

## DOCUMENTOS SEMFYC

# Incapacidad temporal: mejoras en la gestión

**R. Caldas Blanco, C. Violán Fors, J.J. García Fernández, F.P. Domínguez, A. Ruiz Téllez, F. Quijano Terán y F. Borrell i Carrió (coordinador)**

Colaboradores: J.M. Molero García, A. Duque Valencia, J. Amador Romero y A. Tejedor Varillas. Grupo de trabajo semFYC.

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

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), preocupada por las graves consecuencias que para nuestros pacientes y el propio sistema sanitario acarrearán la reforma de la gestión de la IT, presenta a continuación un análisis de la situación de la gestión de la IT a través de los siguientes aspectos: a) diagnóstico de la situación; b) marco legislativo: cambios y consecuencias, y c) propuestas de mejora.

## Diagnóstico de la situación

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

La gestión de la IT implica la indicación de reposo como un apartado más

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

El objetivo del control de la IT es asegurar que su prescripción es adecuada, tanto en el inicio como en su du-

ración; se trata, pues, de garantizar una gestión responsable de este recurso de protección social.

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

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

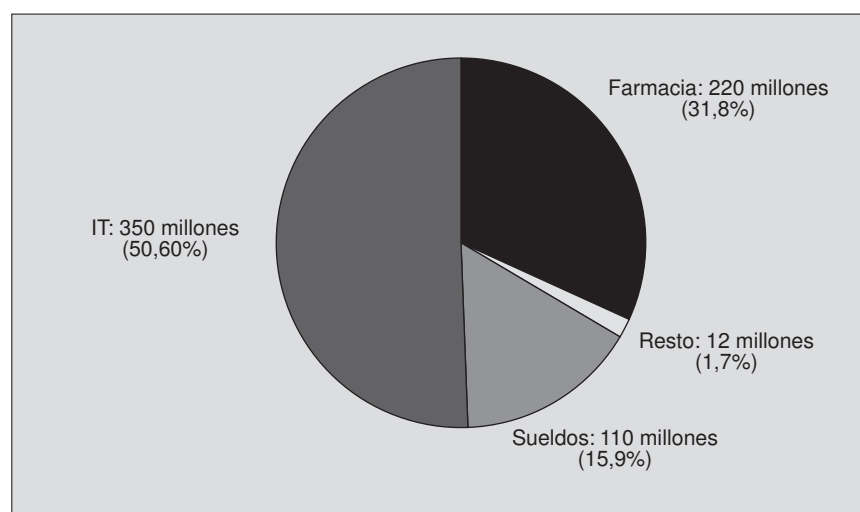


Figura 1. Representación de los gastos anuales que genera un centro de atención primaria de tamaño medio (18.000 h). En millones de pesetas.

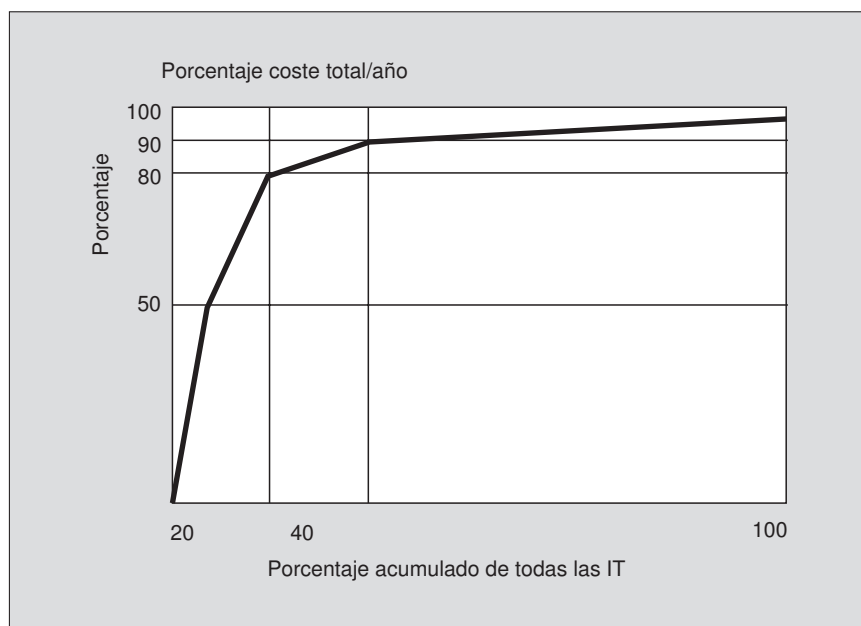


Figura 2. Representación del porcentaje de costo anual de la IT ordenada por porcentaje acumulado de consumo o gasto y de mayor a menor gasto. Diagrama de Pareto.

