



Documentos semFYC

IMPORTANTE:
 SI NO HA CAUSADO ALTA MÉDICA,
 PERSONARSE A COBRAR CUANDO T
 SU PODER EL PRIMER PARTE DE CC
 CIÓN DEL MES DE FEBRERO



Incapacidad temporal:
 mejoras en la gestión


semFYC
 Sociedad Española de Medicina
 de Familia y Comunitaria

VI Jornadas de Primavera, 24 y 25 de Abril de 1998, Santander

Nº 98.057-1198

Nº 12



INCAPACIDAD TEMPORAL: mejoras en la gestión

DECÁLOGO PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL (I.T.)

GRUPO DE TRABAJO semFYC

*Ramón Caldas Blanco
Concepción Violán Fors
Juan Jesús García Fernández
Francisco Pérez Domínguez
Ángel Ruiz Tellez
Fernando Quijano Terán*

Coordinación: Francesc Borrell i Carrió

*Colaboradores: José M^a Molero García
Aurelio Duque Valencia
Javier Amador Romero
Alejandro Tejedor Varillas*

*Este documento ha sido impreso
gracias a la colaboración de*



semFYC. Santander, abril 1998.

ÍNDICE

MODIFICACION LEGISLATIVA DE LA GESTIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN ATENCION PRIMARIA:	
I. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION:	
I.1. Magnitud del problema.....	
I.2. Repercusión económica. Evolución y situación actual.	
I.3. Variabilidad en los Indicadores de I.T.	
II. MARCO LEGISLATIVO. CAMBIOS Y CONSECUENCIAS:	
II.1. Cambios importantes en la normativa de la gestión de la I.T.	
II.2. Valoración de la semFYC de los cambios normativos.	
II.3. Conclusiones.	
III. DECALOGO DE PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA I.T.	
IV. ANEXOS:	
■ Anexo I. ¿Qué es una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social (MATEPSS)?	
■ Anexo II. El secreto profesional como derecho del paciente y obligación del profesional en las bajas laborales.	
■ Anexo III. Perfil del prescriptor de bajas laborales (INSALUD 1996).....	
■ Anexo IV. Algoritmos de decisión ante una baja que se sospecha injustificada y ante el rechazo al alta.	
V. BIBLIOGRAFIA.....	

MODIFICACIÓN LEGISLATIVA DE LA GESTIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN ATENCIÓN PRIMARIA: ANÁLISIS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA (semFYC).

Desde 1994 se han producido en nuestro país una serie de modificaciones legislativas, propiciadas por el Ministerio de Trabajo, en materia de regulación de la gestión de la Incapacidad laboral temporal (IT). Todas estas modificaciones conceden la potestad, para dar altas laborales a los facultativos del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y después de la reciente decisión del Consejo de Ministros del 5 de Junio de 1998, también hacia los médicos de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), retirando de forma irreversible la gestión unitaria de la IT por parte del médico de cabecera que realiza el seguimiento clínico habitual del paciente.

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), preocupada por las graves consecuencias que para nuestros pacientes y el propio Sistema Sanitario acarreará las reforma de la gestión de la IT, presenta a continuación una análisis de la situación de la gestión de la IT a través de los siguientes aspectos:

I. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

II. MARCO LEGISLATIVO: CAMBIOS Y CONSECUENCIAS

III. PROPUESTAS DE MEJORA

I. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

La Incapacidad Temporal es la imposibilidad transitoria o permanente de realizar total o parcialmente el trabajo en la que se encuentra un asegurado por una enfermedad (común o profesional) o por accidente (sea o no de trabajo). Presenta por lo tanto un doble componente de pérdida de salud y de la capacidad productiva.

La gestión de la IT implica la indicación de reposo como un apartado más del tratamiento, por parte del médico ante un problema de salud de uno de sus pacientes que no le permite realizar su trabajo habitual. Se trata de una prescripción médica (como lo es recetar un medicamento o dar un consejo sanitario) que realiza el médico de familia con el fin de mejorar la salud de una persona concreta. Es por lo tanto un **acto médico** y, como tal, no debería ser prescrito por otro profesional distinto del médico que habitualmente se hace responsable de atender a aquel paciente (su médico de familia). Esta gestión implica el acto de otorgar la baja, la confirmación de la misma y decidir el momento del alta en función de la evolución clínica del paciente. Esta competencia es indesligable del acto médico y exige un seguimiento clínico continuo del problema por parte de su médico.

El objetivo del control de la IT es asegurar que su prescripción es adecuada, tanto en el inicio como en su duración; se trata pues de garantizar una gestión responsable de este recurso de protección social.

Hasta ahora la gestión de la IT se ha visto dificultada por la tradicional separación entre los institutos públicos de salud y el INSS, esto ha hecho que los planificadores y gestores de la sanidad no tomaran como suya la optimización de la IT y desestimaran poner en marcha medidas oportunas que aseguraran su correcta utilización dentro de acto médico-asistencial.

El manejo de las bajas laborales presenta, al margen de su compleja valoración clínica, evidentes connotaciones sociales, laborales y económicas. Por ello la toma de decisiones para evaluar y legitimizar la pérdida de la capacidad productiva de un trabajador por razones de salud entra de lleno en la competencia del médico de familia que es el profesional que mejor conoce todos estos aspectos de los pacientes.

I.1. MAGNITUD DEL PROBLEMA

- En la actualidad según se desprenden de los estudios, tomando como ejemplo un centro de salud de tamaño medio (18.000 habitantes) el peso relativo de las diferentes partidas económicas se repartirían: 31' 8% en Farmacia, 15' 9% en sueldos, 50' 6% en IT y 1' 7% el resto. Como vemos la IT es el factor más importante seguido de la farmacia y los gastos de personal, siendo el resto de los gastos (laboratorio, radiología, teléfono, luz, agua, almacén, calefacción) de pequeña magnitud. Por tanto, desde el punto de vista de la gestión económica, **la IT y la farmacia, por este orden, son las principales áreas de interés en la gestión de la Atención Primaria.** (FIGURA A)

