

INFLUENCIA DEL PERITAJE EN LA DURACIÓN DE LA IT EN LA PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA MÁS FRECUENTE EN CONTINGENCIAS COMUNES.

Autores:

María Isabel Almarcha Vicente. Asepeyo - Elche
José Vicente Aparicio Navarro. Asepeyo - Lorca
Vicente Enguix Monzó. Asepeyo - Alicante

Correspondencia:

José Vicente Aparicio Navarro
CA Lorca C/ Jerónimo Santa Fe, 39 - Edif. San Jorge
20800 LORCA - MURCIA
Tfno: 968 466 793
japaricionavarro@asepeyo.es

MASTER UNIVERSITARIO EN MEDICINA EVALUADORA - Edición 2008-2009

Influencia del peritaje en la duración de la IT en la patología psiquiátrica más frecuente en contingencias comunes

RESUMEN.

La patología psiquiátrica supone una de las principales causas de incapacidad temporal (IT) de nuestro país.

La permanencia en IT puede suponer el acceso a ganancias como la existencia de una compensación económica.

Teniendo en cuenta la importante repercusión económica, nos planteamos como objetivo estudiar la influencia que podría tener en la duración de la IT la realización de un peritaje por psiquiatra, con el fin de discriminar las bajas que estaban justificadas realmente de las que no lo estaban.

Seleccionamos una muestra de 1140 casos de nuestros centros de trabajo que cumplían determinados criterios e hicimos el estudio de la duración de la IT para la totalidad de la muestra y para los casos que habían sido peritados, y cuyo resultado de la valoración había sido el de IT injustificada, acompañando el mismo a nuestra propuesta de alta. Estudiamos además las duraciones cuando se había realizado sólo una propuesta de alta o bien cuando no se había actuado sobre el caso.

Ampliamos dicho estudio, realizándolo sobre nuestra muestra total agrupada en tres categorías según días de baja (hasta 60 días, entre 60 - 365 días y por encima de 365 días) y también dividiendo dicha muestra por las distintas áreas regionales que abarca, comparando los resultados.

Llegamos a la conclusión de que no teníamos datos objetivos suficientes que indicasen que la realización de un peritaje en este grupo de pacientes (que implica además un gasto sobreañadido), sirve para disminuir la duración de la IT.

INDICE.

1.- Índice	Pág. 3.
2.- Introducción	Pág. 4.
3.- Contenido	Pág. 5.
4.- Objetivos	Pág. 7.
5.- Fuentes utilizadas y materiales	Pág. 8.
6.- Resultados y discusión	Pág. 19.
7.- Conclusiones	Pág. 38.
8.- Bibliografía	Pág. 41.

INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades mentales son una de las principales causas de incapacidad temporal (IT) en nuestro país, con su consiguiente repercusión económica.

Los mayores costes sanitarios generados por la IT debida a causa psiquiátrica se producen con trastornos menos graves que llegan a producir discapacidades moderadas y severas.

Los trastornos adaptativos suponen una de las causas más frecuentes de IT asociada a enfermedad psiquiátrica. En ellos hay una reacción a un acontecimiento vital, que en ocasiones no es único, que provoca un malestar mayor del esperado asociado a un deterioro del funcionamiento social y laboral de la persona. No todas las personas sometidas a un mismo factor estresante van a desarrollar un trastorno adaptativo, siendo esencial la personalidad y los mecanismos de adaptación. La existencia de problemas familiares, sociales, económicos, o específicamente laborales no implica necesariamente la existencia de una dificultad para realizar una actividad normal en el ámbito social, familiar o laboral.

Resulta fundamental además, identificar las potenciales “ventajas” que la IT pueda suponer para el paciente, como la existencia de una compensación económica, la posibilidad de eludir problemas legales, etc.

La valoración de la incapacidad asociada a patología psiquiátrica conlleva pues grandes dificultades, especialmente para profesionales ajenos al ámbito de la salud mental.

CONTENIDO.

Estudiamos un total de 1140 casos en ITCC con los diagnósticos psiquiátricos más comunes.

Registramos los siguientes datos, que clasificamos según categorías:

- Datos de filiación (DNI, apellidos y nombre).
- Sexo.
- Edad.
- Puesto de trabajo.
- Tipo de contrato.
- Sector.
- Diagnóstico.
- Desencadenante.
- Existencia de proceso de recaída.
- Fecha de la baja.
- Fecha del alta.
- Fecha de primera visita.
- Fecha de interconsulta con especialista en psiquiatría, cuando existe.
- Resultado del peritaje (IT justificada o no justificada).
- Fecha de la propuesta de alta, cuando la había.
- Facultativo que ejecuta el alta.
- Días de duración de la baja.
- Días transcurridos desde la fecha de baja hasta la primera visita.
- Días transcurridos entre la primera visita y la interconsulta con el especialista.
- Días entre la propuesta de alta y el alta.

Nos planteamos valorar la influencia del peritaje psiquiátrico en la duración de la IT.

Estudiamos la duración media de días en IT en la totalidad de nuestra muestra considerada de forma global y cómo variaba esta duración media en los casos que los pacientes habían sido peritados por un psiquiatra con resultado de IT injustificada -adjuntando su informe a nuestra propuesta de alta-, en los casos donde la actuación realizada sobre el paciente había sido exclusivamente la propuesta de alta por parte del médico de la Mutua y en los casos donde no habíamos actuado en forma alguna sobre el paciente.

Realizamos el mismo estudio pormenorizado agrupando los casos según días transcurridos en IT (IT de hasta 60 días de duración, entre 60 y 365 días y duraciones superiores a los 365 días), para ver si existían diferencias significativas en las distintas categorías.

Ampliamos el estudio separando los resultados totales con los obtenidos aisladamente en la Región de Murcia y en la provincia de Alicante para comprobar si el hecho de pertenecer a distintas Comunidades Autónomas podía ser un factor que, por la existencia o no de distintos criterios de valoración, pudiera modificar las conclusiones a las que habíamos llegado con la muestra total. Los resultados fueron similares en ambas partes y, a su vez, a los totales.

Con los datos obtenidos de nuestro estudio no hemos podido concluir que la peritación por un especialista en este grupo de pacientes influya en la duración de la IT.

OBJETIVOS.

Nuestro objetivo es valorar la influencia que puede tener en la duración de la IT debida a causa psiquiátrica la remisión del paciente a un especialista en psiquiatría solicitando la valoración de su capacidad laboral. Intentamos saber si son mejor estimadas las propuestas de alta cuando van más fundamentadas al acompañarlas de un informe psiquiátrico en el que no se justifica la situación de baja laboral, y valorar si resulta rentable realizar este gasto, según su eventual repercusión sobre la duración de la IT.

FUENTES UTILIZADAS Y MATERIALES.

Seleccionamos un total de 1140 casos.

Los datos estudiados se han recogido de las historias clínicas de pacientes en incapacidad temporal por contingencia común (ITCC) con seguimiento en Centros Asistenciales de ASEPEYO MATEPSS de la Región de Murcia y provincia de Alicante. Hemos creado un libro Excel con los datos obtenidos y hemos aplicado funciones de combinación para ordenar los datos según el parámetro escogido.

El período de estudio comprende los años 2007 y 2008. Delimitamos el mismo de manera aleatoria, seleccionando los casos que iniciaron IT entre el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre de 2008 y que prolongaron la duración de la baja como máximo hasta el 1 de mayo de 2009. Rechazamos, por tanto los casos que iniciaron IT antes de 2007 y los que continuaron activos más allá del 1 de mayo de 2009.

Los datos contemplados fueron los siguientes:

- **DNI / NIE**
- **Apellidos y nombre**
- **Sexo (H/M)**
- **Edad**
- **Puesto de trabajo**

Dada la diversidad de los mismos, intentamos reducir grupos asimilando algunas profesiones por su similitud y/o categoría profesional:

- **Administrativo.**
- **Auxiliar:** de enfermería, de ruta, de farmacia, etc.
- **Comercial:** comercial, agente de seguros, agente de viaje, etc.
- **Conductor:** de camión, autobús, taxista, tractorista, maquinista de vehículos de obras, etc.
- **Conserje:** recepcionista, atención al público, teleoperadora, etc.
- **Dependiente:** vendedor, carnicero, charcutero, etc.
- **Directivos:** jefes de zona, jefes de sección, gerentes exclusivos, etc.
- **Encargados:** cargos intermedios entre el operario de fábrica especializado y el directivo.
- **Gerente / Trabajador:** gerente/dependiente, asesor, camarero, cocinero, ganadero, etc.
- **Licenciado / Diplomado:** abogado, informático, odontólogo, psicólogo, etc.
- **Operario especializado:** mecánico, planchador, soldador, zapatero, pintor, lijador, cristalero, costurera, fontanero, electricista, peluquero, delineante, vigilante de seguridad, albañil, cocinero, etc.

