

Las Mutuas y el Sistema Público de Salud en la gestión de la I.T.C.C.

Fernando Mena Babiano

EL MODELO

La Incapacidad Temporal es una de las primeras prestaciones que el Sistema de Seguridad Social creó para dar amparo y cobertura al trabajador y a su familia ante posibles situaciones de enfermedad que le imposibilitaran obtener ingresos por su trabajo¹.

Como sabemos bien, en nuestro sistema de protección social, ante esta situación se generan dos tipos distintos de prestaciones: la asistencia sanitaria y el subsidio económico. Cada una de ellas está gestionada por entidades distintas.

Hasta 1994, el diseño era este: a) en las Contingencias Comunes, el INSS gestionaba las prestaciones económicas y el Servicio Público de Salud las sanitarias; b) en las Contingencias Profesionales, el empresario tenía el derecho de optar entre concertar la cobertura de las mismas con una Mutua o con el INSS. Si lo hacía con una Mutua éstas asumían ambas prestaciones; si lo hacía con el INSS este organismo asumía el pago de las prestaciones económicas y respecto de las sanitarias, dado que esta entidad no tiene servicios sanitarios asistenciales, los proporcionaba a través del Insalud y de los otros Servicios Sanitarios Públicos de las distintas Comunidades Autónomas. Pero a partir de la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, se introduce una significativa variación en la regulación de las Contingencias Comunes, pues el derecho de opción

¹ Manual de ayuda al médico para la gestión de la incapacidad temporal. Insalud 1994.

del empresario, que como hemos visto, originariamente solo estaba previsto para las Contingencias Profesionales, se extiende también a la prestación económica por Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes: “cuando el empresario opte por formalizar la protección respecto de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedades profesionales con una Mutua [...] podrá, asimismo, optar por que la cobertura de la prestación económica por Incapacidad Temporal derivada de Contingencias Comunes de ese mismo personal se lleve a efecto por la misma Mutua, en los términos que reglamentariamente se establezcan” (Disp. adic. 11ª.1 LGSS, en la redacción dada por la citada L.42/1994)².

El modelo por tanto quedó modificado en estos términos:

Contingencias Comunes:

- Prestación económica: posibilidad de opción entre INSS y Mutuas.
- Prestación sanitaria: a cargo del Sistema Público de Salud, salvo algunas actuaciones concretas a cargo de las mutuas.

Contingencias Profesionales:

- Prestaciones económicas y sanitarias: posibilidad de opción entre INSS y Mutuas. Si se opta por el INSS, la asistencia sanitaria corre a cargo del Sistema Público de Salud.

Una primera reflexión que podemos plantearnos es el valorar si estos cambios normativos fueron acompañados de las suficientes herramientas de gestión o simplemente han consistido en transformar a las mutuas en entidades pagadoras de una prestación en permanente crecimiento.

I. PARTES IMPLICADAS Y FUNCIONES

En todo el proceso de gestión de las prestaciones por incapacidad temporal intervienen por tanto tres entidades principales: los Servicios Públicos de Salud, el INSS y las Mutuas. Revisemos sus funciones y competencias³.

1.1 Los Servicios Públicos de Salud.

El Sistema Nacional de Salud es el ente fundamental para ejecutar las políticas de asistencia médica y sanitaria y para la promoción de la salud en el Estado.

En los últimos años se ha producido un amplísimo proceso transferencial a las distintas comunidades autónomas que ha dado lugar a que cada una de ellas tenga plenas competencias en estos aspectos y asuma, a través de los correspondientes Servicios Públicos de Salud, las responsabilidades en la provisión de la asistencia sanitaria a su población⁴.

² Alfredo Montoya Melgar; “El marco normativo de las prestaciones derivadas de la situación de IT por contingencias comunes y propuestas para la mejora de su gestión”. Instituto Superior de Estudios Empresariales, Madrid, 2002.

³ “Colaboración institucional en la Incapacidad Temporal, Guía para el médico”. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad en el Trabajo. Madrid, 2001.

⁴ Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Las funciones que estos Servicios tienen encomendadas en materia de Incapacidad Temporal se llevan a cabo por los facultativos de atención primaria y especializada, prestando la asistencia sanitaria y determinando la situación de IT, mediante la extensión de los correspondientes parte de baja, alta y confirmación. Es por tanto necesario resaltar aquí que el principal gestor de la prestación es el médico asistencial del Servicio Público de Salud quien inicia, mantiene y finaliza los procesos de incapacidad temporal. Es curioso que el principal gestor de la prestación (los médicos de las comunidades autónomas), en principio, no tienen vinculación directa alguna con los responsables de la prestación económica de la incapacidad temporal (sistema de seguridad social de ámbito estatal). Ya veremos que esta situación da lugar a enormes dificultades para la mejora de los resultados de la prestación.

Ciertamente la Inspección Sanitaria tiene también amplias funciones, especialmente en el ámbito del control de las bajas laborales y por tanto sus responsabilidades son absolutamente trascendentes en el estado de la prestación. Repasemos algunas de ellas:

- En sentido amplio, el seguimiento y control de los procesos de baja laboral.
- Confirmar la permanencia en IT, promover y, en su caso, emitir el alta médica.
- Tomar la decisión final sobre las propuestas de alta formuladas por los servicios médicos del INSS o de las mutuas.
- Tomar la decisión final sobre las altas a efectos económicos que puedan emitir los facultativos del INSS por iniciativa propia o de las mutuas.
- Autorizar las actuaciones sanitarias a realizar por las mutuas.
- Emitir informes sobre posibles recaídas, similitud de diagnósticos... así como certificar fechas de baja y alta.
- Iniciar procedimientos de determinación de contingencia.
- Autorizar nuevas bajas tras altas por Inspección.
- Iniciar procedimiento para la valoración de la IP.
- Autorizar a los facultativos la emisión de partes de baja en situaciones especiales.
- Facilitar formación, información y apoyo a los facultativos sobre temas y casos de IT.

La Inspección Médica para cumplir estas funciones procede a citar periódicamente a los pacientes para su valoración clínico-laboral, solicita informes a los facultativos que atienden al trabajador, solicita, en su caso, interconsultas o pruebas diagnósticas o incluso puede valorar los casos de incapacidad temporal en consulta con los propios facultativos responsables.

Debemos comentar también que el proceso transferencial al que antes nos hemos referido ha creado una gran incertidumbre en todo el cuerpo de Médicos Inspectores. Así, en cada comunidad autónoma la dependencia orgánica es diversa, las funciones y responsabilidades son diferentes, los sueldos también lo son, los medios materiales cada vez han sido más escasos, las plantillas han ido disminuyendo a favor de las vinculadas al INSS (en las últimas oposiciones habidas al cuerpo de Médicos Inspectores, la gran mayoría de las plazas estaban destinadas al INSS, no a los Servicios Públicos de Salud). Todo esto ha ido creando un gran descontento, una gran inquietud, una gran desmotivación y una gran incertidumbre sobre el futuro de estos profesionales.

