

## Programa formativo interdisciplinar entre los Inspectores Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social y los Equipos de Salud Mental en Málaga

Matilde Leonor Alba Jurado, Santiago Cabuchola Moreno

### Resumen

---

La tarea fundamental de los médicos inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social es la valoración de la capacidad laboral de un trabajador cuando éste sufre una enfermedad que disminuye o anula la misma, de forma temporal o permanente. Las enfermedades psiquiátricas son las más difíciles de valorar debido a la inexistencia de pruebas objetivas que avalen la veracidad e intensidad de los síntomas que relatan los pacientes. Por ello hemos realizado este trabajo formativo con los Equipos de Salud Mental de nuestra provincia, para poder realizar una valoración conjunta con los psiquiatras y así garantizar una mayor fiabilidad en nuestros dictámenes evaluadores.

**Palabras clave:** *trabajo, enfermedad mental, programa formativo, médico inspector, psiquiatra.*

### Abstract

---

The fundamental task of the medical inspectors of the National Institute of Social Security is the valuation of the work capacity of a worker when it suffers an illness that reduces or cancels the same, either temporary or permanent. Psychiatric illness are the most difficult to assess due to the lack of objective evidence that guarantees the accuracy and intensity of the symptoms that tell patients. Why we conducted this formative work with teams of mental health of our province, to perform an assessment jointly with psychiatrists and guaranteeing greater reliability in our evaluation reports.

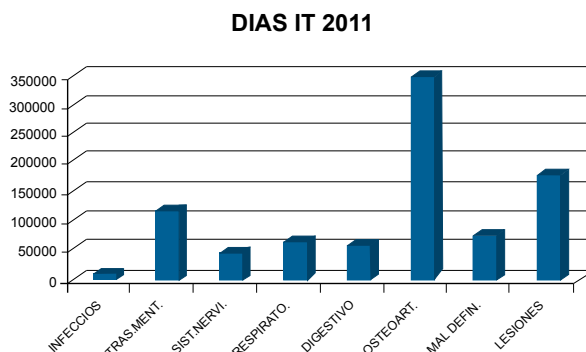
**Key words:** *Work, mental illness, training program, medical inspector, psychiatrist.*

Los trastornos mentales son un problema de primera magnitud, por su elevada prevalencia (20% de la población general los padece), por el impacto de sufrimiento y desestructuración en las personas, sus familias y su entorno más cercano, así como en las altas tasas de discapacidad e invalidez que generan. Cuando analizamos las estadísticas médicas de trastornos mentales que hay en la bibliografía mundial las cifras son alarmantes: Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental, un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos psiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión. Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad. El coste social y económico de la enfermedad mental es del 4% del PNB en la Unión Europea, en torno a los 182.000 millones de euros. En muchos países europeos, las enfermedades mentales son la causa del 45-55% del absentismo laboral. En España, algo más del 19% de la población padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se incrementará considerablemente en el futuro.

Ante estos preocupantes datos hicimos un análisis de la situación de los trastornos mentales en nuestra Unidad Médica de Málaga, y obtuvimos los siguientes resultados:

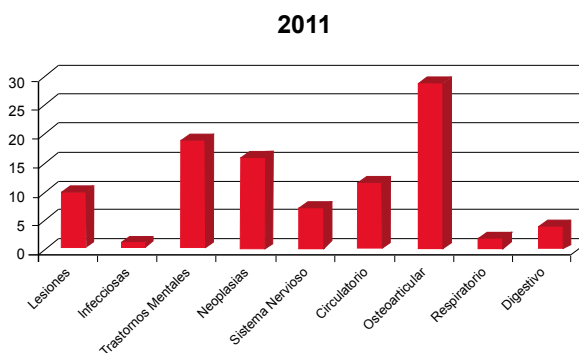
1. Los trastornos mentales son una de las patologías más prevalentes en nuestras consultas. La prevalencia media que se alcanza con dichos diagnósticos varía entre un 6-8% del total de procesos en incapacidad temporal según los meses, aumentando el porcentaje en los expedientes en prórroga de incapacidad temporal (PIT), donde las cifras oscilan entre el 17% y 20% de los mismos. En los expedientes de incapacidad permanente la prevalencia oscila entre el 15% y el 18%.
2. Si analizamos los días consumidos en incapacidad temporal en el año 2011 en los diferentes capítulos diagnósticos, los trastornos mentales ocupan el 3º lugar en el ranking, con un total de 119.325 días. Sólo son superados por Trastornos Osteomioarticulares y Lesiones, con 347.091 días y 181.306 días respectivamente.