- **Operario no especializado:** mozo de almacén, limpiador, peón agrícola, camarero, etc.

- **Tipo de contrato**

Clasificamos en las siguientes categorías:

- **Contrato:** hacemos referencia a aquellos trabajadores que han mantenido relación contractual con la empresa durante el periodo de IT, fuere cual fuere la modalidad del mismo (contrato hasta fin de obra, fijo-discontinuo, renovable, etc.).
- **Fin contrato:** el paciente finalizó la relación contractual con la empresa durante el proceso de IT independientemente del motivo (despido o finalización del contrato.)
- **Autónomo:** trabajadores en ITCC del régimen RETA.

- **Sector:**

Se define como la unidad administrativa y/o asistencial que gestiona recursos de la Mutua dentro de una zona determinada del territorio nacional. Según cual sea el ámbito de actuación y composición de este sector recibe una diferente denominación:

OFICINA: es la dependencia administrativa de la Mutua, carente de organización sanitaria propia, que atiende fundamentalmente servicios administrativos y que precisa de asistencia médica concertada dependiente de un centro asistencial. A su frente se halla un Director que puede coincidir con la dirección de un centro asistencial.

CENTRO ASISTENCIAL: es la unidad básica por excelencia en la Organización Territorial. Dispone de gestión administrativa, sanitaria y preventiva, por lo que abarca todas las necesidades primarias que requiere la gestión. La responsabilidad máxima de esta gestión compete a un Director,

gozando el centro asistencial de amplias facultades tendentes a alcanzar los objetivos propuestos según las instrucciones generales de la Entidad. El centro asistencial puede abarcar uno o varios sectores.

Definido este concepto, nombramos a continuación los sectores a los que pertenecemos y a los que pertenecen por tanto la mayoría de los casos de nuestra muestra:

- GE: Cartagena (Región de Murcia).
- GI: Lorca (Región de Murcia).
- GJ: Murcia.
- GH: Elche (Alicante).
- GC: Alicante.
- GR: Benidorm (Alicante).

Además hemos incluido en nuestro estudio casos pertenecientes a otros sectores que por proximidad del domicilio del paciente durante el transcurso de su IT, han realizado seguimiento médico en los mencionados centros asistenciales. Estos casos, que son muy poco numerosos -25-, se han manejado junto a los restantes de la muestra para la obtención de resultados globales. Sin embargo, los desestimamos cuando intentamos estudiar las posibles diferencias entre la Región de Murcia y la provincia de Alicante.

▪ **Diagnóstico**

En nuestro planteamiento inicial pretendíamos valorar si había diferencias significativas entre la duración de la IT entre los casos diagnosticados de **trastorno adaptativo** que habían sido valorados por psiquiatra de los que no lo habían sido.

Nos encontramos con el problema que queríamos englobar bajo ese concepto el grueso de los casos con diagnóstico psiquiátrico y al revisar bibliografía y nomenclaturas en la actualidad vigentes, vimos que debíamos

excluir una parte importante de nuestra muestra al ser muy precisos los criterios diagnósticos de trastorno adaptativo que figuran en el DSM- IV :

Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos

- A. *La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable, tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.*
- B. *Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:*
 - (1) *malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante*
 - (2) *deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)*
- C. *La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.*
- D. *Los síntomas no responden a una reacción de duelo.*
- E. *Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.*

Especificar si:

Agudo: *si la alteración dura menos de 6 meses*

Crónico: *si la alteración dura 6 meses o más*

Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.

F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]

F43.28 Con ansiedad [309.24]

F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]

F43.9 No especificado [309.9]

En muchas de nuestras historias no aparecía reflejada la existencia de un estresante identificable, no implicando ello necesariamente que no lo hubiera. En otras ocasiones los síntomas respondían a una reacción de duelo, o bien, observamos que la alteración relacionada con el estrés, cumplía criterios para otro trastorno específico, fundamentalmente trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. En resumen, habíamos catalogado como trastornos adaptativos cuadros que técnicamente no lo eran. Además hay que tener en cuenta que el médico de la Mutua, en la mayoría de las ocasiones, no tiene acceso al diagnóstico real (a criterio del médico de cabecera), por ello lo habitual, es que elija el diagnóstico según la clínica referida por el propio paciente durante la entrevista y codifica según Sistema Internacional CIE-9 que es el actualmente vigente en el SPS y en nuestro programa informático CHAMAN.

En nuestra revisión nos encontramos con la utilización de múltiples diagnósticos para definir cuadros similares (estado de ansiedad, reacción de ansiedad, depresión neurótica, depresión con ansiedad, síndrome depresivo, trastorno de ansiedad excesiva, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo, trastorno neurótico, etc.). Por ello decidimos plantear en nuestro trabajo la revisión de los **trastornos psiquiátricos más frecuentes en la consulta de contingencias comunes** y estudiar si había diferencias en la duración de la IT entre los casos que habían sido peritados por un especialista y los que no lo habían sido.

Dado que nuestro objetivo no era profundizar en los diagnósticos, intentamos encuadrar en CIE-10, los más de 20 diagnósticos que encontramos en las historias codificados en CIE-9 y agruparlos en 3 categorías de DSM-IV:

- **Trastornos del estado de ánimo:**

Encuadramos diagnósticos como: depresión con ansiedad, depresión neurótica, depresión reactiva,

reacción depresiva breve, reacción depresiva prolongada, síndrome depresivo, trastorno neurótico, trastorno ansioso-depresivo y trastorno depresivo.

- **Trastornos de ansiedad:**

Englobamos diagnósticos como agorafobia sin mención de ataque de pánico, estado de ansiedad, neurosis de ansiedad, reacción de ansiedad, trastorno de ansiedad excesiva, trastorno de ansiedad por separación y trastorno de ansiedad generalizada.

- **Trastornos de adaptación:**

Incluimos diagnósticos como reacción aguda al estrés, reacción de adaptación, reacción de adaptación con alteración de las emociones y conducta, reacción de adaptación con alteración de las emociones mixtas, síndrome adaptativo depresivo, reacción de adaptación con humor de ansiedad y reacción de adaptación con retraimiento.

Cabe señalar que los casos incluidos en esta categoría asocian uno o más factores estresantes desencadenantes de la sintomatología según ha referido el paciente.

De esta manera abordamos los trastornos psiquiátricos con mayor repercusión en la IT.

Desestimamos aquellos diagnósticos que sugirieran trastornos psiquiátricos más graves como la esquizofrenia, con menor impacto desde el punto de vista

de la IT, al resultar los trastornos tan incapacitantes, que en muchas ocasiones, el que lo padece no llega a acceder al mercado laboral, y los encontramos con poca frecuencia en el ámbito de la IT.

▪ **Desencadenante.**

Agrupamos los acontecimientos vitales estresantes reflejados en las historias consultadas de la siguiente manera:

- **Duelo.**
- **Laboral.** Incluimos en este apartado la existencia de problemática laboral de cualquier índole: situaciones de trabajo excesivo, aumento de responsabilidad, existencia de conflictos con personas del entorno laboral, etc.
- **Médico.** Hacemos referencia a patologías de la esfera física (músculo-esqueléticas, oncológicas...) que actúan como factor estresante y a las que el paciente atribuye su patología psiquiátrica.
- **Económico.**
- **Familiar.** Nos referimos a problemas como enfermedades de cónyuges, padres, hijos o situaciones de mala relación de mala relación con los componentes del grupo familiar excluida la pareja.
- **Pareja.**
- **Agresión.**
- **Tráfico.**

- **Varios.** Se identifica más de un factor desencadenante.
- **Conflicto no especificado.** Situaciones mal definidas o no especificadas, aunque siempre se refleja en la historia la referencia a una situación problemática.
- **Sin desencadenante.** Al consultar la historia se encuentra la negativa de existencia de desencadenante por parte del paciente, o bien, no aparece mención explícita alguna al respecto.
- **Recaída (Sí/No)**

Procesos de IT con el mismo diagnóstico ocurridos antes del transcurso de 6 meses.

Para su procesamiento hemos considerado como bajas independientes.

