

Las cuatro preguntas capitales para una gestión eficaz de la incapacidad temporal

J. García Rodríguez^a y R. Enseñat Sánchez^b

Médicos Inspectores del Ibsalut de las Illes Balears.

^aCoordinador provincial de incapacidad temporal. Islas Baleares. España.

^bResponsable de Docencia. Unidad de incapacidad temporal. Islas Baleares. España.

La prestación de incapacidad temporal (IT) es una prestación de la Seguridad Social. Por ello, ninguna de las 17 comunidades autónomas tiene competencia en esta materia, ya que ésta únicamente se legisla por la Cortes Generales. El nudo gordiano y principal proveedor es la Atención Primaria de salud que, en estos momentos, gestiona la IT a través de cerca de 43.000 médicos en España. Los servicios regionales de salud están subcontratados por la Secretaría de Estado de la Seguridad Social a través de convenios de colaboración. Es por ello que sería deseable desde la administración del Estado que en los cambios normativos se emplace a las sociedades de Medicina de familia, a la Sociedad de médicos inspectores a nivel nacional (FAISSS), para entre todos hacer una legislación acorde al momento estructural sanitario y a las necesidades que se viven en cada momento.

Parece que la prestación económica de IT va girando a criterios de más control por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el ánimo de rescatar esta entidad gestora los doce meses, dejando el inicio de la IT hasta los doce meses para sus principales proveedores: la Atención Primaria y las inspecciones médicas.

Palabras clave: Atención Primaria de salud, médico de familia, paciente.

Temporary disability (TB) benefit is a Social Security coverage. Thus, none of the 17 regional communities have responsibility in the matter, since this is only regulated by the General Courts. The Gordian knot and primary supplier is Primary Health Care which presently manages the TB of approximately 43,000 primary care doctors in Spain. The regional health care services are subcontracted by the Secretary of State of the Social Security through collaboration agreements. That is why that it would be desirable for the State administration to call together the family medicine societies and the society of medical inspectors on the national level (FAISSS) in the regulatory changes so that, among all of them, they can make a law in agreement with the current health care structure and the needs occurring at each time.

It seems that the financial benefits of the TB is based on criteria of more control by the National Social Security Institute, on a desire to recover this management entity at 12 months, with the onset of IT at 12 months for the principal suppliers: Primary Health Care and medical inspections.

Key words: Primary Health Care, family doctor, patient.

No es nada fácil para el médico de familia realizar una buena gestión de la incapacidad temporal (IT). Y ello es debido a varios factores. Por un lado, la falta de tiempo real en la consulta dedicado al paciente; por otro, la falta de medios diagnósticos, lo que hace derivar al hospital a muchos pacientes que alargan los procesos de IT de forma preocupante, fundamentalmente debido a las listas de espera. Y por último, y hay que decirlo sin rubor, que mu-

chos médicos de familia no se sienten implicados con una prestación clínica y económica, que es de la Seguridad Social, en donde se intercala la opinión de diversos interlocutores, en donde la Primaria, verdadero núcleo nodal de la prestación, se halla a veces muy sola en la toma de decisiones en la labor de la IT. A esto se suma la falta de incentiación económica en esta labor y una legislación que a día de hoy mira de forma imparable a la reducción del gasto económico.

No es menos cierto el recordar que dentro del gasto generado en el centro de salud, la IT junto a la prestación farmacéutica encabezan la partida de mayor presupuesto. La IT genera en el centro de salud un gasto en torno al 53% del gasto total. En la actualidad, el gasto medio por paciente en IT y día en el ejercicio económico y asistencial de

Correspondencia: J. García Rodríguez.
C/ Gruta 13, bajo B.
07007 Palma de Mallorca
Correo electrónico: dr_jgarcia_r@yahoo.es

Recibido el 01-06-2007; aceptado para su publicación el 23-01-2008.

2007, juntando INSS y mutuas fue en torno a 47€. Si bien es cierto que desde el año 2006 se ha empezado a recobrar por la Secretaría de Estado de la Seguridad Social la esperanza en la desaceleración del gasto, debido fundamentalmente a los convenios de colaboración suscritos con las comunidades autónomas. Habrá tiempo para retomar este tema del gasto en IT con datos elocuentes en próximos artículos.

