

La incapacidad temporal para el trabajo desde la perspectiva médica

Santiago Echevarría-Zuno,¹
 Álvaro Julián Mar-Obeso,²
 Víctor Hugo Borja-Aburto,²
 Francisco Javier Méndez-Bueno,³
 Leticia Aguilar-Sánchez,³
 Ramón Alberto Rascón-Pacheco⁴

RESUMEN

La prescripción de la incapacidad temporal para el trabajo es un acto médico con implicaciones clínicas, sociales, laborales, éticas y económicas para el trabajador, las empresas y la seguridad social. Durante 2007, los trabajadores afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social se ausentaron 65 384 690 días por incapacidades médicas, y el costo de los subsidios fue de 8.1 miles de millones de pesos. El tiempo de retorno al trabajo depende de la atención médica, factores relacionados con el trabajador y el ambiente laboral. El manejo médico correcto requiere adecuado diagnóstico de los problemas de salud, conocimiento de la legislación y buena comunicación médico-paciente. El objetivo de su control es garantizar un manejo responsable de este recurso de protección social, para que esta prestación sea sostenible a largo plazo, evitando el uso indebido por accederse de forma injustificada o retardarse de forma fraudulenta. Se persigue contener el gasto y maximizar el recurso, evitando problemas de ineficiencia y falta de racionalidad. Los médicos tratantes, con la información necesaria y con algunos medios que faciliten su tarea, pueden optimar esta prestación sin crear situaciones injustas.

SUMMARY

Sickness absence certification is a medical task with important clinical, social, occupational and ethical implications, in addition to economic consequences for the worker, the employers and social security institutions. In 2007, IMSS affiliated workers received certifications for 65 384 690 days of absence, with cash benefits for 8.1 billion pesos. The duration of return to work depends on the efficiency of health care team as well as factors associated to the worker and the occupational environment. The correct management of sickness absence certification requires adequate disease diagnosis, regulatory knowledge and adequate communication with the patient. The purpose of control and auditing is to make sure that the certification is adequate in the indication and the optimal length, in order to warrant a responsible and sustainable management of this resource of social protection. If expenditure reduction is not possible, the objective is to avoid inefficient or irrational management. Treating physicians, with proper information, can contribute to optimize the provision of this benefit to those who need it.

¹Dirección

de Prestaciones Médicas, Distrito Federal, México

²Unidad de Salud Pública, Dirección de Prestaciones Médicas, Distrito Federal, México

³Unidad de Atención Médica, Dirección de Prestaciones Médicas, Distrito Federal, México

⁴Jefatura de Prestaciones Médicas, Delegación Sonora

Instituto Mexicano del Seguro Social

Comunicación con:

Víctor Borja-Aburto.

Tel: (55) 5519 1999.

Fax: (55) 5538 7739.

Correo electrónico:

victor.borja@imss.gob.mx

Recibido: 2 de abril de 2008

Aceptado: 30 de julio de 2008

Introducción

La expedición de la incapacidad es una certificación médica que toma en cuenta, además de factores puramente clínicos, la valoración de las condiciones psicofísicas del trabajador y las características y condiciones de su puesto de trabajo.^{1,2} Esta certificación brinda al trabajador incapacitado el acceso a subsidios económicos (totales o parciales, según el ramo de aseguramiento) que le permiten el reposo sin pér-

da económica, en tanto mejora su condición de salud. Sin embargo, la prescripción de la incapacidad es una actividad no ampliamente discutida y entendida dentro de la práctica clínica diaria de los médicos de la seguridad social, a pesar de tener importantes consecuencias en la dinámica de la consulta del médico, para el trabajador, las empresas y la institución.^{3,4}

Dado que los médicos que expiden la incapacidad no siempre están conscientes de la responsabilidad que supone manejar los recursos, siempre

Palabras clave

ausencia por enfermedad
 seguridad social
 seguro por discapacidad

Key words

sick leave
 social security
 insurance, disability

limitados, que la sociedad les asigna para su buen uso,⁵ la mayoría de las instituciones de seguridad social han establecido programas para controlar esta prestación. El objetivo es asegurar que la prescripción sea adecuada, tanto en su indicación como en su duración; se busca garantizar un manejo responsable de este recurso de protección social, para que la prestación sea sostenible a largo plazo.⁶

El propósito del presente escrito es revisar los principales problemas relacionados con la prescripción médica de las incapacidades temporales, mostrar la importancia de esta actividad en términos médicos y económicos y de esta manera motivar la reflexión de los médicos que tienen esta responsabilidad.

