología aplicada) en el contexto de los servicios de prevención.

Los profesionales sanitarios oímos que la ley estaba desmedicalizada y el papel a realizar era un poco limitado. Ha pasado el tiempo suficiente para desvanecer miedos y la realidad es que estos profesionales tienen un marco de actuación muy amplio y que quedan instrumentos y tareas por desarrollar que prestigiarían y reforzarían su papel en el seno de los servicios de prevención (SP) propios, fundamentalmente.

En la práctica, la mayor parte de los profesionales sanitarios dedican sus esfuerzos en las pruebas relacionadas con la vigilancia de la salud y en la organización y atención de los primeros auxilios.

Otros campos de actividad serían la participación, juntamente con los otros técnicos, en la evaluación de riesgos, la información y formación de los trabajadores, la colaboración próxima con los higienistas para relacionar las mediciones higiénicas y los resultados de la vigilancia de la salud. Y en el marco de esta última, una herramienta fundamental y poco utilizada es la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes.

Unidad Básica Sanitaria. Servicio de Prevención
Reckitt Benckiser (España), S.L.

Correspondencia: Dr. P. Plana
Reckitt Benckiser (España) S.L.
Fraï Carbó, 24. 08400 Granollers
Correo electrónico: pere.plana@reckittbenckiser.com

Recibido el 16-3-2000; aceptado el 20-3-2001

Podemos definir la incapacidad temporal (IT) como aquella situación de un trabajador que por presentar una enfermedad o un accidente se encuentra incapacitado para el desarrollo de su trabajo. Estas causas, que denominamos contingencias en la Ley General de la Seguridad Social¹, pueden ser comunes (no relacionadas con el trabajo) o profesionales (relacionadas con el trabajo) tal como se describe en la tabla 1.

Los servicios de prevención tienen, entre sus obligaciones, la investigación de la causalidad de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, su relación con las condiciones de trabajo y la consiguiente propuesta de actuaciones preventivas para evitar su repetición. Esta investigación es habitual en el seno de numerosas empresas².

Las causas que motivan o agravan las situaciones de la IT por contingencias comunes pueden tener una relación más o menos directa con las condiciones de trabajo de los trabajadores. En este caso, la investigación de esta hipotética relación es poco frecuente entre los profesionales sanitarios de los servicios de prevención, entre otros, por la falta de acceso al diagnóstico real que motiva la IT y su correspondiente análisis para determinar sus hipotéticas relaciones con las condiciones de trabajo.

El conocimiento del diagnóstico de las IT por contingencias comunes es un primer, pero fundamental, paso para averiguar la posible relación de la enfermedad que causa la ausencia y las condiciones del puesto de trabajo³. Igualmente, el conocimiento del diagnóstico determinará la derivación del trabajador enfermo o accidentado, e inicialmente atendido en la atención primaria, a la mutua de accidentes y enfermedades profesionales⁴.

En general, podemos afirmar que las contingencias profesionales no presentan dudas sobre su origen. Entre las contingencias comunes, las enfermedades relacionadas con el aparato locomotor y respiratorio, las enfermedades psiquiátricas y las dermatopatías, entre otras, pue-

den tener una relación causal o pronóstico con las condiciones de trabajo.

El objetivo de este artículo es mostrar cómo gestiona un SP propio la IT por contingencias comunes para que sea útil como herramienta en la vigilancia de la salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se ha realizado en el SP de una compañía multinacional dedicada a la fabricación, distribución y venta de detergentes y otros productos para la limpieza doméstica, con una plantilla de 1.000 empleados en el Estado español, 2 plantas productivas (500 y 250 empleados, respectivamente), unas oficinas centrales (60 empleados), un almacén inteligente (20 empleados) y 5 delegaciones repartidas por todo el Estado (150 empleados). El número de trabajadores puede tener algunas variaciones al estar en relación con las necesidades de producción en función de las ventas, al tratarse de productos de gran consumo, y puede variar a lo largo del año.

El SP cuenta con cuatro disciplinas (seguridad, higiene, medicina del trabajo, ergonomía/psicosociología con 3 técnicos superiores) y dispone de un programa informático para su gestión que integra los aspectos relacionados con la seguridad, la higiene, la medicina del trabajo (exámenes de salud, IT) y la formación en materia de prevención de riesgos laborales. Además, el SP da cobertura a todos los trabajadores y centros de trabajo con ciertos puntuales con SP ajenos (concretamente todas las mediciones higiénicas y la vigilancia de la salud de los empleados de fuera de Cataluña).

