

## Incapacidad temporal y atención primaria

**Antonio Salas Baena**

Director de Prestaciones de la Mutua FREMAP. Miembro del grupo de trabajo de prestaciones de AMAT.

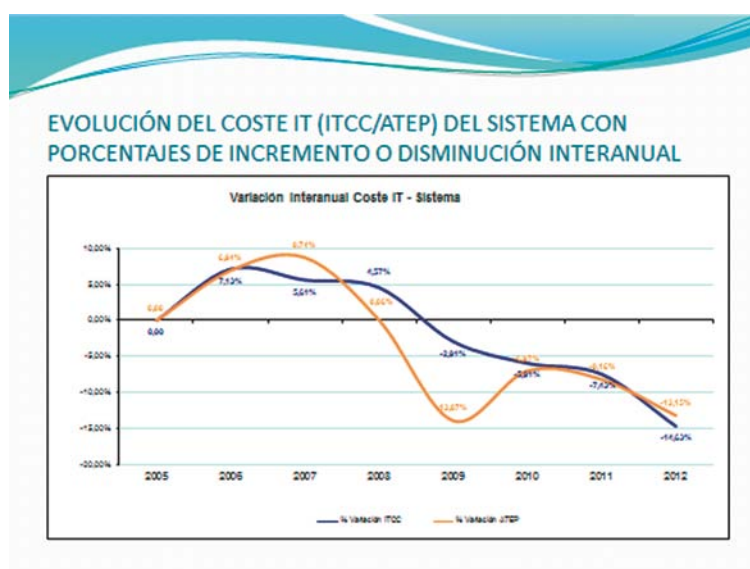
**Correspondencia**

antonio\_salas@fremap.es

La importancia de la institución de la incapacidad temporal en sus diferentes facetas, como el **motivo de suspensión de la relación laboral más habitual y necesario** para el conjunto de los trabajadores; como el **mayor factor del absentismo laboral** que soportan las empresas de nuestro país y, finalmente, como **prestación de Seguridad Social** de cuantía ciertamente relevante, ha hecho que en las últimas dos décadas se hayan realizado sucesivas modificaciones del régimen jurídico de esta institución, **motivadas por una cierta desconfianza en la eficacia de las entidades responsables de su reconocimiento inicial** (los SPS de las CCAA), y sin querer o poder afrontar definitivamente la conveniencia de **trasladar esta competencia a favor de las entidades gestoras y colaboradoras** responsables del coste económico de la prestación.

El efecto inmediato de estas medidas sobre la evolución del coste económico ha sido inicialmente **innegable**, si bien resulta cuando menos **discutible si con posterioridad está respondiendo a una mínima eficiencia**, habida cuenta el volumen de recursos desplegados año tras año por todas las entidades implicadas para ejercitar en algunos casos unas **competencias evidentemente incompletas**, y la multiplicación de **controles, revisiones médicas, actuaciones de seguimiento** y, además, la **inversión de cantidades** nada desdeñables en la motivación de las CC.AA. para colaborar en la gestión de la IT.

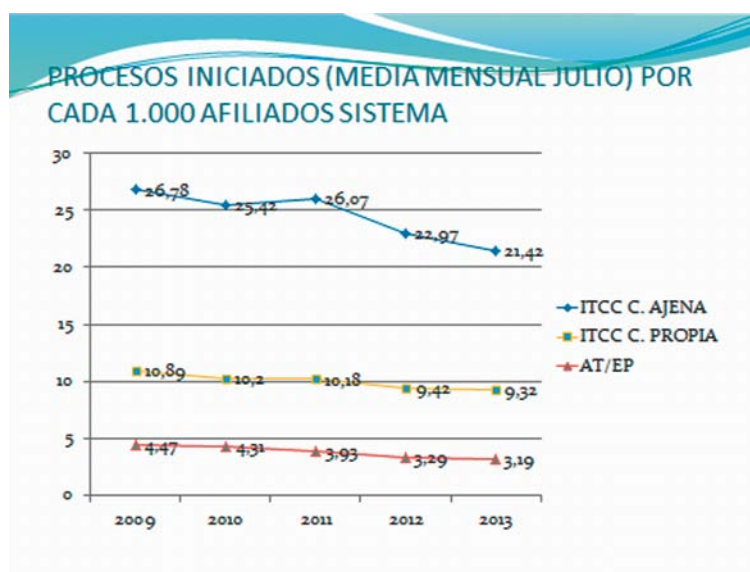
No obstante, en los últimos años, coincidiendo con la grave crisis económica que padecemos, el descenso del coste de la prestación está siendo espectacular y sería preciso **valorar en qué medida es esa coyuntura la que ha incidido tan notablemente en la reducción** de esta partida.



