

Estado actual de la I.T.

Opiniones de un médico de Atención Primaria

Venancio Díaz Castán

INTRODUCCIÓN

La gestión de la I.T., llamada en la actualidad Incapacidad Temporal, es una de las funciones encomendadas al médico de Atención Primaria por todos los sistemas autonómicos de salud de España. De acuerdo con la definición del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales *la I.T. es la situación en la que se encuentra el trabajador incapacitado temporalmente para trabajar debido a enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras reciba asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como los periodos de observación por enfermedad profesional en los que se prescriba la baja en el trabajo durante los mismos*. Por tanto, no se trata en exclusiva de una prescripción facultativa de reposo tal y como por parte de las inspecciones se nos suele repetir con alguna frecuencia, y, como tal prescripción, la más cara de todas. Se trata de algo mucho más complejo que todo eso, y toca al médico de Atención Primaria juzgar no sólo si la entidad nosológica que presenta el paciente imposibilita para el trabajo, sino los días que precisará para su restablecimiento. Esta decisión se ve a diario perturbada por multitud de causas que se analizan a continuación.

I. CONCEPTOS ERRÓNEOS DEL TRABAJADOR

- El médico como sujeto pasivo al que se le usa en exclusiva para facilitar un acto burocrático. Los puntos de vista del médico sobre la improcedencia de la baja para

un proceso benigno pueden ocasionar un conflicto con un trabajador agraviado que no comprende que su tramitación es competencia del médico. (Ejemplos: Como *no me he dado nunca la baja*, ahora que me interesa voy al médico y *me la doy*. Como os pongáis bordes voy al médico y *me doy de baja*. Que vengo a *darme el alta* porque no puedo esperar al martes, etc.)

- Presiones. (Ejemplo: Ya que estamos a miércoles, me da usted el alta el viernes y así me voy a trabajar el lunes, más curado, total a usted *qué más le da*).
- Picaresca. (Ejemplo: Me van a despedir, pero *me doy* la baja y así lo tienen más difícil).

2. CONCEPTOS Y ACTITUDES DEL PROPIO MÉDICO

El médico no percibe a lo largo de los años académicos formación específica sobre el asunto que tratamos. Cuando opta por la Atención Primaria de Salud siente estos menesteres como un quehacer burocrático ineludible que se ve forzado a cumplir. Se trataría de algo añadido al trabajo clínico y, por tanto, considerado de menor entidad. Sin embargo, nadie estaría en principio más indicado para establecer de manera individualizada la capacidad o incapacidad laboral que el médico de cabecera. El médico español del servicio público ha estado en líneas generales poco acostumbrado a conocer el valor económico de sus decisiones, tal vez por un sentido idealizado de la importancia de su profesión, y por haber sido maltratado históricamente en sus emolumentos por la Administración. Sea como fuere, le ha resultado tedioso implicarse en la gestión del coste sanitario público, tanto sea el farmacéutico como en el de la incapacidad laboral. Inexplicablemente, siendo este último superior, sigue considerando el farmacéutico como el más importante, al igual que los sucesivos gobiernos de la democracia.

3. INDEFINICIÓN E INESTABILIDAD LEGISLATIVAS

- En mis ya largos treinta años de ejercicio profesional en el INSALUD, y actualmente en el IMSALUD, he tenido ocasión de asistir a docenas de **modificaciones** legislativas, raramente razonadas. Las únicas relaciones con la Administración han sido los oficios en los que se ordenaba la cadencia de los partes de baja, conminaciones a informar sobre determinado proceso, nueva normativa sobre empleados de hogar, autónomos, etc. Sólo en los últimos años, con la creación de los Equipos de Atención Primaria, ha habido fugaces contactos con las respectivas inspecciones de zona, en los que se han pretendido con mejor o peor fortuna acercamientos informativos y tendentes a la colaboración. He contemplado desde “compra” de sueldos de invalidez con cinco años de cotización, hasta la negativa persistente por parte de los equipos de valoración de incapacidades a considerar situaciones de manifiesta invalidez en personas a las que se ha obligado penosamente a llegar a los 65 años en condiciones de paro y marginalidad.

- De acuerdo con la vigente normativa legal son beneficiarias de la I.T. las personas *afiliadas y en alta, mientras reciban asistencia sanitaria de la Seguridad Social...* etc. Evidente despropósito normativo con el que se tropezaría a diario de no ser por la buena voluntad y la flexibilidad de la que hacen gala nuestros compañeros. De todos es conocida la demora surrealista en la obtención de pruebas complementarias, interconsultas con especialistas, rehabilitación e intervenciones quirúrgicas. Una cantidad nada despreciable de asegurados resuelven sus problemas de salud por vía privada para obviar estos inconvenientes y vienen a nuestras consultas a resolver el problema burocrático. Lo único que solemos pedir es que los procesos sean adecuadamente informados por los compañeros del sector privado.

