

Propuestas de las mesas y del debate de cada una de ellas

José Manuel Vicente Pardo

Presidente del II Congreso de Médicos Inspectores de la Seguridad Social.

Correspondencia

jose-manuel.vicente@seg-social.es

Los cambios normativos han posibilitado la adecuación de las situaciones de IT (Incapacidad Temporal) o de IP (Incapacidad Permanente) a lo que está establecido para ellas, así mismo han contribuido a la sostenibilidad del sistema, a la mejora del déficit estructural y a preservar la protección a los trabajadores afectados por el infortunio de la incapacidad que el sistema de seguridad social les otorga.

No obstante lo cual se hace preciso **mayor unificación de criterios** para evitar las diferencias territoriales que se dan en la valoración de la incapacidad, **evitando las diversidades entre “controladores”** a nivel personal o de instituciones, pues no en vano la valoración debe de tener un abordaje individual en la individualidad del paciente, de su trabajo y del proceso que en un momento se manifiesta con expresión incapacitante, pero no debe haber variabilidad cuando abordamos el mismo proceso o la misma situación.

Se hace necesario **una mejor coordinación y relación entre los distintos agentes e interlocutores en la incapacidad, integrando los diversos estamentos implicados en la gestión y control de la misma**, para evitar la dispersión pericial, fortaleciendo el ámbito de decisión y estableciendo cambios normativos en cuanto a los procedimientos y protocolos clasificatorios que ayuden a evitar la desigualdad valoradora y judicial consecuente.

Se constata el **desajuste entre el marco teórico de la evaluación respecto del práctico**, sigue siendo necesario una **herramienta precisa y de uso generalizado** común en la **valoración de los requerimientos**.

Es preciso un **cambio normativo** en los **mecanismos de control de la incapacidad temporal**, que ayuden a la mejor adecuación de las situaciones desde el **seguimiento clínico laboral efectivo, determinando las actuaciones de control y seguimiento**, y la **asignación de competencias específicas a cada entidad** o estamento responsable, con **procedimientos más ágiles y sin solapamientos estructurales**, una mejor **fluidez y acceso a la historia clínica** y efectuar **cambios de la capacidad decisoria de las entidades o instituciones activas en la gestión de la incapacidad** con una **mejor utilización de sus mecanismos y recursos de control, mejorando el intercambio de datos y el acceso a archivos documentales médica** y entre los diversos agentes, con ajuste y actualización la comunicación telemática que posibiliten un conocimiento inmediato de las situaciones clínicas y evolutivas de los pacientes y de las decisiones clínico-laborales que sobre las situaciones de incapacidad se promuevan.

Integración de los ámbitos sanitario asistenciales, preventivo laborales y de gestión-inspección de la incapacidad laboral. Acabar con las dificultades de acceso a la información clínica de los servicios públicos de salud, y acceder a la información clínica de las mutuas, acabar con la duplicidad en la realización de pruebas de SPS y Mutuas, **utilización de los recursos sanitarios de las mutuas que pudieran aminorar las listas de espera** pacientes en IT en los SPS tanto para pruebas como para tratamientos.

Modificación estructural de las acciones controladoras, la tipificación de sus repuestas, sus correspondencias y sus primacías entre la Inspección de los SPS, y las Mutuas, en la gestión clínico laboral de los **procesos de IT en base criterios médico evaluadores** sin subrogaciones o dependencias, sino determinación de competencias en búsqueda de la **armonización**, la **participación activa con integración y coordinación de sus actuaciones**, enmarcando sus responsabilidades acordes a la situación actual, superando antiguos escenarios derivados de los cambios y ampliación en las entidades de control y la convergencia conflictiva y desordenada de sus capacidades competenciales.

Mejora del clima de confianza entre instituciones. Fomentar el trabajo conjunto y compartido entre interlocutores presentes en el seguimiento, control y gestión de la IT.

Mayor y más preciso conocimiento de las características del trabajo del trabajador en situación de valoración de la capacidad/incapacidad laboral.

Una opción podría ser la utilización del conocimiento más concreto del trabajo que realiza el trabajador en baja que tienen las mutuas, respecto del no conocimiento real que se tiene desde el SPS.

