



Neurología Argentina

www.elsevier.es/neurolarg



Artículo original

El coste de la incapacidad temporal por cefaleas en España



María Teófila Vicente-Herrero^{a,*}, María Jesús Terradillos García^b,
María Victoria Ramírez Iñiguez de la Torre^c, Encarna Aguilar Jiménez^d,
Luisa Capdevila García^e y Ángel Arturo López-González^f

^a Especialista en Medicina del Trabajo, Grupo Correos, Valencia-España, Grupo Investigación Medicina del trabajo

^b Especialista en Medicina del Trabajo, Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Madrid-España, Grupo Investigación Medicina del trabajo.

^c Especialista en Medicina del Trabajo, Grupo Correos Albacete-España, Grupo Investigación Medicina del trabajo

^d Especialista en Medicina del Trabajo, INSS Valencia- España, Grupo Investigación Medicina del trabajo

^e Especialista en Medicina del Trabajo, MAPFRE, Valencia-España, Grupo Investigación Medicina del trabajo

^f Especialista en Medicina del Trabajo, Grupo Investigación Medicina del trabajo Islas Baleares, España,

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de marzo de 2014

Aceptado el 19 de mayo de 2014

On-line el 4 de julio de 2014

Palabras clave:

Incapacidad temporal

Cefaleas

Migraña

Migraña crónica

Costes por incapacidad temporal

R E S U M E N

Introducción: Las cefaleas constituyen un problema de salud pública en todos los países y conllevan un elevado coste económico, tanto directo como indirecto. Entre los indirectos destaca el referido a los días perdidos por incapacidad temporal (IT).

Material y métodos: Se revisa el número de procesos de IT habidos en España durante el año 2012 asociados a estas patologías, los días totales perdidos y su duración media, diferenciándolos en 3 bloques diagnósticos: cefalea tipo tensión, migraña y otras cefaleas. Para el cálculo de costes se toma como referencia el coste/día del salario mínimo interprofesional del 2012.

Resultados: Se contabilizaron en España 12.705 procesos de IT asociados a cefaleas, con un total de 137.481 días perdidos y un coste económico global estimado en 7.582.605,92 €, correspondiendo 279.464,54 € a cefalea tipo tensión, 3.215.193,46 € a migraña y 4.087.947,92 € al bloque mixto de cefaleas. En conjunto, suponen el 0,0560021% del coste total de la prestación económica de IT en España por todos los procesos, estimado en 5.076,15 millones de euros.

Conclusiones: El coste global de la prestación económica por IT de los procesos por cefaleas durante el año 2012 en España ha sido de 7.582.605,92€, correspondiendo 2.957.216,31 € al Instituto Nacional de la Seguridad Social y 4.625.389,61 € a las entidades colaboradoras (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social). Destacan las diferencias entre los distintos diagnósticos, con mayor número de procesos en

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: grupo.gimt@gmail.com, mtvh@ono.com (M.T. Vicente-Herrero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.05.003>

1853-0028/© 2014 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

el de migraña, así como la escasa repercusión de la migraña crónica, a pesar del interés que ha despertado en todos los países durante los últimos años.

© 2014 Sociedad Neurológica Argentina. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The cost of temporary disability for headaches in Spain

A B S T R A C T

Keywords:

Sick leave

Headache

Migraine

Chronic migraine

Temporary Sick leave cost

Introduction: Headaches are a public health problem in all countries and carry associated economic costs, both direct and indirect. In between the indirect costs we highlight those related to lost days for temporary disability.

Material and methods: The process number for temporary disability associated with headache in Spain in 2012, total lost days for temporary disability resulting and the average duration of these, will be reviewed in this paper in three large blocks of diagnoses associated with headache: tension-type headache, migraine and other headaches. To calculate costs we will take as reference the cost / day minimum wage in Spain in 2012.

Results: Over the year 2012 in Spain, 12.705 cases of temporary disability related to this disease were identified, which have generated 137,481 lost days of temporary disability and a global economic cost estimated at 7.582.605,92 €, corresponding to tension-type headache 279,464.54 €, migraine 3.215.193,46 €, mixed block and other types of headaches 4.087.947,92 €. As a whole, it have accounted for 0.0560021% of the total cost in temporary disability in Spain by all processes, estimated at 5.076.15 million.