- El Real Decreto 575/97, en el artículo 1.1, señala que la baja médica *será extendida por el médico del Servicio Público de Salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado*; y en la Orden ministerial de 19 de junio de 1997 se dice que el parte de I.T. *se expedirá inmediatamente después del reconocimiento médico del trabajador por el facultativo que lo realice*. Nuevamente abundamos en los despropósitos: nada se dice del médico de cabecera propio; por tanto, ateniéndonos a la letra de lo dispuesto, puede extender la baja otro médico de A.P. cualquiera u otro especialista del INSALUD o Com. Autónoma, especialmente si acaba de reconocer al paciente en un servicio de urgencia hospitalario. Sin embargo, nada dice a esto el médico de cabecera, conocedor de sus responsabilidades, y sabedor de que cualquier interpretación quisquillosa de las normas recaería en perjuicio de sus pacientes.

- Por si esto fuera poco las bajas pueden ser controladas por los médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEP) y por los de las empresas colaboradoras en la Gestión del Régimen General (Empresas Aseguradoras), en virtud del mismo Real Decreto mencionado. Dado que gestionan una actividad pública y administran fondos públicos, es decir, pagan su parte, tienen derecho a intervenir también en el proceso de las contingencias comunes y no sólo en los accidentes laborales y enfermedades profesionales como ocurría antes. Haya comenzado esto con un gobierno del PSOE, o del PP, esta participación supone una clara desconfianza hacia los criterios del médico del Servicio Público de Salud en cuanto a la duración de los procesos, un reconocimiento culpable de la insuficiencia de medios puestos por la Administración al servicio de la Salud Pública y una vía de entrada clara hacia la privatización de unos servicios cuya rentabilidad social debiera estar fuera de duda. Bajo el pretexto de acortar los procesos de I.T. facilitando medios rápidos de diagnóstico, estas entidades ejercen, en la mayor parte de los casos, presiones sobre el trabajador en I.T. causándole una sensación de culpa que con frecuencia empeora el proceso.

La mayor parte de los médicos de atención primaria nos enteramos de la intervención de las mutuas en la gestión de la I.T. de manera fraccionaria e incompleta, y la vivimos como una ingerencia en un proceso de naturaleza clínica; lo cual no quiere decir

que no nos hubiera gustado ver cómo mejoraba nuestra propia gestión dotándola de esos medios que lo hubieran hecho posible. La gestión de la I.T. por el sistema público de salud ha sido torpedeada desde dentro. La aparición de las mutuas en estos procesos de enfermedad común ha supuesto la creación de puestos de trabajo para médicos que en buena ley los necesitaban y tienen todo el derecho del mundo a ejercerlos, en su caso al servicio de los empresarios, y en el de los médicos de A.P al del servicio público de salud; pero a unos y a otros nos afecta por igual la obligatoriedad de contemplar el Código Deontológico; por tanto, en ningún caso deberían comunicar al paciente las discrepancias con su médico si las hubiere. Aquellos que, con luengos años de ejercicio y de conocimiento de nuestros pacientes, asistimos estupefactos al juicio meteórico sin apenas elementos que establece otro médico en orden a la inmediata incorporación al trabajo de un paciente al que tenemos dado de baja. Como es posible comprobar, en torno a la I.T. hay urdido un complejo tejido normativo que empeora a medida que intenta mejorarse. En el centro se encuentra el médico de Atención Primaria incomunicado ideológicamente con las mutuas, masificado asistencialmente, alérgico a disposiciones oficiales, sospechoso de lenidad en su trabajo, altamente burocratizado, al riesgo de ser usado por la picaresca y controlado por entidades privadas que manejan dinero público. El resultado final del cóctel suele ser la desmotivación, el estar quemado y cosas así.

4. FACTORES SOCIALES Y COYUNTURALES QUE PROVOCAN Y PROLONGAN LA I.T.

Hay varios factores que provocan o prolongan la I.T., entre ellos.:

- Dificultad de acceso a nivel especializado.
- Mala relación o interacción con el nivel especializado.
- Problemas económico-familiares.
- Descontento en el trabajo.
- Contratos precarios o “basura”.
- Desmotivación de los médicos por masificación laboral.
- Nacimiento de hijos y dificultades de cuidados.
- Situaciones de desempleo prolongado.

No parece necesario analizar individualmente estos factores puesto que su enunciado describe perfectamente la situación. Únicamente deseo destacar la cantidad de elementos de presión que en un momento dado pueden gravitar sobre la decisión de un médico generalista a la hora de emitir un certificado de I.T. Según parece, hay entidades más cualificadas para este menester que desean ejercerlo en su totalidad, en detrimento del médico de cabecera, quien es considerado como excesivamente complaciente y dadivoso.

Las cifras del problema.