Sin lugar a dudas, estos aspectos están influyendo muy negativamente en las respuestas de las Inspecciones Médicas frente al problema de la incapacidad temporal.

1.2 El Instituto Nacional de la Seguridad Social.

El INSS es una entidad gestora de la Seguridad Social y se encarga de la gestión y administración de las prestaciones económicas del sistema con excepción de las modalidades no contributivas y de los servicios complementarios de las prestaciones de dicho sistema.

Las funciones del INSS en lo referente a la incapacidad temporal* (por contingencias comunes son, de forma muy resumida, las siguientes:

- Reconocimiento del derecho a la prestación económica de IT respecto de los trabajadores que tengan cubierta con el INSS la contingencia que da lugar a dicha prestación.
- Seguimiento y control económico y médico de los procesos de baja laboral de los trabajadores antes citados.
- Reconocimientos clínicos de estos trabajadores en IT por sus propios servicios médicos.
- Emitir propuestas de alta médica basadas en los informes y reconocimientos que considere oportunos practicar.
- Emitir altas a efectos económicos a iniciativa de la propia entidad gestora o a iniciativa de las mutuas.
- Resolver los expedientes de determinación de contingencias.
- Determinar la procedencia de la prorroga de IT tras el agotamiento de plazo cuando no es aconsejable calificar de inmediato la posible invalidez.

1.3 Las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Como sabemos, las Mutuas son asociaciones de empresarios, debidamente autorizadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales que, sin ánimo de lucro, asumen una responsabilidad mancomunada, con el principal objeto de colaborar en la gestión de la Seguridad Social, sin perjuicio de la realización de otras prestaciones, servicios y actividades que les sean legalmente atribuidas. Los excedentes económicos de su buena gestión no se pueden repartir entre los empresarios asociados que, en cambio, sí serían responsables de resultados económicos negativos.

El art. 68.2.c de la LGSS reconoce a las Mutuas la condición de Entidades Colaboradoras de la Seguridad Social en la gestión de la prestación económica de la incapacidad temporal derivada de contingencias comunes. Es necesario recordar que la normativa señala que “las Mutuas asumirán la gestión de la prestación de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes del personal al servicio de sus asociados, en los mismos términos y con igual alcance que las entidades gestoras de

* Obviamente y al margen de la IT, es el competente en la declaración o denegación de la Incapacidad Permanente en cualquiera de sus grados.

la Seguridad Social”, en especial el INSS. Así todos debemos tener claro que las mutuas somos, por así decirlo, Seguridad Social y así se nos debería mirar y entender desde los Servicios Públicos de Salud.

Lamentablemente esto no siempre ocurre y con frecuencia aparecen, tanto entre los facultativos como entre los Médicos Inspectores y otros responsables sanitarios, reticencias y desconfianzas ante las mutuas. Esto suele ser fruto, en muchos casos, del desconocimiento de nuestro trabajo y de nuestras posiciones ante los procesos de enfermedad, y también de prejuicios y de posicionamientos ideológicos frecuentemente poco sustentados en la realidad.

Las mutuas tienen entre sus cometidos lo que podríamos llamar tres líneas de negocio: la más tradicional, el Accidente de Trabajo y la Enfermedad Profesional; las Contingencias Comunes que es de la que estamos tratando; y los servicios de prevención ajenos, a los que tampoco nos vamos a referir.

Las mutuas realizan el seguimiento y control de la incapacidad temporal con las siguientes competencias⁵:

- En accidente de trabajo y enfermedades profesionales. Como ya hemos señalado, las empresas pueden optar por asegurar el Accidente de Trabajo y la Enfermedad Profesional con el INSS o hacerlo con una Mutua. Si se deciden a establecer el aseguramiento con una mutua, las cotizaciones destinadas a accidente de trabajo son transferidas por la Tesorería General de la Seguridad Social a la mutua. Con estos ingresos de la recaudación la mutua debe hacer frente a:
 - Asistencia sanitaria derivada de la contingencia profesional y su readaptación laboral.
 - Prestación económica por incapacidad temporal derivada de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
 - Prestaciones de Invalidez Permanente, muerte y supervivencia.
 - Actividades de prevención, recuperación y rehabilitación previstas en la LGSS.
- En Contingencias Comunes. Además de los empresarios que han formalizado la opción de cobertura de la prestación económica por la incapacidad temporal por contingencias comunes con cargo a las Mutuas*, los colectivos del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, así como los trabajadores por cuenta propia del Régimen Especial Agrario, cuando opten por incluir, dentro del ámbito de la acción protectora de la Seguridad Social la prestación por incapacidad temporal, deberán formalizar la cobertura de dicha prestación con una Mutua.

Como hemos señalado, la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes a cargo de una mutua, se realiza con el mismo alcance que las entidades gestoras. Para realizar estas actuaciones, cuentan con las siguientes competencias:

5 Básicamente se establecen estas funciones en los Reales Decretos 575/1997, sobre aspectos de gestión y control de la prestación económica de la SS por incapacidad temporal, y 575/1997 que modifica el Reglamento General sobre colaboración en la gestión de las mutuas.

* Estos empresarios, en todo caso, han de tener previamente concertado el AT con una mutua.

- Reconocimiento del derecho a la prestación económica de Incapacidad Temporal, verificando que se cumplen los requerimientos legales necesarios para acceder a la prestación económica: afiliación, alta, causa de la baja, periodo de carencia, recaídas... También puede ser necesario un examen de la concurrencia de los hechos que constituyen la situación legal de incapacidad temporal.
- Reconocimientos médicos de los trabajadores en incapacidad temporal por sus propios servicios en los mismos términos que los servicios médicos del INSS.
- Acceso a la documentación clínica de los pacientes para un correcto control de los procesos y respetando siempre la confidencialidad de los datos.
- Actuaciones sanitarias a cargo de los servicios médicos de las mutuas con el previo consentimiento del paciente y la autorización de la Inspección Médica.
- Emisión de propuestas de alta ante la Inspección Médica.
- Altas a efectos económicos que, al no estar desarrolladas reglamentariamente, no se implementan.
- Propuestas de Incapacidad Permanente ante las Inspecciones Médicas y, en algunas Comunidades Autónomas, ante el propio INSS.