Conclusions: The overall cost related to headaches temporary disability during 2012 in Spain has been 7.582.605,92 € and INSS has to pay for it 2.957.216,31€ and 4.625.389,61€ to MATEPSS. It highlights the differences between the three diagnostic groups, with the largest number of processes in the mixed group of headaches that in migraine and the limited impact of chronic migraine, despite the interest shown in all countries during the last years.

© 2014 Sociedad Neurológica Argentina. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Se define la incapacidad laboral en España como *el estado transitorio o permanente de una persona que, por accidente o enfermedad, queda mermada en su capacidad laboral*. Conceptualmente, puede entenderse como un desequilibrio entre las capacidades funcionales y los requerimientos de un puesto de trabajo, pudiendo ser ese desequilibrio transitorio (incapacidad temporal [IT]) o permanente (incapacidad permanente [IP]).

El Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social es la norma que recoge todas las disposiciones en materia de seguridad social de nuestro ordenamiento jurídico; los artículos 128 a 133 recogen la normativa básica acerca de la prestación por IT y los artículos 136 a 149 la relativa a la prestación de IP en sus 2 modalidades: contributiva y no contributiva¹.

La IT, además de una prestación económica del sistema de Seguridad Social, supone una prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Cubre así 2 vertientes: por un lado, la incapacidad para realizar la actividad laboral que es la base económica del usuario y, por otra parte, la recomendación desde un punto de vista médico de realizar un reposo y, por lo tanto, de no acudir al puesto de trabajo.

En España, la declaración de baja médica a efectos de la prestación económica por IT se formulará en el parte médico de baja expedido generalmente por el médico de Atención Primaria del Servicio Público de Salud, aunque en determinadas situaciones podrá ser expedido por un médico inspector del Servicio Público de Salud o del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Dicho parte es el que origina la iniciación de las actuaciones conducentes a la declaración o denegación del derecho al subsidio por IT.

Si bien la expedición del parte de alta médica corresponde, en general, también al médico de Atención Primaria del Servicio Público de Salud, hay otros facultativos con capacidad legal para ello: médicos inspectores del Servicio Público de Salud y del INSS.

Los diagnósticos que pueden dar lugar a una situación de IT se codifican siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 9.^a revisión (Códigos CIE-9-MC), que corresponde a la versión en español de la ICD, siglas de *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, y que determina la clasificación y codificación de las enfermedades, así como una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. La CIE-9 incorpora, además de los diagnósticos, una clasificación de procedimientos médicos y quirúrgicos, de causas externas y

de la morfología de las neoplasias. Los códigos CIE actualmente vigentes corresponden a la 8.^a edición española de la CIE-9-MC².

La aplicación eCIEmaps en el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España combina los recursos de terminología y clasificación de CIE-9-MC y CIE-10. Incluye además un *navegador de mapeos* (correspondencias o equivalencias entre códigos) para comparar código a código los recursos de las 2 clasificaciones.

En España, la mayoría de aplicativos informáticos utilizados en Atención Primaria por los Servicios Públicos de Salud usa la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP). La CIAP es una taxonomía de términos y expresiones utilizadas habitualmente en medicina general o de familia. Recoge los motivos (o razones) de consulta, los problemas de salud y el proceso de atención. Es un tipo de clasificación de terminología médica en el ámbito internacional. Cada Servicio Público de Salud realiza una transformación automatizada de los códigos CIAP a códigos CIE-9 para transmitir los diagnósticos de los partes de baja a la entidad gestora de la prestación de IT correspondiente.

Se valora en este trabajo la repercusión en costes indirectos por IT a cargo del INSS de los procesos asociados a las cefaleas, altamente prevalentes en la sociedad y considerados un problema de salud³, que agrupa a los diferentes tipos de dolores de cabeza, desde los más simples y esporádicos a los más incapacitantes, como migraña o cefaleas en racimo. Intervienen en su génesis y evolución factores muy diversos, entre los que se incluyen los socioculturales⁴.

Su etiología multicausal dificulta tanto la prevención como el adecuado tratamiento, ya sea profiláctico o sintomático, y conlleva el uso de fármacos, en ocasiones en forma de polimedicaciones, con el consiguiente riesgo de cronificación por sobreuso.

Como grupo de patologías prevalentes en la población⁵, las cefaleas tienen una repercusión socioeconómica y laboral asociada, tanto a las limitaciones del normal desempeño de los roles como persona, como en el desempeño de la actividad laboral⁶.

