

Bajas laborales: recortando Derechos

Miguel González Hierro. ADSP de Salamanca



El Gobierno quiere volver a introducir en la Ley de Presupuestos medidas que regulen aspectos de las bajas laborales, es decir aspectos que no deberían ser regulados en esa ley. Se trata de introducir medidas aún más limitativas de la gestión de las bajas laborales (IT/Incapacidad Temporal) dándole mayor capacidad de acción a la entidad gestora de la Seguridad Social (INSS) en detrimento de las competencias de los profesionales de los Servicios Regionales de Salud.

En resumen, las nuevas competencias que se pretende introducir a favor del INSS son las siguientes:

- Ser el único competente para conceder la prórroga de IT, iniciar expediente de invalidez permanente o extender el alta laboral, al cabo de los 12 meses de duración de la baja.
- Ser el único competente para extender nuevas bajas en los seis meses siguientes al alta laboral en los casos anteriores y por agotamiento del plazo máximo de baja.

Estas medidas no importan tanto en sí mismas como por la tendencia normativa que significan y la concepción de protección social que dejan traslucir. Con estas líneas se pretende realizar un acercamiento al problema de las

bajas laborales, las medidas que se han venido tomando y las perspectivas que se prevén si estas normas en la Ley de Presupuestos llegan a hacerse realidad.

Una aproximación al problema

Las bajas laborales por contingencias comunes –que suponen la casi totalidad de las bajas– representan un coste directo superior a los 5.000 millones de euros, es decir una facturación superior al gasto en farmacia. Pero si tenemos en cuenta también los costes indirectos, se estima que su impacto es superior a los 13.000 millones de euros (en pesetas, superior a los dos billones). Estos costes incluyen extremos muy variados, como pérdida de productivi-

dad, sustitución del trabajador, aumento de los costes sociales, asistencia sanitaria, secuelas, etc.

Otros aspectos como la influencia o la desmotivación sobre otros trabajadores, compañeros del que está en baja, no están bien medidos, y podrían demostrarse como muy severos.

Históricamente el gasto en bajas laborales ha sido objeto de debate y su gestión un quebradero de cabeza para los distintos responsables, fundamentalmente por el incremento interanual del gasto, que llegó a alcanzar algún año cifras inasumibles.

En el periodo 88-92 el incremento medio fue algo superior al 15%, presentó una disminución del 1% del año 93 al 98, y ha vuelto a presentar incrementos medios anuales próximos al 10% del 99 al 2004.

Este incremento del gasto nunca fue bien estudiado, como se sigue haciendo de estudios medianamente rigurosos en la actualidad, no pudiendo afirmarse qué causas lo motivaron. Es presumible que detrás existieran factores como la entrada en el sistema de Seguridad Social de colectivos muy consumidores de recursos por su estado de

salud, ciclos económicos desfavorables (aunque hay estudios que apuntan en sentido contrario, disminución de las bajas en ciclos de aumento del paro), temporalidad, reconversiones industriales, llegada masiva a edades críticas de colectivos amplios de trabajadores, desmotivación del mismo; en fin, una multiplicidad de causas que no pueden darse más que como suposiciones y que nadie puede refrendar con argumentos científicos.

En todo caso es un hecho que el incremento del gasto en bajas laborales llevó al organismo pagador, el Ministerio de Trabajo, a buscar explicaciones y soluciones. Tras varios años especialmente intensos de aumento del gasto, se acaba en los años 94-96 desarrollando por las autoridades laborales la teoría de la responsabilidad del sistema sanitario. La falta de implicación y rigor de los profesionales del sistema de salud, junto con la gestión de un presupuesto que no es suyo (ciertamente lo inducen los facultativos del sistema sanitario público y lo abonó el Ministerio de Trabajo por medio de varias entidades), serían para ellos la explicación del elevado gasto y la falta de control de éste.