A lo largo de estos años se han establecido acuerdos de colaboración entre el INSS, las Mutuas y el INSALUD. Tras las transferencias se están haciendo múltiples intentos para firmar nuevos acuerdos en cada comunidad pero, ciertamente, los resultados están siendo muy poco significativos. En cambio, sí se han firmado acuerdos entre cada comunidad autónoma y el INSS, obviamente dentro del nuevo marco de financiación sanitaria. Señalemos que esto puede colocar al sector mutua en una situación de desventaja frente al INSS pues es natural que desde los Servicios Públicos de Salud se prioricen las actuaciones requeridas desde los servicios sanitarios del INSS en detrimento de los de las Mutuas.

LA SITUACIÓN DE LA IT DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LAS MUTUAS

Hemos analizado pues, el modelo que nuestro ordenamiento legal dispone para la gestión y control de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes y ya hemos señalado algunos de los problemas existentes.

En este momento, las Mutuas hacemos un análisis considerablemente crítico del modelo y de las relaciones que el mismo establece entre mutuas y Servicios Públicos de Salud, tanto con los médicos clínicos como con las Inspecciones Médicas. Como veremos mas adelante, los resultados económicos y epidemiológicos apoyan o demuestran estas críticas.

Como hemos visto, existe una separación *radical entre el gestor y el pagador de la prestación* y esto permite decidir el gasto (pago del subsidio) a quien carece de responsabilidad en cuanto a su financiación: los médicos de los distintos Servicios Públicos de Salud que, en su realidad cotidiana, se sienten completamente desvinculados de la prestación y no tienen en cuenta el componente económico y laboral de la misma. Al firmar el parte médico de baja (expedido por un organismo que no tiene competencia para abonar el

subsidio económico) el médico certifica que se dan las circunstancias determinantes de la situación de incapacidad, y la actuación del INSS o de las mutuas simplemente es determinar si se reúnen los requisitos que condicionan el nacimiento del derecho (requisito de estar afiliado y en alta, y tener cubierto un período mínimo de cotización de 180 días dentro de los cinco años inmediatamente anteriores a la fecha en que se produzca la baja médica en el caso de enfermedad común), pero no entrando a valorar en ese momento inicial la situación médica del trabajador.

Por otro lado, existen muchos problemas vinculados directamente a la situación actual de la propia Atención Primaria en nuestro sistema sanitario. Los facultativos de Atención Primaria sufren una excesiva carga de trabajo por la falta de medios humanos y materiales suficientes para atender, de forma adecuada, las demandas asistenciales de su población. También es frecuente entre estos profesionales la falta de formación sobre valoración de la incapacidad en relación con la profesión habitual, así como, la falta de comunicación con la empresa para conocer las exactas condiciones del trabajo del paciente, de forma que sirvan para una correcta valoración de la incapacidad en relación con el ejercicio de su profesión. Finalmente, y junto a todo lo anterior, la existencia de listas de espera para recibir asistencia sanitaria de la Seguridad Social, dificulta enormemente la gestión adecuada de la incapacidad temporal, dando lugar a la emisión de bajas sin tiempo para reflexionar sobre su adecuación. Por ello se aprecia una incidencia (procesos nuevos) cada vez mayor cuando, curiosamente, la salud, en sentido amplio, de la población española es cada vez mejor, es decir, sin una correlación epidemiológica adecuada. Esta situación, evidentemente, pone en cuestión la viabilidad del actual modelo de gestión.

Así las cosas, los facultativos de los Servicios Públicos de Salud se sienten, en general, completamente desvinculados de esta prestación. En los años 1997 y 1998 en los Contratos de Gestión que cada Equipo de Atención Primaria (EAP) firmaba con su Gerencia y ésta, a su vez, con el antiguo Insalud, se establecían algunos objetivos en IT (Incidencia y Duración Media por Activo). El logro de esos objetivos no influía en sus retribuciones* pero sí tenía cierta trascendencia: se les informaba de sus datos y de los datos de sus compañeros de equipo (sabían su posición en este sentido en relación con el grupo) y globalmente tenía repercusión en la financiación del sistema sanitario público pues se comprometieron cerca de cuarenta mil millones de pesetas si se lograban esos objetivos. Los indicadores mejoraron esos años pero el dinero se dedicó a amortizar las desviaciones del gasto de farmacia. Ni los EAP ni las Inspecciones Médicas recibieron compensación alguna por estos logros. El incentivo evidentemente se tornó perverso⁶, la prestación creció como veremos mas adelante desde ese mismo momento.

El otro agente del Sistema Público de Salud que interviene realizando el seguimiento y control de los procesos de IT son las *Inspecciones Médicas* que en estos años viven des-

* Valórese que sí influye en el sueldo de los médicos de AP el cumplimiento de los objetivos de farmacia o el grado de cumplimiento de su cartera de servicios.

⁶ “Glosario de economía de la salud”. Santiago Rubio Cebrián. Edt. Díaz de Santos. Madrid., 1995.

motivadas y llenas de incertidumbre. Su papel en el Sistema Sanitario no se ha aclarado suficientemente con el proceso de transferencia de las competencias en materia sanitaria a las distintas Comunidades Autónomas. Se está produciendo una falta de homogeneización en las formas de actuación y en los procedimientos de control de los procesos de incapacidad temporal*. Tampoco saben cuál va a ser su futuro. Sus recursos materiales y humanos son cada vez más exiguos. En esta situación, su grado de colaboración, con honrosas excepciones, es mínimo. A las Mutuas frecuentemente nos ven como a sus enemigos, las entidades que les están quitando “su espacio” y para las que deben dedicar los limitados recursos de que disponen en el ámbito del control de la incapacidad temporal (“estamos trabajando para ellas”, dicen frecuentemente). Todo esto de ningún modo justifica, pero sí explica de alguna manera, el incumplimiento masivo de la normativa de incapacidad temporal en relación con la colaboración con las Mutuas.

Finalmente, las Mutuas debemos enfrentarnos a esta prestación con crecimiento económico casi “desbocado”, con una normativa parcialmente desarrollada y con limitadas herramientas de gestión. Efectivamente, la posibilidad de emitir altas a efectos económicos⁷ no ha recibido el suficiente impulso político para que salga adelante y se desarrolle reglamentariamente y por ello permanece completamente inoperante. No disponemos prácticamente de capacidad decisoria. Realmente solo podemos “proponer” actuaciones a los Servicios Públicos de Salud: altas, IP, actuaciones sanitarias... y esperar sus respuestas.