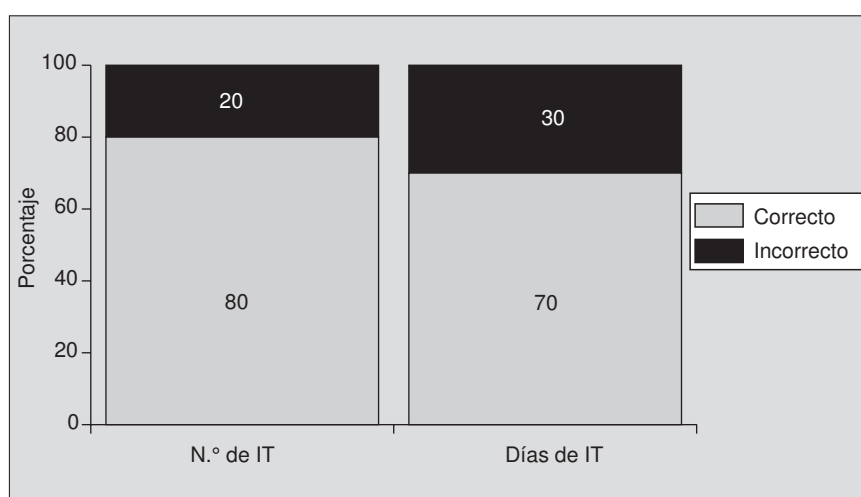


Figura 3. Porcentaje de IT con días superfluos y porcentaje de días superfluos del total anual.

### Magnitud del problema

En la actualidad, según se desprende de diversos estudios, tomado como ejemplo un centro de salud de tamaño medio (18.000 habitantes), el peso relativo de las diferentes partidas económicas se repartiría del siguiente modo: 31,8% en farmacia, 15,9% en sueldos, 50,6% en IT y 1,7% el resto. Como vemos, la IT es el factor más importante, seguido de farmacia y gastos de per-

sonal, siendo el resto de los gastos (laboratorio, radiología, teléfono, luz, agua, almacén, calefacción) de pequeña magnitud. Por tanto, desde el punto de vista de la gestión económica, la IT y la farmacia, por este orden, son las principales áreas de interés en la gestión de la atención primaria (fig. 1).

La IT, a diferencia de la farmacia, afecta a un porcentaje pequeño de población: anualmente sólo a la población activa (30% de la población

total) que toma la baja laboral (30% de la población activa), lo que supone que estamos hablando de un problema limitado al 10% de la población: si consideramos que un cupo médico medio es de 2.000 personas, hablamos de que toda la problemática se concentra en 200 personas cada año. Según los estudios realizados, cuando analizamos las IT y las medimos y agrupamos por duración, encontramos que se comporta al igual que todos los sistemas de consumo con la ley de Pareto o ley ABC, que viene a decir que un 20% de los sucesos genera el 80% de los consumos, por lo que si identificamos este 20% de las IT (las de mayor duración) y las controlamos influiremos en el 80% del gasto. Estos episodios (20%) son aquellos cuya duración es de 30 o más días, mientras que en el resto de las IT (80%) la duración es inferior a 30 días. Por tanto, bastará reconocer la condición igual o superior a 30 días de IT/año para iniciar el control de ese 20% de IT (40 IT/año/médico) que suponen la mayor parte del gasto en bajas (fig. 2).

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

Un 20% de las IT dura por encima de lo que el médico que las prescribe opina que debería haberlo hecho según el problema clínico del paciente (días de IT superfluos). Estas bajas de una duración excesiva a la óptima suponen un incremento global de los días de baja del 30% sobre el total. Este 30% de días superfluos están producidos por 3 tipos de razones: las demoras atribuibles al sistema sanitario, las relacionadas con el paciente u otras de difícil abordaje (figs. 3 y 4).

1. El primer tercio de los días superfluos los producen las demoras que genera nuestra organización sanitaria entre las diferentes fases del episodio. Por ejemplo, la espera previa al análisis de sangre, la demora en la exploración complementaria pedida por especializada, la demora de la lista quirúrgica o de rehabilitación postintervención (fig. 5).