- **Fecha de primera visita**
- **Fecha de baja**
- **Fecha de alta**
- **Ejecutor del alta.**
- **Fecha de interconsulta con especialista**

Encontramos diferentes criterios por parte de nuestros compañeros a la hora de realizar una interconsulta en cuanto al momento de hacerla - los hay que siempre la hacen desde el primer momento, otros si se alarga el proceso, otros no la hacen nunca, otros no la hacen si el paciente está siendo visto por psiquiatra del SPS.

En cuanto a la fecha registrada de la misma, en algunos casos hemos tenido acceso a la fecha real. En los que no ha sido así, hemos asimilado a la misma, la fecha en la que el médico solicitó dicha actuación.

- **Justificación de IT por perito**
- **Fecha de propuesta de alta**
- **Días de baja**
- **Días entre la primera visita y la interconsulta con el especialista**
- **Días entre la propuesta de alta y el alta**

Otros problemas detectados a la hora de la recogida de datos son:

- Hay centros que no han dispuesto de Médico de CC durante largos periodos de tiempo y cuando lo han tenido los casos tenían una duración muy prolongada;

- Pacientes procedentes de otras mutuas que llegan en situación de agotamiento de plazo y en cuyas Historias casi no cabe actuación alguna.

- Historias Clínicas muy diferentes, Historias completas, comprensibles y bien dirigidas por parte de compañeros expertos frente a Historias casi vacías, con escasas o nulas actuaciones a veces por tratarse de compañeros nuevos con menos experiencia y otras por tratarse de Médicos que han estado transitoriamente en la Mutua y que en sus Historias se detecta desinterés.

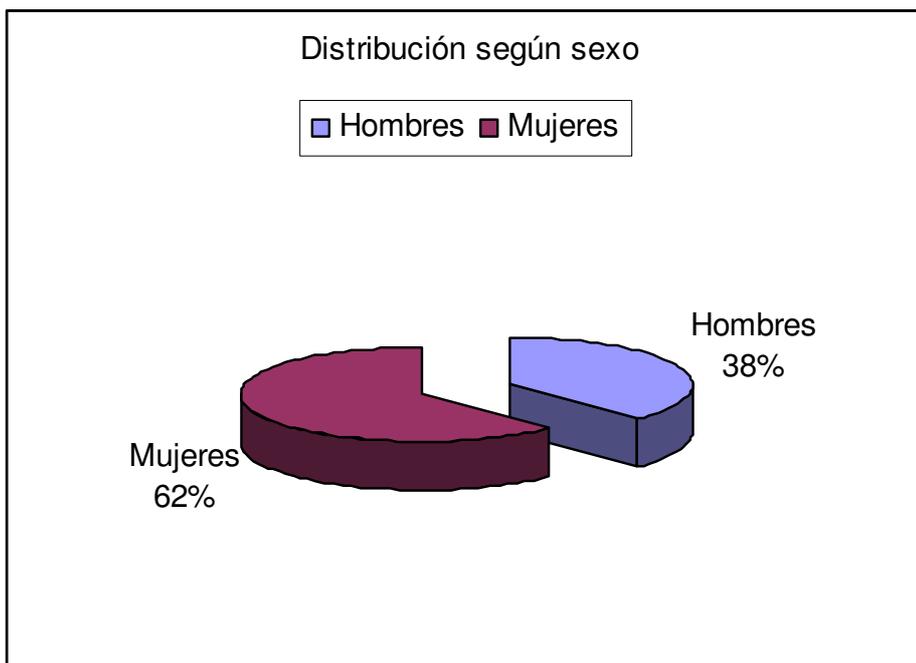
- Propuestas de alta bien fundamentadas frente a otras que no lo son.

- Diferentes criterios también por parte de los Médicos del SPS y de las Inspecciones a la hora de estimar dichas propuestas, algunos contestan y argumentan, otros sólo estiman los informes de los psiquiatras del SPS, otros ni contestan.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

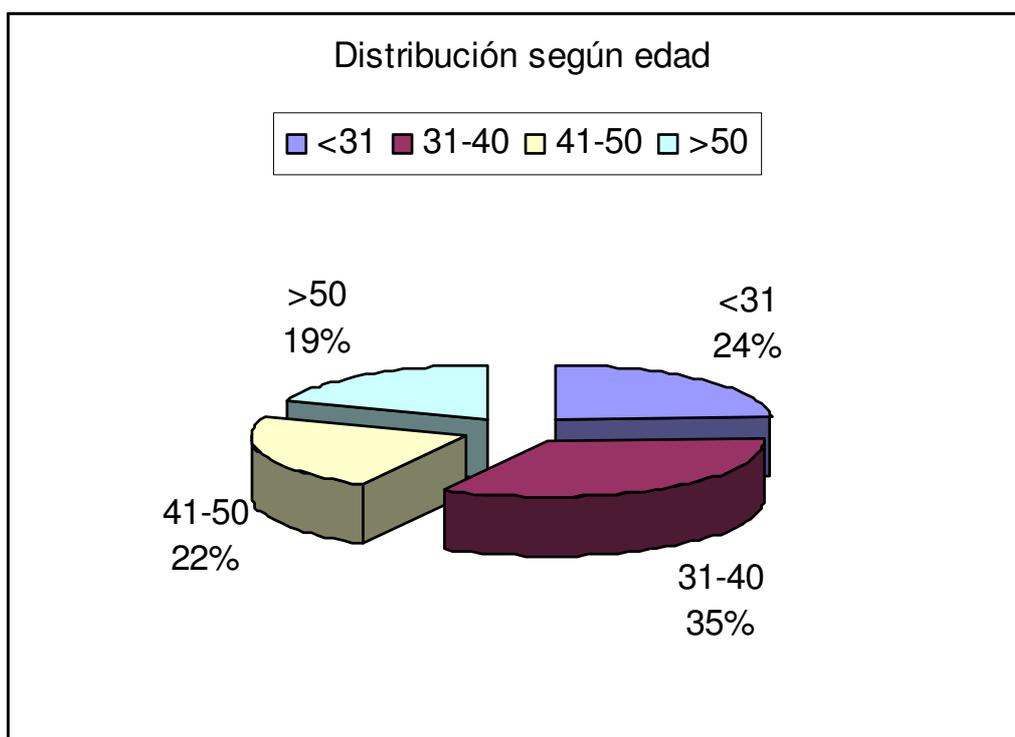
El total de casos de la muestra seleccionada fue de 1140.

La **distribución** según el **sexo** fue de 430 hombres (37,72%) y 710 mujeres (62,28%).



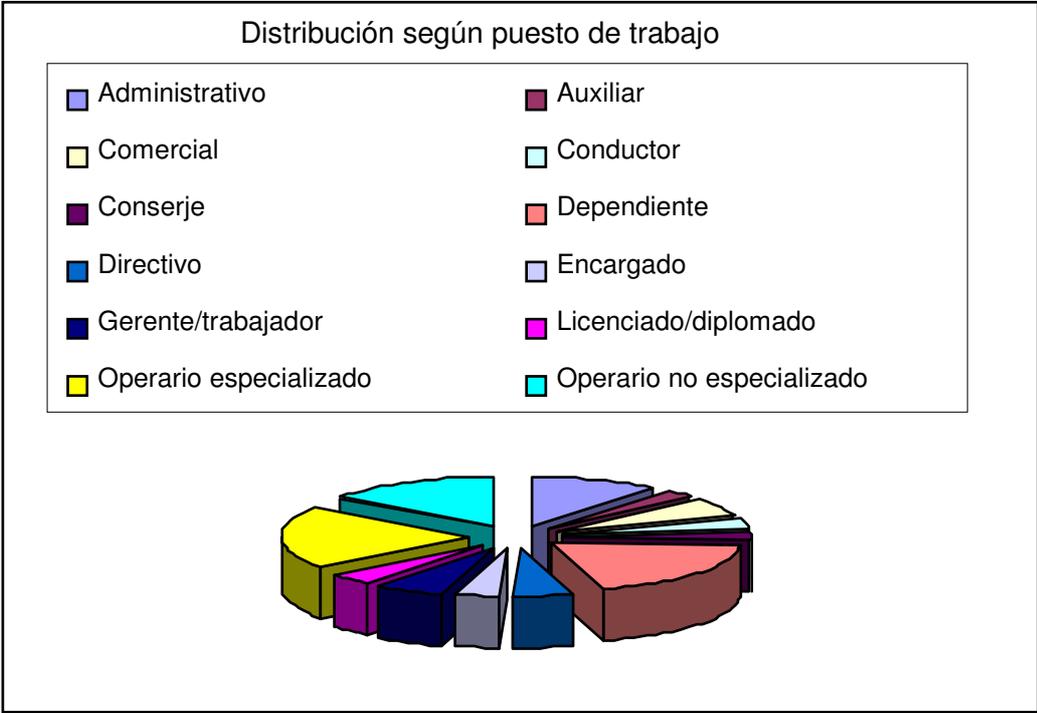
La **distribución** según **grupos de edad** fue la siguiente:

- Hasta 30 años: 272 casos (23,86%).
- De 31-40 años: 391 casos (34,30%).
- De 41-50 años: 256 casos (22,46%).
- Más de 50 años: 221 casos (19,38%).