Conceptos generales

El subsidio por incapacidad para el trabajo es una prestación que se creó en México hace más de 60 años con el Seguro Social en 1943. Esta prestación está garantizada en el seguro de riesgos de trabajo y en el de enfermedades y maternidad. Conviene recordar que el origen del financiamiento para el pago de los subsidios es diferente en cada ramo de aseguramiento: mientras que en el seguro de riesgos de trabajo la contribución es exclusivamente patronal, en el de enfermedades y maternidad la contribución es tripartita, es decir, una parte la aporta el empleador, otra el trabajador y otra el Estado. El subsidio es de 100 % del salario base de cotización pagado a partir del primer día en lo riesgos de trabajo y de 60 % pagado a partir del cuarto día ante enfermedad general.⁷

La incapacidad temporal para el trabajo es la situación del paciente que como consecuencia de su enfermedad o accidente, presenta limitaciones funcionales, presumiblemente reversibles, que le impiden ejecutar las tareas propias de su profesión o que el desempeño de tales tareas repercutirá negativamente en la evolución de su patología. Una lesión o enfermedad puede directamente imposibilitar al trabajador para la prestación de sus servicios o indirectamente si le impide desplazarse al centro de trabajo o por los efectos secundarios de los medicamentos indicados para su restablecimiento.⁸ La decisión de otorgar una incapacidad temporal para el trabajo corresponde al médico tratante, y tiene la misma consideración que la prescripción de cualquier procedimiento diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación o preventivo.⁹

Desde el punto de vista legal, durante la incapacidad temporal se encuentra plenamente justificado el ausentismo del trabajador a la empresa. En este momento, la empresa suspende también sus cuotas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La certificación de la incapacidad temporal es incompatible con la prestación de servicios remunerados, con la ejecución de las tareas propias de su profesión e incluso con cualquier otro tipo de actividad inadecuada para el proceso de recuperación.

El Título Sexto del Reglamento de Prestaciones Médicas del IMSS regula la expedición de certificados de incapacidad temporal para el trabajo. Legalmente se considera incapacidad temporal para el trabajo a la pérdida de facultades o aptitudes físicas o mentales que imposibilitan parcial o totalmente al asegurado para desempeñar su actividad laboral habitual por algún tiempo. Este Reglamen-

Cuadro I
Días de incapacidad por ramo de aseguramiento, trabajadores afiliados al IMSS, 2007

Concepto	Riesgos de trabajo	Ramo de seguro		Total
		Enfermedad general	Maternidad	
Número de trabajadores afiliados con derecho a subsidio	13 706 053	13 690 026	3 941 058	13 706 053
Número de certificados iniciales (inicio de un periodo de incapacidad en el año)	408 498	3 372 121	254 444	4 035 063
Número de días de incapacidad prescritos	11 211 385	34 056 295	20 117 010	65 384 690
Número de días de incapacidad subsidiados	11 166 992	25 202 090	17 437 337	53 806 419
Promedio de días prescritos por caso inicial	27	10	79	16
Promedio de días subsidiados por caso inicial	27	7	69	13

Fuente: Coordinación de Prestaciones Económicas, IMSS

to señala que el médico adscrito a los servicios de urgencias puede expedir certificados de incapacidad temporal únicamente por uno a tres días; el estomatólogo por uno a siete días, y el médico familiar o no familiar por uno a 28 días. Establece también un plazo máximo de 52 semanas en el caso de riesgos de trabajo. En enfermedad general se podrán expedir certificados de incapacidad temporal para el trabajo hasta por 26 semanas posteriores a las 52 señaladas, que serán considerados como prórroga.¹⁰

El certificado de incapacidad temporal para el trabajo, además del nombre y número de seguridad social, contiene la siguiente información: diagnóstico, folio, ramo de seguro, fecha de inicio, fecha de expedición del certificado, días que ampara el certificado, días probables para la recuperación de la enfermedad, días acumulados de incapacidad temporal para el trabajo, nombre del puesto y centro de trabajo, así como nombre, firma y matrícula del médico que expide y, en su caso, de su jefe inmediato y, en su ausencia, de quien funja como tal.¹⁰ Con el propósito de mantener la confidencialidad, las copias del certificado de incapacidad no cuentan con el diagnóstico médico.

En ocasiones, el tratamiento médico puede y debe continuarse después del alta a trabajar. Si la asistencia médica se presta por médicos privados, no se les reconoce competencia para expedir los certificados de incapacidad. Esta competencia es exclusiva de los médicos institucionales en sus horas de trabajo.

Situación actual y costos

Las incapacidades temporales para el trabajo tienen una considerable incidencia dentro del costo de la seguridad social y las empresas, tanto por la prestación económica que genera como por la incidencia negativa en el ámbito de la empresa, al alterarse la capacidad productiva como consecuencia de la ausencia del trabajador. En ocasiones, los compañeros deben realizar el trabajo correspondiente al trabajador incapacitado o se debe contratar y capacitar a un trabajador que lo reemplace.

Durante 2007 estuvieron afiliados al IMSS, 13 650 247 trabajadores con derecho a subsidios por incapacidad temporal. Las incapacidades por enfermedad general son las más frecuentes. En ese año, cerca de 20 % de los trabajadores tuvo al menos algún periodo de incapacidad por enfermedad general, lo que significó 3 372 121 periodos de incapacidad, estimados a partir del número de certificados iniciales. De éstos, 30 % estuvo constituido por tra-

bajadores incapacitados por menos de tres días que no generaron subsidios por parte del IMSS. Adicionalmente, en ese mismo año se otorgó incapacidad temporal a 408 419 trabajadores atendidos por riesgos de trabajo. Si a estas cifras se agregan las incapacidades por maternidad, los trabajadores afiliados al IMSS se ausentaron 65 384 690 días en total y se subsidiaron 53 806 419 días en el año (cuadro I).

