

Eficacia, evaluación económica y satisfacción del paciente con discapacidad laboral de origen musculoesquelético en el Programa IT-ME 99 del área 4 de la Comunidad de Madrid

Revenga Martínez M*, Bachiller Corral FJ*, Jover Jover JA**, Zea Mendoza AC*

* Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

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

e-mail: mrengam.hrc@salud.madrid.org

Resumen

Objetivo: Evaluar si un programa de intervención sobre trabajadores en incapacidad temporal por enfermedades musculoesqueléticas (IT-ME) es coste-eficiente, pues son frecuente causa de discapacidad para el trabajo y de pérdida de productividad.

Métodos: Estudio de intervención prospectivo, aleatorizado, controlado, no ciego para pacientes ni médicos. Con periodos de inclusión y seguimiento de 1 año cada uno, en una población diana de trabajadores activos del Área 4 de la Comunidad de Madrid. El grupo control (GC) recibió la atención actual Primaria-Especializada. El grupo intervención (GI) fue tratado en un programa específico, por reumatólogos, en base a unos protocolos clínicos y educación del paciente en su autocuidado. Las variables de eficacia fueron días de baja por IT-ME y número de pacientes que progresaron a incapacidad permanente (IP). El análisis estadístico se realizó por intención de tratar.

Resultados: Se incluyeron 4.890 pacientes, 3.045 en GC y 1.845 en GI, que acumularon 6.197 procesos de IT-ME. Estos procesos fueron más cortos en el GI (29 contra 42,7 días de media, $p < 0.005$), y además menos pacientes recibieron compensaciones por IP [11(0,6%) contra 44(1,4%)]. Los costes directos e indirectos fueron más bajos en el GI que en el GC. Para ahorrar un día de IT-ME se invirtieron 4,85€ (coste-eficacia) y por cada 1€ invertido en el programa se ahorró 10,85€ (coste-beneficio). El beneficio neto del programa fue de 1.545.083€.

Conclusiones: Este programa aportó a la población del Área 4 una mejoría sobre la IT e IP de origen musculoesquelético coste-efectiva y con satisfacción del paciente.

Palabras clave: Discapacidad laboral, Enfermedades musculoesqueléticas, Evaluación económica.

Efficacy, economic evaluation and patient satisfaction with musculoskeletal work disability in the IT-ME 99 Program of Health District 4 of the Comunidad de Madrid

Abstract

Objective: To evaluate whether an intervention program offered to patients with recent-onset work disability caused by musculoskeletal disorders (MSD) is cost-effective. MSD are frequent cause of work disability and productivity losses.

Methods: Prospective, randomized, controlled and unblinded intervention study. Inclusion and follow-up periods lasted 12 months each. Patients with MSD-related temporary work disability in Health District 4 of the Comunidad de Madrid. Control group (GC) received standard primary-specialized care. Intervention group (GI) received a specific program, administered by rheumatologist, delivered in regular visits and included clinical management protocols and education on self-management. Efficacy variables were days of temporary work disability and number of patients with permanent work disability. Data were analyzed on an intention-to-treat basis.

Results: 4,890 patients were included, 3,045 in GC and 1845 in GI, generating 6,197 episodes of MSD-related temporary work disability. These episodes were shorter in GI than GC (mean, 29 days compared 42.7 days, $P < 0.005$), and fewer patients received long-term disability compensation in GI [11(0.6%) compared 44(1.4%)]. Direct and indirect costs were lower in GI than GC. To save one day of temporary work disability, it is necessary to invest 4.85€ in the program. Each 1€ invested in the program brought a benefit of 10.85€. The net benefit of the program was 1,545,083€.

Conclusions: This program, offered to the population of Health District 4, improves short and long-term work disability outcomes and is cost-effective.

Key words: Work disability, Musculoskeletal disorders, Economic evaluation.

Introducción

Las enfermedades reumáticas, también denominadas enfermedades musculoesqueléticas, o del aparato locomotor, constituyen en la actualidad uno de los principales problemas de salud de la población en países occidentales^{1,2}. Presentan una elevada incidencia y prevalencia, suponen el 40% de las enfermedades crónicas, con notable tendencia a la cronicidad

y a la discapacidad para el trabajo y las actividades de vida diaria^{3,4}. Todo ello provoca un gran impacto socioeconómico con importantes consecuencias para el individuo y para la sociedad, tanto a nivel personal como laboral, equivalente al 1,3% de PIB de Estados Unidos⁵⁻⁸. A nivel personal, esta disminución de la función y su consecuente discapacidad, producen un deterioro de las actividades personales, laborales e incluso de ocio. Y