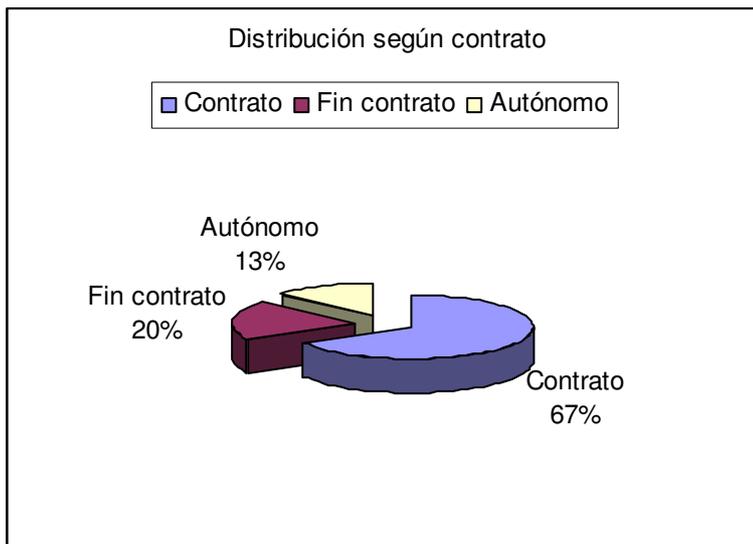
La **distribución** según **puesto de trabajo** fue la siguiente:

- Administrativo: 128 casos (11,22%).
- Auxiliar: 28 casos (2,46%).
- Comercial: 67 casos (5,88%).
- Conductor: 42 casos (3,68%).
- Conserje: 31 casos (2,72%).
- Dependiente: 223 casos (19,56%).
- Directivo: 61 casos (5,35%).
- Encargado: 42 casos (3,68%).
- Gerente/trabajador: 67 casos (5,88%).
- Licenciado/diplomado: 49 casos (4,30%).
- Operario especializado: 227 casos (19,91%).
- Operario no especializado: 175 casos (15,35%).



Distribución según tipo de contrato:

- Contrato: 763 casos (66,93%).
- Fin contrato: 224 casos (19,65%).
- Autónomo: 153 casos (13,42%).



Quando analizamos la duración media entre la fecha de la baja y la fecha de la interconsulta según las categorías del tipo de contrato, observamos que en el caso de los AUTÓNOMOS, había una duración media de 38,81 días entre la fecha de la baja y la primera visita y una media de 121,31 días entre la fecha de la baja y la interconsulta.

En TRABAJADORES POR CUENTA AJENA, con contrato mantenido durante el periodo de IT, o bien en situación de fin de contrato durante la baja, había una duración media entre la fecha de la baja y la primera visita de 32,28 y una media de 85,08 días entre la fecha de la baja y la interconsulta.

Estos datos llaman la atención por que el colectivo RETA puede ser citado antes (a partir del cuarto día a diferencia de los trabajadores por cuenta ajena, que pueden citarse a partir del decimosexto día). También destaca que en los

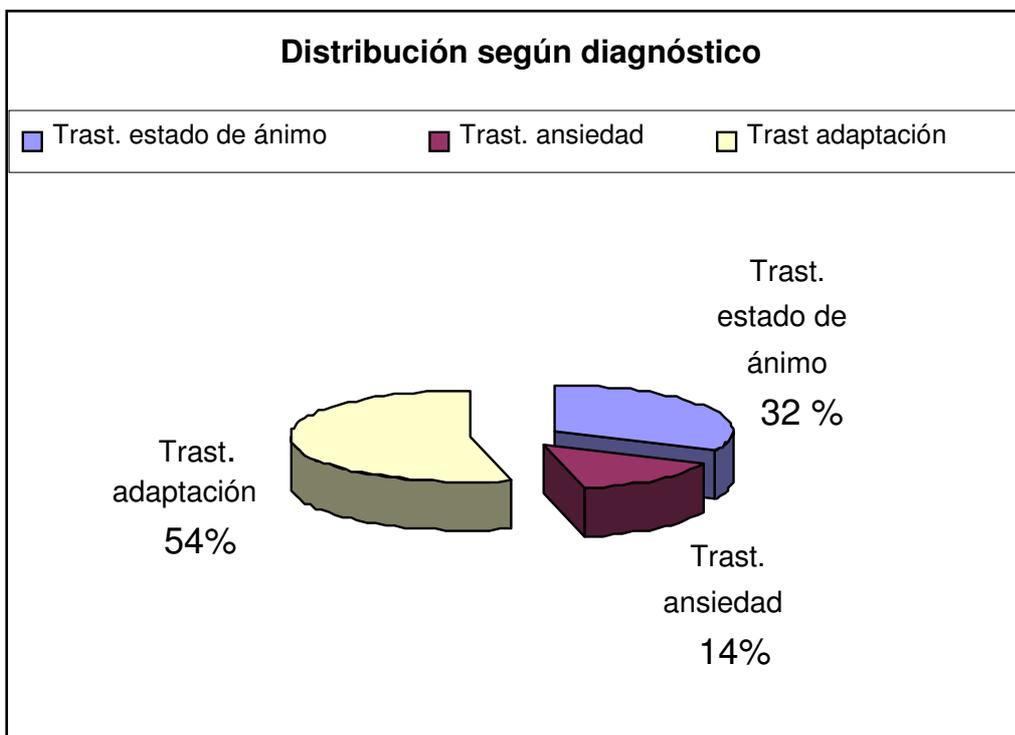
trabajadores autónomos, cuando se decide realizar la interconsulta, ésta se hace más tarde.

Resultados que resultan paradójicos en trabajadores que son pagos directos desde el primer momento.

Estas conclusiones, si bien no guardan relación con la influencia en la duración de la IT realizando o no interconsulta psiquiátrica, hemos querido destacarlas ya que la explotación estadística de la Tabla Excel nos permitía obtenerlas y consideramos que, podía resultar interesante tenerlas en cuenta con vistas a mejorar globalmente la gestión de la IT en contingencias comunes.

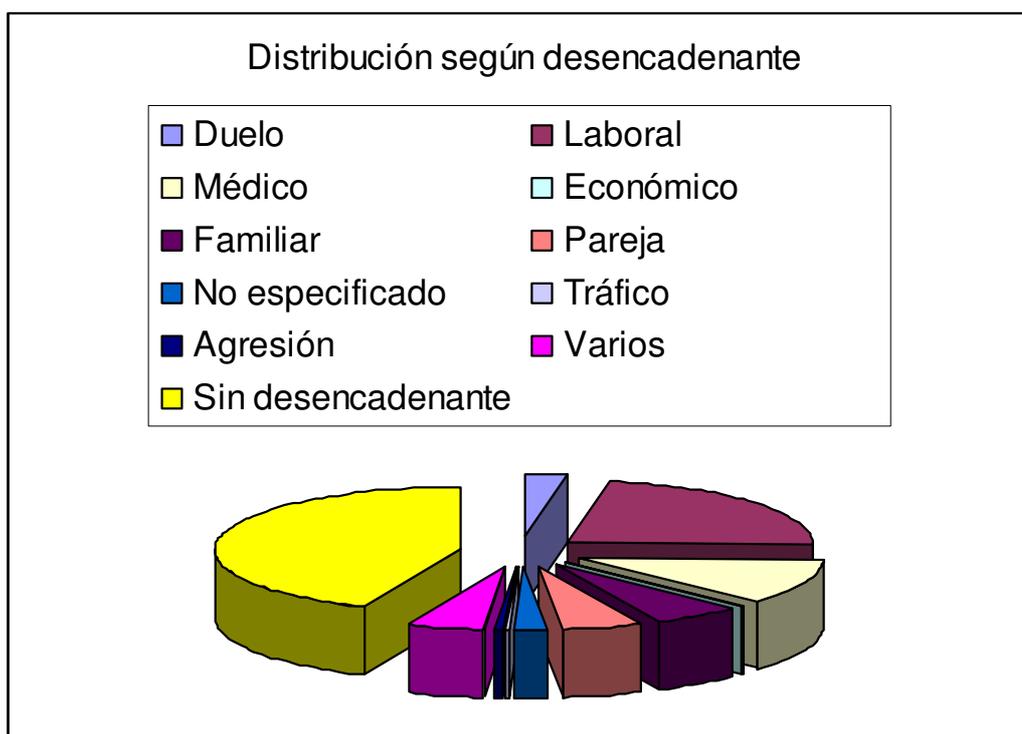
Distribución según diagnóstico:

- Trastornos del estado de ánimo: 369 casos (32,37%).
- Trastornos de ansiedad: 159 casos (13,95%).
- Trastorno de adaptación: 612 casos (53,68%).



