

SANIDAD

La incapacidad temporal de los trabajadores cuesta ya más de 3.000 millones de euros al Estado. El Gobierno quiere controlar esta partida con una reforma, a través de la Ley de Presupuestos, para que sea Trabajo y no los médicos el que dé las altas a partir de los 12 meses de baja.

ROSA SERRANO

Madrid- La visita al médico de cabecera para sellar una baja laboral de larga duración puede pasar a la historia en dos meses. El Gobierno de Rodríguez Zapatero está decidido a atajar el gasto al que tiene que hacer frente el Estado a causa de las bajas por Incapacidad Temporal (IT) de los trabajadores. De llevarse a cabo el proyecto, el encargado de dar el alta a los trabajadores que lleven un año de baja no será el facultativo de su centro de salud, sino un inspector médico del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Los inspectores de servicios sanitarios y los médicos de familia han denunciado que el Ejecutivo se guiará sólo por criterios economicistas y dará unas competencias a la Seguridad Social (que no depende de Sanidad, sino de Trabajo) que no le corresponden. Lo hará a través de la Ley de Presupuestos de 2006, en la «disposición adicional cuadragésimo sexta».

Esta vía de cambio es uno de los aspectos más criticados. Cuando Zapatero llegó a La Moncloa, se comprometió a no elaborar una «ley de acompañamiento» de los presupuestos para introducir cambios legislativos a los que, por uno u otro motivo, no interesara dar publicidad. Para los inspectores sanitarios, el presidente se propone hacer lo mismo, pero con otro nombre.

Un ascenso imparable. El Ejecutivo se enfrenta con un crecimiento continuo de la factura por la incapacidad temporal. En 2002, el gasto por IT fue de 2.349 millones de euros. Un año más tarde, la cifra crecía un 11 por ciento: 2.640 millones. En 2004 el incremento fue de un 12,45 por ciento, y la cifra superó los 3.000 millones de euros.

Un aumento al que difícilmente puede hacer frente el Estado. Sobre todo cuando las administraciones públicas y los profesionales sanitarios admiten que el fraude existe. Por otra parte, y aunque las bajas de larga duración no son las más numerosas, hay una cifra considerable de trabajadores que agotan los 12 meses de incapacidad temporal. De acuerdo con Amat, la patronal de las mutuas aseguradoras, en el año 2004, alrededor de 43.000 trabajadores recibieron el alta después de haber estado 12 meses en situación de incapacidad temporal. Las mutuas representan al 56 por ciento de los trabajado-

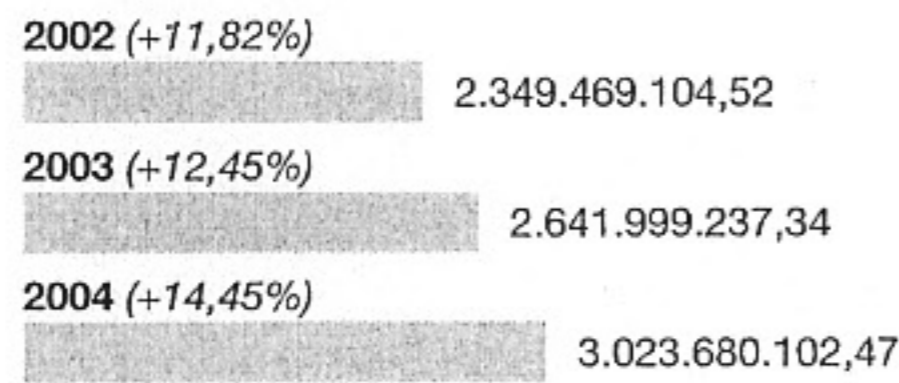
Trabajo podrá dar el alta a los enfermos de larga duración aunque el médico se oponga

El Gobierno intenta reducir el gasto en bajas laborales a través de la Ley de Presupuestos de 2006

Las cifras de la incapacidad temporal

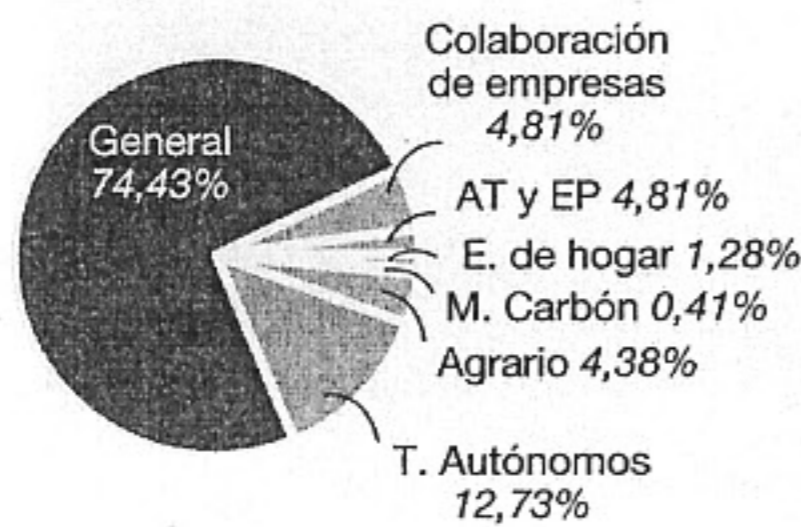
Evolución de las obligaciones contraídas por incapacidad temporal (IT)