A esto se venían a unir en aquellos años otros dos conceptos que ayudaban—desde la perspectiva del Ministerio de Trabajo— a entender lo que pasaba y a dar las soluciones: existía un elevado fraude en la prestación de las bajas laborales, y la única gestión adecuada era la que las mutuas realizaban en las bajas por contingencias profesionales (accidentes de trabajo y enfermedades profesionales).

Con este bagaje intelectual tan menesteroso y con ese análisis tan simplista de un problema tan complejo se abordó la reforma de la gestión de la IT.

La existencia del fraude nunca ha sido puesta de manifiesto de forma evidente, se han hecho estimaciones, se ha teorizado, se han efectuado suposiciones, pero no se ha objetivado. Desde luego se han aproximado mucho más desde un punto de vista de rigor científico algunas sociedades médicas, como la de Familia, que el Ministerio de Trabajo o el de Hacienda.

Partiendo de esas aseveraciones mal

fundadas, la decisión fue clara: si las mutuas lo hacen de forma modélica en las bajas por contingencia profesional, lo harán bien en la contingencia común. Por entonces se exponían comparaciones entre lo que duraba una baja por accidente de trabajo y una por enfermedad común sin el mínimo rubor, demostrando quien esto hacía su descarada parcialidad y su profunda ignorancia.

Del año 95 al 97 se aprobaron una batería de normas que cambiaban sustancialmente la gestión y responsabilidades de cada parte implicada en la IT. Se introdujo la capacidad de INSS y mutuas para controlar a los trabajadores en baja con el argumento de que estas entidades eran las que abonaban la prestación económica de la baja, argumento cierto pero parcial e insuficiente.

El conjunto de normativa que se dictó se caracterizó por su baja calidad (dejaba muchos elementos sin regular claramente), por la gestión conjunta del mismo hecho por dos Administraciones (cosa insólita), y por la entrada en el ámbito sanitario de entes de carácter económico, dándose un paso atrás en filosofía de la LGS y en concepto de atención sanitaria integral.

Quiero resaltar en esta reforma, propiciada por los órganos económicos del Estado y que prevalecieron sobre los sanitarios, tres puntos:

- Que se basaba en la existencia de una amplia bolsa de fraude por parte de los trabajadores, pasando a considerar sospechosa de fraude a toda la población que pudiera acceder a una baja laboral.
- La desconfianza hacia el sistema sanitario y los profesionales que lo integran, estableciendo mecanismos que permiten supervisar las actuaciones de los sanitarios por personal de otra Administración (las entidades gestoras de la prestación económica del Ministerio de Trabajo).
- Una normativa de baja calidad técnica que deja numerosas lagunas, permite interpretaciones variadas y no establece límites precisos de las competencias de cada cual.

El estado de la cuestión

Transcurridos 10 años desde el inicio de las primeras medidas legislativas de reforma, pueden extraerse algunas conclusiones sobre cómo han marchado las cosas y los efectos que estas medidas han tenido.

La existencia del fraude nunca ha sido puesta de manifiesto de forma evidente; se han hecho estimaciones, se ha teorizado, se han efectuado suposiciones, pero no se ha objetivado

La pretendida bolsa de fraude, tan extendida y tan importante que parecía justificar las medidas que se adoptaban, no se ha concretado. Todas las medidas puestas en marcha; todos los recursos económicos y humanos de que se ha dispuesto —y han sido muchos— no han cuantificado el fraude tan extendido que se aseguraba existía.

El mismo término de «fraude» merece una pequeña digresión. Ciertamente cualquier experto en esta materia admite que existe una parte de las prestaciones de IT no justificada, una parte de los alargamientos de las bajas están ligados a causas estructurales—difícilmente modificables— y otra parte sería la susceptible de mejorarse. Dentro de esta última se sitúa lo que algunos denominan fraude, y otros calificamos como prestación inadecuada. Entendemos que no se trata tanto de la existencia de fraude en sentido estricto (falsear la realidad para obtener una prestación), como de rentabilizar unas dolencias que existen para alargar la misma. Aunque el resultado final sea el mismo—una prolongación incorrecta de la prestación— las causas son distintas y, así, los remedios serán necesariamente diferentes según el diagnóstico etiológico.