Distribución de los casos según los desencadenantes referidos:

- Duelo: 32 casos (2,80%).
- Laboral: 255 casos (22,37%).
- Médico: 135 casos (11,84%).
- Económico: 2 casos (0,17%).
- Familiar: 66 casos (5,79%).
- Pareja: 60 casos (5,26%).
- Conflicto no especificado: 26 casos (2,28%).
- Tráfico: 5 casos (0,44%).
- Agresión: 4 casos (0,35%).
- Varios: 57 casos (5%).
- Sin desencadenante: 498 casos (43,68%).



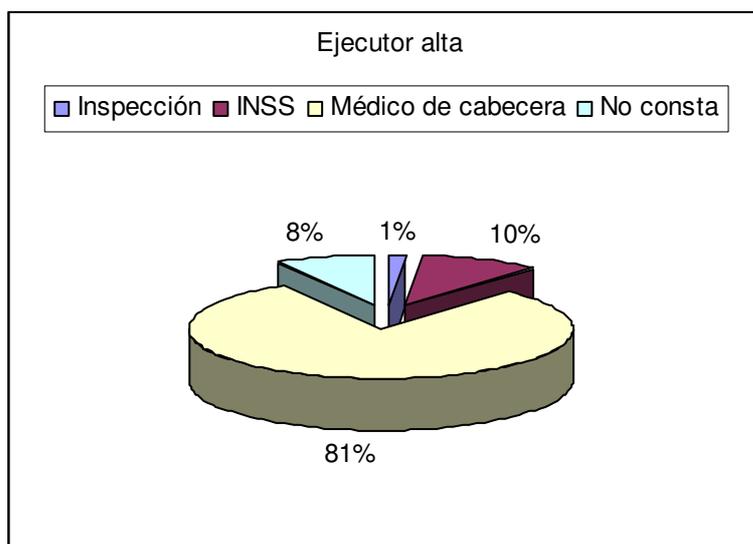
Distribución de los casos según la existencia o no de **recaída:**

- Casos con recaída: 147 casos (12,89%).
- Casos nuevos: 993 casos (87,11%).



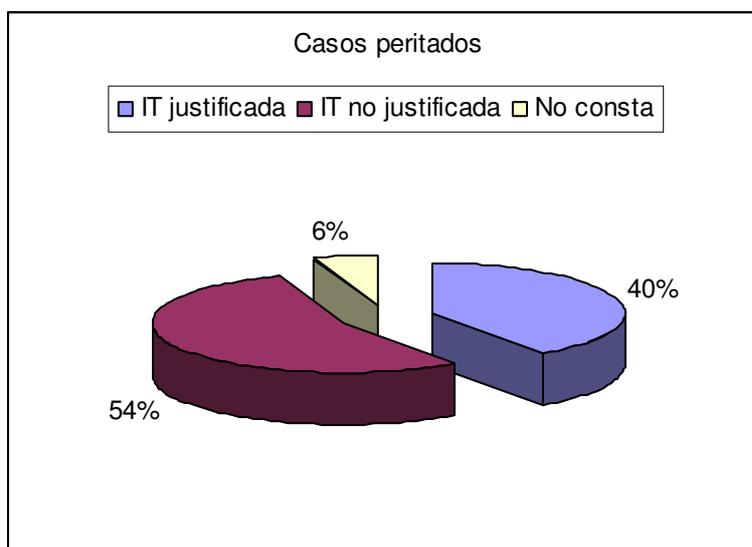
Distribución de los casos según el **ejecutor del alta:**

- Inspección: 17 casos (1%).
- INSS: 117 casos (10%).
- Médico de cabecera: 912 casos (81%).
- No consta: 94 casos (8%).



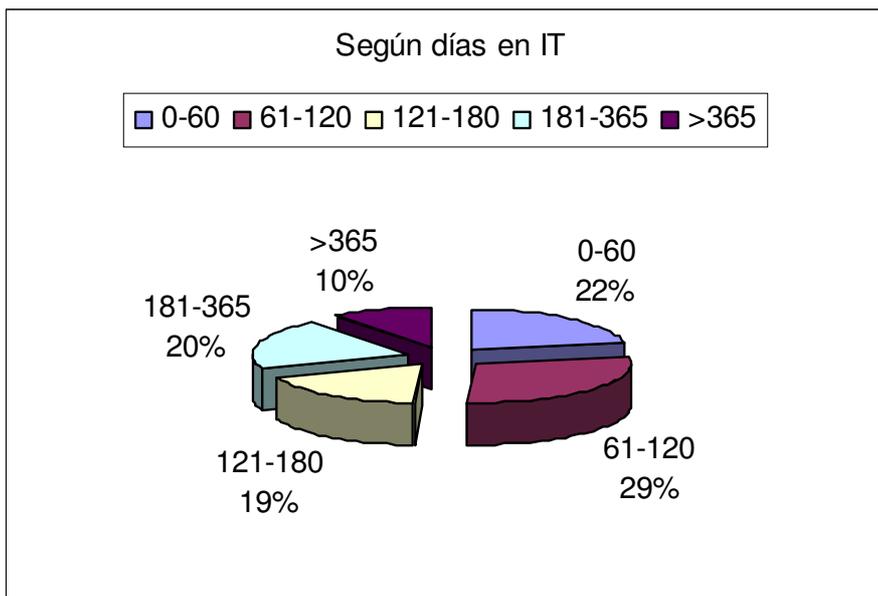
Distribución de los casos según realización de interconsulta con psiquiatra:

- Casos peritados: 265 (23%).
 - IT JUSTIFICADA: 107 casos (40,38%).
 - IT NO JUSTIFICADA: 143 casos (53,96%).
 - NO CONSTA: 15 casos (5,66%).
- Casos no peritados: 875 (77%).



Distribución de los casos según los días en IT:

- Hasta 30 días: 70 casos (6,14%).
- Hasta 60 días: 250 casos (21,93%).
- Entre 61 y 120 días: 330 casos (28,95%).
- Entre 121 y 180 días: 211 casos (18,51%).
- Entre 181 y 365 días: 230 casos (20,17%).
- Más de 365 días: 119 casos (10,44%).



Observamos que la mayoría de casos estaban de alta antes de 6 meses (791 casos correspondientes al 69,39%), y de estos la mayoría causaban alta entre los entre los 2 y 4 meses (330 casos correspondientes al 28,95%).

Del mismo modo evidenciamos que de los 791 casos de duración de IT menor de 6 meses:

-123 casos (15,55%) correspondían a trastornos de ansiedad. (De un total de 159 casos).

-251 casos (31,73%) correspondían a trastornos del estado de ánimo. (De un total de 369 casos).

- 417 casos (52,72%) corresponden a trastornos de adaptación. (De un total de 612 casos).

- Cuando comparamos los resultados observados en la duración de la IT, con los “**tiempos estándar de incapacidad temporal**” publicados por el **INSS**, en la práctica, no se corresponden con los nuestros. Según esta guía la mayoría de los trastornos de ansiedad deberían durar entre 20 y 30 días de IT; los trastornos adaptativos unos 20 días; los trastornos del estado de ánimo 90 días para los trastornos graves y de 45 a 60 días para el resto. En nuestros datos, sólo el 21,93% de los casos está de alta antes de los 60 días.

DURACIÓN DE LA IT REALIZANDO O NO PERITAJE PSIQUIÁTRICO.

De los 1140 casos se realizó interconsulta con psiquiatra en 265 (23,25%) y no se realizó en 875 (76,75%).

La duración media de la IT fue de **161,14** días y la de los casos peritados fue de **198,41** días.

CASOS PERITADOS.

De los 265 casos en los que se realizó interconsulta, el perito no encontró justificada la situación de IT en 143 (53,96%), encontrando la IT justificada en 107 de los casos valorados (40,38%). Encontramos 15 casos remitidos en los que no constaba el resultado del peritaje.