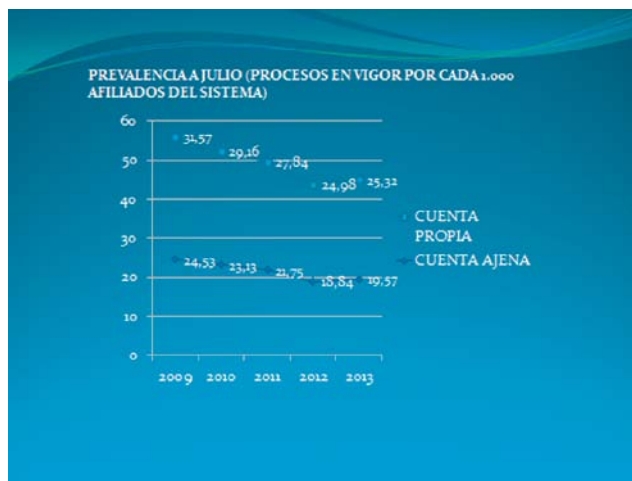
A estos efectos, creo que resulta muy significativo el estudio que se ofrece, que analiza la evolución del coste de la IT, comparando la derivada de contingencias comunes con la de las profesionales. Hay que resaltar que en estas últimas contingencias — gestionadas en el 97% por las mutuas— **nunca se ha planteado la existencia de una situación previa de falta de control de los procesos**, ni tampoco, en consecuencia, se han desarrollado **actuaciones normativas específicas** en los últimos años para mejorar la gestión.

Obsérvese que ambas **líneas de evolución son bastante semejantes** (la mayor diferencia se observa a finales de 2008 y en 2009, cuando se produce el “pinchazo” de la burbuja inmobiliaria y el parón de la construcción, con la disminución de AT provocados por esta actividad de riesgo), **especialmente, en los últimos tres años**, pudiendo concluir, por tanto, que en dicho período los porcentajes anuales de reducción del coste de la prestación son prácticamente idénticos en contingencias profesionales y comunes, es decir tanto cuando se han adoptado medidas específicas de control como cuando ello no ha tenido lugar.

Cabría plantearse como objeción a esta conclusión que **la reducción de las contingencias comunes se ha debido no sólo al efecto de la crisis económica, sino también y en mayor medida a las medidas de mejora de la gestión** de la prestación, mientras que en contingencias profesionales este mismo efecto ha podido conseguirse por la reducción del número de accidentes de trabajo con baja, fruto de la **menor actividad en sectores de riesgo** como la construcción (aunque ya hemos visto que en los tres últimos años no incide este hecho).



Pero la diapositiva que ahora vemos acredita que **el número de procesos iniciados en todas estas contingencias ha disminuido anualmente de una forma homogénea (también y de forma ostensible en contingencias comunes)**, por lo que, en realidad, ha sido el menor uso de la prestación (la menor solicitud de la baja médica) la que ha determinado la importante mejora en el coste de la prestación en cualquiera de las contingencias durante la crisis económica.



Sin embargo, esta evolución parece estar cambiando precisamente en los últimos meses, como anuncia la diapositiva que ahora vemos, en la que observamos cómo la prevalencia ha cambiado repentinamente su tendencia.