Los indicadores de consumo de bajas laborales, tanto en lo referente a índices sanitarios como a valores económicos, salvo el periodo 93-98 (y en parte de él no existían estas medidas), en que se frenó

su crecimiento, ha vuelto a repuntar, presentando índices de crecimiento interanuales en muchas ocasiones similares a los anteriores y presentado una elevación sistemática y mantenida (en torno al 9-10% anual desde el año 99). Es decir, no se ha contenido el gasto en IT ni se ha frenado el consumo del número de días en baja laboral. Es cierto que en valores absolutos los crecimientos son inferiores a los años inmediatamente anteriores a la aplicación de las reformas, pero en esa época existieron dos/tres años con incrementos inaceptables que elevaron los valores medios, y también debe señalarse que otros años presentaron descenso en el consumo de recursos antes de entrar en vigor estas medidas. Cabría apuntar, viendo estas oscilaciones, hacía factores que inciden en los indicadores aún no puestos de manifiesto objetivamente, es decir factores aún no manejados o no conocidos.

Existen estudios que avalan este incremento del consumo en IT de forma absoluta tras la entrada en vigor de las medidas de reforma; no explicando este aumento el mero crecimiento de la población trabajadora o afiliada a la Seguridad Social. El consumo en IT crece por encima

El consumo en IT crece por encima del índice de afiliación y por encima del nivel de creación de empleos

del índice de afiliación y por encima del nivel de creación de empleo.

Al incremento de gasto en bajas laborales, no detenido a pesar de las reformas que ahora ya pueden ser calificadas de absolutamente poco rigurosas y basadas en apreciaciones falaces, hay que añadir el importante gasto que ha supuesto el incremento brutal de recursos materiales, económicos y humanos que han puesto en marcha el INSS y las mutuas. Este gasto se demuestra ahora como no justificado y desde luego no eficiente.

Otro aspecto esencial a tener en cuenta es la desmotivación, descoordinación y disturbios funcionales que estas medidas han creado en el ámbito sanitario. Al partir de un principio perverso, cual es la desconfianza en la actuación profesional de los facultativos del Sistema Nacional

de Salud e implantar medidas donde los órganos económicos supervisan constante y reiteradamente las decisiones de los profesionales del SNS, han introducido un factor de desmotivación que actúa exponencialmente.

Por otro lado, además de resultar humillante que profesionales ajenos al sistema público de salud controlen las decisiones de éstos, desmotivándoles y restándoles autoridad técnica, se ha obtenido otro efecto negativo, como es la inhibición en el proceso de seguimiento de las bajas laborales. La introducción de una pléyade de responsables externos para el control de las bajas ha creado, además de un estado de confusión donde muy pocas personas conocen el alcance y responsabilidad de cada estamento, una despreocupación de los profesionales del SNS dado el hipercontrol de los asegurados en baja que llevan a cabo las mutuas e INSS.

Por último, un tercer aspecto que define la situación actual, es la desconfianza de mutuas e INSS hacia los trabajadores en baja laboral. Las rutinas de trabajo de estas entidades se basan expresa o tácita-

Salud 2000

Boletín de suscripción

NOMBRE Y APELLIDOS

DOMICILIO

LOCALIDAD CP

TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO

Se suscribe a la revista **Salud 2000** por el período de un año, prorrogable en años sucesivos salvo aviso en contrario. La suscripción anual (5 números) por un importe de 30 euros.

Marque con un X la forma de pago: CON TALÓN BANCARIO DOMICILIACIÓN BANCARIA

BANCO/CAJA OFICINA

CUENTA

DOMICILIO LOCALIDAD CP

Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la revista **Salud 2000**

Fecha: Firma:

100
números ^{SP}
Salud2000

Suscríbete ahora!!



Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org). Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06

mente en un control de las bajas fundamentado en la citación sistemática, reiterada y pertinaz, poniendo de forma pasiva al ciudadano en IT en el papel de sospechoso de defraudar en la prestación, de acceder o permanecer en baja de forma inadecuada o rentabilizando sus dolencias.

No puede entenderse de otra forma la citación indiscriminada de entidades gestoras de la Seguridad Social a todo asegurado en baja, sea cual sea su proceso y a los pocos días de permanecer en baja. Subyace una desconfianza hacia el trabajador y el facultativo, disfrazada técnicamente de colaboración en el control de la prestación.

Estas citaciones reiteradas, con una falta de conocimiento del proceso clínico en muchos casos, de su alcance personal en el paciente y de la interacción con otros factores médicos y sociales, podrían rayar ocasionalmente en el acoso al trabajador por su elevada frecuencia y la ausencia de justificación objetiva.

No puede saberse si estas medidas han evitado algún incremento de consumo, pero lo cierto es que el gasto sigue subiendo por encima de lo esperado. Además se han introducido factores de desconfianza hacia el sistema sanitario público y hacia los trabajadores en su conjunto, y por último se ha producido una intromisión en la esfera puramente asistencial de estamentos de carácter económico, con fines no sanitarios y generando un estado de confusión organizativa que sólo ha incrementado los problemas preexistentes.

Ahora: hacia una sociedad bajo sospecha

Y ahora un gobierno que se pretende progresista va a insistir y a profundizar en estas medidas de control de las bajas. No son tan importantes las medidas en sí mismas —que lo son— como el hecho de persistir en una línea de pensamiento que se ha demostrado equivocada, ineficaz, desequilibradora del sistema sanitario y atentatoria contra los derechos de los pacientes.

Es incoherente, por un lado, potenciar los derechos de los usuarios con leyes como la 41/2002, de Autonomía del paciente, y por otro desarrollar normativa como toda la que controla actualmente la IT, que parte del prejuicio de considerar

al trabajador en baja como defraudador potencial.

Darle competencias al INSS para extender altas o autorizar la expedición de bajas a los servicios de salud en ciertos supuestos es perseverar en una línea de pensamiento que atenta contra el concepto genérico de derechos y libertades en una sociedad democrática y responsable.

Esta capacidad además tiene un dudoso encaje legal en nuestro ordenamiento, posiblemente existan problemas jurídicos para que facultativos del Ministerio de Trabajo den autorización a médicos del sistema sanitario público, y aunque no existiera contravención legal, la complejidad, dificultad e incluso la estética de estas actuaciones las hacen rechazables.

Ya las leyes existentes al respecto presentan suficientes sombras, incluso puede ser dudosa la constitucionalidad de ciertas medidas como la denominada «alta de efectos económicos». Enunciado que nadie sabe bien qué quiere decir: si lo que protege precisamente la baja laboral es la carencia de capacidad de ganancia económica del trabajador incapacitado, ¿cómo puede haber un alta a efectos económicos? Toda alta implica este efecto. Dice la norma, en un ejercicio de cinismo notorio, que el «trabajador recupera el derecho a incorporarse a su puesto...»; no podría tener otro efecto el alta: finalizar la percepción de la prestación económica y obligar a la incorporación al puesto de trabajo.

Entendemos equivocada la evolución normativa basada en la desconfianza —hacia los trabajadores y hacia el sistema sanitario público—; es rechazable un desarrollo social que presente a sus propias instituciones y a sus administrados como presuntos defraudadores e incumplidores de sus obligaciones, entendamos más bien que la evolución de una sociedad moderna y democrática ha de ser la contraria, con el complemento del rigor sancionador de los que objetivamente incumplan sus obligaciones.

Desde otro punto de vista, se deslegitima gratuitamente un gobierno que va a aplicar o a profundizar en medidas que ya se han demostrado ineficaces, haciéndolo además desde una ley como la de Presupuestos que no es la idónea y que prometió no utilizar salvo para los fines que le son propios.

