

Propuestas para la mejora de la gestión de la incapacidad temporal

© 2010, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Portaferrissa 8, pral.

08002 Barcelona

www.semfy.es

Coordinación y dirección editorial:

semfy  ediciones

Carrer del Pi, 11, 2ª pl., of. 14

08002 Barcelona

ediciones@semfy.es

Reservados todos los derechos. Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, sin la autorización por escrito del titular del *copyright*.

ISBN: 978-84-45037-01-9

DL:

Propuestas para la mejora de la gestión de la incapacidad temporal

Autores

Coordinadores:

Domingo Orozco Beltrán
Paulino Cubero González

Grupo de Incapacidad temporal de las Jornadas de Primavera semFYC 2010

SemFYC

Javier Blanquer Gregori
Miguel Ángel Díez García
M.^a Ángeles Espeso Fernández de Valderrama
Santos Indurain Orduna
Fernando León Vázquez
Matilde Pérez Yuste
Anna Puigdemívol Sánchez
José Luis Quintana Gómez
Belén de Ves Sánchez

Fernando Álvarez-Blázquez
(Instituto Nacional de la Seguridad Social)
José M.^a Morán Llanes
(Asociación de Inspección de Servicios Sanitarios de Madrid)
Juan José Muñoz Benito
(Sociedad Española de Médicos del Trabajo)
Roberto Pesquera
(Consejería de Castilla y León)
Pedro Pablo Sanz
(Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo)

Índice

Introducción	7
El médico de familia y la incapacidad temporal	9
Propuestas semFYC para la mejora de la gestión de la incapacidad temporal. La burocracia prescindible	13
MEDIDA 1: Adecuar la indicación terapéutica de incapacidad temporal a los criterios clínicos	13
MEDIDA 2: Potenciar la participación de todas las entidades implicadas en el proceso de incapacidad temporal	14
MEDIDA 3: Medidas temporales de apoyo a la gestión de la incapacidad temporal hasta aplicar las medidas propuestas	15
MEDIDA 4: Otras propuestas para el debate	15
Conclusión	16
Normativa	16
Bibliografía	16
Lecturas recomendadas	16

Introducción

La incapacidad temporal (IT) es una prestación de la Seguridad Social orientada, en esencia, a paliar el quebranto económico que supone para un trabajador enfermo tener que abandonar su puesto de trabajo hasta recuperar la salud. Vista desde esta perspectiva, la IT es uno de los mayores logros sociales en la historia de las relaciones laborales, prácticamente al mismo nivel que el derecho a la huelga, a la sindicación, a la prestación por jubilación, por invalidez, por viudedad, a la asistencia sanitaria gratuita o a las vacaciones anuales pagadas.

Se trata de un proceso complejo con una vertiente sanitaria y otra económica, en el que gran parte de su gestión está encomendada al sistema sanitario asistencial, pero en el que también participan otros «actores» directa o indirectamente, como inspecciones médicas, Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) o servicios médicos de empresa. Desde que en el año 1900 se promulgaron las primeras medidas de protección de los trabajadores ante los accidentes de trabajo, se han emitido varias leyes y numerosos decretos hasta llegar a la situación actual, diferenciando dos grandes tipos de prestación: contingencias comunes (enfermedad común y accidente no laboral) y contingencias profesionales (enfermedad profesional y accidente de trabajo), con regulaciones y proveedores diferenciados.

El acto inicial que genera el derecho a la prestación es el *parte de baja*, emitido casi siempre por el médico de familia del Sistema Público de Salud que atiende al trabajador enfermo. Esta certificación médica de enfermedad

es un acto asistencial y administrativo que pone en marcha un complejo sistema protector para permitir al trabajador por cuenta ajena suspender la prestación laboral (faltar al trabajo) y recibir un subsidio económico alternativo al sueldo que deja de percibir (prestación). En el caso del trabajador autónomo (por cuenta propia) existe un mecanismo análogo que le compensa de las pérdidas por la interrupción de su actividad económica a causa de la enfermedad. En todos los casos se garantiza la confidencialidad del proceso al excluir a la empresa de los datos relativos a la enfermedad que origina la IT.