La duración del periodo de incapacidad varía de acuerdo con las enfermedades; los periodos por enfermedad general duran 10 días en promedio y son más cortos que los derivados de accidentes de trabajo, que tienden a ser más graves y duran 27 días en promedio.

De acuerdo con lo esperado, los días de incapacidad promedio por trabajador aumentan con la edad, como puede observarse en la figura 1, debido a que las enfermedades son más frecuentes y sus consecuencias mayores a medida que avanza la edad. Esta misma gráfica muestra que las mujeres se incapacitan más que los hombres.

La mayor parte de los días de incapacidad se prescriben en unidades de medicina familiar (56.2 %), en el segundo nivel se prescribe 35.4 % y en el tercer nivel 9.3 %.

La figura 2 muestra la tendencia del indicador de días de incapacidad promedio por trabajador por año, tanto por enfermedad general como por riesgos de trabajo. En ambas ramas de aseguramiento, los días de incapacidad por trabajador se redujeron paulatinamente hasta 2007, año en que se realizaron cambios administrativos que llevaron a una clasificación

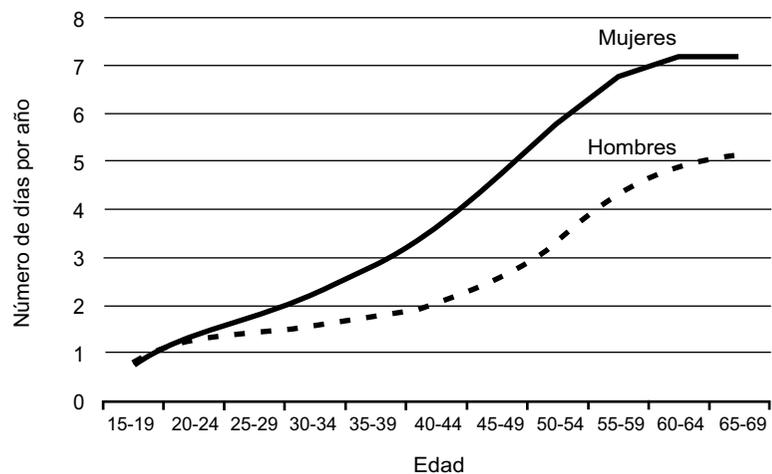


Figura 1. Promedio de días de incapacidad por año por enfermedad general, grupos de edad y sexo en trabajadores afiliados al IMSS

más adecuada por ramo de aseguramiento, lo que incrementó los días de incapacidad por riesgos de trabajo antes clasificados como enfermedad general.

El costo total de días subsidiados ha cambiado de manera importante en el tiempo: en 1997, el IMSS pagó 2.6 miles de millones de pesos y en 2007 el costo de los subsidios fue de 8.1 miles de millones de pesos, debido al incremento en el número de trabajadores afiliados y al cambio en el salario base de cotización (cuadro II). Sin embargo, en términos relativos, el número de días por trabajador disminuyó gradual-

mente hasta el año 2005, como puede observarse en la figura 2, aunque la tendencia descendente se perdió en los últimos dos años. Estos cambios en la última década se deben a cambios administrativos en su control y a cambios en el patrón de prescripción y mayor conciencia de médicos y trabajadores, cultura que debe reforzarse y mantenerse para evitar que este rubro de gasto se incremente.

Por otro lado, debemos recordar que el financiamiento de las prestaciones en especie y económicas no es ilimitada. El dinero que se gasta en una partida disminuye a corto, mediano o largo plazo, la capacidad de invertirse en otra. Así, el gasto en incapacidades temporales compite con inversión en infraestructura, equipamiento o compra de medicamentos.

Ante estas cifras, la primera pregunta que surge es si los indicadores mostrados son altos o se encuentran en niveles aceptables y si estos niveles responden solo a factores atribuibles a las decisiones tomadas por los médicos tratantes. La respuesta depende del nivel que se considere aceptable y éste dependerá del tipo de población, edad, morbilidad de base, la prevalencia de enfermedades crónicas, actividad productiva dominante, cultura de la incapacidad, etcétera.^{8,11-16}

Una alternativa para contestar la pregunta anterior es comparar los indicadores de incapacidad con

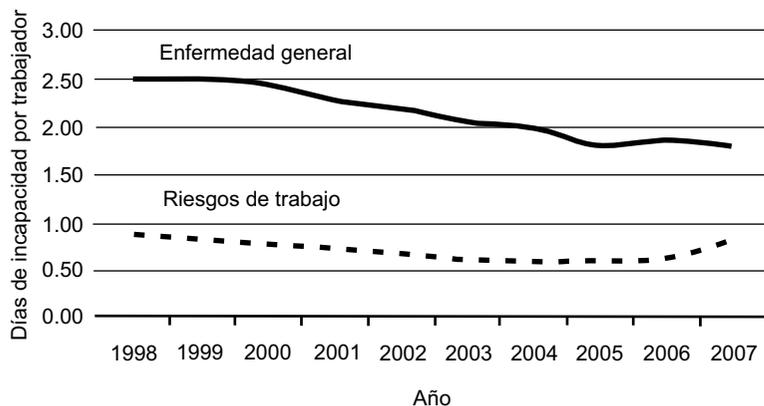


Figura 2. Tendencia temporal de los días de incapacidad por trabajador por año, por enfermedad general y riesgos de trabajo, 1988- 2007