Subyace una desconfianza hacia el trabajador y el facultativo, disfrazada técnicamente de colaboración en el control de la prestación

Algunas reflexiones críticas

Expuesta a grandes trazos la situación y teniendo en cuenta que la gestión de la IT y su incremento constante supone un problema de envergadura, debe abordarse su racionalización. Pero con dos matices: el primero, que se trata de un problema complejo y como tal no tiene soluciones simples o simplistas; el segundo, que debe prevalecer el componente sanitario en ese marco complejo de las bajas laborales y ser fundamentalmente desde esa óptica desde donde se aborde.

Primar a las instituciones de carácter económico, INSS o mutuas es romper la imparcialidad que debe presidir la gestión del aspecto sanitario de esta prestación, es entregar los instrumentos de control a las entidades que deben (reconocerlo expresamente o no) alcanzar unos resultados de carácter económico, especialmente las mutuas, y al menos estarán impregnadas de esta duda sobre la imparcialidad de su actuación.

Si bien las mutuas tienen el carácter oficial de entidades colaboradoras de la Seguridad Social, su práctica no es tan clara en este sentido: se rigen como una empresa privada, contratan a los facultativos que han de realizar los controles médicos y por tanto tienen la capacidad de dictar sus políticas en este sentido. Si bien está excluido el lucro directo, pueden existir otras fórmulas que podrían poner en cuestión esta ausencia de lucro. Podrían analizarse en este sentido las inversiones en inmuebles, las retribuciones de los consejeros, el coste medio de las camas de los hospitales de estas instituciones, los informes del tribunal de cuentas o la política en prevención de riesgos laborales. Respecto a esto último, era tan escandalosa la derivación de cuotas y costes entre lo que correspondía a cuotas de contingencias profesionales y los servicios de prevención de riesgos laborales, que la Administración ha de-

bido alumbrar una norma legal que separe tajantemente ambos cometidos.

Desde un punto de vista conceptual, tampoco puede aceptarse que las mutuas, que son agrupaciones de empresarios, controlen una prestación social dirigida a los trabajadores; si bien tendrán que tener la representación que proceda, no es responsable entregar el control de las bajas a las propias empresas, que es lo que significa –aunque indirectamente– al entregar este control a las mutuas.

Otro aspecto, en que no podemos extendernos pero resulta fundamental, es la garantía de confidencialidad que todos estos circuitos, complejos, no bien definidos ni controlados y donde intervienen multitud de personas e intereses, pueden no asegurar suficientemente.

Se viene facilitando a estas entidades cada vez más competencias y protagonismo sobre el control de las bajas por contingencias comunes, partiendo del supuesto de la buena gestión de la contingencia profesional. Esto debe ser puesto seriamente en duda. La implantación de medidas de prevención en los centros de trabajo, tradicionalmente, ha sido un fracaso de estas entidades; la siniestralidad, también tradicionalmente, viene presentando cifras escandalosas y alejadas del contexto europeo (antes y después de la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales); la derivación de costes a los servicios del sistema nacional de salud viene siendo un hecho más que sospechado al existir altas precoces por contingencias laborales y continuaciones de tratamiento a los pacientes por el servicio público de salud (si bien las mutuas pueden abonar la prestación económica en ambas situaciones, los costes médicos, farmacéuticos, rehabilitadores, etc. los asumiría el SNS; asimismo las declaraciones de invalidez no serían con cargo a su presupuesto sino al general de la Seguridad Social). Otro aspecto que pone en evidencia la deficiente gestión que históricamente las mutuas han realizado en el campo de las contingencias profesionales, es la detección y reconocimiento de enfermedades profesionales prácticamente inexistentes en nuestro país (donde las tasas de accidente laboral multiplican las de cualquier entorno similar) y por tanto asumidas por el SNS y perjudicando los intereses y la salud de los trabajadores.