Como expresión de la trascendencia de las cefaleas en el mundo laboral, se ha desarrollado recientemente en España una herramienta informatizada cuantificadora del número y la intensidad de los episodios de cefalea y su repercusión en el trabajo, homogeneizando los resultados mediante la integración y el análisis de la información recogida sobre salud y trabajo, sirviendo al mismo tiempo de modelo predictivo adaptable a otras patologías, ofreciendo como resultado el riesgo teórico de afectación en la tareas laborales derivadas de la patología y sirviendo, por tanto, como herramienta orientadora de las medidas preventivas a adoptar⁷.

Son objetivos de este trabajo:

1. Determinar el número de procesos de IT habidos en España durante el año 2012 originados por cefaleas y sus variantes, mediante el recuento de los partes de baja cuyo diagnóstico fue cualquiera de los códigos CIE-9 relacionado con ellas.
2. Determinar el número total de días de IT originados por dichos procesos.
3. Determinar la duración media de cada proceso.

4. Cuantificar la repercusión de estas patologías en el global de los procesos de IT contabilizados en España a lo largo del año 2012.
5. Realizar una aproximación referencial al coste derivado de IT en base al coste/día establecido en el salario mínimo interprofesional (SMI) en España durante el año 2012.

Método

Se contabilizan los procesos de IT originados por cefaleas que han finalizado a lo largo del año 2012 —con independencia de la fecha de inicio del proceso de IT— y cuya prestación económica ha correspondido al INSS. Para ello se toma como indicador el diagnóstico del parte médico según la CIE-9, incluyendo grupos y subgrupos (92 en su conjunto), eligiendo para el estudio los relacionados con el concepto *cefalea*. Se cuantifican el número de procesos para cada código diagnóstico, el número total de días de IT a que han dado lugar dichos procesos y la duración media para cada uno de los diagnósticos.

Para un mejor manejo de los datos, los procesos se han agrupado en 3 grandes bloques por afinidad del diagnóstico:

- Cefalea tipo tensión.
- Migraña.
- Otras cefaleas: grupo mixto.

Se contabilizan los procesos relacionados con cefaleas según los códigos CIE utilizados en España para el manejo de la IT y cuya prestación económica correspondió al INSS. No se incluyen, por tanto, los procesos con duración inferior a 3 días en los que no se haya expedido parte de baja médica (puesto que la prestación económica de los 3 primeros días de ausencia por enfermedad corren a cargo del trabajador —salvo que en los acuerdos y convenios colectivos esté pactada la cobertura por parte del empresario—, no siempre se exige parte médico de baja si dicha ausencia es inferior a 3 días; no obstante esta matización, actualmente en España la tendencia de las empresas es a solicitar parte médico de baja y de alta sea cual sea la duración de la misma). Tampoco se han incluido en el estudio aquellos procesos de Incapacidad Temporal cuya prestación corrió a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), del ISM (Instituto Social de la Marina) ni de las Empresas Autoaseguradoras.

Los datos obtenidos de IT se corresponden con aquéllos cuya prestación corrió a cargo del INSS, debiendo realizarse una aproximación al global con los que corresponderían en su prestación a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), no incluyendo los del Instituto Social de la Marina (ISM), en su mayor parte ya asumidos por el INSS, ni por el de las empresas autoaseguradoras.

Al trabajarse con procesos de IT, se están incluyendo únicamente episodios de cefalea y otros diagnósticos afines que han afectado a población activa en el periodo de estudio (2012).

En lo que se refiere a los días de IT consumidos en cada proceso, en España los primeros 15 no conllevan gasto para la entidad gestora, puesto que corren por cuenta del empresario (con la matización de los 3 primeros, que pueden ser

Tabla 1 – Cifras totales de procesos de IT por cefaleas según códigos CIE 9

Tipo de cefalea	Número total de procesos de IT	Total de días de IT	Duración media en días de los procesos
Cefaleas tipo tensión	298	5.067	17
Otros tipos de cefaleas	4.434	74.119	16,7
Migraña y tipos	7.973	58.295	7,3

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS): Informe económico-financiero. Prestaciones económicas. Cuentas y balances del sistema de Seguridad Social. Clasificación Internacional de Enfermedades 9.^a revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/>

asumidos por el empresario o por el trabajador en función de los acuerdos particulares de cada empresa).

