

La I.T. y su control médico

Aspectos médico-legales

María Castellano Arroyo
y Antonio Molina

INTRODUCCIÓN

Probablemente, la Incapacidad Temporal (IT) derivada de la actividad laboral y de la patología común (contingencias laborales y comunes), sea uno de los temas de salud laboral en los que es más importante y, al mismo tiempo, más difícil, encontrar el equilibrio entre los tres principios éticos que deben inspirar el quehacer médico en la relación con sus pacientes: el principio de beneficencia en el que el médico poniéndose en el lugar del paciente reflexiona y decide aquello que considera más beneficioso para la salud integral del paciente; el principio de autonomía por el que el paciente, contando con la información suficiente, toma las decisiones sobre las medidas diagnósticas, terapéuticas o de otro tipo más favorables para sí mismo; y, finalmente, el principio de justicia por el que el grupo social al que el enfermo y el médico pertenecen, procura el equilibrio justo en el reparto de recursos, lo cual es aquí muy importante, ya que el trabajador enfermo debe recibir todo el apoyo y la compensación económica que su situación merezca, pero no más de lo que merezca, porque ello significa substraer recursos de otros casos que pueden necesitarlo en el mismo o mayor grado que él mismo.

En el tema que tratamos, la jerarquía entre estos tres principios da prioridad al principio de justicia, ya que se trata esencialmente de reparto de recursos sanitarios y económicos, aunque desde una perspectiva personalista, en que se procure no perjudicar al individuo o a una minoría, buscando el beneficio del grupo, por ello se pondrá al

servicio del trabajador enfermo todo lo que necesite y durante el tiempo que lo necesite, pero no sería justo sostener una situación de incapacidad sin que existan razones objetivas para ello.

PROTECCIÓN DEL TRABAJADOR

La salud laboral en España se ha desarrollado a lo largo del siglo XX, iniciándose en 1900 con el reconocimiento de sucesivas patologías como relacionadas y consecutivas a la realización de una actividad laboral, por lo que se consideraron merecedoras de una protección específica. De forma complementaria se fueron implantando medidas sanitarias dirigidas al diagnóstico precoz de las patologías relacionadas con el trabajo, y al fomento de la prevención de dichas patologías y, del mismo modo, se fue reconociendo la reparación en términos indemnizatorios de las secuelas que los trabajadores hubieran sufrido por causa o a consecuencia del trabajo.

El mayor desarrollo, paralelo a los rápidos avances científicos se produjo en la segunda mitad del siglo. Desde un principio se distinguió entre dos eventualidades patológicas de características bien diferenciadas; de una parte, el accidente de trabajo configurado como una lesión imprevista y aguda ocurrida durante el tiempo y en el lugar del trabajo, y, de otra, la enfermedad profesional entendida como una lesión previsible y en relación con un riesgo conocido y a menudo inevitable.

I. ACCIDENTE DE TRABAJO

Una historia evolutiva de la protección de las lesiones ocurridas por consecuencia o a causa del trabajo nos lleva al siguiente enumerado normativo.

Ley de Accidentes de Trabajo de 10 de enero de 1900 y su Reglamento de 28 de julio del mismo año que introdujo la responsabilidad objetiva del empresario ante la ocurrencia de un accidente en el lugar del trabajo. Le siguió la Orden de 2 de agosto de 1900 sobre el Catálogo de Mecanismos Preventivos de Accidentes de Trabajo que hacía un extenso repaso sobre diversos mecanismos generadores de riesgo de producir accidentes de trabajo. La Ley de Accidentes de Trabajo de 22 de diciembre de 1955 y su Reglamento aprobado por Decreto de 22 de junio en 1956 vinieron a unificar los regímenes del Seguro de Accidentes de Trabajo en la industria y en la agricultura. También introdujo la reparación de las lesiones que, sin influir en la capacidad laboral, producen una mutilación o deformidad en el trabajador que sufrió la lesión.

La Ley de Bases de la Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963 reunió en un sólo texto la reparación de los accidentes de trabajo y el aseguramiento de la disminución de la capacidad laboral; establecía un sistema único de cobertura de los riesgos; incluía dentro del régimen general la maternidad, la enfermedad común, la enfermedad profesional y el accidente común o de trabajo; también especificaba las prestaciones económicas en las situaciones de incapacidad, invalidez, jubilación, desempleo y

muerte, prestaciones que cobraba el trabajador o su familia. En los llamados regímenes especiales se consideraban situaciones y actividades que por sus riesgos específicos, condiciones de tiempo y de lugar, etc., requerían regulación particular para conseguir los beneficios de la Seguridad Social.

En 1974 el Texto Refundido de la Ley de Bases de la Seguridad Social reunió toda la legislación anterior y unificaba situaciones hasta entonces dispersas, esta normativa se publicó como Decreto 2065/74.

Llegamos, así, al Real Decreto 1/1994 de 20 de junio que contenía el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Este texto se vio modificado el mismo año de su publicación por la Ley 42/1994 de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social, la cual ha introducido cambios en los accidentes de trabajo y en la enfermedad común. En ella se reúnen las prestaciones por incapacidad laboral transitoria y por invalidez provisional en una única prestación a la situación denominada "Incapacidad Temporal" (IT).

De esta situación queda excluida la situación de la maternidad, lo cual corresponde a una campaña importante de protesta por parte de numerosos expertos que considerábamos que la maternidad y la baja laboral consecutiva, *no debía* ser considerada como una situación de incapacidad similar a la enfermedad o al accidente; la maternidad era una situación fisiológica, aunque requiriera vigilancia y atención médica, y era, además, una situación positiva, en la más pura filosofía productiva ya que generaba el nacimiento de una nueva persona, dispuesta en unos años a incorporarse al mundo laboral y al sostenimiento del sistema de coberturas sociales. Por ello, nos hemos congratulado de esta decisión legislativa de considerar a la maternidad como una situación específica y *sui generis*, la cual sigue mereciendo en nuestra opinión, aún mayor apoyo económico y administrativo. Nuestro país es el último del mundo en tasa de natalidad y a esto no es ajeno el tratamiento que el trabajo de la mujer y su discriminación por la maternidad ha venido teniendo en el mundo laboral.