Por otro lado, ha aparecido una dificultad adicional. Hasta hace un par de años existía un gran interlocutor de referencia, el Insalud. Tras las transferencias, esta situación cambió sustancialmente y las mutuas tenemos un interlocutor diferente en cada una de las comunidades autónomas, frecuentemente con criterios diferentes y con posicionamientos diferenciados frente al papel de las mutuas en el sistema. Esto dificulta enormemente el alcanzar acuerdos para agilizar los procedimientos de relación mutua y, de hecho en este momento, no existe ningún acuerdo que sustituya globalmente a los que en años anteriores se firmaron con Insalud.

EVOLUCIÓN DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Esta situación que acabamos de reflejar se traduce o se pone de manifiesto en los indicadores epidemiológicos⁸ de gestión de la IT. Podemos observar la evolución de estos datos en los últimos años en la población general de la Comunidad de Madrid⁹

7 Real Decreto 6/2000, de 23 de junio que atribuye a los médicos de las Mutuas la facultad para expedir altas a efectos económicos.

8 Kahl-Martin Colimon. “Fundamentos de epidemiología.” Edit. Díaz de Santos. Madrid, 1999.

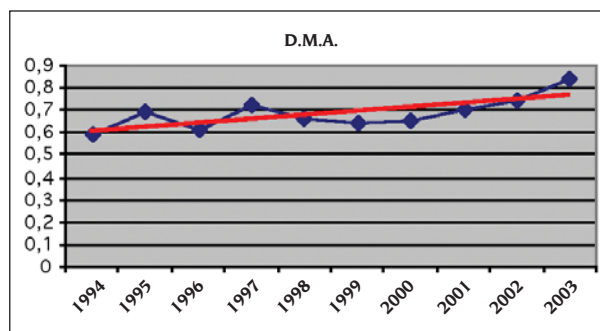
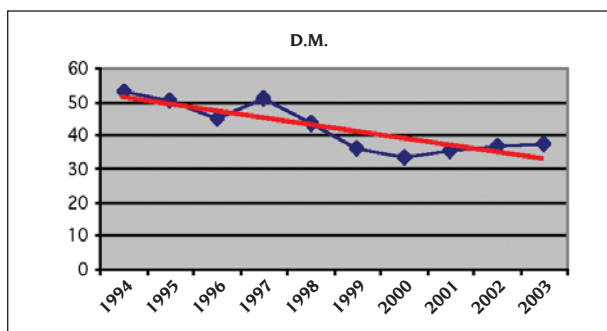
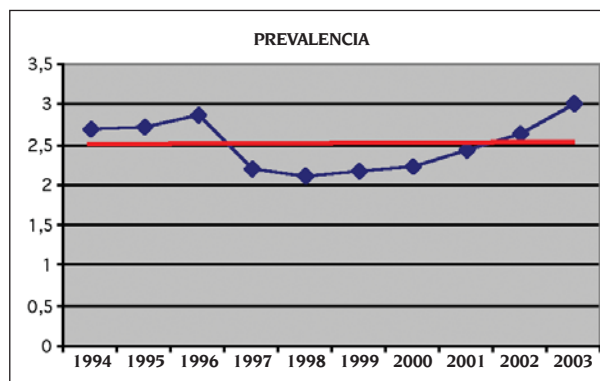
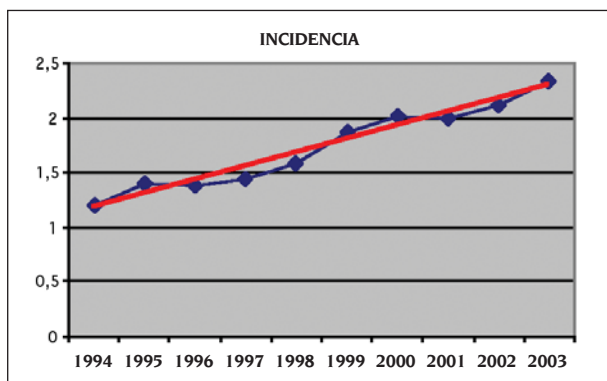
9 “Indicadores Incapacidad Temporal Contingencias Comunes-Comunidad de Madrid”. Dirección general de

Aseguramiento y Atención al Paciente. Consejería de Sanidad. Enero 2004.

* Como ejemplo podemos señalar que en Cataluña existe el ICAM, en Andalucía las UVMI, en Madrid aun no se sabe de qué dirección orgánica van a depender ni quien está a su cargo...

(actual Imsalud) asumiendo además que esta zona es una de las de mejores resultados de todo el Estado.

	INCIDENCIA	PREVALENCIA	D.M.	D.M.A.	*
1994	1,19	2,68	52,88	0,59	
1995	1,4	2,73	50,16	0,69	
1996	1,39	2,85	44,76	0,61	
1997	1,45	2,2	51,32	0,72	
1998	1,58	2,1	43,44	0,66	
1999	1,86	2,18	35,88	0,64	
2000	2,01	2,24	33,57	0,65	
2001	2	2,42	35,6	0,7	
2002	2,11	2,64	36,54	0,74	
2003	2,34	3	37,55	0,84	



Con un vistazo rápido podemos apreciar estas tendencias (incluimos en cada gráfico la regresión lineal):

- Una Incidencia cada vez mayor, es decir, cada año hay mas casos nuevos, se dan más bajas laborales y, en principio, no es razonable considerar que nuestra salud

* Tasa de incidencia: Resultado de dividir el número de bajas iniciadas en el mes, entre la población protegida y multiplicado por cien.

Tasa media de prevalencia de bajas: Resultado de dividir el número de bajas que hay en cada momento, entre la población protegida multiplicado por cien.

Duración media de las bajas: Resultado de dividir el total

de días que estuvieron en baja las altas tramitadas, entre el número total de las altas del periodo estudiado.

Duración media por asegurado: Resultado de dividir el número total de días en baja de las altas tramitadas, entre el número de población protegida en la contingencia correspondiente, en el periodo estudiado.

vaya empeorando sino todo lo contrario. Este factor absolutamente determinante en los resultados está claramente en manos del médico de Atención Primaria.

- La Prevalencia presentó una tendencia a la baja hasta los años 1997-98. Desde entonces se aprecia un nuevo repunte.
- La Duración Media de las bajas sufrió un claro e importante descenso desde 1994 hasta el 2000. Desde entonces la situación está estabilizada pero con cierta tendencia a elevarse.
- Como fruto de todo lo anterior, la Duración Media por Activo, en alguna medida indicador síntesis de los anteriores, y que se había mantenido estable hasta 1999, ha empezado a tender significativamente al alza. En alguna medida, el incremento de la incidencia “tira” más que la disminución de la duración media de las bajas.

