

Estudio descriptivo de la Incapacidad Temporal en España. IT-SEMG '09

Rodríguez Ledo MP, Modrego Navarro A, € investigadores IT-SEMG '09

INTRODUCCIÓN

Podemos definir la Incapacidad Temporal (IT) como “la situación en la que se encuentran los trabajadores impedidos temporalmente para trabajar debido a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras reciban asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como los periodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos”.

La gestión de la IT supone, aparte de su control, una importante carga burocrática para la Atención Primaria, con importantes repercusiones sobre el Sistema Sanitario debido al importantísimo coste que, de forma además creciente, repercute en el subsistema de la Seguridad Social y paralelamente en la financiación sanitaria.

Podemos afirmar que en la actualidad, según se desprende de diversos estudios, tomado como ejemplo un centro de salud de tamaño medio (18.000 habitantes), el peso relativo de las diferentes partidas económicas se repartiría del siguiente modo: 50,6% en IT, 31,8% en farmacia, 15,9% en sueldos, y 1,7% el resto. Como vemos, la IT es el factor más importante, seguido de farmacia y gastos de personal.

La adecuación entre la incapacidad realmente padecida, los medios para evitarla y el tiempo necesario para ello determinan la calidad en la prestación de IT. Pero son muchos los factores que influyen en la obtención y/o prolongación indebida de ésta: insatisfacción laboral, problemas socio-familiares, cuidado de hijos, regímenes sin prestación por desempleo, dificultad de acceso al segundo nivel asistencial, escasa respuesta de éste hacia la Primaria, masificación de consultas de Medicina General, escasa respuesta de la Inspección de los Servicios Sanitarios, falta de

concienciación de la repercusión real de la prescripción de una baja laboral, derivación de bajas procedentes de contingencias profesionales, etcétera.

Todos estos factores tienen que ser amortiguados por el facultativo de Atención Primaria al quien se hace responsable de las bajas laborales pero no obtiene, al menos hasta este momento, ningún beneficio directo o indirecto de su gestión, lo que origina una clara desmotivación en aras de la actividad puramente asistencial.

OBJETIVOS

OBJETIVO PRIMARIO

Realizar una estimación del tiempo que el médico de atención primaria (MAP) dedica a la actividad burocrática de la emisión y renovación de los impresos de tramitación de la IT.

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Elaborar un informe del trabajo burocrático generado por las situaciones de IT.
- Estimar el número de revisiones clínicas que el MAP realiza durante los procesos más habituales de IT.
- Definir en qué medida es el MAP el controlador directo y principal de la evolución y duración de los procesos de IT.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico en el que participaron 99 investigadores que realizaban su actividad profesional como médicos generales y de familia del Sistema

Nacional de Salud en sus distintas comunidades autónomas, con representación de todas ellas, tanto en su ámbito rural como urbano, y que recogieron, en condiciones de práctica clínica, la información correspondiente a todas las altas emitidas a los pacientes de su cupo entre el 12 de enero y el 11 de marzo del 2009.

Los criterios de exclusión considerados fueron registros incompletos cuya información no pudo ser completada en tiempo y forma, o que no cumplió con los criterios de calidad exigidos, así como los procedimientos de médicos investigadores en el proyecto que no recabaron de la forma solicitada la información a incluir en el estudio. No fue preciso excluir, por las razones expuestas, a ningún investigador ni ningún registro de los incluidos inicialmente en el estudio. Se realizaron varios procesos de auditoría de los registros de datos para asegurar su calidad y veracidad.

Las variables recogidas fueron de tres tipos:

1) Experiencia y situación laboral del médico prescriptor.

2) Dependientes del entorno laboral: número de usuarios y de pensionistas adscritos al profesional, localidad donde se ejerce la actividad (rural o urbana), actividad predominante en la localidad (agrícola, industrial o servicios), formato utilizado en la emisión de partes de IT (manual o informatizado).

3) Características del paciente: sexo, edad, proceso y código CIE, fecha de emisión de la baja y el alta laboral, número de partes confirmación emitidos, número de revisiones del proceso causante de baja laboral realizadas por el médico de AP a lo largo del tiempo de baja, especialidad del médico controlador principal del proceso, y entidad controladora del proceso de IT (INSS o mutua).