De los 143 casos no justificados, se realizó propuesta de alta en 124 ocasiones (86,71%), y no se realizó en 19 (13,29%).

CASOS PERITADOS CON IT INJUSTIFICADA Y CON PROPUESTA DE ALTA.

De los 124 casos en los que se realizó la propuesta de alta, la duración media entre la fecha en que se realizó la propuesta de alta y la fecha del alta fue de 61,14 días.

La duración media de la IT en estos 124 casos fue de **186** días.

CASOS NO PERITADOS CON PROPUESTA DE ALTA.

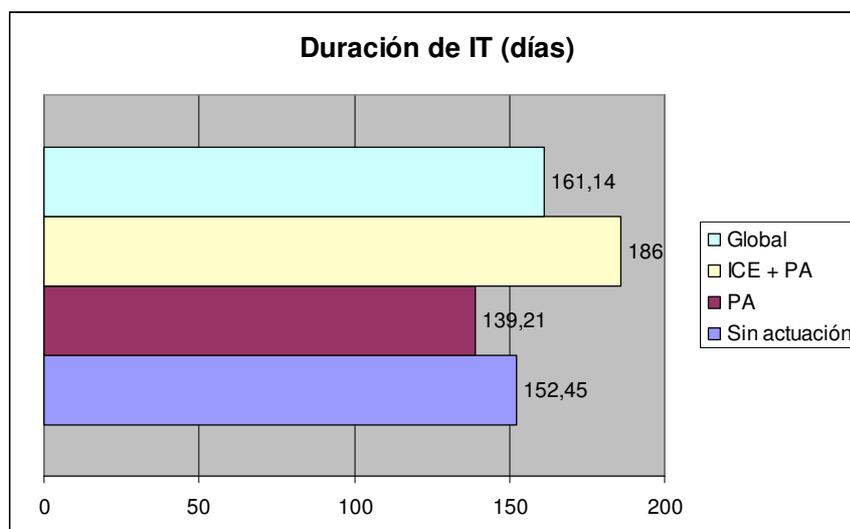
De los 875 casos no peritados se realizó propuesta de alta en 201 (22,97%), la duración media entre la fecha en que se realizó la propuesta y la fecha del alta fue de 33,54 días.

La duración media de la IT en estos 201 casos fue de **139,21** días.

CASOS SOBRE LOS QUE NO SE ACTUÓ.

En 674 casos del total de la muestra (59,12%), no se realizó, ni peritaje por especialista, ni propuesta de alta por el médico de la Mutua.

La duración media de la IT en estos casos fue de **152,45** días.



Si analizamos resultados **por tramos de duración de la IT** encontramos:

CASOS CON DURACIÓN DE LA IT HASTA 60 DIAS.

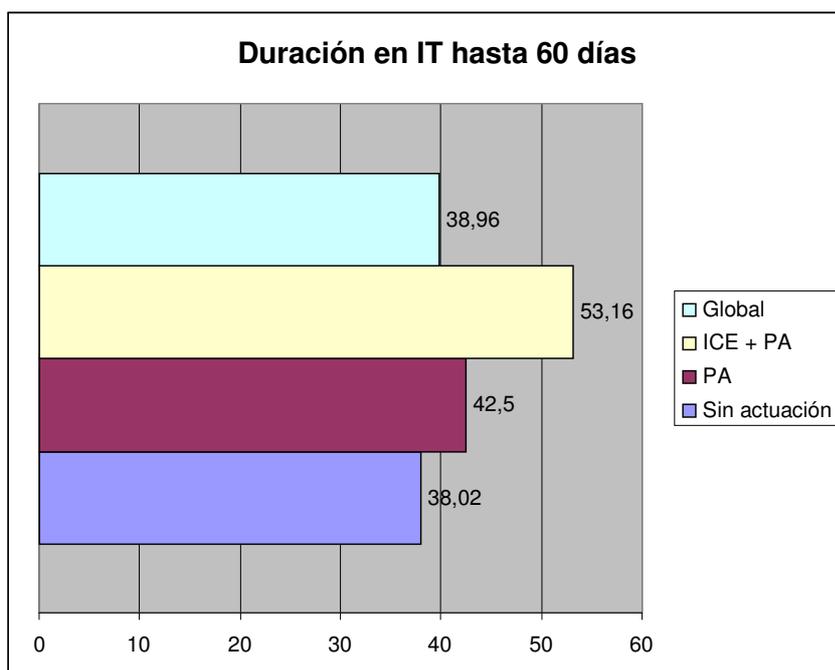
250 casos prolongaron su IT hasta 60 días con una duración media de **38,96** días.

En este grupo de casos, 22 fueron peritados por psiquiatra, encontrando la IT justificada en 7 casos y no justificada en 11 casos. En 4 de los casos no constaba el resultado del peritaje. La duración media de la IT en los casos peritados fue de **39,86** días.

De los 11 casos con resultado de IT injustificada, se realizó propuesta de alta en 6. La duración media en estos casos fue de **53,16** días.

Hubo 44 casos no peritados en los que se realizó propuesta de alta. La duración media de la IT en estos fue de **42,5** días.

En los 184 casos restantes, no se realizaron ni peritaje ni propuesta de alta. Tuvieron una duración media de IT de **38,02** días.



CASOS CON DURACIÓN DE LA IT ENTRE 61 Y 365 DÍAS.

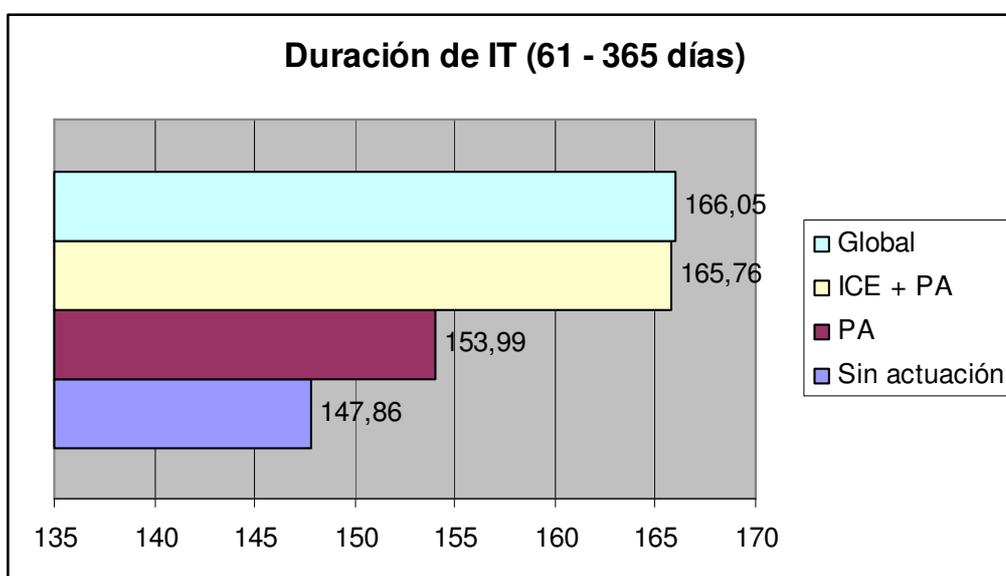
771 casos tuvieron una duración de IT entre 61 y 365 días con una duración media de **166,05** días.

En este grupo de casos, 208 fueron peritados por psiquiatra, encontrando la IT justificada en 83 casos y no justificada en 117 casos. En 8 de los casos no constaba el resultado del peritaje. La duración media de los casos peritados fue de **171,10** días.

De los 117 casos con resultado de IT injustificada, se realizó propuesta de alta en 105. La duración media en estos casos fue de **165,76** días.

Hubo 145 casos no peritados en los que se realizó propuesta de alta. La duración media de la IT en estos fue de **153,99** días.

En los 418 casos restantes, no se realizaron ni peritaje ni propuesta de alta. Tuvieron una duración media de IT de **147,86** días.



CASOS CON DURACIÓN DE LA IT MAYOR DE 365 DÍAS.