La unidad básica sanitaria (UBS) está integrada por un médico del trabajo y 2 ATS del trabajo a dedicación plena, y una trabajadora social y 2 ATS del trabajo con dedicación parcial (estos últimos para el turno de noche), funcionando de 7 a 24 h todos los días laborables. Entre otras funciones realizan la gestión de la IT en el sentido más amplio, es decir, la gestión administrativa (recepción de los comunicados de baja, alta y confirmación, comunicación a los organismos pertinentes [mutua o INSS]) y la gestión sanitaria que, en la situación que ahora nos ocupa, consiste fundamentalmente en el conocimiento del diagnóstico que la motiva.

A partir de 1996 se traspasó la gestión económica de la IT a la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social. La compañía centraliza el envío de los formularios de baja, alta y confirmación de los trabajadores de todo el Estado a la UBS. Ésta dispone de un módulo del programa informático del SP para gestionar la IL por contingencias comunes y profesionales. Los datos introducidos para cada episodio son los recogidos en la tabla 2.

Evidentemente, todas las bajas llegan sin diagnóstico y se ha establecido un sistema de obtención de los mismos con la participación fundamental de los enfermeros de la UBS. Las fuentes de información de los diagnósticos son: a) el propio trabajador cuando entrega la baja personal-

Tabla 1. Clasificación de las contingencias por IT

Contingencias profesionales	
Enfermedades profesionales	Aquellas relacionadas en el cuadro de enfermedades profesionales
Accidentes de trabajo	Lesiones que padecen los trabajadores con ocasión o como consecuencia de su trabajo por cuenta de otro
Contingencias comunes	
Enfermedades comunes	Alteraciones de la salud que no tienen consideración de enfermedad profesional ni accidente de trabajo
Accidentes no laborales	Lesiones corporales que no cumplen criterios de accidentes de trabajo

Tabla 2. Información de cada uno de los episodios de IT por contingencias

Información nueva
Fecha de baja
Fecha de alta
Tipos de contingencia
Diagnóstico (codificado con CIM-9)
Comentario del diagnóstico (texto libre)
Motivo del alta
Fecha prevista del alta
Información conocida
Turno de trabajo
Puesto de trabajo
Edad en el momento del episodio

mente, b) un familiar o compañero cuando es el canal utilizado para entregar el parte, c) la comunicada al contestador telefónico automático de la UBS (llamada gratuita), y d) gestión telefónica con el propio trabajador (de manera excepcional).

Para la codificación de los diagnósticos se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9-CM) elaborada por la OMS, en su versión en catalán⁵.

Las ausencias conocidas por las vías de información comentadas anteriormente, sean con o sin baja, son comunicadas lo antes posible y por correo electrónico al departamento de recursos humanos, al de planificación y al propio del trabajador ausente, sin indicar las causas pero pronosticando la duración prevista si es posible. Al mismo tiempo, el médico del trabajo recibe también por correo electrónico la misma información pero con el diagnóstico real o probable (si ya es conocido).

Las IT con duración superior a los 30 días son citadas a la UBS en el momento del alta para ratificar o rectificar el diagnóstico inicial y comprobar el restablecimiento mínimo necesario de retorno al lugar de trabajo habitual. De manera ocasional, se ha modificado el diagnóstico inicial y, excepcionalmente (por la baja frecuencia), esta actuación ha representado la propuesta de cambio de puesto de trabajo hasta la recuperación necesaria para volver al puesto de trabajo habitual.

Para cada una de las situaciones de IT se analiza el diagnóstico, la edad, los antecedentes personales del trabajador y, fundamentalmente, el puesto de trabajo y el turno. La UBS ha participado en la evaluación de riesgos y tiene conocimiento de los diferentes puestos de trabajo y de los factores de riesgo presentes en los mismos.

Las enfermedades de la piel, las respiratorias (agudas y crónicas) y las musculoesqueléticas son las analizadas actualmente en función del proceso productivo y las materias primas utilizadas y productos finales producidos, ya que podrían tener una relación de causalidad o agravamiento con los episodios de IT por contingencias comunes. Una vez conocido el diagnóstico real, se determina si existe esta posible relación con las condiciones de trabajo.

RESULTADOS

Podemos diferenciar los resultados obtenidos según la utilización que se haga de la información sobre la IT, ya sea para apoyar la vigilancia individual o la vigilancia de tipo poblacional o colectiva.