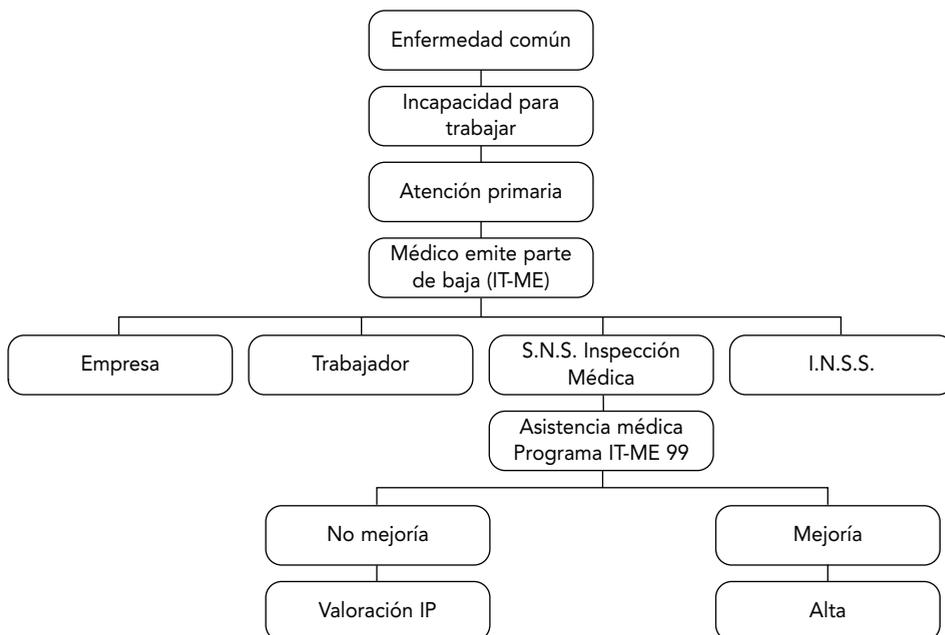
en los mayores, puede ser incluso causa de pérdida de su independencia. A nivel laboral, las enfermedades musculoesqueléticas constituyen la segunda causa de discapacidad para el trabajo a corto plazo o Incapacidad Temporal (IT), tan sólo por detrás de los procesos de vías respiratorias altas, y la primera causa en discapacidad laboral a largo plazo o Incapacidad Permanente (IP)^{9,10}. La situación de IT conlleva la existencia de una doble merma para el trabajador, la pérdida de salud y de la capacidad para generar el salario que permita el sostenimiento personal y en muchos casos de la unidad familiar.

En los últimos años, el aumento en el número de procesos de IT y el elevado volumen de las prestaciones sociales relacionadas con la incapacidad e

invalidez es también motivo de preocupación, no sólo a nivel sanitario, sino empresarial y sindical, por la sobrecarga social y económica que representa para la Empresa y para el Sistema Nacional de Salud (SNS) e Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)¹¹⁻¹³.

Por último, dada la gran complejidad y la magnitud del problema socioeconómico causado por la IT de origen musculoesquelético (ITME) se propuso analizar las consecuencias de un programa asistencial específico y especializado donde se atendiera de forma precoz a pacientes que se encontraran en situación de incapacidad laboral temporal (IT) de origen musculoesquelético, recibiendo un enfoque asistencial selectivo que fuera más allá de las mejoras administrati-

Figura 1. Proceso administrativo de la IT



vas o sanitarias de carácter general. De modo que contribuyéramos a la búsqueda de soluciones que permitieran disminuir su impacto, y pudiéramos gestionar del mejor modo posible los limitados recursos disponibles para afrontar un continuo aumento de demanda de servicios.

Método

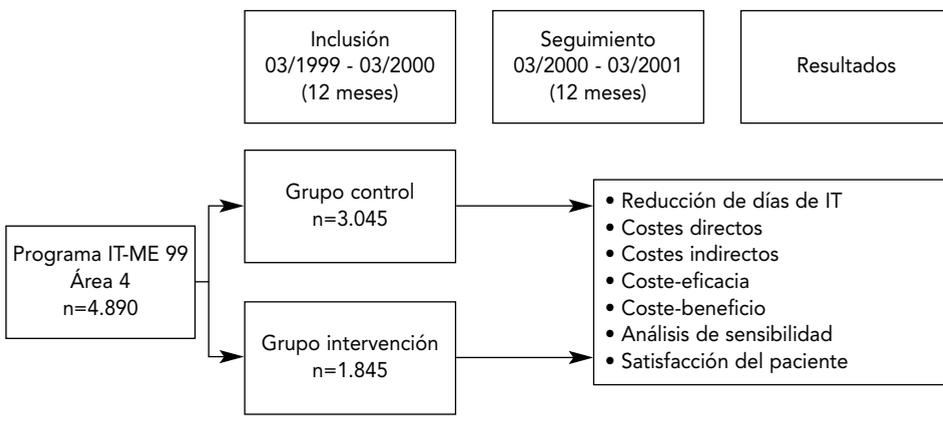
En Madrid, de una población de aproximadamente 5,5 millones de personas, el 98% reciben asistencia sanitaria del Instituto Madrileño de la Salud (IM-SALUD), divididos en 11 áreas sanitarias. Cuando un paciente trabajador enfermo no puede realizar sus tareas laborales, se le extiende un parte de baja y desde ese momento recibe una compensación económica por parte del Instituto Nacional de la Seguridad social (INSS), dependiente del Ministerio de Trabajo. Esta situación administrativa será semanalmente revisada en la consulta de AP hasta el momento de la resolución del proceso que le apartó de su trabajo, reincorporándose al mismo tras la firma del parte de alta médi-

ca. Si transcurriesen más de 18 meses de baja o se prevé que la recuperación es posible, será propuesto para una incapacidad permanente y evaluado por el INSS, en el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI), que determinará el tipo de incapacidad que le corresponde (Figura 1).