Entre paréntesis el incremento con respecto al año anterior

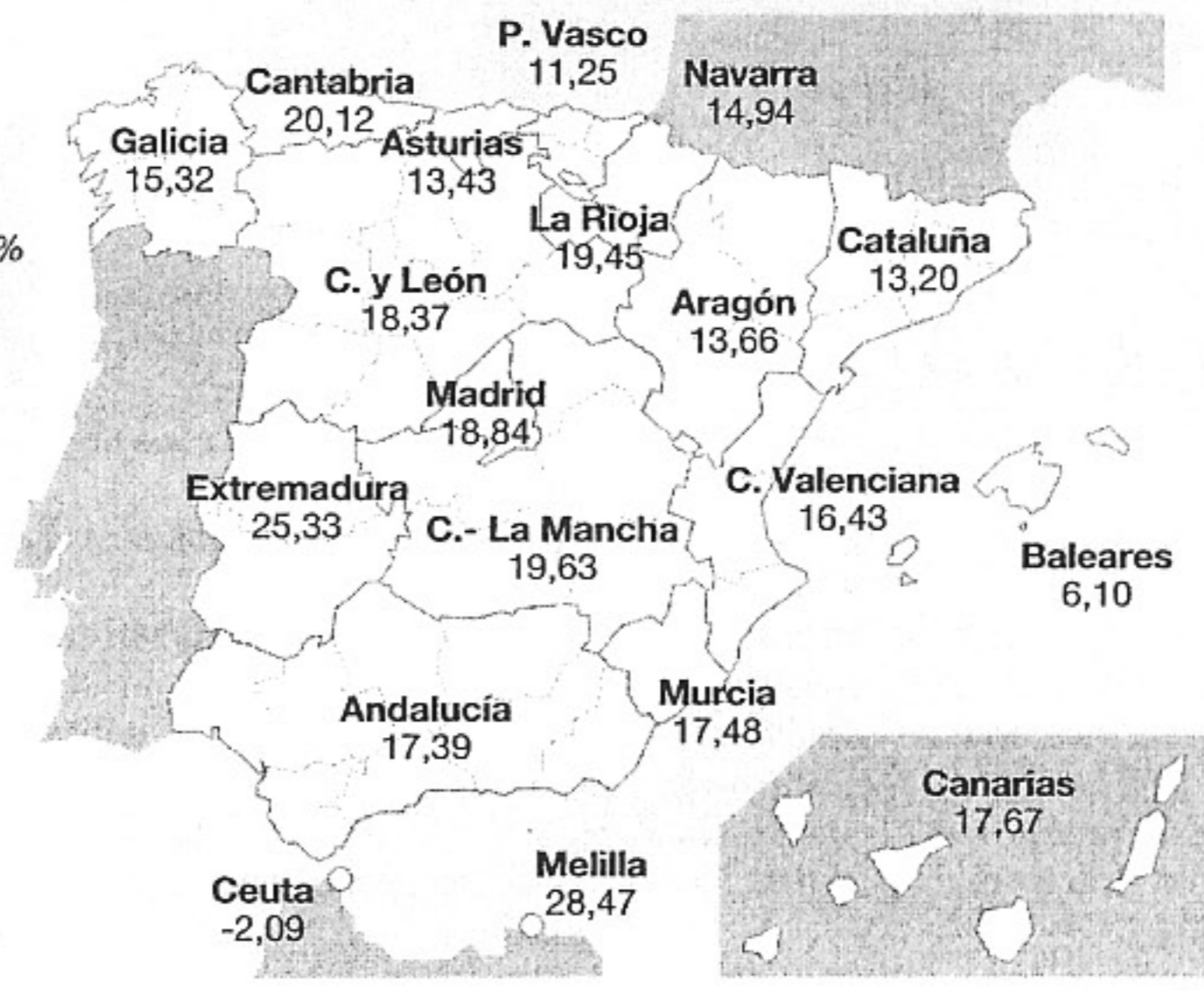


- Procesos clínicos que generan más IT**
Con variabilidad en duración y gravedad
- Grupos más frecuentes**
Enfermedades respiratorias.
Enfermedades musculoesqueléticas.
- Procesos de mayor duración**
Lumbalgia
Depresión
- Procesos con más días perdidos por IT**
Enfermedades musculoesqueléticas

Obligaciones contraídas por IT



Incremento del gasto por IT (%)



Más de 20.000 "supuestos enfermos" se dan de alta cada año sólo con la llamada del Instituto Nacional de la Seguridad Social citándoles a revisión

Actualmente se encuentran de baja por enfermedad alrededor de 250.000 trabajadores, con un mayor número en invierno que en verano

res, así que la cifra total puede ser de casi el doble.