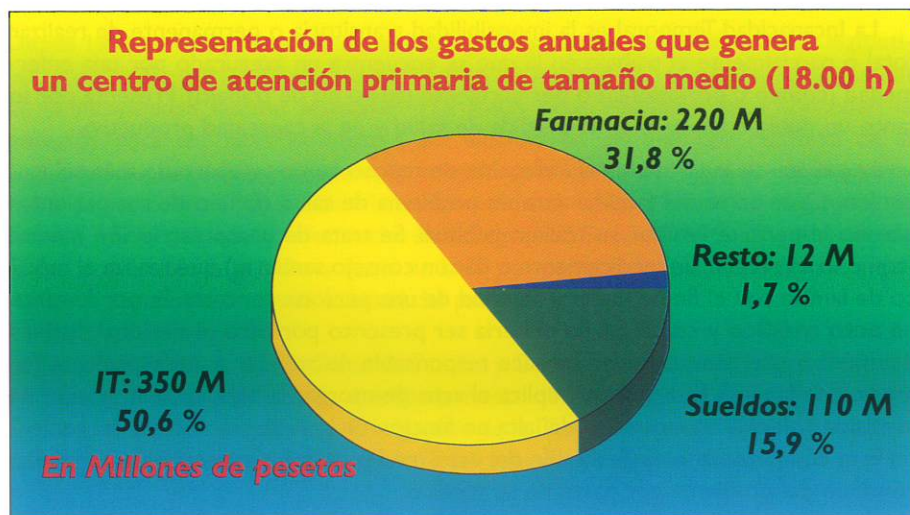
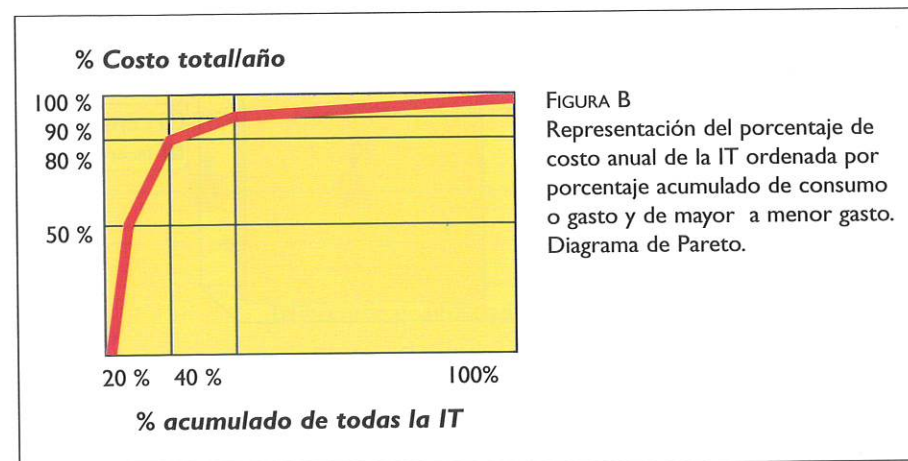


FIGURA A

- La IT, a diferencia de la farmacia afecta a un porcentaje pequeño de población: **anualmente afecta solo a la población activa** (30 % de la población total) **que toma la baja laboral** (30 % de la población activa), lo que supone que estamos hablando de **un problema limitado al 10 % de la población**; si consideramos que un cupo médico medio es de 2000 personas, hablamos de que toda la problemática se concentra en 200 personas cada año.
- Según estudios cuando analizamos las IT y las medimos y agrupamos por duración encontramos que se comporta al igual que todos los sistemas de consumo con la ley de Pareto o ley ABC, que viene a decir que un 20% de los sucesos generan 80% de los consumos por lo que **si identificamos este 20% de las IT (las de mayor duración) y las controlamos influiremos en el**

80% del gasto. Estos episodios (20%) fueron aquellos cuya **duración fue de 30 o más días**, mientras que en el resto de la ITs (80%) la **duración era inferior a 30 días**. Por tanto bastará reconocer la condición de duración igual o superior a 30 días de IT/año para iniciar el control de ese 20 % de IT (**40 IT/año/médico**) que suponen la mayor parte del gasto en bajas. (FIGURA B)



Es importante señalar que el 50% del gasto global anual se concentra en el 7% de todas las IT/año, por lo que el número de IT a controlar sería 14 IT/año/médico, prácticamente 1 IT/mes/médico

- **Un 20 % de las IT duran por encima de lo que el médico que la prescribe opina que debiera haber durado** según el problema clínico del paciente (*días de IT superfluos*). Estas bajas de una duración excesiva a la óptima suponen un incremento global de los días de baja del 30%) sobre el total. Este 30% de días superfluos estaban producidos por 3 tipos de razones: las demoras atribuibles al Sistema sanitario, las relacionadas con el paciente u otras de difícil abordaje. (FIGURA C Y D)

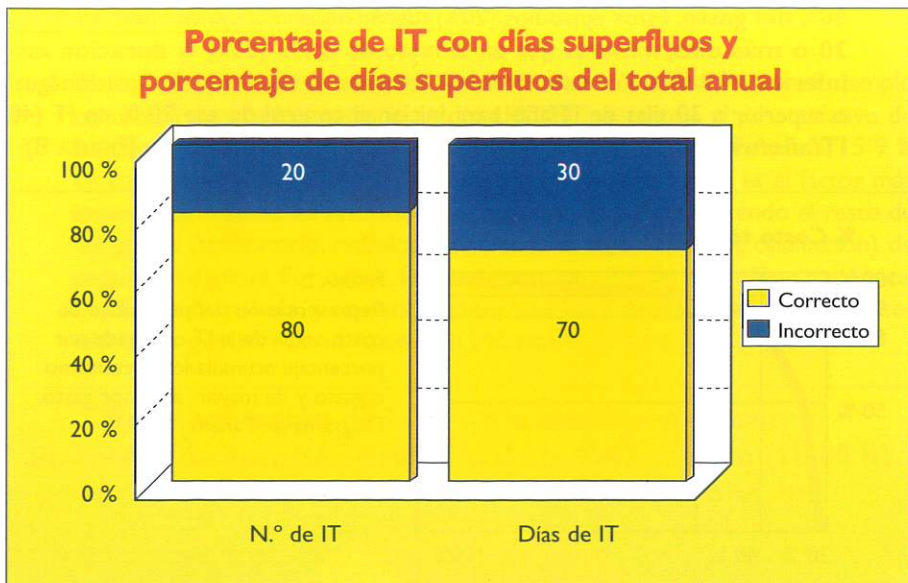


FIGURA C

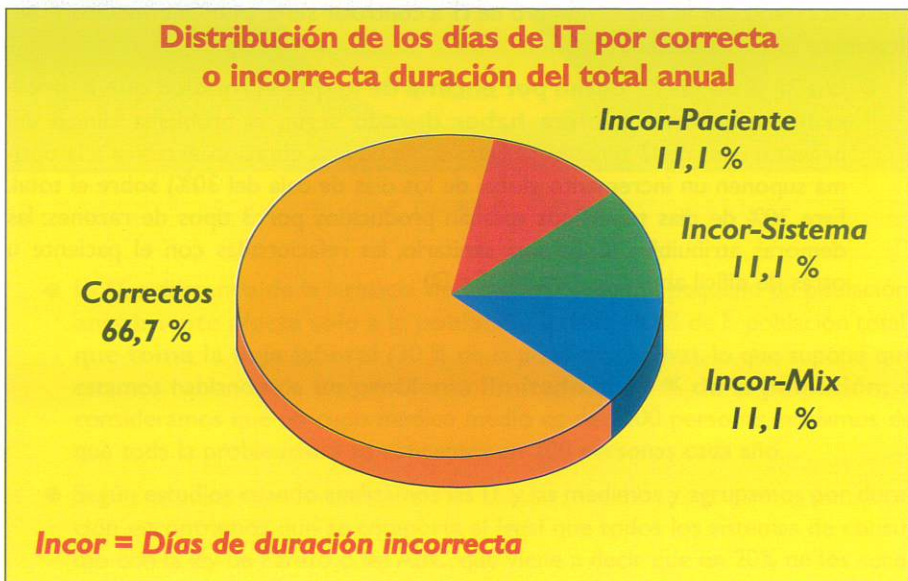


FIGURA D

1. El primer tercio de los días superfluos los producen **las demoras que genera nuestra organización sanitaria** entre las diferentes fases del episodio. Ej: la espera previa al análisis de sangre, la demora para prueba radiológica, retrasos para la interconsulta o para la hospitalización, demora en la exploración complementaria pedida por especializada, la demora de la lista quirúrgica o de rehabilitación postintervención. (FIGURA E)



FIGURA E

Representación de las diferentes posibilidades de demora a lo largo del episodio sanitario.