Realizamos un estudio prospectivo, aleatorizado, controlado, no ciego para pacientes ni médicos, por intención de tratar, para demostrar que nuestra intervención clínica podría mejorar los resultados de los pacientes con Incapacidad Temporal Musculoesquelética (IT-ME) de reciente comienzo. El estudio comenzó el 15 de Marzo de 1999, con la selección y aleatorización de pacientes durante el primer año del estudio, y el seguimiento se prolongó durante un año más (Figura 2).

Se seleccionaron todos los 21 Centros de Atención Primaria del Área 4 de la Comunidad de Madrid, con 262 médicos generales y de familia, en base al número de personas activas atendidas, organización asistencial, relación con Inspección Médica y a la disponibili-

Figura 2. Cronograma del programa IT-ME 99

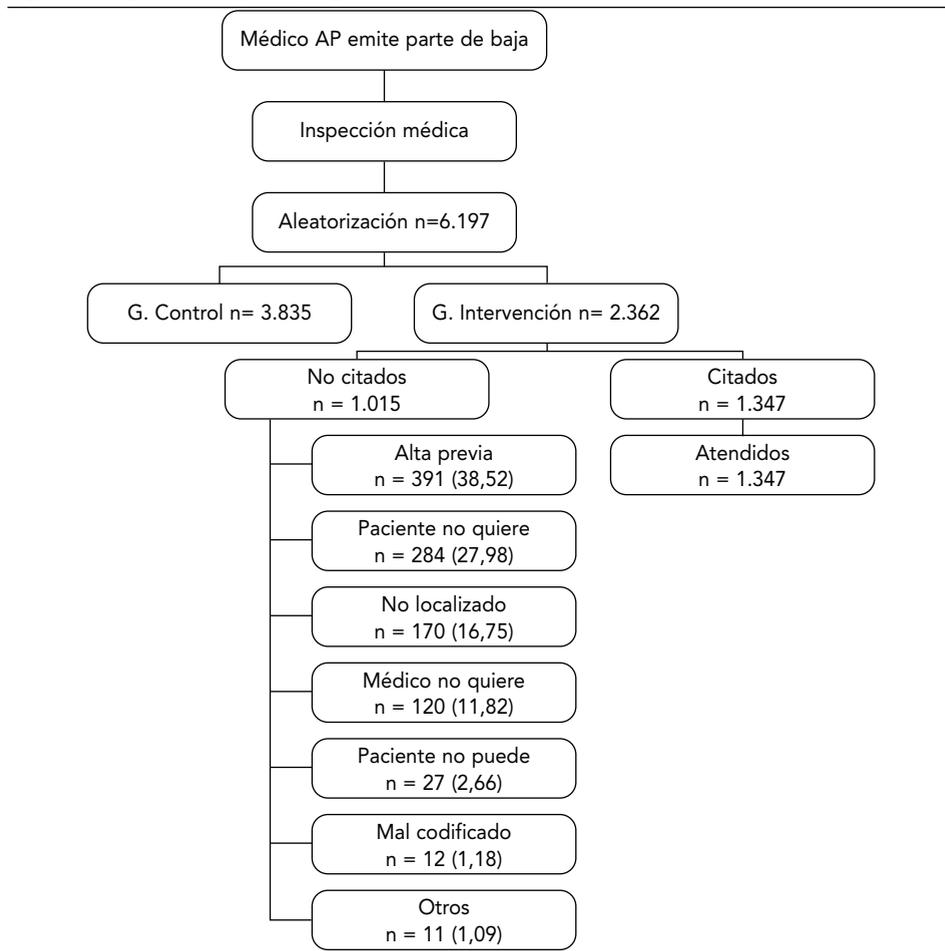




dad de espacio para crear dos nuevas consultas de especialidad. Sólo un Centro de Salud al completo y 2 médicos de otros centros, rehusaron participar en el programa (Figura 3). En el Área 4, con una población total de 508.249 habitantes, la población activa era de 192.939 (37,96%) personas. De este número de personas activas susceptibles de selección, 4.890 pacientes fueron incluidos en el programa, alcanzando el 2,53% de la población activa y el 0,96% de la población total.

Los criterios de inclusión a cumplir fueron: ser pacientes con IT por enfermedad común, diagnosticada por el médico de AP, codificado según los códigos diagnósticos CIE-9-MC de origen musculoesquelético (ITME), en cuyo parte de baja no se especificara de forma explícita un origen traumático o quirúrgico de la lesión, accidente laboral o no laboral, ni enfermedad profesional, y la fecha de baja estuviera comprendida desde el 15 de Marzo de 1999 hasta el 14 de Marzo de 2000.