Se recogió toda la información de las variables del estudio de cada paciente al que se emitía un alta de su proceso de IT, con independencia del número de IT que hubiera tenido en el período de inclusión, ya que el objeto de análisis fue el número de altas y no el número de pacientes (algunos pacientes podían sufrir más de un proceso diferente de alta en el tiempo de recogida de datos). Se elaboró un cuestionario de recogida de datos on-line para la recogida de la información, y posteriormente, tras la depuración de la

base de datos originada, se procedió a analizarlos mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Se inició el análisis con la descripción de las variables registradas: proporción y desviación estándar (DE) para las variables cualitativas, media y DE para las variables cuantitativas, prestando especial atención a la descripción de los procesos que fueron responsables de la mayor duración de los procesos de IT. Posteriormente se realizó un análisis bivariable para identificar los principales factores determinantes de la duración de los procesos de IT, y multivariable para determinar su peso en la misma. También se realizó una estimación global del tiempo que los médicos de atención primaria dedican a la actividad burocrática de emisión y renovación de los impresos de tramitación de IT, y una proyección del mismo a un período de un año. Para ello, se consideraron consultas superfluas aquellas en las que no era necesario realizar ninguna revisión clínica sino que solamente se dedicaban a emitir los impresos correspondientes a la IT (parte de baja y alta, y partes de confirmación), de modo que el cálculo del número de consultas superfluas resultó de: N° de partes de confirmación - N° de consultas de revisión + 2 (parte de baja+parte de alta).

RESULTADOS

Durante el período de recogida de datos, 99 investigadores emitieron 2.307 altas de procesos de IT. El 55,6% de los investigadores fueron hombres y el 44,4% mujeres, con una edad media de 48,9 años, 24 años de media desde la licenciatura y 21,9 años de experiencia laboral, 84,8% propietarios de su plaza en el Sistema Nacional de Salud, desarrollando su actividad en una zona rural el 52,5% y urbana el 47,5%, y con una actividad centrada en servicios 44,4%, agrícola 41,4%, industrial 14,1%, y en el 96% se disponía de consulta programada. La media de pensionistas en el cupo fue de 358,5.

La media de IT emitidas por investigador en 2008 fue de 151,3 (DE:98,7), pero existió una gran variedad en el n° de altas emitidas por investigador en el período de estudio (2 meses), con un rango de 1-70 altas,

media: 23 (DE: 14.9), mediana: 21, moda: 11. El 50% central de los valores de la distribución fue de 12-30 altas emitidas por investigador en el período considerado.

En cuanto a las principales características de los pacientes a los que se emitió alta médica fueron las siguientes: hombres 46,9%; media edad: 40,3 años (DE: 12,1) con la siguiente distribución en categorías: <30 años: 23,6%, 30-39 a: 28,7%, 40-49 a: 22,5%, 50-59 a: 20,5%, ≥60 a: 4,6%. La entidad controladora del proceso fue: INSS 47,9%, mutua 22,1%. El profesional encargado del seguimiento clínico de la patología causante del proceso de IT correspondió a: MAP 75,1%, otro especialista 10,1%, ambos 14,4%.

Respecto a la relación de la duración de IT con otras variables, se observó: mayor duración de IT en hombres, IT controladas por mutuas respecto al INSS, IT controladas por especialistas (solos o con MAP), a

mayor edad, en zona rural-agrícola; mayor duración de IT cuando son emitidas por MAP hombres, a mayor número de pensionistas en el cupo y a menor media de IT emitidas el año anterior (*tabla 1*).

En cuanto a la duración de la IT (*gráfico 1*), en el 28% fue de un mes o más, mientras que en el 72% duró menos de un mes, realizándose una consulta de revisión del proceso causante de IT (excluida la mera tramitación burocrática de bajas y partes de confirmación) por cada 2-2,3 partes de confirmación (PC) emitidos en el primer caso y por cada PC en el segundo. Así mismo, cuando el control se efectuaba por un MAP se realizaba una consulta de revisión del proceso causante de IT (excluida la mera tramitación burocrática de bajas y partes de confirmación) por cada PC emitidos y por cada 2,1-3 PC cuando la revisión clínica la realizaba otro especialista (con o sin intervención del MAP). *Tabla 2*.

