

[SALIR](#)

PROTECCIÓN DE DATOS
CONDICIONES GENERALES DE USO

EL MEDICO *interactivo*
DIARIO ELECTRÓNICO DE LA SANIDAD

Número 1656 | 24/26 junio 2006 | Actualizado diariamente a las 20 hs. | Declarado de interés científico por la OMC

TITULARES POR E-MAIL
SUMARIO
ACTUALIDAD
ÚLTIMA HORA
NOTICIAS
OMC Y SOC. CIENTÍFICAS
DOCUMENTOS E INFORMES
MEDICINA Y DERECHO
ASESORÍA FISCAL Y TRIBUT.
DEBATES Y ENCUESTAS
TRIBUNA ABIERTA, ANÁLISIS Y EL RINCÓN DEL LECTOR
HUMANISMO MÉDICO
ACTUALIZACIÓN MÉDICA
FORMACIÓN CONTINUADA
BIBLIOGRAFÍA
FORMACIÓN ACREDITADA
PUBLICACIONES
RINCÓN DE LA TERAPÉUTICA
SERVICIOS
BUSCADORES SANITARIOS
MEDICAMENTOS
AYUDA AL DIAGNÓSTICO
PROTOCOLOS / GUÍAS
OFERTAS Y DEMANDAS
CONGRESOS
AGENDA
CONGRESOS ONLINE
VIDEOSIMPOSIOS
STAFF

INFORMES Y GESTION

GESTION

La lucha por la gestión de la incapacidad temporal

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales emitió, recientemente, una Resolución por la que se modificaba el artículo 128 de la Ley General de la Seguridad Social que regula la prestación por Incapacidad Temporal (IT) y que da al INSS y al ISM la competencia exclusiva para determinar la prórroga o el alta una vez transcurridos doce meses en esa situación. Esta medida ha venido siendo criticada por los médicos de Primaria, así como por los de las inspecciones de servicio, que ven en ella una priorización de los aspectos económicos sobre los de salud, con el correspondiente deterioro de la asistencia sanitaria que a ese nivel se presta a los trabajadores y la consiguiente desmotivación de sus profesionales.



Luis C. Vaquero

La resolución del Ministerio de Trabajo viene a plasmar la modificación introducida por la Disposición Adicional Cuadragésimo octava de la Ley 30/2005 de los Presupuestos Generales del Estado para 2006 y se interpreta como una reducción de las funciones que hasta ahora han tenido los médicos de Atención Primaria y la inspección de servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud. Al parecer, esta última reforma no hace sino incidir en los cambios introducidos por el anterior Gobierno en el año 1998 tendentes a otorgar mayor protagonismo al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) y las mutuas colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social.

En resumen, las nuevas medidas confieren al INSS y al Instituto Social de la Marina (ISM) la competencia exclusiva para conceder la prórroga por IT, determinar el alta laboral o iniciar el expediente de invalidez permanente al cabo de los 12 meses del inicio de la baja, en lugar de a los 18 como hasta ahora ocurría. Al mismo tiempo, estas entidades gestoras serán las únicas competentes para determinar si una nueva baja médica producida en los seis meses siguientes a la citada alta médica tiene o no efectos de cobro de la prestación económica cuando el proceso se genere por la misma o similar patología.

En aquellos casos en que la cobertura de la IT derivada de contingencias profesionales estuviera concertada con las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, serán éstas las encargadas de efectuar una nueva propuesta de actuación al INSS, que se entenderá que acepta la propuesta de la mutua si no manifiesta lo contrario en los cinco días siguientes a su recepción.

Estas medidas, que hacen asumir al INSS competencias hasta entonces de los médicos de Primaria e inspección de servicios, ya están en vigor en las provincias de Ávila, Palencia, Segovia, Soria, Teruel y Zamora, así como en las ciudades de Ceuta y Melilla.

Subyace la idea de que las causas del creciente gasto por IT se



Revista "El Médico"



Revista Nº- 991
 Números anteriores



FOROS EL MEDICO



deben a la existencia de una importante bolsa de fraude de bajas por enfermedad

Una de las primeras conclusiones que se extraen de estas medidas es el olvido o segundo plano que pasa a ocupar el carácter sanitario de esta prestación, otorgándose una mayor primacía a los aspectos puramente económicos. La situación alcanza tal cariz que hace afirmar a Asensio López, vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC), que con ello el "INSS actúa al margen del sistema sanitario, lo que evidentemente supone un disparate".