La Ley 42/94 que venimos comentando, también unifica los procedimientos de declaración y reconocimiento de invalidez permanente a efectos de las prestaciones contributivas, se determina como órgano competente para las correspondientes tramitaciones al Instituto Nacional de la Salud. Este aspecto económico fue desarrollado por el Real Decreto 1.300/1995 de 21 de julio.

Tras el accidente de trabajo el lesionado puede pasar por unas etapas evolutivas a las que corresponden unas determinadas prestaciones sanitarias y económicas.

La primera eventualidad es que la lesión no produzca incapacidad para el trabajo en cuyo caso se aplica el tratamiento oportuno y no se produce la baja laboral. La situación de baja la expondremos extensamente más adelante, al ser objeto de este artículo. La asistencia que los accidentados necesiten puede hacerse por los siguientes sistemas: Por la Mutua patronal en la que la empresa tenga asegurados a sus trabajadores, por la Mutualidad laboral si la empresa tiene acordado un seguro con esta entidad, o por un sistema de autoseguro.

Las situaciones legales previstas para el trabajador lesionado, a las cuales van aparejadas las correspondientes prestaciones son las siguientes: 1. Incapacidad Temporal

(IT) 2. Lesiones, mutilaciones o deformidades definitivas que, sin llegar a constituir invalidez, supongan una merma en la integridad física del trabajador. 3. Invalidez permanente; la cual a su vez, y dependiendo del resultado final tras la estabilización de las lesiones, puede clasificarse en los siguientes grados: a) Incapacidad permanente parcial para la profesión habitual. b) Incapacidad permanente total para la profesión habitual. c) Incapacidad permanente absoluta para todo trabajo y d) Gran invalidez. 4. Muerte.

Aquí merece la pena comentar la implicación que se ha impuesto la Administración de Justicia en este tema a través de la Fiscalía General del Estado que, como tuteladora de la legalidad, sabe que la falta de medidas de seguridad e higiene facilitan los accidentes y que, esto es responsabilidad de los empresarios, técnicos, etc., por lo que ante un accidente laboral está indicada la intervención del ministerio fiscal que debe verificar la existencia o no de dicha responsabilidad penal a tenor del contenido del Código Penal.

En relación con éste el ministerio fiscal ha considerado que la alta siniestralidad laboral en España obliga a la Fiscalía General del Estado a alertar a los Fiscales sobre la persecución de las conductas en las que se ponga en riesgo la seguridad y la salud de los trabajadores en el medio laboral.

Esta función se ha recordado a través de la Instrucción 8/11/1991 de la Fiscalía General del Estado y de la Instrucción 1/2001 de 9 /5/2001 tras comprobar que los accidentes laborales siguen creciendo, a pesar de la nueva normativa sobre prevención de riesgos laborales.

2. ENFERMEDAD PROFESIONAL

La protección legal a la enfermedad profesional en España se inicia con la Ley de 13 de julio de 1936 de Bases del Seguro de Enfermedad Profesional y el 22 de julio de 1940 mediante Orden Ministerial se aprobaban las bases para la lucha contra la silicosis, en estas normas se iniciaba la lucha sanitaria contra la silicosis a través de la industria minera del plomo en toda España y se adoptaban en la lucha las normas sanitarias dictadas por la Dirección General de Sanidad, al considerarlo un problema de carácter público sanitario.

La lucha contra la silicosis se vinculaba a la tuberculosis, entonces tan frecuente, y se proponían para los enfermos el tratamiento en hospitales antituberculosos.

La entrada en vigor del Reglamento imponía a los Servicios Médicos de Empresa la revisión anual de todos los trabajadores indicando que de estos reconocimientos *“...deberá desprenderse lo referente a los datos de “estado anterior” del individuo, así como el historial clínico y evolutivo de la “patología propia del trabajo...”*.

En esta época, aunque se inicia ya una clara actitud de reconocimiento de la patología laboral para su protección e indemnización, se mantenían matizaciones tales como el que el obligado a indemnizar era al patrono que hubiera ocupado al obrero durante los doce meses anteriores a la declaración de incapacidad, lo cual acarrea problemas a trabajadores de las industrias mencionadas cuyo trabajo no se hubiera

desarrollado de forma correlativa, debiendo el patrono reclamar a otros patronos con los que el obrero hubiera trabajado en los últimos cinco años.

El Decreto de 10 de enero de 1947 del Ministerio de Trabajo creaba el Seguro Obligatorio para las Enfermedades Profesionales (BOE de 21 de enero de 1947), y como anexo publicaba 16 enfermedades profesionales y las actividades laborales que las ocasionaban. El Decreto 792/1961 de 13 de abril sobre Enfermedades Profesionales, reorganizaba el aseguramiento de las enfermedades con derecho a beneficiarse del Seguro Obligatorio y en el mismo se establecían situaciones, grados de incapacidad, indemnizaciones, normas de carácter médico, etc., agrupadas en: “Prevención de la enfermedad profesional” (del art. 17 al 23), “Diagnóstico y calificación de las enfermedades profesionales” (del art. 24 al 26), y “Recuperación y rehabilitación” (del art. 27 al 29).

Dos Órdenes Ministeriales de 13 de enero de 1963 y de 15 de diciembre de 1965 publican las “Normas reglamentarias de carácter médico porque deben regirse los reconocimientos, diagnósticos y calificación de las enfermedades profesionales”.

La Ley de Bases de la Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963 marcó un hito en la historia de la Seguridad Social española ya que autorizaba al Gobierno a dictar disposiciones sobre esta materia. El aspecto legislativo se vio impulsando a través del Texto Articulado de 1965 y el nuevo Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social de 1974 que se completó en 1978 con el Real Decreto que aprobaba el cuadro de Enfermedades Profesionales, las cuales pasaron de las 16 iniciales a 33 y, posteriormente, a 71 en el Decreto 1995/1978 de 12 de mayo.

Una disposición muy importante (art. 84 de la Ley General de la Seguridad Social en su Texto Refundido) es que si un trabajador padece una enfermedad que no está contemplada como enfermedad profesional en la lista y, no obstante se demuestra su relación inequívoca con el trabajo y la actividad laboral que realiza el trabajador, esta enfermedad, tendrá la consideración de accidente de trabajo en cuanto a prestaciones socioeconómicas e indemnizatorias.

En 1995 el Real Decreto 1.300/95 de Reconocimiento y Declaración de Invalidez, completaba medidas administrativas sobre la tramitación de la situación de IT, regulada ya en la Ley 42/1995.