Para contar con datos lo más actualizados posibles, dada la novedad de este posible cambio de tendencia, he utilizado en las dos siguientes diapositivas datos diarios de FREMAP (que consideramos significativos, ya que la mutua asegura en contingencias comunes aproximadamente a la **cuarta parte de los trabajadores del sector de mutuas**), en las que vemos la **evolución en los últimos tres años** (naranja, 2011; azul 2012, y en rojo, 2013) **de los procesos pendientes de alta por cada 100 afiliados**, en esta primera diapositiva, de trabajadores por cuenta ajena. Observamos cómo hay un cambio de tendencia en el segundo trimestre de 2013, comenzando a arrojar datos más negativos que en 2012 desde septiembre.



Este mismo cambio, pero todavía más acelerado, se observa en el colectivo de los trabajadores autónomos, que ya desde julio arrojan una prevalencia superior a la del año anterior.

La cuestión que se plantea es si el marco normativo y de gestión actual es adecuado para hacer frente a este anunciado **giro al alza de la tendencia en el coste de la prestación**, sin duda motivado por las **mejores expectativas individuales de seguridad en el trabajo** del conjunto de los trabajadores.

Y es ahora cuando, oportunamente, se ha planteado una modificación de este marco normativo, encontrándose, en primer lugar, **muy avanzado un proyecto de RD** que nuevamente reincide (**desde el punto de vista de las mutuas, de forma poco acertada**) en centrar su atención en las **medidas de control sobre la actividad de las entidades competentes** para iniciar los procesos de contingencias comunes, los SPS, **sin abordar medidas necesarias para aligerar la burocracia, reducir costes económicos y de gestión a las empresas y a la Seguridad Social y propiciar la mejor curación y reincorporación laboral** de los beneficiarios.

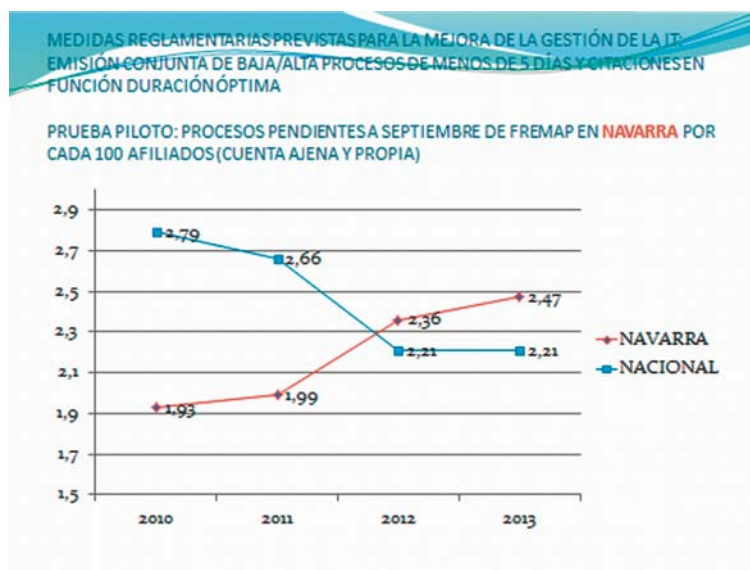
Así, se ha reiterado hasta la extenuación la importancia de poder abordar un adecuado seguimiento de los procesos de corta duración (los de **menos de 16 días suponen prácticamente los 2/3** del conjunto y significan un **coste empresarial relevante**).

Sin embargo, la aplicación de las medidas previstas en el Proyecto de RD **impedirían que una mutua pudiese incidir efectivamente en el proceso de baja antes del día decimoséptimo**, entre otras razones, porque se pretende incorporar un motivo objetivo para justificar la incomparecencia de los trabajadores a las revisiones de los servicios médicos de las entidades gestoras y colaboradoras, cual es **no haber mediado un mínimo de 5 días hábiles** (es decir, la citación debería hacerse con una demora de al menos **7 días naturales**), lo que no resulta **apropiado, ya que dependerá de las circunstancias de cada caso** que deba darse un mayor o menor plazo para la citación.