Se realiza un cálculo del coste teórico que supuso la IT generada por las cefaleas tomando como base el SMI para el año 2012, fijado en 21,51 euros/día o 645,30 euros/mes⁸, ya que para obtener el coste real se precisaría conocer la base de cotización de cada uno de los trabajadores que estuvo en situación de IT. Se presume que cualquier aproximación al gasto real siempre superará las cantidades calculadas en este estudio basadas en el SMI, que refleja la retribución mínima que percibirá el trabajador sin distinción de categoría profesional, jornada laboral o tipo de relación contractual (fijo, temporal). El valor que toma el SMI se fija cada año por el Gobierno mediante Real Decreto y para la determinación del mismo se tienen en cuenta factores como el índice de precios de consumo, la productividad media nacional alcanzada o el incremento de la participación del trabajo en la renta nacional.

Se ha tenido en cuenta en este trabajo, para realizar una aproximación al coste global, la proporción de afiliados cuyas contingencias comunes están cubiertas por el INSS y los que las tienen cubiertas por las MATEPSS. En la fecha del estudio, la relación es del 39% por el INSS y el 61% por las MATEPSS (estimaciones del Informe Económico Financiero de la Seguridad Social de 2012). Así pues, los gastos por prestación de IT calculados para el INSS se han extrapolado al porcentaje que correspondería a las MATEPSS para hallar el global del coste estimado por IT en las cefaleas.

Resultados

El número total de procesos de IT motivados por cefaleas a lo largo del 2012 ha sido de 12.705, con un total de 137.481 días

naturales en IT derivados de dichos procesos y una duración media de los procesos de 10,82 días (tabla 1).

Durante el año 2012, según cifras procedentes del Informe económico-financiero de la Seguridad Social, el 39% del gasto total en IT por contingencia común ha correspondido a las entidades gestoras (INSS e ISM), de las cuales es el INSS la prioritaria, siendo notablemente inferior la que corresponde al ISM, habiendo sido el gasto un 12,46% inferior al registrado en 2011. El 61% ha correspondido a las MATEPSS, donde también se ha reducido el gasto respecto al registrado en 2011, pero en menor medida que el de las entidades gestoras, el 3,08% (tabla 2).

El coste global estimado de los procesos de IT por cefaleas durante el año 2012 fue de 7.582.605,92 €, correspondiendo 279.464,54 € a los códigos de cefalea tipo tensión, 3.215.193,46 € a los códigos de migraña y 4.087.947,92 € al bloque mixto de códigos de otros tipos de cefaleas.

En cuanto a la prestación económica por entidad realizando el cálculo extrapolable anteriormente indicado, correspondió al INSS, como entidad gestora, un coste de 2.957.216,31 € y a las entidades colaboradoras (MATEPSS), 4.625.389,61 €.

Los procesos de IT con códigos CIE de migraña crónica, cuantificados de forma independiente, suponen en conjunto un coste global de 23.330,01 €, de los que 9.098,73 € corresponderían a la entidad gestora (INSS) y 14.231,35 € a las entidades colaboradoras (MATEPSS). Los resultados globales pueden verse en la tabla 3.

Extrapolando los datos del coste que estos procesos suponen por IT al INSS respecto al gasto total asumido por esta entidad gestora por todos los procesos causantes de IT que corresponden a contingencia común en España durante el

Tabla 2 – Gasto en IT por entidad y contingencia en 2012 (cifras en millones de euros)

Entidades gestoras						Mutuas				Total					
Tipo de contingencia						Tipo de contingencia				Tipo de contingencia					
CC		CP		CC		CP		CC		CP		CC		CP	
Cuantificación en cifras absolutas															
1.980,11 (€)		40,67 €		3.096,04 (€)		682,39 €		5.076,15 (€)		723,06 €					
Total 2.020,78 €				Total 3.778,43 €				Total 5.799,21 €							
Cuantificación en cifras porcentuales de incremento															
-12,46				-11,16				-3,08							
Total -12,43				Total -3,94				Total -7,08							

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Informe económico-financiero. Prestaciones económicas. Cuentas y balances del sistema de Seguridad Social.