De acuerdo con diversos estudios la prestación económica derivada de la incapacidad temporal ha pasado de 280.000 millones de pesetas en 1988 a 505.000 millones en 1994, habiendo descendido posteriormente a 450.000 millones en 1997,

hecho que supone un coste-año-trabajador medio de 35.000 pesetas. Desconozco a cuanto asciende el gasto en la actualidad, pero supongo que no estará muy alejado. Según estudios realizados la mitad del gasto de un centro de atención primaria corresponde a la IT (50,6%), al gasto en farmacia correspondería el 31,85 y al capítulo 1 (sueldos) tal sólo el 16%. Todos estos datos proceden del XXI congreso de la SMFYC, en el que se barajaron cifras en torno al 10% de la población afectada por la I.T.

Resulta sorprendente tanta preocupación en torno al gasto farmacéutico –que comparto– y la escasez de recursos destinados a la gestión de la I.T. de manera histórica, siendo este último concepto abrumadoramente más importante. Veamos:

1. Gasto farmacéutico:

- Pago de incentivos por porcentaje de fármacos genéricos, por disminución del coste medio por receta, etc.
- Farmacéuticos de área encargados de demostrar la escasa eficacia clínica de medicamentos caros, nuevos o de escasa experimentación a través de increíble proliferación de documentos, revistas, oficios, etc.
- Multiplicación de “sesiones clínicas” de farmacia de área en la totalidad de los EAP (Equipos de Atención Primaria).
- Presión explícita de las direcciones/gerencia sobre los médicos para el uso de determinados fármacos en forma de listas de precios y protocolos de dudosa utilidad clínica, etc.

2. Gasto por I.T.:

- Unidades de Inspección médica de área o de distrito trabajando de manera inconexa con la dirección gerencia, como si cada entidad se ocupase de gestionar problemas diferentes y dinero diferente.
- Escasa dotación de personal y medios a las inspecciones, hecho que obliga a que trabajen de manera en extremo burocratizada mediante las conocidas comparecencias.
- Escasa vertebración de las unidades de inspección con los EAP.
- Nulos incentivos económicos por buena gestión de la I.T. a los profesionales, cosa que me parece bien porque se podría interpretar como cobro por lograr incorporaciones precoces al trabajo. Pero parece claro que sí hay dinero para incentivar al que receta poco y barato, y sin embargo, quien prescribe bajas prolongadas a diestro y siniestro sin ningún tipo de control puede seguir haciéndolo con libertad siempre que no sea un profesional interino. Y a buen entendedor con pocas palabras basta.

Por otra parte parece contradictorio que un país que no tuvo inconveniente alguno en su día en socializar la asistencia médica en un sector de la población, y en hacerla gratuita y universal cuarenta años más tarde, gaste tantos remilgos en socializar la asistencia farmacéutica, permitiéndose el lujo de que en los días que corren sea absolutamente privada, salvo en los casos de farmacia de hospital. No debiera extrañar que farmacéuticos y auxiliares de farmacia adscritos al Sistema Nacional de Salud, con turnos de ocho horas y oficinas adjuntas a los centros asistenciales hubieran hecho innecesarios muchos quebraderos de cabeza y se hubiera racionalizado el gasto.

Y como ocurre en la medicina, el que hubiese querido ir a farmacias de pago hubiera podido disfrutar de la libertad de rascarse el bolsillo. Inexplicablemente hay que seguir manteniendo y garantizando beneficios de hasta un 30% a dignísimos profesionales del sector privado que podrían permanecer en las arcas de la asistencia pública para mejora y garantía de otros aspectos, entre ellos la cobertura de la baja por enfermedad o accidente, sea laboral o no. ¿Puede alguien imaginar o calcular la cantidad de millones que esa medida ahorraría?

Mobbing y colaboración de las Mutuas.

Sirve este término para definir los casos de acoso laboral, como si esta situación fuese exclusivamente actual. El acoso laboral ha existido siempre y por todo tipo de razones: políticas, económicas, sociales, de patología psíquica, etc. El hecho diferencial radica en que en la actualidad reviste unas características de especial finura, en consonancia con los tiempos que corren. Es mucha la tinta que se vierte en torno a este asunto, pero es raro que se hable de él en términos de realidad social: la explotación capitalista no rinde culto a otro dios que el de la productividad. El que esto escribe, a riesgo de que le tilden de exagerado, afirma que en un alto porcentaje de casos los trabajadores actuales viven un régimen de explotación como no se había contemplado nunca. Cuando el perfil de un trabajador no se ajusta exactamente a los criterios de productividad que se esperan de él, es acosado casi por sistema. Las razones actuales ya no son políticas: son estrictamente económicas. La empresa podría despedirle por las buenas, pero se vería obligada a indemnizarle, y este concepto se lo desea ahorrar también. Recurre a marginarlo, a hacerle creer que está raro, que precisa apoyo, que hace las cosas mal, que ya no es el que era, que tendrá que hacerse cargo de obligaciones de menor entidad, etc. El trabajador entra en barrena en depresión; causa. I.T. que le facilita el médico de cabecera, se le trata, le llaman los servicios psiquiátricos de la mutua, le dicen que ya está bien, etc. A partir del Real-Decreto Ley 6/2000 de 23 de junio, los empresarios han logrado la excelente colaboración de las mutuas a efectos de libración de trabajadores molestos, reivindicativos o poco productivos. De acuerdo con este R-D los médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales pueden expedir altas médicas por contingencias comunes. El desarrollo posterior ha sido que se limiten a hacer las propuestas de alta, pero resulta clara la intencionalidad y el paso que llevan los acontecimientos. Es posible que este acoso no ocurra en todos los casos, pero la frecuencia creciente con que se nos están presentando me hace pensar que debe resultarle muy tentador al empresario no recurrir a este cauce legislativo que tan felizmente puede usar para liberarse de un trabajador.