2. El segundo tercio, la demora se produce en los mismos puntos que en el tercio anterior pero **atribuibles al paciente**
3. El tercer tercio está formado por una amalgama de razones diferentes (aparición de nuevos procesos, presencia de problemas psicológicos o socioeconómicas...).

- Por otro lado, la IT parece funcionar por LA LEY DE LOS TERCIOS: un tercio de la población total puede tomar bajas (población activa); de ella un tercio la toma realmente. Del total de días de baja consumidos 1/3 parece ser superfluo (repartido en 1/3 debido al sistema, 1/3 debido a simuladores y el otro 1/3 a problemas complejos de índole socioeconómica). (FIGURA F)

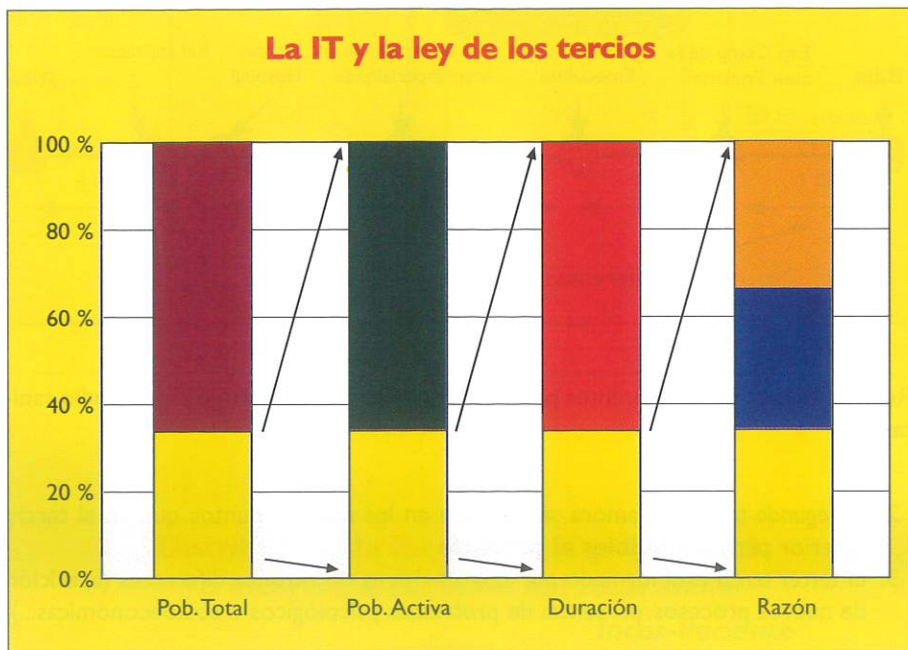


FIGURA F

I.2. REPERCUSION ECONOMICA: EVOLUCION Y SITUACION ACTUAL

- El absentismo por IT, tiene un coste directo e indirecto que se puede cuantificar en **más de 2 billones de pesetas anuales**.
- La prestación económica derivada de la IT ha pasado de **280.000 millones de pesetas en 1988** (coste/año/afiliado de 20-25.000 ptas), a **505.500 millones en 1994** (coste/año/afiliado de 30-35.000 ptas), con un **incremento de más del 10 % anual**.

En esa fecha se inicia una fase de contención y posterior descenso del valor real, durante los años 1995 y 1996, bajando en 1997 en un 12'5 % (450.000 millones), lo cual supone un coste/año/trabajador medio de 35.000 ptas.

VARIACIÓN DEL GASTO EN I.T.Y EN PENSIONES INTERANUAL 94-97.

PERÍODO INTERANUAL	VARIACIÓN GASTO EN PRESTAACIONES	VARIACIÓN GASTO TOTAL EN PENSIONES	
		PENS. INVALIDEZGASTO I.T.	
Año 94-95	+8.87%	+7.5%	-1.25%
Año 95-96	+8.50%	+7.2%	+1.17%
Año 96-97	+10.46%	+10.2%	-12%

Elaboración propia. Tomada de Memoria del INSS 1996 y Anuario EL País 1998.

Parece que el gasto en IT, siendo apreciable, se ha contenido e incluso descendido en su evolución de los años 1994 y 1997

- Dando un paso más profundo en el análisis se ha observado que **la distribución territorial del gasto en IT es heterogénea: el 39 % de la población del INSALUD consume un 31 % del presupuesto de IT, frente al 61 % restante (Comunidades autónomas transferidas) que gasta un 69 %**.
- Sobre una media estatal de gasto/afiliado/año en IT de 35.839 ptas, en el año 1996, **la gestión en el INSALUD "ahorra" un 21'5 %**. Con estos resultados, parece posible presumir una diferente gestión de la IT, según que la entidad responsable sea el INSALUD o los Servicios de salud transferidos de las Comunidades Autónomas.

I.3. VARIABILIDAD EN LOS INDICADORES DE IT

● PREVALENCIA:

Destaca en principio **una reducción progresiva de la prevalencia de IT**, pero acompañada de un **aumento de la duración de la baja por afiliado y mes** en los dos últimos años. Se puede concluir que "existen menos bajas, pero perduran más tiempo".

También en el caso de la prevalencia se observan claras diferencias entre Servicios de Salud transferidos e INSALUD, así como grandes diferencias interprovinciales.

● IT SEGÚN PAGO DIRECTO O PAGO DELEGADO:

La duración media de las bajas laborales se diferencia claramente por el tipo de pago: directo o delegado. En el **pago directo** (Autónomos, Empleadas de Hogar, Agrarios por cuenta propia y parados(INEM)), es el INSS y no la empresa, la que abona directamente la prestación al trabajador en IT. En el **pago delegado** la empresa participaría con un porcentaje que se inicia con el 25% y acaba con el 45% el resto

lo paga el INSS o las Mutuas). El subsidio económico se genera, a partir del derecho del afiliado tras cotizar al Régimen correspondiente (General, Autónomos, Agrarios, Empleadas de Hogar, y Especial del Mar).