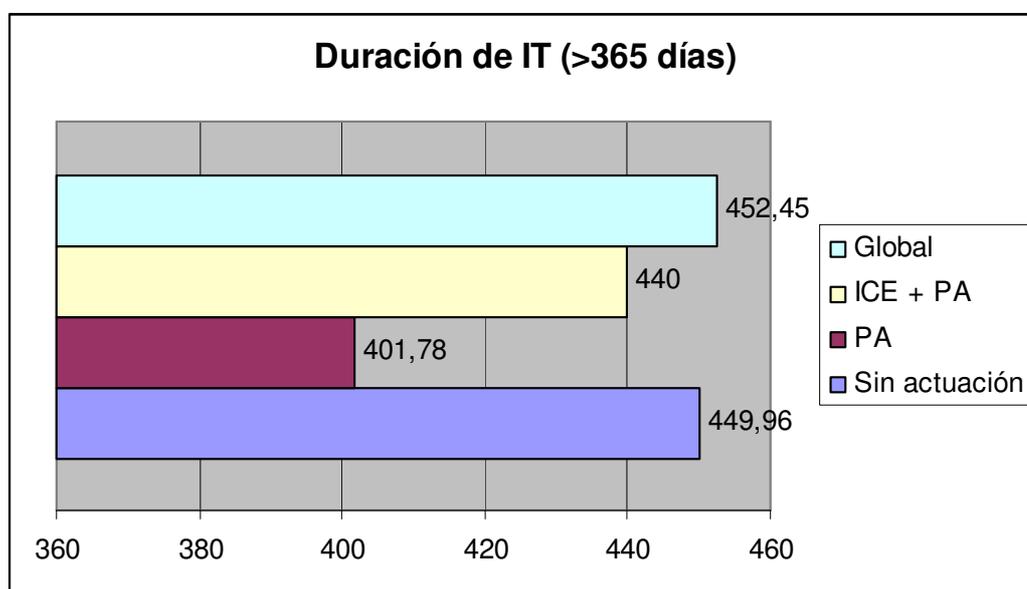
119 casos tuvieron una duración de IT superior a 365 días con una duración media de **452,45** días.

En este grupo de casos, 35 fueron peritados por psiquiatra, encontrando la IT justificada en 17 casos y no justificada en 15 casos. En 3 de los casos no constaba el resultado del peritaje. La duración media de los casos peritados fue de **460,37** días.

De los 15 casos con resultado de IT injustificada, se realizó propuesta de alta en 12. La duración media en estos casos fue de **440** días.

Hubo 9 casos no peritados en los que se realizó propuesta de alta. La duración media de la IT en estos fue de **401,78** días.

En los 75 casos restantes, no se realizaron ni peritaje ni propuesta de alta. Tuvieron una duración media de IT de **449,96** días.



Cabe decir que no apreciamos una uniformidad de criterios a la hora de solicitar la interconsulta. En la mayoría de los casos de breve duración y manejo por el médico de familia, si existía colaboración entre éste y el médico de ITCC y se prescindía de la interconsulta, y así ocurría también en aquellos casos en los que el propio especialista del Servicio Público de Salud que trataba al paciente nos hacía llegar la oportuna información.

En muchos casos se solicitó la interconsulta cuando se superaba la duración media estimada del proceso y, en cualquier caso, entendemos que el

médico de la Mutua solicitó esta valoración cuando tenía dudas razonables en cuanto a la justificación de la situación de incapacidad temporal y que la mayoría de estos casos habrían sido de difícil resolución si no se hubiera actuado sobre ellos.

Además, destacamos que a pesar de la realización de un gasto al realizar la interconsulta, en más de la décima parte de los casos (13,29%), aunque se había obtenido un informe en el que constaba que la situación de incapacidad temporal no estaba justificada, no se realizó actuación alguna (propuesta de alta).

COMPARACIÓN DE RESULTADOS ENTRE LA REGIÓN DE MURCIA Y LA PROVINCIA DE ALICANTE

Si analizamos los datos realizando una comparativa entre la Región de Murcia (centros de Murcia, Cartagena y Lorca) y la provincia de Alicante (centros de Elche, Alicante y Benidorm), encontramos.

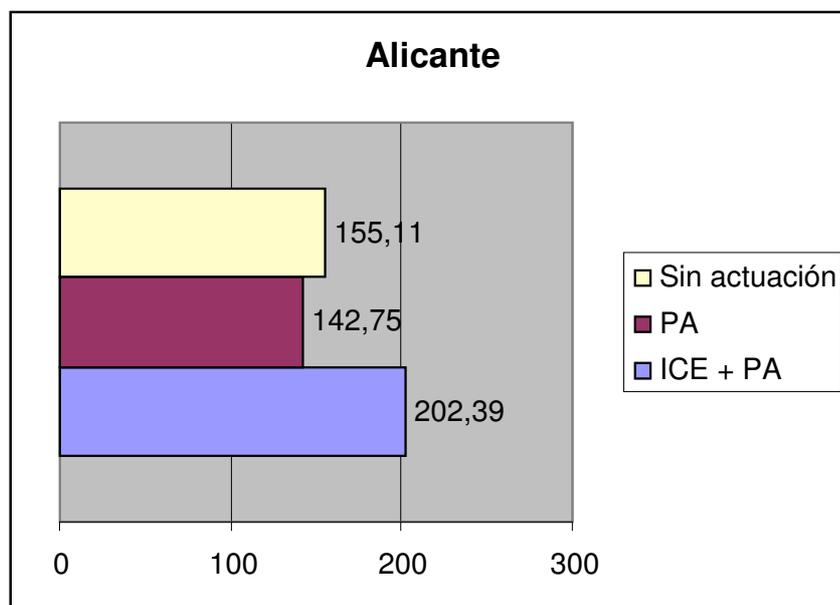
PROVINCIA DE ALICANTE:

Total de casos estudiados: **630**

-Se realizaron 125 interconsultas psiquiátricas, no encontrándose la IT justificada en 48 casos. Se realizó propuesta de alta en 46. La duración media de la IT en el grupo peritado con posterior realización de propuesta de alta fue de **202,39** días.

-En 106 casos el médico de la Mutua realizó propuesta de alta sin interconsulta con especialista previa. La duración media de la IT en este grupo fue de **142,75** días.

-En 399 casos no se realizó ninguna actuación. La duración media de la IT en los casos sobre los que no se actuó fue de **155,11** días.



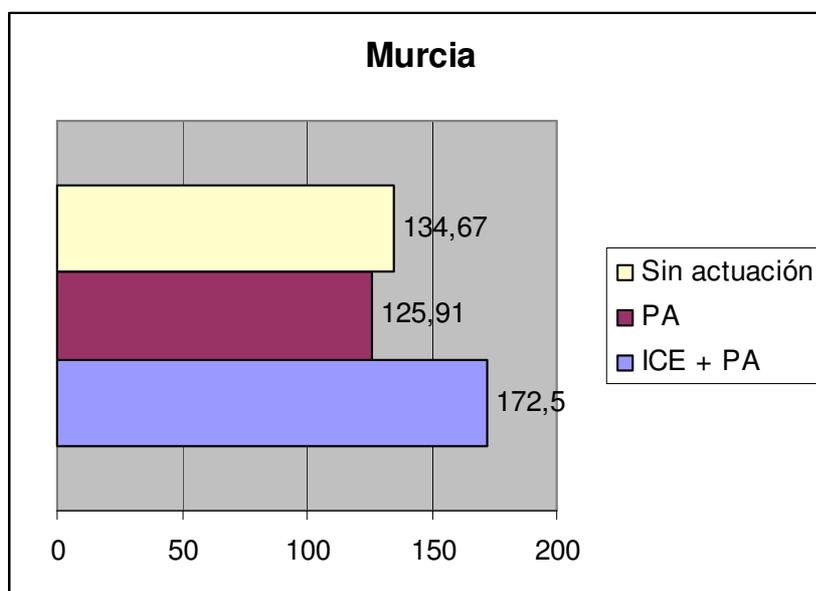
REGIÓN DE MURCIA:

Total de casos estudiados: **485**.

-Se realizaron 138 interconsultas psiquiátricas, no encontrándose la IT justificada en 95 casos. Se realizó propuesta de alta en 78. La duración media de la IT en el grupo peritado con posterior realización de propuesta de alta fue de **172,5** días.

-En 85 casos el médico de la Mutua realizó propuesta de alta sin interconsulta con especialista previa. La duración media de la IT en este grupo fue de **125,91** días.

-En 262 casos no se realizó ninguna actuación. La duración media de la IT en los casos sobre los que no se actuó fue de **134,67** días.



EJECUTOR DEL ALTA:

INSPECCIÓN MÉDICA.

- En 17 casos fue la Inspección Médica quien dio el alta con una duración media de días de baja de 193,59 días.

- En todos los casos se había realizado propuesta de alta siendo la duración media entre la propuesta de alta y el alta de 14,76 días.

- Sólo se realizó interconsulta psiquiátrica en dos casos no estando justificada la IT en uno, realizándose propuesta de alta siendo la duración entre ésta y el alta de 21 días.