Mi cometido social y laboral es el de médico de atención primaria de salud, no el político ni el sindical, pero cada día me cuesta más trabajo ver en mi consulta a hombres y mujeres romper a llorar porque han dejado de ser rentables a sus empresas o les resultan excesivamente gravosos por estar enfermos o por haber firmado un contrato con unas condiciones excesivamente favorables para ellos.

Referiré algunos casos convenientemente disfrazados para mantener el secreto profesional:

Caso Uno.

- *Buenos días.*
- *Siéntese, por favor; es muy raro verle por esta consulta.*
- *Tiene usted razón. Ya se sabe, el trabajo...*
- *Pero, hombre, hay que cuidarse, aunque sólo sea una vez a año como la ITV de los coches —bromeo—. Venga, vamos a ver: ¿Qué le pasa?*
- *El hombre, unos cincuenta años, traga saliva, baja la mirada, silencio, rompe el silencio.*
- *Me van las cosas mal en el trabajo. Creo que estoy deprimido...en mi casa ...mi mujer...no sé.*
- *Solloza quedo.*
- *Vamos a ver, calma, vamos a ir por partes, no se preocupe, a mí tampoco me van las cosas muy bien que digamos, así que estoy en condiciones de entenderle. ¿Qué pasa con el trabajo? ¿Dónde trabaja usted?*
- *En una agencia de viajes. Durante muchos años he sido el responsable, en especial cuando iban las cosas mal y estaban a punto de cerrar el negocio. Ahora han contratado a un nuevo director al que no le gusto. Dice que hago las cosas mal, que me equivoco en la planificación, que no recurro a las nuevas técnicas, que... Le aseguro que soy el de siempre. Conozco mi trabajo a la perfección; de hecho los jefes reconocieron el año pasado que salvé la empresa. Desde hace unos meses no duermo, estoy irritable en casa, me dice mi mujer que estoy insoportable, y que de seguir así... Todo se está yendo a la mierda, con perdón de la palabra, doctor.*
- *Vamos, que ha llegado a la conclusión que no vale la pena vivir, ¿no?*
- *Poco más o menos. Estoy muy deprimido y a veces siento una cosa en el pecho que no me permite respirar. A veces me entran ideas muy malas.*

A partir de este momento caben en el médico de cabecera **diversas actuaciones**, todas ellas legales en función de su implicación con el paciente víctima de acoso laboral:

- *Venga, venga, no se preocupe, que todo pasará. A veces tenemos malos momentos y nos parece que todo el mundo está en contra nuestra. Le conviene tomarse unas vacaciones en cuanto pueda y tomarse estas cápsulas, una por la mañana y otra por la noche. Verá cómo todo le parecerá después distinto. Y si no, ya sabe dónde me tiene.*

Otra:

- *Bien, pues parece que tiene usted una depresión, o más bien un síndrome ansioso-depresivo. Creo que será mejor que le vea el especialista, ya sabe, en Salud Mental. Tenemos muy buena gente y ya verá cómo le atienden bien. Por otra parte, como hace mucho que usted no viene por aquí, aprovecharemos para tomarle la tensión y hacerle unos análisis. Vaya empezando a tomar de este antidepresivo un comprimido al día, y, de estas otras, una por la noche durante un par de semanas.*
- *¿No me podría dar unos días de baja, a ver si me calmo y me organizo las ideas?*
- *Bueno —a regañadientes—, pero no la hagamos durar mucho, porque ya se sabe en estos casos que a la larga es perjudicial. Luego le va a costar más volver al trabajo, ¿no le parece?.*

Otra:

- *Corren malos tiempos, ¿verdad? Venga, no se preocupe. Este es un problema muy común, y el riesgo está en que usted piense que la culpa es suya. Seguramente en el fondo hay otra*

cuestión. A lo mejor lleva usted muchos años en la empresa y la indemnización por despedido es muy alta...

- ¿Cómo lo sabe? —interrumpe ansioso—.

- Lo intuyo.

Realmente lo sé porque el problema se repite constantemente.

- Por curiosidad, ¿tiene usted libres los fines de semana?

- Sí, por supuesto.

- ¿Está usted en su casa localizable por teléfono móvil para la empresa.

- No, sólo faltaría eso.