Es destacable cómo algunas CC.AA., por sus peculiaridades socioeconómicas, tiene una elevada proporción del llamado Pago Directo. Según los análisis de la Unidad especial para el Estudio del Fraude, es **en el grupo de pago directo donde más se acentúan las desviaciones:**

■ *Pago delegado:* 87'8 % de las IT , reciben el 60 % del presupuesto y la duración media es de 30-60 días.

■ *Pago directo:* 2'2 % de las IT , reciben el 40 % del presupuesto y la duración media es de 200 a 300 días.

● IT SEGÚN PROCESO CLINICO

Destaca la gran variabilidad en su duración y distribución:

■ Los grupos más frecuentes de IT son: **respiratorio y musculoesquelético.**

■ Los de mayor número de días perdidos por IT: **musculoesqueléticos**

■ Los procesos de mayor duración media: **depresión y lumbalgia.**

● IT SEGÚN PROFESIONAL MEDICO

Respecto a los facultativos, también se observan en los estudios, una gran variabilidad en función **de su formación, turno de trabajo o tipo de contrato; condicionantes todos ellos del tipo y duración de la IT**, influyendo en mucha menor medida la edad del médico.

● OTROS FACTORES CONDICIONANTES SOCIECONÓMICOS DE LA IT

■ Las IT que provienen de la antigua Incapacidad Provisional (transición normativa).

■ La edad media de los trabajadores en IT, con problemas crónicos y despido laboral.

■ La precariedad laboral y la desviación de «reconversiones empresariales» a IT.

■ El desvío de secuelas de accidentes laborales a IT.

■ La cultura poblacional extendida de uso de la IT, para otros fines (INEM, ceses, conflictos laborales, etc).

■ El alargamiento de IT por mal control administrativo de ficheros en todos los niveles (INSS, Inspección, Atención Primaria).

■ La mala coordinación y listas de espera del nivel especializado.

■ El difícil discernimiento en la práctica clínica entre los principios éticos de Beneficencia y de Justicia.

En este marco surgen opiniones por parte de los gestores de la existencia de bolsas de fraude y la quiebra como valor ciudadano de la Seguridad Social, que desencadenan gradualmente la idea de modificar el actual sistema de gestión de la IT.

II. MARCO LEGISLATIVO: CAMBIOS Y CONSECUENCIAS.

En los últimos años, se están produciendo una serie de cambios en la normativa sobre Bajas Laborales que afecta fundamentalmente a la Incapacidad Temporal (IT) y en menor grado a la

Incapacidad Permanente (IP). Estas modificaciones afectan a los derechos de los ciudadanos y a quienes están implicados directamente en su génesis, control y regulación, de forma importante.

Recientemente el Gobierno actual ha aprobado la publicación del RD 1117/1998, en el que se desarrolla el Artículo 39 de la Ley 66/1997 (30 de Diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden fiscal) y modifica el Real Decreto 575/1997 que regulaba determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social. En este Real Decreto se otorga a los médicos contratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), organismo autónomo del Ministerio Trabajo y asuntos Sociales y a los médico de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional de la Seguridad Social (MATEPSS), entidades patronales, la capacidad de gestionar directamente las ITs por accidentes laborales, enfermedades profesionales y contingencia común, pudiendo otorgar el alta laboral, que supone la extinción del subsidio y obliga al trabajador a incorporarse a su puesto de trabajo (alta efectiva). Con esta aplicación los médicos del INSS o de las MATEPSS, son los que tienen la capacidad de decidir si el trabajador/a está o no en condiciones de incorporarse a su puesto de trabajo, en detrimento del médico de cabecera que a todos los efectos es el responsable del paciente y que, sin duda, es el que mejor conoce la situación clínica del mismo. Con la nueva normativa, es el INSS y las MATEPSS , quienes tienen la última palabra en el mantenimiento de un baja laboral.

II.1. CAMBIOS IMPORTANTES EN LA NORMATIVA EN LA GESTION DE LA IT

Este Real Decreto junto a la Leyes de Medidas Fiscales, Administración y Orden Social (Ley 42/1994 , de 30 de Diciembre y la 66/1997, de 30 de Diciembre) incluidas

como leyes de acompañamiento presupuestario y otros Reales decretos (1300/1995, 575/1997, 576/1997), han desplazado la responsabilidad de la gestión de la IT hacia otras entidades ajenas al sistema sanitario, pero además se han introducido otras reformas importantes para el control de las mismas y para los trabajadores:

1. Unificación de la IT con plazos nunca superiores a 18 meses.
2. Exclusión de la maternidad como causa de IT.
3. Regulación de la gestión de la Incapacidad Permanente a través de los Equipos de Valoración de Incapacidad Permanente a través de los Equipos de Valoración de Incapacidad del INSS (EVI)
4. Reconocimiento del control de la IT por parte de los Tribunales de Valoración del INSS y de las MATEPSS.
5. Posibilidad de proponer el alta médica por parte del INSS y las MATEPSS
6. Facultad de la MATEPSS para realizar pruebas diagnósticas y terapéuticas a pacientes en situación de IT por enfermedad común o accidente no laboral.
7. Equiparación de todos los regímenes de la Seguridad S a efectos de gestión y prestaciones de la IT (General, Autónomos, Empleadas de Hogar y Agrarios por cuenta ajena y propia).
8. Separación de la IT clínica respecto al derecho de subsidio por IT.
9. Las nuevas altas de los trabajadores por cuenta propia quedan adscritas obligatoriamente para la IT a una MATEPSS.
10. Autorización a los médicos del INSS y a los médicos de las MATEPSS a través de los primeros para otorgar el alta efectiva de los trabajadores de forma directa.

Fuente: JANO, 1998; 1254: 1730-2

II.2. VALORACIÓN DE LA semFYC DE LOS CAMBIOS NORMATIVOS DE LA GESTIÓN DE LA I.T.

Los cambios promovidos por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales con la finalidad de un mejor control y gestión de la IT son preocupantes y pueden acarrear **consecuencias negativas par nuestro actual sistema sanitario**. Los efectos más importantes de estas reformas serían:

1. **Discontinuidad en el control clínico de la enfermedad** por parte del médico de cabecera del paciente, que dificulta el **acceso del paciente al tratamiento completo de su enfermedad**.
2. **Separa el proceso clínico que conduce a la necesidad de la baja laboral de la prestación económica** que conlleva la misma. Se faculta a profesionales ajenos al sistema sanitario a otorgar el alta económica del paciente que implica una extinción del subsidio, forzando su reincorporación laboral, frente a una opinión clínico-sanitaria contraria. **Se sitúa al paciente en una posición de desamparo e inseguridad**.