Tabla 3 – Coste estimado de IT por cefaleas según coste/día SMI para 2012

Tipo de cefalea	Códigos CIE 9 utilizados en España	Total de días en IT	Coste estimado INSS 39%, en euros	Coste estimado MATEPSS 61%, en euros	Coste estimado global 100%, en euros
<i>Cifras estimadas de coste de IT por cefaleas (agrupadas)</i>					
Cefalea tipo tensión	5.067	108.991,17 €	170.473,37 €	279.464,54 €	
Otros tipos de cefaleas	74.119	1.594.299,69 €	2.493.648,23 €	4.087.947,92 €	
Migraña y tipos	58.295	1.253.925,45 €	1.961.268,01 €	3.215.193,46 €	
<i>Cifras estimadas de coste de IT por migraña según diagnósticos y códigos CIE 9 referenciados para España</i>					
Migrañas	Cód. 346	19.643	422.520,93 €	660.866,07 €	1.083.387 €
Migraña no especificada	Cód. 346.9	14.132	303.979,32 €	475.454,83 €	779.434,15 €
Migraña con aura	Cód. 346.0	9.643	207.420,93 €	324.427,61 €	531.848,54 €
Migraña sin aura	Cód. 346.1	7.954	171.090,54 €	267.603,15 €	438.693,99 €
Variantes de migraña, no clasificadas bajo otros conceptos	Cód. 346.2	4.012	86.298,12 €	134.979,11 €	221.277,23 €
Otras formas de migraña	Cód. 346.8	1.599	34.394,49 €	53.796,51 €	88.191 €
Migraña crónica sin aura	Cód. 346.7	757	16.283,07 €	25.468,39 €	41.751,46 €
Aura migrañosa persistente con infarto cerebral	Cód. 346.6	423	9.098,73 €	14.231,35 €	23.339,08 €
Aura migrañosa persistente sin infarto cerebral	Cód. 346.5	132	2.839,32 €	4.440,99 €	7.280,31 €
<i>Cifras estimadas de coste de IT por migraña crónica, según códigos CIE</i>					
Migraña crónica sin aura	Códigos ^a : 346.7, 346.70, 346.71, 346.72, 342.73	423	9.098,73 €	14.231,35 €	23.330,01 €

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS): Informe económico-financiero. Prestaciones económicas. Cuentas y balances del sistema de Seguridad Social. Clasificación Internacional de Enfermedades 9.^a revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/>

^a Códigos de migraña crónica utilizados en España-especificaciones: sin mención de migraña intratable ni mención de estado migrañoso, con migraña resistente al tratamiento, así indicada, sin mención de estatus migrañoso, sin mención de migraña resistente al tratamiento, con estatus migrañoso, con migraña resistente al tratamiento, así indicada, con estatus migrañoso.

año 2012 (5.076,15 millones de euros), los resultados porcentuales indican que suponen el 0,0560021% del coste total, correspondiendo el mayor porcentaje al bloque mixto de cefaleas, y el menor porcentaje a las cefaleas tipo tensión (tabla 4).

A pesar del elevado número de procesos de más de 15 días de duración incluidos en códigos diferentes a migraña crónica, los códigos CIE asociados a este diagnóstico tan solo han supuesto el 0,000179% del gasto global del INSS por IT en todas las patologías (tabla 5).

Discusión

El coste económico y la repercusión de las cefaleas han sido objeto de numerosos estudios en los últimos años, si bien estos se han centrado básicamente en los costes directos, en la repercusión en calidad de vida y en aproximaciones al coste laboral basados fundamentalmente en el equivalente en días perdidos tanto por ausencia al trabajo como por la merma en productividad^{9,10}.

Tabla 4 – Relación porcentual del coste de IT por cefaleas respecto al coste global por CC en 2012

Tipo de cefalea	Coste estimado a cargo del INSS (39%), en euros	Porcentaje respecto al gasto total del INSS en IT en 2012
Cefalea tipo tensión	108.991,17 €	0,0000021%
Otros tipos de cefaleas	1.594.299,69 €	0,031%
Migraña y tipos	1.253.925,45 €	0,025%

CC: contingencia común (enfermedad común, accidente no laboral).