La tendencia legislativa ha sido equiparar, en cuanto a reparación se refiere, a las situaciones de incapacidades derivadas del trabajo, aunque el origen o los mecanismos no sean idénticos. Sin embargo, se han mantenido algunas diferencias entre las situaciones derivadas del accidente de trabajo y las enfermedades profesionales debido al carácter imprevisto y agudo del accidente y el previsible y dilatado en el tiempo propio de la enfermedad profesional.

Eso da lugar a las siguientes situaciones propias de estas últimas: 1. Período de observación: esta situación se define en el artículo 133 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social como sigue: *“se considerará como período de observación el tiempo necesario para el estudio médico de la enfermedad profesional cuando haya necesidad de aplazar el diagnóstico definitivo”*. 2. Traslado de puesto de trabajo: esta medida se toma cuando la permanencia en el mismo puesto de trabajo llevaría al trabajador a desarrollar la enfermedad profesional; está indicado ante síntomas incipientes de una enfermedad pero

que no requieren la baja del trabajador. 3. Baja en la empresa o industria: esta decisión se toma cuando en la empresa o industria no existen puestos de trabajo exentos de ese riesgo para el trabajador, en cuyo caso, causará baja en la empresa quedando cubiertas sus prestaciones mientras presente sintomatología y se encuentre bajo control médico. En el momento en que se determina la incapacidad temporal sigue los estadios mencionados para el accidente de trabajo.

3. ENFERMEDAD O PATOLOGÍA COMÚN

Como dice Gisbert Calabuig, en todo trabajador existen dos personalidades, el hombre y el productor; como persona está sujeto a las mismas posibilidades patológicas que el resto de la población, y como trabajador y productor está integrado en la economía, por lo que sus enfermedades repercuten en la producción, unas veces limitándola y otras, como hemos mencionado en los apartados anteriores, al ser consecuencia del trabajo, deben ser compensadas proporcionalmente.

En los casos en los que sus afecciones no guardan relación con el trabajo, y su capacidad productiva se ve limitada, se ha optado por una fórmula de justicia social mediante la cual el trabajador enfermo continúa percibiendo los emolumentos necesarios para subsistir, aunque para ello se pongan unas requisitos de cumplimiento previos al momento de manifestar la enfermedad común o patología natural, como se ha dicho previamente.

La enfermedad y los accidentes comunes y sin relación con el trabajo producen para la persona trabajadora las mismas situaciones legales ya mencionadas para las patologías derivadas del trabajo, aunque las prestaciones económicas, o los requisitos para acceder a ellas puedan variar.

En todos los casos, pues, nos vamos a encontrar con la situación de Incapacidad Temporal (IT), que es objeto del presente trabajo, y cuyo control médico-legal entraña diversas dificultades que analizaremos seguidamente, ocupándonos fundamentalmente de las contingencias comunes, al ser las más proclives a plantear discrepancias entre los diversos profesionales que participan en el seguimiento, y entre éstos y el trabajador enfermo.

INCAPACIDAD TEMPORAL Y SU CONTROL

Se entiende como “Contingencia” el riesgo cuya materialización provoca el estado de necesidad protegible mediante la prestación de Seguridad Social correspondiente. En el caso de la incapacidad, el riesgo asegurado es la posibilidad de que se produzca un proceso patológico o traumático (derivado de enfermedad común o profesional, o bien de un accidente, sea o no de trabajo) que provoca en el afectado una situación de pérdida de su capacidad laboral (temporal o permanente) y, por tanto, de las rentas salariales profesionales consiguientes.

Como consecuencia de la patología común, ya sea natural (mecanismos internos) o violenta (mecanismos externos y ajenos al individuo), del accidente de trabajo o de

la enfermedad profesional, el trabajador puede necesitar tratamiento médico, e, incluso, prescripción farmacológica, pero sin necesidad de reposo ni incapacidad para trabajar; en caso contrario, cuando el tratamiento a seguir o la situación del trabajador enfermo así lo requiera, se prescribirá la “baja laboral” o situación legal de “incapacidad temporal” (IT).

En 1994 el Real Decreto 1/94 de Armonización de todos los Textos Legales Laborales y la Ley 42/94 de la Incapacidad Temporal unificó el accidente de trabajo y la enfermedad profesional en esta materia, y separó la maternidad y el permiso posterior de la situación de incapacidad temporal, como ya hemos comentado al hablar del accidente de trabajo. La aplicación del mismo se matizó en 1995 con el Real Decreto 1.300/95 de Reconocimiento y Declaración de Invalidez, que completaba medidas administrativas sobre la tramitación de esta situación.

El 18 de abril de 1997, se publicaron los Reales Decretos 575 y 576/97, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. El primero de ellos introduce importantes novedades en la gestión de la prestación económica de la Incapacidad Temporal y establece las facultades de los Servicios Médicos de las Mutuas para llevar a cabo el control y seguimiento de esta situación. El Real Decreto 576/1997 añade un Capítulo IV al Título II del Reglamento de Mutuas, en el que se indican las competencias de las Mutuas, en cuanto al reconocimiento del derecho a esta prestación y se detallan las actuaciones sanitarias que pueden realizar en el ámbito de la coordinación y colaboración con el Instituto Nacional de Salud y con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Estas modificaciones llevan como finalidad el control médico por parte de las MATEPSS de los periodos de incapacidad de los trabajadores, en relación a sobrecarga asistencial que sufren los facultativos de atención primaria y a la demora de acceso a pruebas complementarias y valoración médica especializada que hay en el Servicio Público Sanitario. Con una lucha contra el uso indebido de la protección social y el fraude. Asimismo, las Mutuas favorecerán se evite el retraso en los procesos diagnósticos y terapéuticos, en base a que podrán realizar los reconocimientos complementarios, pruebas médicas, informes, tratamientos e intervenciones que se les interese por los Servicios Públicos de Salud.

Encontramos pues, una situación en la que el médico de Atención Primaria suele ser el que de la baja laboral y mantenga al trabajador en situación de IT. La baja médica es consecutiva al reconocimiento del trabajador y a cumplimentar el documento normalizado, cuando la baja es por accidente laboral el “Parte de accidente” se cumplimenta por cuadruplicado con destino a las siguientes instancias: Delegación del Trabajo que recibe el documento original, a la entidad aseguradora, a la empresa y en cuarto lugar al trabajador accidentado.