Vigilancia individual

En la experiencia de un año completo, desde julio de 1999 a junio de 2000, no se ha determinado ningún cambio de contingencia (de común a profesional). Unos episodios de trastornos musculoesqueléticos en dos trabajadores del mismo departamento han servido para presentar desde el SP y aprobar por parte de la Dirección Industrial una actuación ergonómica de modificación de un procedimiento de trabajo. También, la alta incidencia de trastornos musculoesqueléticos ha servido para iniciar un plan de actuaciones de mejora ergonómica en función de la evaluación de riesgos y los puestos de trabajo de estos trabajadores. Finalmente, se está investigando en la actualidad si hay relación con las condiciones de trabajo y el síndrome de túnel carpiano diagnosticado recientemente a un trabajador.

Es necesario recordar que un cambio de contingencia, es decir, de común a profesional, significaría la obligatoriedad de evaluar el puesto de trabajo por si el riesgo no estaba identificado o suficientemente evaluado. Uno de los motivos de reevaluación es la aparición de daños a la salud no identificados hasta aquel momento.

Al finalizar cada mes, desde la UBS se elaboran unos indicadores de absentismo (por accidente de trabajo, enfermedad común y total) por departamentos y compañías que, juntamente con otros datos elaborados por el Departamento de Recursos Humanos, se distribuyen a los mandos y delegados de prevención que forman parte del Comité de Seguridad y Salud. Esta información forma parte de la política informativa de la compañía (juntamente con datos económicos, productivos, etc.), parte de la cual se notifica a la sede central mundial.

A la UBS llega también información individualizada y nominal de las ausencias del puesto de trabajo por permisos (particulares, visitas médicas y horas sindicales) que, en los dos primeros casos, servirán al médico del trabajo para analizar una alta frecuentación de los mismos. El pacto de empresa y el convenio del sector contemplan una relativa facilidad de salida en horas de trabajo que, en algunos casos, puede significar no necesitar una baja laboral por motivos de salud. De esta manera, el análisis mensual individual permite detectar una alta frecuentación de salidas por parte de un trabajador, que puede hacer necesaria una entrevista con el médico de trabajo.

Vigilancia poblacional

Los datos que se presentan en la tabla 3 sirven para ilustrar la utilidad de los datos de IT en vigilancia pobla-

Tabla 3. Distribución del número de casos incidentes de IT y su duración, según el grupo diagnóstico (julio 1999-junio 2000)

Grupos diagnósticos (CIE-9-MC)	Casos incidentes n (%)	Días de baja n (%)	Duración media (días)
Enfermedades del sistema respiratorio	80 (31,4)	834 (13,8)	10,4
Enfermedades del aparato locomotor y tejidos conectivos	47 (18,4)	1.180 (19,6)	25,1
Lesiones y envenenamientos	34 (13,3)	1.073 (17,8)	31,6
Enfermedades del aparato digestivo	21 (8,2)	308 (5,1)	14,7
Trastornos mentales	9 (3,5)	689 (11,4)	76,6
Operaciones de nariz, boca i faringe	8 (3,1)	43 (0,7)	5,4
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	7 (2,7)	389 (6,5)	55,6
Síntomas, signos i afecciones mal definidas	6 (2,4)	107 (1,8)	17,8
Enfermedades infecciosas y parasitarias	6 (2,4)	104 (1,7)	17,3
Operaciones del sistema musculoesquelético	4 (1,6)	308 (5,1)	77,0
Operaciones del aparato digestivo	4 (1,6)	180 (3,0)	45,0
Operaciones de los órganos genitales masculinos	4 (1,6)	129 (2,1)	32,3
Operaciones de los ojos	4 (1,6)	127 (2,1)	31,8
Enfermedades genitourinarias	4 (1,6)	79 (1,3)	19,8
Enfermedades de la piel y tejidos subcutáneos	4 (1,6)	50 (0,8)	12,5
Operaciones del sistema endocrino	2 (0,8)	102 (1,7)	51,0
Enfermedades del aparato circulatorio	2 (0,8)	33 (0,5)	16,5
Sin diagnóstico	2 (0,8)	16 (0,3)	8,0
Neoplasias	1 (0,4)	157 (2,6)	157,0
Operaciones de los órganos genitales femeninos	1 (0,4)	36 (0,6)	36,0
Operaciones del aparato cardiovascular	1 (0,4)	26 (0,4)	26,0
Complicaciones del embarazo	1 (0,4)	25 (0,4)	25,0
Operaciones de la piel y los tegumentos	1 (0,4)	15 (0,2)	15,0
Miscelánea de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos	1 (0,4)	14 (0,2)	14,0
Clasificación suplementaria de factores que influyen sobre el estado salud	1 (0,4)	7 (0,1)	7,0
Total	255(100,0)	6.031(100,0)	23,7

cional, los cuales corresponden a un período de tiempo de 12 meses, que coincide prácticamente con el tiempo en que se inició la utilización del CIE-9 en la codificación de la IT.