Tabla 1. PRINCIPALES VARIABLES RELACIONADAS CON LA DURACIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL. ANÁLISIS BIVARIANTE

Categoría de variable con mayor duración de IT	Medición	p
Hombres vs. Mujeres	41,2 / 35,3 días	0,049
Control por mutua vs. INSS	50,9 / 37,7 días	0,0005
Control por otro especialista vs. ambos vs. MAP	94,9 / 93,8 / 19,9 días	0,0005
Mayor edad vs. menor		0,0005
Rural vs. Urbana	43,3 / 34,2 días	0,003
Agrícola vs. Servicios vs. Industrial	51 / 35,3 / 27	0,0005
IT emitidas por investigadores hombres	42,1 / 34,1	0,007
Mayor nº pensionistas en cupo		0,001
Menor media IT en 2008		0,0005

IT: Incapacidad Temporal, MAP: Médico de Atención Primaria

Gráfico 1. DISTRIBUCIÓN DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN FUNCIÓN DE SU DURACIÓN

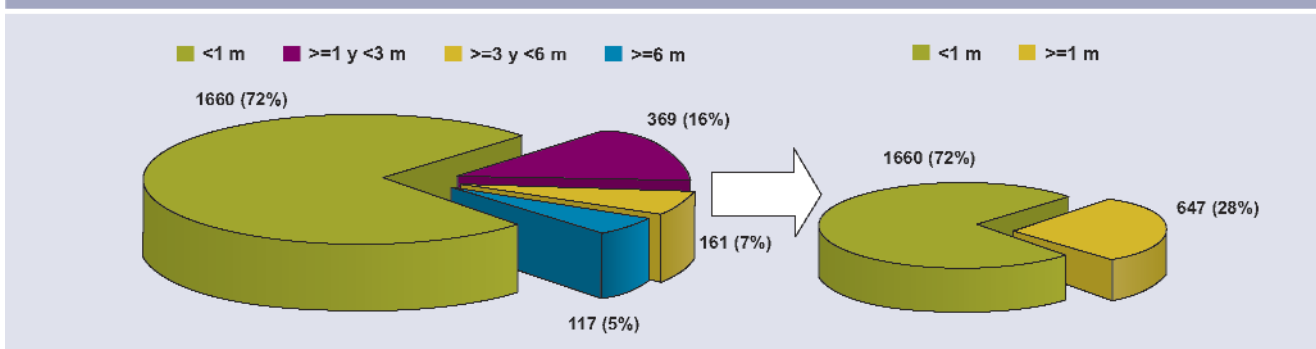


Tabla 2. RELACIÓN ENTRE NÚMERO DE PARTES DE CONFIRMACIÓN EMITIDOS Y NÚMERO DE CONSULTAS DE REVISIÓN CLÍNICA REALIZADAS

Factor diferenciador	Nº consultas realizadas Media (DE)	Nº partes emitidos Media (DE)	Relación entre nº revisiones y nº PC
Duración <1 m	1,8 (1,6)	1,2 (1,8)	1,5 : 1
Duración ≥ 1 m	6,6 (7,3)	15,3 (13,2)	1 : 2,3
Control MAP	2,3 (3,6)	2,5 (5,5)	1 : 1
Control otro especialista	4,1 (5,7)	13,2 (14,4)	1 : 3
Control MAP+otro especial.	6,2 (6,6)	13,3 (13,8)	1 : 2,1
TOTAL	3,1 (4,6)	5,1 (9,6)	1 : 1,6

MAP: Médico de Atención Primaria, DE: Desviación estándar, PC: Partes de confirmación

Tras agrupar las causas de IT codificadas resultaron deberse a 86 procesos, de los cuales 40 procesos causan IT con duración de 1-3 m, 11 de 3-6 m, y 5 de ≥6 m. *Tablas 3-4.*