En las contingencias comunes, salvo algunas excepciones (como en el régimen de empleadas de hogar), el derecho a la prestación comienza el cuarto día de la IT, cubre el 60 % de la base reguladora hasta el día 21 y el 75 % desde ese día. El pago corresponde a la empresa hasta el día 15 y a la entidad gestora (INSS, MATEPSS o empresa colaboradora) a partir del día 16. No obstante, es frecuente que los convenios de las empresas compensen la prestación desde el primer día y hasta el 100 % de la base reguladora. Los partes de baja deben ser emitidos por el médico del sistema público que ha valorado al paciente, incluidos los partes de confirmación, que son de carácter semanal desde el cuarto día de la baja. Además, cada 4 semanas se ha de rellenar un informe médico que recoja las dolencias, el tratamiento, la evolución de la incapacidad funcional y la probable duración del proceso.

En las contingencias profesionales, el derecho a la prestación comienza desde el primer día, abarca el 75 % de la base reguladora y el pago corresponde a la entidad gestora de las contingencias profesionales. Los partes de baja son emitidos por la mutua o por el médico del sistema público, en función de la entidad que la empresa haya elegido para la cobertura, lo que el trabajador ha de certificar mediante el parte de asistencia de accidente de trabajo emitido por la empresa.

La prestación económica procede de las aportaciones de trabajadores y empresarios a través de los Presupuestos Generales. La factura que el Estado soporta por esta prestación fue, en el año 2009, de 8.143 millones de euros, este año se han presupuestado 7.373 millones de euros, lo que supone una reducción prevista del 9,5 % (datos disponibles en www.seg-social.es). Respecto a los motivos de IT, existen 14 procesos que generan el 33 % del total de días de baja y desde el INSS se están favoreciendo acuerdos con las comunidades autónomas para disminuir su impacto. Otro

aspecto importante es que el 67 % de los procesos de IT tienen una duración inferior a 15 días, el 40 % inferior a 4 días y en un 8 % de los casos se entrega baja y alta en el mismo día. Esta realidad hace aconsejable un enfoque diferente en la gestión de las bajas de previsible corta y larga duración.

El enorme coste que supone esta prestación ha llevado a cambios legislativos y a implementar medios para evitar el fraude y favorecer un uso eficiente de este recurso. Para ello se han desarrollado sistemas de control a diferentes niveles, que han hecho necesaria la intervención de todos los organismos citados. Los cambios normativos de los últimos 15 años han permitido implicar a las mutuas y al INSS en las propuestas de alta a través de las inspecciones médicas, han transferido al INSS la responsabilidad completa al cumplirse el año de baja, han propiciado medidas de facilitación de procesos diagnósticos y tratamientos a través de las mutuas y han acentuado el papel de la inspección como controlador de todo el proceso.

Uno de los inconvenientes del proceso actual es que se genera un gran número de trámites administrativos derivados de la prestación y su revisión, con unos flujos de información ineficientes para los profesionales y para el paciente.

El médico de familia y la incapacidad temporal

La IT es parte del seguimiento y tratamiento de una enfermedad pero, al estar condicionada a una prestación económica, a menudo pone a prueba la relación de confianza médico-paciente por las consecuencias derivadas de su buen o mal uso por ambas partes. Como acto médico exige las adecuadas condiciones de tiempo y atención, unos conocimientos adecuados que garanticen la calidad del proceso y una atención especial a los componentes éticos que se presentan en su desarrollo. Cabe recordar que los cuatro principios básicos de la ética (no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía) entran en conflicto entre sí y sitúan al médico ante dilemas complejos entre el bien común, el bien del paciente y la utilización correcta de esta prestación.

Sin embargo, la normativa actual favorece que la percepción que muchos médicos de familia tienen de las bajas es que sólo se trata de una carga burocrática más a añadir a sus ya saturadas consultas:

- **Visitas sucesivas.** La actividad burocrática global (recetas, informes, bajas) puede constituir el 30-40 % de las consultas de Medicina de Familia, lo que dificulta la realización de la actividad asistencial. El exceso de burocracia banaliza el acto médico y lo convierte en rutinario perdiendo todo su valor. La aplicación estricta de la normativa obligaría al médico a realizar una reevaluación completa en cada visita y un informe cada cuatro visitas, a pesar de que se recoge en el propio parte la duración probable de la enfermedad. El exceso de visitas sin contenido real lleva a los médicos a tener una actitud pasiva en todo el proceso y a una falta de implicación en el uso eficaz de la IT.
- **Partes de confirmación.** Los pacientes y/o sus familiares deben desplazarse cada semana a los centros de salud, incluso cuando, por diagnóstico, la patología que se padece es de previsible larga duración o el paciente esté ingresado en el hospital. De este modo, se suma a la preocupación o a las incomodidades de la enfermedad, la necesidad de establecer citas, esperas para la atención y reevaluaciones por diferentes organismos. El proceso también se banaliza para el paciente que entiende el parte de confirmación como un trámite destinado únicamente a justificar el cobro de la nómina.
- **Patologías leves.** En Atención Primaria muchas patologías son de previsible buena evolución en pocos días. El requerimiento del alta con fecha concreta y previa a la reincorporación al trabajo, revierte en la necesidad de establecer una consulta con carácter inmediato, no programable y a menudo de forma urgente, a personas sanas para acreditar su salud recuperada y su disposición para incorporarse al trabajo. En caso contrario, el paciente retrasa en uno o más días la incorporación al trabajo hasta resolver el alta.
- **Patologías breves.** Asimismo, la exigencia del formulario IT por parte de las empresas, incluso para ausencias muy cortas (1-3 días), genera que los pacientes que podrían beneficiarse del autocuidado contribuyan a la saturación de las urgencias y los centros de salud con la única finalidad de la obtención de la acreditación de asistencia desde el primer día. A menudo, por la propia evolución de la enfermedad, todavía no ha transcurrido el tiempo imprescindible para que aparezcan los primeros signos diagnósticos y pronósticos.

- **Responsabilidad legal.** El responsable de justificar y emitir los partes de baja, confirmación y alta que conlleva la IT es «el médico del Servicio Público de Salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado» según el Real Decreto 575/1997, ya sea el médico de familia en Atención Primaria o el médico de segundo o tercer nivel en ambulatorios u hospitales. La emisión de los partes ha de realizarse en el mismo acto de la visita al igual que la prescripción de fármacos, la petición de pruebas o las órdenes de ingreso.
- **Corresponsabilidad.** A pesar de que la IT puede ser realizada por un médico de cualquier especialidad, en la práctica totalidad de los casos, y de forma progresiva desde hace años, la emisión de los partes se ha trasladado a Atención Primaria atendiendo a los criterios de cercanía, conocimiento y, sobre todo, buena voluntad de los médicos de familia. Sin embargo, a menudo, los procesos clínicos son totalmente ajenos al médico de familia y carece incluso de la información clínica inicial o de los informes periódicos mínimos necesarios que ha de emitir el médico responsable del proceso, ya sea por desidia o falta de diligencia.
- **Listas de espera.** Es muy frecuente que los procesos de IT se demoren durante semanas o meses mientras el paciente está a la espera de procesos diagnósticos o terapéuticos por completo ajenos al médico de familia, pero durante los cuales ha de seguir emitiendo los partes de confirmación semanales. El aumento de capacidad de resolución por el médico de familia, determinado en parte por el acceso directo a pruebas complementarias, ha mejorado y podría mejorar aún más la gestión del proceso.
- **Circuitos.** Aunque la informatización de las historias clínicas libera al médico de la penosa tarea de rellenar los partes sucesivos, es imprescindible la impresión, firma duplicada o cuadruplicada según los casos, y entrega al paciente. En muchos lugares se han establecido circuitos de emisión y entrega de los partes en las áreas administrativas aunque la situación es desigual en función del apoyo e implicación de las administraciones locales. En otros se ha establecido la firma electrónica validada que permite que el documento se imprima ya firmado. Este mismo año se presentará en el 30.º Congreso de la semFYC un

estudio nacional en el que se observa que el 56 % de los centros de salud ya no entregan los partes de confirmación en la consulta.