Figura 3. Diagrama de flujo del programa





Diariamente, todas las partes de IT-ME con criterios de inclusión en el estudio, codificados por Inspección Médica, se numeraron de forma correlativa para su posterior aleatorización en dos grupos. Se generó una lista de aleatorización en bloques de 50 pacientes, en la proporción fija 2:3 de ser asignados al grupo de intervención (GI) o grupo de control (GC). Los pacientes fueron introducidos diariamente en una base de datos relacional, con una clave principal, que le relacionaría con su grupo de adscripción, las diferentes variables comunes del estudio, y aseguraría que en futuras bajas o procesos de IT continuaría en su mismo grupo, impidiéndose los cruces de pacientes intergrupos.

Los pacientes del grupo control (GC) recibieron los cuidados habituales de Atención Primaria-Especializada. El ofrecimiento de la cita a los pacientes del GI se realizó telefónicamente, o por correo, si no podía ser localizado por teléfono, en el plazo más breve posible, según la agenda asistencial y hoja de trabajo diario de los dos reumatólogos que trabajaron a tiempo completo. Todos los pacientes del GI, aunque no hubieran podido ser localizados o rehusaran a participar, fueron incluidos en el análisis estadístico.

La intervención médica realizada sobre el GI por el reumatólogo constaba de tres tipos de consulta: primera visita, visita sucesiva, y consulta administrativa. En la primera visita de 45 minutos se realizó un diagnóstico específico, se instruyó al paciente para su autocuidado (evitar el reposo excesivo en cama, movilización precoz de la región afecta, restricciones al uso de férulas, vendajes o collarines, ejercicios de estiramiento y fortalecimiento, cuidados ergonómicos, entrega de folletos para el dolor cervical o lumbar, e información sobre los niveles actividad

física a realizar), toma de medicación a horarios convenidos, e información sobre como afrontar su retorno al trabajo antes de la recuperación completa de los síntomas. Nunca se procedió al alta médica sin el consentimiento del paciente. Aquellos pacientes con un alto grado de discapacidad o dolor fueron citados de nuevo en menos de 72 horas. El resto de pacientes, hasta alcanzar una mejoría o curación que permitiera su alta, fueron citados en visitas sucesivas (15 minutos) o visitas administrativas (5-10 minutos para entrega de recetas, partes de confirmación o de alta en su caso).

Los pacientes fueron atendidos en base a 11 protocolos específicos diagnóstico-terapéuticos creados para la patología más prevalente en regiones anatómicas como raquis (lumbar y cervical), miembro superior (hombro, codo, muñeca y mano), miembro inferior (cadera, rodilla, tobillo y pie) y esguinces. Estos protocolos se subdividen en tres niveles de manejo clínico de complejidad creciente, según las características del cuadro clínico o la evolución del paciente. En el primer nivel, los pacientes son tratados de acuerdo al diagnóstico de la primera visita y reciben educación sobre su proceso. En este primer nivel pueden estar entre 2 y 6 semanas. En el segundo nivel, los pacientes continuarán el tratamiento médico y además pueden ser remitidos a rehabilitación y fisioterapia, y realización de las radiografías, TC, RM o electromiografía si se precisara. Si el paciente no mejorase después de 4 a 8 semanas en el segundo nivel pasarían al tercer nivel donde se realizarán otros procedimientos diagnósticos o se remitirán a valoración quirúrgica o de otras especialidades.

En todos los niveles se interrogó por factores de riesgo de gravedad, como signos de alarma o "red flags", cuya



presencia requiere una toma de decisiones urgente, en cuanto a tratamiento, pruebas, remisión al Servicio de Urgencias, o a una determinada especialidad médica ó quirúrgica. Estos signos fueron definidos como paciente mayor de 50 años con dolor axial, traumatismo previo, enfermedad grave, dolor inflamatorio, dolor nocturno, uso de drogas, toma de corticoides, fiebre, pérdida de peso, deterioro progresivo funcional, y déficit neurológico progresivo. Para los pacientes que no respondieron al segundo nivel se interrogó también sobre factores de riesgo psicosocial o de confusión o "yellow flags", tales como, enfermedad psiquiátrica, problemas en el entorno familiar, conflictos sociolaborales, situación de desempleo y causas ocupacionales de su discapacidad. La presencia de yellow flags nos permitía el mantenimiento en un nivel conservador de tratamiento y la no realización de pruebas agresivas. Si el proceso llegara al punto en el que juzgáramos no modificable o poco probable conseguir su retorno al trabajo, permanecería en IT-ME y su seguimiento lo harían los reumatólogos o su médico de AP, a elección del paciente.

Al igual que para la actuación diagnóstica, se crearon los protocolos terapéuticos. La elección de los fármacos atendió a su potencia relativa, eficacia probada, diversidad de presentaciones, comodidad de posología, y menor coste por día de tratamiento. Se incluyeron los grupos farmacológicos más frecuentes del arsenal terapéutico reumatológico, como analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares, protección digestiva, laxantes y corticoides depot y anestésico local para infiltraciones.

Los pacientes también recibieron material educativo desarrollado a tal fin,

como medio de apoyo a las oportunas explicaciones verbales, para garantizar la perfecta comprensión del diagnóstico y de las medidas terapéuticas. Se incluyeron el uso de terapias tradicionales (manejo del frío y calor, automasaje y reposo articular), terapia física (ejercicios aeróbicos, de fortalecimiento, de flexibilidad, y acondicionamiento físico general) y finalmente, terapia ocupacional, higiene postural y medidas de protección articular.