Tabla 3. PROCESOS QUE GENERARON INCAPACIDAD TEMPORAL DE DURACIÓN ENTRE 3-6 MESES

Proceso de IT	Media días de IT
ACV	112,22
Alcohol-Drogas	108,33
Amputación	142,00
Ansiedad-Depresión	93,38
Artritis reumatoide	117,00
Artrosis	150,16
Cardiopatía isquémica	167,22
Divertículos	144,00
Fractura	105,91
Síndrome de túnel carpiano	94,17
Trasplante	154,00

IT: Incapacidad Temporal

Tabla 4. PROCESOS QUE GENERARON INCAPACIDAD TEMPORAL DE DURACIÓN MAYOR DE 6 MESES.

Proceso de IT	Media días de IT
Apnea del sueño	364,00
Arteriopatía periférica	347,00
Demencia	293,50
Hepatitis	182,67
Valvulopatía	336,00

IT: Incapacidad Temporal

Al analizar los tiempos dedicados a la gestión de las IT, las de duración igual o superior a 1 mes supusieron el 28% del conjunto, pero en realidad representaron el 83,5% de los PC emitidos y, por tanto, el 83,5% del tiempo total empleado en la gestión de la IT, y un 73,8% del tiempo mal gestionado o perdido, entendiéndose como tal el dedicado meramente al proceso burocrático sin acompañarse de actuación clínica. Es decir, realizando una proyección de los datos a un período de un año, y estimando una media de 3 minutos dedicados a la emisión de los impresos de IT en cada consulta (ponderando los métodos manuales y electrónicos disponibles, junto con los otros tiempos que intervienen en el cómputo), de los 1.804,5 minutos/año/investigador empleados en emitir PC en los procesos de IT con duración igual o superior a 1 mes 1.319,8 fueron superfluos, un 73% (*tabla 5*). Más aún, sólo el 39,3% de las IT de duración igual o superior a 1 mes fueron supervisadas clínicamente por el MAP (frente al 89,1 % de las de duración inferior al mes).

COMENTARIO

Los resultados obtenidos en general concuerdan con la literatura científica al respecto y ponen de manifiesto que el MAP es el principal responsable de la prescripción de IT, cuya gestión conlleva dificultades sanitarias, pero también sociales, laborales y éticas.

Como ventaja, la población de estudio se ha analizado a través de la totalidad de las altas cumplimentadas por los MAP en un periodo dado, por lo que cada

Tabla 5. ANÁLISIS DEL NÚMERO DE PARTES DE CONFIRMACIÓN EMITIDOS, DEL TIEMPO DEDICADO A ELLO Y DEL CONTROL POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN FUNCIÓN DE LA DURACIÓN DEL PROCESO DE INCAPACIDAD TEMPORAL

		IT <1 m	IT ≥ 1 m	Total
Nº IT en 2 meses (1 año)		1.660 (9.960)	647 (3.882)	2.307 (13.842)
% IT		72	28	100
Nº total PC emitidos en 2 m		1.962	9.925 (83,5% del total de PC)	11.887
Tiempo empleado en emitir el conjunto de los PC (x3 minutos)		5.886 min.	29.775 min. en total 1.804,5 min/año/invest. (83,5% del tiempo total)	35.661 min.
Tiempo superfluo	Horas / año / investigador	7,8	22 (73,8% del tiempo superfluo = "perdido")	29,8
	Minutos / año / investigador	465,1	1.319,8	1.784,9
	Minutos / semana / investigador	9,7	27,5	37,2
% Control IT sólo por el MAP		89,1%	39,3%	75,1%

IT: Incapacidad Temporal, PC: Partes de confirmación, MAP: Médico de Atención Primaria

caso corresponde en general a un proceso, evitando la repetición de episodios de IT que puede distorsionar los resultados y su propia interpretación.

Entre las limitaciones hay que señalar la heterogeneidad de los facultativos participantes y la ausencia de datos referentes a la actividad realizada. Tampoco se considera la comorbilidad y aspectos sociolaborales de los pacientes.

Por último debemos señalar que existe una enorme variabilidad en la duración de los procesos que se etiquetan de forma similar.