Cuadro II
Costos de los subsidios por incapacidades temporales para el trabajo y principales indicadores.
IMSS, 1997 y 2007

Concepto	Año	
	1997	2007
Número de días de incapacidad subsidiados		
Riesgos de trabajo	9 692 671	11 166 992
Enfermedad general	24 262 862	25 202 090
Maternidad	12 798 779	17 437 337
Total	46 754 312	53 806 419
Número de trabajadores a los que se les pagó incapacidad	1 524 609	1 639 552
Días subsidiados por riesgo de trabajo por trabajador por año	0.86	0.81
Días subsidiados por enfermedad general por trabajador por año	2.4	1.84
Días subsidiados por maternidad por trabajadora en edad fértil	nd	4.49
Costo promedio por día subsidiado (pesos)	55.81	151.44
Monto del pago de subsidios (pesos)		
Riesgos de trabajo	671 231 692	1 854 320 258
Enfermedad general	1 060 850 880	3 085 745 087
Maternidad	878 266 968	3 208 346 494
Total	2 610 349 540	8 148 411 839

nd = dato no disponible

Fuente: Coordinación de Prestaciones Económicas, IMSS.

los de otros países.¹⁷ Sin embargo, existen dificultades para la comparación de cifras internacionales. En teoría, el proceso de asignación se basa en la toma de decisiones clínicas, sin embargo, éstas también obedecen a lo específico o restrictivo de las definiciones de enfermedad o discapacidad empleados por las instituciones, la estructura del proceso de determinación, la política global de la organización en la distribución de los beneficios; y la habilidad de la organización de revisiones administrativas, incentivos directos y estándares escritos para controlar el comportamiento prescriptivo de los médicos tratantes.^{18,19} Ejemplo de lo anterior es que en los países escandinavos no se requiere el certificado de incapacidad médica hasta el día 15 de enfermedad, en los días previos basta el aviso del trabajador. En la mayor parte de los países, los empleadores cubren los primeros días de incapacidad, pero este periodo varía desde tres días en México, a 15 días en Brasil y 21 días en Suecia.¹⁷ En algunos países se prescribe incapacidad temporal parcial (solo un porcentaje, lo que permite trabajar tiempo parcial) con subsidio parcial o total. En otros, como México, solo se prescribe la incapacidad temporal a 100 %, es decir, no se puede trabajar durante su vigencia. También varía la proporción del salario cubierto por los subsidios de incapacidad.

La cultura de la incapacidad en las organizaciones y sus trabajadores también determina la frecuencia con la que se hace uso de esta prestación y la duración de los periodos.^{20,21} Un ejemplo de lo anterior es la cultura de la incapacidad en los propios trabajadores del IMSS: en promedio se incapacitan 2.5 veces más por enfermedad general que los trabajadores de empresas afiliadas.

El avance tecnológico en la atención médica y las prácticas de certificación de la incapacidad han modificado las tasas de ausentismo por incapacidad médica. Las nuevas técnicas quirúrgicas menos invasivas, como la laparoscopia, han reducido los tiempos medios de recuperación y, por ende, de la duración de las incapacidades.

Es importante recordar que el propósito fundamental de la atención médica es restablecer la salud, optimar la capacidad funcional y minimizar el impacto destructivo de la lesión o enfermedad en la vida del paciente. La ausencia prolongada de las actividades normales, incluyendo el trabajo remunerado, causa detrimento en el bienestar mental, físico y social. Por lo tanto, entre más pronto el retorno al trabajo, mejor. Si la incapacidad se prolonga, los trabajadores tienden a adoptar una actitud de enfermo y adoptan hábitos que después les cuesta trabajo dejar.^{22,23}

Incapacidades frecuentes o que se prolongan más de lo esperado

Son muchos los factores que influyen en la prescripción o prolongación indebida de la incapacidad temporal: insatisfacción laboral, problemática sociofamiliar, prolongación de desempleos, despidos pactados, cuidado de hijos, regímenes sin prestación por desempleo, dificultad de acceso al segundo o tercer nivel de atención, escasa respuesta de estos niveles al primer nivel, falta de conciencia de la repercusión real de la prescripción de una incapacidad, etcétera. En resumen, el tiempo del retorno al trabajo depende de la eficiencia en la atención médica, de factores relacionados con el trabajador y del ambiente de trabajo:^{24,25}