Es necesario un **cambio normativo respecto en la gradación de la incapacidad permanente (Incapacidad Permanente Parcial y Incapacidad Permanente Total).**

Que suponen un **anacronismo** en su **valoración incierta y sin método objetivo** en el caso de la **Incapacidad Permanente Parcial.**

Cambio y redefinición del obsoleto referente a la **Profesión Habitual** en la Incapacidad Permanente Total. Un cambio por tanto en la conceptualización del término profesión habitual y de la valoración de la capacidad laboral respecto de grupos profesionales con mismas capacidades funcionales necesarias o aquellas del mismo grupo de requisitorias profesionales.

Tal vez incluso **modificación del actual concepto Incapacidad Permanente Total** de dejar de ser una Incapacidad Permanente para ser una prestación temporal de ayuda en un periodo a determinar salvo determinadas situaciones de sobrepasar una edad o derivar de contingencia profesional. Evitando la conflictividad y controversia en situaciones de IPT con prestación de actividad de parecidas exigencias.

Cambio normativo del sistema clasificador de la **Incapacidad Permanente** con mayor impronta y participación del ámbito de la prevención y de la medicina del trabajo.

Fomentar el diálogo clínico entre los profesionales y desarrollar estrategias de mejora en la medicina evaluadora, y el entorno sanitario y laboral que la rodea.

Implantar programas de actuación, seguimiento y controles de la IT específicos y conjuntos, que faciliten las actuaciones respecto de situaciones de difícil manejo.

Aumentar la formación en medicina evaluadora de todos los participantes en la valoración médica, sobre todo de aquellos no específicamente formados en esta materia, como son los médicos de los servicios públicos de salud, porque se comprueba que a mayor conocimiento entre las partes, mayor conocimiento conceptual y de la práctica valoradora, mejor compenetración y mejor y más responsable seguimiento y valoración de las situaciones de incapacidad.

Fomento de la investigación en materia de valoración médica en el ámbito de la seguridad social, que es la única manera de desarrollar políticas de mejora en la gestión de la misma, basadas en el conocimiento científico de situaciones.

Sensibilizar a la población general y disminuir el nivel de tolerancia y permisividad frente al abuso en y de la IT.

Aplicación de recursos informáticos a la gestión y control para favorecer la efectividad en el control, ajustar su duración y evitar el fraude, que es toda prolongación indebida de una baja.

La informática es una herramienta ideal para el intercambio de datos clínicos sobre los que descansar las actuaciones en el control de la IT. Facilitan información al médico tanto de atención primaria, como de las inspecciones médicas o de los médicos de las mutuas, y son imprescindibles para una adecuada toma de decisiones tanto en el inicio de la baja como en su mantenimiento o alta.

Mediante aplicativos informáticos puede concentrarse la diversa información y los avisos automáticos en cuanto a duración, controles o situaciones previas.

De la misma manera se comprueba que proyectos que además de esta medida incluyen mayor y más directa información al ciudadano favorecen la adecuación de los procesos a corta estancia, evitando su prolongación y enquistamiento en estas situaciones de difícil resolución posterior.

El **intercambio de información médica** entre los diversos agentes implicados permite conocer mejor la individualidad de cada caso, favorece la concordancia en las decisiones, nos acerca al **concepto de control efectivo clínico laboral** interviniendo cuando es el momento preciso, y nos acerca al conocimiento completo de la salud laboral del trabajador en cada momento.

La **gestión eficaz de la IT** debe descansar sobre modelos de gestión de recursos diagnósticos y terapéuticos para una rápida valoración diagnóstica y un tratamiento en tiempo y forma en pacientes en baja, con acceso compartido a los historiales clínicos, mejorando la asistencia sanitaria, la agilidad en la gestión y las expectativas del paciente, los profesionales y el sistema en su conjunto.

Se debe priorizar la realización de pruebas complementarias o la realización de procedimientos quirúrgicos, con reducción de las listas de espera, en base a una **utilización mejorada de recursos sanitarios** y prestacionales, sobre la equidad que debe primar en el manejo de recursos públicos, que es dar a cada cual lo que le corresponde que no dar a todos por igual o ser complaciente. Fomentar la responsabilidad en la toma de decisiones sobre los conocimientos más completos de las situaciones.