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS): Informe económico-financiero. Prestaciones económicas. Cuentas y balances del sistema de Seguridad Social. Clasificación Internacional de Enfermedades 9.^a revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/>

Tabla 5 – Relación porcentual del coste de IT por migraña crónica respecto al coste global por CC en 2012

Coste estimado INSS (39%), en euros	Porcentaje respecto al gasto total del INSS en IT en 2012
9.098,73 €	0,000179%

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS): Informe económico-financiero. Prestaciones económicas. Cuentas y balances del sistema de Seguridad Social. Clasificación Internacional de Enfermedades 9.^a revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC). Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/>

Vistos de forma conjunta los procesos de IT motivados por todos los tipos de cefaleas destacan las diferencias cuantitativas halladas entre los distintos diagnósticos, con un mayor número de procesos incluidos en el grupo mixto de cefaleas, en detrimento de patologías consideradas altamente incapacitantes, como la migraña y, de forma concreta, la migraña crónica, entendida como aquella con duraciones superiores a 15 días durante periodos superiores a 3 meses consecutivos, que han adquirido importancia creciente en las publicaciones médicas realizadas durante la última década, tanto por su repercusión¹¹⁻¹³ como por el riesgo de sobreuso de medicación¹⁴ y con especial relevancia sociosanitaria y laboral¹⁵.

Las publicaciones científicas realizadas en los últimos años muestran comparativas de interés entre cefaleas migrañosas y no migrañosas, tomando como base encuestas poblacionales cuantitativamente importantes, referenciando duraciones de la IT superiores a 8 semanas/año, destacando las altas cifras de prevalencia que se manejan de estas patologías —el 46% de la población se considera afectada por estos trastornos—¹⁶ y considerando las comorbilidades asociadas¹⁷.

Llama la atención en este trabajo la elevada duración de cefaleas incluidas en los códigos de cefalea tensional (17 días de promedio) o en el grupo mixto de cefaleas (16,7 días de promedio), con cifras que, en ambos casos, superan los 15 días y que, probablemente, deberían estar incluidos en los códigos correspondientes de cefaleas crónicas, ateniéndose a la propia definición que de estos procesos recoge la International Headache Society en su revisión de 2006¹⁸ y que, contrariamente, engloban en esta revisión un escaso número de procesos, tal y como queda patente en la especificación realizada de forma individualizada para estos códigos en este trabajo y que parece orientar hacia una reflexión sobre la necesidad de un mejor conocimiento de los distintos tipos de cefaleas, sus diferentes criterios diagnósticos y la necesidad de una correcta codificación que permita extraer resultados epidemiológicos de interés en Salud Pública.

Este trabajo trata de cuantificar el coste sobre la base de datos objetivos, como son los procesos de IT contabilizados en España y cuya prestación económica correspondió al INSS relativos a cefaleas, y los días globales de IT a que dieron lugar tales procesos, tratando de realizar un cálculo de costes mínimos que sirva de punto de partida para planteamientos preventivos y para posteriores estudios que pudieran realizar otros autores.

Los resultados obtenidos en cuanto al coste han de ser valorados en su justa medida y como meramente orientativos, ya que se ha tomado como base para el cálculo económico un coste/día mínimo, el correspondiente al SMI; adicionalmente, el estudio asume diversos sesgos: por una parte, el modelo económico elegido, ya que se incluye únicamente población trabajadora; por otra parte, el haber trabajado únicamente con los procesos de IT cuya prestación correspondió al INSS; así mismo, se han contabilizado todos los días de duración de los procesos de IT, cuando la prestación de los primeros 15 días no es atribuible al INSS sino a la empresa (con la matización de que los 3 primeros días pueden estar costeados por la empresa o por el propio trabajador); a todo ello se une la dificultad para realizar el cálculo del gasto económico exacto, pues la prestación depende de la base de cotización a la Seguridad Social de cada trabajador en función del sector y la categoría profesional a la que pertenece el trabajador y del puesto de trabajo que ocupa, así como otras cuestiones paralelas que no resulta posible resolver en un trabajo aproximativo de estas características.

Algunos autores han llevado a cabo estudios similares en población general, aunque basados en encuestas, lo que resta objetividad a los resultados¹⁹, si bien se destaca la eficacia de los programas de intervención educativa y/o terapéutica realizados desde las empresas^{20,21}.

Así pues, se ha llevado a cabo un cálculo de coste económico por IT motivado por las cefaleas y diagnósticos afines en función de los días naturales transcurridos en IT y ajustado a cifras de coste mínimas; con ello se trata de evitar el ofrecer cifras mucho más elevadas que puedan inducir a errores por sobreestimación. Este mismo modelo de cálculo aproximativo ha sido desarrollado ya previamente por nuestro grupo para enfermedades de gran prevalencia, como diabetes²², enfermedades psiquiátricas²³, cáncer de colon²⁴, cáncer de mama²⁵ y lumbalgia²⁶, y pueden servir de base para posteriores estudios más completos en información de base o para colectivos específicos, al tiempo que posibilitan establecer comparativas entre los diferentes procesos estudiados.