INSS.

- En 117 casos fue el INSS quien dio el alta con una duración media de días de baja de 452,99 días. Todos los casos tenían una duración superior al año.

- De esos 117 casos, en 35 casos se realizó interconsulta psiquiátrica no encontrándose justificada la IT en 11 de ellos, realizándose propuesta de alta en todos, siendo la duración media entre la propuesta de alta y el alta de 265,09 días.

- En 13 casos se realizó propuesta de alta sin interconsulta previa siendo la duración media entre la propuesta de alta y el alta de 163,07 días.

- La duración media de la IT sin ningún tipo de actuación fue de 455,80 días.

MEDICO DEL SPS.

- En 912 casos fue el Médico del SPS quien dio el alta siendo la duración media de días de baja de 136,73 días.

- En 201 casos se realizó interconsulta psiquiátrica no encontrándose justificada la IT en 88 de ellos, realizándose en todos propuesta de alta, siendo la duración media entre dicha propuesta y el alta 41,01 días.

- En 112 casos se realizó propuesta de alta sin realizar interconsulta siendo la duración media entre dicha propuesta y el alta de 30,46 días.

- La duración media de la IT sin ningún tipo de actuación fue 114,95 días.

CONCLUSIONES.

Tras el estudio realizado, las **únicas conclusiones** que **aparentemente** podrían deducirse serían:

- La duración media de la incapacidad temporal es mayor en los casos con peritación psiquiátrica.

- Al considerar la totalidad de los casos estudiados nos encontramos con que las bajas de menor duración son aquellas en las que el médico de la Mutua realizó propuesta de alta sin solicitud de peritaje psiquiátrico (139,21 días) y posteriormente aquellas sobre las que no se actuó (152,45 días). Los pacientes con peritaje psiquiátrico, con resultado de IT injustificada y realización de propuesta de alta, tienen bajas más prolongadas (186 días) que la duración media global (161,14 días).

- Al analizar los resultados según la duración de la IT, vemos que en aquellas bajas que se prolongaron hasta 2 meses, la duración media de las mismas (38,96 días), fue muy similar a la del grupo de bajas sobre la que no se actuó (38,02 días), y aumentaron las duraciones medias en los casos en que hubo sólo propuesta de alta (42,5 días), o propuesta de alta acompañada de peritaje con resultado de IT injustificada (53,16 días).

- En las bajas que se prolongaron entre 2 meses y 1 año, los casos sobre los que no se actuó tuvieron una menor duración media (147,86 días), seguidos de aquellos sobre los que se realizó sólo propuesta de alta según criterio del médico de la Mutua (153,99 días). Aquellos con propuesta de alta acompañada de peritaje psiquiátrico con resultado de IT injustificada, tuvieron una duración muy similar (165,76 días) a la media (166,05 días).

- En los procesos de IT con duración superior al año, los casos que menos se prolongaron fueron aquellos en los que se realizó sólo propuesta de alta (401,78 días), seguidos de aquellos en los que se aportó además peritaje con resultado de

IT injustificada (440 días). Aquellos casos sobre los que se actuó, tienen una duración algo menor que la media (452 días).

- Al comparar los datos de la Región de Murcia y provincia de Alicante, pertenecientes a distintas Comunidades Autónomas, vemos que las duraciones medias de IT también se prolongan más cuando se realiza propuesta de alta acompañada de peritaje psiquiátrico. Las bajas de menor duración son aquellas en las que se hace sólo propuesta de alta según criterio del médico de la Mutua, seguidas por aquellos casos en los que no se actúa. Estos perfiles se repiten en Murcia y Alicante, siendo la única diferencia apreciada, que en la Región de Murcia todas las duraciones son algo menores.

- Finalmente al revisar quién fue el facultativo que ejecutó el alta, encontramos que en la inmensa mayoría de los casos fue extendida por el médico de cabecera (912 casos correspondientes al 81%) dato que entendemos como lógico aunque muchas de ellas, con el fin de evitar enfrentamientos en el SPS, son dadas a instancias de la Inspección y no directamente por la misma. El INSS resolvió en 117 casos (10%), todos ellos con duración superior al año .La inspección médica extendió el alta sólo en 17 casos (1%).

Estos resultados que técnicamente son los que los números nos ofrecen, nos llevarían a cuestionarnos si está justificado el gasto que supone la realización de una consulta con un especialista externo a la Mutua e incluso a concluir que no lo está.

Sin embargo, consideramos que bajo los datos estadísticos podemos vislumbrar **otras conclusiones** que entendemos como **más reales**, cuya ausencia ha sesgado los resultados matemáticos y que deben de servirnos para el manejo futuro de este grupo de pacientes:

- El procedimiento de seguimiento para este tipo de patología no es homogéneo. Es necesario el diseño y la puesta en marcha de un protocolo unificado, acompañado de una adecuada formación.

- Los propios SPS, en las diferentes comunidades autónomas, no actúan de forma homogénea en la gestión de la contingencia común.

- La cumplimentación de la Historia Clínica es bastante mejorable.

- La citación y el diagnóstico hay que realizarlo con más premura de tiempo.

- El peritaje surte efecto en los 2-3 primeros meses y permite establecer el pronóstico y la línea de actuación.

- Cuando el expediente cronifica, que no la patología, el peritaje es menos eficaz salvo para propuestas de incapacidad.

- El tratamiento en la mayoría de los casos debe instaurarse precozmente y la propuesta de alta cursarla aunque el paciente continúe en tratamiento salvo casos de riesgo a terceros.

- Debemos de insistir en las reiteraciones de las propuestas de alta.

BIBLIOGRAFÍA.

- Álvarez E, León L, Membrives C. Factores asociados a los Trastornos Mentales como causa de Incapacidad Temporal. VII Jornadas Técnicas andaluzas de Inspección de Servicios Sanitarios.2007.
- Antón F, Llorens G, Catalán J, Rodríguez M. Características evolutivas de la incapacidad temporal en un centro de salud. SEMERGEN 2009; 35 (6) 265-9.
- Bel P, Borén E, Altozano LL, Puentes I, Redondo R. Psiquiatría Guía de Gestión Asistencial en Contingencias Comunes.2009 ASEPEYO.
- Boletín Oficial de Estado. Ley 40/2007, de 4 de diciembre de medidas en materia de Seguridad Social. Artículo 1.Incapacidad temporal. BOE núm. 291,5.12.2007.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de la incapacidad temporal. BOE núm.235,29.9.2009
- Borrás L. Psiquiatría aplicada a la valoración de capacidad laboral. Conferencia de jornada presencial del Master de Medicina Evaluadora. Barcelona ,2009.
- Décima revisión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud (CIE-10), llevada a cabo por la OMS.
- Fernández E, Percas M, Pascual I, Arraras R, Visus M, Esquiroz I,"et al". Análisis de la incapacidad temporal por contingencia común en el servicio de prevención de riesgos laborales de las instituciones de la Comunidad Foral de Navarra. S.E.S.L.A.P. 2005; 1 (12) 5-12.
- González M, Mata I, Mena E. Trastornos de ansiedad-depresión en el entorno de la contingencia común. Master Universitario en Medicina Evaluadora; ed. 2006-2007.
- Instrucción nº P-035/03.0 relativa a la reorganización de la Mutua en áreas organizativas.2003 Asepeyo.
- Lázaro E, Valero H. Discapacidad laboral por trastornos mentales en trabajadores docentes.Rev. Cubana de Salud y Trabajo 2004; 5(2):26-30.
- López-Ibor J, Valdés (2002) M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson ISBN.

- Manual de prestaciones en incapacidad temporal. Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- Manual de Tiempos estándar de incapacidad temporal (2º edición). Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- Molina R. Evaluación de la incapacidad temporal en España. Ponencia en jornadas Ibermutuamur ,2003
- Novena revisión de la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud (CIE-9), llevada a cabo por la OMS.
- Plana M, Sampere M, López J. Factores que influyen en la duración de la incapacidad temporal por contingencia común. División Servicios Médicos MC Mutual.
- Rodríguez B. Sintomatología depresiva asociada al trabajo como causa de la incapacidad temporal en la Comunidad de Madrid. Mapfre medicina, 2005; 16 (3) 184-194.
- Royo M. La duración de la incapacidad laboral y sus factores asociados. Gaceta Sanitaria: Órgano Oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, ISSN 0213-9111,1999; 13 (3) 177-184.
- Sala T. La incapacidad laboral para trabajar derivada de enfermedad o accidente.1ª ed. España: Tirant los Blanch, 2005.