Está absolutamente claro que el médico de familia es el verdadero gestor de la IT. Es una gestión que al médico prescriptor le transfiere riesgo y responsabilidad. El primero porque, a través de un documento público que es la baja laboral, exonera de trabajar al portador de la misma, llevando a la suspensión de su contrato de trabajo y, en principio, con reserva del mismo. Pero no olvidemos que en la IT se enmarcan tres situaciones inequívocas: la primera su carácter temporal; la segunda la incapacidad laboral en sus tareas habituales; y la tercera la necesidad de la asistencia sanitaria por la Seguridad Social, aunque en 1998 el Tribunal Supremo sentenció que en la IT se puede recibir asistencia sanitaria en el medio privado, siempre y cuando el médico de familia lleve el control de todo el proceso. Y además la IT es un acto médico-administrativo, sujeto a responsabilidad sin lugar a dudas. Por un lado, es un acto administrativo, ya que se exonera al paciente de trabajar por causas de origen médico; por otro lado, es un acto médico, ya que se prescribe un tratamiento que, en principio, va destinado a restaurar la salud del paciente. Por ello, la IT es a todas luces un acto médico con responsabilidad en su prescripción, ya que de él, si se reúnen los requisitos, se tiene derecho a una prestación económica.

En este sentido la IT se debe de prescribir tan sólo a incapacitados para su labor o trabajo habitual, ya que una cosa es sentirse mal y otra bien distinta es estar enfermo y además incapacitado para trabajar.

Comencemos pues por la puerta de entrada del sistema sanitario español. Es lo que llamamos con rigor la Atención Primaria de salud. Es la puerta inicial de la asistencia sanitaria, para que un facultativo valore, inicialmente, nuestro estado de salud y nos enmarque dentro de la educación sanitaria. Es la puerta para incluso conocer nuestros derechos más fundamentales como contribuyentes del sistema público de salud. Y detrás está el médico de familia: ese facultativo que se encuentra día a día entre 35 y 40 citas, con avisos a domicilio y con urgencias. Ese médico, hablemos sin paliativos ni cortapisas, que se encuentra solo, con pocos medios, y en muchos casos alejado de un centro hospitalario para que su labor pueda ser completada por un compañero más sofisticado, es decir, por el especialista.

La IT se inicia, en la mayoría de las ocasiones (99%), en sus manos, con un sistema de información, parte de baja y alta P9, que es el documento público que refrenda el absentismo laboral. La mayoría de los médicos asiste a este

escenario, a diario y en silencio, en sus consultas de Atención Primaria y solos, ante sus asegurados activos, que cada año va *in crescendo* por el incremento poblacional del país. Ya pasamos de 19 millones de afiliados a la Seguridad Social. Como criterio de primer orden, hay que recordar a los usuarios que la baja no es una prestación a demanda del trabajador. La baja laboral sólo se puede extender cuando un facultativo entiende que esa persona no puede realizar su trabajo habitual, y además precisa recibir asistencia sanitaria. En definitiva, no es lo mismo que el asegurado tenga derecho a la IT y que éste sepa hacer buen uso de ese derecho.

Por todo lo anterior, y por la responsabilidad que entraña la gestión de la IT, nos debemos de hacer cuatro preguntas ante ese usuario que con anhelo solicita la baja laboral, a veces con malas formas, enfrentándose a su médico tutor, presionando a la Atención Primaria de salud. Porque si lo queremos hacer estrictamente bien, y refrendar ese derecho a la protección de la salud que enmarca la Constitución, no podemos alejarnos del “principio de justicia” y debemos de gestionar el problema desde el punto de vista estrictamente técnico y clínico, obviando lo demás. Estas preguntas enmarcan la actitud del médico de familia en una doble vertiente: clínica y pericial. Las preguntas que cualquier médico nos debemos hacer ante un usuario que solicita una baja laboral, son las siguientes:

1. La primera sería evaluar el estado de salud del demandante de la baja. Es decir, sería acercarnos lo antes posible al diagnóstico de presunción. Sería la labor eminentemente clínica y cardinal del facultativo. Es decir, qué es lo que padece el usuario, no aún el enfermo, ya que hay enfermedades que no incapacitan en absoluto.

2. Una vez que hemos evaluado el estado de salud, la siguiente pregunta inmediata es: ¿cuál es su profesión u oficio?

3. La tercera, de forma inmediata, sería: y ¿dentro de esa profesión, qué tareas hace o cuál es la labor habitual? Puede que la labor de un albañil, registrado como tal, sea dirigir a un grupo de albañiles u operarios en una obra y no realizar por tanto grandes esfuerzos en sus tareas. Por ello debemos de preguntar las tareas dentro de una profesión.

4. La última pregunta, una vez claro lo anterior, es valorar por el facultativo si el usuario está o no incapacitado para su labor habitual, respecto a ese diagnóstico inicial. Si está incapacitado para trabajar se le prescribe la baja laboral (P9) y se le debe de informar al paciente de cuáles son sus derechos y sus deberes (que los tiene, y muchos). Si puede realizar sus labores habituales, se le prescribe un tratamiento sin extenderle el parte de baja, ya que está capacitado para trabajar, y deberá compatibilizar el trabajo con la asistencia sanitaria. Esto último, por duro que parezca, refleja que hay enfermedades que se pueden compatibilizar perfectamente con las tareas habituales.