

LA SALUD DE LOS TRABAJADORES Y DEL SISTEMA SANITARIO

A propósito de los cambios en la gestión de la incapacidad temporal para el trabajo*

Moncada¹, S., Manzanera², R., Armengol³, R.

Las *reglas del juego* en materia de protección de la salud y la seguridad en el trabajo están cambiando en España. A la promulgación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, hace ya más de un año, le han seguido una serie de reglamentos (como el de los servicios de prevención) y otras disposiciones que sin duda tendrán un gran impacto en la formulación del nuevo escenario de la salud laboral. Así ocurre con las actividades de control y gestión de la incapacidad temporal y la colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS).

Hace poco más de diez años, la Ley General de Sanidad sentaba las bases del Sistema Nacional de Salud y lo definía como un sistema de cobertura universal, orientado a la prevención y la promoción de la salud y no solo a la curación de la enfermedad, que buscaba la equidad y la eficiencia y que se desarrollaba mediante un alto grado de responsabilidad de las Comunidades Autónomas y de participación de la comunidad. La protección de la salud en el trabajo y la necesidad de coordinación entre los organismos de planificación e intervención de las diferentes administraciones ya figuraban entre sus objetivos.

El sistema sanitario español está inmerso en un complejo proceso de transformación. Los servicios asistenciales han desarrollado una estrategia que, aunque no exenta de paradojas, pretende la búsqueda de la eficiencia económica como cuestión fundamental para perseguir la equidad y en la cual se afianza la separación entre la financiación y la provisión de los servicios y la orientación de éstos hacia el cliente. Parece innegable que se ha avanzado en la reforma de los servicios sanitarios para orientarlos mejor a los ciudadanos; y también en la planificación de estos servicios a partir de las necesidades de salud de la población. Los planes

de salud han pasado de ser un ejercicio de investigación más o menos académico para situarse en la base —con todas sus limitaciones, aciertos y errores— de las acciones sanitarias. En este sentido las estructuras asistenciales —comprometidas tradicionalmente en la provisión de atención individualizada a la población demandante— y las de salud pública tradicionalmente implicadas con la prevención de la enfermedad y la planificación sanitaria pueden haberse acercado.

Sin embargo, nuestros recursos asistenciales siguen divididos por una frontera muy nítida, determinada por la naturaleza de las enfermedades y lesiones cubiertas por el sistema, y persiste la doble red asistencial para enfermedades y lesiones «comunes» y para sus homólogas «profesionales», sin que las transformaciones de un subsistema hayan trascendido demasiado al otro. En este sentido no se ha desarrollado lo previsto en la Ley General de Sanidad (capítulo cuarto del título primero). Al contrario, más bien parece que los últimos cambios relativos a la incapacidad temporal por enfermedad común (IT) se encaminan a consolidar esta diferenciación.

El actual marco legislativo, derivado de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales significa avances importantes, especialmente en tres sentidos: se universaliza la protección de la salud en el trabajo, se integra ésta en la gestión de las empresas y se potencia la participación de los trabajadores; y con ello se consolidan las estrategias de negociación y concertación en el ámbito de las relaciones laborales. La LPRL prevé la creación en las empresas de los Servicios de Prevención, órganos técnicos y multidisciplinarios que han de asesorar al empresario para el correcto cumplimiento de sus responsabilidades preventivas, para lo que existen varias alternativas, una de las cuales consiste en su contratación a entidades externas previamente acreditadas por la Autoridad Laboral. Las MATEPSS pueden jugar un papel esencial —en la actualidad casi hegemónico— en la provisión externa de estos servicios de prevención.

Sin embargo, las modificaciones del marco legal no son las únicas que afectan al mundo de la salud

*De Quadern CAPS 1998; 27: 75-9

¹Director del Centre de Salut Laboral. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

²Gerente Adjunto del Consorci Sanitari de Barcelona.

³Gerente, Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

laboral. Los cambios en el mundo del trabajo (del mercado de trabajo, nuevas tecnologías, etc.) supondrán la emergencia de nuevos problemas, pero también de oportunidades de avance para la consecución de organizaciones más saludables. Según las previsiones de la Organización Mundial de la Salud, la salud y la seguridad en el trabajo de la próxima década comportarán el abordaje de los problemas del pasado, pero también de nuevas problemáticas. Entre los antiguos problemas, la prevención de accidentes y enfermedades profesionales constituirá el primer objetivo; serán prioritarias las políticas de atención al medio de trabajo (seguridad e higiene industrial, ergonomía) y de vigilancia de la salud de los trabajadores de riesgo. Entre las nuevas problemáticas habrá una creciente necesidad de intervención sobre los aspectos psicosociales del trabajo para afrontar la problemática de salud derivada del estrés laboral y de la adaptación del trabajo cada vez más tecnificado a una población que envejece¹. Estas tendencias pueden incluso verse incrementadas por otros procesos, como la creciente flexibilización del mercado de trabajo, la feminización de la fuerza de trabajo y el significativo aumento de su nivel de educación².