Fig. 1. Días consumidos en IT 2011 por principales capítulos diagnósticos



3. Esta prevalencia no sólo se mantiene, sino que crece pasando al 2º lugar en los expedientes en Prórroga de Incapacidad Temporal (> 365 días en IT), aumentando además los tiempos medios en los mismos.

Fig. 2. Prevalencia PIT por capítulos diagnósticos, año 2011



4. Como es fácil deducir el coste económico en incapacidad temporal por estas patologías es de enorme trascendencia. Además esto conlleva un gran coste social por sus consecuencias en el absentismo laboral, repercutiendo directamente en las empresas, en sus costes de producción y en la sobrecarga al resto de los trabajadores de las mismas.
5. Independientemente de estos costes directos económicos, los costes administrativos que producen este tipo de expedientes son enormes, ya que estos pacientes generan múltiples períodos de incapacidad temporal, numerosas demandas de incapacidad permanente y recaídas en los diferentes períodos de incapacidad laboral.
6. Estas patologías además genera un gran número de discrepancias en los pacientes que son dados de alta, alcanzando esta cifra el 21,6% del total de discrepancias en el año 2011.
7. Son trabajadores especialmente “conflictivos” en consulta y de los más insatisfechos con el funcionamiento del sistema de prestaciones de la Seguridad Social y de los servicios sanitarios. En el año 2011, las quejas producidas por estos pacientes alcanzaron el 12% de las mismas.
8. Lo mismo ocurre con la judicialización de este tipo de expedientes (tanto expedientes en incapacidad temporal, como en incapacidad permanente), con la consecuente sobrecarga tanto a los letrados del INSS, como al resto del sistema judicial, especialmente en la jurisdicción de lo social.
9. Por todos estos motivos expuestos anteriormente, el control y seguimiento de los períodos de incapacidad temporal generados por este tipo de patología, es uno de los objetivos prioritarios de la Dirección General del INSS, encuadrándose en el epígrafe I “Objetivos del área de Incapacidad Temporal. Disminución duración media Capítulo 05 (Trastornos Mentales) y Capítulo 13 (Osteomioarticulares)”.

La valoración de este tipo de trabajadores en situación de incapacidad temporal no difería hasta comienzos del año 2012 del resto de otros pacientes en situación de baja o que demandan una valoración de incapacidad permanente. No existía contacto directo (salvo puntuales ocasiones) del inspector médico con el psiquiatra que llevaba el caso, o con el resto del Equipo de Salud Mental, ni tampoco al contrario.

Esto ha ocasionado múltiples conflictos ya que el inspector médico, consciente de esta posible “perversión” del sistema, sabiendo el terreno tan subjetivo en el que estos pacientes se mueven y las múltiples circunstancias que influyen en estos trabajadores, en muchos casos obviaba o relativizaba lo redactado por el psiquiatra, y cuando emitía el alta a estos trabajadores o redactaba un informe médico de síntesis no favorable para una posible incapacidad permanente, generaba tanto un conflicto con el paciente y con su familia, y otro posible conflicto con el psiquiatra al que previamente había solicitado el informe, ya que se consideraba poco valorado en su trabajo e ignorado en su apreciación como especialista de estas patologías, mayor conocedor del paciente y de sus circunstancias.