De ahí el cambio legislativo. De acuerdo con el texto de la modificación, «agotado el plazo de duración de 12 meses (...) el Instituto Nacional de la Seguridad Social (...) será el único competente para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente» y para «reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de seis meses más o bien para determinar la iniciación de un expediente de Incapacidad Permanente». Hasta ahora, el INSS intervenía tras la prórroga de seis meses, a los 18.

Para Luis Garrido, presidente de la Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios, «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 IT, en detrimento de las competencias de los Servicios de Salud». «Lo que nos preocupa es que el trabajador pierde derechos», asegura.

Los médicos de familia opinan igual. Julio Zarco, presidente de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (Semergen),

asegura que «el médico de primaria es el único que puede hacer la evaluación, porque conoce mejor todas las circunstancias sanitarias, familiares y sociales del paciente». A su juicio, «no se pueden establecer sólo criterios económicos. Hay promedios de tiempo de recuperación, por ejemplo, de 15 días, pero ¿qué pasa con el enfermo que a los 16 no esté repuesto?» Por eso, preparan un documento para entregar en el Congreso de los Diputados y exigir que se modifique esta propuesta.

Para el vicepresidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc), Asensio López, es muy grave que «el sistema sanitario y el médico pierdan capacidad de decisión». Además, critica que el Gobierno haya «encubierto» la polémica en la Ley de Presupuestos. Para López, es contradictorio que, precisamente cuando se está dotando de más poder de decisión a las comunidades, «se transfiera una competencia del ámbito autonómico [las regiones tienen las competencias sanitarias] al central». Además, cree que el cambio es «un error desde el punto de vista del paciente».

Las incapacidades por causas psíquicas aumentan un 25%

El gasto por incapacidad temporal se ha disparado en los últimos tres años. El fraude en las bajas existe. De acuerdo con un estudio de la aseguradora Ibermutuatur, el 15 por ciento de las incapacidades es fraudulento. Pero, ¿conseguirá la reforma del Gobierno acabar con este círculo? Los médicos son escépticos. El motivo es que no sólo el fraude hace aumentar el gasto por IT. Las bajas por trastornos psicosociales—depresión, estrés, acoso moral en el trabajo o síndrome de «estar quemado»—han aumentado un 25 por ciento en los últimos tres años, de acuerdo con los datos de la Semergen. Estas bajas, además, son las que suelen tener una mayor duración, junto a las producidas por lumbalgia. Por eso, aseguran que sería más útil aumentar la formación y la coordinación entre inspectores y médicos que imponer medidas económicas.

NOTA DE PRENSA

Última hora del congreso de la Sociedad Americana de Oftalmología celebrado los días 15 a 18 de octubre en Chicago

La terapia refractiva corneal CRT es la técnica de tratamiento de miopía con mayor crecimiento en Estados Unidos. Aplicada en niños, consigue disminuir la evolución de dioptrías

La CRT consiste en la utilización de unas lentes de contacto especiales mientras se duerme, y al despertar, al retirarlas, se obtiene toda la visión durante un periodo de 1 a 3 días. Actualmente muchos pacientes candidatos a cirugía con láser optan por CRT, porque además es una técnica reversible y muy segura, según manifestó el Dr Hardten en el reciente meeting de la Academia Americana de Oftalmología.

La CRT, aprobada por la Food and Drugs Administration (FDA) americana está teniendo una rápida penetración tanto en el mercado americano (alrededor de 80.000 nuevos usuarios en el último año) como en todo el mundo (estimado en 250.000 pacientes). Actualmente, además de las personas que eligen la CRT frente a las otras opciones, sea láser, gafa, o lentillas, en base a las ventajas e inconvenientes de cada tratamiento, también optan por CRT aquellos a los que se les desaconseja la cirugía. También ha mostrado su eficacia en la corrección de pequeños defectos residuales tras cirugía refractiva corneal.

Por otra parte, Cho, Cheung y Edwards de la Universidad Politécnica de Hong Kong encontraron que la técnica ejerce, además de un efecto correctivo, un control sobre la evolución de la miopía infantil. En un estudio con 35 niños de 7 a 12 años de edad se encontró una disminución significativa en el crecimiento axial y profundidad de la cámara vítrea en los niños tratados con la técnica frente a los del control que utilizaban gafas tradicionales. También, encontraron variaciones entre diferentes niños y que actualmente no se puede predecir el efecto para cada sujeto de forma individual. Los resultados fueron publicados en la revista Current Eye Research en 2005.

En España, la clínica oftalmológica Novovisión de Madrid fue pionera en la aplicación de esta técnica y sus especialistas han corroborado que su aplicación es eficaz, segura y predecible.