



La Asociación Profesional de Médicos y Facultativos de la Comunidad de Madrid (SIME), *Sindicato Médico federado en CSIT-UP hace las siguientes reflexiones sobre la Resolución de 15 de septiembre de 2008, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio por el que se acuerda ejecutar para el año 2008, un programa piloto que tiene por objeto el estudio del comportamiento de los procesos de incapacidad temporal derivados de ciertas patologías, en la Comunidad de Madrid.* (Ministerio de Trabajo e Inmigración, BOE 237 de 1/10/2008)

La IT es uno de los capítulos de mayor coste que se gestionan dentro de los centros de Atención Primaria, con importantes repercusiones sobre el sistema de la Seguridad Social y paralelamente en la financiación sanitaria. Junto con la farmacia constituyen más del 80% del gasto total generado en los centros de salud.

En los estudios realizados por diferentes organismos y por las propias SS.CC se puede comprobar la enorme magnitud económica que tiene la gestión de la IT. Hasta hace pocos años la Administración Sanitaria ha permanecido ajena al control de dicha actividad por parte de los profesionales de la Sanidad Pública. Ante esta situación los últimos Gobiernos de España, con competencias a nivel nacional, han optado por señalar la ineficiencia de la sanidad pública y culpar directa e indirectamente a los profesionales sanitarios de la ineficiencia en la gestión de la IT, adoptando la política de separación de la gestión económica y del manejo clínico de las bajas. Además el Ministerio de Trabajo ha propiciado cambios legislativos, en materia de regulación de la gestión de la IT que trasladan la gestión directa de las altas a los facultativos del INSS y Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEPSS).

La actuación de las diferentes Administraciones Públicas junto con la ausencia de sistemas de motivación e incentivación a los profesionales, la escasa capacidad resolutoria y la excesiva burocratización del proceso, ha propiciado que en muchas ocasiones los médicos de los servicios sanitarios no se hayan implicado en el control eficiente de este proceso.

Pero en los últimos años ha aumentado el interés por el control de la IT desde los Servicios Sanitarios Públicos, probablemente entre otros motivos por el deseo de los responsables de la Administración Sanitaria de obtener una mayor financiación para la gestión de los servicios sanitarios y así cuadrar sus cuentas. Todo ello sin contar con los profesionales.

El manejo de las bajas laborables presenta, al margen de su compleja valoración clínica, evidentes connotaciones sociales, laborales y económicas. Este es el principal motivo por el que las diferentes Administraciones quieren controlar los costes de la IT.

En la gestión de la IT, existen algunas cifras verdaderamente sorprendentes y que nos harán reflexionar a todos.

En líneas generales los resultados de la IT se ajustan bastante a los siguientes datos:

1. El 20% de las IT duran por encima de lo que el médico opina que deberían durar (días de baja superfluos).
2. Estas suponen un incremento global del 30% de todos los días o dineros consumidos.
3. Este 30% de días superfluos están producidos por tres tipos de razones:
 - a. **Un tercio se deben a las DEMORAS** que nuestra organización sanitaria genera entre las diferentes fases del episodio sanitario (días de espera previos al análisis, a la atención en consulta para los resultados, a la demora previa a la radiología,, a la interconsulta con el especialista, a la hospitalización, a la petición de pruebas complementarias por el especialista, a la demora quirúrgica si esta fuese necesaria...).
 - b. **Un segundo tercio se genera por pacientes SIMULADORES** que manejan la conveniencia de sus citas con las áreas administrativas.
 - c. **Otro tercio esta formado por una amalgama de razones difíciles de abordar como la presencia de problemas socioeconómicos, psicológicos, nuevos procesos intercurrentes...**

Se puede resumir que aproximadamente la mitad del gasto global anual de IT se concentra en menos del 10% de las IT anuales.

(*semFYC, 2000*)

Por estas razones hoy sabemos que la IT es de causa multifactorial, en ella intervienen causas laborales, económicas, sociales, empresariales... Los médicos tenemos parte de responsabilidad por considerarla una carga y no molestarnos por la pérdida de competencias que ello supone, los empresarios por forzar bajas a los "improductivos" trabajadores, los pacientes simuladores o rentistas por alargar sus citas..., los gestores sanitarios por la excusa de no tener en sus manos el presupuesto de la IT, los hospitales y especialistas por su indiferencia en el alargamiento de los episodios por la dificultad de acceder a medios diagnósticos y a interconsultas, las inspecciones sanitarias por preocuparse mas de la clasificación de los papeles que de la propia inspección, los Ministerios de Sanidad por mantener la separación entre Institutos de la Seguridad Social y de la Salud, los políticos por haber utilizado la IT como balsamo ante las reconversiones en lugar de planificar los cambios y como no también a las mutuas que desplazan a la sanidad pública los costosos procesos que les correspondería controlar.