1. *Demoras atribuibles al sistema de atención de la salud.* El gasto innecesario en medicamentos es consecuencia primordialmente de la mala praxis; mientras que el problema de la incapacidad temporal (o gasto innecesario en subsidios) se deriva, en mucho, de la mala organización, el alargamiento de los episodios de atención y la aparición de tiempos muertos. Frecuentemente el médico tratante no es consciente de que cada día de incapacidad temporal cuesta entre 150 y 250 pesos en el IMSS. En estos casos, la solución debe centrarse en el acortamiento del proceso de la atención clínica y rehabilitación oportuna, brindando atención prioritaria al trabajador incapacitado, evitando poner en peligro la salud y seguridad de otros pacientes.
2. *Demoras atribuible al paciente.* Tardanza en pedir la cita, confusiones, simulación, búsqueda de ganancia, amplificación de la patología, pues en ocasiones es difícil demostrar que el paciente no tiene el dolor que menciona. Algunos pacientes intentan obtener una pensión o aprovechar la incapacidad para hacer otros trabajos, etcétera.
3. *Otras causas relacionadas con el ambiente laboral.* Pacientes que experimentan una mala adaptación a su puesto de trabajo por falta de ergonomía, estrés o expectativas frustradas, falta de autodisciplina mínima para seguir en su puesto de trabajo, situaciones de desamparo o falta de recursos sociales en los que la incapacidad temporal es la válvula de escape (cuidado de hijos, familiares enfermos, etcétera).
4. *Situaciones mixtas.* Se dan en pacientes con enfermedad incorrectamente valorada, con o sin resolución del padecimiento, que ameritan la incapacidad que exigen, en los cuales se acumu-

Echevarría-Zuno S
et al.

**Incapacidad temporal
para el trabajo**

lan errores a pesar de la revisión por distintos médicos, quienes al final están más preocupados por deshacerse del aparente simulador que proceder a un diagnóstico definitivo.

Finalmente, en la duración de la incapacidad temporal influye el aplazamiento innecesario de la misma, esto es, la propuesta tardía de la incapacidad permanente o invalidez en situaciones claras de que el paciente no se recuperará.²⁶ El tiempo de valoración y dictamen por los servicios de salud en el trabajo puede también prolongar innecesariamente el tiempo de incapacidad temporal.

La mitad de los problemas que generan incapacidad temporal por enfermedad general se concentran en el aparato locomotor y, por tanto, su resolución depende en gran medida de capacidades técnicas (diagnósticas y terapéuticas) y de las habilidades de comunicación del médico tratante.

Posición del médico tratante

Algunos médicos clínicos perciben la incapacidad temporal como un terreno pantanoso en el que no siempre se pueden aplicar los mismos criterios a las mismas personas y situaciones. El manejo correcto de la incapacidad temporal para el trabajo requiere un adecuado diagnóstico de los problemas de salud, conocimiento de la legislación y buena comunicación médico-paciente.^{1,2,24}

Parte del desinterés por este tema radica en la falta de formación específica para la valoración laboral y, por otro lado, en un mal entendido sentimiento de protección de los pacientes. El médico familiar y de otras especialidades no han recibido formación en materia de valoración de la incapacidad.¹ Esto puede verse si se repasan los programas de pregrado y de especialidad: la valoración de la incapacidad temporal no es considerada en la parte del tratamiento de las principales patologías que generan y alargan la incapacidad temporal. Además, pocas veces se trata el tema en sesiones médicas en las unidades de medicina familiar o en las sesiones médicas de los hospitales.

Algunos médicos pueden pensar que parte de este vacío es la baja incidencia de la incapacidad temporal en una consulta, ya que solo una tercera parte de la población atendida por los servicios médicos en algún momento la requiere.

En ocasiones, en la consulta diaria del médico, el asunto de la incapacidades para el trabajo se ve como una carga burocrática generadora de conflictos que afecta la relación médico-paciente, que pro-

duce tensión al médico, quien, por un lado, enfrenta la presión del trabajador que demanda la incapacidad y, por otro, la presión del Instituto en el uso racional de los recursos. La tensión es provocada por creer o no lo que le informa el paciente, la tensión entre el error en el lado falso positivo y el lado falso negativo en la toma de decisión diagnóstica y la tensión entre hacer todo lo posible por cada paciente y la asignación de los recursos limitados entre varios pacientes que lo necesitan.²⁷

Desde el punto de vista médico, debe pensarse también en los daños al expedir una incapacidad "solo porque el paciente dijo que la necesitaba". Con seguridad no se otorga una receta de antibióticos o benzodiazepinas bajo la misma premisa.

Una queja del médico familiar es que en ocasiones se ve obligado a prescribir incapacidades por instrucción del médico especialista, sin que en ocasiones se cuente con notas aceptables o incluso sin estar completamente de acuerdo con la opinión de aquel, desentendiéndose en ocasiones el médico especialista de la indicación de una incapacidad o alta que le corresponde.¹⁸

Como algunas asociaciones médicas lo han reconocido,²² un retorno seguro y oportuno al trabajo beneficia al paciente y su familia, promoviendo la recuperación, disminuyendo la discapacidad y minimizando los efectos sociales y económicos. El papel del médico tratante es diagnosticar y tratar la lesión o enfermedad, brindar apoyo y recomendaciones al paciente, proveer y comunicar información adecuada tanto al paciente como su empleador, y trabajar de manera cercana con otros profesionales de la salud para facilitar el retorno al empleo lo más pronto posible, de manera segura y con la mayor productividad posible, cuidando salvaguardar la confidencialidad de los datos clínicos del paciente.