El indiscreto interrogatorio podría abarcar muchos más aspectos de la vida del paciente en relación con su empresa, pero a estas alturas el avisado lector se habrá dado cuenta de que el paciente, de unos cincuenta años, tiene una jornada laboral de unas ocho horas, un pacto salarial con la empresa bastante bueno y muchos derechos adquiridos acumulados. Todos estos aspectos serían para mí colaterales si no fuera porque lo que rodea al que en ese momento es **mi** paciente le resulta hostil y tiende a enfermarle psíquicamente. El conocimiento que tengo de lo que sucede en estos momentos en la sociedad me obliga moralmente a usarlo a favor de **mi** paciente. Por tanto, sin perjuicio de que le recomiende un tratamiento antidepresivo, parecerá conveniente que extienda una baja laboral a una persona que se encuentra en esos momentos incapacitada para trabajar y en riesgo psicológico, a la vez de recomendarle que se ponga en contacto con salud mental y con el abogado de su sindicato. Este razonamiento lo he expresado en alguna otra ocasión cuando he hecho referencia a la necesidad de la transversalidad en la medicina general. El proceso patológico de un paciente no es independiente de su entorno.

Bien, supongamos que he actuado como en el tercer supuesto. Cito al paciente para dentro de tres días a fin de extenderle el parte de confirmación y valorar su proceso. Sorprendentemente, la mutua ya se ha puesto en contacto con él.

- ¿Qué tal se encuentra?

- Mal, doctor; yo no estoy hecho para estar en mi casa de baja.

- Lo entiendo, pero por el momento no parece que haya otro remedio. ¿Qué tal le están sentando los comprimidos? Ya sabe que para notar su efecto habrán de pasar unos ocho o diez días.

- Por ahora no noto nada. Oiga, me han llamado de la mutua para que me vea un médico. ¿Qué debo hacer?

El acoso médico/empresarial ha dado comienzo. Informo a **mi** paciente de la nueva normativa al respecto y le recomiendo que colabore. Así lo hace. Va a los servicios médicos de la Mutua en donde le dicen que todo es por su bien, para ayudarle, para acortar el proceso ya que la Seguridad Social está tan mal y tardan tanto los especialistas... Que le van a mandar a su psiquiatra, que es muy bueno, etc. El paciente X, al que atiendo desde hace unos quince años, es “ayudado” por un médico absolutamente desconocido para él, y es remitido a un especialista con el que no tengo la menor relación, cosa que no ocurre con el equipo de salud mental de mi área.

¿Quién paga esta duplicidad de estudios? Resulta que al principio yo pensaba que era cosa privada de la Mutua, pero luego me entero de que son fondos públicos, que

salen del bolsillo del ciudadano y que los administran los empresarios, porque las Mutuas son de los empresarios. Y me pregunto: ¿por qué no se ha empleado todo ese dinero en agilizar los procesos dotando al sistema público de los medios necesarios? Mi paciente acude al psiquiatra de la Mutua, quien, tras breves minutos de trámite, le prescribe un IRSS y un ansiolítico. Le dice que continúe en I.T. y le da cita para dentro de unos días. Como ya habrán podido adivinar, mantengo una discrepancia absoluta, no con la prescripción del psiquiatra desconocido, sino con el sistema, pues mi deseo es que la interconsulta se lleve a cabo con el psiquiatra que conozco, con el que mantengo diálogo y con quien estoy acostumbrado a llevar simultáneamente los procesos de **nuestros** pacientes. Haciendo uso de una deontología que parecen desconocer muchos de los implicados en este turbio proceso, doy libertad al paciente para que elija sistema de atención. El paciente me mira desconcertado y me pide consejo:

- Despidase cortésmente de los servicios de la mutua y continúe con los nuestros. Por encima de todo, se trata de que usted se ponga bien y haga frente en condiciones a su depresión.

En días sucesivos el paciente X vuelve a recibir requisitorias de la Mutua y amenazas telefónicas del empresario:

“-Te están aconsejando mal, que te lo digo yo, que vas a salir perdiendo.”

Un mes más tarde recibo llamada telefónica del médico de la Mutua:

“-Oye...sí..., mira, soy tal, un compañero, el médico de la mutua de X. Sí...es a propósito de su baja laboral, que qué te parece a ti...sí...sí..., por supuesto, hombre, pero lo ha visto el psiquiatra y no parece que sea para tanto...”

Comienza la presión sobre el médico del sistema público de salud.

Caso 2.

El paciente Y no ha venido casi nunca por la consulta. Tiene cincuenta y un años. A través de su esposa solicita recetas para la hipertensión, que se controla en una farmacia para faltar lo menos posible a su trabajo. Trabaja como guardia de seguridad en unos grandes almacenes desde hace dieciocho años. Es uno de los empleados con más experiencia y le han encargado en muchas ocasiones de formar a los más jóvenes en el oficio. Entra solo en la consulta.

- ¿Qué le pasa, Y? Hace ya mucho que no nos vemos.

- Yo qué sé, doctor. Cualquiera sabe. Que me canso mucho. No me encuentro bien, no duermo...