Nosotros creemos que la IT gestionada desde los equipos de ATENCION PRIMARIA puede, si se dan las condiciones necesarias, lograr solucionar en gran parte el desastre



que supone la gestión de la incapacidad temporal. La clave está en **DISMINUIR EL TIEMPO SUPERFLUO** de las bajas laborales.

El objetivo del control eficiente de la IT es asegurar que el profesional realiza su prescripción de forma adecuada, tanto la indicación como su duración y finalización. Se trata de garantizar una gestión responsable de este recurso de protección social. La gestión de estos procesos sin la visión global del paciente que se tiene desde la Atención Primaria es difícil.

EL CONVENIO entre La Secretaría de Estado de la Seguridad Social y la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid:

En primer lugar nos preguntamos el motivo por el que de ahora la IT se convierte en un problema prioritario a abordar para los responsables de la Sanidad madrileña que durante mucho tiempo han permanecido ajenos a la gestión eficiente de la misma. Será la evolución de los resultados que ha sobrepasado con creces las mejores perspectivas o tal vez la evolución de los costes que se han disparado hasta límites intolerables o quizás sean ambas causas el motivo de la puesta en marcha de un Convenio de estas características. Pensamos, a pesar de reconocer lo anteriormente dicho, que ahora aparece un nuevo factor causal que puede haber movido a las Administraciones central y autonómica a trabajar en el asunto, la crisis financiera y de liquidez hace que las arcas públicas necesiten recaudar dinero para poder sostener el Sistema y hacer frente a los pagos.

En la línea del mensaje anterior nos llama la atención que aunque se propone un estudio donde la Comunidad se compromete a realizar un análisis del comportamiento de los procesos de IT revisados objeto de la ejecución del Programa e informar al INSS de los resultados derivados de la aplicación del Programa remitiéndole la documentación pertinente con el fin de llevar a cabo las valoraciones que procedan.

Se trata pues de un estudio piloto de 6 meses de duración y que las medidas a adoptar se tomarán a posteriori. Es previsible que con posterioridad a aplicar estas medidas se pueda obtener una mayor eficiencia de la gestión de la IT. A pesar de esta secuencia lógica, el propio convenio dice que la Comunidad Autónoma podrá obtener una incentivación económica (cada día disminuido se valora en 15,23 € a favor de la Comunidad Autónoma) con la reducción en días de la prestación. Nos preguntamos cómo es posible ahorrar en un estudio piloto diseñado para conocer las causas de la ineficiencia de la gestión de la IT. ¿Va a iniciar medidas la Consejería para gestionar mejor la IT sin saber la realidad de la gestión en sus centros y por sus profesionales?. Se puede presionar a los profesionales de forma directa o indirecta para que sus decisiones estén influenciadas por la posible rentabilidad de las mismas. Esta circunstancia incrementa nuestras sospechas sobre el verdadero objetivo de este convenio.

Poner en marcha un Programa Piloto destinado a realizar un estudio para comprobar el comportamiento de ciertos procesos en la IT con el objetivo de reducir los costes derivados de los días de exceso de baja nos parece una idea acertada. Cualquier

profesional responsable y conocedor de la repercusión económica de sus decisiones y de los posibles abusos que existen en esta materia no puede por menos que estar de acuerdo. Sin embargo no podemos dejar de criticar tanto a una como a otra administración por el momento en el que deciden poner en marcha este programa y por

la forma en que lo llevan acabo. Para la gestión eficiente de estos procesos es fundamental que el Sistema Sanitario no plantee dudas o indefiniciones en su estructura y organización gerencial y asistencial. En este momento la Comunidad de Madrid no tiene claro el modelo sanitario que quiere implantar.