- **Los otros médicos.** La falta de comunicación efectiva entre médicos de familia, inspectores, médicos de mutuas o médicos de empresa, da lugar a una absoluta desconfianza sobre el papel que puede desempeñar cada uno y dificulta un marco de colaboración imprescindible para el beneficio del paciente y el propio sistema. El médico de familia realiza una valoración de aptitud para el desempeño del puesto laboral sin tener más información que la que el propio paciente le aporta y que debería ser complementada por los servicios de salud laboral. Tampoco existe comunicación fluida con las mutuas y se pierde la posibilidad de adelantar pruebas o tratamientos contemplados en la normativa. En lo que respecta a los médicos de inspección o del INSS no se aprecia una capacidad resolutoria ni un apoyo suficiente a los pacientes rentistas.
- **Otros países.** En algunos lugares, como Reino Unido, el trabajador autojustifica la ausencia en los procesos de corta duración sin necesidad de recurrir a una visita médica en procesos generalmente autolimitados. En general, el proceso es menos burocrático que en España y más ajustado a la realidad clínica y laboral.
- **Pilotajes.** En los últimos meses se han iniciado experiencias por parte del INSS y las comunidades autónomas para mejorar el proceso de IT. Algunas iniciativas ligadas a la incentivación no han dado los resultados esperados y han causado rechazo en los profesionales. Otras propuestas como el pilotaje que se está realizando en Navarra en colaboración con el INSS, con el diseño de una aplicación informatizada ligada a la práctica clínica frente al formato burocratizado que venimos utilizando tradicionalmente, parecen tener muy buenas perspectivas. Mientras, normativas de rango menor como la agregación y entrega de varios partes de confirmación en Andalucía aminoran parcialmente el problema.

Propuestas semFYC para la mejora de la gestión de la incapacidad temporal. La burocracia prescindible

Para disminuir el exceso de tareas administrativas innecesarias impuestas al médico de familia sin añadir valor clínico, tanto las sociedades de medicina de familia como algunos grupos de profesionales organizados de forma espontánea en distintas comunidades autónomas han instado a las administraciones autonómicas a racionalizarlas.

Recogiendo la demanda de los socios y del conjunto de los médicos de familia, se organizó un grupo de trabajo sobre incapacidad temporal en las Jornadas de Primavera, celebradas en Segovia en marzo de 2010. Además de representantes de la Junta Directiva de la semFYC y las sociedades federadas, se invitó a todos los agentes implicados: miembros del movimiento antiburocracia, INSS, mutuas, consejerías, inspectores y médicos del trabajo. Aunque las propuestas aquí recogidas son exclusivamente de semFYC, la activa participación de todos los invitados en la discusión ha permitido confrontar opiniones y adecuar las propuestas al panorama real de la IT. También se puso de manifiesto en estas Jornadas la necesidad de trabajar más en común y de implicarnos todos para conseguir una gestión más ágil, menos burocrática, más eficiente y sostenible para el sistema.

MEDIDA 1: Adecuar la indicación terapéutica de incapacidad temporal a los criterios clínicos

- Asegurar la emisión y entrega al paciente del *parte de baja*, así como los sucesivos de confirmación y alta, en el momento de la evaluación por parte del médico que realiza la valoración clínica del paciente, ya sea en Atención Primaria o en el segundo o tercer nivel.
- Adecuar la renovación de los partes de confirmación de IT a criterios clínicos basados en la duración estimada de cada proceso y la evaluación realizada por el médico. Para ello se requiere la supresión de los partes de confirmación semanales, o con cualquier periodicidad preestablecida, y la sustitución por un parte de confirmación que incluya la fecha de revisión.
- En cada revisión, el médico procederá a emitir el alta si procede o a emitir una nueva estimación de duración del proceso con su parte de

confirmación correspondiente. La revisión y el alta se podrán anticipar siempre que la buena evolución del proceso lo aconseje o permita.

- Cuando el médico considere que la duración probable del proceso y por tanto, la primera revisión se establece en un plazo inferior a 10 días se emitirá exclusivamente el *parte de baja* y el paciente se podrá incorporar a la actividad laboral sin necesidad de una segunda visita para el trámite de alta.