2. El segundo tercio se produce en los mismos puntos que en el tercio anterior, pero atribuidos esta vez al paciente.

3. El tercer tercio se halla formado por una amalgama de razones diferentes (presentación de nuevos pro-

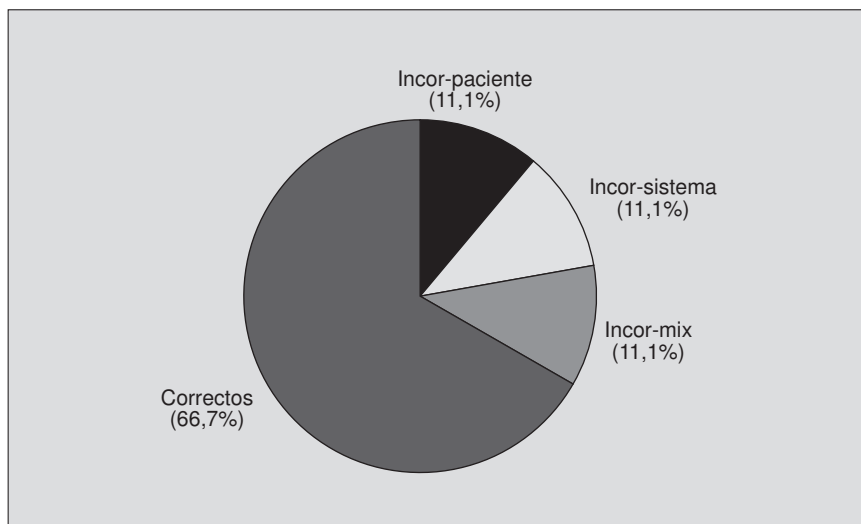


Figura 4. Distribución de los días de IT por correcta o incorrecta duración del total anual. Incor: días de duración incorrecta.

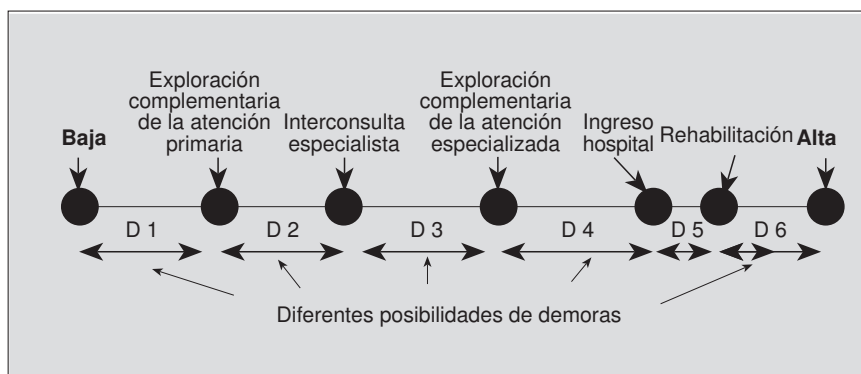


Figura 5. Representación de las diferentes posibilidades de demora a lo largo del episodio sanitario.

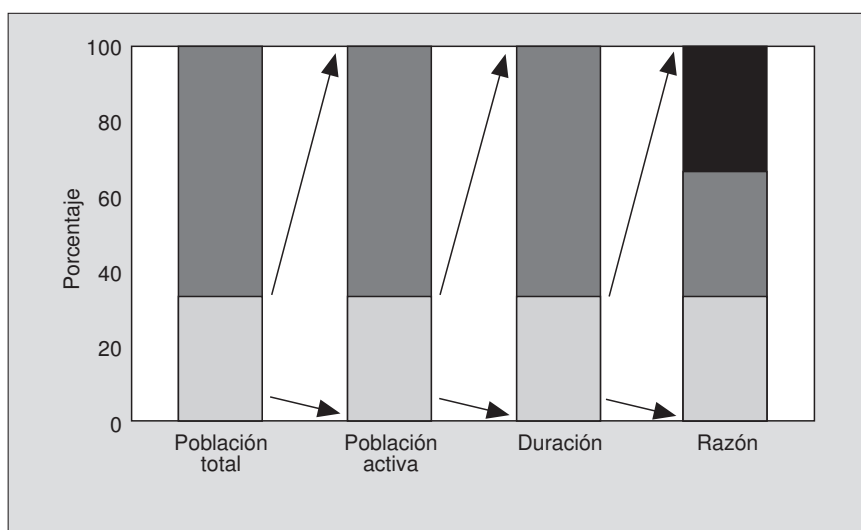


Figura 6. La IT y la ley de los tercios.

cesos, presencia de problemas psicológicos o socioeconómicos...).