La baja médica y su mantenimiento se deja, pues a criterio del médico y la presunción será que está justificada. Sin embargo, son muchas las voces que consideran que estos médicos de Atención Primaria se encuentran muy presionados por diversos motivos de los que mencionamos:

- a) Son pacientes a los que están vinculados por una relación mutuamente leal y sincera, de confianza y de confidencialidad, por ello, los síntomas que estos refie-

ren deben ser creídos por el médico como ciertos, basándose muchas veces el mantenimiento de la baja en la permanencia de estos síntomas subjetivos (dolor, vértigos, incapacidades motoras, etc.).

b) Con frecuencia, el médico no dispone del tiempo suficiente para realizar todas las exploraciones que serían necesarias para comprobar la realidad de los síntomas.

c) Al médico se le limita la disponibilidad de pruebas diagnósticas que permitirían diagnósticos diferenciales, y de certeza que darían mayor rigor a la prescripción y a la decisión.

d) En ocasiones el retraso de las pruebas retrasa, también, la decisión médica.

La Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), considera que no puede achacarse a este colectivo profesional la “bolsa de fraude” a la que se alude desde la Administración, sino más bien al sistema en su conjunto. Reconoce esta sociedad científica que el 20% de las bajas por IT duran más de lo debido, hecho que atribuyen a las demoras derivadas de la organización sanitaria en las distintas fases del episodio y a los factores antes mencionados; todo ello la llevó a proponer en 1998 a los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Trabajo un informe que recogía medidas alternativas para mejorar el control de la IT, y criticaba el mencionado Real Decreto que ponía en tela de juicio sus actuaciones al poder ser modificadas los médicos del INSS y de las Mutuas.

Entre las medidas estaban:

1) La Administración debe dotar a los centros de salud de un sistema de información que identifique a los pacientes en IT, las causas de la misma, indicación de demora en listas de espera y los servicios responsables de la demora.

2) Reflejar los resultados económicos de la IT en la cuenta de resultados de los equipos.

3) La disminución de los costos derivados de la buena gestión de la IT debe revertir en mejoras para la atención primaria.

4) Formación de los médicos en aspectos organizativos, evaluación técnica y comunicación con el paciente difícil.

5) Simplificación del proceso burocrático: procesos de menos de 30 días hacer un parte único, y en procesos de más de 30 días simplificar el formato.

6) Designación de un consultor por parte de la Inspección médica al que puedan acudir los médicos en caso de duda.

7) Celebración de sesiones clínicas en los centros, con el fin de discutir los casos conflictivos.

8) Gestión personalizada de las demoras en procesos diagnósticos o terapéuticos de pacientes en IT: Cuotas pactadas con los servicios más estratégicos de la asistencia especializada y diversificación de proveedores.

9) Garantizar el derecho del paciente a que su caso sea dilucidado por unidades de evolución del INSS antes de dejar de percibir la prestación económica.

10) Control riguroso de los datos clínicos en poder del INSS y de las Mutuas.

Decía la SEMFYC que debía reforzarse el control en un 7% de las IT al año (unos 14 pacientes por médico al año), ya que es esta la franja que concentra alrededor del 50% del gasto anual en la contingencia.

Este último razonamiento es el que apoya el criterio que guiaba el Real Decreto mencionado para descargar el alta económica de estos pacientes en médicos más ajenos al paciente, con el que van a sostener una relación, menos asistencial y más inmersa en la gestión, como es el caso de los médicos del INSS y de las Mutuas.

Desde esta perspectiva, los médicos del INSS recibieron positivamente el Decreto y su aplicación, considerando que lejos de ser fuente de desautorización venía a aliviar la presión a la que estaban sometidos estos profesionales y, de forma especial en algunos casos particulares, reduciendo conflictos por este motivo.

Según este colectivo profesional, el 50% de los pacientes que fueron llamados por el INSS en 1998 para reconocimiento no acudió al mismo, y de los que acudieron, el 65% continuó de baja y el restante 35% o debía pasar a situación de alta o a calificación definitiva de su incapacidad.

Otra cuestión es si con la intervención de estos profesionales se vulnera el derecho de prescripción del médico de Atención Primaria que mantenía la baja clínica. En este sentido, habría que valorar el criterio médico objetivo que mantiene la baja, lo cual es analizado en el proceso por la opinión de la Inspección Sanitaria que tiene un plazo de tres días para manifestarse a favor o en contra del alta.

Un punto de vista importante es que el Real Decreto no persigue un fin exclusivamente economicista y de ahorro a ultranza, sino una mejor gestión de la prestación por IT. Por su parte, los médicos de las Mutuas son los profesionales que tienen una tarea más comprometida, ya que pueden ser vistos por los pacientes y por otros colegas como el profesional que investiga policialmente la realidad clínica del falso enfermo para satisfacción de la entidad semiprivada para la que trabaja.

Por ser el tema que nos compete, nos centraremos en la valoración de la Contingencia Común de la Seguridad Social, sobre las que las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS), tienen atribuciones de control médico y gestión de determinados aspectos económicos. Entendiendo por contingencia común, aquellas que no reúnen la condición legal de accidente laboral y/o enfermedad profesional.

Ya hemos mencionado que las lesiones que sufre el trabajador cuando ocasionan baja laboral pasan por diversas y sucesivas situaciones legales. En este apartado vamos a desarrollar el periodo en que recibe tratamiento médico para su recuperación y/o se encuentra incapacitado para realizar su trabajo, es decir, la Incapacidad temporal (IT), que finaliza en el momento de producirse la curación, o pasados 12 meses (prorrogables por otros 6), en que se pasa a considerar la Invalidez Permanente (IP) calificando el grado específico de la misma.

Situaciones asimiladas a la de alta en Seguridad Social.

