

# EL MEDICO

## ENTREVISTA CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

- Programa de formación en colaboración con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Caso clínico basado en un planteamiento y discusión sobre la Entrevista Clínica en Atención Primaria.
- Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN
- Evaluación on-line

[www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm](http://www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm)

EVALUACIÓN  
YA DISPONIBLE  
EN INTERNET

## PACIENTE ASINTOMÁTICO QUE RECHAZA EL ALTA LABORAL



Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 68/2007



Actividad acreditada en base a la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos con **0,5 CRÉDITOS equivalentes a 2 horas lectivas**



Patrocinado por



CRÉDITOS RECONOCIDOS POR EL "EUROPEAN ACCREDITATION COUNCIL FOR CME" (EACCME) DE LA UEMS

PACIENTE ASINTOMÁTICO QUE RECHAZA EL ALTA LABORAL

# PACIENTE ASINTOMÁTICO QUE RECHAZA EL ALTA LABORAL

**AUTORES: JOSÉ MANUEL CALLEJA PASCUAL**  
MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD DE ALSASUA.  
OSASUNBIDEA-SERVICIO NAVARRO DE SALUD

**ELENA PÉREZ URRUTIA**  
MÉDICO DE FAMILIA. SERVICIO MÉDICO DELEGACIÓN  
TERRITORIAL DE EDUCACIÓN DE ALAVA. GOBIERNO VASCO

**JESÚS ITURRALDE IRISO**  
MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD CASCO VIEJO.  
VITORIA-GASTEIZ. OSAKIDETZA

**M<sup>a</sup> ASUNCIÓN RUIZ DE GALARRETA ZUBILLAGA**  
MIR MEDICINA DE FAMILIA. C. S. CASCO VIEJO  
(VITORIA-GASTEIZ)

**COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE**  
MÉDICO DE FAMILIA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE  
ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN). CENTRO DE SALUD DEL  
LIMONAR. MÁLAGA

## INTRODUCCIÓN

A los médicos de familia se nos encomienda gestionar la incapacidad temporal por contingencias comunes (ITCC), generalmente conocida como "baja de enfermedad", que constituye un permiso laboral pagado para restaurar la salud mientras el trabajador se encuentra imposibilitado para su actividad por motivos de salud no relacionados con el trabajo. Es una de las prestaciones socio-sanitarias más valoradas socialmente.

Aunque en la mayoría de las ocasiones la utilización de dicha prestación es correcta, se estima que en un tercio de los casos puede haber abuso, o bien por reposo laboral innecesario, o por prolongación en exceso de la duración de la misma. Este abuso tiende a aumentar el coste de la prestación, lo que afecta a las entidades pagadoras (INSS y de manera delegada las MATEPSS). Así mismo afecta a las empresas que viven como un "robo" de trabajadores o de recursos económicos, ya que les corresponde abonar la prestación económica los primeros 15 días. En los últimos años se han producido una serie de normativas legales con la finalidad de reducir este gasto. La gestión responsable de la IT por parte del médico es una obligación legal, y ética al mismo tiempo, y nuestra misión es evitar en lo posible ese abuso.

Algunos trabajadores tienden a prolongar la IT por motivos médicos, sociales, socio-familiares, laborales o por puro rentismo. Así, en ocasiones, surgen problemas en la consulta cuando la opinión o interés del paciente es distinta a la del médico. Ante esta situación potencialmente conflictiva pueden sernos de utilidad para su manejo las habilidades de comunicación y negociación.

## CASO CLÍNICO

Mercedes es una mujer de 45 años: Sus antecedentes personales son Hipotiroidismo autoinmune en tratamiento sustitutivo, cuadro ansioso-depresivo hace 5 años que precisó tratamiento con paroxetina durante 2 años. Trabaja como empleada de la limpieza para una empresa subcontratada en un edificio de oficinas del centro de nuestra ciudad.