Consideraciones éticas

La prescripción de la incapacidad temporal para el trabajo es un acto médico que implica, al margen de una compleja valoración clínica, evidentes connotaciones sociales, laborales y económicas, exigiéndole al médico no solo el seguimiento clínico continuo sino también dar respuesta a los conflictos éticos que con frecuencia se le presentan en el manejo de las incapacidades temporales.^{28,29}

Es ocasiones, una relación medico-paciente buena y cordial se deteriora al tener que negar una incapacidad solicitada por el paciente. No es fácil hacer que un paciente comprenda la objetividad que debe privar en este acto médico. Frases como

“pues usted lo dirá, pero yo no estoy listo para regresar a trabajar”, “mi jefe dice que me debe más incapacidades”, “déme incapacidad por tantos días más”, “necesito que me cubra desde la semana pasada” o “llevo cotizando al Seguro más de 20 años y para una vez que necesito...”, ponen a prueba todas las habilidades en comunicación del médico para poder reconducir y mantener la relación con el paciente, evitando decir “pues hágale como quiera, yo no le voy a dar incapacidad” y sin caer en la permisividad para evitar problemas.

En una discusión sobre los problemas éticos de la incapacidad temporal, Diego Gracia³⁰ recomienda que su prescripción se base en principios de no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia:

1. *No maleficencia o primum non nocere*: equilibrar los daños de no reposar y reposar. Aunque se suele pensar que la incapacidad laboral tiene un beneficio indudable, es de esperar que tenga beneficios y prejuicios, como toda actividad sanitaria. Este beneficio está muy arraigado entre los médicos, y sobre él se ha basado y defendido la denominada “libertad clínica”.
2. *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 resulta injusta negarla cuando se requiere.
3. *Autonomía*: englobar el reposo en una actividad médica de decisión compartida, en la que se tenga 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 muchas ocasiones, los pacientes solo ven ventajas a la incapacidad temporal 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.
4. *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.

La motivación para manejar adecuadamente la incapacidad temporal es ética y se basa en el convencimiento de que existe un beneficio social que hay que preservar y potenciar, ligado a una prestación, así como el deseo de responder a la confianza depositada en el médico y de hacer bien el trabajo.¹

Control de las incapacidades en un contexto de eficacia y lucha contra el fraude

El acceso injustificado a la incapacidad temporal o su demora una vez recuperada la capacidad laboral es reprobable en todos los aspectos. La situación de fraude que así se constituye es difícil de erradicar. Sin embargo, el fraude no se puede evitar con una reducción de los beneficios; se debe buscar una gestión eficaz de la contingencia, en la que un adecuado control sea su principio rector.

El objetivo del control de la incapacidad temporal es asegurar que su prescripción sea adecuada, tanto en el inicio como en su duración. Se trata de garantizar el uso adecuado de los recursos para la atención médica, de la misma manera que se hace con los medicamentos. Se persigue si no reducir el gasto, sí contener o maximizar el mismo, paliando los problemas de ineficiencia y falta de racionalidad inherentes al manejo de esta contingencia. El propósito es evitar el uso indebido de la incapacidad temporal por accederse de forma injustificada o retardarse de forma fraudulenta.^{6,31} En España se estima que hay abuso en esta prestación en un tercio de los casos, bien por ser innecesario el reposo o por prolongarse en exceso.³¹

La reducción del ausentismo injustificado en el ámbito de empresa debe ser un objetivo compartido entre la representación sindical y los empleadores, dado que tiene consecuencias sobre las condiciones de trabajo, el clima laboral, la productividad y salud de los trabajadores. Por esta razón, en algunos países se ha cambiado la normatividad para traspasar parte del gasto de la incapacidad temporal a los empresarios. En Suecia y Brasil, por ejemplo, los primeros 21 y 15 días de la incapacidad son pagados por el empleador, y los subsecuentes por la seguridad social.

En el IMSS se han realizado cambios en la normatividad y en los procedimientos para orientar al médico y para evitar fraudes. De esta manera se tiene habilitado un módulo de incapacidad temporal electrónica dentro del sistema de información de medicina de familia, se han realizado cambios en el formato del certificado de incapacidad adicionando información tal como la ocupación del trabajador y los días probables de recuperación, así como la identificación obligatoria del trabajador para evitar suplantaciones.^{32,33}

Adicionalmente se han mejorado los sistemas de información, como el Sistema para el Control de Incapacidades (SCI), para la toma oportuna de decisiones de los directivos médicos. Uno de los objeti-

Echevarría-Zuno S
et al.

Incapacidad temporal
para el trabajo

vos con dichos sistemas es transformar los datos disponibles para generar nuevos conocimientos, que traducidos en propuestas de intervención propicien un desempeño más eficiente por parte del personal adscrito a áreas de control y planeación estratégica. El SCI puede ser de utilidad en el monitoreo administrativo de los costos y manejo de los certificados de incapacidad, así como para la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico de prioridades en programas preventivos, tanto en enfermedades comunes como en las laborales.