Realizar **actuaciones específicas en los procesos más incidentes en la incapacidad** como son las patologías mentales y los trastornos músculo-esqueléticos.

Los **programas de atención temprana en patología osteomioarticular** con intervención inmediata y especializada y manejo clínico protocolizado sobre la base de educación al paciente consiguen reducción del gasto en recursos sanitarios diversos y aminoran de forma efectiva la duración y por tanto el coste en IT.

El **abordaje de la patología psiquiátrica menor o común** que es la más frecuente en consumo de IT debe hacerse en **base a la repercusión funcional** de los mismos tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo, diferenciando los procesos psiquiátricos patológicos de los procesos de sufrimiento vital, con una protocolización de la valoración de la dimensión psíquica funcional y en defensa de la mejor alianza terapéutica que es actuar como procede, evitando psiquiatrizar lo cotidiano.

Si bien se observa una progresiva reducción del gasto en prestaciones de IT en los últimos años que responden a la crisis, a la reducción de la población protegida, a la menor incidencia y a la eficacia de las medidas de control, se hace preciso abordar actuaciones para una mejor respuesta a las presiones al alza cíclicas en el gasto cuando se recupere el empleo.

Se comprueba que el **conocimiento de la situación de IT** y sus derivas debe hacerse con estudio de **múltiples factores, no sólo los del coste económico**, y hacerlo de forma transversal, **incluyendo relaciones múltiples de elementos circunstanciales** de edad, sexo, sectores de actividad, tipo de trabajos, patologías primarias y secundarias, limitaciones funcionales, procesos sanitarios previos, pormenorización de días de baja por proceso específico, estudio de absentismo por enfermedades agrupadas por criterios comunes diversos, atención sanitaria prestada, antecedentes sanitarios previos, contingencia, motivación, cargas familiares, sector de población, comparación de datos

geográficos, nivel económico, tamaño de empresas, antigüedad, modalidad de contrato, régimen al que pertenece, etc.

La prescripción de la IT debe basarse en criterios sanitarios y laborales, utilizando criterios de calidad y eficiencia y con la colaboración todas las entidades comprometidas.

El **coste social y económico** obliga a una **adecuación del marco normativo en IT**, valorando la trascendencia del mismo respecto del acondicionamiento de las situaciones y el ajuste económico del gasto que procede.

Ha de **valorarse tanto lo que propicia la ausencia del trabajo, como su mantenimiento y el retorno laboral** desde la perspectiva de un **marco común** de actuación sobre la **salud laboral**.

Unificación de criterios, actuación especial en procesos más incidentes. Circuitos internos entre inspección, atención especializada y atención primaria para intercambio de información clínica.

Incentivar la realización de proyectos de investigación sobre el comportamiento de la IT e IP y factores implicados, para conociéndolos impulsar cambios en la gestión. Así como de **protocolos y metodologías en valoración** de las **capacidades funcionales del trabajador y de los requerimiento laborales**

La Valoración Médica de los Requerimientos, no puede estar ajena a factores de edad que condicionan los mismos, en una población laboral envejecida, sin descuidar otros factores como el cambio en los procesos industriales, en los nuevos servicios tecnológicos y en el mercado laboral en conjunto.

Es preciso **generar instrumentos útiles y eficaces en la gestión de la capacidad/incapacidad laboral, buscando la reinserción laboral**, procediendo a adecuar el trabajo al trabajador.

Consensuar criterios y metodología, disponer de intercambio de información cualificada entre las partes para disminuir la variabilidad en la toma de decisiones.

Establecer tanto protocolos de valoración funcional homogéneos como instrumentos de análisis ocupacionales eficaces y de uso normalizado.

Especial atención a la valoración de los requerimientos psíquicos, y a los aspectos actitudinales tanto como a los de aptitud.

Sin olvidar que la correcta cumplimentación de la historia clínico laboral es el mejor instrumento para la valoración médica.