(Es muy raro que los pacientes acometan el problema desde la esfera laboral. Es como si sintieran una especial vergüenza por haberse sentido infravalorados. Si el médico no pregunta es posible que se remita a hacerles una somera exploración y a pedirles unas pruebas complementarias para cubrir el expediente.)

- ¿Van las cosas mal? Dónde, ¿en casa?, ¿en el trabajo?

Baja la cabeza y la respuesta sale de lo profundo del que se avergüenza:

- En el trabajo.

- ¿Y qué pasa en el trabajo?, ¿no lo puede llevar bien a cabo?

- Qué va; llevo quince años en la empresa y nunca ha habido una queja de mí. Mi jefe me ha puesto cuatro faltas, dos de ellas graves. No sé qué está pasando. Conozco bien mi tra-

bajo y no ha habido ningún cambio en mi actividad. Lo cierto es que me estoy empezando a desesperar.

Como el lector habrá adivinado, este trabajador libra un día entero y una tarde por semana, y durante ese tiempo no está localizable por la empresa; su sueldo y sus condiciones horarias muestran cierto privilegio sobre el perfil de empleados que la empresa desea a mayor gloria de su productividad. Con su sueldo es posible que puedan contratarse dos personas con disponibilidad absoluta, cosa que el trabajador reconoce por sospechas fundadas.

Su cuadro clínico corresponde a una depresión reactiva con ansiedad. Se le prescribe un ansiolítico y un IRS, al tiempo en que se le facilita una derivación a salud mental de área. El paciente no manifiesta ideación autolítica, pero ante la primera vez que se le presenta en su vida algo igual. La mentira y la desfachatez con que sus superiores están creando unos precedentes para desembarazarse de él es superior a cuanto ha tenido que soportar en su vida. Tiene dos hijos y va quedarse en la calle.

En este caso no me llama el médico de la Mutua. Lo ve tan sencillo que se limita a hacer una propuesta de alta al inspector médico de zona, quien me la remite con la habitual premura para ser contestada en un plazo máximo de diez días. Aduce que el trabajador ha unido su baja laboral a su despido –no estaba despedido aun, pero el médico de la Mutua tiene información directa de la empresa–, y que por tanto no procede su baja laboral. Como es natural, respondo que no procede dar alta laboral hasta que al menos sea evaluado mi paciente por el especialista del servicio público de salud. El paciente, claramente acosado por la empresa y por la mutua, empeora visiblemente, y cuesta trabajo animarle para que recupere su autoestima personal por encima de estrategias urdidas para desembarazarse de él al menor precio posible.

Caso 3.

Paciente de 63 años, jefe de ventas de una importante empresa del sector siderúrgico. Lo conozco desde hace muchos años y sé que es muy apreciado en su empresa por su buen hacer y su sentido de la responsabilidad. Han cambiado de director gerente y de manera sorpresiva le hacen saber que su trabajo en el futuro consistirá en recorrer España entera con un coche para encargarse personalmente de los controles en las provincias. Se manifiesta extrañado con un proceder que hubiera resultado ofensivo a un joven de treinta años, pero acata disciplinadamente –es un hombre de los de antes– la decisión del director. El dinero por dietas ha descendido drásticamente y se ve obligado a comer y dormir en pueblos y ciudades con ciertos apuros. Todavía no es capaz de vislumbrar que la empresa, esa entidad por la que él hubiera dado la vida, desea quitárselo del medio. ¡Pero si sólo le quedan dos años para jubilarse!: dos años es un periodo de tiempo excesivo para pagar a un trabajador que cuesta como dos de los nuevos y disfruta de demasiadas horas de descanso: no cuadran los objetivos de productividad. ¿Y qué dicen los sindicatos?: nada; los sindicatos no dicen nada, o lo dicen de manera muy tenue, parecen estar de acuerdo con esta nueva forma de explotación humana.

A la vuelta de sus viajes el paciente es recriminado por primera vez en treinta y cinco años por la pobreza de sus resultados. El gerente, un joven técnico en casi todo, con

más de cincuenta *masters* en casi todo, hace con su cabeza signos de desaprobación mientras se acaricia la corbata *Hermes* de seda. Mi paciente se viene abajo, no comprende nada. Pasa tres noches con los ojos en blanco, no come, está irritable, se considera incapaz de ir a su puesto de trabajo y se presenta en mi consulta. Va a tener que aceptar la primera baja laboral de toda su vida.

La Mutua le reclama, como ya es sabido, con endiablada rapidez para *ayudarle*. Mi paciente está precisado de información sobre sus derechos y se le recomienda que la adquiera en el despacho de un profesional. A mí sólo me queda confirmar que se encuentra en una depresión severa, en esta ocasión con ideación autolítica, y tratarla con la mayor premura posible. El psiquiatra de la mutua guarda prudente silencio, pero no pasan dos semanas sin que vuelva al ataque. Me dedico a tranquilizar al paciente haciéndole saber que, hoy por hoy, el alta laboral una vez haya curado o mejorado dependerá de mí o del inspector de la Seguridad Social, que la mutua sólo puede *proponer*, pero, ¿por cuánto tiempo?

