

## **Asistencia a pacientes con discapacidad para el trabajo de origen musculoesquelético**

Juan Ángel Jover Jover

*Jefe de Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

Las enfermedades musculoesqueléticas tienen una elevada incidencia, tienden a la cronicidad y poseen un gran potencial incapacitante, sin causar una

gran mortalidad. Debido a estas características, crean mucha discapacidad en los pacientes que la padecen y una elevada demanda asistencial. El 20% de las visitas en atención primaria tiene un origen o tiene una consulta que es de origen musculoesquelético. Las enfermedades de origen musculoesquelético originan dos grandes tipos de problemas en el mundo occidental: la discapacidad para el trabajo en la población activa, que produce pérdida de productividad a corto y a largo plazo (procesos de incapacidad temporal (IT) y de invalidez permanente (IP)), y la discapacidad física en ancianos con dependencia de terceros y generación de un coste social muy elevado. Son la segunda causa de costes directos dentro de cualquier tipo de patologías, tanto en asistencia a agudos como en cuida-

dos a largo plazo, y la primera causa de costes indirectos. Las enfermedades musculoesqueléticas son la primera causa de IP con más del 30% de los procesos, la segunda causa de IT, tras los catarros comunes, con el 20% de los procesos y producen una pérdida de productividad con un coste estimado entre 300 y 400 mil millones de pesetas al año en nuestro país.

Los procesos de IT musculoesquelética en la Comunidad Autónoma de Madrid representan alrededor del 17-18% del total de incapacidades temporales. Los días de IT representan el 22% (una media de 42 días), porque normalmente los procesos musculoesqueléticos son más largos que otros procesos. El coste en pagos de compensaciones (incluido lo que pagan las empresas) asciende a casi 30 mil millones de pesetas sólo en la Comunidad Autónoma de Madrid, sin incluir otro tipo de costes como, por ejemplo, los de transporte.

Los pacientes con enfermedades musculoesqueléticas e incapacidad temporal puntúan muy bajo cuando se les aplican tests de calidad de vida (cuestionario de Roser), además están en una situación de distrés.

La historia natural del episodio de IT producido por las enfermedades musculoesqueléticas está descrita desde hace muchos años. En los primeros 30-50 días se produce una bajada muy rápida de la curva, que se corresponde con que la mayoría de los pacientes pasan a estar de alta aproximadamente a los 20 días. El otro tramo de la curva se hace paralelo al eje de ordenadas, son los pacientes que se quedan en estado de IT (fig. 1).

En un grupo de pacientes seguidos durante un año se observó que una parte relativamente importante de los mismos tenían más de una IT (20%). Un nú-

mero relativamente alto de estas IT recurrentes derivaban a valoración de IP (2,5%). De éstos, al 1,2% se les concedió la IP. Estas enfermedades impiden a las personas, de manera funcional, volver a hacer una vida normal en un porcentaje importante de los casos y tienen múltiples recidivas.

Los recursos asistenciales que consumen los pacientes con IT musculoesquelética son muy elevados. Para el grupo de pacientes seguidos, los costes calculados fueron de 208 millones de pesetas. Siendo el mayor coste el asociado a rehabilitación, seguido del de fármacos, estancias quirúrgicas, urgencias (hacen un uso intensivo de urgencias), estancias médicas y en otras técnicas diagnósticas y terapéuticas.

El proceso de discapacidad laboral es bastante complejo. Están enlazados el proceso sociosanitario (con implicación de factores individuales, colectivos, organización asistencial...), el proceso sociolaboral (con implicación de la actividad económica, las relaciones laborales y la salud laboral) y el proceso administrativo (que implica la legislación, el pago de compensaciones, el control y la gestión).

Nuestra experiencia ha sido intentar simplificar el proceso al máximo. A partir de los partes de baja se identificaron los pacientes y se realizó una intervención temprana y especializada. Se desarrollaron protocolos estandarizados de actuación, educación y prevención secundaria y terciaria, un seguimiento longitudinal muy intenso hasta la resolución del proceso de IT y, mientras que el paciente está de baja, se le suministran los partes de baja, las recetas y los informes de discapacidad. Tras esta intervención se ha logrado que un mayor número de pacientes no entren en la curva de cronicidad (fig. 2).

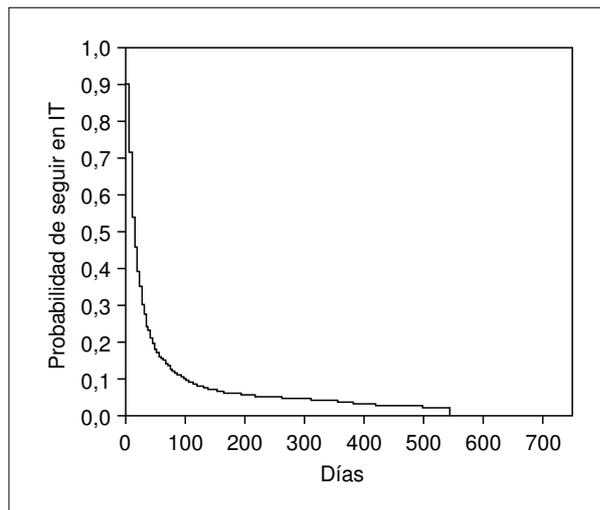


Figura 1. Aspectos sanitarios: historia natural del episodio de IT-ME. IT-ME: incapacidad transitoria por enfermedad musculoesquelética.

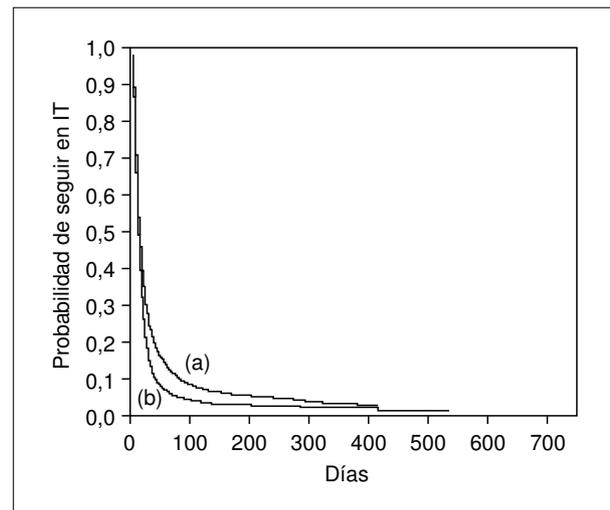


Figura 2. Episodio de IT-ME: comparación de resultados entre la evolución libre (a) y la evolución en el contexto de un programa de intervención terapéutica (b).

---

Como resultados se han obtenido una disminución del riesgo de IT sucesivas, un número menor total de días de baja y una disminución de los costes directos e indirectos (50%). Y el número de IP es también menor. Mediante una pronta actuación en la discapacidad se consigue que un menor porcentaje de IT pase a IP.

Considerando la discapacidad para el trabajo como un indicador de salud, los pacientes con IT muscu-

losquelética constituyen un objetivo estratégico de estudio e intervención, para disminuir el impacto de las enfermedades musculoesqueléticas en la sociedad y los programas asistenciales dirigidos a pacientes con IT, además resultan eficientes en el control de costes. Sería interesante seguir avanzando en este tipo de intervenciones específicas, si queremos que el impacto de estas enfermedades sea menor en el conjunto de la sociedad.