MEDIDA 2: Potenciar la participación de todas las entidades implicadas en el proceso de incapacidad temporal

- Integrar en las aplicaciones informáticas de gestión de la IT herramientas para el cálculo de la «duración estimada» de los procesos para facilitar la adecuación temporal de éstos.
- Integrar herramientas de evaluación con indicadores adecuados a la gestión de la IT válidos que permitan a los profesionales conocer su perfil con respecto a su entorno, y a los gestores implementar medidas que favorezcan un mejor uso de la IT.
- Favorecer las actividades de formación en el manejo de la IT a todos los médicos como parte de su desarrollo profesional, comenzando en el grado y en los programas de formación especializada.
- Adecuar la actividad de la Inspección Médica en el control de las bajas, sobre todo cuando exista conflicto médico-paciente, actuando como soporte y ayuda a los profesionales, con mecanismos ágiles y eficaces en su ejecución. Habilitar el acceso a la historia clínica a fin de evitar desplazamientos innecesarios a los pacientes y la realización de reiterados informes de situación.
- Facilitar la comunicación de los médicos del Sistema Público de Salud con las MATEPSS para un mejor uso de los recursos diagnósticos y terapéuticos que favorezcan la resolución del proceso. Integrar de forma automática en la historia clínica los datos de la empresa y de la mutua.
- Facilitar la comunicación de los médicos de los servicios de prevención de riesgos laborales con el fin de complementar la información sobre el desempeño laboral, características del puesto y riesgos en la reincorporación al puesto.

- El Ministerio de Trabajo y las correspondientes Consejerías autonómicas deben abordar, en la mayor brevedad posible, la adecuación de la legislación y la normativa correspondiente para que estos cambios contribuyan a la mejora global del proceso de IT con beneficio para los trabajadores, los profesionales y la administración.

MEDIDA 3: Medidas temporales de apoyo a la gestión de la incapacidad temporal hasta aplicar las medidas propuestas

- Implementación de circuitos en el Área de Admisión para la emisión y entrega de los documentos de IT que no precisen revisión clínica con las debidas garantías de confidencialidad e intimidad.
- Mejora de los programas de gestión de IT actuales donde se precise para eliminar la información redundante, facilitar el envío en red a la Inspección disminuyendo el papel, integrar la información sobre duración estimada y adecuación en los sistemas de codificación (CIE/CIAP).

MEDIDA 4: Otras propuestas para el debate

- Autojustificación de las ausencias de muy corta duración (de 1 a 3 días), en la misma línea que otros países de nuestro entorno. Se ha de tener en cuenta que hasta el cuarto día no existe cobertura económica obligatoria por parte de la empresa y se trata de un acuerdo entre ambas partes que no debe obligar a terceros.
- Establecer el *parte de baja* en el cuarto día del proceso en todos los casos, lo que no implica renuncia a los convenios entre empresas y trabajadores respecto a la cobertura económica de los primeros 3 días.
- Campañas de información a los trabajadores para sensibilizar sobre la necesidad de un uso responsable de la IT.
- Incentivar a los profesionales que realicen un uso adecuado de la IT en cuanto a indicación y duración del proceso.
- Implicar al paciente con su firma en la validación de su incapacidad para el desempeño del puesto laboral.

Conclusión

Instamos al Ministerio de Trabajo, las correspondientes consejerías autonómicas y demás instituciones implicadas, y teniendo en cuenta las aportaciones de mutuas, sociedades científicas, profesionales y sindicatos, a impulsar en el menor tiempo posible la adecuación de la legislación y la normativa correspondiente para que estos cambios sean una realidad y contribuyan a la mejora global del proceso de IT con beneficio para los trabajadores, los profesionales y la administración.

Normativa

Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la Gestión y Control de la Prestación Económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal.

Orden de 19 de junio de 1997 por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, que modifica determinados aspectos de la Gestión y del Control de la Prestación Económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias.

Bibliografía

González-Barcala FJ, Cadarso-Suárez C, Valdés-Cuadrado L, Lado-Lema ME, Bugarín-González R, Vilarinho-Pombo C, et al. Factors determining the duration of temporary disability and return to work in a health district of Galicia [Spanish]. *Aten Primaria*. 2006 May 15;37(8):431-6.

Pedrerá Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya García I. Characteristics of health care demand in family medicine clinics in a health area of the community of Valencia [Spanish]. *Aten Primaria*. 2005 Feb 15;35(2):82-8.

Lectura recomendada

Incapacidad temporal. Manual para el manejo en Atención Primaria. Grupo Lex Artis de la SoMaMFyC. Barcelona: SoMaMFyC; 2008.