Por otro lado, la IT parece funcionar por la ley de los tercios: un tercio de la población total puede tomar bajas (población activa); de ella, un tercio la toma realmente. Del total de días de baja consumidos un tercio parece ser superfluo (repartido en un tercio debido al sistema, un tercio debido a simuladores y el otro tercio a problemas complejos de índole socioeconómica) (fig. 6).

### Repercusión económica: evolución y situación actual

El absentismo por IT tiene un coste directo e indirecto que se puede cuantificar en más de 2 billones de pesetas anuales.

La prestación económica derivada de la IT ha pasado de 280.000 millones de pesetas en 1988 (coste/año/afiliado de 20-25.000 pts.) a 505.500 millones en 1994 (coste/año/afiliado de 30-35.000 pts.), con un incremento de más del 10% anual.

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

Profundizando en el análisis, se ha observado que la distribución territorial del gasto en IT es heterogénea: el 39% de la población del INSALUD consume un 31% del presupuesto de IT, frente al 61% restante (comunidades autónomas transferidas), que gasta un 69%. Sobre una media estatal de gasto/afiliado/año en IT de 35.839 pts., en el año 1996 la gestión en el INSALUD «ahorra» un 21,5%. Con estos resultados, parece posible presumir una diferente gestión de la IT, según que la entidad responsable sea el INSALUD o los servicios de salud transferidos de las comunidades autónomas.

### Variabilidad en los indicadores de IT

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

TABLA 1. Variación del gasto en IT y en pensiones interanual 1994-1997

	Variación gasto en prestaciones	Variación gasto en pensiones	
		Pensión invalidez	Gasto IT
1994-1995	+8,87%	+7,5%	-1,25%
1995-1996	+8,50%	+7,2%	+1,17%
1996-1997	+10,46%	+10,2%	-12%

Elaboración propia. Tomada de memoria del INSS 1996 y Anuario El País 1998. Parece que el gasto en IT, siendo apreciable, se ha contenido e incluso ha descendido en su evolución en los años 1994 y 1997.

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

#### IT según pago directo o pago delegado.

La duración media de las bajas laborales se diferencia claramente por el tipo de pago: directo o delegado. En el pago directo (autónomos, empleadas de hogar, agrarios por cuanta propia y parados [INEM]), es el INSS y no la empresa el que abona directamente la prestación al trabajador en IT. En el pago delegado la empresa participaría con un porcentaje que se inicia con el 25% y acaba con el 45%; el resto lo paga el INSS o las mutuas. El subsidio económico se genera, a partir del derecho del afiliado tras cotizar al régimen correspondiente (general, autónomos, agrarios, empleadas de hogar y especial del mar). Es de destacar cómo algunas comunidades autónomas, por sus peculiaridades socioeconómicas, tienen una elevada proporción del llamado «pago directo». Según los análisis de la Unidad Especial para el Estudio del Fraude, es en el grupo de pago directo donde más se acentúan las desviaciones:

- Pago delegado: el 87,8% de las IT reciben un 60% del presupuesto y la duración media es de 30-60 días.
- Pago directo: el 2,2% de las IT reciben un 40% del presupuesto y la duración media es de 200-300 días.

*IT según proceso clínico.* Destaca la gran variabilidad en su duración y distribución:

- Los grupos más frecuentes de IT son: respiración y musculoesquelético.
- Los de mayor número de días perdidos por IT: musculoesqueléticos.
- Los procesos de mayor duración media: depresión y lumbalgia.

*IT según profesional médico.* Respecto a los facultativos, también se ob-

serva en los estudios una fuerte variabilidad en función de su formación, turno de trabajo o tipo de contrato, condicionantes todos ellos del tipo y duración de la IT, influyendo en mucha menor medida la edad del médico.

#### Otros factores condicionantes socioeconómicos de la IT.

- Las IT que provienen de la antigua incapacidad provisional (transición normativa).
- La edad media de los trabajadores en IT, con problemas crónicos y despido laboral.
- La precariedad laboral y la desviación de «reconversiones empresariales» a IT.
- El desvío de secuelas de accidentes laborales a IT.
- La cultura poblacional extendida de uso de la IT, para otros fines (INEM, ceses, conflictos laborales, etc.).
- El alargamiento de IT por mal control administrativo de ficheros en todos los niveles (INSS, inspección, atención primaria).
- La mala coordinación y listas de espera del nivel especializado.
- El difícil discernimiento en la práctica clínica entre los principios éticos de beneficencia y de justicia.