Está en situación de IT desde hace 4 meses por un cuadro de cefalea. Se inició como una migraña común, por la que fue vista y tratada en el Servicio de Urgencias Hospitalarias. Al día siguiente acudió a nuestra consulta para solicitar IT. En la primera semana repitió el cuadro doloroso en otras tres ocasiones, y ante su reiterada solicitud, se le remitió para valoración al servicio de Neurología de referencia. En las visitas posteriores para revisión refiere menos incidencia del los cuadros dolorosos, y ante la sugerencia de reincorpo-

### PACIENTE ASINTOMÁTICO QUE RECHAZA EL ALTA LABORAL

rarse a la actividad laboral la paciente se niega por el miedo a tener "algo malo" que le está afectando anímicamente, provocándole cierto grado de ansiedad. Por ese motivo solicita prolongar la situación de IT hasta que ella sepa los resultados de unas pruebas que le han solicitado, al parecer una RNM craneal.

La semana pasada acudió a revisión de Neurología, pero no acudió a la cita prevista de revisión de la baja con nosotros.

Hoy acude a cita al no obtener el parte de confirmación correspondiente a esta semana, ya que al ir a recogerlo a la zona administrativa, éste "no estaba preparado y me han dicho que tenía que pasar por el médico". Ante nuestra pregunta sobre el dolor, y sobre el resultado de las pruebas la paciente se muestra inicialmente esquiva, y contesta con monosílabos, pero finalmente nos aporta una nota de alta de consulta externa firmada por el neurólogo en que nos informa que se trata de una cefalea mixta, con exploración neurológica normal y con una RNM que no muestra hallazgos patológicos. Como tratamiento recomienda analgésicos y seguimiento por parte de Atención Primaria, salvo novedades clínicas.

La paciente se encuentra sin dolor, con una exploración clínica y con pruebas que documentan la falta de peligrosidad actual del cuadro. Según nuestro criterio se encuentra apta para el trabajo y así se lo hacemos saber. La paciente nos dice que prefiere seguir de baja por si le repite el cuadro.

Ante ésta solicitud le recordamos que habíamos pactado una prolongación de la baja por el miedo a una enfermedad y que eso no ha ocurrido. Le argumentamos que en la semana transcurrida desde la consulta de Neurología ya se ha podido recuperar de esa ansiedad, y que no ha tenido más episodios de dolor. Le interrogamos sobre las características del trabajo, y sobre el entorno en que lo realiza, y la paciente nos comenta una mala relación con su encargada, que según relata le minusvalora, le obliga a trabajar demasiado y le presiona. Nos confiesa que con la baja cree que le puede devolver el mal trato recibido y hacerle ver lo necesaria que es.

Finalmente le insistimos en que se trata de una baja

sin justificación clínica, sin ninguna indicación de reposo laboral. Le comentamos nuestra imposibilidad de mantener la baja sin llamar la atención de los inspectores.

Le aseguramos que siempre tiene la posibilidad de acudir de nuevo si reanuda el dolor, que si precisase podríamos valorar nuevamente la IT por la duración del mismo. Le comentamos que la baja laboral no debería usarse como arma en los conflictos, y que en ocasiones puede llegar a enconar o empeorar la situación. Por eso aconsejamos a la paciente acudir a un sistema de mediación laboral o a un sindicato para valorar otras opciones. Finalmente imprimimos y firmamos el documento de alta. Mercedes lo recoge y se marcha sin saludar.

### DISCUSION

La IT se define como la situación en la que un trabajador está impedido por motivos de salud para desarrollar su actividad laboral habitual, y recibe asistencia sanitaria, así como la acción protectora de la Seguridad Social en forma de prestación económica mientras dure dicha incapacidad. Así la IT tiene una doble vertiente: sanitaria y económica.

Existen dos grandes grupos de IT según sea la etiología del proceso que causa la incapacidad.

- IT por Contingencias Laborales: Incluyen: Accidente de Trabajo, Enfermedad Profesional y periodos de observación por Enfermedad Profesional. En la gran mayoría de los casos tanto la prestación sanitaria como la económica corresponden a las MATEPSS.