Los reumatólogos a cargo del programa, también realizaron tareas de carácter administrativo, tales como cumplimentación de recetas, solicitud de pruebas e interconsultas, confirmación de bajas y altas, y realización de informes clínicos habituales e informes clínico-laborales (P47), preceptivos para iniciar el proceso de valoración de incapacidad permanente desde la Inspección Médica. Además se mantuvieron reuniones con los médicos de AP e Inspección para garantizar el conocimiento y acuerdo con el programa, informándoles de cada paciente incluido, así como asistencia a la reunión semanal con los grupos de otras áreas sanitarias para asegurar unos criterios de actuación uniformes.

Las variables para el estudio descriptivo fueron la causa de baja según el MAP, edad, sexo y régimen laboral. Para el estudio de costes fueron las prestaciones asistenciales o costes directos como número de visitas, tiempos médicos, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, fármacos, interconsultas a otros médicos y fisioterapia; y las prestaciones no asistenciales o costes indirectos como el pago por IT o IP.

La cuantificación de los costes se obtuvo a partir cuatro fuentes, a saber, el sistema de información de Atención



Especializada HP-HIS, la base de datos propia IT-ME, entrevistas personales a 100 pacientes aleatoriamente seleccionados del GC, y finalmente, por extrapolación de los anteriores, en los pacientes del GI que no fueron atendidos en el programa. Para la asignación del valor financiero de los costes se utilizaron como fuentes el salario de FEA de IMSALUD, costes del Área 4 y Hospital de Móstoles, el catálogo de especialidades farmacéuticas y el INSS.

La eficacia se definió como la diferencia entre grupos en la duración de todos los procesos de IT, el número de procesos de IT por paciente y el número de propuestas y concesiones de IP. La eficacia relativa se expresó como el porcentaje de días de IT ahorrados por paciente y como el número total de días de IT ahorrados en el GI. El coste-eficacia, como cantidad de euros necesarios para ahorrar un día de IT. El coste-beneficio, como euros invertidos dividido por los euros ahorrados. Finalmente, el beneficio neto, como euros ahorrados menos euros invertidos.

Finalmente, para evaluar la satisfacción del paciente y la percepción de los cuidados recibidos en el programa, se realizó una encuesta postal anónima a 250 pacientes del GI y 250 pacientes del GC.

El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó con el programa informático Stata 9.1 Special Edition–Statistics/Data Analysis. En todas las comparaciones se consideró que una $p < 0,01$ establecía diferencias estadísticamente significativas. Todos los datos fueron analizados bajo la premisa de intención de tratar. El análisis se realizó sobre todos los pacientes de ambos grupos, en su grupo de adscripción y dependiendo de la variable. El número de episodios de IT

fue evaluado mediante el test de la U de Mann-Whitney. La distribución del número de propuestas de IP entre los dos grupos fue analizada por el test de la Chi-cuadrado. Por último, con el fin de demostrar la diferencia en la duración de los episodios de ITME fueron utilizadas técnicas de supervivencia Long-rank test y regresión de Cox para ajustar los valores de las variables que tenían una distribución desigual entre los grupos, utilizando como variable dependiente los días de vuelta al trabajo, y los resultados fueron expresados como Hazard ratio o tasa relativa de vuelta al trabajo en el GI con respecto al GC. Las curvas de Kaplan Meier fueron utilizadas para mostrar la diferencia de la duración de los procesos de ITME entre los dos grupos de estudio.

Resultados

En el Área 4 de Madrid (Hospital Universitario Ramón y Cajal), durante un periodo de un año, comprendido entre el 15 marzo de 1999 y el 14 marzo de 2000, se incluyeron en el estudio 4.890 pacientes, que representan el 2,5% de la población activa del Área (Figura 2). Estos 4.980 pacientes acumularon 6.197 procesos de baja o ITME, 3.835 (61,88%) en el GC y 2.363 (38,12%) en el GI. Tras la IT fueron aleatorizados a cada grupo, en una media de 4,1 días. Los 3.045 (62,27%) pacientes que constituían el GC fueron atendidos según el sistema tradicional primaria-especializada, y los restantes 1.845 (37,73%) pacientes o GI, según el Programa ITME, atendidos en primera consulta en una mediana de 5 días (Figura 3).

El perfil sociodemográfico básico de los pacientes fue de una población de mediana edad (41 años), en Régimen General de la Seguridad Social



(94,30%), con estudios básicos-medios (84,32%) y contrato fijo (80,10%) (Tabla 1). Las causas más frecuentes de ITME fueron: dorsolumbalgia (31,40%), tendinopatías (22,14%), lumbociática y hernia discal (17,69%), cervicalgia (11,75%), artralgias y mialgias (7,47%), artritis microcristalinas y otras no filiadas (5,55%), artrosis periférica (1,78%), y artritis inflamatorias (1,13%). Con menor frecuencia presentaron gonalgia (0,63%) y neuropatías por atrapamiento (0,37%).