Los resultados obtenidos en cuanto al número de procesos y a las jornadas consumidas en IT son lo suficientemente llamativos como para orientar a la necesidad de asumir actuaciones conjuntas por parte tanto de la medicina asistencial, como de la medicina laboral, tendentes a reducir la repercusión de estas afecciones en la capacidad laboral de los afectados mediante programas de control de la enfermedad y de integración del enfermo en el mundo del trabajo, sin que ello suponga un incremento en los costes de gestión de las empresas.

Se deduce que, en ocasiones, es conveniente realizar estudios de cálculo numérico como el actual sobre los procesos patológicos para tomar plena conciencia de su relevancia e implicaciones incluso, como en este caso, asumiendo sesgos que restan exactitud a los resultados pero que facilitan valorar la envergadura de las repercusiones que estas enfermedades originan. Cualquier actuación conjunta por parte de todos los sectores implicados que conlleve una reducción en el número de procesos de IT, en la duración de los mismos y en las jornadas laborales perdidas, con la consiguiente disminución en gasto económico tanto para los empresarios como para el sistema de Seguridad Social española, supondría un beneficio

económico y social que permitiría una optimización de los recursos a nuestro alcance además de implicar una mejora global del estado de salud de los trabajadores, con implicaciones integrales favorecedoras para el enfermo, la sociedad, las empresas y las instituciones públicas.

Cabe además plantearse si el gasto que suponen estas enfermedades por IT pudiera verse reducido con programas de formación e información ampliamente difundidos respecto a este grupo de enfermedades, teniendo en cuenta las limitaciones que las patologías y sus terapias representan, hecho respaldado por la bibliografía y en el que puede contarse también con el apoyo de las terapias rehabilitadoras²⁷.