En este período, de los 255 casos incidentes se ha conseguido el diagnóstico en 253, es decir, el 99,2%. La duración media de las bajas iniciadas en este período fue de 23,7 días. En la misma tabla 3 se detalla su distribución por grupos diagnósticos y la duración media de todos ellos.

Los dos grupos diagnósticos más frecuentes (afecciones respiratorias y del aparato locomotor) corresponden al grupo de enfermedades que hemos decidido analizar de acuerdo con los riesgos presentes en el puesto de trabajo, juntamente con las dermatopatías.

En las tablas 4-6 se indica la distribución de las IT por enfermedades respiratorias, de la piel y del aparato locomotor, respectivamente, de acuerdo a su diagnóstico específico, a fin de comprobar cuáles son las enfermedades más frecuentes y, en una segunda etapa, analizarlas por puesto de trabajo.

Las lesiones y envenenamientos se refieren, fundamentalmente, a accidentes no laborales y se presentan en la tabla 7. Como última información, en la tabla 8 se detallan los grupos diagnósticos de duración más larga. De las 10 causas de enfermedades de más duración, 6 son intervenciones quirúrgicas. También hay que remarcar que las

enfermedades de más duración están en el grupo de las menos prevalentes.

En las operaciones del sistema musculoesquelético hay dos intervenciones de hombro relacionadas con una enfermedad degenerativa tendinosa que han presentado 2 trabajadores de 52 y 59 años, respectivamente. La primera de ellas ha determinado una incapacidad permanente total por enfermedad común. Son enfermedades relativamente frecuentes en un sector de edad y que, en ocasiones, puede tener una relación con puestos de trabajo

Tabla 4. Distribución del número y duración media de los casos nuevos de IT según el diagnóstico. Enfermedades respiratorias agudas y crónicas (julio 1999-junio 2000)

Enfermedades	Casos incidentes	Duración media (días)
Gripe	43	8,6
Resfriado común	22	8,9
Amigdalitis aguda	6	5,8
Neumonías	3	56,7
Bronquitis aguda	2	13,5
Asma	1	9,0
Faringitis aguda	2	2,5
Neumotórax	1	23,0
Total	80	10,4

Tabla 5. Distribución del número y duración media de los casos nuevos de IT según el diagnóstico. Enfermedades de la piel (julio 1999-junio 2000)

Enfermedades	Casos incidentes	Duración media (días)
Quiste sebáceo	2	6,0
Paroniquia	1	26,0
Eritema nudoso	1	12,0
Total	4	12,5

Tabla 6. Distribución del número y duración media de los casos nuevos de IT según el diagnóstico. Enfermedades musculoesqueléticas (julio 1999-junio 2000)

Enfermedades	Casos incidentes	Duración media (días)
Cervicalgias	8	19,9
Dorsalgias	3	9,0
Lumbalgias	15	22,3
Dolor articular	12	18,3
Epicondilitis derecha	1	60,0
Epicondilitis izquierda	1	219,0
Patología de la rodilla	2	16,0
Artrosis (varias localizaciones)	1	110,0
Tendinitis	2	12,0
Ganglión	1	1,0
Ciática	1	11,0
Total	47	25,1

Tabla 7. Distribución del número y duración media de los casos nuevos de IT según el diagnóstico. Lesiones y envenenamientos (julio 1999-junio 2000)

Lesiones y envenenamientos	Casos incidentes	
	n	(%)
Esguinces	16	47,1
Contusiones	16	17,6
Fracturas	18	23,5
Heridas	13	8,8
Otras	11	2,9
Total	334	1.100,0

que exigen un cierto esfuerzo físico de extremidades superiores, incluso con cargas de poco peso pero con ciclos repetitivos. En todo caso, si la enfermedad no ha estado directamente relacionada con el trabajo habitual, si que puede presentar dificultades para desarrollar con normalidad sus tareas habituales y precisar un cambio de puesto de trabajo.

Este hecho nos ha permitido presentar desde el SP la mejora ergonómica de unos puestos de trabajo del área de producción venciendo el recelo de la dirección en cuanto a justificar una inversión económica.