Una quinta parte de los pacientes presentaron más de una IT, sin diferencia entre grupos. El total de días de IT en el GI fue de 68.498 días, frente a los 163.755 días del GC, con una duración media de IT por proceso de

29,00 días en GI por 42,71 días en GC, estadísticamente significativa. La eficacia estimada por proceso de IT del programa fue del 32,10%, es decir, un proceso tratado en el GI tendría una baja un 32,10% más corta que si es tratado en el GC. El total de días ahorrados por el programa fue de 32.383 (Tabla 2). Las curvas de supervivencia (Figura 4), mostraron una marcada diferencia entre los grupos, a favor del GI, retornando al trabajo la mayoría de los pacientes en los 2 primeros meses. Siendo improbable el alta a partir de los 6 meses, llegando a completar el máximo periodo permitido de IT de 18 meses. La diferencia entre grupos del área bajo la curva ilustra la eficacia del programa.

Tabla 1. Variables sociolaborales

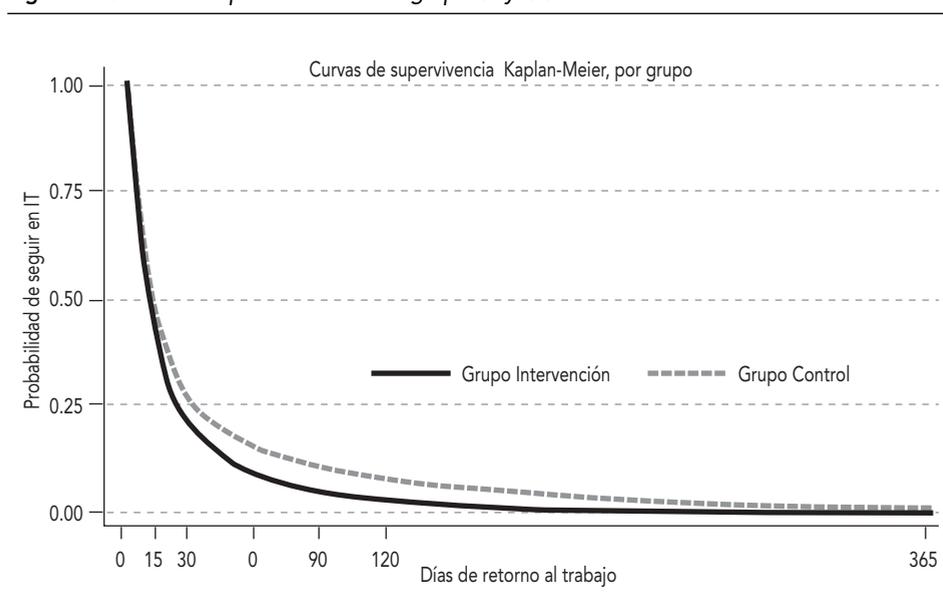
	Control n = 3.045	Intervención n = 1.845	P*
Edad (media ± DE)	41,29±12,06	41,05±11,82	n.s.
Sexo (%)			
Varones	1.420 (46,63)	882 (47,80)	n.s.
Mujeres	1.625 (53,37)	963 (52,20)	n.s.
Régimen Laboral (%)			
General	2.869 (94,22)	1742 (94,42)	n.s.
Autónomo	144 (4,73)	85 (4,61)	n.s.
E. Hogar	32 (1,05)	18 (0,97)	n.s.
Nivel de Estudios			
Sin estudios	-	1,11%	
Básicos	-	45,73%	
Medios	-	38,59%	
Superiores	-	14,56%	
Estado civil			
Casado/a	-	61,43%	
Divorciado/a	-	5,48%	
Soltero/a	-	30,11%	
Viudo/a	-	2,97%	
Situación laboral			
Activo	-	98,98%	
Desempleo	-	1,02%	
Tipo de contrato laboral			
Fijo	-	80,10%	
Eventual	-	16,89%	
Funcionario	-	3,01%	
Diferencia significativa P<0,001			

Tabla 2. Eficacia del programa IT-ME 99

Variable	Control	Intervención
Número total de pacientes	3.045	1.845
% de pacientes con 1 proceso de IT	80	78
% de pacientes con 2 procesos de IT	15	16
% de pacientes con 3 procesos de IT	3	4
% de pacientes con 4 procesos de IT	1	1
% de pacientes con ≥5 procesos de IT	1	1
Número total de procesos de IT	3.835	2.362
Días de IT por proceso (media±DE)*	42,71 ± 84,50	29,00 ± 60,26
Días de IT por paciente (media±DE)*	53,81 ± 95,7	37,07 ± 73,56
Total de días de IT	163.793	68.498
Total de días de IT por 1.000 procesos	42.710	29.000
Total de días de IT por 1.000 pacientes	53.790	37.126
Ahorro en días de IT		32.383
% de eficacia relativa por proceso (dism. media)†		32,10
% de eficacia relativa por paciente (dism. media)†		37,76
Tasa relativa de vuelta al trabajo (95% CI)		1,26 (1,19-1,32)**

Período de inclusión: desde 3/1999 hasta 3/2000. Período de seguimiento: desde 3/2000 hasta 3/2001.
 * p<0,01
 † Porcentaje de la diferencia de la duración media de los episodios de ITME de los dos grupos.
 ** Ajustado por diagnóstico.