Las guías de los tiempos recomendados de duración

El uso de guías de duración de la incapacidad evita que el médico decida solo en función de su experiencia e intuición, y disminuye la incertidumbre del médico en el momento de otorgar una incapacidad o no continuarla. El uso de las guías favorece un mejor posicionamiento ante el trabajador que demanda una incapacidad, y ante la institución que con alguna frecuencia lo hacen el responsable último y único de la incapacidad temporal.

En ocasiones se expresa indignación acerca de la falta de uniformidad en la prescripción de incapacidad de personas con un diagnóstico dado. Sin embargo, no debe existir tal uniformidad; la incapacidad no solo se relaciona con el diagnóstico o con la incapacidad funcional que el diagnóstico pueda haber provocado, sino de manera determinante con la inhabilidad para trabajar en relación con las demandas del trabajo de esa persona. Si una pierna impide o no trabajar a una persona depende más de las actividad laboral que de donde se localiza la fractura.⁸ Por esta razón, las guías de tiempos recomendados deben tomar en cuenta los distintos procesos patológicos y las distintas actividades laborales.

Desde 2005, el IMSS adoptó el *Medical Disability Advisor*,³⁴ guía creada a partir del consenso de expertos y datos de países de los cinco continentes. Esta guía incluye la clasificación de los diagnósticos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades y una forma simple de clasificar la carga física de las ocupaciones:

1. *Trabajo de mínimo esfuerzo*: no exige estar de pie ni con carga, por ejemplo: administrativo, médico, abogado.
2. *De esfuerzo medio*: exige estar de pie o deambular sin carga o con carga ligera, por ejemplo: dependiente de comercio, camarero, etcétera.

3. *De esfuerzo alto*: exige deambulación con carga, manipulación de herramientas, por ejemplo: trabajadores manuales.
4. *De máximo esfuerzo*: muy pocas profesiones entran en este grupo.
5. *Otras profesiones*: definidas por criterios distintos del esfuerzo, por ejemplo: controladores de tráfico aéreo (estrés), bomberos (riesgo), etcétera.

Adicionalmente, deben considerarse también otras demandas del puesto de trabajo, si el diagnóstico es un afonía no es lo mismo si el trabajo que se realiza es verbal o manual.

Recomendaciones

En la frecuencia y duración de las incapacidades temporales se mezclan elementos clínicos, sociales y laborales, no es un problema exclusivamente de los médicos familiares o especialistas, pero sería imposible su control sin la participación activa de estos profesionales.

La ausencia prolongada de las actividades habituales, incluyendo la falta a laborar, es nociva para la salud mental, física y el bienestar social. El retorno a todas las posibles actividades funcionales relevantes para la vida del paciente tan pronto como sea posible después de una lesión o enfermedad, tiene numerosos beneficios. La labor del médico tratante afecta positivamente la posibilidad y rapidez de la curación mediante el establecimiento y discusión de expectativas claras de recuperación con los pacientes.

Es importante la identificación temprana de los pacientes que tendrán problemas para su retorno al trabajo, para lo cual se recomienda una interconsulta con medicina del trabajo para evaluar un plan de reintegración oportuno. De la misma manera, es recomendable la discusión en sesiones clínicas de casos conflictivos, y que el resultado de dicha discusión sea registrado en la historia clínica, mencionando la fecha en que se produjo la sesión clínica.

Al médico tratante se le hace responsable de las incapacidades temporales pero no tiene ningún beneficio directo o indirecto de su gestión, lo que origina una desmotivación en aras de la actividad puramente asistencial. Como respuesta a esta problemática, en el IMSS se encuentra en desarrollo un sistema de incentivos que tomará en cuenta la agilidad de la gestión y resultados en indicadores de incapacidad temporal. Adicionalmente, la disminución de los costos derivados de una buena

gestión de las incapacidades por parte de los médicos tratantes deberá reinvertirse, al menos en parte en mejoras de los servicios.

La incapacidad temporal continuará siendo una prestación ligada a la atención médica en la seguridad social. Los médicos tratantes, con la información necesaria y con algunos medios que faciliten su tarea, pueden optimar esta prestación sin crear situaciones injustas.