- IT por Contingencias Comunes (ITCC): comprende la Enfermedad Común (EC) y el Accidente No Laboral: La prestación sanitaria corre a cargo del Sistema Nacional de Salud, mientras la prestación económica compete al INSS o a las MATEPSS según decisión del empleador.

La ITCC es la principal causa de absentismo laboral, especialmente la motivada por EC. Supone unas 20 millones de horas laborales perdidas al año y un gasto aproximado del INSS de unos 6.000 millones de euros al año. Consume un 6-16% del total presupuestario de los distintos sistemas de Seguridad Social. En el año 2005 el gasto por IT se presupuestó en 160 ? por habi-

### PACIENTE ASINTOMÁTICO QUE RECHAZA EL ALTA LABORAL

tante y año, y hay que tener en cuenta que sólo revierte en el 40% de personas que constituye la población activa. En términos generales, para un centro de salud medio el gasto en IT sería similar al del gasto farmacéutico. Este gasto va en aumento, con un crecimiento interanual del 14%, que es superior al aumento del número de cotizantes y al de las bases de cotización, con lo cual va siendo cada vez más gravosa y va motivando diversos ajustes legales para contenerlo.

La responsabilidad del proceso de IT por contingencias comunes, recae en los médicos adscritos al Sistema Nacional de Salud, fundamentalmente a los Médicos de Atención Primaria. Habitualmente se hace responsable a éstos del proceso de IT por su mayor proximidad al paciente, y por la atención longitudinal al mismo. Pero lo hacen sin motivación especial, sin la posibilidad de gestión, ni de beneficio directo o indirecto de dicha responsabilidad. Esta situación le coloca en medio de todos los agentes implicados en la IT, en medio de un conflicto de lealtades. En primer lugar, el paciente, que se supone su primera lealtad, y que por la longitudinalidad de la atención nos hace establecer con él vínculos estrechos y prolongados. En otro lugar, la administración que es para quien trabajamos, y que representa a la sociedad, que nos exige un rendimiento óptimo de los recursos disponibles. Nos hallamos también en medio de un conflicto de intereses: del paciente (considera que la baja es un derecho, tiene otros intereses en ocasiones para utilizar la IT); la administración (preocupada por el aumento del gasto y el número y duración de los procesos de IT) otros servicios médicos (de empresas, de MATEPSS).

Entre todas las lealtades e intereses en los que estamos inmersos, nuestra misión no es dar pocas bajas, sino las bajas necesarias por el tiempo y duración necesaria. En ocasiones eso es difícil, y conflictivo. La situación que se vive con mayor malestar es la del alta laboral en un paciente que consideramos apto para su trabajo habitual y que se niega a aceptarla.

La gran mayoría de las actividades asistenciales del médico, especialmente en el caso de Atención Primaria, conllevan un grado variable de incertidumbre; nuestra formación, y nuestra experiencia nos ayudan a

manejarla. Pero en el asunto de la IT, no estamos formados, ni en el pregrado, ni habitualmente en el postgrado, y solemos hacer un autoaprendizaje, basado en el ensayo-error o en compartir experiencias con los compañeros. Y en algunos casos guiados por la improvisación. Además la rapidez, y falta de tiempo en la consulta nos obliga a trabajar con poca reflexión y sin los elementos de juicio suficientes. Otras instancias que debieran servir de soporte, como la atención especializada, tienden a diluir su implicación y la comunicación con ellas es muy poco fluida. Suele ocurrir lo mismo con los médicos de la Inspección Médica, del INSS o de la MATEPSS. Este hecho añade una sensación de "solo ante el peligro" del médico.