No se puede reducir la gestión de la baja por parte de los médicos a una actividad económica y economicista. El médico tiene una serie de responsabilidades intrínsecas a su profesión como son la no maleficencia y el principio de justicia que complican aun más la decisión a tomar sobre algunos casos concretos ya que no hay que olvidar que el médico es el que al final debe hacer la **VALORACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS** de una u otra elección (problemas psicológicos, económicos, familiares.... que puedan desarrollarse si se da el alta, se mantiene la baja...). A la presión que ejerce el paciente, tendríamos que añadir la de otras Organizaciones con competencia sobre la gestión de la IT (Servicio de Salud, INSS, mutuas) y ahora de la Administración Sanitaria que va a obtener una rentabilidad si se acelera el alta. A esto se suman las enormes dificultades que actualmente tienen los médicos en la consulta, exceso de burocracia, falta de tiempo asistencial, consultas masificadas, dificultad en el acceso a pruebas diagnosticas y una casi absoluta falta de coordinación con la atención especializada. Es también mal momento porque la situación de crisis económica esta haciendo que las consultas por patologías derivadas de la situación de paro aumenten y de forma más significativa precisamente en las patologías objeto de este estudio (problemas psiquiátricos, osteomusculares....). La consecuencia inmediata de esto podría ser un aumento del riesgo laboral para los propios médicos que se verán abocados a situaciones de presión por parte de los usuarios y las dudas ético-deontológicas. Si tenemos en cuenta la presión actual del médico de familia, el aumento de los casos de agresiones, la demanda asistencial generada por el paro y los factores anteriormente citados nos podremos encontrar en un ambiente poco propicio para el éxito de este Convenio.

Tenemos también dudas sobre la selección de los procesos incluidos. La mayoría son de causa osteoarticular y traumatológica. Efectivamente son procesos frecuentes como causa de IT, pero también son procesos donde esos “días de baja superfluos” son debidos en gran parte a las esperas que existen para realizar determinadas técnicas diagnósticas y terapéuticas. Estas técnicas en el actual Servicio Madrileño de Salud son “externalizados” hacia empresas ajenas al Sistema Sanitario Público.

La forma mediante la cual se ha aprobado (publicación en el BOE) tampoco creemos que se la más inteligente pues de nuevo se ha obviado la opinión de los



profesionales, sobre todo los de la Atención Primaria que una vez más ven incrementadas sus responsabilidades sin que vayan asociadas a mayores recursos materiales y humanos.

No observamos en el Convenio firmado ninguna propuesta por parte de las administraciones sobre que medidas de apoyo y defensa vamos a tener los médicos de familia en las situaciones conflictivas que pudieran suceder (demandas judiciales, agresiones y amenazas....). La puesta en marcha de este Programa Piloto tiene otras

dificultades para que se pueda implementar satisfactoriamente en el actual sistema madrileño de la salud y que desconocemos, a saber:

- 1- Se va a dotar a los médicos de familia de las suficientes herramientas diagnósticas y terapéuticas para realizar una gestión más eficiente de estos procesos o sólo se limitará a una supervisión de la actuación y unas recomendaciones o actividades formativas sobre el manejo de estos procesos. En esta línea, necesitamos conocer de la Consejería algunos aspectos claves para esa mejora de la eficiencia:
 - a. **Mejoras en la coordinación y comunicación entre primaria y especializada.**
 - b. **Implicar a la atención especializada en la gestión de los procesos de incapacidad de laboral.**
 - c. **Acceso real y efectivo por parte de los médicos de familia a las pruebas diagnósticas, técnicas terapéuticas e interconsultas que necesiten en estos procesos de incapacidad laboral**
- 2- Se va a trabajar en mejorar la coordinación entre los médicos de familia y la inspección sanitaria del Servicio Público de Salud y de estos con el INSS y mutuas laborales.
- 3- Cómo podría repercutir la adopción de estas medidas para el grupo de la población activa seleccionada, en las listas de espera en el resto de procesos no seleccionados y sobre la población no activa
- 4- Si el programa tiene éxito, ¿se van a mantener en el tiempo los mismos esfuerzos en cuanto a las demoras diagnósticas, acceso a los especialistas y colaboración entre la inspección, especializada y primaria?, si es así ¿se va a extender este programa al resto de patologías y en los mismos términos de eficiencia y accesibilidad?.