En el caso de judicialización de este tipo de expedientes, las discrepancias y falta de concordancia entre letrados del INSS, peritos médicos, abogados de parte y jueces, era muy relevante, con gran diversidad de criterios en las sentencias de estas demandas, dando lugar en muchos casos a sentencias muy contradictorias, incluso en el mismo paciente, aunque éstas difirieran poco en tiempo, y por supuesto ante la misma patología y grado de afectación de la misma.

Por todo ello, las opiniones con respecto al trabajo que realizaban tanto los médicos inspectores del INSS, como el trabajo realizado por los psiquiatras y resto de integrantes de los Equipos de Salud Mental, no eran precisamente muy favorables, ni para unos, ni para otros.

Así en una encuesta realizada a dichos psiquiatras, más del 40% mostraron un rechazo inicial a nuestra formación en sus equipos de salud mental, basándose en posibles interferencias en su entrevista con el paciente y temiendo un rechazo de éstos hacia

nuestra presencia. El 60% tenían conocimientos previos de las bases legales que regulan la incapacidad temporal, sobre todo con respecto a los tiempos de baja. Sin embargo en más de un 70% de los mismos desconocían o confundían nuestras funciones en el control de dichas bajas, presuponiendo que la Inspección del Servicio Público de Salud y nosotros éramos la misma entidad. En múltiples ocasiones manifestaron que consideraban nuestro trabajo burocrático, poco científico y que prevalecía en nuestro análisis un criterio economicista y poco considerado con la vivencia de enfermedad y sufrimiento de estos pacientes.

Por nuestra parte, aunque más del 53% de nosotros habíamos tenido experiencia previa con los Equipos de Salud Mental, nuestra valoración subjetiva era que los psiquiatras en la mayor parte de los casos tenían una actitud “proteccionista” de estos pacientes, y que esto se reflejaba en los informes médicos que emitían. Sin embargo, más del 90% consideramos prioritario en nuestra UMEVI un acercamiento a los Equipos de Salud Mental, y una formación conjunta con ellos.

## OBJETIVOS GENERALES

1. Elaboración y desarrollo de una sistemática de trabajo entre ambas instituciones, para una mejora en la valoración clínico-laboral de los pacientes con un trastorno mental.
2. Actualización en las psicopatologías más prevalentes de nuestra provincia, su diagnóstico, tratamiento, pronóstico y valoración, en el contexto de los Equipos de Salud Mental.

## CRONOGRAMA

### Fase previa: febrero-junio 2011

La primera intervención que realizamos fue conocer por medio de una encuesta realizada a los médicos inspectores del INSS de nuestra UMEVI cuáles eran sus preferencias con respecto a una posible formación clínica y proyecto de colaboración médica en la provincia de Málaga. El 70% de los facultativos encuestados expresaron como prioritario el rotatorio por los Equipos de Salud Mental, frente a un 23,3% que preferían rotar por los Servicios de Traumatología y un 6,66% que NO querían ningún tipo de formación.

### 1.º fase: noviembre-diciembre 2011

Establecimos una serie de contactos personales y oficiales con el Jefe de Servicio de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Área I del Hospital Carlos Haya de Málaga.

### 2.º fase: febrero-julio 2012

Asistencia de los médicos inspectores a las consultas de los Equipos de Salud Mental incluidos en el proyecto. El horario era de 8.00 h a 15.00 h, durante una semana, para atender y valorar a los pacientes que asisten a las mismas conjuntamente con los psiquiatras. Cada facultativo extraía datos relativos a los pacientes vistos en consulta (cuando esto fue posible, ya que por motivos éticos y negativa de algunos pacientes estos datos no fueron recabados). Los datos mínimos eran: edad, sexo, situación laboral (activo, pensionista, estudiante, ama de casa), actividad laboral (si existía), si estaba en incapacidad temporal o no, si era perceptor de incapacidad permanente (tipo y causa de la misma, patología psiquiátrica o no), si percibía otras prestaciones no contributivas, patología que presentaba, pronóstico y discusión de su situación laboral/baja/incapacidad permanente con el psiquiatra correspondiente.