Desde un punto de vista geográfico también se aprecian desajustes en la prestación. La duración media de las bajas es muy diferente según las provincias y comunidades autónomas y este fenómeno no se explica por diferencias en el nivel de salud ni por otros sucesos epidemiológicos sino que posiblemente se deben, en gran medida, a la falta de un control adecuado de la prestación por parte de los Servicios Públicos de Salud y/o a un funcionamiento inadecuado de los mismos. En general, las islas y las zonas costeras obtienen duraciones medias mucho más prolongadas que las Comunidades del interior. Así por ejemplo, la duración media general en 2002 fue de 57 días pero en Galicia se alcanzaron los 73 días y en Valencia los 72 mientras en La Rioja o Madrid la duración estuvo en ese año en torno a los 40 días.

En resumen, las medidas fundamentalmente de control (control al paciente, control al médico, control desde la Inspección, control desde las Mutuas, control desde el INSS) que caracterizan el modelo antes analizado han sido efectivas durante un tiempo (hasta 1998-99) pero posteriormente se han mostrado insuficientes para contener la prestación. Y esto no puede decirse solo en relación con las bajas de corta duración y su importante repercusión directa sobre las empresas, sino también en las de mayor duración que afectan a todas las entidades gestoras. En resumen, hay muchas más bajas que ciertamente ya no duran 50-60 días sino unos 10-15 días menos de media pero con una tendencia muy preocupante a la estabilización e incluso al alza dando todo ello una Duración Media por Activo cada vez mayor.

Esto no quiere decir, como señala el Fernández Hermida¹⁰, que se deba prescindir de ninguna medida de control sino que, junto al rediseño y perfeccionamiento de todas ellas, se habiliten nuevas formas de actuación que prevengan la aparición de las bajas y en esto, en nuestra opinión, es pieza clave el papel de la Atención Primaria. Es absolutamente imprescindible que este nivel asistencial y todo el sistema sanitario en general, interiorice el problema y lo haga suyo, valorando la trascendencia social del mismo y considerando que si, por la razón que sea, el Sistema Público de Salud no

10 Fernández Hermida, Luis; Molina Muñoz, Manuel. “Evolución de la incapacidad temporal por contingencias

comunes en la Comunidad de Madrid”. Medicina y Seguridad del Trabajo 2000-nº 186: 1-9.

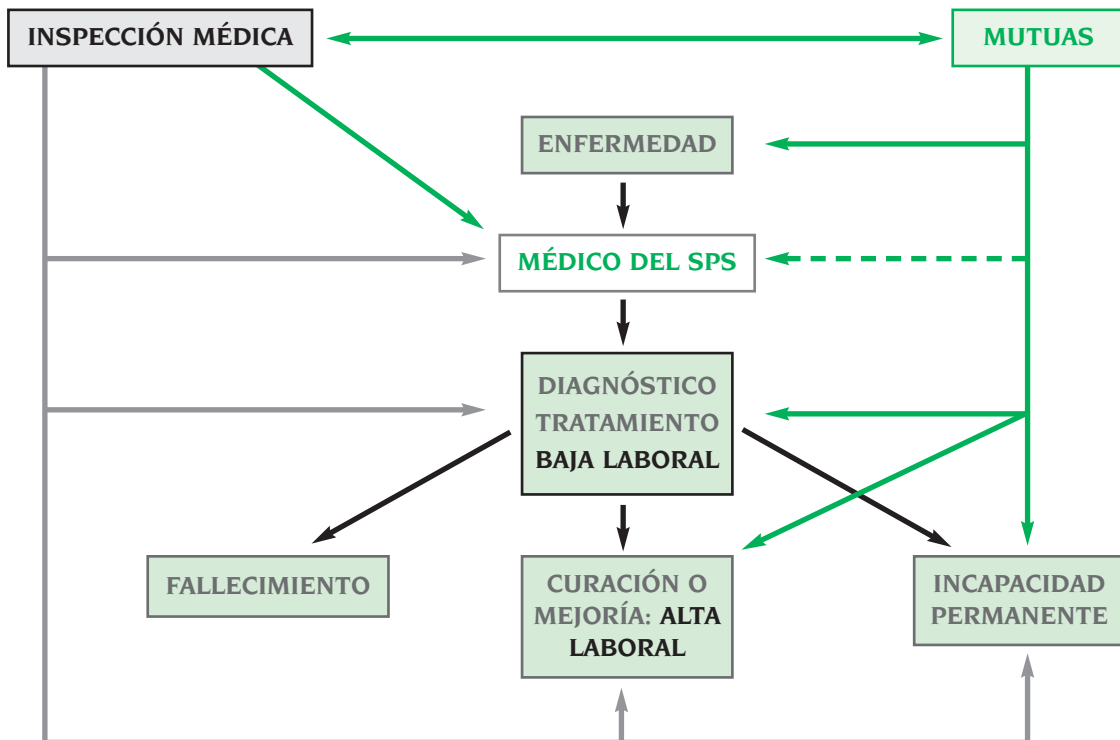
asume esta responsabilidad, la propia evolución de los acontecimientos y la influencia de lo “económico” en casi todas las esferas de la vida actual hará que aparezcan medidas más radicales que no permitan pérdidas de flujos económicos vinculados a temas de la salud de forma no justificada epidemiológicamente.

LAS MUTUAS Y EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

La incapacidad temporal obviamente se enmarca en un cuadro de enfermedad de un trabajador. De forma esquemática el proceso de enfermedad, baja laboral e interrelación de agentes podría ser descrito en los términos del siguiente algoritmo.

Como vemos, en este proceso, las mutuas y sus servicios médicos pueden interactuar a muchos niveles con los Servicios Públicos de Salud, a veces incluso antes de que el trabajador enfermo contacte con su médico de familia. Así ocurre en los accidentes de trabajo rechazados pero susceptibles de baja laboral y tratamiento oportuno, o cuando, desde las propias empresas, nos remiten pacientes para su valoración o incluso cuando acuden a nuestros servicios pacientes tratados en ocasiones anteriores y que han quedado satisfechos con nuestras asistencias o, también es posible, cuando han surgido problemas o complicaciones posteriores a nuestras actuaciones.

En todo caso y limitándonos a la situación más habitual, la Mutua conoce el proceso de baja cuando nos llega a las Unidades de Prestaciones, bien por vía telemática (sistema RED) o bien en soporte papel, el correspondiente parte de baja laboral. Una vez realizadas las comprobaciones oportunas, se procede a citar a los enfermos y empiezan las actuaciones de los servicios médicos vinculados a las contingencias comunes.