Referencias

1. García-Álvarez G. Conceptos básicos en incapacidad temporal. Circunstancias cotidianas en la consulta de atención primaria. *JANO* 2003; (65):39-46.
2. Navarro-Arribas C, Chicano-Díaz S. La incapacidad temporal: hacia un modelo de gestión. *Medifam* 2003;13(1):29-34.
3. Zarco-Montejo J, Moya-Bernal A, Júdez-Gutiérrez, J, Pérez-Domínguez F, Magallón-Botaya R. Gestión de las bajas laborales. *Med Clin* 2001;117(13): 500-509.
4. Whitaker SC. The management of sickness absence. *Occup Environ Med* 2001;58(6):420-424.
5. Vingard E, Alexanderson K, Norlund A. Consequences of being on sick leave. *Scand J Public Health* 2004;32(Suppl 63):207-215.
6. Agius RM. Auditing occupational medicine. *Occup Med* 1999;49(4):261-264.
7. Instituto Mexicano del Seguro Social. Ley del Seguro Social. Disponible en <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/15E5C49C-4938-4966-814D-D75878A6CCF1/0/LeySeguroSocial.pdf>
8. Alexanderson K, Norlund A. Aim, background, key concepts, regulations, and current statistics. *Scand J Public Health* 2004;32(Suppl 63):12-30.
9. Bollag U, Rajeswarant A, Ruffieux C, Burnand B. Sickness certification in primary care-the physicians role. *Swiss Med Wkly* 2007;137:341-346.
10. Instituto Mexicano del Seguro Social. Reglamentos de Servicios Médicos; para la prestación de los servicios de guardería, y para el trámite y resolución de las quejas administrativas ante el Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en <http://www.dvvimss.org.mx/pdf/reglamentodeserviciosmedicosdelimss.pdf>
11. Borg K, Goine H, Soderberg E, Marnetoft SU, Alexanderson K. Comparison of seven measures of sickness absence based on data from three counties in Sweden. *Work* 2006;26(4):421-428.
12. Hensing G, Alexanderson K, Allebeck P, Bjurulf P. How to measure sickness absence? Literature review and suggestion of five basic measures. *Scand J Soc Med* 1998;26(2):133-144.
13. Shiels C, Gabbay M. The influence of GP and patient gender interaction on the duration of certified sickness absence. *Fam Pract* 2006;23 (2):246-252.
14. Soler JK. 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. *BMC Family Practice* 2003;4:2.
15. Von Thiele U, Lindfors P, Lundberg U. Evaluating different measures of sickness absence with respect to work characteristics. *Scand J Public Health* 2006;34(3):247-253.
16. Kivimaki M, Head J, Ferrie J E, Shipley MJ. Sickness absence as a global measure of health: Evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *BMJ*. 2003;327(7411): 364.
17. Gimeno D, Benavides FG, Benach J, Amick BC. Distribution of sickness absence in the European Union countries. *Occup Environ Med* 2004;61(10): 867-869.
18. Allebeck P, Mastekaasa A. Causes of sickness absence: research approaches and explanatory models. *Scand J Public Health* 2004;32(Suppl 63): 36-43.
19. Soderberg E, Alexanderson K. Sickness certificates as a basis for decisions regarding entitlement to sickness insurance benefits. *Scand J Public Health* 2005;33(4):314-320.
20. Wahlstrom Rolf, Alexanderson K. Physicians' sick listing practices. *Scand J Public Health* 2004;32 (Suppl 63):222-255.
21. Allebeck P, Mastekaasa A. Risk factors for sick leave- general studies. *Scand J Public Health* 2004; 32(Suppl 63):49-108.
22. The American College of Occupational and Environmental Medicine. The attending physician's role in helping patients return to work. After an illness or injury. *ACOEM Consensus Opinion Statement* 2002, April 14, p. 1-4.
23. Bloch FS, Prins R. Who returns to work and why: a six-country study on work incapacity and reintegration. New Brunswick: International Social Security Series, Vol 5. Transaction Publishers; 2001.
24. Caldas-Blanco R, Violán-Fors C, García-Fernández JJ, Domínguez FP, Ruiz-Téllez A, Quijano-Terán F, Borrelli-Carrió F. Incapacidad temporal: mejoras en la gestión. *Aten Primaria* 2000;25(2): 112-123.
25. Joling C, Groot W, Janssen PP. Duration dependence in sickness absence: how can we optimize disability management intervention strategies? *Occup Environ Med* 2006;48(8):803-814.

Echevarría-Zuno S et al.
Incapacidad temporal para el trabajo

**Echevarría-Zuno S
et al.
Incapacidad temporal
para el trabajo**

26. Henderson M, Glozier N, Elliott GH. Long term sickness absence: is caused by common conditions and managing. *BMJ* 2005;330:802-803.
27. Löfgren A, Hagberg J, Arrelöv B, Ponzer S, Alexanderson K. Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross sectional questionnaire study of 5455 physicians. *Scand J Primary care* 2007;25: 178-185.
28. Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española. Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre 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. Disponible en <http://www.unav.es/cdb/ccdomc01a.html>.
29. Toon PD. Ethical aspects of medical certification by general practitioners. *B J Gen Pract* 1992;42 (364):486-488.
30. García D. La deliberación moral. *Med Clin* 2001; 2001:18-23.
31. Torollo-González FJ. El control de la incapacidad temporal y la impugnación del alta médica. *Rev Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales* 2005;59: 93-142.
32. Constantino-Casas P, Torres-Arreola LP, Posadas-García JL, Nevárez-Sida A, García-Contreras F. Prescripción de certificados de incapacidad temporal en el IMSS. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45(1):89-96.
33. Franco-Chávez SA, Cabrera-Pivaral C, Díaz-Vega G. Reingeniería médico- administrativa aplicada a incapacidad prolongada por riesgo de trabajo. *Rev Med IMSS* 2003;41:221-228.
34. Reed P. *The medical disability advisor: Workplace Guidelines for Disability Duration*. Fifth edition. Westminster, CO: Reed Group; 2005.