Estamos con poco tiempo ante un paciente con el que tenemos una mayor o menor vinculación, del que manejamos datos "blandos" (información psicológica, social, familiar), sobre el que tenemos que tomar una decisión que puede no satisfacerle, que influye en su salud y en su economía, con el que tenemos que tratar de mantener una buena relación clínica por que somos el médico para el resto de problemas de salud que pueda tener. Pero nuestra decisión también influye en la economía global, en los principios de justicia, en la honestidad y prudencia en el uso de los recursos sanitarios y económicos, etc. Además, muchas veces los diagnósticos se basan en síntomas subjetivos difíciles de objetivar en la exploración física o en pruebas complementarias: algias, cefalea, ansiedad, depresión, cansancio,... Todo esto hace que muchos médicos vivan como una experiencia desagradable y desmotivadora la gestión de los procesos de baja. Se produce el llamado "efecto sumidero", cuando hay problemas en una materia sanitaria el MAP se encuentra siempre en medio y acaba implicado o teniendo que asumir la responsabilidad. Sin embargo, la mayoría de expertos y de trabajos a este respecto consideran al médico de Atención Primaria como el profesional mejor capacitado y mejor situado para la gestión de la ITCC.

La baja se considera habitualmente como una tarea administrativa, pero tiene una versión clínica importante, con grandes implicaciones económicas, sociales y laborales. Por eso debemos englobarla en un contex-

### PACIENTE ASINTOMÁTICO QUE RECHAZA EL ALTA LABORAL

to terapéutico: debe adecuarse al tipo de patología del paciente, al tipo de trabajo que realiza el paciente. Como en toda actividad clínica debemos hacer un Uso Racional (como con los medicamentos) así pues tiene indicaciones, efectos secundarios, contraindicaciones y debemos ser el responsable en su administración. Sin embargo, la mayor capacidad pronóstica sobre la duración de la baja viene de la propia opinión del paciente. Así pues, es el propio paciente el que en la mayoría de los casos “coge” la baja y no al que se le “da”, y es el que define la duración más allá de la opinión de su médico o de la evidencia científica al respecto.

El fundamento científico de la IT lo constituye el reposo como medida terapéutica asociada al resto de nuestro arsenal, pero no siempre se cumple esa misión y por eso se concede la IT en varios tipos de situaciones:

- a) como parte del tratamiento sintomático en casos mal definidos; fases iniciales de enfermedades, espera expectante de la evolución del proceso.
- b) como reposo para la autocuración: en un caso de fractura, tras una intervención quirúrgica
- c) como parte de una estrategia terapéutica curativa: cuadro depresivo, neumonía.
- d) por el tipo de enfermedad-situación del paciente: cuadro psicótico con riesgo para otras personas
- e) como “compra” de tiempo sanitario: es la única forma de que el paciente pueda hacerse unas pruebas diagnósticas, o rehabilitación.
- f) por situaciones sociopersonales de difícil solución: cuidado de familiares enfermos, ...
- g) por ambiente laboral perjudicial para el paciente: habitualmente por conflictos laborales, mobbing, etc.
- h) por simulación (paciente) y/o consentimiento (médico)

Habitualmente el reposo se considera como ventajoso para prácticamente todo tipo de patologías, pero la evidencia ha demostrado que en la mayoría de situaciones no es útil, e incluso en algunos casos puede estar contraindicado. Por eso la norma general debería ser tratar de reducir el reposo a lo mínimo. Sin embargo influyen otros factores que hacen que esta medida terapéutica se utilice más allá de la duración

del reposo. Por ejemplo en situaciones de cáncer la IT se prolonga más que por la incapacidad o necesidad de reposo, como “compra de tiempo” para pruebas diagnósticas y terapéuticas y por el impacto emocional sobre el paciente que conlleva el posible pronóstico ominoso. La diferente consideración del reposo y la IT como medida terapéutica entre los diferentes actores del proceso de IT, y la interferencia de múltiples factores hace que puedan surgir conflictos entre el paciente y su médico sobre la necesidad y la duración de la baja.

Se estima que hay abuso de la duración de la IT en un tercio de los casos, o bien por que el reposo es innecesario, o bien por prolongación excesiva en la duración. Este abuso parece ceñirse a un pequeño grupo de usuarios, en torno a un paciente por cupo y mes, lo que supone que este problema sería manejable para el médico de familia comprometido con su trabajo. Los motivos más frecuentes para el retraso del alta están esquematizados en la Tabla 1.