Este apartado es de mucha importancia, teniendo en cuenta que reúne situaciones por las que el trabajador se queda sin empleo en el periodo de incapacidad temporal “especial”, por así llamarlo, y sin embargo sigue cobrando la prestación, o bien causa baja laboral durante esta situación especial con lo que una vez concluida, de seguir impedido para el desempeño de sus actividades profesionales, continuaría recibiendo

prestación dineraria. En este caso pueden presentarse dificultades importantes a la hora del alta médica, puesto que con ella cesa el beneficio económico y se queda en situación de desempleo. Entre estas situaciones están:

- a) La situación de percepción de prestaciones por desempleo de nivel contributivo. Si transcurrido el periodo de beneficio de esta percepción el trabajador continuara de baja médica, continuaría recibiendo prestación económica.
- b) Los trabajadores trasladados fuera del territorio nacional al servicio de empresas españolas.
- c) Convenio especial de diputados, senadores y gobernantes parlamentarios de Comunidades Autónomas.
- d) Los 30 días naturales siguientes al término del servicio militar.
- e) Los periodos de reincorporación al trabajo de los trabajadores fijos discontinuos, si procediera su llamamiento por antigüedad y se encuentran en IT.
- f) Huelga legal y cierre patronal (alta).

En función del número de trabajadores que tenga a su cargo la mutua, la Seguridad Social proporciona un porcentaje de las cotizaciones de los mismos, para que sea administrado por estas entidades; es importante recordar que, en la relación del trabajador con la Mutua, a nivel económico, ésta se hace cargo del subsidio de incapacidad temporal, y está obligada a dar cuentas al Estado del destino de los fondos recibidos. Así, del día 16º al 20º el responsable del pago es el INSS o la MATEPSS y el pago lo realiza de forma delegada la empresa. La cuantía de la prestación es del 60 % de la base reguladora. Del día 21º en adelante, el responsable es también el INSS o la MATEPSS y el pago lo realiza de forma delegada la empresa, pero en este caso la cuantía de la prestación asciende al 75 % de la base reguladora.

Pérdida, suspensión o finalización del derecho a subsidio

El derecho al subsidio podrá ser denegado, anulado o suspendido:

1. Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar dicha prestación.
2. Cuando la incapacidad sea debida o se prolongue a consecuencia temeraria del propio beneficiario o cuando, sin causa razonable, rechace o abandone el tratamiento que le fuere indicado.
3. Cuando el beneficiario trabaje por cuenta propia o ajena.

En este punto debemos considerar el alta médica correspondiente a la mejoría o curación de la enfermedad que motivó el inicio del periodo de incapacidad temporal.

A) PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN EL CONTROL DE LA CONTINGENCIA COMÚN POR LAS MATEPSS

Parte de Baja

El Parte de Baja inicia el procedimiento de control de la contingencia; lo emite el facultativo del Servicio Público de Salud que haya reconocido al trabajador, y es el modelo legalmente establecido. No se debe considerar válido cualquier otro docu-

mento como P-10, informes, certificados médicos.... que no tienen validez médico-legal ni administrativa a estos efectos. Ya que este parte supone, sin más, el reconocimiento del derecho a un subsidio de carácter económico y es el acto que origina la iniciación de las actuaciones conducentes a la declaración o denegación del mismo, que corresponde a la Mutua.

Este modelo consta de cuatro copias: una para el trabajador, otra para el empresario, otra para el INSS y en último lugar una para la MATEPSS. Esta copia debe hacerse llegar a la Mutua en el plazo de 5 días desde la fecha de su expedición, bien presentando la copia mencionada en la empresa, para que ésta la remita dentro del plazo establecido o remitiendo directamente, por el medio que se considere más idóneo y que permita dejar constancia de su recepción, opción que incluye, entre otras, la presentación en registro, la remisión por correo según la ley de procedimiento administrativo y últimamente la captura informática mediante red de conexión INSS-MATEPSS.

Asímismo, el empresario debe de facilitar a la MATEPSS copia del parte de baja recibido, en el plazo de cinco días, además de informar sobre los datos de filiación del trabajador y de sus correspondientes cotizaciones.

En el parte de baja, que el trabajador hace llegar a la mutua, queda reflejado el motivo causal de la baja y las limitaciones funcionales que presenta, ajustándose al sistema de codificación diagnóstica CIE-9CM. Si así no se reflejara se entendería que no se encuentra impedido para la realización de su actividad profesional. Es importante que quede constancia de este dato en el parte inicial de baja y en los posteriores de confirmación, fundamentalmente, para determinar por qué se prolonga el periodo de incapacidad temporal en el tiempo, puesto que hay muchos casos en que esta prolongación se produce al cambiar las condiciones médicas iniciales que generaron la baja laboral. Sírvanos de ejemplo cuando la MATEPSS emite una propuesta de alta médica entendiendo que la enfermedad inicial está resuelta (por ejemplo proceso traumatólogo) y ésta se responde desfavorablemente indicando el facultativo del servicio público de salud que se continua la IT por otro cuadro, frecuentemente psiquiátrico.

Citaciones a consulta.

A partir de este momento, se inicia lo que las MATEPSS denominan “centralización”, proceso por el cual se informatizan sus datos (personales, de filiación a la S.S, de cotización....), se le asigna un facultativo al trabajador y se procede a su citación a consulta de inspección. Esta citación se suele hacer habitualmente de dos maneras: telefónicamente, si se dispone de este dato y se tiene la seguridad de que el trabajador, es persona cumplidora, una vez acordada fecha y hora; cuando no es así se recurre al burofax, tanto si de desconoce el teléfono del trabajador, o cuando se considera que es altamente probable que eluda su obligación de acudir, o cuando de forma reiterada no se ha presentado a varias citaciones y se pretende suspender el subsidio por este motivo.

Un buen sistema informático y un personal cualificado a nivel administrativo (generando el correspondiente historial) y de enfermería (que contacte con el trabajador y recabe sus datos médicos) nos parece imprescindible para llevar adelante sin demora

el proceso de centralización. La tendencia actual de algunas mutuas es la de llevar adelante este proceso a la mayor brevedad posible, para que el trabajador pueda ser valorado al poco de iniciar su Incapacidad Temporal, facilitarle las valoraciones oportunas evitando la demora del Servicio Público Sanitario y con ello pueda recibir el tratamiento adecuado con el fin de la reincorporación precoz a sus actividades laborales habituales, previa propuesta de alta médica.

Seguimiento del trabajador.

Las Mutuas ejercerán el control y seguimiento de la prestación económica de la Incapacidad Temporal, pudiendo realizar todas aquellas actividades que tengan por objeto comprobar esta situación, a partir de los 15 días de la baja, momento en que les corresponde asumir la gestión del gasto. Los médicos de las Mutuas pueden conocer en todo momento, a partir del día 15 de la baja, a los trabajadores que estén percibiendo el subsidio de Incapacidad Temporal, respetando el derecho a su intimidad y dignidad y garantizando la confidencialidad de las informaciones referidas respecto a su estado de salud.