El seguimiento y control médico de los procesos de baja laboral (existen también seguimientos telefónicos y controles administrativos) por parte de las Mutuas se inicia en la consulta médica. Al paciente se le informa del papel de estas entidades en el ámbito de la incapacidad temporal por contingencias comunes (persiste aun un gran desconocimiento tanto entre trabajadores como empresarios en relación con la incapacidad temporal por contingencias comunes; conocen bien el ámbito del accidente de trabajo pero no tanto el de las contingencias comunes) y se realiza una consulta médica normal con apertura de la historia clínica (anamnesis, exploración, antecedentes...). En este momento se valora la situación clínica del trabajador y su grado de incapacidad para la realización de las actividades fundamentales de su actividad laboral.

Tras la consulta, el facultativo de la Mutua puede considerar que el trabajador se ha recuperado de su problema de salud y que puede reincorporarse a su trabajo. En esta situación, nuestro médico enviará a la Inspección Médica una Propuesta de Alta con la argumentación clínica que le ha llevado a esta conclusión. Habitualmente las Inspecciones remiten al médico del trabajador esta propuesta. Si está de acuerdo con ella, emite el alta. Si está en desacuerdo, lo informa a la Inspección Médica quien será en última instancia quien tome la decisión definitiva. Para todo este proceso hay un plazo máximo de respuesta de 15 días.

Otra alternativa que puede presentarse tras nuestra consulta es que consideremos al enfermo susceptible de una incapacidad permanente o que vaya a agotar plazo próximamente. En este caso también propondremos, de forma argumentada a la Inspección Médica, nuestra Propuesta de Incapacidad Permanente. Debemos señalar que, en algunas Comunidades Autónomas, nos permiten presentar directamente al INSS estos expedientes de IP (sin alta previa). En todo caso, lamentablemente, aun en la mayor parte de las provincias las propuestas deben llegar a las Inspecciones Médicas, se valoran y toman finalmente su propia decisión al respecto.

Una tercera situación, tras nuestro contacto con el trabajador enfermo, puede ser que consideremos que su proceso asistencial a cargo del Sistema Público de Salud no está siendo el adecuado, bien por retrasos diagnósticos, listas de espera o tratamientos inadecuados o demorados en el tiempo y todo ello repercutiendo negativamente en la salud del paciente y prolongando injustificadamente su baja laboral. En estos casos, y siempre que el paciente expresamente acepte nuestras asistencias e informemos de ellas a la Inspección Médica (en algunas comunidades autónomas este no llega a ser un requisito imprescindible), podremos asumir la realización de estudios diagnósticos (Rx, RNM, TAC, interconsultas con especialistas...) o terapéuticos (rehabilitación, algunos tratamientos médicos o quirúrgicos...). Estas asistencias las podemos asumir íntegramente los servicios médicos de la Mutua o bien podemos realizar o ayudar a completar la fase diagnóstica y aportar esos estudios a los facultativos del Servicio Público de Salud para que continúen ellos con el tratamiento oportuno, eliminando así listas de espera y “cuellos de botella” en los procesos asistenciales.

Finalmente, otra alternativa tras la consulta es el considerar que la asistencia del paciente es correcta y que su patología justifica su baja laboral. En estos casos nos limitamos a establecer una nueva cita con el enfermo y esperar su evolución.

En algunas ocasiones nos es difícil localizar a los pacientes (domicilios o teléfonos erróneos o no disponibles, rechazos a acudir a las citas...) o no nos aportan informaciones clínicas relevante o discrepamos de opiniones de médicos del sistema público o detectamos problemas clínico-administrativos en el proceso de baja... En estos casos nos dirigimos a las Inspecciones Médicas con lo que llamamos Informes Médicos de Control. Las Inspecciones valoran nuestras dudas o nuestros requerimientos y nos contestan al respecto.

Quizás sea el momento de señalar que con estas actuaciones lo que pretendemos las Mutuas, al menos FRATERNIDAD-MUPRESA, es ayudar y colaborar en los procesos asistenciales. Sabemos que el responsable primero es el médico de atención primaria; nosotros fundamentalmente pretendemos ayudar de forma activa a que el trabajador enfermo se cure, recupere la salud perdida y, como consecuencia de ello, que su baja laboral dure exactamente lo adecuado en función de la patología causante.

Del otro lado están las Inspecciones Médicas. Como hemos reiterado, estos facultativos tienen funciones diferentes según las comunidades autónomas, pero solo en un par de ellas su dedicación es exclusiva al control de la incapacidad temporal. Así, frecuentemente comparten esta actividad con gestiones de la prestación farmacéutica, evaluación y control de servicios clínicos, régimen disciplinario del personal sanitario...

Limitándonos al seguimiento y control de la incapacidad temporal, las Inspecciones Médicas realizan su trabajo de forma muy dispar según la comunidad autónoma e incluso según qué provincia o área de salud. Evidentemente esta falta de homogeneidad de criterios es un factor añadido a la dificultad de control de la prestación. En todo caso y desde un punto de vista general, el modus operandi actual en la gestión de la I.T. consiste en el seguimiento y control de los indicadores epidemiológicos a los que antes nos hemos referido, agregados al nivel de áreas de Inspección Sanitaria y en lograr su reducción mediante el control de las bajas que sobrepasan una duración determinada. Este proceso se realiza, con la colaboración de las Enfermeras Subinspectoras, mediante las peticiones de informes clínicos o de valoración de la baja laboral a los médicos de atención primaria. También realizan citaciones de pacientes y exámenes de su estado de salud y análisis del proceso asistencial. En ocasiones, al detectar facultativos especialmente desviados en sus indicadores, se procede a la discusión conjunta de todos sus procesos de baja tratando de encontrar problemas y maneras de solucionarlos o en su caso, incluso llegando al apercibimiento correspondiente. Finalmente las Inspecciones deben revisar los casos que desde el INSS o las Mutuas les enviamos para valorar alta, propuestas de IP, etc¹¹.

LA REALIDAD DE LA INTERRELACIÓN

Siendo estos los procedimientos teóricos más habituales del funcionamiento de ambas partes en la gestión y control de la incapacidad temporal por contingencias comunes, puede ser oportuno revisar ahora los distintos puntos de confluencia entre Mutuas y Servicios Públicos de Salud y ver la realidad de esa confluencia de actuaciones.

11 Romay López, R; Santín González, DI; L. de Guevara, "Gestión de la prestación por IT mediante redes neuro-

nales artificiales". Medicina y Seguridad del Trabajo 2003-nº 192: 47-65.