En cuanto a la duración de la IT, cabe destacar su incremento en relación con el número de pensionistas en el cupo del profesional, y en zonas rurales sobre urbanas, posiblemente debido, por una parte, a la sobrecarga asistencial generada en el primer caso, y a un mayor número de procesos aunque de menor duración en el segundo.

El que hasta un 72% de los procesos tenga una duración inferior a un mes, y con una gran variabilidad de categorías (30), supone que las bajas que se "alargan" no llegan al 30%, y de ellas las superiores a 90 días, que se agrupan en 15-16 categorías, suponen el 22% del total. Por tanto se abre la posibilidad

de diseñar futuros mecanismos de gestión que, interviniendo sobre estos procesos-categorías "más largos", mejoren la calidad en la prestación de IT.

De no realizar ningún cambio sobre la situación actual, este bajo porcentaje de procesos de duración igual o superior a un mes, que suponen el 83,5% del tiempo total empleado en la gestión de la IT, nos hipotecará la realización de una prescripción de la prestación razonable, secuestrados en el proceso meramente burocrático que supone que hasta casi las tres cuartas partes (73,8%) del tiempo dedicado a esta actividad profesional sea inútil, o al menos poco eficiente (en estas bajas por cada parte útil el facultativo se ve obligado a cumplir 2,5 que no tienen ningún sentido).

Entendemos que la IT, en cuanto indicación de reposo de la actividad laboral, es responsabilidad del MAP, como un apartado más del tratamiento médico ante un problema de salud, y supone por tanto un acto médico más, que se "da", no se "toma" por el paciente, pero que precisa vías de investigación futuras que posibiliten, sin injerencias, una correcta gestión de la que se beneficiarán todos los usuarios, los profesionales y en general el Sistema Sanitario.

Investigadores que han participado en el Estudio descriptivo de la Incapacidad Temporal en España. IT-SEMG '09