Esta tarea debería incluir equipos multidisciplinares, que integren al Médico del Trabajo como especialista en los aspectos que incumben a la valoración de la aptitud del trabajador al conocer las limitaciones adaptativas o restrictivas asociadas a su patología y los riesgos laborales y exigencias que su puesto de trabajo pudiera implicar. La legislación española en prevención de riesgos laborales brinda herramientas al respecto, siendo la más destacada en este caso el concepto de *trabajador especialmente sensible*, señalado en el artículo 25 de la Ley 31/1995²⁸, que recoge el espíritu de otras legislaciones similares en los distintos países europeos al amparo de la Directiva Marco relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo²⁹.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- España. Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, de 20 de julio de 1974, n.º 173, p. 15081-15097.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Clasificación Internacional de Enfermedades 9.^a Revisión, Modificación Clínica (CIE9MC). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid: 2012 [consultado 22 Nov 2013]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC.8ed.pdf>
- Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, Katsarava Z, Lipton R, Scher A, et al. The global burden of headache: A documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia*. 2007;27:193-210.
- Sahler K. Epidemiology and cultural differences in tension-type headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2012;16:525-32.
- Yoon MS, Katsarava Z, Obermann M, Fritsche G, Oezuyurt M, Kaesewinkel K, et al. Prevalence of primary headaches in Germany: Results of the German Headache Consortium Study. *J Headache Pain*. 2012;13:215-23.
- Manzoni GC, Torelli P. Epidemiological classification and social impact of chronic headache. *Intern Emerg Med*. 2010;5 Suppl 1:S1-5.
- Esteban Buedo V, Vicente Herrero MT, Casanova Vivas S, Capdevila García L, Piñaga Solé M, Morató Moscardó L, et al. Cefaleas. Modelo para la cuantificación del riesgo y valoración de la aptitud laboral. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*. 2013;22:78-90.
- España. Real Decreto 1888/2011, de 30 de diciembre, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2012. Boletín Oficial del Estado de 31 de diciembre del 2011, n.º 315, p. 146680-146682.
- Serrano D, Manack AN, Reed ML, Buse DC, Varon SF, Lipton RB. Cost and predictors of lost productive time in chronic migraine and episodic migraine: Results from the American Migraine Prevalence and Prevention (AMPP) Study. *Value Health*. 2013;16:31-8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2012.08.2212>.
- Stewart WF, Wood GC, Bruce C, Buse DC, Runken MC, Lipton RB. Longitudinal change in migraine headache-days and indirect cost consequences. *J Occup Environ Med*. 2011;53:478-87, <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e31821488>.
- Lantéri-Minet M, Duru G, Mudge M, Cottrell S. Quality of life impairment, disability and economic burden associated with chronic daily headache, focusing on chronic migraine with or without medication overuse: A systematic review. *Cephalalgia*. 2011;31:837-50, <http://dx.doi.org/10.1177/0333102411398400>.
- Stewart WF, Bruce C, Manack A, Varon SF, Buse DC, Lipton RB. A case study for calculating employer costs for lost productive time in episodic migraine and chronic migraine: Results of the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *J Occup Environ Med*. 2011;53:1161-71, <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e31822cfff3c>.
- Stewart WF, Wood GC, Manack A, Varon SF, Buse DC, Lipton RB. Employment and work impact of chronic migraine and episodic migraine. *J Occup Environ Med*. 2010;52:8-14, <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181c1dc56>.
- Jonsson P, Linde M, Hensing G, Hedenrud T. Sociodemographic differences in medication use, health-care contacts and sickness absence among individuals with medication-overuse headache. *J Headache Pain*. 2012;13:281-90, <http://dx.doi.org/10.1007/s10194-012-0432>.
- Vicente-Herrero MT, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García LM, López González AA, Terradillos García MJ. Chronic migraine and work: Occupational risks and prevention. *Semergen*. 2013;39:316-24, <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2012.10.006>.
- Fiane I, Haugland ME, Stovner LJ, Zwart JA, Bovim G, Hagen K. Sick leave is related to frequencies of migraine and non-migrainous headache —The HUNT Study. *Cephalalgia*. 2006;26:960-7.
- Kessler RC, Shahly V, Stang PE, Lane MC. The associations of migraines and other headaches with work performance: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Cephalalgia*. 2010;30:722-34, <http://dx.doi.org/10.1177/0333102410363766>.
- Headache Classification Committee. New appendix criteria open for a broader concept of chronic migraine. *Cephalalgia*. 2006;26:742-6.
- Sokolovic E, Riederer F, Szucs T, Agosti R, Sándor PS. Self-reported headache among the employees of a Swiss university hospital: Prevalence, disability, current treatment, and economic impact. *J Headache Pain*. 2013;14:29, <http://dx.doi.org/10.1186/1129-2377-14-29>.
- Page MJ, Paramore LC, Doshi D, Rupnow MF. Evaluation of resource utilization and cost burden before and after an employer-based migraine education program. *J Occup Environ Med*. 2009;51:213-20, <http://dx.doi.org/10.1097/JOM.0b013e318192bcd1>.
- Vicente-Herrero T, Burke TA, Laínez MJ. The impact of a worksite migraine intervention program on work productivity, productivity costs, and non-workplace

- impairment among Spanish postal service employees from an employer perspective. *Curr Med Res Opin.* 2004;20:1805-14.
22. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García LM, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, López-González AA. Costs of temporary disability in Spain related to diabetes mellitus and its complications. *Endocrinol Nutr.* 2013;60:447-55, <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2013.02.004>.
23. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García LM, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, López-González AA. Sick leaves caused by psychiatric diseases in Spain during 2011. *Rev Med Chil.* 2013;141:248-54, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000200015>.
24. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García LM, López González AA. Colorectal cancer in Spain: Temporary disability and preventive occupational strategies. *Rev Gastroenterol Mex.* 2013;78:75-81, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmex.2013.01.005>.
25. Vicente Herrero MT, Terradillos García MJ, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, Aguilar Jiménez E, López González A. El cáncer de mama en España. Aproximación a su coste económico por incapacidad temporal durante 2010. *Gamo.* 2012;11:351-7.
26. Vicente-Herrero MT, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L, López-González A, Terradillos García MJ, Aguilar Jiménez E, et al. Las enfermedades de la columna lumbar y su relación con el trabajo en España. Fundación MAPFRE. *Revista Seguridad y Medio Ambiente.* 2012;32:34-47.
27. Becker A. Health economics of interdisciplinary rehabilitation for chronic pain: does it support or invalidate the outcomes research of these programs? *Curr Pain Headache Rep.* 2012;16:127-32, <http://dx.doi.org/10.1007/s11916-012-0249-z>.
28. España. Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, de 10 de noviembre de 1995, n.º 269; p. 32590-32611.
29. Directiva 89/391/CEE del Consejo, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. DOUE de 29 de junio de 1989, n.º 183; p. 1-8.