3. **Se introducen dentro del acto médico, agentes externos que lo limitan y coartan** (INSS, MATEPS). Deja en manos de profesionales que no conocen el proceso, ni han hecho un seguimiento del mismo, la decisión del alta médica y económica.
4. La posibilidad de que los servicios médicos del INSS den alta de manera descoordinada con los médicos de cabecera, puede generar **tensiones importante y situaciones de clara injusticia y desprotección para el paciente**.
5. **Solapamiento de funciones** en el control de la IT al intervenir cuatro grupos de médicos diferentes: médicos de familia del Sistema Nacional de Salud, Médicos, de la Inspección del Sistema Nacional de Salud, médicos del INSS y médicos de las MATEPSS. Esta diversificación de los colectivos profesionales que atienden al paciente generará:
 - a. **Inseguridad en el manejo de la información clínica confidencial** de los pacientes en situación de IT.
 - b. **Incremento de la burocratización de los circuitos de gestión de la IT**.
 - c. **Disociación del control clínico del paciente** al permitir la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas a pacientes en IT tanto a MATEPSS como a Servicios sanitarios.
6. **Judicialización de la IT**, debido al conflicto de intereses entre trabajadores y entidades gestoras (INSS, MATEPSS) y al conflicto entre criterios de los diferentes médicos que atienden al paciente: médico (facultativos del Sistema Nacional de Salud) y económico (INSS, MATEPSS), por lo que aumentarán las reclamaciones legales y alegaciones las resoluciones de dar el alta.
7. Los **Servicios de Salud estarán a disposición de la MATEPSS**. Estas adquirirán cada vez mayores recursos que permitirán emplearlos para competir con los servicios propios de la Atención Primaria del Sistema Sanitario Público. **Se desestabilizaría el sistema público, abriéndose la posibilidad de un sistema de privatización de la asistencia**, sobre la base de las mútuas, poniendo en peligro la continuidad del actual Sistema público.
8. **Adscripción obligatoria a una MATEPSS de un colectivo de trabajadores** (trabajadores por cuenta ajena) para contingencias comunes y accidentes no laborales. Se vulnera de esta forma los derechos de los trabajadores a la libre elección.
9. Sustraer competencias a los médicos de Atención Primaria de los sistemas público de salud, al retirarles la exclusividad del alta médica. De esta forma, **desacredita a los profesionales de Atención Primaria frente a sus pacientes**.

II.3. CONCLUSIONES

Las conclusiones principales de la situación son:

- La distribución de la IT es desigual en los territorios, según sean con servicio de Salud Transferido o no
- En general, el gasto en IT en nuestro país es superior a lo que se considera «aceptable», debido entre otras razones a:

1. La diferente gestión según la Entidad responsable (INSALUD, Servicios de Salud Transferidos)
2. Las características del régimen al que se pertenece, marcan de alguna forma la desviación de la prestación.
3. La diversidad de duración en las IT según el proceso clínico causante.
4. Incorrecta duración de los procesos ocasionados por demoras en los procesos diagnósticos y terapéuticos atribuidas al sistema sanitario, al usuario y a factores socioeconómicas.

*No hay más camino que sensibilizar a la sociedad del riesgo de un uso incorrecto de la IT: se trata en definitiva de intentar armonizar el derecho legítimo a la IT del trabajador enfermo, con el uso legal, eficiente y controlado de una prestación de tanta importancia social y económica.

- En la IT están entrelazados elementos clínicos, sociales y laborales, no es un problema exclusivamente de los médicos de familia, pero será imposible su control sin la participación activa de los mismos. Las reformas emprendidas en la gestión de la IT, desplazando la responsabilidad de las mismas al INSS y a las MATEPSS no parecen contribuir a ganar en eficiencia por sí mismas y ponen en peligro el Sistema de Sanitario actual.

En algunos casos se insiste en la buena gestión de a los servicios médicos del INSS o de las MATEPSS, comparando hospitales y Centros de Salud con ellas. Se olvida que los médicos de cabecera (de Familia) hemos realizado un papel de primer orden atenuando situaciones injustas, tales como altas precoces de accidentes laborales, patologías de claro origen laboral que sin embargo son rechazadas como tales, y agravaciones de patología crónica por accidentes laborales, que no son asumidas como contingencia laboral a pesar de tener legalmente dicha consideración. Los médicos de familia también tenemos que afrontar situaciones de alto riesgo psicosocial que ponen a prueba nuestro discernimiento ético.

Se ha legislado promoviendo más burocracia sin proporcionarnos medios para hacer más eficiente nuestro trabajo; se confía en nuestra pereza o renuncia a rellenar papeles a fin de que demos menos bajas laborales, aunque “ paguen justos por pecadores “, y se confía en más entidades que prioricen el cumplimiento de indicadores por encima de un criterio médico imparcial y objetivo.

En el actual Sistema Nacional de Salud, es indiscutible que el médico de familia es el profesional que mejor garantiza la ecuanimidad e independencia en el control de las bajas. El conocimiento del paciente a través de la historia clínica y de su entorno social y familiar, permite una mejor valoración del problema de salud que condiciona la capacidad productiva. La independencia del médico , así como su código deontológico, garantiza que la concesión y duración de una baja no será condicionada por presiones empresariales o particulares interesadas.

III. DECALOGO DE PROPUESTAS PARA LA MEJORA DE LA GESTION DE LA I.T.

Partiendo del análisis realizado anteriormente proponemos a continuación algunas medidas que podemos llevar a cabo, conjuntamente con los Gestores de los Servicios Sanitarios, Inspectores y responsables de Atención al Usuario:

PROPUESTAS

1. La Administración, con la plena colaboración de los Equipos de Atención Primaria, deben **dotar a todos los Centros de un Sistema de Información** que identifique con claridad a los pacientes en IT, las causas de las mismas, las demoras en listas de espera, y los servicios responsables de dichas demoras.
2. **Reflejar los resultados económicos de esta prestación en la cuenta de resultados de los Equipos**, utilizando indicadores fiables, que permitan a los profesionales conocer la situación real de la gestión realizada.
3. **La disminución de los costos derivados de una buena gestión de la IT por parte de la Atención Primaria, debería revertir al menos en parte en la propia Atención Primaria**, para mejora de esta prestación y del resto de servicios que se prestan desde este nivel asistencial.
4. **Creación y difusión de un paquete formativo dirigido a los Equipos de Atención Primaria**, y de manera especial al médico de cabecera, que incluyera aspectos organizativos, de evaluación técnica, comunicación con paciente difícil, y reflexión ética sobre casos complicados.
5. **Simplificación del proceso burocrático de la gestión de la IT:**
 - a) *Procesos que en principio prevemos inferiores a 30 días*: deberían ser de papel único, con las copias correspondientes. El médico identificaría la fecha en la que da la baja, y pondría la fecha del alta.
 - b) *Procesos superiores a 30 días*, los partes de confirmación proponemos una simplificación del formato (codificaciones que nadie puede rellenar, mejorar el diseño, etc).

