

Gestión del retorno al trabajo versus control del absentismo

Pere Boix^{a,b}, Fernando G. Benavides^b

doi: 10.12961/apr.2015.18.1.01

El control del “absentismo injustificado” y la mejora de la eficiencia en la gestión de las prestaciones por incapacidad temporal son las principales razones que ha esgrimido el Gobierno para diseñar un nuevo (y complicado) procedimiento de gestión de las bajas laborales por enfermedad común¹, en el que lo más destacado es el decisivo protagonismo de las mutuas desde el mismo momento en que el sistema sanitario público emite el primer parte de baja. La reforma ha generado reacciones críticas en diversas instancias, tanto por lo que significa de presión sobre el trabajador enfermo como por la duplicidad de criterio profesional que introduce entre los médicos del sistema nacional de salud y los de las mutuas.

El problema de las bajas laborales por enfermedad –impropiamente denominado ‘absentismo’ pues es una situación involuntaria– es una preocupación del máximo interés en todas sociedades industriales desarrolladas. Recientes trabajos comparando datos de España, Suecia y Holanda, así lo ponen en evidencia². Pero, contra lo que puede parecer a algunos, no se trata de un problema ni simple ni de fácil solución. De hecho, ha sido definido como un problema poliédrico por la diversidad de factores determinantes que lo condicionan, no todos ellos, ni siquiera los principales, de carácter médico³. En su etiología y pronóstico intervienen aspectos relacionados con la prevención de riesgos laborales (por ejemplo, manipulación de cargas pesadas) o con la promoción de la salud en el trabajo (sedentarismo), pero también con el clima laboral (apoyo de los mandos), con la conciliación de la vida familiar (cuidados de dependientes), con la eficiencia de los procesos de gestión sanitaria y administrativa de las bajas, con conflictos de intereses en el ámbito de las relaciones laborales o con las estrategias individuales y colectivas de afrontamiento de situaciones de discapacidad en el trabajo.

MODELO BIOPSIICOSOCIAL

La consideración de todos estos factores ha llevado sustituir el tradicional modelo biomédico, centrado en los problemas clínicos individuales, por un abordaje interdisciplinar del problema basado en el modelo bio-psico-social que trata de integrar las características individuales del trabajador (edad, personalidad, factores psicológicos, expectativas) con las variables del entorno laboral (factores ergonómicos del puesto de trabajo, entorno psicosocial, clima laboral) y los sistemas de relaciones (atención sanitaria, rehabilitación, apoyo familiar, sistema de compensaciones).

Esta nueva orientación ha desplazado el debate, la investigación y la intervención, más allá de la gestión basada en el control de contingencias, hacia la gestión del retorno al trabajo, que se ha convertido en el fundamento de las políticas más avanzadas en Europa, Australia y Norteamérica. Las políticas de retorno al trabajo tras una incapacidad temporal por causa médica consisten en favorecer buenas prácticas para conseguir la mejor rehabilitación del trabajador y su más rápida reincorporación a un trabajo que no conlleve riesgos para su salud, minimizando los costes para la empresa y optimizando la gestión de los sistemas de seguridad social⁴.

GESTIÓN DE CASOS

Este tipo de políticas se vienen aplicando con éxito desde hace más de una década especialmente en dos de las causas de baja con un mayor impacto sanitario y social: las lesiones osteomusculares y los trastornos mentales. Una de sus principales características es que no suelen aplicarse a bajas de duración inferior a 4 semanas, dado que las bajas de corta duración, aunque representan el 75% del total de procesos, sólo generan el 20% del gasto y en muchos casos se trata de procesos que se resuelven más o menos espontáneamente.

a Ergalog.

b Centro de Investigación en Salud Laboral, Universitat Pompeu Fabra.

Correspondencia:

Pere Boix
pboix@ergalog.com

amente, por lo que no resulta eficiente una intervención específica⁵. Esta realidad es constatable también en España ya que, según un informe de 2009 de la Agencia Estatal para la Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios, el 80% del gasto de las incapacidades temporales corresponde a bajas de más de 90 días⁶.

Las políticas de retorno al trabajo se basan en los principios de que el trabajo y la actividad son buenos para la salud y el bienestar de las personas, y que cuanto más tiempo está un trabajador de baja, menor es la probabilidad de que vuelva a trabajar. A partir de estas tesis se desarrollan estrategias de ajuste y adaptación del trabajo a las capacidades reales de la persona para hacer posible la reincorporación laboral precoz, siempre contando con el consentimiento informado del trabajador. Estas estrategias se aplican en paralelo y de forma coordinada con los procesos de asistencia médica y de prevención de riesgos laborales. El éxito de las mismas está en función de la generación de un clima de confianza entre empresa y trabajador basado en una comunicación fluida y transparente, en la capacidad de la empresa de adoptar medidas de flexibilización y adaptación del trabajo, y en la implicación de los distintos actores involucrados, especialmente mandos intermedios y representantes de los trabajadores, en una política de retorno al trabajo asumida por todos.

Desde la puesta en práctica de este tipo de políticas han venido desarrollándose investigaciones de evaluación de resultados y se han podido constatar incrementos en la tasa de retorno al trabajo en comparación con los procedimientos tradicionales de gestión de casos, así como importantes porcentajes de satisfacción (54-76%) entre los trabajadores, empresarios y representantes sindicales participantes en los procesos^{7,8}.

Llama la atención el escaso interés de nuestros gobernantes y organismos institucionales por este tipo de políticas, cuya efectividad está basada en pruebas científicas⁹, y su em-

peño en persistir en políticas de puro control administrativo. Bastaría con hacer una evaluación de las políticas que se proponen para comprobarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. RD 625/2014, de 18 de Julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. BOE núm. 176, de 21 de Julio.
2. Gimeno D, Bültmann U, Benavides FG, Alexanderson K, Abma FI, Ubalde-López M, et al. Cross-national comparisons of sickness absence systems and statistics: towards common indicators. *Eur J Public Health*. 2014;24:663-6.
3. Labriola M. Work environment factors associated with long-term sickness absence and return to work. PhD Thesis. National Institute of Occupational Health. Copenhagen; 2006.
4. MacEachen E, Clarke J, Franche RL, Irvin E. Workplace-based Return to Work Literature Review Group. Systematic review of the qualitative literature on return to work after in-jury. *Scand J Work Environ Health*. 2006;32:257-69.
5. Loisel P, Durand P, Abenhaim L, Gosselin L, Simard R, Turcotte J, et al. Management of occupational back pain: the Sherbrooke model. Results of a pilot and feasibility study. *Occup Environ Med*. 1994;51:597-602
6. Pérez-Durántez IG, coord. Evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal. Madrid: Ministerio de la Presidencia. Agencia Estatal para la Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios; 2009.
7. Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, et al. A population-based randomized clinical trial on back pain management. *Spine*. 1997;22:2911-8.
8. Loisel P, Gosselin L, Durand P, Lemaire J, Poitras S, Abenhaim L. Implementation of a participatory ergonomics program in the rehabilitation of workers suffering from sub-acute back pain. *Appl Ergonom*. 2001;32:53-60.
9. Institute for Work and Health. Seven 'principles' for successful return to work. IWH; March 2007 [citado 2 dic 2014]. Disponible en: <http://www.iwh.on.ca/seven-principles-for-rtw>