Como toda actividad médica esta sometida a una consideración ética. Los principios éticos básicos son 4, los de ética pública (justicia y no maleficencia) tienen prioridad sobre los de la ética privada (autonomía y beneficencia) en cualquier problema derivado de una baja laboral. Estos principios prioritarios están recogidos en la normativa y no son interpretables subjetivamente y son de obligado cumplimiento, obligan aun en contra de la voluntad de los individuos. Aunque el principio de autonomía (capacidad del paciente de tomar decisiones informadas) pueda otorgar la iniciativa y la evolución de la baja al paciente, está supeditado y limitado por el principio de justicia (distribución justa de recursos, y eliminación de la discriminación) y por el de no maleficencia (impedir el sobrecuidado). La justicia también prima sobre la beneficencia. Con estos argumentos éticos, y los clínicos anteriormente expuestos podemos reforzar nuestra postura como administradores activos de la baja y del alta de cara al paciente.

### MANEJO CLÍNICO DE UNA BAJA INJUSTIFICADA

El correcto abordaje de la IT, especialmente en los

### PACIENTE ASINTOMÁTICO QUE RECHAZA EL ALTA LABORAL

**TABLA I. Motivos para la obtención/prolongación indebida de ITCC**

#### A. Del paciente

- Insatisfacción laboral.
- Situación laboral difícil: posible cierre de empresas, reajustes de plantilla, huelgas conflictivas.
- Prolongación de desempleos.
- Despidos pactados.
- Regímenes sin prestación por desempleo.
- Cercanía a la jubilación. Jubilaciones anticipadas.
- Problemática social o socio-familiar.
- Cuidado de hijos o de familiares enfermos.
- Rentismo.
- Pacientes conflictivos, enfermos psiquiátricos

#### B. Del Sistema Sanitario.

- Dificultad de acceso a la Atención Especializada (listas de espera)
- Demoras en el diagnóstico y tratamiento en Atención Especializada.
- Falta de comunicación entre Especializada-Primaria.
- Masificación de las consultas de Atención Primaria.
- Poca respuesta de la Inspección de los Servicios Sanitarios.

#### C. Del médico

- Falta de concienciación de la repercusión real de la IT.
- Sobrecarga laboral.
- Visión burocrática de la IT.
- Desmotivación

#### D. Otras

- Derivación de bajas procedentes de Contingencias Laborales.
- Litigios con aseguradoras, o INSS

casos que se prevén conflictivos, debe basarse en un conocimiento profundo de la realidad del paciente, tanto en materia sanitaria, como laboral y psico-social.

Son muy útiles las habilidades de comunicación (observación, escucha, información) y de negociación. El núcleo de la consulta médica en AP es la entrevista clínica y la relación médico-paciente, si esta es buena mejora los resultados sanitarios obtenidos.

Las habilidades clínicas que podemos desarrollar son el principal instrumento para vencer estas situaciones conflictivas, llegar a conocer las razones que motivan al paciente a intentar mantener una baja injustificada y llegar a un acuerdo lo más satisfactorio para todas las partes.

Siempre es aconsejable abordar cada caso como único y singular, un paciente bajista puede tener en esta ocasión un motivo real o una enfermedad potencialmente grave.

Los objetivos que debemos perseguir en esta situación son:

- a) confirmar lo mas posible la falta de adecuación de la IT en la situación actual del paciente.
- b) Transmitir y persuadir al paciente de la idoneidad del alta laboral.
- c) Proteger la relación médico-paciente a lo largo del proceso.
- d) Que el propio profesional sufra lo menos posible.

Lo ideal sería alcanzar todos ellos, pero en ocasiones solo será posible hacerlo parcialmente, y tendremos que dar el alta frente a la opinión contraria del paciente. Con el adecuado proceso podemos reducir el número de casos en que esto ocurra, o que nuestro sufrimiento sea menor.