6. Proponemos que los **Servicios de Inspección designen un Consultor**, que puede ser un inspector o un miembro de los servicios de Inspección Sanitaria de referencia. Las tareas de este Consultor a nuestro entender deberían ser:

- a) Apoyo directo a varios Equipos de APS, asesorando en la organización y evaluación de la IT.
- b) Valoración directa de determinados pacientes sobre los que existan dudas, de manera ágil, y disponiendo para ello de los medios necesarios, a requerimiento del médico de cabecera.
- c) Actuaría como instancia de peritación cuando un paciente no estuviera de acuerdo con una alta forzada en contra de su voluntad desde la APS, y dando una segunda opinión objetiva, ecuánime y no vinculante para el médico de cabecera.

7. Recomendamos a los Equipos de APS que aquellos **casos conflictivos sean discutidos en Sesión Clínica**, y que el resultado de dicha discusión sea registrado en la Historia Clínica, mencionando la fecha en que se produjo la Sesión Clínica.

8. Proponemos que los Responsables de las Unidades de Atención al Usuario **gestionen de manera personalizada, las demoras en procesos diagnósticos o terapéuticos** de aquellos pacientes en situación de IT en que, dicha demora, sea la causa de su no incorporación al trabajo. Estos casos pueden ser unos 10 pacientes-año por médico de cabecera, cantidad que creemos no es insalvable si se articulan soluciones del tipo:

- a) Cuotas pactadas con la Atención Especializada con los Servicios más estratégicos.
- b) Diversificación de proveedores y creación de circuitos especiales, sin desdeñar a las mismas Mútuas como proveedoras de servicios concretos, con el requerimiento de que el médico de cabecera no pierda la responsabilidad del paciente.

Si una adecuada gestión de la prestación conllevara la posibilidad de capitalizar los Servicios Sanitarios, sería posible crear circuitos o servicios especiales para atender patologías muy frecuentes que ahora mismo sufren demoras poco justificables. Entendemos que esta posibilidad, así como pactar cuotas de visitas con Hospitales Públicos, está éticamente justificada, pues es el conjunto del Sistema de Aseguramiento el que está en peligro; tampoco creemos que existan impedimentos legales para realizarla.

9. **Garantizar el derecho del paciente a que su caso sea dilucidado por las Unidades de Evaluación antes de dejar de percibir la prestación económica**, y en los casos en que pueda existir fraude, deben ser los dispositivos de Inspección, con la ayuda del médico de cabecera, quienes procedan a dar el alta.

10. **Salvaguardar la confidencialidad de los datos clínicos del paciente** exigiendo **control exquisito de los datos clínicos en poder de las Mutuas**

y del INSS evitando cualquier fuga de información que pudiera perjudicar seriamente a los trabajadores en situación de IT, o que hubieran estado en algún momento en situación de IT. Sería muy grave que circularan "listas negras" con pacientes afectos de determinadas patologías o situaciones de riesgo, a disposición de las empresas que pagaran por dicha información. Por fortuna esta posibilidad es remota, pero debemos hacer todo lo posible para que jamás ocurra.

Todas estas medidas son relativamente sencillas de poner en práctica desde los servicios de salud y de hecho algunas de ellas ya lo están, o hay normas vigentes que las recomiendan. Si el mensaje institucional que en estos momentos podemos resumir en: "burocratizamos la IT para ahorrar", se convierte en "ponemos medios para optimizar la IT", los Médicos de Familia lanzamos un doble mensaje a la opinión pública:

1. **La IT continúa siendo una prestación intrínsecamente ligada a la tarea de la APS**, y dotados de algunos medios sencillos, esta prestación puede optimizarse sin crear situaciones injustas.
2. **Los médicos de familia estamos dispuestos a colaborar en esta tarea sin alterar nuestro compromiso ético en defensa del paciente**. Creemos que hay margen para ello, puesto que el 20 % de las IT son responsables del 80 % del gasto, y que este gasto, un 30% se genera por demoras en los medios diagnósticos o terapéuticos prescritos por el facultativo.

¿QUÉ ES UNA MUTUA DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (MATEPSS)?

Es una asociación de empresarios, autorizada y tutelada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, constituida para colaborar en la gestión de distintas prestaciones de la Seguridad Social. No tienen ánimo de lucro (no pueden tener beneficios), sus ingresos forman parte del patrimonio de la Seguridad Social y las primas recaudadas tienen la condición de cuotas de la Seguridad Social.

Actualmente las MATEPSS gestionan prestaciones de Seguridad Social para casi 10 millones de trabajadores/as. Esta cobertura no se refiere sólo al accidente de trabajo sino que, desde 1995, puede abarcar también la baja por enfermedad común. Además las MATEPSS van a representar la principal oferta de Servicios de Prevención externos para las empresas.

En todas las MATEPSS existen Comisiones de Control y Seguimiento, formadas paritariamente por representantes de los sindicatos y de los empresarios.

Entre los servicios que tienen que dar están:

1. **Accidente de trabajo y Enfermedad profesional:** se ocupan de la atención médica como de las prestaciones económicas por incapacidad temporal o invalidez, así como de la rehabilitación.
2. **Reconocimientos médicos:** generales o específicos en función de los riesgos dependientes del trabajo, a los que se está expuesto.
3. **Asesoramiento:** sobre cualquier aspecto relacionado con la seguridad y salud en el trabajo.
4. **Formación:** en salud laboral sobre riesgos generales o específicos.
5. **Servicios de Prevención:** pueden formalizar contrato como servicio de prevención externo con todas aquellas empresas asociadas que así lo decidan.
6. **Gestión de la I.T.:** las MATEPSS, a solicitud de la empresa, pueden gestionar la prestación económica de la Incapacidad Temporal por enfermedad común.

Existen algunos interrogantes en el funcionamiento de las MATEPSS:

1. ¿Qué pasa con el secreto profesional de los médicos y con el derecho del paciente a la confidencialidad de sus datos médicos, si se ceden a instituciones privadas?.
2. ¿Dónde queda el derecho del paciente a la libre elección del médico?.
3. ¿Van a disponer las MATEPSS de médicos especialistas en todos los campos, tan cualificados como los de la sanidad pública?.
4. ¿Qué ocurrirá cuando no coincida el criterio del médico de la MATEPSS con el del médico de familia o especialista?.
5. ¿Qué ocurrirá con aquellos trabajadores que padecen enfermedades crónicas, o que precisan tratamientos largos o muy costosos, o requieren una cirugía muy compleja?.

Es evidente que tenemos que aprovechar todos los recursos sanitarios disponibles y evitar una fragmentación del sistema público de salud, y es por ello, por lo que las MATEPSS bien podrían aportar sus recursos y experiencias para mejorar la salud y seguridad en el trabajo, ya que a pesar de su peculiaridad podrían y deberían encajar perfectamente en el sistema sanitario.

EL SECRETO PROFESIONAL COMO DERECHO DEL PACIENTE Y OBLIGACION DEL PROFESIONAL EN LAS BAJAS LABORALES

1. El derecho a la confidencialidad de los datos referidos a la salud.

Nuestra legislación protege como bien jurídico el derecho a la intimidad, de hecho así está recogido en nuestra Constitución y en la Ley General de Sanidad. Este concepto engloba tanto los elementos de la vida personal o familiar susceptibles de ser difundidos, como los datos informativos, también personales o familiares, que pueden ser registrados (religión, ideología, renta, estado de salud, ect.). Son estos datos informativos los que realmente nos interesan desde el punto de vista del secreto profesional, de la protección de datos de la salud y particularmente de la utilización de estos datos en la gestión de las bajas laborales.