Avanzar en los instrumentos que nos permitan conocer la realidad del trabajo que se desarrolla, por encima de una valoración genérica o referida.

Integración del ámbito de la prevención y la medicina del trabajo y sus profesionales médicos en el ámbito de decisión en materia de valoración de la incapacidad de en seguridad social.

La **Historia Laboral única** debe recoger todos los aspectos del enfermar, y de la salud del trabajador, integrando tanto la salud laboral, como la ambiental, como hábitos de vida, así como procesos de enfermedad o de accidente sufridos, y las diversas exposiciones sufridas a lo largo de la vida.

Deben de evitarse intermediarios en la información, establecer estructura normalizada que haga factible la **comunicación directa, formalizada y fluida entre los interlocutores** para la responsable toma de decisiones, máxime en el conocer la capacidad del trabajo por conocer las capacidades requeridas en el puesto de trabajo.

Se propone **cambiar el término del parte de Incapacidad** por el de **Capacidad para el Trabajo**, pero para ello se debe conocer de forma expresa las tareas.

Confluencia y confianza entre MAP SPS INSS Mutuas y medicina del trabajo.
Ser conscientes que el trabajador abandona el puesto de trabajo para tener que ser reevaluado al retorno al mismo.

Especial cuidado en **potenciar los vínculos, compartir información y las acciones de participación** de los dos extremos médicos del circuito de la IT su inicio y la vuelta al trabajo, es decir del **médico de primaria con conocimiento del devenir clínico del paciente** y las del **médico del trabajo** en cargo de la **prevención** y la **vigilancia** de la salud, con una participación de este último más directa en el **ámbito de decisión al disponer de información** sobre el **trabajador y el puesto de trabajo** relevancia para la valoración de la capacidad/incapacidad laboral.

Valorar tanto el carácter prestacional como el preventivo que conlleva la evaluación de la capacidad laboral. Integración de las actuaciones del sistema de seguridad social, el sistema nacional de salud y el sistema de prevención de riesgos.

Homogeneizar conceptos y lenguaje en valoración médica de la incapacidad laboral.

Unificar criterios no reproducir la variabilidad individual en la variabilidad institucional.

Compartir archivos, compartir información para una mejor gestión, realizar los apoyos normativos que faciliten su uso con la salvaguarda que se precisa. Compartir información, carga pormenorizada de archivos, conexión de archivos, evitar la infradeclaración, fomentar el cruce de datos y la revisión de las incidencias. Facilitar el retorno de la información y el flujo de la misma.

Concretar el mínimo de datos necesarios para la valoración.

Generar confianza, operar con respeto a las normas deontológicas, y decidir con conocimiento.

La **esencia de la IT es manejar la recuperación funcional** perdida hasta el retorno laboral cuestionar la **Incapacidad Temporal Parcial. Cuidando el reingreso y la adaptación y retorno parcial al trabajo. Evitando el presentismo.**

Deben de **conocerse los factores que influyen en la historia natural de la incapacidad laboral, investigando y analizando los determinantes** de las trayectorias de incapacidad temporal a incapacidad permanente.

Conocimiento real del problema, **con acceso a la historia clínica y a la historia laboral**, para proceder a un resultado eficaz del reconocimiento del paciente y su posible incapacidad.

Garantizar tanto el derecho a las prestaciones de la Seguridad Social como la garantía en la prevención de los riesgos laborales y la mejora de la salud de los trabajadores. En el ámbito de la enfermedad profesional confluyen aspectos económico prestacionales con otros de corte social, y preventivo, junto a implicaciones de responsabilidad empresarial.

Desarrollo del sistema de declaración de sospecha de Enfermedad Profesional, unificando procedimientos.

Homogeneizar en Enfermedad Profesional archivos y procedimientos de vigilancia de la salud ocupacional y mejora de sus sistemas de registro, evitando la infradeclaración.

Queda **mucho por hacer** en el abordaje de las **patologías no traumáticas como AT, incluyendo una recalificación de los procesos.**

Elaboración del Libro Blanco de la Enfermedad Profesional.