### ENTREVISTA INICIAL, CUANDO VAMOS A DAR LA BAJA

Una vez valorado que el paciente precisa como parte de su tratamiento el reposo laboral es importante transmitir al paciente la IT como la medida terapéutica que es, con sus aspectos positivos (reposo de la actividad laboral) pero también sus aspectos negativos. Puede ser útil explicar como es habitualmente el proceso patológico y cuales son las expectativas de curación. Así, hacer un pacto con el paciente, será por X días, estarás de baja hasta que llegues a "tanta" mejoría, etc.

En esta primera consulta seria recomendable alcanzar una serie de conocimientos sobre el paciente:

Conocer la enfermedad actual: evaluar el grado de incapacitación que produce en cada caso concreto.

Conocer el puesto y el tipo de actividad que reali-

### PACIENTE ASINTOMÁTICO QUE RECHAZA EL ALTA LABORAL

za en su trabajo, para valorar hasta que punto hay incapacidad.

Conocer las expectativas del paciente: que le supone estar de baja, como lo vivencia (mala consideración social, reducción de ingresos, o por el contrario única posibilidad de ingresos, expresión de un malestar psico-social o laboral)

Conocer la situación laboral de los pacientes: situaciones conflictivas o problemas de relación con compañeros (utilizar como arma)

Conocer el historial de IT de los pacientes: un número elevado de procesos de IT, o sus características nos puede dar pistas sobre un posible rechazo al alta. Por ejemplo: Negativas a reincorporarse al trabajo en procesos de IT previos, requerimientos repetidos de IT por motivos banales, procesos de IT múltiples, con patología de poca entidad que lo justifique. De todas formas, siempre hay que tratar cada proceso de una manera individualizada, hasta los pacientes rentistas pueden tener enfermedades graves.

Conocer la expectativas que el paciente tiene respecto a nosotros.

Conocer las posibilidades de llegar a un acuerdo cuando decidamos darle el alta.

Tanto en la entrevista inicial como en las consultas de seguimiento debemos valorar posibles resistencias al alta y tratar de esclarecer las motivaciones de las mismas.

El intento de cronificación de la IT o posible rechazo al alta suele expresarse de varias formas a lo largo del proceso.

- Insistencia en el mantenimiento de los síntomas, sin presencia de datos objetivos en la exploración física.
- Hallazgos exploratorios discordantes.
- Falta de coherencia con la historia natural del proceso: falta de mejoría, reagudizaciones inesperadas, comunicación de nuevos síntomas.
- Falta de constancia en el tratamiento, abandono del mismo.
- Solicitud de nuevas pruebas complementarias y/o derivaciones.
- Incomparecencia ocasional a citas de revisión de la IT. No acudir personalmente a recoger el parte de

confirmación sin justificación clara.

- Presentación en consulta en momentos del día que dificultan la entrevista.
- Información del entorno o del equipo no coherente con la descripción que nos hace el paciente de su proceso.
- Cambios de diagnósticos durante la IT:

Para detectar esta posible cronificación podemos utilizar otras técnicas como realizar la exploración clínica mientras distraemos al enfermo del signo que queremos objetivar. Pero la información más relevante la podemos recabar si nos fijamos en la comunicación no verbal del paciente, es decir, no fijarnos sólo en qué nos cuenta sino en cómo nos lo cuenta o cómo se comporta mientras nos lo cuenta.

Podemos valorar la proxémica: si entra dando un rodeo, no saluda, se sienta lejos de nosotros, puede indicarnos una situación a la defensiva.

Otros datos se obtendrían de la cinésica: como se expresa corporalmente, si nos mira a los ojos, o los desvía cuando remiramos, carraspeos, movimientos de piernas, etc., especialmente si aparecen en momentos en que hacemos preguntas cruciales sobre su proceso patológico.

También el paralenguaje: frases incompletas, palabras repetidas, peroratas enardecidas, modo de hablar indirecto, errores en el habla,...