Figura 4. Curvas de supervivencia de los grupo GI y GC



El programa también mostró resultados positivos en cuanto a IP. De las 90 solicitudes de IP, 70 en GC y 20 en GI, fueron concedidas respectiva-

mente, 35 en GC y 10 en GI. Además se acogieron a jubilación anticipada, 9 en GC y 1 en GI. De lo que se desprende que un paciente en GC tiene



cuatro veces más posibilidades de recibir una compensación por IP que otro paciente en GI. La principal causa de solicitud de IP fue la patología lumbar (46,67%) y en segundo lugar la artrosis periférica en rodilla y cadera (15,56%).

Los costes directos e indirectos (Tabla 3) fueron significativamente inferiores en el GI. El ahorro total del programa, teniendo en cuenta el ahorro obteni-

do en costes directos (364.547€), indirectos por IT (1.265.547€) e indirectos por IP (71.918€), ascendió a un total de 1.702.012€. Considerando que los costes salariales de la intervención fueron de 156.929€, se obtuvo un coste-eficacia de 4,85€ invertidos para ahorrar un día de IT y un coste-beneficio de 10,85€ ahorrados por cada € invertido en el programa. Finalmente el beneficio neto del programa fue de 1.545.083€ (Tabla 4).

Tabla 3. Costes directos e indirectos (€)

COSTES	Costes totales		Costes medios		Eficacia*
	GC	GI	GC	GI	
Atención Primaria	82.709	16.996	21,57	7,20	66,64
Tiempo de Reumatología	-	48.082	-	20,36	-
Tiempo de especialista	31.212	13.095	8,14	5,54	31,88
Test diagnósticos	167.072	74.335	43,57	31,47	27,76
Analítica	17.374	9.074	4,53	3,84	15,20
Diagnóstico por imagen	299.396	130.522	78,07	55,26	29,22
Fármacos	237.896	91.448	62,03	38,72	37,59
Estancias médicas	203.239	110.717	53,00	46,87	11,55
Visitas a Urgencias	155.133	89.286	40,45	37,80	6,55
Estancias médicas	48.106	21.430	12,54	9,07	27,67
Estancias quirúrgicas	429.958	195.541	112,11	82,79	26,16
Estancias quirúrgicas	184.348	102.252	48,07	43,29	9,94
Cirugía mayor ambulatoria	15.524	5.175	4,05	2,19	45,88
Cirugías	230.085	88.114	60,00	37,30	37,82
Rehabilitación	484.860	93.444	126,43	39,56	68,71
Total costes directos	1.636.945	643.657	426,84	272,51	36,16
Total costes indirectos (IT e IP)	6.994.329	2.854.928	1.824	1.209	33,72

* P<0,00001

GC: Grupo Control, GI: Grupo Intervención

Tabla 4. Evaluación económica

	Euros
Ahorro en costes directos	364.547
Ahorro en costes indirectos (pago de IT)	1.265.547
Ahorro en costes indirectos (pago de IP)	71.918
Ahorro total por el Grupo Intervención	1.702.012
Costes salariales de la Intervención	156.929
Coste-eficacia	4,85
Coste-beneficio	10,85
Beneficio neto (Beneficio-Coste)	1.545.083

El análisis de sensibilidad (Tabla 5) mostró en el peor escenario, un coste-eficacia de 10,51€ invertidos para ahorrar un día de ITME, un coste-beneficio de 3,95€ ahorrados por cada 1€ invertido, y un beneficio neto de 465.919€. En el mejor escenario mostró un coste-eficacia de 4,04€ invertidos para ahorrar un día de ITME, un coste-beneficio de 17,78€ ahorrados por cada 1€ invertido y un beneficio neto de 2.534.699€.

De los 500 cuestionarios enviados para evaluar la satisfacción del paciente, fueron devueltos a los reumatólogos 269 (53,5%), 116 (46,4%) del GC y 153 (61,2%) del GI. Los resultados (Tabla 6) muestran que los pacientes del GI tuvieron una mayor satisfacción y mejor

percepción de cuidados recibidos, estadísticamente significativa, que los del CG. Las respuestas fueron siempre favorables en todos los ítems en el GI.

Discusión

Nuestros resultados muestran que los pacientes en ITME que recibieron los cuidados específicos y especializados del programa retornaron más pronto al trabajo y tuvieron menor probabilidad de acabar en IP que los pacientes del GC que siguieron el sistema actual de Primaria-Especializada. Además los resultados positivos conseguidos se obtuvieron con una menor utilización de los Servicios de Salud, una

Tabla 5. Análisis de sensibilidad

Variable	Peor escenario			Escenario actual			Mejor escenario		
	GC	GI	Eficacia	GC	GI	Eficacia	GC	GI	Eficacia
Procesos, n	3.835	2.362		3.835	2.362		3.835	2.362	
Cost. directos por proceso, €	299	355		427	273		555	191	
Cost. indirectos por proceso, €	1.572	1.296		1.747	1.179		1.922	1.061	
Duración IT, días	38,44	31,9		42,71	29,00		46,98	26,1	
Eficacia, %			19,09			32,10			41,64
Coste-eficacia, €			10,51			4,85			4,04
Coste-beneficio, €			3,95			10,85			17,78
Beneficio neto, €			465.919			1.545.083			2.534.699

Tabla 6. Satisfacción del paciente

Variable	GC (n = 116) %	GI (n = 153) %
Satisfacción con los cuidados:		
Contestaron "muy buena"		
Información ofrecida	5	28
Tratamiento de su proceso	8	21
Resultados del tratamiento recibido	10	15
Percepción de los cuidados:		
Contestaron "si"		
Realización de historia clínica completa	39	71
Cuidadoso examen físico	35	66
Explicación clara de su proceso	46	72

P<0,001

GC: Grupo Control, GI: Grupo Intervención



mayor satisfacción del paciente y un positivo coste-beneficio.