La casuística sería interminable si decidiera extenderme, pero no sólo en mi caso: esta percepción es compartida por el resto de los compañeros de mi centro de salud.

Picaresca y rentismo.

El fraude estimado a la Seguridad Social en 1999 era el doble en Galicia y arco mediterráneo que en Madrid. Desconozco las cifras actuales en función del traspaso de competencias y nuevo marco legislativo, pero intuyo que, a la vista de la facilidad actual del despido (en muchas ocasiones, cuando el trabajador se reintegra a su puesto se encuentra con que ha sido despedido) han debido disminuir o quedar estabilizadas en el caso de los funcionarios. Con frecuencia, las simulaciones e intentos fraudulentos de prolongación de la I.T., en mi experiencia personal, tienen que ver con situaciones de conveniencia relacionadas con el subsidio de desempleo. El intento de reducción de días de baja por intervención de las Mutuas ha resultado ser del todo ineficaz, con lo que se ha conseguido únicamente el encarecimiento del proceso. A mi juicio, el médico de cabecera está perfectamente capacitado para detectar cuándo se le está tomando el pelo (por supuesto, mucho mejor que un médico desconocido); tan sólo debería estar un poco más reforzado por el Sistema Público de Salud a la hora de obtener pruebas complementarias y agilización competente de los equipos de valoración de incapacidades. Se agradece mucho cuando el especialista toma parte en el asunto y emite criterio al respecto, pero es bastante raro que esto ocurra. En cuanto a los EVIs tengo que decir que su actuación no puede ser más deprimente. El paciente que es remitido con la propuesta (P47) va con la idea de que va a ser valorado por un *tribunal*, con la sonoridad rotunda de la palabra; después de haber esperado largamente (hay pocos) se encuentra que lo único que hacen es revisar sus papeles. Es muy raro que se le interrogue, y más raro que se le explore.

Verdaderamente se plantea un serio problema cuando se prolongan los casos de I.T. de manera sospechosa, cuando existe duda razonable; pero si no existe, creo que los médicos de cabecera, haciendo el mismo uso deontológico que hacemos mayoritariamente para las certificaciones, debemos afrontar la incomodidad que supone el

enfrentamiento con el supuesto defraudador y extender el alta de manera inmediata, aun a sabiendas de que en caso de conflicto legal no vamos a recibir ningún apoyo de la empresa pública. **Problema importante:** los periodos de observación en espera de pruebas complementarias no los resuelve nadie satisfactoriamente, y si la mutua, haciendo uso del erario público los consigue en beneficio de una alta médica, ¿no podría tratarse de discriminación si esa posible RMN la precisaba una persona no perceptora de ILT e igualmente necesitada de salud? **Solución:** dotación adecuada de medios materiales y humanos al servicio público de salud para poder exigir diagnósticos rápidos y fiables. Formación adecuada en el problema a los médicos de familia. No seguir la vía de la privatización. A este respecto es digno de consideración el magnífico trabajo de C. Navarro Arribas y S. Chicano Díaz jefe y enfermera supervisora respectivamente de la Dependencia Provincial de Trabajo y Asuntos Sociales de Cuenca (enero 2003), así como las soluciones que proponen.

Los procesos de larga duración.

De acuerdo con otros trabajos la duración media de la IT es muy elevada. En la comunidad de Madrid la media es de unos 44 días aproximadamente y el 73% de los procesos dura menos de un mes. En este apartado es obligado hacer referencia a la **depresión** como causa de I.T. en frecuencia creciente. Es la segunda causa tras las disfunciones en el aparato locomotor. Aunque sea vulgar repetirlo insistiré en que se diagnostican muchas menos depresiones de las que existen, y que cada vez más es el médico de Atención Primaria quien topa con el cuadro y tiene severa responsabilidad en la detección y evolución posterior.

En varias ocasiones me he encontrado con que un paciente en baja laboral por depresión ha caído bajo sospecha de rentismo o fraude por el mero hecho de no haber acudido al especialista, como si el especialista fuese el único profesional capacitado para efectuar un diagnóstico. En mi caso, todos los pacientes que causan baja por este motivo acuden al servicio de salud mental, pero sucede que, por estar sobrecargado, las citas pueden tardar hasta un mes. La evaluación de algunas Mutuas suele hacerse en una semana y suele asociarse el cuadro a circunstancias de trabajo desfavorables, por lo que suelen proponer el alta de manera inmediata. Bueno, pues que den la baja los especialistas, que se aclaren las instituciones para definir quién debe hacerse cargo de los procesos, pero esta situación de ambigüedad está siendo desagradable para todos. La depresión puede ser por desgracia una causa de I.T. prolongada, y el ejercicio de presiones en forma de sospechas y desconfianzas sobre el paciente influye negativamente.