Ese punto de vista es compartido por el presidente de la Federación de Asociaciones de Inspectores de la Seguridad Social (FAISS), Luis Manuel Garrido, para quien la reforma "supone una nueva vuelta de tuerca por parte del Ministerio de Trabajo y del INSS en su intento de acaparar cada vez más competencias en materia de incapacidad temporal, en detrimento de las competencias de los Servicios Autonómicos de Salud, propugnando un control exclusivamente económico de la prestación, olvidando que la IT es una prestación sanitaria más, necesaria, junto a la médica y la farmacéutica, para recuperar la salud perdida y no sólo una prestación de carácter económico para mantener unos niveles de renta".

Esta prevalencia que se otorga al carácter económico de la prestación por IT frente al componente asistencial de la misma es consecuencia directa de la gestión compartida que se da a cargo de dos organismos distintos, ya que mientras que el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del INSS, es el que aporta el presupuesto para cubrir la contingencia que se produce, las comunidades autónomas, a través de los médicos de Atención Primaria de sus respectivos Servicios de Salud, son las que inducen con las bajas que extienden a los trabajadores a generar el gasto de dicha prestación.

Ante esta dualidad, la reforma de la IT hace recaer una parte importante del control de la prestación en un organismo que, como el INSS, carece de competencias sanitarias, con lo que puede implicar de merma en los derechos sanitarios de los trabajadores y de los profesionales del primer nivel asistencial, que ven reducida su capacidad de actuación ante determinados problemas de salud de la población a la que atienden.

Bajo sospecha de fraude

Pero aun considerando que son dos organismos distintos el que genera el gasto económico de la prestación y el que lo desembolsa, no sería éste motivo suficiente para que el segundo asumiera competencias en detrimento del primero. Más allá de esa dualidad subyace desde hace años la idea del Ministerio de Trabajo de que las causas que motivan el creciente gasto por bajas laborales se deben a la existencia de una importante bolsa de fraude que afecta sobre todo a las bajas por enfermedad común frente a las producidas por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales cuya gestión depende en mayor medida de las mutuas y no de los médicos dependientes del Sistema Nacional de Salud.

Esta supuesta existencia de fraude ha llevado en los últimos años a considerar como principal sospechoso a todo aquel trabajador que accede a una baja laboral y, dado que la misma se produce más en las enfermedades comunes, como "coautor" o "cómplice" al médico del sistema sanitario público, lo que origina un grave cuestionamiento del propio sistema sanitario público, como sostiene Miguel González Hierro, de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) de Salamanca. "Es rechazable un desarrollo social que presente a sus propias instituciones y a sus administrados como presuntos defraudadores e incumplidores de sus obligaciones, cuando la evolución de la sociedad moderna y democrática ha de ser la contraria, con el complemento del rigor sancionador de los que objetivamente incumplan sus obligaciones", según sus palabras.

En todo caso, la posible existencia de esa bolsa de fraude no ha sido hasta ahora cuantificada, no se han llevado a cabo estudios que evidencien cómo y en qué medida se produce dicho fraude, quedando todo en vagas suposiciones a pesar del empeño del Ministerio de Trabajo por hacerlo aflorar

EL
Fi
bo
pr
cl

Pa

Muj
acu
pre
inic
sen

a través de las distintas medidas que se han venido poniendo en práctica, sobre todo a lo largo de la última década.

Las nuevas medidas confieren al INSS y al ISM la competencia exclusiva para conceder la prórroga por IT

Miguel González Hierro considera que sería más adecuado calificar lo que algunos denominan fraude como prestación inadecuada, pues considera que no se trata tanto de la existencia de un fraude propiamente dicho, esto es, de falsear datos para acceder a la prestación, como de rentabilizar en todo caso una dolencia existente al objeto de alargar la situación de permanencia en incapacidad temporal.

Dejando al margen el volumen que pudiera suponer el fraude en la IT, Luis Manuel Garrido estima como mejor medida para atajarlo el análisis de los indicadores disponibles, que permita detectar las posibles bolsas de fraude existentes y, a continuación, pasar a actuar sobre ellas, creando los mecanismos apropiados para ello, sin tener que endurecer los requisitos que hace que todos paguen por igual el problema. El presidente de la FAISS sostiene que son el médico de cabecera y la inspección de servicios los agentes más cualificados para determinar en un momento dado si una persona está en una situación irregular. "Cuando recurrimos –afirma– a otro organismo que carece de competencias sanitarias, no conoce la historia completa de la enfermedad de esa persona y no la está tratando de forma periódica, las posibilidades de arbitrariedad y equivocación son mayores". De hecho, ante la duda de un inspector médico del INSS sobre la conveniencia o no de tramitar una alta médica motivada por falta de datos lo que posiblemente hará es no llevarla a cabo, por lo que no se combatirá a la postre ese posible fraude.