Pero esta posibilidad de conseguir la reincorporación laboral del trabajador cuya IT no esté justificada en los procesos de corta duración se complica aún más si el beneficiario decide sin más dejar de acudir a la citación médica, ya que, en tal caso, la medida que hasta ahora veníamos aplicando las mutuas (**extinción del derecho si no se justificaba la inasistencia**) **viene a ser sustituida por una previa suspensión** del derecho al subsidio (durante 10 días hábiles, es decir, dos semanas) que no obligaría a la reincorporación laboral, como muy pronto, hasta el día vigésimo tercero de la baja médica. El trabajador no percibiría el subsidio en este período de 10 días hábiles pero tampoco estaría obligado a reincorporarse al trabajo.

Por otra parte, el proyecto de RD contempla que los facultativos del SPS podrán emitir conjuntamente la baja y el alta médica cuando prevean que el proceso durará menos de cinco días y, asimismo, los partes de confirmación se emitirán en función de la duración prevista según el diagnóstico.

Los **servicios médicos de las mutuas**, desde siempre, han pautado las revisiones de los pacientes en función de sus circunstancias específicas con muy buenos resultados (no encontramos la explicación de **que se reitere en el proyecto de RD la obligación de que estos servicios emitan también partes de confirmación**), pero tenemos dudas de que esta medida no produzca precisamente un menos intenso **seguimiento de la IT por parte de los SPS**.



A estos efectos, y ya que se ha elegido a Navarra como territorio para realizar una cierta **prueba piloto**, en la diapositiva anterior puede observarse cómo ha evolucionado el % de procesos pendientes de alta en relación con el colectivo afiliado en contingencias comunes de FREMAP en la Comunidad Foral de Navarra. Precisamente, el resultado ha ido empeorando en sentido contrario al resto del territorio nacional, donde no se han puesto en marcha estas medidas.

También resulta preocupante que algunas de las novedades del proyecto de RD puedan ser germen de desconfianzas y controversias entre los servicios médicos de las entidades implicadas en la gestión de la ITCC.

Así, la previsión reglamentaria de que el beneficiario podrá evitar comparecer ante los servicios médicos de la entidad gestora o colaboradora mediante un informe del facultativo del SPS en el que considere desaconsejable para la situación clínica del paciente someterse a tal revisión, podrá generar **estereotipos generalmente injustos**, como los del médico rigorista, poco preocupado por la salud del paciente; o la del **médico obsequioso** con los escasos recursos públicos.

Y todavía más grave, los círculos viciosos que podrán producirse por las inmediatas bajas médicas del SPS por el mismo o similar diagnóstico tras las denominadas “altas presuntas” que prevé el proyecto de RD tras la no contestación por parte de dicho SPS a las propuestas motivadas de alta de las mutuas.

Efectivamente, este proyecto vuelve a reiterar desde nuestro punto de vista el **error de articular las propuestas de alta como mecanismo de cooperación entre las mutuas y el SPS**. Sin embargo, como es notorio que **permitir que, como hasta ahora, se siga dilatando el plazo para contestar estas propuestas durante 15 o más días** (cuando se contestan, ya que en el 33% de los casos no se produce la respuesta) **condena a la ineficacia** a estos instrumentos, se reduce este plazo **en el proyecto hasta convertir en virtualmente imposible que se conteste con fundamento** en cinco días hábiles a las previsiblemente no escasas propuestas que emitirán los servicios médicos de las mutuas.

En otro orden de cosas, en principio, es objetivo del proyecto de RD la simplificación de la gestión de la IT, pero el resultado parece precisamente lo contrario.

La modificación en la periodicidad de los partes de confirmación, en función de la duración prevista del proceso, si bien reducirá las revisiones por parte de los facultativos del SPS, originará **dificultades para las empresas a la hora de controlar las situaciones de IT** de sus trabajadores, así como **para las entidades gestoras y colaboradoras a la hora de controlar el abono directo** del subsidio.