Tabla 8. Distribución del número y duración media de los casos nuevos de IT según el diagnóstico. Patologías de mayor duración (julio 1999-junio 2000)

Grupo diagnóstico	Casos incidentes	Duración media (días)	Duración (%)
Neoplasias	1	157,0	2,6
Operaciones sistema musculoesquelético	4	77,0	5,1
Trastornos mentales	9	76,6	11,4
Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos	7	55,6	6,5
Operaciones del sistema endocrino	2	51,0	1,7
Operaciones del aparato digestivo	4	45,0	3,0
Operaciones en los órganos genitales femeninos	1	36,0	0,6
Operaciones en los órganos genitales masculinos	4	32,3	2,1
Operaciones en los ojos	4	31,8	2,1
Lesiones y envenenamientos	34	31,6	17,8

DISCUSIÓN

Como hemos podido comprobar en los resultados presentados, el conocimiento del diagnóstico que motiva la IT por contingencias comunes es esencial para llevar a cabo las funciones de vigilancia de la salud que tiene encomendada una UBS, conocimiento que está fundamentado legalmente en el propio Reglamento de los Servicios de Prevención en sus artículos 37 (Funciones de nivel superior), 38 (Colaboración con el Sistema Nacional de Salud) y 39 (Información Sanitaria).

El hecho de citar a los 30 días, y no antes o después, es consecuencia del antiguo y derogado Reglamento de Servicios Médicos de Empresa, que fijaba esta duración como uno de los motivos de reconocimientos médicos, («de retorno al trabajo»). Pensamos que es una duración que puede revisarse para decidir cuál puede ser la más adecuada⁶.

Además, es necesario recordar que las UBS están constituidas por dos profesionales (medicina y enfermería) y es necesario dotar del contenido adecuado su función.

La obtención del diagnóstico y su codificación en un sistema informático de gestión sería el mínimo indispensable. A partir de este punto la utilización sistematizada y organizada de estos datos como herramienta de vigilancia o promoción de la salud puede estar en función del interés o posibilidades del equipo que las gestiona⁷.

Por otra parte, este sistema de información/gestión puede representar posiciones contrapuestas para los trabajadores. Algunos lo pueden ver como una actuación en sentido positivo. Entienden que una correcta gestión sanitaria que tenga como finalidad la protección de su salud no puede prescindir de estos elementos informativos. Para otros no es más que una intromisión en su vida privada

que puede generar determinadas reacciones contrarias al responsable de la UBS. Esta dicotomía de posturas está determinada por una serie de factores. Entre ellos, podemos señalar: a) la imagen de profesionalidad e independencia de los integrantes de la UBS; b) el uso que se ha hecho con esta información en otras ocasiones que afecten al trabajador ausente en este caso o a otros trabajadores; c) la colaboración habitual establecida entre la UBS y los delegados de prevención, el comité de seguridad y salud y el comité de empresa, y d) la propia personalidad del trabajador e incluso el motivo real de la ausencia.

Es muy probable que en un contexto de trabajo riguroso, profesional e independiente, con participación de los trabajadores y/o sus representantes en aquellas gestiones donde sea conveniente y necesario, este procedimiento de utilizar las IT para la vigilancia de la salud tenga la máxima aceptación y colaboración por parte de los trabajadores.

Por último, la dirección de la compañía ha de conocer, en primer lugar, que este sistema de información y gestión es necesario para llevar a término una correcta vigilancia de la salud. Lo que conlleva necesariamente a dotar de los recursos humanos y técnicos suficientes la UBS para que puedan trabajar con normalidad y eficacia, respetando al mismo tiempo la confidencialidad de la información y garantizando la independencia de los profesionales sanitarios⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de gestión de la Incapacidad Temporal (2.^a ed.). Madrid: Área de Estudios, Documentación y Coordinación Normativa, Instituto Nacional de la Salud, 1998.
2. Plana M. El estudio del absentismo como instrumento de la prevención. Arch Prev Riesgos Labor 1999; 2: 149-150.
3. Castejón J, Jarque S, Benach J, Company A, Fábrega O, Funes X et al. El papel de las condiciones de trabajo en la incidencia de la incapacidad temporal por contingencias comunes. Resultados de un estudio piloto. Arch Prev Riesgos Labor 2000; 3: 12-17.
4. Borrell F, coordinador. Incapacidad temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), 1999.
5. Classificació Internacional de Malalties (9.^a revisió), Modificació Clínica (CIM-9-MC). 3.^a ed., mayo de 1997.
6. Lorente F. La incapacidad temporal. Madrid: SmithKleine Beecham, 1997.
7. Cardona MB. Datos sanitarios y relación laboral. Valencia: Tirant Lo Blanch, 1999.
8. Sick Absence Statistics. Report of the Sick Absence Statistics Committee - ICOH meeting at Leyden (octubre de 1957). En : Proceedings XIII International Congress on Occupational Health Nueva York 1960. New York: U.S. Executive Committee, 1961, 40-50.