Como resultado de la valoración de la capacidad y la aptitud laboral de un trabajador podemos encontrarnos con **controversias surgidas de las diferentes entidades y normativas que regulan tales aspectos.**

Estas son las diversas situaciones que pueden darse a la hora de calificar a un paciente:

- NO INCAPACIDAD Y NO APTO
- INCAPACIDAD Y APTO (PROFESIONES ESPECÍFICAS)
- DISCAPACIDAD Y CAPACIDAD LABORAL
- NO CONCIENCIA DE ENFERMEDAD E INCAPACIDAD
- NO INCAPACIDAD VS RIESGO PARA SÍ MISMO Y/O TERCEROS

Estas controversias suscitan un debate intenso exponiendo las dificultades que existen para agotar y acabar con las mismas.

No Incapacidad y No Aptitud. Son situaciones de IT que concluyen con un Alta y al retorno al trabajo se valora como No Apto, dejando al trabajador en tierra de nadie, entre no poder prestar el trabajo y no tener cubierta esta incapacidad compensada con una prestación económica. En el caso del No Incapacidad No Apto se debe establecer una normativa de amparo de la situación. Y la creación de un procedimiento de arbitrio en el INSS.

Aptitud Laboral. No conciencia de enfermedad. Se trata de exponer esas situaciones controvertidas a las que asiste la inspección de trabajo en ocasiones, en que la empresa requiere actuación de la inspección de trabajo, por ver si la aptitud del trabajador es negligente o deficiente por “irresponsabilidad consciente” o se debe a enfermedad cuya sintomatología y expresión de disfunción hace que su rendimiento sea insuficiente.

Este mal rendimiento del trabajador, con faltas al trabajo, impuntualidad, ausencias, fallos en la realización del trabajo, causa de accidentes o incidentes a veces no es más que el reflejo de una situación presumiblemente incapacitante por enfermedad, y da lugar al inicio de expedientes de IP desde la inspección de trabajo, cuando no dar lugar al despido del trabajador de no mediar en esta situación.

Suelen ser procesos psiquiátricos, o toxicomanías, la más habitual situaciones de alcoholismo, o proceso neurológicos graves u otras dolencias que el trabajador oculta, por eso se dice No Conciencia de Enfermedad, puede ser un caso de disimulación que estén ocasionando aptitudes deficientes en el rendimiento laboral por causa de enfermedad. Son situaciones en que el trabajador oculta su enfermedad por la razón que fuere, es decir tiene el reconocimiento de Apto y sin embargo puede estar incapacitado, aunque él lo oculte, lo niegue o no lo acepte, es decir No Conciencia de Enfermedad.

Las situaciones de enfermedad Incapacidad y No Conciencia de Enfermedad (Aptitud) precisan de un tratamiento por la autoridad laboral que parece difícil en su adopción de inicio de oficio de expediente de IP, que tal vez precise de instrucciones normativas al respecto, que amparen y protejan situaciones que pueden conllevar despido del trabajador con o sin indemnización.

Discapacidad y Capacidad laboral. Se trata de exponer como la discapacidad no es óbice para la capacidad laboral efectiva si hay adecuación de los puestos, tal y como la CIF lo especifica y la LPRL lo establece.

Pero aún buscando la mayor integración del discapacitado, deben de tutelarse las medidas de vigilancia de la salud procurando adaptación del puesto y actividades a desarrollar no conciten un perjuicio para su salud, más en estos tiempos con acuciantes exigencias empresariales fruto de la crisis.

Las situaciones de Discapacidad Capacidad deben de evaluarse teniendo en cuenta que el umbral de la discapacidad a la incapacidad es menor al tener las capacidades

mergadas, por lo que la valoración de la incapacidad tendrá que tener en cuenta ello, y no menospreciar estas circunstancias.

Riesgo para sí mismo y/o terceros: Incapacidad y Apto (profesiones específicas).