Lo cierto es que ante la falta de estudios rigurosos que permitan establecer las causas reales del progresivo incremento que se viene produciendo por IT desde finales de la década de los 80, sólo frenado en el período comprendido entre 1993 y 1998, Miguel González Hierro apunta una serie de factores que pudieran estar detrás de dicho incremento, como la entrada en la Seguridad Social de colectivos muy consumidores de recursos, temporalidad, reconversiones industriales, llegada masiva a edades críticas de colectivos amplios de trabajadores, desmotivación del sistema sanitario, etc.

A falta, por tanto, de estudios rigurosos sobre las causas que motivan el creciente gasto por esta prestación y la influencia que en él pueda suponer la existencia de una mayor o menor bolsa de fraude, el dato objetivo es que las medidas puestas en marcha por el Ministerio de Trabajo en la última década y concretadas en una mayor competencia del INSS y las mutuas colaboradoras en la gestión de las bajas por IT al parecer no han conseguido hasta el momento los objetivos de ahorro que se proponían.

Malestar de los profesionales

Por el contrario, lo que sí se ha logrado es crear un cierto malestar entre los médicos de Primaria, que consideran humillante el control al que son sometidas sus decisiones por elementos ajenos al sistema sanitario, en una clara muestra de desconfianza de la Administración central a la labor profesional que ellos ejercen, dejándola en un segundo plano cuando debería hacerse lo contrario, pues no hay que olvidar que el médico de familia es el que tiene un contacto más directo con el trabajador que enferma, siendo, por tanto, quien mejor le conoce y quien puede consecuentemente emitir una valoración más certera sobre su estado de salud. Esa desconfianza de una parte de la Administración hacia los profesionales del sistema sanitario público acabará tarde o temprano contagiando a una buena parte de la población y creará en el médico un cierto grado de apatía a la hora de gestionar las bajas.

La importancia del médico de familia en este proceso es, para Asensio López, "muy evidente en un alto grado de patologías con un fuerte componente psicosocial, que necesitan bajas laborales de larga duración y donde el médico de familia es la persona más indicada para el abordaje del problema, al contar con una mayor capacidad resolutoria".

Por su parte, Miguel González estima que debería reconocerse al médico de familia del sistema sanitario público como la figura principal a la hora de valorar la incapacidad temporal, cuya gestión deberá ser controlada por un órgano imparcial y dotado de una formación específica, como ocurre con la inspección médica de los Servicios Regionales de Salud, y dotando a todos estos profesionales de medios materiales como los que cuentan las entidades económicas.

Así las cosas, el problema se agrava por la falta de interlocución entre el médico de Primaria y los inspectores del INSS, con una carencia total de normativa que propicie la necesaria coordinación entre ambos y no quede ésta reducida al voluntarismo de las partes, no siempre posible a causa de la suspicacia y recelo con que los médicos de familia consideran que son a menudo tratados por parte de los facultativos del INSS.

De esa falta de coordinación será el propio paciente el más perjudicado, que podrá llegar a los 12 meses de iniciada la incapacidad temporal a la paradójica situación en la que su médico de cabecera le diga que no puede ir a trabajar debido a su estado de salud, y mientras otro organismo le advierte de que si no lo hace dejará de cobrar el subsidio. Esta situación puede provocar una desprotección total en el trabajador, ya que mientras que desde una instancia se le está recomendando que no se reincorpore a su puesto laboral, desde otra se le deja sin ingresos económicos si no lo hace.

Ante esa situación y ante la imposibilidad legal por parte del médico de familia de volver a dar una nueva baja por la misma enfermedad en un período mínimo de seis meses, Asensio López considera que hay que tener en cuenta que los pacientes que precisan de bajas laborales prolongadas suelen ser pluripatológicos, aunque la baja laboral se les dé sólo por un problema de salud. Además, según sus palabras, "su problema se agravará con la angustia de no poder percibir la ayuda económica correspondiente, creándose además un desasosiego y una tensión innecesaria en los pacientes, que no está claramente justificada".

El poder de las mutuas

La actual postura del Ministerio de Trabajo, junto al análisis de las normativas que se han ido elaborando en los últimos años, incita a pensar en el fantasma de la privatización de la asistencia sanitaria a los trabajadores, que se abriría con sucesivas ampliaciones de competencias en materia de IT a las mutuas colaboradoras.