Una vez que se ha recibido el parte médico de baja reflejando el motivo y la limitación funcional que padece el trabajador y habiendo sido centralizado en la Mutua, se inician los reconocimientos que pueden o no ser periódicos. En la primera visita, normalmente se suele tener una entrevista para conocer los antecedentes del trabajador, las circunstancias que generan su Incapacidad Temporal y cual es su estado actual. Recogiéndose la enfermedad que presenta y/o las limitaciones funcionales que le acompañan, tras una buena exploración física. Así mismo, es muy necesario obtener copia de los documentos médicos al respecto y guardarlos en su correspondiente historia clínica. Que debe ser de fácil acceso en un futuro, puesto que la propuesta de alta que se emiten a través de la inspección médica, no sólo creemos deben ser argumentadas adecuadamente, sino acompañarse también de la documentación que la justifique. En visitas sucesivas debe quedar constancia del estado lesional, su evolución en ese tiempo y recoger de nuevo los documentos médicos generados. Para ello es imprescindible un buen programa informático de historia clínica.

En el caso de que el trabajador no acuda a la cita, sin justificación suficiente, el médico podrá formular propuesta de alta médica, haciendo constar la negativa del trabajador a ser reconocido. Los médicos adscritos a las Mutuas podrán acceder a los informes y diagnósticos relativos a las situaciones de Incapacidad Temporal y cuando, a la vista de los Partes médicos de baja o de confirmación y de la información que obra en su poder, consideren que el beneficiario puede trabajar, podrán formular propuestas motivadas de alta médica.

La actitud del médico de una Mutua, en nuestra opinión, debe ir encaminada a la correcta valoración y exploración del estado del trabajador en cada una de las citas control. Recoger nueva documentación y determinar si tiene citas especializadas o pruebas complementarias pendientes, que supongan una alta demora por el Servicio Público de Salud, con el fin de adelantarlas en relación a los medios de que disponga la MATEPSS y la adecuada gestión de los mismos; este apartado puede significar

una parte muy a tener en cuenta en la preocupación por la relación coste-beneficio. Mención especial nos merece la demora en el inicio de periodos de rehabilitación y de realización de intervenciones quirúrgicas. Habitualmente y en nuestra experiencia, el inicio de rehabilitación es causa de una demora injustificada en la reincorporación laboral. De esta forma patologías banales y de rápida recuperación (lumbalgias, cervicalgias, esguinces...) que requieren un abordaje mediante fisioterapia o bien estados posquirúrgicos, no tienen una respuesta terapéutica inmediata, por lo que bien no se recupera el estado funcional óptimo, quedando a veces secuelas que habrían sido evitables, o bien el trabajador se agarra a esta demora, pese a no encontrarse impedido para su actividad laboral, cuando el médico de familia le plantea el alta médica.

En todos estos casos, consideramos que por el propio beneficio del trabajador, lo deseable es que se cure sin secuelas, que esto suceda lo antes posible y que se debe perseguir el mejor estado de salud integral del trabajador, de forma que él mismo considere como signo de normalidad e integración su incorporación al trabajo.

Conclusión del seguimiento.

Generalmente se concluye el seguimiento médico con el alta laboral, a no ser por cualquier otro motivo que indique la dirección de la MATEPSS. Las causas de alta médica recogida por la legislación son:

- Por curación.
- Por mejoría que permite realizar el trabajo habitual.
- Por incomparecencia.
- Con propuesta de Lesiones permanentes no invalidantes, o por Lesiones permanentes incapacitantes.
- Por defunción.
- Negativa al tratamiento facilitado, siendo este necesario para su curación o mejoría.

Asimismo la conclusión del seguimiento puede responder entre otras, a las siguientes circunstancias:

1. Reincorporación laboral del trabajador por alta médica directa facilitada por su Médico de Familia, sin que hayan intervenido los Servicios Médicos de la Mutua de forma necesaria para que esta se produzca.

2. Reincorporación laboral por alta médica facilitada por el Facultativo del Servicio Público de Salud a instancia necesaria de los Servicios Médicos de la MATEPSS.

Esta segunda posibilidad es el motivo más importante de ocupación y preocupación de los Servicios Médicos de las Mutuas. Una vez que se ha hecho el seguimiento del trabajador, explorado físicamente y con los informes especializados y resultados de las pruebas complementarias pendientes, corresponde proponer el alta médica del trabajador al Médico del Servicio Público de Salud documento remitido a la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma correspondiente. El dictamen del facultativo puede ser o no favorable, de ahí la importancia del contenido y argumentación del documento que se remita y que se analizará mas adelante.

Las propuestas de alta se emitirán a la inspección médica, que a su vez las enviará al médico de cabecera o especialista que atienda al trabajador, los cuales deberán pronunciarse en el plazo de 10 días, confirmando la baja médica en cuyo caso deben señalar las atenciones y controles médico que necesita el enfermo, o si admiten la propuesta, extendiendo el correspondiente Parte de Alta médica. Si la inspección Médica no recibe contestación del médico del Servicio Público de Salud en el plazo de 10 días o en caso de que exista discrepancia podrá acordar el alta médica, en el plazo de los 15 días, contados a partir del siguiente a aquel en que se pusiera a su disposición la propuesta de alta, comunicando a la Mutua la actuación realizada. En el supuesto de que la Inspección no conteste en el plazo de 15 días, la Mutua podrá optar entre reiterar la propuesta motivada de alta o plantear la iniciativa de alta a efectos económicos ante los servicios médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, lo que, en caso de prosperar, significa la extinción de la prestación económica, no obstante podrá continuar el trabajador recibiendo la asistencia sanitaria que aconseje su estado, sin precisar para ello una nueva baja médica.

3. Reincorporación laboral por alta médica facilitada por la inspección médica (UVMI), a instancia de los Servicios Médicos de las MATEPSS.