Según la Cláusula cuatro, la Comunidad de Madrid, deberá destinar los fondos percibidos en aplicación de lo establecido en la cláusula anterior, a la incentivación de los recursos humanos de su Servicio Público de Salud y a la modernización y mejora de sus recursos informáticos y materiales, intervinientes en la ejecución del Programa. Estando de acuerdo en el fondo del asunto si nos gustaría señalar que no consta en el articulado del Convenio a que se van a dedicar los ingresos que por cada día de baja “ahorrados” recibe la Comunidad de Madrid a través de la Consejería de Sanidad, 15,3 euros. En buena lógica y siendo sensatos, serios y rigurosos y sabiendo de las deficiencias que nuestra Atención Primaria tiene, estos ingresos debieran revertir en la propia Atención Primaria (recursos humanos, infraestructuras, sistemas de información, desburocratización, formación e investigación....) que además se verán aumentadas con este convenio. Pero mucho nos tememos, salvo aclaración por parte de la Consejería, que no se trate más que de una forma de financiación de la Comunidad de Madrid y que no repercuta en los verdaderos protagonistas de de esta mejora, los médicos del Sistema Madrileño de la Salud.

Por otro lado la incentivación a los profesionales nos parece que tiene rasgos perversos en el sentido de que los médicos entendemos que la IT es un acto exclusivamente médico. Los médicos en general no queremos incentivos basados en el ahorro o en criterios economicistas puros y duros, queremos que la gestión de la IT sea junto con la farmacia y otras áreas, gestionadas por los profesionales responsables de las mismas.

Esperamos por todo ello que el señor Consejero de Sanidad aclare con todo detalle como y en que se va a invertir la enorme cantidad de dinero que se recaudara en la IT, si finalmente se pone en práctica dicho Convenio.

CONCLUSIONES:

Los médicos de familia realizamos complejas labores con escasos medios, gestionamos enormes recursos económicos, abordamos con escaso tiempo complejas situaciones personales donde se mezclan lo social, lo justo, lo ético, lo económico, lo laboral y si esto no fuera poco nos vemos en muchas ocasiones empujados a ser los protagonistas de la gestión del gasto o del despilfarro, siempre estamos ahí para responder ante la opinión pública y ante los políticos. Una vez más se nos pide colaboración pero para que esta se pueda producir necesitamos, en este caso concreto, certezas y transparencia. No estamos en contra de las medidas destinadas a luchar contra el fraude existente en la IT o en la mejora de su gestión además de esto queremos que se recupere la confianza de los políticos y de la sociedad en nuestro trabajo, para ello proponemos:

- 1- La IT es y debe continuar siendo una prestación o una decisión estrictamente clínica, ligada principalmente los médicos de familia. Es en si mismo una prescripción y por tanto un acto médico**
- 2- Esta prestación puede optimizarse sin crear situaciones injustas si se dota a los médicos de medios suficientes.**

- 3- Deberían incorporarse los resultados económicos de esta prestación en el haber de los centros de salud, utilizando indicadores fiables.
- 4- La disminución de los costes derivados de la buena gestión de la IT por parte de la Atención Primaria debería de revertir en parte o totalmente, en la propia Atención Primaria y en la mejora de esta prestación.
- 5- Proponer a la administración una simplificación de los procesos burocráticos que la IT entraña.
- 6- Apoyo y formación a los equipos en valoración y evaluación de pacientes.
- 7- Defensa jurídica en los casos conflictivos.
- 8- Que la administración gestione las demoras de los procesos diagnósticos y terapéuticos de los pacientes en los cuales la demora sea la causa del alargamiento de la IT.
- 9- Apoyo de las inspecciones sanitarias a los equipos de Atención Primaria asesorando en la valoración de los pacientes de manera ágil y eficaz.
- 10- Evitar por todos los medios que la información confidencial pueda perjudicar al trabajador mediante el control exquisito de los datos clínicos en poder de las mutuas.
- 11- Implicar a los especialistas en la adecuada gestión de la IT favoreciendo la intercomunicación entre ambos niveles asistenciales.
- 12- Mejorar los tiempos de respuesta para las pruebas diagnósticas, las citas con la atención especializada en todos los casos recogidos en el convenio y posteriormente hacerlo extensible al resto de patologías susceptibles de una baja laboral.
- 13- Aclarar por parte de la administración las áreas en las que se invertirá la disminución de los costes por días de exceso de baja.

Dr. Fernando Gutiérrez Sánchez, S.I.M.E
Dr. José María Molero García, S.I.M.E

Madrid a 17 de noviembre de 2008