Desde 2003 la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) viene obteniendo una serie de datos que analizan la gestión de la incapacidad temporal y el grado de respuesta de los Servicios Públicos de Salud de las distintas Comunidades Autónomas a las seis mutuas con mayor cuota de mercado. Veamos estos datos:

Notificación de los partes de baja, alta y confirmación. Ciertamente éste es el requerimiento previo para que funcione todo el sistema de gestión de la incapacidad temporal y lo evidente es que se detectan serios problemas. En primer lugar, cabe resaltar la dificultad que representa el soporte papel en este sistema de información: dificultades caligráficas, errores de filiación, falta del teléfono... Todo ello da lugar a retrasos y errores en el procesamiento informático y por tanto en el control de los procesos, cosa que por otro lado también sufren las propias Inspecciones Médicas, así como en las actuaciones de colaboración diagnósticas y/o terapéuticas con cargo a las Mutuas. Al margen de este tema general, veamos algunos datos concretos obtenidos por Amat y correspondientes al año 2002:

- El plazo medio de recepción de la copia del parte de baja que debe incluir el diagnóstico (tercer ejemplar) desde su expedición por el médico hasta su llegada a la Mutua es de **76 días**.
- El porcentaje de partes de baja y confirmación en los que se incluye el diagnóstico es del **47,24%**.
- El porcentaje de partes de baja y confirmación en los que se incluye la descripción de las limitaciones en la capacidad funcional del trabajador es solo del **10,77%**.
- El porcentaje de partes de baja y confirmación en los que se incluye la duración probable de la incapacidad es prácticamente nulo (**0,70%**).
- El porcentaje de informes periódicos (mensuales) del médico de atención primaria recibidos sobre el total de los procesos es inexistente (**0,1%**).

En resumen, un retraso inaceptable en la recepción de los partes de baja con información clínica, de tal forma, que los hace absolutamente inoperantes; partes incompletos y con errores; y no llega ningún informe de periodicidad mensual, dando lugar a solicitudes de un mayor número de Informes Médicos de Control por parte de las Mutuas.

En relación con los Informes Médicos de Control (IMC):

- El porcentaje de solicitudes de informes médicos de control sobre el total de bajas del año 2002 fue del **13,44%**.
- El porcentaje de informes médicos de control contestados sobre el total de las solicitudes llegó al **73,21%**.
- El porcentaje de informes médicos de control contestados en los que aparecía información clínica era solo del **34,10%**. Si consideramos la relevancia de esa información el porcentaje se reduce aun más.
- El plazo medio de recepción de los informes desde su solicitud ha estado en **29,47 días**.

A la vista de estos datos podemos concluir que los Informes Médicos de Control se generan en un porcentaje relativamente pequeño de bajas que podría ser sustancial-

mente menor si recibiéramos los informes mensuales establecidos en la ley (mensuales del medico de familia y trimestrales de la Inspección Médica). Se aprecia también que se reciben bastantes contestaciones pero con mínima información clínica y con gran retraso (casi un mes).

Propuestas de Alta: Sobre este aspecto AMAT nos proporciona una serie desde 2001. Se recogen, por un lado, las propuestas de alta presentadas y por otro las altas generadas y las contestaciones habidas en menos de 15 días desde nuestra propuesta. Asumimos que en esas altas “algo” hemos intervenido las Mutuas. Como vemos, el porcentaje de respuesta en plazo adecuado va mejorando lenta pero paulatinamente. De alguna manera cabe pensar que las Inspecciones Médicas cada vez van siendo más conscientes de la importancia del problema y van confiando cada vez más en las actuaciones y propuestas que reciben desde las Mutuas.

PRESENTADAS			ALTAS PRODUCIDAS O PROP. ALTA CONTESTADAS EN <15DIAS			% ALTAS O PROP. ALTA CONTESTADAS EN PLAZO/TOTAL DE PROP. ALTA PRESENTADAS.		
2001	2002	1º sem. 03	2001	2002	1º sem. 03	2001	2002	1º sem. 03
61.898	87.445	61.250	36.682	54.231	42.132	59,26	62,02	68,79

La utilización por parte de las Mutuas de las iniciativas de alta presentadas al INSS (altas no contestadas en plazo por la Inspección Médica) realmente es mínima. Parece como si las Mutuas no nos atreviéramos a usar esta posibilidad que la ley realmente nos otorga. Valoremos estos datos con los números del cuadro anterior:

INICIATIVAS DE ALTA PRESENTADAS		
2001	2002	1º sem. 03
486	540	146

En todo caso cabe concluir que en estos años se ha generado un porcentaje relativamente bajo de propuestas de alta, en torno al 13-15% sobre las bajas producidas. Afortunadamente, como hemos visto, las respuestas en plazo cada vez van siendo más frecuentes y cabe resaltar que el grado de concordancia entre la opinión de los servicios médicos de las Mutuas y las Inspecciones Médicas es considerablemente alto (en torno al 70%).

Prórrogas de IT: En este aspecto debemos resaltar que según los datos disponibles, el porcentaje de bajas de duración mayor de 12 meses en las que se ha emitido el correspondiente informe* para prorrogarse la situación de incapacidad ha sido prác-

* Para que una vez alcanzados los doce meses, pueda prorrogarse el percibo de la prestación económica, es necesario que el facultativo cumplimente un informe médico en el parte 51, en el que se describirán las limitaciones de la capacidad funcional del trabajador y la presunción médica de que dentro del plazo de los seis meses siguientes puede ser dado de alta médica por

curación. En la gran mayoría de los casos al llegar a los doce meses, se extiende el parte de baja sin incluir el informe médico, operando automáticamente la prórroga de los seis meses, con lo que el plazo de prórroga de la situación de incapacidad temporal, que nuestra legislación reconoce como algo excepcional, se está convirtiendo en algo habitual y normal.

ticamente nulo. Esto es considerablemente grave pues, de alguna forma, quiere decir que, sobre procesos que llevan más de doce meses de baja, ningún responsable del control de la prestación en el Sistema Público de Salud ha reflexionado sobre lo adecuado o no de mantener la baja o de proponer una incapacidad permanente. En este sentido, son significativos los datos siguientes (año 2002):

ALTAS DE MÁS DE 12 MESES	PROCESOS QUE AGOTARON PLAZO SIN IP	
	35.328	21.800

Es decir, no se revisan con atención los procesos al llegar a los 12 meses de baja. Da la impresión que se considera que la incapacidad temporal dura casi sistemáticamente hasta los 18 meses.

En torno a la mitad de los casos hubiera sido razonable generar una propuesta de IP con antelación al agotamiento. Del mismo modo, el 61,7 % de los procesos han agotado plazo y no eran susceptibles de ningún tipo de incapacidad permanente.

PROPUESTAS DE FUTURO

Visto todo lo anterior, el diseño del modelo y los resultados y tendencias de la prestación, cabe asumir que es necesario, quizás imprescindible, que se retoque el modelo. Posiblemente no es factible en este momento un cambio legislativo en profundidad pero, lo que sí es razonable, es que al menos se asuma por cada uno de los agentes implicados la trascendencia del problema y tratemos por todos los medios de llegar a campos concretos de consenso y acuerdo y que, entre todos, podamos trabajar sin prejuicios y coordinadamente pero con toda responsabilidad para la mejora de la incapacidad temporal, cumpliendo cada uno nuestras propias y específicas responsabilidades.