Otra de las atribuciones que tienen los Médicos de las Mutuas es la de solicitar a la inspección médica (UVMI) que se informe sobre el estado actual del trabajador, cuál es la patología que motiva la incapacidad temporal, las limitaciones funcionales actuales, qué actitudes diagnosticas se están empleando, en qué medida se desarrolla su proceso terapéutico y la previsión de duración de la baja médica. Normalmente se suele usar este recurso cuando: a) El trabajador lleva un control errático por su médico de familia (cambio de facultativo, baja médica de éste, saturación de pacientes en su consulta...). b) El trabajador ha cambiado de provincia de residencia. c) Existe discrepancia con los criterios del facultativo del S.P.S. en cuanto a la continuidad de la Incapacidad Temporal. d) Se considera que el trabajador es subsidiario de pasar a la condición de Incapacidad Permanente pero lleva poco tiempo de I.T. e) Se van agotando los plazos legalmente establecidos de 12 y 18 meses y se ha de solicitar valoración de su situación administrativa.

Esta petición se realiza mediante un modelo en el que figuran los datos del facultativo y de la MATEPSS solicitante, los de filiación del trabajador y la argumentación de por qué se pide ese informe. La UVMI debe responder en un breve plazo de tiempo indicando en el mismo modelo, los aspectos mencionados en el párrafo anterior.

4. Alta administrativa por el UVMI (Unidades de valoración médicas de incapacidades) para valoración por el Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) o bien al pasar este trabajador a la situación de Incapacidad Permanente mediante resolución de este último organismo. Ambas situaciones se pueden generar a instancia de los Servicios Médicos de las MATEPSS.

En otros casos los inspectores de la UVMI consideran que la patología que presenta el trabajador es subsidiaria de ser valorada de cara a la consideración de incapacidad

permanente, con lo que emiten un alta administrativa, con un periodo de demora hasta que lo valora el EVI. Durante este periodo el pago del subsidio sigue correspondiendo a la Mutua, pero debemos considerar que ya iniciado este trámite, la resolución a cerca de la procedencia de la continuidad y de la situación en la que debe quedar la IT está cercana. De la misma forma, esta propuesta de valoración por el equipo de valoración de incapacidades puede hacerse directamente sin necesidad del trámite de solicitarlo previamente a la UVMI, mediante el documento de propuesta de alta médica antes mencionado, señalando el epígrafe “invalidez”.

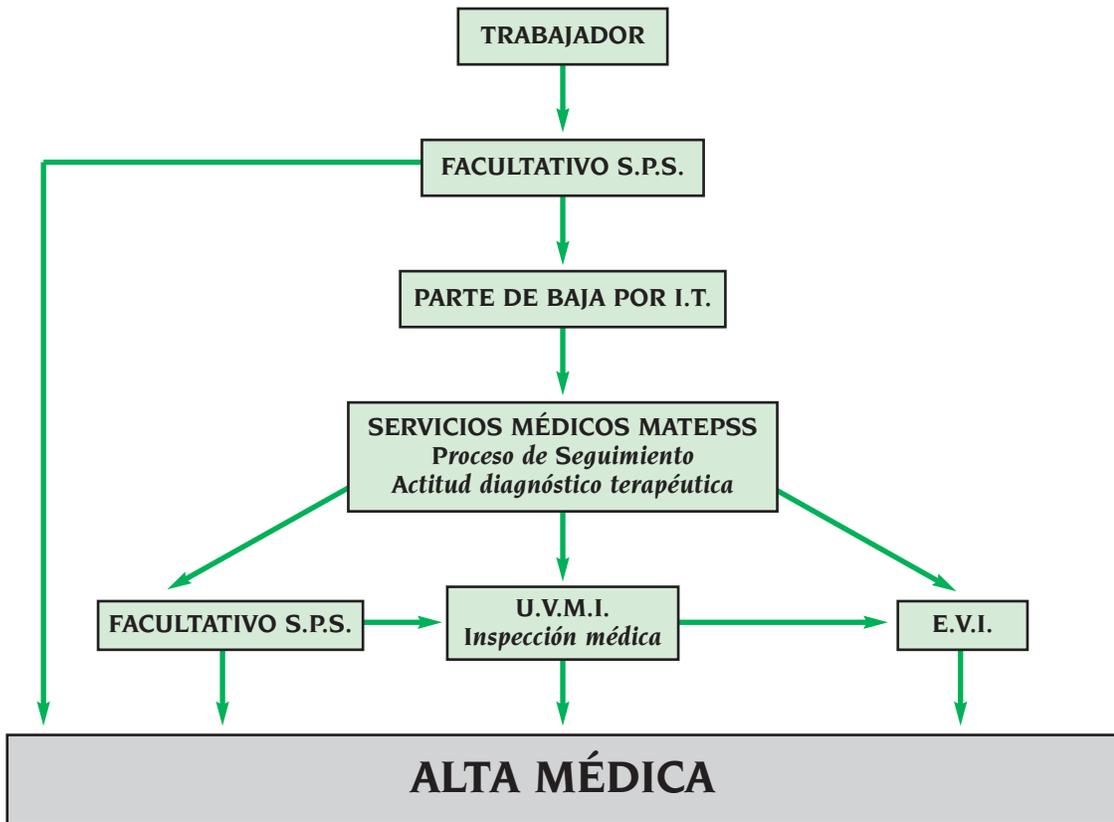
5. En muchos casos hay *motivaciones administrativas*, a instancias de la dirección de la MATEPSS, que hace se concluya el seguimiento. Por ejemplo, una vez que emite una propuesta de alta o bien cuando se han iniciado trámites para la suspensión del subsidio de incapacidad temporal por causa no médica. Esta finalización, lleva en su motivación principal un trasfondo legal. El hacer ver que no existe o no se considera exista un motivo médico que haga necesario la continuidad bien de un seguimiento, bien de una actitud diagnóstico terapéutica del trabajador, en base a la definición de contingencia anteriormente expuesta (*asociando la percepción del subsidio por Incapacidad temporal a que debe existir una necesidad de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, mientras que se considere que el trabajador esté impedido para su actividad laboral*).

En el esquema de la página siguiente hacemos un resumen del proceso de notificación que habitualmente se lleva en la contingencia común. El trabajador acude al facultativo del Servicio público de Salud, el cual tras las comprobaciones oportunas, emite el correspondiente parte de baja. Cuando éste considera que el trabajador se encuentra apto para la reincorporación a su actividad profesional emite el correspondiente parte de alta médica, que puede ir precedido o no de los partes de confirmación de contingencia común apropiados. Si el periodo de Incapacidad Temporal se prolonga, entonces se cita al trabajador a revisión por los Servicios Médicos de la Mutua para seguimiento y actitud diagnóstico-terapéutica.