Pero además las empresas deberán recibir de las mutuas una notificación para cada alta médica de contingencias comunes en la que se le comunicará el efecto de dicho parte. No nos explicamos el por qué, **si la entidad de cobertura de la IT es el INSS no recibirán tal notificación**, según se recoge en el proyecto de RD.

Más complejo será el supuesto de las denominadas “altas presuntas”, en las que la mutua no podrá comunicar previamente a la empresa que ha emitido una propuesta de alta, pero sí el efecto del alta presunta, con los problemas que podrán generarse cuando **el trabajador se reincorpore sin haberse recibido todavía en la empresa dicha notificación**, o cuando el mismo **no llegue a incorporarse por causar inmediata nueva baja** médica.

Al fin y a la postre, con todas estas comunicaciones sustituimos lo sencillo (la entrega al trabajador de la copia para la empresa del parte de alta) por lo complicado y sumamente costoso (las comunicaciones de efectos por la mutua, que deberán realizarse de forma que quede constancia de su recepción) para conseguir precisamente lo ineficaz (las dudas y conflictos que se generarán en las empresas).

Pero lo que más llama la atención del proyecto de RD, desde nuestro punto de vista, es que no se dedica en el mismo ni una línea a intentar ayudar a los beneficiarios a curar mejor de sus dolencias y a reincorporarse antes a su actividad laboral, más allá de **dilatar la periodicidad de los partes de confirmación con el alegado objetivo de mejorar la asistencia sanitaria**, cosa que en la realidad de hoy día **ya se da en numerosas ocasiones cuando los partes de confirmación se recogen de forma acumulada y entregados por persona diferente que el facultativo** que los expide.

Por el contrario, se focaliza la atención en los aspectos administrativos de la gestión, reincidiendo —multiplicándolos— en los defectos de la normativa actual: el **aparato burocrático de partes y propuestas, informes periódicos, accesos telemáticos, notificaciones de efectos, procedimientos administrativos pretendidamente garantistas, inversión en recursos informáticos y dedicación ingente de profesionales a revisar lo que los responsables debieran hacer bien desde un primer momento**.

Y ello no parece excluir tampoco los centenares de MM de euros (más de 300 en 2013) dedicados a financiar a las CCAA en relación con fines no siempre destinados a la mejora de la gestión de la IT.

Pero, insisto, ni una sola mención a la mejora en la asistencia sanitaria de los beneficiarios de la IT, por ejemplo, **facilitando que las mutuas pongamos a su disposición (sin las actuales dificultades burocráticas) los importantes recursos sanitarios de que disponemos, fundamentalmente en relación con las patologías músculo-esqueléticas**, que suponen un porcentaje muy elevado entre las que originan la ITCC.

Nuestros servicios asistenciales y de gestión no pueden olvidar el aspecto clínico de la IT y convertirnos en un obstáculo burocrático para que los pacientes hagan un uso razonable de esta prestación.

Por ello, creemos que debiera hacerse lo posible por hacer efectiva la exposición de motivos del proyecto de RD cuando mantiene que pretende introducir o mejorar los mecanismos establecidos al objeto de **aligerar los trámites y cargas burocráticas** existentes en la actualidad y **centrar los procesos de la IT en la protección del trabajador afectado y en su pronta recuperación**.

Desde nuestro punto de vista, esto no se consigue con las medidas previstas, ya que la solución natural y lógica del denominado problema de la ITCC parece que debiera ser la misma **que en su momento se adoptó con el entonces problema de la IP** (salvo en Cataluña), es decir, que sean los responsables médicos de las entidades que soportan el coste económico de la prestación de IT quienes certifiquen tales situaciones, pudiéndose centrar los SPS en la asistencia sanitaria de los pacientes.

Y que, como se ha señalado, las mutuas puedan, sin trabas burocráticas para ello, poner a disposición de estos beneficiarios sus más de 1.000 centros asistenciales (tanto ambulatorios como hospitalarios), en los que desarrollan su trabajo más de 4.500 médicos y cerca de 7.500 enfermeros o auxiliares de enfermería, para lograr su **más pronta recuperación**.