A veces puede darse la situación paradójica de que un conductor profesional pasa a situación de incapacidad permanente para su trabajo habitual o peor si se considera es incapacitado absoluta y sorprendentemente mantiene en vigor la aptitud para el permiso de conducir, en actividad para la que se le ha incapacitado. En otras ocasiones puede suceder que un trabajador está siguiendo un tratamiento que conlleva concitar un riesgo para el manejo de vehículos como efecto secundario de la medicación o tiene una enfermedad que causa un deterioro de sensorio, facultades mentales, visuales, auditivas o de coordinación o con clínica de mareos o síncope u otras que concitan un riesgo alto caso de manejar vehículos, y sin embargo puede que pase el reconocimiento de aptitud, por disimulación o deficiente pericia.

Esta situación también sucede con trabajadores con uso de armas, y algunas otras especiales, buzos, pilotos, maquinistas de tren etc.

Las situaciones de incapacidad en conductores (o profesionales con manejo de armas) y mantenimiento del permiso reglamentario precisan de un procedimiento de contraste y de facilitar información.

Con una propuesta común: **debiera de instaurarse un procedimiento de arbitraje para todos estos supuestos y efectuar cambios legislativos.**

La controversia en la valoración de riesgos para si y para terceros, y las resoluciones judiciales de las controversias precisan de reformas legislativas tanto en cuanto a la concepción de la figura de la profesión habitual, como en lo referente a compatibilidad de trabajo y pensión, como en la valoración de profesiones especiales y la regulación normalizada y homogénea de la segunda actividad, entendiendo que el problema no está en la aplicación de la ley, que se hace con los criterios que cada caso merece o dictando sentencias aclaratorias en los supuestos de contradicción sino en la **legislación que necesita reformarse** si se pretende que el abigarrado conjunto normativo de la LGSS **se adapte a las circunstancias actuales y se convierta en un instrumento fácil de aplicación.**

CONCLUSIONES FINALES DEL CONGRESO

Todas las partes implicadas en la incapacidad, deben trabajar de forma coordinada y buscando de forma conjunta y unívoca el mejor fin que es proteger al trabajador que sufre una situación de incapacidad y velar por el correcto uso de esta prestación, que siendo una prestación económica, tiene la particularidad de que precisa de la información y control médico para su acceso y disfrute.

La integración de todos los interlocutores, la confianza, la homologación de procedimientos y compartir información médico laboral son la mejor vía para la más correcta y responsable manera de evaluar la incapacidad.

Es preciso unificar criterios en la evaluación médica que eviten la diversidad en la valoración de la capacidad/incapacidad laboral.

El abordaje conjunto, de cuantos agentes están involucrados en la valoración médica de la IT o la IP, desde los servicios de prevención, la medicina del trabajo, la medicina asistencial, los médicos de atención primaria y el entramado de agentes controladores tanto la inspección de los servicios públicos, como la inspección médica del INSS o la actividad médica de control desde las Mutuas, es el camino para la resolución de los problemas y la confluencia de acuerdos.

Hay que **potenciar el contacto y la relación, incluyendo el uso compartido de la información médica de los trabajadores del ámbito médico de seguridad social, mutuas y de inspección con el entorno asistencial y el preventivo laboral.**

Estos dos últimos, los **médicos del servicio público de salud y médicos del trabajo y vigilancia de la salud ajenos al ámbito de decisión** y con **información fragmentada y en compartimentos estancos**, lo que finalmente es causa de problemas para las entidades con ámbito competencial decisorio que deben manejar criterios clínicos, técnicos y laborales en la gestión de la incapacidad. La desinformación o la información incompleta hacen **disminuir la acción protectora** al propio trabajador que sufre la incapacidad necesitando prevención laboral.

Especial **desarrollo de medidas para potenciar vínculos, compartir información y las acciones de participación** de los dos extremos médicos del circuito de la IT su inicio desde el **médico de primaria con conocimiento directo del devenir clínico del paciente** y la vuelta al trabajo, recogida por el **médico del trabajo** en cargo de la **prevención** y la **vigilancia** de la salud, con una participación de este último más directa en el **ámbito de decisión al disponer de información completa** sobre el **trabajador y el puesto de trabajo** relevancia para la valoración de la capacidad/incapacidad laboral.