Efectivamente, desde mediados de la pasada década, las mutuas colaboradoras han ido cobrando una importancia creciente en el control de las bajas laborales, bajo la premisa de que controlaban más eficazmente las bajas por accidentes de trabajo y enfermedad profesional, pasando también a hacerlo en determinadas ocasiones con las de enfermedad común.

Pero no hay que olvidar que, aunque legalmente autorizadas para colaborar en la gestión de la Seguridad Social, las mutuas son asociaciones de empresarios, que paradójicamente controlan una prestación social dirigida a sus trabajadores, se rigen por parámetros de empresa privada, contratando según sus propios criterios a los médicos que van a controlar los procesos de incapacidad temporal y que, a pesar de carecer oficialmente de ánimo de lucro, deberán ceñirse a resultados de carácter económico.

El vicepresidente de la semFYC considera que, a pesar de todo, no se puede valorar a todas las mutuas por igual, ya que hay gran variedad de ellas que actúan de forma diversa. Esto hace que las presiones que puedan recibir los facultativos que trabajan para ellas también sean distintas, pero siempre muy diferentes a las que pudieran tener los médicos del sistema sanitario público. Esta diversidad vendrá a repercutir de forma directa en los pacientes atendidos por dichas mutuas, quedando, por tanto, roto el principio de equidad en el trato.

El creciente protagonismo de las mutuas no deja de sorprender a Luis Manuel Garrido, quien considera que su poder político debe ser muy

importante pues de lo contrario "no se entendería que un Gobierno en principio progresista como el actual ahonde en medidas como las que se están planteando".

Otro aspecto que llama la atención es la forma unilateral con la que el Ministerio de Trabajo ha puesto en marcha estas últimas medidas, sin consultar a las Sociedades Científicas Médicas de Primaria; ni haber sido tampoco consensuado con las propias comunidades autónomas, responsables directas de la atención sanitaria de la población.

Ciertas voces critican el olvido o segundo plano que pasa a ocupar el carácter sanitario de esta prestación

En primer lugar, son las propias comunidades autónomas, a través de sus servicios regionales de salud, que ven recortado el control de la gestión de la incapacidad temporal de sus ciudadanos en un período de seis meses, y las que no han manifestado ningún tipo de oposición a las nuevas medidas, lo que puede ser interpretado como un visto bueno a las mismas, que producirían un ahorro en el equipamiento de sus servicios de inspección enfocados al control de las bajas laborales.

Respecto a las centrales sindicales y a pesar de encontrarnos ante unas medidas cuyos principales perjudicados van a ser los propios trabajadores, tampoco han manifestado un rechazo a las mismas ni entrado a fondo en su debate. Baste como ejemplo el comunicado emitido el pasado noviembre por la Comisión Ejecutiva Confederal de la UGT en donde valoraba como "equilibrado, moderado y útil" el documento del Gobierno sobre la Reforma de la Seguridad Social en el que se proponían estas medidas y hacía el siguiente comentario a la posibilidad de que el INSS pueda a los doce meses suspender la prestación por IT aun con la baja del médico de cabecera: "la medida facilita que el INSS pueda dar el alta a efectos económicos sin tener que recurrir a los servicios de inspección sanitaria; a efectos de asistencia sanitaria, no se produce novedad alguna puesto que el trabajador puede seguir de baja a efectos del tratamiento médico". Así es que el empleado no tendría que preocuparse, sólo perdería el subsidio económico.

Por su parte, el Ministerio de Sanidad y Consumo al estar la gestión de la Sanidad transferida y ser el Ministerio de Trabajo el pagador de la prestación, tampoco ha entrado en ningún momento a analizar o valorar el impacto que estas medidas puedan suponer en la salud de la población.

El malestar entre los médicos de A.P. se ha acrecentado al considerar "humillante" el control al que son sometidas sus decisiones en materia de bajas laborales

Finalmente, en lo que todos los expertos coinciden es en considerar que la Administración debería, antes que reducir competencias a los médicos de cabecera, estudiar el problema de las bajas por incapacidad temporal y su cada vez mayor duración, a fin de identificar las causas y posteriormente aplicar las medidas correctoras oportunas. En concreto, Miguel González Hierro propone el empleo de criterios más científicos que los utilizados hasta ahora, como la ley de tercios, manejada por la semFYC en algunos estudios, que supone que un tercio de bajas están justificadas, otro tercio presenta desviaciones por razones estructurales difícilmente abordables y otro se consideraría susceptible de mejora; o también la Ley de Pareto, que plantea que el 20 por ciento de las bajas originan el 80 por ciento del gasto. "Estos criterios –afirma– nos ayudaría a buscar soluciones serias, siempre en el entorno sanitario y no en el laboral o económico".