2. El secreto profesional

Se entiende por secreto profesional, en el ámbito sanitario, el deber de los miembros de un equipo asistencial de salvaguardar las confidencias que reciben de los pacientes en el trascurso de su atención sanitaria, y que, por este motivo como confidentes necesarios, pueden legítimamente conocer. Esta definición contiene tres elementos de especial interés: la generalización del secreto profesional al conjunto de profesionales de los centros sanitarios, el amparo del secreto profesional solo a los datos recabados en el curso de la asistencia sanitaria, y la legitimidad en la obtención de datos por parte de los profesionales siempre que éstos sean obtenidos lícitamente para el beneficio final del paciente.

El mandato de preservar el secreto profesional surge de un triple compromiso:

1. El respeto a la intimidad del propio paciente, derecho constitucional irrenunciable.
2. La obligación social de preservar el secreto, puesto que sin esta garantía el ejercicio profesional no sería aceptado por el conjunto de la sociedad.
3. Los preceptos legales.

Muy pocas son las excepciones para justificar la revelación del secreto profesional:

1. La autorización del propio paciente.
2. Las situaciones de urgencia médica (siempre en beneficio del paciente).
3. El riesgo fundado de daños a la salud pública o a terceros.
4. Por imperativo legal, por requerimiento del Defensor del Pueblo, Fiscales, Jueces o Tribunales, en el ejercicio de las funciones que tienen atribuidas.

3. El problema específico de las bajas laborales

Los circuitos de información de las bajas laborales en nuestro SNS son paradigmáticos respecto a la gran dificultad de armonizar los intereses de los ciudadanos que acuden a los servicios sanitarios, las exigencias éticas de los médicos y las necesidades de la propia Administración Sanitaria.

Desgraciadamente el tratamiento de los datos de salud en la gestión de las bajas laborales ofrece una disyuntiva difícil de resolver, la conciliación de los derechos individuales de los ciudadanos con las necesidades de información de las distintas instituciones implicadas en esta prestación (empresas, MATEPSS, INSS, Servicios de Salud). Desde un punto de vista ético, se trata de compatibilizar el principio de beneficencia, individual y privado, con el de justicia, universal y público. En un Estado de Bienestar, con unas prestaciones públicas limitadas (entre ellas las económicas ocasionadas por las bajas laborales), sujetas a controles de intervención y con la obligatoriedad de garantizar la equidad en el acceso, es realmente complejo armonizar los derechos individuales de confidencialidad y secreto profesional, con los de transparencia e igualdad en el proceso de adjudicación de prestaciones sociales.

Resumiendo podemos agrupar los problemas de la aplicación del secreto profesional en la gestión de la IT en tres apartados:

1. La escasa utilización del consentimiento informado.
2. La dificultad de preservar el secreto profesional dentro de los Servicios de Salud.
3. La transmisión de información a otras administraciones públicas y a entidades colaboradoras de la Seguridad Social.

La responsabilidad final en el manejo de la IT es del **médico de familia**. Ningún otro profesional, sea residente, inspector, médico de la mutua o de la empresa, u hospitalario pueden suplantar totalmente el compromiso y la obligación del médico de familia. De esta circunstancia se deriva un importante conflicto de lealtades que atezca y engrandece nuestra profesión: Lealtad al paciente y a su derecho a la confidencialidad, lealtad al sistema sanitario y a los principios de accesibilidad y equidad en el acceso a las prestaciones, lealtad a las empresas ayudando a combatir actos fraudulentos y, por último, lealtad a nuestra profesión y al principio ético de preservar el secreto profesional.

Desde Atención primaria se pueden implantar medidas básicas para preservar el secreto profesional en las bajas laborales:

1º Recomendaciones al Médico de Familia para preservar el secreto profesional en las bajas laborales:

- 1.1. Aportar al paciente información oral suficiente y comprensible sobre la transmisión de información sobre su IT a otras instituciones.
- 1.2. Garantizar que la información clínica enviada al nivel hospitalario y a la Inspección Sanitaria no es accesible a otros profesionales o personas ajenas a los centros sanitarios (sobres cerrados, teléfono directo, fax de acceso limitado).
- 1.3. Intercambio de información sobre pacientes en IT a través de la Inspección Sanitaria, siendo ésta quien deba dirigirse preferentemente al INSS y a las MATEPSS.
- 1.4. Evitar escribir el diagnóstico o información clínica en la copia enviada a la empresa.
- 1.5. No facilitar información clínica a los médicos de empresa, salvo que el proceso originario de la IT sea causado o agravado por algún riesgo relacionado con su trabajo.

2º Recomendaciones al Equipo de Atención Primaria para preservar el secreto profesional en las bajas laborales:

- 2.1 Delimitar el acceso a la información para cada categoría profesional en los EAP. Datos médicos sólo accesibles a facultativos. Datos administrativos, de filiación o sociales accesibles para enfermeras, trabajador social y administrativos.
- 2.2. Preservar la confidencialidad, si existe apoyo administrativo en la gestión burocrática de la IT. El médico de familia ha de cumplimentar al menos el diagnóstico, la limitación funcional, datos de pruebas complementarias o tratamiento y firmar el documento.
- 2.3. Crear una organización asistencial que favorezca el mantenimiento del secreto profesional, en los circuitos internos de partes de IT, listados de pacientes en IT e informes clínicos.
- 2.4. Asegurar las relaciones con la Inspección Sanitaria, de forma que sean fluidas y favoreciendo el contacto directo y personal.
- 2.5. Evitar comentarios verbales sobre pacientes en IT.
- 2.6. Prescindir, hasta donde sea posible, del traslado de información por el propio paciente, eludiendo que él mismo sea correo de documentos oficiales.
- 2.7. Acceso a la información sobre IT para estudios de investigación, limitado y autorizado sólo por los médicos del Centro de Salud.

EL PERFIL PRESCRIPTOR DE BAJAS LABORALES (INSALUD 1996)

Según un estudio realizado en 1996 por la Subdirección de Inspección del Insalud entre 782 médicos de primaria de las provincias de Toledo y Murcia, alrededor de un 21 % de los médicos son «hiper» o «hipoprescriptores» de las bajas laborales (10'9 % son hiperprescriptores y un 10'3 % son hipoprescriptores, según el número y duración de las bajas extendidas). De ello se pone de manifiesto el perfil prescriptor, tanto de los hiperprescriptores como hipoprescriptores. (Ver gráfica adjunta).