Este **afrontamiento integrador de la evaluación médica** de la **capacidad/incapacidad laboral** es la mejor forma de proceder desde la perspectiva de la **salud laboral integral**, tanto **preventiva** como **asistencial**, consiguiendo la **utilización correcta de los recursos sanitarios, el ajuste económico de las prestaciones y la mejora social de la acción protectora.**

Todas estas circunstancias pueden propiciar desajustes en el **adecuado uso de estas prestaciones** que se surten de **fondos públicos** y que un uso indebido puede poner en problemas su **sostenibilidad.**

Debe de implementarse una **mayor competencia del ámbito preventivo y medicina del trabajo en el ámbito decisorio.**

Sin menosprecio de la explotación de archivos sobre datos económicos que estas prestaciones causan, hay que **estudiar el fenómeno de la incapacidad por deterioro de la salud laboral con arreglos a valores multidisciplinarios tanto clínicos como laborales como económico-sanitarios de gestión.**

Es decir **conocer porqué se enferma y se incapacita, cómo afecta el mundo laboral al enfermar, y cómo podemos aprovechar mejor los recursos sanitarios y económicos para buscar la plena integración de los trabajadores.**

Deben de **analizarse los diversos factores que inciden y propician el inicio y la permanencia en IT**, así como el de **aquellos que facilitan y cuidan el retorno laboral**, para conocer el fenómeno complejo de la incapacidad laboral y poder adoptar las medidas de ajuste que adecuen las situaciones.

Sin olvidar necesitamos del **apoyo del sistema sanitario** para el **diagnóstico y adecuado tratamiento, tanto en tiempo como en forma**, evitando las listas de espera que consumen recursos directos e indirectos, empeoran el tiempo de recuperación y el pronóstico de los sucesos, y alargan las bajas laborales.

Compartir información y archivos con información sanitaria. Una visión de la capacidad/incapacidad no sólo prestacional sino preventivista.

La mejor de las conclusiones de este congreso, ha sido saber que **nos unen más cosas que nos separan en este universo médico diverso**, que procede **actuar conjuntamente**, para evitar la dispersión en las decisiones o la información en compartimentos estancos, en el interés por la **salud laboral del trabajador y el manejo responsable y con conocimiento de los recursos.**

Se hace imprescindible, como en cualquier área especializada de la medicina la **formación continuada** reglada en materia de medicina evaluadora, debe expandirse

para un mejor conocimiento de las capacidades y la praxis evaluadora, y se hace necesario **incentivar y fomentar la investigación** en esta materia para avanzar en el conocimiento y propiciar el desarrollo normalizado y protocolizado de medidas de mejora desde el conocimiento técnico médico laboral.

No puede efectuarse un buen reconocimiento de las situaciones de capacidad o incapacidad sin el debido conocimiento de las mismas y esto es válido para **compartir información médico laboral, para unificar procedimientos, para disponer de competencias eficaces y para dotar a los responsables en este cometido de medicina evaluadora de medios y formación continuada.**

La integración del ámbito sanitario, preventivo y de seguridad social precisa de un cambio estructural de las entidades de control, con reforma de su ámbito competencial y decisorio que **armonice las actuaciones** de las entidades implicadas con **determinación concreta de las diversas capacidades y responsabilidades** en la gestión y seguimiento de la IT de cada una de ellas, **delimitando las mismas y evitando el solapamiento o la confrontación** que los diversos **cambios normativos de los últimos años han podido dar lugar.**

Para esta **reestructuración** es necesaria una **reforma legislativa** en materia de incapacidad laboral en seguridad social que establezca **un nuevo marco normativo, coordinador de competencias**, que **actualice los conceptos**, que **elimine las controversias y conflictos existentes**, **tecnifique y adecue su acceso** y **modernice su gestión.**

Urge, por tanto la reforma legislativa integra en estas prestaciones de incapacidad laboral, ligadas a informe médico que adecue la gestión y los conceptos de la IT y de la IP a los nuevos escenarios del mercado del trabajo y el sistema sanitario y de protección de la salud de los trabajadores.

Sin olvidar que realizamos actos médicos, cada uno en nuestro ámbito de actuación, lo que es preciso conozcan no sólo los propios actores médicos, sino las instituciones implicadas, los poderes públicos, la sociedad y el ámbito de lo judicial.