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

#### Marco legislativo: cambios y consecuencias

En los últimos años, se están produciendo una serie de cambios en la normativa sobre bajas laborales que afectan fundamentalmente a la IT y en menor grado a la incapacidad per-

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

Recientemente el Gobierno actual ha aprobado la publicación del RD 1.117/1998, en el que se desarrolla el artículo 39 de la ley 66/1997 (30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden fiscal) y modifica el Real Decreto 575/1997 que regulaba determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social. En este Real Decreto se otorgan a los médicos contratados por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), organismos autónomos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y a los médicos de las MATEPSS, entidades patronales, la capacidad de gestionar directamente las IT por accidente laborales, enfermedades profesionales y contingencia común, pudiendo otorgar el alta laboral, que supone la extinción del subsidio y obliga al trabajador a incorporarse a su puesto de trabajo (alta efectiva). Con esta aplicación los médicos del INSS o de las MATEPSS son los que tienen la capacidad de decidir si el trabajador/a está o no en condiciones de incorporarse a su puesto de trabajo, en detrimento del médico de cabecera que a todos los efectos es el responsable del paciente y que, sin duda, es el que mejor conoce la situación clínica del mismo. Con la nueva normativa, son el INSS y las MATEPSS los que tienen la última palabra en el mantenimiento de una baja laboral.

#### Cambios importantes en la normativa en la gestión de la IT

Este RD junto a la Leyes de Medidas Fiscales, Administración y Orden Social (Ley 42/1994, de 30 de diciembre, y la 66/1997, de 30 de diciembre), incluidas como leyes de acompañamiento presupuestario y otros RD (1.300/1995, 575/1997, 576/1997), han desplazado la responsabilidad de la gestión de la IT hacia otras entidades ajenas al sistema sanitario, pero además se han introducido otras reformas importantes para el control de las mismas y para los trabajadores:

1. Unificación de la IT con plazos nunca superiores a 18 meses.
2. Exclusión de la maternidad como causa de IT.



3. Regulación de la gestión de la IP a través de los equipos de valoración de incapacidad del INSS (EVI).

4. Reconocimiento del control de la IT por parte de los tribunales de valoración del INSS y de las MATEPSS.

5. Posibilidad de proponer el alta médica por parte del INSS y las MATEPSS.

6. Facultad de las MATEPSS para realizar pruebas diagnósticas y terapéuticas a pacientes en situación de IT por enfermedad común o accidente no laboral.

7. Equiparación de todos los regímenes de la Seguridad Social a efectos de gestión y prestaciones de la IT (general, autónomos, empleadas de hogar y agrarios por cuenta ajena y propia).

8. Separación de la IT clínica respecto al derecho de subsidio por IT.

9. Las nuevas altas de los trabajadores por cuenta propia quedan adscritas obligatoriamente para la IT a una MATEPSS.

10. Autorización a los médicos del INSS y a los médicos de las MATEPSS a través de los primeros para otorgar el alta efectiva de los trabajadores de forma directa.

(Fuente: JANO 1998; 1.254: 1.730-1.732.)

### *Valoración de la semFYC de los cambios normativos de la gestión de la IT*

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

– *Discontinuidad en el control clínico de la enfermedad* por parte del médico de cabecera del paciente, que dificulta el acceso del paciente al tratamiento completo de su enfermedad.

– *Separa el proceso clínico* que conduce a la necesidad de la baja laboral de la prestación económica que conlleva la misma. Se faculta a profesionales ajenos al sistema sanitario a otorgar el alta económica del paciente que implica una extensión del subsidio, forzando su reincorporación laboral, frente a una opinión clínico-sanitaria contraria. Se sitúa al paciente en una posición de desamparo e inseguridad.

– *Se introducen dentro del acto médico agentes externos* que lo limitan y coartan (INSS, MATEPS). Deja en manos de profesionales que no conocen el proceso, ni han hecho un seguimiento del mismo, la decisión del alta médica y económica.

– *La posibilidad de que los servicios médicos del INSS* den altas de manera descoordinada con los médicos de cabecera puede generar tensiones importantes y situación de clara injusticia y desprotección para el paciente.