Desde el mundo de las Mutuas, en todos los foros de discusión sobre las contingencias comunes en que participamos, siempre señalamos que pretendemos lograr tres grandes objetivos generales que creemos absolutamente críticos para la mejora de la gestión y control de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes: que cada institución implicada en la gestión de la incapacidad temporal cumpla las obligaciones que señala la propia la legislación; conseguir una mayor implicación del responsable principal de la gestión de la prestación, es decir, el médico de Atención Primaria; y, finalmente, lograr una mayor interrelación e intercomunicación entre las distintas instituciones implicadas en la gestión de la incapacidad temporal (atención primaria, Inspección Médica, Mutuas e INSS).

En este sentido y pensando con un enfoque esperanzador vamos a comentar algunas de las propuestas que, tras las reflexiones antes comentadas, creemos que pueden ayudar a potenciar las herramientas de gestión, no sólo de las Mutuas sino también de los otros agentes: el Sistema Público de Salud y el INSS.

1. Un requerimiento, que no admite retrasos a estas alturas del desarrollo tecnológico, es el de la imperiosa necesidad de interconectar informáticamente los Centros de Salud, las consultas de atención primaria, con el INSS y con las Mutuas. El soporte papel para emitir las bajas y altas no es aceptable. El actual sistema de información debe cambiarse y modernizarse. Estas interconexiones son perfectamente factibles y permitirían un conocimiento “on line” de los procesos, así como, la transmisión de la información diagnóstica y de los informes médicos obligatorios (mensuales a cargo del médico de atención primaria y trimestrales a cargo de la Inspección Médica). No es necesario resaltar, todos lo asumimos y compartimos, que este último tipo de información debe circular con la necesaria confidencialidad para que tenga acceso a él, con los filtros que sean precisos, solo el personal autorizado. No parece que técnicamente esto sea especialmente complejo de realizar.

2. Reiteramos que es imprescindible que se emitan los informes mensuales y trimestrales. Está en la ley, no se precisan grandes anotaciones y no creemos que sea excesivo, para la trascendencia social y económica del tema, que mensualmente el médico se detenga un momento y reflexione en un par de líneas sobre la necesidad real de mantener la situación de baja de sus pacientes. Otro tanto cabría decir de los informes trimestrales a cargo de las Inspecciones Médicas. Valórese que disponiendo de estas anotaciones, tanto el INSS como las Mutuas dejaríamos de lanzar informes médicos de control o incluso de citar con tanta frecuencia a los pacientes.

3. Ya hemos visto que las bajas se prolongan con gran ligereza más allá de los doce meses. Igual que antes, consideramos que no es excesivo reflexionar una vez al año sobre la evolución de un proceso de baja que ya debe estar claramente encaminado desde el punto de vista diagnóstico, terapéutico y pronóstico. En este sentido, se debe ser estricto en la exigencia de cumplimentación del pequeño informe del parte número 51.

4. Las propuestas de alta que presentamos los servicios médicos del INSS y de las Mutuas, deben contestarse, con argumentos clínicos en caso de rechazo, en los plazos establecidos. Es fácil de entender que recibir contestaciones al respecto semanas o meses después de su envío, no tiene gran sentido. Por otro lado, si la situación no mejora, debemos empezar a exigir la actuación del INSS en los casos en los que no se obtenga respuesta de las Inspecciones o ésta sea insuficiente y poco documentada: altas a efectos económicos.

5. Deberían homogeneizarse los criterios funcionales de las Inspecciones Médicas y del INSS, al menos en cada Comunidad Autónoma. No tiene sentido que en unos sitios podamos presentar directamente los expedientes de incapacidad temporal y en otros no. No es razonable que en unos sitios nos obliguen a solicitar autorización para hacer, por ejemplo, una resonancia nuclear magnética, en otro sólo tengamos que informar que se ha hecho y en otros se nos diga que no molestemos con estos escritos. No sería desdeñable que, al menos en estos dos temas, hubiera un cierto consenso.

6. Es absolutamente imprescindible, con el modelo actual, que el médico de Atención Primaria asuma que es el responsable máximo de la prestación y se implique en la gestión diaria de la misma. Para ello creemos que un requerimiento previo ha de ser el establecimiento de objetivos cuantificables de mejora de la incapacidad temporal al menos en el ámbito de cada equipo de atención primaria. Estos objetivos deben ir ligados a algún tipo de incentivo. Del mismo modo, deben establecerse objetivos e incentivos por Área de Inspección. A estas alturas no creo necesario señalar que estos incentivos de que hablo no necesariamente han de ser de tipo económico, los que conocemos el Sistema Público de Salud sabemos que hay muchas posibilidades al respecto y los enfoques de mejora de la calidad asistencial no son desdenables¹²; solo es necesaria la voluntad y la decisión para implantarlos.

7. Obviamente, este sistema de objetivos debe ir acompañado de un sistema de información de la prestación que evalúe los logros y devuelva la información al equipo de atención primaria.

8. Otro aspecto importante ha de ser el formativo. Deben entrar en los planes de formación continuada de la atención primaria aspectos relacionados con la incapacidad temporal, tanto desde el punto de vista de la gestión, incluso administrativa, como desde el punto de vista del manejo de patologías que mayoritariamente generan incapacidad: procesos vinculados a la salud mental, las lumbalgias y la patología osteomuscular más prevalente, o las “nuevas” enfermedades (el mobbing, la fibromialgia, el sida, los accidentes de tráfico...). Este es ya, en muchos sitios, un ámbito de encuentro y reflexión conjunta entre médicos de atención primaria, médicos inspectores y médicos de Mutuas e INSS y profundizar en él es obligado.

9. Finalmente podemos comentar que, hace pocas semanas, se ha alcanzado una solución a un problema que distorsionaba las relaciones entre las Mutuas y los servicios médicos del Sistema Público de Salud. Es la imposibilidad de emitir una nueva baja por contingencias comunes tras un alta por accidente de trabajo, hasta que la Inspección y la Mutua puedan aclarar las circunstancias concretas del proceso.

Estos son los problemas que detectamos y éstas son algunas aportaciones para intentar solucionarlos y lograr en el menor tiempo posible dar un giro a las tendencias actuales de tal forma que se racionalice el coste de la prestación y que la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes deje de influir tan negativamente en nuestro sistema de protección social.

¹² “El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología”. H.V. Vuori. Edit. Masson. Barcelona 1988.