Además se pidió que cada inspector hiciera unas anotaciones personales tras dicha asistencia a consulta sobre cómo se había sentido, conocimientos adquiridos, rentabilidad o no de dicho rotatorio, discrepancias o no con la valoración de cada caso particular con el psiquiatra (fundamentalmente con respecto a situación de IT o IP) y otras anotaciones personales que quisiera destacar.

Una vez que todos los inspectores finalizaron dicha etapa asistencial, en el mes de Julio 2012, se realizó también una entrevista personalizada con los psiquiatras participantes del ESM Málaga Centro, en la que se recogieron sus impresiones personales (actitud de los médicos inspectores en consulta, si habían interferido o no con la entrevista psiquiátrica, si había percibido desconfianza por parte de los pacientes ante nuestra presencia...), así como si consideraban interesante dicha iniciativa y si para ellos había sido rentable dicho formación y contacto con nuestra Unidad.

### 3.º fase: agosto-septiembre 2012

Realizamos un análisis descriptivo, transversal. En él tratamos de describir la frecuencia y características de los problemas de salud mental en un área concreta de Málaga, analizando diferentes variables significativas para nuestro trabajo, a través del análisis de los datos obtenidos en diferentes cuestionarios, previamente diseñados.

Tras este análisis elaboramos unas conclusiones generales y otras específicas teniendo en cuenta la situación actual en el ámbito de la salud mental tanto en nuestra provincia, como en el resto de España, y los objetivos planteados al inicio de nuestro proyecto.

### 4.º fase: octubre 2012

Elaboración de una memoria y difusión de la misma, así como su remisión tanto a la Dirección Provincial del INSS de Málaga, como a la Dirección General y a la Subdirección Médica para su conocimiento y valoración por parte de dichas áreas.

## RESULTADOS

Los resultados obtenidos son los siguientes:

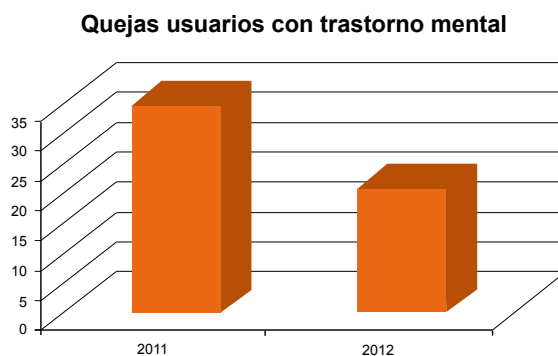
### Mejora de los servicios prestados a los usuarios

Tras la puesta en marcha de nuestro proyecto ha habido una mayor satisfacción en el trato recibido por los trabajadores con enfermedad mental en nuestra UMEVI. Esto se demuestra fundamentalmente por **una disminución del número de quejas** formuladas por los mismos, relacionadas con el trato recibido por parte del inspector médico, no conformidad con el alta por inspección tras algún control nuestro, sensaciones subjetivas de no “ser escuchados”, no sentirse “comprendidos” en sus padecimientos, etc.

Hemos analizado las quejas de los usuarios correspondientes a los años 2011 y 2012, relacionadas directamente con la Unidad Médica, independientemente del lugar donde dicha queja haya sido formulada.

En el año 2011 se formularon 118 quejas en total en la Dirección Provincial de Málaga. De ellas un 36,45% (43 quejas) se interpusieron por los pacientes vistos en nuestra UMEVI, por cualquier patología. Las correspondientes a usuarios que padecían una patología mental fueron 15, es decir un 34,88%. En el año 2012 hubo una disminución en números absolutos del total de quejas por cualquier causa (85 totales), correspondiendo a la UMEVI un 33% de las mismas, con una disminución aún más significativa del porcentaje correspondiente a usuarios con trastorno mental, que solo interpusieron 6 quejas, representando el 21,42%, según se observa en la **figura 3**.