– *Solapamiento de funciones* en el control de la IT al intervenir 4 grupos de médicos diferentes: médicos de familia del Sistema Nacional de Salud, médicos de las MATEPSS. Esta diversificación de los colectivos profesionales que atienden al paciente generará:

a) Inseguridad en el manejo de la información clínica confidencial de los pacientes en situación de IT.

b) Incremento de la burocratización de los circuitos de gestión de la IT.

c) Disociación del control clínico del paciente al permitir la realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas a pacientes en IT tanto a MATEPSS como a servicios sanitarios.

– *Judicialización de la IT*, debido al conflicto de intereses entre trabajadores y entidades gestoras (INSS, MATEPSS), y al conflicto entre criterios de los diferentes médicos que atienden al paciente: médico (facultativos del Sistema Nacional de Salud) y económico (INSS, MATEPSS), por lo que aumentarán las reclamaciones legales y las alegaciones a las resoluciones de dar el alta.

– *Los servicios de salud estarán a disposición de las MATEPSS*, que adquirirán cada vez mayores recursos que podrán emplear para competir con los servicios propios de la atención primaria del sistema sanitario público. Se desestabilizaría el sistema público, abriéndose la posibilidad de un sistema de privatización de la asistencia, sobre la base de las mutuas, poniendo en peligro la continuidad del actual sistema público.

– *Adscripción obligatoria a una MATEPSS* de un colectivo de trabajadores (trabajadores por cuenta ajena) para contingencias comunes y accidentes no laborales. Se vulnera de esta forma los derechos de los trabajadores a la libre elección.

– *Sustrae competencias a los médicos de atención primaria* de los sistemas públicos de salud, al retirarles la ex-

clusividad del alta médica. De esta forma, desacredita a los profesionales de atención primaria frente a sus pacientes

### *Conclusiones*

Las conclusiones principales de la situación son:

– La distribución de la IT es desigual en los territorios, según sean con servicio de salud transferido o no.

– En general, el gasto en IT en nuestro país es superior a lo que se considera «aceptable», debido entre otras razones a:

a) La diferente gestión según la entidad responsable (INSALUD, servicios de salud transferidos).

b) Las características del régimen al que se pertenece marcan de alguna forma la desviación de la prestación.

c) La diversidad de duración en las IT según el proceso clínico causante.

d) Incorrecta duración de los procesos ocasionados por demoras en los procesos diagnósticos y terapéuticos atribuidas al sistema sanitario, al usuario y a factores socioeconómicos.

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

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

En algunos casos se insiste en la buena gestión de los servicios médicos del INSS o de las MATEPSS, comparando hospitales y centros de salud con ellas. Se olvida que los médicos de cabecera (de familia) hemos realizado un papel de primer orden atenuando situaciones injustas, tales como altas precoces de accidentes laborales, patologías de claro origen laboral que sin embargo son rechazadas como tales y agravaciones de patología crónica por accidente laboral,

que no son asumidas como contingencia laboral a pesar de tener legalmente dicha consideración. Los médicos de familia también tenemos que afrontar situaciones de alto riesgo psicosocial que ponen a prueba nuestro discernimiento ético.

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

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

### **Decálogo de propuestas para la mejora de la gestión de la IT**

Partiendo del análisis realizado anteriormente, proponemos a continuación algunas medidas que podemos llevar a cabo conjuntamente con los gestores de los servicios sanitarios, inspectores y responsables de atención al usuario:

#### **Propuestas**

1. La Administración, con la plena colaboración de los equipos de atención primaria, deben dotar a todos los centros de un sistema de información que indique con claridad a los pacientes en IT las causas de las mismas, las demoras en listas de espera y los servicios responsables de dichas demoras.
2. Reflejar los resultados económicos de esta prestación en la cuenta de resultados de los equipos, utilizando indicadores fiables, que permitan a los profesionales conocer la situación real de gestión realizada.
3. La disminución de los costes derivados de una buena gestión de la IT

por parte de la atención primaria debería revertir al menos en parte en la propia atención primaria, para mejora de esta prestación y del resto de servicios que se prestan desde este nivel asistencial.

4. Creación y difusión de un paquete formativo dirigido a los equipos de atención primaria, y de manera especial al médico de cabecera, que incluyera aspectos organizativos, de evaluación técnica, comunicación con paciente difícil y reflexión ética sobre casos complicados.

5. Simplificación del proceso burocrático de la gestión de la IT:

a) Procesos que en principio prevenimos inferiores a 30 días: deberían ser de papel único, con las copias correspondientes. El médico identificaría la fecha en la que da la baja y pondría la fecha del alta.

b) Procesos superiores a 30 días: en cuanto a los partes de confirmación, proponemos una simplificación del formato (codificaciones que nadie puede rellenar, mejorar el diseño, etc.).