Si el contexto de la salud y sus condicionantes cambian, las tareas de la salud laboral no pueden ser las mismas que hace años. Así, se plantea un nuevo reto: identificar los riesgos, medir las necesidades, realizar acciones efectivas, obtener resultados. Para ello debemos identificar objetivos alcanzables y diseñar estrategias de acción posibles, para lo que habrá de solucionarse un problema crónico: la disponibilidad de sistemas de información adecuados acerca del estado de salud y las condiciones de trabajo de la población. Este sistema de información para la prevención deberá basarse en los datos y circuitos de información disponibles, de los que la incapacidad temporal (IT) representa uno de sus elementos.

La IT consume una parte nada despreciable de los recursos financieros públicos de nuestro sistema de protección social, pero representa también un indicador de la morbilidad de la población trabajadora que debe —y puede— ser correctamente analizado. La mejora de la gestión de la IT no solo es una fuente de recursos posibles para la mejora de la financiación de nuestro servicio sanitario, sino que es también un instrumento de identificación de necesidades de salud de la población. En este sentido, parece preocupante que en el debate —¿o ausencia de éste?— sobre la IT al que estamos asistiendo en los últimos tiempos, esté más presente la idea del fraude en la prestación, que la de las necesidades de salud de la población. No cabe duda de que es importante erradicar cualquier práctica de mal uso de una prestación pública; pero ¿a partir de qué datos y estudios científicos se habla de fraude como si

fuera éste el único problema de la IT?. La ausencia del trabajo por enfermedad representa una pérdida de productividad para las empresas y no solo un coste público que hay que financiar. Entonces ¿por qué no se usa la información generada por la IT para identificar problemas de salud y planificar acciones para prevenirlos? Por otro lado, parece razonable pensar que cualquier mejora en los sistemas de información puede repercutir, también, en mejoras en la lucha contra el fraude. Entonces, ¿por qué no se ha avanzado en esta dirección?

Recientemente, un informe de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria ponía de relieve los aspectos negativos que los cambios introducidos en la gestión de la IT podían tener en la prestación de una asistencia sanitaria de calidad por parte de nuestros servicios públicos³. Los episodios de IT representan la expresión de problemas de salud acaecidos entre personas ocupadas, en un contexto de contratación en el que no parece que estar enfermo y presentar baja pueda ser, como norma general, beneficioso para nadie y, en ningún caso, para los propios trabajadores enfermos, que pueden ver peligrar su contrato. Separar la gestión de la IT de la atención primaria de salud no parece el mejor camino para lograr un mayor nivel de prevención de problemas evitables y una mejor calidad de las prestaciones sanitarias a la población. Tampoco es evidente que con tal separación deban producirse inevitablemente mejoras de gestión.

En este sentido parece que se ha legislado en contra de los especialistas en medicina familiar y comunitaria (quitándoles control sobre el proceso de IT, proceso que, ¡no lo olvidemos!, forma parte del tratamiento que dichos profesionales prescriben a sus pacientes), a pesar de que éstos han venido realizando hasta hoy una gestión de la IT responsable. Ni la frecuencia de la IT ni la duración de sus episodios son atribuibles a la actividad de los médicos de familia. El mismo informe de la SEMFYC señala que el 20% de los procesos de IT general el 80% del gasto y que éste, un 30% se genera por demoras de los medios diagnósticos o terapéuticos. Estos casos pueden suponer unos diez pacientes-año por médico de cabecera, demoras que podrían reducirse mediante mejoras de diversos aspectos relacionados con la gestión de pacientes, de las pruebas complementarias y de ciertos tratamientos.

Por otro lado, no deja de sorprender que los cambios en la gestión de la IT se produzcan con una ausencia absoluta de referencias al nivel de salud de la población (morbilidad, uso de servicios y consumo de recursos, etc.) y a las condiciones de trabajo de ésta. No olvidemos que hablamos de incapacidad temporal para trabajar de personas ocupadas y previamente sanas. Si a partir de cierto momento sufren un determinado trastorno de salud que les impide trabajar (bien por imposibilidad

física, bien por necesidades del tratamiento), parece razonable pensar que algo pueda haber en su ambiente de trabajo relacionado con este evento. De hecho, los grandes números de la IT en algunas grandes empresas donde se pueden analizar (¡nuestro sistema de información impide el análisis poblacional!) revelan que existen determinadas condiciones de trabajo, principalmente del ámbito psicosocial, estrechamente relacionadas con el absentismo⁴. Por otro lado, existen trastornos de salud para los que las condiciones de trabajo pueden representar un importante factor de riesgo y que contribuyen de forma notable al total de días de trabajo perdidos por IT. Los trastornos músculo-esqueléticos, que parecen tener una incidencia creciente en el mundo del trabajo, son un buen ejemplo de ello². El absentismo por esta causa representa, por ejemplo, cerca del 20% del total de días de trabajo perdidos por IT entre el personal funcionario y laboral de una administración pública en Barcelona⁵.