Abarca Buján Benjamín, Aguilar Sanz Sofía, Alas Brun Rosa María, Alonso Lobo Arturo, Ares Nistal Clara, Armenteros del Olmo Lorenzo; Bastida Calvo José Carlos, Baz Collado María del Carmen, Blanco Rodríguez Ana María; Bodego Sánchez Pilar; Cañones Garzón Pedro Javier, Carballal González Rosa, Carrio García Guillermo, Casadevall Ginestet Miquel, Casbas Vela Domingo, Catalán Sesma, Leandro, Corbella Mercedes, Cucalón Arenal José Manuel, De Frutos Echaniz Elena, Del Río Navarro Caty, Devesa Muniz Ramón Manuel, Díaz Aguado Jesús, Duaigües Miñambres Sergio, Durán Rodríguez, Francisco Javier, Egocheaga Cabello Isabel, Esteban Fresno Deopatria Azucena, Fernández Iglesias Luisa Gema, Fernández-Pro Ledesma Antonio, Ferreira González Mercedes Ignacia, Freire Pérez Alberto, Fuste Alis José María, Fuster Palacio Camilo, Gamarra Ortiz Javier, García Palencia María, García Rivas, Domingo, García Sierra Alberto, Gómez Marín José, Gómez Ruiz Fernando, Granada González Manuel, Guerra García María Sol, Hernández Giménez María Pilar, Hernández Moreno Ana C., Hernández Moreno, Julio, Jimeno Sanz Isabel, Jorge Bravo María Teresa, López-Melus Marzo María Teresa, Marcos Carreras Hermenegildo, Marín Rives José Antonio, Martín Carpena Griselda, Matador Alcantara Francisco, Mejuto Rodríguez Aurea, Melón Juncosa María Pilar, Méndez Fernández José A., Modrego Navarro Angel, Morales Pérez Sandra, Morón Bermejo Elías, Muñoz Marquez José, Navarro Adrián Uxue, Navarro Lacera Blanca, Navaza Dafonte Ana María, Ortiz Sánchez Francisco, Oto Negre Antonio Luis, Padrón Martín Marta Inmaculada, Palacín Peruga José María, Pallares Hernández Pilar, Palomo Sanz Vicente, Pérez Gago Ramón, Pérez Rey Paula Elisa, Pérez Vargas José Antonio, Pernas Ozores María Luisa, Piqueras López José Antonio, Portela Dacosta Griselda, Puente Barral María Jesús, Puente Sanagustín Ana, Puig Arrastia Ana, Ripoll Lozano Miguel Ángel, Rodríguez Ledo María del Pilar, Rodríguez Sánchez, José Fidel, Rondan García, José, Rua Domínguez, María Mercedes, Rubio Martínez, Luis Manuel, Sánchez Castro Ana Lia, Sánchez Jiménez Juana, Sánchez Martínez, Victoria Santolaya Sardinero, Fátima, Sanz Pérez Juan Antonio, Sarasa Piedrafita Delfín, Solaz Lucas Rocío, Solla Camino José Manuel, Tamargo García Teresa Celia, Tárraga López Pedro Juan, Torres Martínez Francisco Javier, Torres Villamor Antonio, Trigueros Carrero Juan Antonio, Trillo Castro Aurelio, Vázquez Seijas Enrique, Vidal García María del Carmen, Zas Varela Mercedes, Zumeta Fustero Jesús.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Theurer E, Llergo Muñoz A, Vaquero Abellán M. Análisis de la duración de los periodos de incapacidad temporal por procesos en Andalucía. Factores asociados. *Aten Primaria*. 2009;41:387-93.
2. Caldas Blanco R, Violán Fors C, García Fernández JJ, et al. Incapacidad temporal: mejoras en la gestión. *Aten Primaria*. 2000;25:112-23.
3. Díaz Peral R, Moya Santana RJ, Vergara Hernández J, et al. Análisis de la problemática derivada de los cambios legislativos en materia de incapacidad temporal. *Semergen*. 1998;24:643-8.
4. Zarco Montejo J, Moya Bernal A, Júdez Gutiérrez J, et al. Gestión de las bajas laborales. *Med Clin (Barc)*. 2001; 117:500-9
5. Buitrago F, Lozano L, Bonino F, Fernández-Lozano C, Candela M, Altimiras J. Influencia del sexo, la edad y la profesión en las incapacidades laborales transitorias en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1993;11:293-7.
6. AM García-Díaz a, S Pértega-Díaz b, S Pita-Fernández c, C Santos-García a, J Vázquez-Vázquez. Incapacidad temporal: características en un centro de salud durante el periodo 2000-2002. *Aten Primaria*. 2006;37:22-9.
7. Moretó Reventós A, Sanchez Ibañez MJ. Propuestas para mejorar la incapacidad temporal desde la perspectiva de la atención primaria. *Cuad Gestión*. 2002;8:85-90.
8. Pascual Pascual G, Pellejo Pellejo J, Giralte Batista M. Estudio de la incapacidad laboral transitoria en la población de Vila-Rodona Área Básica de Salud Alt Camp Est. *Salud Rural*. 2002;19:43-52.
9. Altisent R, Delgado MT, Jolin L, Martín MN, Ruiz R, Simón P, Vázquez JR. Grupo de trabajo de semFYC. Sobre Bioética y Medicina de Familia. Documento semFYC n.º 7. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona, 1996.
10. Borrell Carrió F. El factor económico en la práctica clínica: contribución a una ética de lo cotidiano. XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Libro de Ponencias. Madrid, 1994; 193- 196.
11. Ruiz Téllez A. El problema de la Incapacidad Temporal y la Atención Primaria. La Gran oportunidad. La gran amenaza. Propuesta de un cambio. En: Grupo de trabajo semFYC.
12. Incapacidad Temporal: encrucijada ética, clínica y de gestión. Documento SemFYC 12, 1999. p. 16-57.
13. Grupo de trabajo de incapacidad de la semFYC. ¿Incapaces de gestionar la incapacidad? *Dimensión Humana* 1998; 2: 25-30.
14. Méjica J. Derecho sanitario de la incapacidad temporal. Granada: Comares, 1998.
15. Prados Castillejo JA, Quedasa Jiménez F. Manejo de un paciente en baja laboral injustificada: el arte de negociar. *FMC* 1995; 2: 537-544.