### MOMENTO DE DAR EL ALTA

Tras la pertinente evaluación clínica decidimos que el paciente esta suficientemente recuperado como para reincorporarse a su actividad laboral. El hecho de dar el alta tiene dos partes, la primera consiste en la comunicación al paciente de la decisión clínica que adoptamos, puede llegar a ser conflictiva ya que es aquí donde el paciente puede mostrar el mayor rechazo. La segunda parte constituye la materialización del alta, con la redacción del documento y su entrega, que en ocasiones también puede ser dificultosa para el médico.

Utilizar cuantos más datos objetivos dispongamos: exploración clínica en dicha consulta lo más exhaustiva que podamos, pruebas complementarias realizadas, informes de especialista de que dispongamos., ya que

### PACIENTE ASINTOMÁTICO QUE RECHAZA EL ALTA LABORAL

existe la necesidad de estar bien documentado clínicamente para dar el alta.

El conocimiento que hemos obtenido de las expectativas del paciente que pueden influir en el mantenimiento de la baja (laborales, sociales, socio-familiares) también nos da una sensación de seguridad ante el alta, ya que a los datos clínicos podemos argumentar sobre las motivaciones y nos pueden ayudar a anticipar sus posibles reacciones. Si la decisión va en contra del paciente, el conocer ampliamente su problemática nos fortalece en el proceso de negociación. El poder argumentar el alta por motivos clínicos, socio-laborales y por motivos éticos puede que no haga que el paciente lo acepte, pero nos ayuda a tramitarla.

La información al paciente es el paso previo al alta, el paciente debe entender el estado actual y los motivos del profesional para el alta. Debemos informar de manera comprensible para el paciente del proceso diagnóstico y terapéutico seguido, al mismo tiempo que reconvertimos ideas incorrectas que posea. Comentarle asimismo la falta de necesidad de reposo para la completa curación de su proceso.

Hay que transmitirle siempre que lo que nos preocupa es el problema de salud, y que no le queremos dar el alta a toda costa, ya que para algunos pacientes esto no es tan obvio.

Convencerle de la diferencia de estar completamente curado con la de estar capacitado para las actividades fundamentales del trabajo habitual y que este último hecho es el que define la IT.

Puede ser útil venderlo como algo positivo, ya que ha llegado a un nivel de salud tan bueno como para reiniciar su vida normal. Despejar dudas sobre el seguimiento médico, recordar que se puede estar en seguimiento médico y trabajar y asegurar la posibilidad de replanteamiento si reaparición de sintomatología.

Si el paciente admite la recuperación se procede al alta laboral

Ante el rechazo al alta es importante tratar de acotar el motivo y las expectativas que tenía el paciente, para guiar nuestra acción al argumentar el alta. Este rechazo al alta lo suele motivar:

a) Percepción de no curación. Es importante abordar-

lo con una comunicación adecuada, lejos de palabrería técnica, del proceso que ha seguido, del diagnóstico, del tratamiento seguido, de los datos objetivos que apoyan el alta y del pronóstico posterior, incluida la repercusión que tendrá la actividad laboral. Intentar que el paciente entienda nuestra opinión respecto a su problemática de salud.

- b) Motivos sociales o socio-familiares. Remitir a los Servicios Sociales para que afronte la problemática desde su posible solución y no utilice la baja como un "parche" para la misma. En estas situaciones tendemos a mantener la IT, pero se debe pactar la fecha de alta y sus seguimientos, y debemos hacer entender al paciente la irregularidad de la situación, y que no se debe prolongar más de lo debido..
- c) Motivos laborales. El principal argumento es que la IT no es un arma para afrontar los problemas laborales, y que, en no pocos casos, puede complicar más la situación. Remitir un informe clínico al Servicio Médico de la empresa o remitir al paciente a los sindicatos para hacer valer sus derechos pueden ayudarnos a orientar este tipo de situaciones.

En esta fase del proceso son útiles las técnicas de negociación, que deben adaptarse a las circunstancias concretas del caso, puede ser necesario persuadir, negociar o imponer según sean estas.