Un dato relevante y olvidado por casi todos los participantes en este debate es la fuerte subnotificación de enfermedades profesionales en España. Nuestras tasas están entre dos y diez veces por debajo de lo que sería de esperar atendido a las tasas de otros países de la OCDE⁶. Pero las enfermedades profesionales que no se notifican también existen en la realidad, generan sufrimiento, incapacidad para ir a trabajar y necesidades terapéuticas que no son atendidas por las MATEPSS y son derivadas a la red de atención primaria de nuestro sistema sanitario, con lo que en el caso de generar baja suponen un «hinchamiento» de la IT por contingencias comunes. El caso mencionado anteriormente sobre los trastornos músculo-esqueléticos es un ejemplo bien palpable de esta problemática. En Barcelona, por ejemplo, ni uno solo de los casos de síndrome del túnel carpiano detectado en la atención primaria de salud y claramente atribuible al trabajo había sido notificado como enfermedad profesional ni había intervenido la MATEPSS correspondiente para prestar la atención sanitaria requerida⁷.

Existen evidencias de que el estado de salud no es el único factor determinante de la IT. La ocupación y las condiciones de trabajo, como ya se ha mencionado, la edad, la relación médico-paciente, características personales como las estrategias de afrontamiento o coping, el número de hijos pequeños o de ancianos del que se tiene cuidado, entre otras variables, han mostrado estar relacionados con la IT⁸. De hecho, parece hoy innegable que parte del fenómeno IT estaría relacionado con necesidades no resueltas del trabajo de reproducción (cuidado de hijos y de mayores), en tanto que los requerimientos de tiempo de estas exigencias sociales compite con los horarios laborales. Pero las empresas tienen en sus manos el dar salidas razonables y explícitas a este

problema sin necesidad de diluirlo en ningún otro, salud en este caso. Existen experiencias en algunas empresas que así lo muestran.

Por otro lado, parece claro que las consecuencias incapacitantes de una misma enfermedad o trastorno de salud varían de forma importante según las condiciones de trabajo y la motivación para ir a trabajar. En otras palabras: las condiciones de trabajo, y no solamente las características personales —psicológicas y de responsabilidades reproductivas— y de estado de salud son las que determinan que el trabajador visite a su médico de cabecera y le pida la baja laboral. En este sentido, la frecuencia y la evolución de la IT puede verse no solo como un indicador de la morbilidad de la población ocupada sino también como un indicador de salud de las organizaciones: las empresas con peores condiciones de trabajo, poco motivadoras, deficientemente organizadas y menos productivas, poseen también las tasas de IT más elevadas. Desde este punto de vista la teoría del fraude en la prestación de la IT se relativiza.

Si estamos ante unos niveles altos o crecientes (¿existen estudios fiables sobre ello?) de los indicadores de IT y ello preocupa a los gestores del sistema sanitario por el incremento del gasto que supone, ¿no podría ser que hubiera causas estructurales en el mundo del trabajo que expliquen estas tendencias? Si esto es así, como creemos, las medidas de mejora de la gestión de la IT introducidas recientemente no parecen las adecuadas para reducir la incapacidad temporal para el trabajo. En todo caso, creemos necesario un esfuerzo para identificar aquellos factores del entorno laboral que suponen la exposición de trabajadores a factores de riesgo conocidos, productores de enfermedad y por lo tanto de IT, así como de aquellos aspectos psicosociales del trabajo que tienen influencia en la motivación para ir a trabajar. Esta tarea de identificación es un primer paso imprescindible sobre el que basar las acciones preventivas que han de desarrollar los empresarios con la ayuda de los servicios de prevención (en donde se integran los servicios de salud) en las empresas.

Ante esta situación de cambios en el mundo del trabajo y en el de los servicios sanitarios, cabe esperar importantes mejoras; aunque no es menos cierto que existe la necesidad de identificar y minimizar algunos riesgos que puedan aparecer. Nos referimos esencialmente a tres amenazas: la consolidación de dobles redes, la fragmentación de la cobertura asistencial y la orientación general de las nuevas acciones en el marco laboral.