Los pacientes del estudio representaban bien a la población trabajadora. Eran de mediana edad, hombres y mujeres, empleados a terceros, con lumbalgia y tendinopatías. La intervención mostró una buena eficacia en la mayoría de las patologías causantes, mayor que en estudios previos de la literatura¹⁴.

El programa tuvo efectos beneficiosos tanto a nivel de IT como de evitar la progresión a IP. Aún más si tenemos en cuenta que el 30% de las causas de IP son enfermedades musculoesqueléticas. Todo ello con unos importantes ahorros en costes directos (menor uso de recursos en el Servicio de Salud) e indirectos (menos días de baja laboral), que consiguieron un retorno de la inversión del 1.085% en dos años.

La eficacia del programa de intervención creemos fue debida a los siguientes factores. El primero, considerar la discapacidad laboral como un relevante problema de salud que requería una intervención clínica específica y precoz, que no estaba bien definida en el quehacer diario asistencial. El segundo, reestructurar su abordaje en base a un tratamiento basado en protocolos clínicos, educación y promoción de los autocuidados, realizado por un sólo profesional médico. En tercer lugar, la intervención fue bien aceptada tanto por los profesionales del SNS como por los pacientes, que manifestaron una mayor satisfacción con la intervención y una mejor percepción de los cuidados recibidos.

Por todo lo anterior, sugeriríamos la conveniencia de incluir la discapacidad para el trabajo de origen musculoesquelético entre las prioridades

del SNS y en el quehacer diario de los servicios de Reumatología. No sólo por los beneficios para la salud y la economía del individuo y de la empresa, si no también por el ahorro económico obtenido que podría ser invertido en otros programas o acciones, igualmente necesarios para el SNS, y de los que, en definitiva, se beneficiaría toda la sociedad.

Bibliografía

1. World Health Organization. The burden of musculoskeletal diseases at the start of the New Millennium. Report of a WHO scientific group. WHO TRS919. World Health Organization, Geneva. [acceso 07 de enero de 2010]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_919.pdf.
2. Lawrence RC, Hochberg MC, Kelsey JL, McDuffie FC, Medger TA, Jr Felts WR, Shulman LE: Estimates of prevalence of selected arthritic and selected musculoskeletal diseases in the United States. *J Rheumatol* 1989;16:427-41.
3. Badley EM, Rasooly I, Webster GK. Relative importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic health problems, disability and health care utilization: findings from the 1990 Ontario Health Survey. *J Rheumatol* 1994;21:505-14.
4. Yelin PH, Felts WR. A summary of the impact of musculoskeletal conditions in the United States. *Arthritis Rheum* 1990;33:750-5.
5. Felts W, Yelin E. The economic impact of the rheumatic diseases in the United States. *J Rheumatol* 1989;16:867-84.



6. Yelin EH. The worldwide economic and functional impact of the rheumatic disease. En: Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. *Rheumatology*, 3ª ed. Edinburgh: Mosby, 2003;31-5.
7. Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Lafon A, on behalf of the EPISER Study Group. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. *Ann Rheum Dis* 2001;60:1040-5.
8. Ferrer JL. Costo social de los procesos reumáticos en la población laboral española. *Rev Esp Reumatol* 1983;10:49-50.
9. Fernández-Hermida L, Candelas G, Blanco M, Bañares A, Jover JA. Estimación de costes de Incapacidad temporal de origen musculoesquelético en un área asistencial de Madrid. *Rev Esp Reum* 1999; 26:382-6.
10. Tornero J, Fernández JA, Vidal J. Repercusión socioeconómica de la invalidez permanente por enfermedad reumática en la provincia de Guadalajara. *Rev Esp Reumatol* 1998;25:346-51.
11. Informe de situación: Incapacidad temporal, invalidez permanente. Madrid: Subdirección Memoria de las actividades desarrolladas por las Unidades de Valoración Médica de Incapacidades durante el año 1992. Madrid: INSALUD, 1994.
12. Informe de situación: Incapacidad temporal, invalidez permanente. Madrid: Subdirección General de Gestión, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1996.
13. Memoria de las actividades desarrolladas por las Unidades de Valoración Médica de Incapacidades durante el año 1992. Madrid: INSALUD, 1994.
14. Meerding WJ, Bonneux L, Polder JJ, Koopmanschap MA, van der Maas PJ. Demographic and epidemiological determinants of health-care costs in Netherlands: cost of illness study. *BMJ* 1998;317:111-5.