En términos generales, no existe una

supervisión y seguimiento riguroso de la gestión del aspecto sanitario de las contingencias profesionales por servicios públicos que tienen esta competencia, como la Inspección Médica, por causas que no procede analizar aquí pero que se circunscriben a la falta expresa de interés en que este control se ejerza. Más bien al contrario: se le han dado cada vez más capacidades a las mutuas, entrando en colisión con otras formas de gestión del sistema sanitario público.

Otro extremo a destacar, en cuanto al aumento de competencias de estas entidades económicas, en detrimento de las sanitarias, es la desconfianza implícita que suponen o que siembran en la población hacia el sistema sanitario público, introduciendo más aspectos de distorsión que de sinergia.

Como se ha dicho, la gestión de estos aspectos laborales sólo puede hacerse desde el marco sanitario si se quiere ser coherente con los principios de la LGS, de la integralidad de la asistencia, de las competencias de los Servicios Regionales de Salud, y con el principal interés que debe regir, el de la salud. No se puede abordar una prestación tan compleja y con orígenes tan multifactoriales desde una sola óptica: la económica. La realidad de la incapacidad laboral está más en relación con la complejidad propia de la reacción del ser humano ante la enfermedad y a su interinfluencia con un determinado medio laboral, social, familiar, sanitario. Lo mismo que la respuesta a la enfermedad no es idéntica en todos los individuos, la interacción enfermedad-capacidad laboral también es variable. No comprender esto, así como los factores de insatisfacción e inadecuación del medio laboral, condenará al fracaso las medidas de reforma de la IT.

Otro principio que también rompe este camino normativo, es la equidad del sistema. Ya se han comenzado a establecer diferencias en el acceso al sistema sanitario, intentando minimizar los tiempos de espera, para los pacientes que están en baja laboral, debiendo esperar más tiempo aquellos que no lo están o que no se consideran población trabajadora. Es decir, se rompe la igualdad en el acceso y se tiende a un sistema no equitativo, basándose en que el paciente en baja laboral cuesta más.

No se trata aquí de dar una solución o una alternativa al actual estado de cosas

en la gestión de las bajas laborales; lo que debe quedar claro es el rechazo frontal a las medidas actuales y de la profundización en la misma línea que se pretende. Además, han demostrado su fracaso.

En cualquier caso, sí se pueden apuntar algunos principios orientadores que cualquier reforma entendemos debería tener en cuenta: 1) el reconocimiento como figura principal del médico de familia del sistema público de salud, su formación, responsabilización y concienciación del problema; 2) el control o supervisión de la gestión de esta prestación por órganos independientes, imparciales y con formación específica, como la inspección médica de los Servicios Regionales de Salud; 3) la aportación de medios materiales para la formulación de estas políticas desde el ámbito sanitario (que nunca se aportaron tanto como se ha hecho tan generosamente a las entidades económicas); 4) la participación de todos los grupos de interés en la planificación de las medidas de reforma; la exigencia de responsabilidades específicas y no generales.

El empleo de criterios más científicos, como la ley de los tercios empleado por la Sociedad de Medicina de Familia en algunos estudios (un tercio de las bajas están justificadas, otro tercio presenta desviaciones por razones estructurales difícilmente abordables y otro tercio sería susceptible de mejora), o la Ley de Pareto (el 20 de las bajas originan el 80 del gasto), ayudaría a buscar soluciones serias, siempre en el entorno sanitario. No encontramos solución en el laboral o económico.

Siguiendo estos principios orientadores y esquemas científicos de pensamiento, como una aproximación al problema buscando o acotando las posibles áreas de mejora, singularizando y no generalizando, pueden sentarse las bases para una actuación eficaz, justa y equitativa.

Naturalmente que la buena gestión en este campo es un factor de solidaridad con el resto de los trabajadores, pero es inaceptable éticamente –además de ineficaz– una gestión basada en la desconfianza generalizada hacia trabajadores y profesionales del sistema sanitario público y es rechazable un modelo de control basado en el recorte de los derechos de forma generalizada –por activa o por pasiva– de los asegurados. ■