El sistema sanitario público, universal y gratuito, muestra unos niveles de equidad altos que coexisten con unos grados de accesibilidad mejorables. Dicho de otro modo, cualquier persona puede acceder a cualquier prestación sanitaria indicada por un profesional sanitario, sin coste para

la mayor parte de las actuaciones, pero con la existencia de algunas barreras, básicamente en forma de esperas y falta de confort. Si las MATEPSS gestionan los aproximadamente, 600.000 millones de pesetas que comportan las prestaciones económicas de la incapacidad temporal utilizando su propia red asistencial o la red sanitaria no concertada, ambas con mayor accesibilidad reconocida, promoverán la consolidación de una doble red asistencial y una redistribución de recursos hacia el sector sanitario privado. En esencia, se producirá una fragmentación de la cobertura a partir de una característica administrativa, la de causar baja (IT) para el trabajo, fragmentación que tendrá repercusiones económicas y asistenciales para el sector sanitario público.

La orientación de esta nueva situación será siempre discutible. La introducción de técnicas y recursos asistenciales para mejorar los hábitos y prácticas de salud de la población trabajadora y disminuir los tiempos de respuesta del sistema asistencial, podrán catalogarse por unos de productivistas, y por otros de prácticas de excelencia. La utilización de recursos privados (o, en el caso de los de las MATEPSS, recursos públicos con gestión privada) podrá definirse como privatización o también como utilización del conjunto de recursos de que dispone nuestra sociedad. En cualquier caso, la participación de las MATEPSS en la gestión de la IT no es indiferente.

A nuestro entender, el papel que las MATEPSS pueden jugar en un futuro inmediato en el control de riesgos laborales y la prevención de enfermedades y lesiones profesionales y, en consecuencia, en el aumento de salud de la población trabajadora y la reducción del absentismo laboral por motivos de salud, es inmenso. Estas entidades públicas se encuentran cercanas a las empresas, con las que comparten objetivos, riesgos e incluso gestores, y pueden garantizar la cobertura universal a la que nuestra legislación obliga. El futuro desarrollo de estas entidades, en tanto que proveedoras de servicios de prevención para las empresas, puede tener un impacto positivo para la mejora de la salud y la seguridad en el trabajo, siempre que se cumplan ciertas condiciones.

En primer lugar, este desarrollo debe acompañarse de un desarrollo homogéneo de los sistemas de información y de las metodologías de intervención en las empresas de todas estas entidades, para evitar la consolidación en la práctica de intervenciones inefectivas o científicamente no contrastadas, basadas en indicadores inválidos de sistemas de información inoperantes. En este sentido, el proceso de acreditación de las MATEPSS como servicios de prevención y el desarrollo de los mecanismos para su control y tutela por parte de las autoridades sanitaria y laboral previstos en la legislación, es una cuestión

de vital importancia. Ello implica un mayor compromiso de las MATEPSS con la investigación, el control de calidad, el trabajo multidisciplinario y la colaboración con otros agentes del mundo del trabajo y la salud.

En segundo lugar, no debería confundirse la función aseguradora y eminentemente preventiva de enfermedades profesionales y lesiones derivadas de accidentes de trabajo de las MATEPSS con posibles —y deseables— mejoras de gestión de los circuitos de la incapacidad temporal, mejoras que deben dirigirse fundamentalmente a prestar el apoyo técnico y de gestión necesario a la atención primaria de salud, en quien debe seguir recayendo la facultad de otorgar la baja y el alta laboral como elemento inseparable de la atención sanitaria.

En tercer lugar, debería darse más importancia a la participación de los sindicatos en la gestión de las MATEPSS, toda vez que son entidades públicas gestionadas por asociaciones privadas de empresarios, por lo que sería deseable su modernización y adaptación a la realidad actual de las relaciones laborales.

De lo contrario, podríamos avanzar hacia un escenario no deseable caracterizado por la existencia de grandes diferencias en los niveles de protección de la salud en las empresas y la consolidación de dobles redes asistenciales, lo que aumentaría las desigualdades en salud y nos alejaría de la eficiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. Global strategy on occupational health for all. The way of health at work. Recommendations of the second meeting of the WHO Collaborating Centres on Occupational Health, 11-14 October 1994. Beijing, China. Geneva: WHO, 1995.
2. WHO. Occupational Health in the 90's, a framework for change. European Occupational Health Series 1. Copenhagen: WHO, 1991.
3. Informe del Grupo de Trabajo de la SEMFYC sobre la incapacidad temporal. Madrid: SEMFYC 1998 (mimeo).
4. North F, Syme L, Feeny A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study. *AJPH* 1996; 86:332-40.
5. Moncada S, Cortès I, Molinero E, Artazcoz L, Borrell C. Absentismo laboral y categoría profesional en la cohorte «Casa Gran» del Ayuntamiento de Barcelona, 198-93. Pamplona: Congreso SESPAS 1997.
6. García M, Gil E. Los sistemas de información y la vigilancia de la salud laboral. *Rev Salud Pública* 1996;70:393-407.
7. Programa Treball al CAP. Document d'avaluació. Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública, 1996.
8. Kristensen TS. Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: an analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Soc Sci Med* 1991;32:15-27.