Mutuas y elevado gasto de IT

La Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), entidad que agrupa a las 27 mutuas de accidentes de trabajo y enfermedad profesional que, actualmente, colaboran con el INSS en la gestión de las bajas por incapacidad temporal, incluida la enfermedad común, considera en un documento publicado en julio de 2004 bajo el título "Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y la Prestación Económica de Incapacidad Temporal

por Contingencias Comunes (ITCC)" la existencia de tres factores que provocan un aumento indebido del gasto y una inadecuada gestión; conclusiones que difieren en gran medida con las mantenidas por los médicos de familia e inspectores del Sistema Nacional de Salud.

Según AMAT, y desde una perspectiva fundamentalmente economicista, el primer grupo de factores comprendería los derivados de la ordenación jurídica de la prestación económica de Incapacidad Temporal por contingencias comunes, que separa de forma radical las funciones entre los que satisfacen la prestación económica y los que satisfacen la asistencia sanitaria, permitiendo decidir el gasto, esto es el pago del subsidio, a quien carece de responsabilidad en cuanto a su financiación (el médico del sistema sanitario público). Lo que no deja claro este planteamiento es si AMAT considera, por tanto, que dicho médico otorga las bajas por enfermedad "frívolamente", al no pagarlas de su bolsillo.

El segundo factor estaría en los propios trabajadores, de por sí con tendencias al engaño y al fraude pues, citando el "Informe sobre el fraude en España" realizado en 1994 por el Instituto de Estudios Fiscales, señala que "la actitud del trabajador que está en situación de baja es un elemento muy importante a tener en cuenta para una correcta gestión de la misma, ya que en ocasiones nos encontramos ante conductas o comportamientos que persiguen un uso abusivo de esta prestación, lo que claramente perjudica al resto de los trabajadores que realmente se encuentran en situación de incapacidad; destaca especialmente la simulación de la incapacidad por parte del trabajador, que es aquella actitud, que teniendo como finalidad la consecución del inicio o mantenimiento de una situación de ITCC, recurre a aparentar o exagerar desde el punto de vista clínico el padecimiento de una patología justificante de esa incapacidad, obteniendo con ello los correspondientes partes de baja y confirmación". Pero ¿qué causas pueden justificar esta injustificable actitud de los trabajadores? La respuesta para la asociación de mutuas patronales es clara: "Esta actuación sirve para justificar algunos compromisos extralaborales, como son enfermedades de familiares, cuidado de hijos pequeños, fiestas, pluriempleo, etc, y provoca que se pierda el concepto de baja como certificado médico de incapacidad, pasando a ser un mero permiso administrativo para ausentarse del puesto de trabajo, expedido a demanda del trabajador". Es decir, que habría que considerar la actitud de esos trabajadores acorde con lo que decía la canción: "A lo loco, a lo loco, a lo loco. A lo loco se vive mejor". Por otra parte, visto ese carácter de permiso administrativo de las bajas por enfermedad ¿por qué no gestionarlas directamente el jefe de personal?

El tercer y último factor determinante del aumento indebido del gasto se produciría para AMAT a causa del funcionamiento y las funciones de los Servicios Públicos de Salud. A este respecto, el documento citado dice textualmente: "El actual modelo de gestión de la ITCC basado principalmente en la actuación del médico de Atención Primaria, que es el responsable de la expedición del parte médico de baja, y en un modelo asistencial de carácter universal, no está permitiendo un control efectivo sobre la concurrencia de dos requisitos, es decir, la necesidad de recibir asistencia sanitaria y la imposibilidad de trabajar"; para, a continuación, precisar también que "la excesiva carga de trabajo de los facultativos de A.P., la falta de medios materiales y humanos, la existencia de listas de espera y la falta de formación de dichos profesionales para una correcta valoración de la incapacidad en relación con el ejercicio de la profesión habitual ponen en cuestión la viabilidad del actual modelo de gestión".

L.C.V.C

[índice de informes](#) | [sumario](#)

El Médico Interactivo es una publicación electrónica dirigida exclusivamente al profesional sanitario destinado a prescribir o dispensar medicamentos, por lo que se requiere una formación especializada para su correcta interpretación.

El Médico Interactivo está por ello reconocido oficialmente por las autoridades sanitarias correspondientes como Soporte Válido para incluir publicidad de medicamentos o especialidades farmacéuticas de prescripción dirigida a los profesionales sanitarios (S.V. 214-R-CM).

© Copyright EL MEDICO INTERACTIVO - Capitán Haya, 60 28020 Madrid (España)
elmedico@medynet.com