Para facilitar la negociación es importante mantener un clima de empatía y tratar de evitar situaciones tensas. El profesional debe mostrar asertividad, evitando la sensación de victoria-derrota, los juicios de valor ("si todos hiciesen como usted"...). Podemos utilizar varias técnicas.

- Gota malaya: ir dando plazos cortos de prórroga, "te doy dos días más para que vayas adaptándote a la idea de que tienes que empezar a trabajar"
- Pacto. Acordar un nuevo plazo, intentando llegar a un consenso. Si se incumple dicho acuerdo nos sirve como argumento para justificar el alta.
- Cesión intencional: aceptar en apariencia una demanda de mantenimiento para valorar con más profundidad la situación global del paciente.
- Reconversión de ideas: corregir errores o contradicciones: "precisamente en su situación el reposo

### PACIENTE ASINTOMÁTICO QUE RECHAZA EL ALTA LABORAL

está contraindicado”

- Mostrar nuestros propios sentimientos u opiniones sobre la situación (self disclosure): “aunque siga notando alguna molestia en esta situación me es difícil mantenerle de baja mas tiempo”.
- Propuesta de nueva relación: si detectamos falta de confianza en nosotros podemos aconsejarle un hipotético cambio de profesional.
- Sorpresa cordial y empática. Es una técnica mas bien impositiva que consiste en sorprender al paciente con una “buena noticia”, con elementos objetivos de recuperación funcional que el paciente no pueda rechazar y anticiparse a las razones habituales para justificar la permanencia de baja.
- Imposición del criterio médico: Con argumentos como que no es necesario reposo laboral o la situación clínica no justifica una incapacidad para el trabajo que debe realizar. La IT no es un derecho

incuestionable del trabajador, e igual que otras medidas terapéuticas tiene una indicación médica ( p.ej. antibióticos, intervenciones quirúrgicas), e incluso en algunas ocasiones puede ser contraproducente. Si no es posible llegar a un acuerdo no se debe ceder ante una baja injustificada, y proceder al alta. Valorar el riesgo de pérdida del paciente por el deterioro de la relación que suele acarrear. Intentar revestir esta actuación de buenas maneras, con baja reactividad, y si se baraja la posibilidad de cambiar de profesional, asegurar continuidad de seguimiento.

En este tipo de casos complicados también puede ser recomendable comentar el caso en sesión clínica con el resto del Equipo de AP, o consulta con la Inspección Médica. Al informarle al paciente que se le va a dar el alta podemos hacer referencia a esa unanimidad con el resto de la opinión médica.

### BIBLIOGRAFÍA

- Borrell F. Aprendiendo a tomar decisiones: ¿me da la baja doctor?. Tribuna Docente 2001;2(5):9-18
- Melguizo M. Ética y baja laboral. Unidad 10. Curso On Line de Ética Clínica en Atención Primaria. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza.
- Conceptos básicos sobre incapacidad temporal para los facultativos de Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Inspección Médica del Departamento de Sanidad. Noviembre 2003
- Navarro Arribas C, Chicano Diaz S. Hablemos de ... Gestión de la Incapacidad Laboral. La Incapacidad Temporal, hacia un modelo de gestión. MEDIFAM 2003;13:29-34
- De Castro Vila C, Adalid Villar C. La incapacidad temporal, un reto en la relación clínica. ¿Podemos mejorar su gestión?.AMF 2008;4(2):80-88
- Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F. Manejo de un paciente en baja laboral injustificada: el arte de negociar. FMC1995;2(9):537-544
- Saura Llamas J, Puebla Manzanos L, Herrera Gallego AM, Torres Rojas G, Sánchez Moreno P. Taller sobre la incapacidad laboral como actividad formativa para mejorar el ejercicio profesional del médico de familia. Tribuna Docente On-line. 2006 volumen 08 número 02.
- Gervas J, Ruiz Téllez A, Pérez Fernández M. La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión. Documento de trabajo 85/2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

PACIENTE ASINTOMÁTICO QUE RECHAZA EL ALTA LABORAL