Fig. 3. Porcentaje quejas en pacientes con trastorno mental



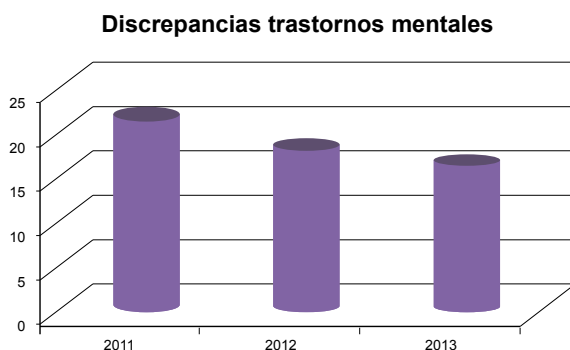
## Mejora en el funcionamiento interno de los servicios

Estas mejoras se objetivan en una disminución del número de procesos administrativos y de revisión médica que se ha producido tras la puesta en marcha de este proyecto. Así se han visto beneficiadas tanto la Unidad Médica como la Unidad Administrativa de la propia UMEVI, los CAISS y la Asesoría Jurídica, fundamentalmente.

Los procedimientos administrativos y jurídicos que se han visto minorados han sido:

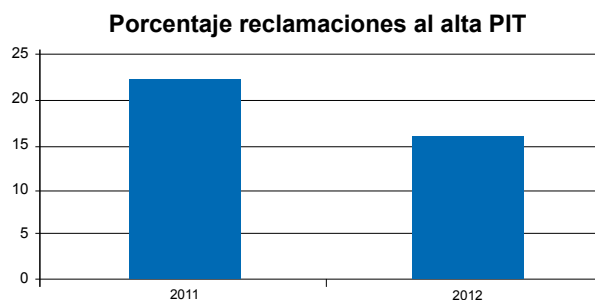
1. **Disminución del número de discrepancias al alta** en procesos en Prórroga de Incapacidad Temporal derivados de trastorno mental. En el año 2011 las discrepancias generadas por este tipo de patología supusieron un 21,6% del total, disminuyendo en el año 2012 al 18% de las mismas y manteniéndose esa tendencia en el primer trimestre del año 2013, donde ocasionaron el 16,12% de las mismas.

Fig. 4. Disminución porcentual discrepancias altas PIT en Capítulo 5



2. Menor judicialización de los expedientes de incapacidad laboral, en los que el principal diagnóstico es algún tipo de patología psiquiátrica, como se desprende de la **disminución de las reclamaciones previas a la vía judicial** en el año 2012, comparándola con el año 2011. Así, en el año 2011 se interpusieron un total de 315 reclamaciones previas derivadas de altas médicas en expedientes PIT, en total; de ellas 70 corresponden a expedientes psiquiátricos (22,22%). En cambio, durante el año 2012 el número absoluto de estas reclamaciones totales aumentó hasta 345 por cualquier patología, descendiendo porcentualmente el número de reclamaciones derivadas del Capítulo 5 al 15,94% (55 reclamaciones por este capítulo diagnóstico).