6. Proponemos que los servicios de inspección designen un consultor, que puede ser un inspector o un miembro de los servicios de inspección sanitaria de referencia. Las tareas de este consultor a nuestro entender deberían ser:

a) Apoyo directo a varios equipos de APS, asesorando en la organización y evaluación de la IT.

b) Valoración directa de determinados pacientes sobre los que existan dudas, de manera ágil y disponiendo para ello de los medios necesarios, a requerimiento del médico de cabecera.

c) Actuaría como instancia de peritación cuando un paciente no estuviera de acuerdo con una alta forzada en contra de su voluntad desde la APS, y dando una segunda opinión objetiva, ecuaníme y no vinculante para el médico de cabecera.

7. Recomendamos a los equipos de APS que aquellos casos conflictivos sean discutidos en sesión clínica, y que el resultado de dicha discusión sea registrado en la historia clínica, mencionando la fecha en que se produjo la sesión clínica.

8. Proponemos que los responsables de las unidades de atención al usuario gestionen de manera personalizada las demoras en procesos diagnósticos o terapéuticos de aquellos pacientes en situación de IT en que, dicha demora, sea la causa de su no

incorporación al trabajo. Estos casos pueden ser unos 10 pacientes-año por médico de cabecera, cifra que creemos no es insalvable si se articulan soluciones del tipo:

a) Cuotas pactadas con la atención especializada con los servicios más estratégicos.

b) Diversificación de proveedores y creación de circuitos especiales, sin desdeñar a las mismas mutuas como proveedoras de servicios concretos, con el requerimiento de que el médico de cabecera no pierda responsabilidades del paciente.

Si una adecuada gestión de la prestación conllevara la posibilidad de capitalizar los servicios sanitarios, sería posible crear circuitos especiales para atender patologías muy frecuentes que ahora mismo presentan demoras poco justificables. Entendemos que esta posibilidad, así como pactar cuotas de visitas con hospitales públicos, está éticamente justificada, pues es el conjunto del sistema de aseguramiento el que está en peligro; tampoco creemos que existan impedimentos legales para realizarla.

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

10. Salvaguardar la confidencialidad de los datos clínicos del paciente exigiendo un control exquisito de los datos clínicos en poder de las mutuas y del INSS, evitando cualquier fuga de información que pudiera perjudicar seriamente a los trabajadores en situación de IT, o que hubieran estado en algún momento en situación de IT. Sería muy grave que circularan «listas negras» con pacientes afectados de determinadas patologías o situaciones de riesgo, a disposición de las empresas que pagaran por dicha información. Por fortuna esta posibilidad es remota, pero debemos hacer todo lo posible para que jamás ocurra.

Todas estas medidas son relativamente sencillas de poner en práctica desde los servicios de salud, y de hecho algunas de ellas ya lo están o hay normas vigentes que las recomiendan. Si el mensaje institucional que en estos momentos podemos resumir en «burocratizamos la

IT para ahorrar» se convierte en «ponemos medios para optimar la IT», los médicos de familia lanzamos un doble mensaje a la opinión pública:

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

moras en los medios diagnósticos o terapéuticos prescritos por el facultativo.

### Bibliografía general

- Altisent R, Delgado MT, Jolín L, Martín MN, Ruiz R, Simón P, Vázquez JR. Grupo de trabajo de semFYC. Sobre Bioética y Medicina de Familia. Documento semFYC n.º 7. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona, 1996.
- Borrell Carrió F. El factor económico en la práctica clínica: contribución a una ética de lo cotidiano. XIV Congreso Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria. Libro de Ponencias. Madrid, 1994; 193-196.

- Méjica J. Derecho sanitario de la incapacidad temporal. Granada: Comares, 1998.
- Melguizo Jiménez M. El secreto profesional y la baja laboral (pendiente de publicación).
- Prados Castillejo JA, Quedasa Jiménez F. Manejo de un paciente en baja laboral injustificada: el arte de negociar. FMC 1995; 2: 537-544.
- Quijano Terán F. Incapacidad temporal/permanente: situación actual en España. Cambios y consecuencias. Santander, 1998 (no publicado).
- Ruiz Téllez A. El problema de la incapacidad temporal en la práctica general de la atención primaria. ¿Amenaza u oportunidad para la sanidad pública? Propuesta de una solución global desde la atención primaria (no publicado).
- Violán Fors C, Rodríguez Balo A. ¿Qué hacer ante un paciente que rechaza el alta médica? FMC 1995; 2: 545-547.