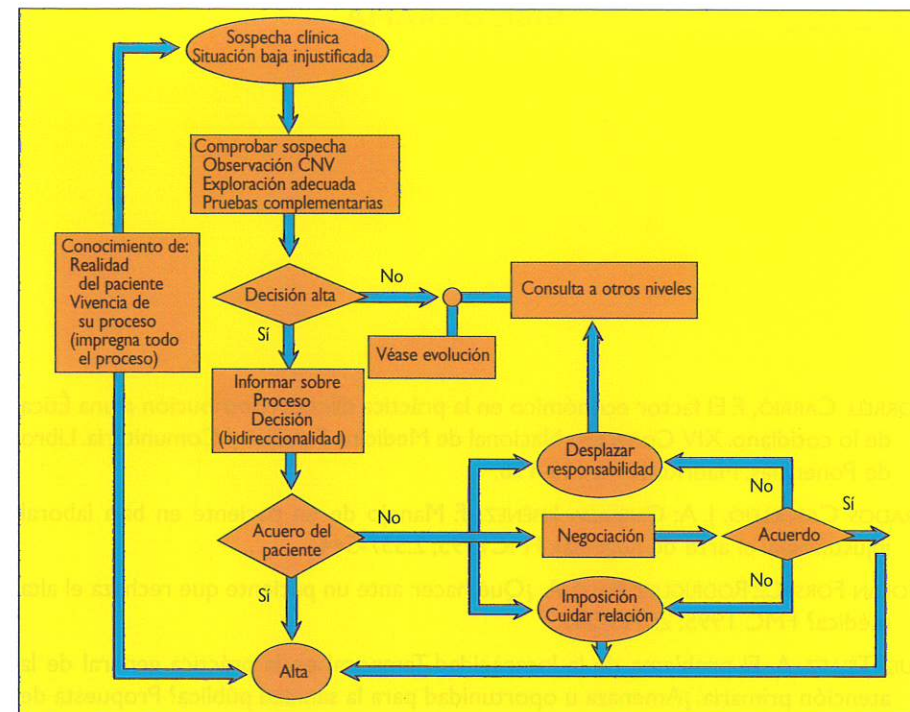
PERFIL	HIPERPRESCRIPTOR	HIPOPRESCRIPTOR
SEXO		
Varón	76'7 %	61'7 %
Mujer	23'3 %	38'3 %
EDAD MEDIA	46'9 años	40'4 años
FORMACION		
Con MIR	15'8 %	43'5 %
Sin MIR	84'2 %	56'5 %
TIEMPO MEDIO DE EJERCICIO EN ATENCION PRIMARIA	10'6 % años	7'6 años
TIEMPO MEDIO DE EJERCICIO EN LA MISMA PLAZA	7'1 años	4'7 años
ZONA DE TRABAJO		
Rural	65'2 %	37'8 %
Urbana	34'8 %	62'2 %
PERFIL DE LA PLAZA OCUPADA		
Titulares	74'5 %	57'8 %
Interinos	25'5 %	42'2 %

El estudio revela que los médicos esgrimen como justificación de su hiperprescripción de las bajas:

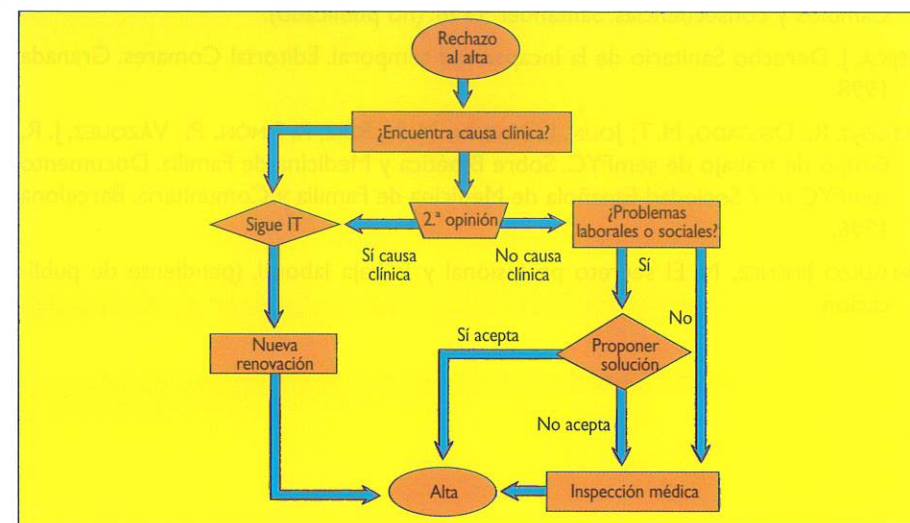
1. El problema de las listas de espera en Asistencia Especializada y la falta de coordinación entre los dos niveles asistenciales, ambos factores en un 77 % de los casos.
2. Los factores socioeconómicos y laborales de la zona, en un 65 % de los casos.
3. La falta de control por parte de Inspección Médica, y
4. La complacencia del propio facultativo, por la familiaridad con los pacientes.

Entre las soluciones que aportan los propios facultativos está la disminución de las demoras diagnósticas y terapéuticas en asistencia especializada, incluso dando preferencia en ellas a los pacientes en I.T., y el mayor apoyo y control por parte de Inspección Médica.

Por otro lado, el estudio apunta que, además parece existir una clara relación entre hiperprescriptores de bajas y de productos farmacéuticos.



Algoritmo de decisión ante una baja que se sospecha injustificada. CNV: comunicación no verbal



Actuación ante el rechazo al alta. IT: incapacidad transitoria

BIBLIOGRAFIA

- BORRELL CARRIÓ, F. El factor económico en la práctica clínica: contribución a una Ética de lo cotidiano. XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Libro de Ponencias. Madrid, 1994; 193-196.
- PRADOS CASTILLEJO, J. A.; QUESADA JIMÉNEZ, F. Manejo de un paciente en baja laboral injustificada: el arte de negociar. FMC 1995; 2:537-544.
- VIOLÁN FORS, C.; RODRÍGUEZ BALO, A. ¿Qué hacer ante un paciente que rechaza el alta médica? FMC 1995; 2: 545-547.
- RUIZ TÉLLEZ, A. El problema de la Incapacidad Temporal en la práctica general de la atención primaria. ¿Amenaza u oportunidad para la sanidad pública? Propuesta de una solución global desde la atención primaria (no publicado).
- QUIJANO TERAN, F. Incapacidad Temporal/Permanente situación actual en España. Cambios y consecuencias. Santander 1998. (no publicado).
- MÉJICA, J. Derecho Sanitario de la incapacidad temporal. Editorial Comares. Granada 1998.
- ALTISENT, R.; DELGADO, M. T.; JOLÍN, L.; MARTÍN, M. N, RUIZ, R; SIMÓN, P; VÁZQUEZ, J. R, Grupo de trabajo de semFYC. Sobre Bioética y Medicina de Familia. Documento semFYC nº 7 Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona 1996.
- MELGUIZO JIMÉNEZ, M. El secreto profesional y la baja laboral. (pendiente de publicación).