Fig. 5. Reclamaciones al alta PIT, Capítulo 5

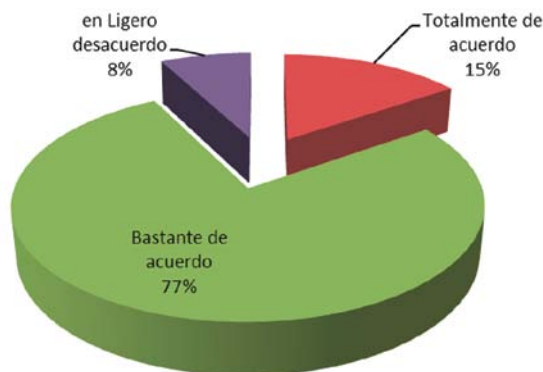


### Mejora de los aspectos interrelacionales internos y externos

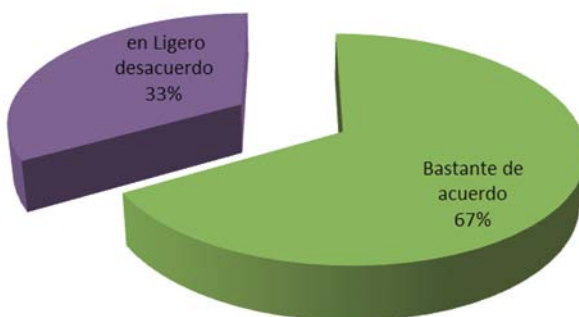
Transcurrido un año del comienzo de este proyecto, hemos querido analizar las impresiones que el mismo ha producido tanto en el colectivo de médicos inspectores del INSS de Málaga, como en el grupo de médicos psiquiatras. Para ello hemos realizado una encuesta de 9 preguntas diferentes a cada colectivo, con respuestas de autonomía semántica parcial, diseñada por una empresa externa (**Encuestasatisfacción.com**®) que ha validado las mismas y ha realizado el posterior análisis, garantizado por ello la imparcialidad de esta valoración. El universo de la encuesta ha sido de 13 psiquiatras y 23 médicos inspectores.

Para ilustrar mejor estos resultados adjuntamos algunos gráficos representativos de las respuestas de dichos médicos:

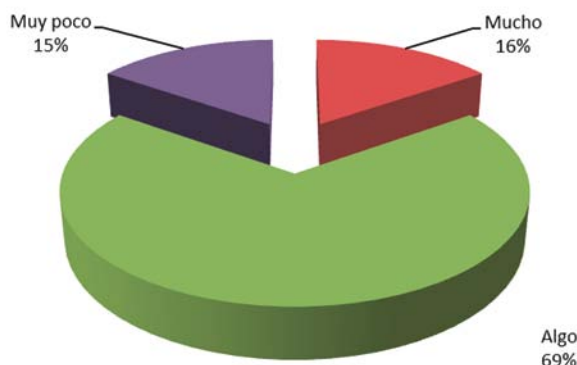
### ¿Cree que después de esta formación valora más positivamente el trabajo de los médicos inspectores del INSS?



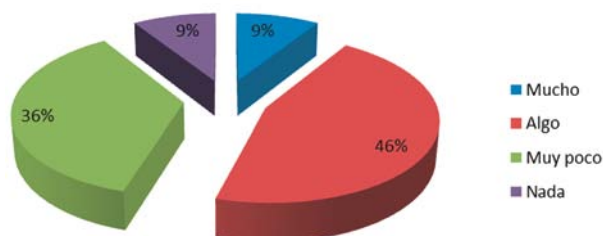
### ¿Después de esta formación está usted más de acuerdo en las posibles altas a estos pacientes?



## ¿Piensa que su criterio es tenido en cuenta por los inspectores?



## Se siente respaldado por los psiquiatras a la hora de emitir un alta?



## CONCLUSIONES

1. Establecimiento de un sistema de formación práctico, realizado en las consultas de los Equipos de Salud Mental, favoreciendo las posibilidades formativas y de feed-back entre ambas instituciones.
2. Instauración de un procedimiento fluido de intercomunicación entre los Equipos de Salud Mental y las Unidades Médicas del EVI para facilitar las competencias de unos y otros estamentos.
3. Mejora evidente en la evaluación clínico-laboral en los pacientes afectados de Trastornos Mentales, así como en las áreas de Asesoría Jurídica, Subdirección Provincial de Incapacidad Temporal y Subdirección Provincial de Incapacidad Permanente.
4. Favorecer una gestión eficaz de las prestaciones económicas del sistema de Seguridad Social, derivadas de patologías en Salud Mental, en línea con la misión fundamental del INSS.

## NOTA IMPORTANTE

*Este proyecto formativo ha recibido el primer premio de las Prácticas de Mejora en su XI edición de la Dirección General del INSS, bajo la denominación "Mejora en el Procedimiento de la Evaluación Clínico – Laboral de los Trastornos Mentales en Málaga" (Resolución de la Dirección General del INSS, 29 noviembre 2013).*