Si bien en los trastornos del aparato locomotor la exploración y las pruebas complementarias son bastante definitivas del diagnóstico y sirven para combatir con eficacia eventuales situaciones de rentismo, en el caso de la depresión y de las enfermedades mentales en general es casi exclusivamente la entrevista clínica la que orienta hacia el problema. Sin duda el informe psiquiátrico tiene un valor de primera magnitud, pero parece evidente que quien conoce desde hace tiempo al paciente y a su familia estará suficientemente capacitado al menos para concluir que ha enfermado y el grado de limitación para sus actividades habituales. Si el que tiene una conducta

ligera o inadecuada es el médico, censúresele a él y exíjasele buena praxis, pero, por favor, no se carguen las tintas sobre el más débil. Tampoco sucede nada cuando el médico señala que uno de sus pacientes es un defraudador habitual, y, dada la escasa dotación humana de los equipos de inspección poco o nada se puede hacer cuando se emite una sospecha fundada de rentismo.

El problema deontológico.

Si en alguno de los muchos actos de un médico a lo largo de su jornada laboral hay algunos que le causan dudas deontológicas, ninguno de manera tan frecuente como el de las bajas laborales. Por ello, y por estar de acuerdo con lo que expone el Código de Ética y Deontología Médica (C.E.D.M), paso a comentar algunas de sus consideraciones:

“Los partes de bajas y altas son documentos oficiales, y el médico está obligado a expedirlos con autenticidad y veracidad” (art.11.1) Antes de extender en correspondiente parte de baja, el médico debe explorar al paciente, aun cuando muchos procesos dolorosos sean de difícil comprobación física. Si no obtiene datos suficientes para la toma de decisión debe solicitar las pruebas complementarias que estime oportunas, y mantener la baja durante el periodo de observación si estima que el trabajo puede resultarle perjudicial.

Durante este proceso, que incluye también el tratamiento, “el médico debe tener absoluta libertad e independencia (C.E.D.M, art. 20.1) y **no recibir presiones** ni del asegurado ni de las Instituciones o de la Administración Sanitaria (arts. 9.3, y 37.2), pero a su vez ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad, saber que es un gestor de recursos ajenos, y que está éticamente obligado a conseguir el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición, por lo que en su actuación profesional siempre deberá primar el principio de justicia sobre el de beneficencia (Art. 6.1 C.E.D.M)” Transcribo íntegramente este articulado porque pienso que define de manera perfecta lo conveniente. Con alguna frecuencia los médicos solemos incurrir en la complacencia de mantener un proceso de I.T. por desconfianza, fundada o no, de la cobertura social cuando un paciente está en circunstancias de franca minusvalía económica. Pero de acuerdo con lo que estamos viendo la tendencia es a que poco a poco vayan siendo los empresarios los árbitros de la cuestión. Es preciso reconocer que no nos corresponde a nosotros ejercer la beneficencia pública y que, en cualquier caso, la que usamos es pólvora ajena que tiene otros encargados de administrarla. Pero tampoco es justo que se piense que esta es una conducta habitual; si no, la I.T. no sería una de las causas más frecuentes de reclamaciones (aprox. 33% en el año 2000, según el trabajo antes mencionado de Cuenca)

Por tanto, los médicos que gestionan la I.T. estamos “obligados éticamente a no prolongar la baja laboral y a proceder al alta del asegurado una vez que haya desaparecido la causa de la misma”. En caso de sospecha de acto fraudulento, si el paciente no se aviene a nuestras consideraciones, hay que notificarlo con discreción a la inspección médica. En mi experiencia, cuando esto ha sido preciso, va acompañado de mi solicitud de que sea cambiado a otro profesional, pues la relación que se establece no es la más adecuada para actuaciones sanitarias posteriores.

Con respecto a los médicos de atención especializada, el artículo 31.3 del C.E.D.M señala que están obligados éticamente a compartir, sin ninguna reserva, sus conocimientos con los médicos de Atención Primaria, en beneficio de los pacientes, asesorándolos en aquellas materias en las que por su condición de especialistas fueran consultados. Es decir, habrían de actuar como médicos consultores al efecto, siendo el médico de atención primaria el responsable directo. Muy bonito, pero funciona en escasas ocasiones. La interrelación entre primaria y especializada es la eterna asignatura pendiente del amenazado sistema nacional de salud. ¿Para cuándo la historia clínica única? La informatización de las consultas con la puesta en marcha del programa OMI en forma de *intranet* haría muy sencillo el proceso.

CONCLUSIÓN

Todo lo expuesto constituye más un estado de opinión, que creo compartir con buena parte de mis compañeros, que una exposición razonada y ordenada de la situación actual de la I.T., lo que quiere decir que es posible que emita errores que pueden sencillamente corregirse argumentando lo cierto con razones clarificadoras. La sospecha de que se vuelve a utilizar mal el magnífico potencial del médico de atención primaria va tomando consistencia a medida que va faltando vigor en la defensa de un sistema público de salud sin raras mixtificaciones. Ojalá me equivoque.