### ANEXO I. ¿Qué es una mutua de accidentes de trabajo y enfermedad profesional de la Seguridad Social (MATEPSS)?

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

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

En todas las MATEPSS existen comisiones de control y seguimiento, formadas paritariamente por representantes de los sindicatos y de los empresarios.

Entre los servicios que tiene que dar están:

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

Existen algunos interrogantes en el funcionamiento de las MATEPSS:

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

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

## ANEXO 2. El secreto profesional como derecho del paciente y obligación del profesional en las bajas laborales

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

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

### 2. El secreto profesional

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

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

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

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

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

### 3. El problema específico de las bajas laborales

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

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

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

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

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

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

#### 1. Recomendaciones al médico de familia para preservar el secreto profesional en las bajas laborales:

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

#### 2. Recomendaciones al equipo de atención primaria para preservar el secreto profesional en las bajas laborales:

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



### ANEXO 3. El perfil prescriptor de bajas laborales (INSALUD, 1996)

Según un estudio realizado en 1996 por la Subdirección de Inspección de INSALUD entre 782 médicos de atención primaria de las provincias de Toledo y Murcia, alrededor de un 21% de los médicos son «hiper» o «hipoprescriptores» de las bajas laborales (10,9% son hiper y un 10,3% son hipoprescriptores, según el número y duración de las bajas extendidas). De ello se deduce el perfil prescriptor, tanto de los hiper como de los hipoprescriptores (tabla 1).

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

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

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

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

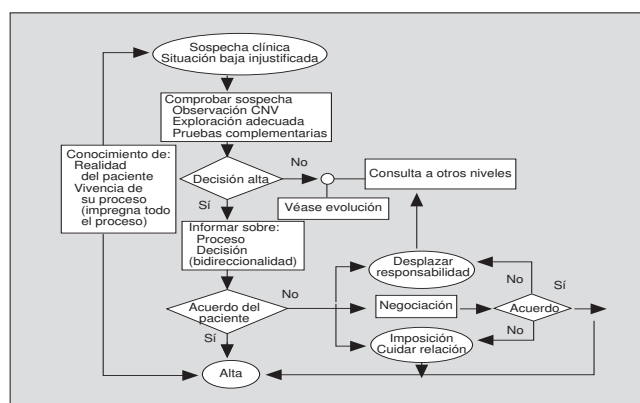


Figura 1. Algoritmo de decisión ante una baja que se sospecha injustificada. CNV: comunicación no verbal.

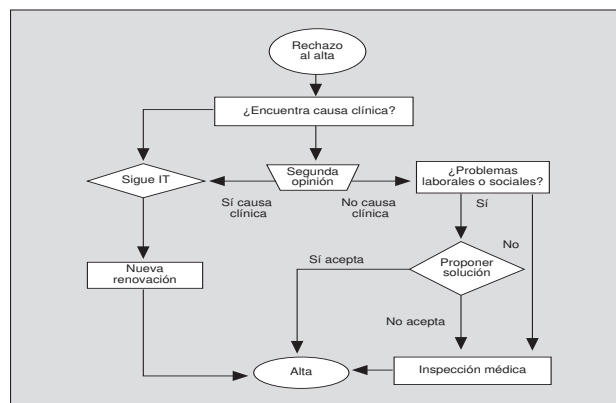


Figura 2. Actuación ante el rechazo al alta. IT: incapacidad transitoria.

TABLA 1. Perfil prescriptor de los médicos hiper e hipoprescriptores

Perfil	Hiperprescriptor	Hipoprescriptor
<b>Sexo</b>		
Varón	76,7%	61,7%
Mujer	23,3%	38,3%
<b>Edad media</b>		
	46,9 años	40,4 años
<b>Formación</b>		
Con MIR	15,8%	43,5%
Sin MIR	84,2%	56,5%
Tiempo medio de ejercicio en atención primaria	10,6 años	7,6 años
Tiempo medio de ejercicio en la misma plaza	7,1 años	4,7 años
<b>Zona de trabajo</b>		
Rural	65,2%	37,8%
Urbana	34,8%	62,2%
<b>Perfil de la plaza ocupada</b>		
Titulares	74,5%	57,8%
Interinos	25,5%	42,2%