Tras las valoraciones oportunas y cuando los facultativos de estas entidades crean que el trabajador no se encuentra impedido para el trabajo, pueden emitir propuesta de alta médica, en los términos anteriormente expuestos, que las unidades de inspección médica de los Servicios Públicos de Salud harán llegar al facultativo correspondiente. Que si lo estima conveniente emitirá el alta médica del trabajador o bien se puede oponer a los criterios argumentados por la Mutua. Este facultativo puede solicitar una valoración del trabajador por la inspección médica (UVMI) al igual que los Servicios Médicos de la Mutua. Esta entidad superior, puede dictaminar a favor del alta médica, a favor de la continuidad de la Incapacidad Temporal o bien, cuando las circunstancias lo requieran, derivar al trabajador para valoración por el EVI.

El Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI) se encarga de determinar si un trabajador reúne las condiciones legalmente establecidas para considerarlo en situación de Incapacidad Permanente en cualquiera de sus modalidades. Los Servicios Médicos de las MATEPSS pueden proponer el alta médica por invalidez a este organismo. Previamente a la valoración por sus facultativos, el trabajador pasa un filtro por los

inspectores de la UVM I que pueden rechazar dicha propuesta. Una vez que la UVM I emite su dictamen con pase a valoración del EVI, se emite un alta administrativa a la espera de la cita control. En ella se puede estimar que el sujeto es subsidiario de una incapacidad permanente, o que por el contrario, no reúne los requisitos establecidos para la misma, causando alta médica.



B) ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

Según nuestra experiencia en el ámbito del control de la contingencia común, propondríamos la siguiente clasificación médico legal.

1. En función del tiempo.
 - a) De resolución precoz.
 - b) De resolución a corto plazo.
 - c) De resolución en medio plazo.
 - d) De resolución a largo plazo.
 - e) De resolución demorada por el retraso en el acceso a pruebas complementarias y citas especializadas.
2. En función del tipo de las patologías.
 - a) Patología traumatológica.
 - b) Patología psiquiátrica.

- c) Patología médica.
 - d) Embarazo.
3. En función de previsión en el futuro.
 - a) Susceptible de resolverse como Incapacidad Temporal.
 - b) Susceptible de derivar a Incapacidad Permanente.
 4. En función de su cualidad legal laboral.
 - a) Incapacidad inicialmente considerada como accidente de trabajo y luego rehusados.
 - b) Incapacidad considerada contingencia común, con petición del trabajador de que se considere accidentes de trabajo.
 - c) Incapacidad que cursa como contingencia común únicamente.
 5. En función del tipo de trabajador.
 - a) Con predisposición a cura y/o mejoría de su enfermedad o accidente.
 - b) Sin predisposición a cura y/o mejoría de su enfermedad o accidente.

1. En función del tiempo.

- De resolución precoz

En esta categoría podemos considerar aquellas patologías banales que permiten la reincorporación del trabajador en un plazo inferior a quince días. En mucho de los casos no llegan a ser vistas por los Servicios Médicos de las MATEPSS. Corresponderían por ejemplo a catarros, procesos infecciosos autolimitados, pequeñas heridas y contusiones, pequeños brotes alérgicos, bronquitis, etc.
- De resolución a corto plazo

Aquí englobaríamos a aquellas patologías que van desde los quince días a los dos meses. Suelen entrar en el control inicial de las MATEPSS. Incluiríamos aquí patologías frecuentes y fácilmente solucionables, como lumbalgias, cervicalgias, esguinces de rodilla, muñeca y tobillo, reagudizaciones de enfermedades sistémicas, fracturas de falanges y de base de metatarsianos, etc.
- De resolución a medio plazo

Serían aquellas que van de los dos a los seis meses. Aquí pueden incluirse fracturas de más entidad como por ejemplo la del escafoides carpiano, intervenciones meniscales y su proceso de rehabilitación.
- De resolución a largo plazo

Son patologías que exceden de previsión de más de seis meses de Incapacidad Temporal, por ejemplo cuadros depresivos importantes, trastornos psiquiátricos graves, esclerosis múltiple, fracturas complejas y de especial localización como puede ser la de cadera, prótesis en articulaciones previamente artrósicas, tumores cerebrales intervenidos... Igualmente incluiríamos aquí, aquella patología perteneciente a los apartados anteriores que se complica por cualquier causa y haga que se prolongue en el tiempo. Otro punto importante, lo constituyen aquellos procesos que son tributarios de transformarse en incapacidad permanente y que innecesariamente se prolongan en el tiempo sin realizar una propuesta de valoración al Equipo de Valoración de Incapacidades.

- De resolución demorada por el retraso en el acceso a pruebas complementarias y citas especializadas.

La realización de pruebas complementarias en el sistema público de Salud (caso de la RMN y las encaminadas a detectar alergias), acceso a citas especializadas no preferentes (hasta un año en alergología y casos de ocho y nueve meses en rehabilitación y algo menos en neurología) hace que muchas patologías enmarcables dentro de los tres primeros epígrafes se retrasen innecesariamente y pasen a englobar el conjunto de las de resolución a largo plazo.

2. En función de las patologías.

Recordemos que distinguíamos la patología traumatológica, la patología psiquiátrica, la patología médica, y el permiso por embarazo.

En conjunto podemos decir que abunda sobremanera la “*patología traumatológica*” aguda con fracturas, luxaciones, esguinces, algias por procesos osteoarticulares degenerativos... Caso aparte son las cervicalgias, lumbalgias y algias inespecíficas sobrevaloradas o exageradas por el propio paciente, o en ocasiones de alto carga simuladora. El grupo de la “*patología psiquiátrica*” es el que comprende la mayor dificultad de resolución. En un cierto número de casos si se ajusta a un diagnóstico establecido a la clasificación DSM-IV-TR o CIE-10 y son susceptibles de causar baja laboral. Pero en otro, la clínica que presentan no está bien definida y se meten en el “*cajón de sastre*” de los cuadros ansiosos y depresivos; lo cual viene a justificar un periodo de incapacidad temporal que no procede. Cada vez se ven con más frecuencia cuadros que se corresponden con malas relaciones interpersonales entre trabajadores y superiores jerárquicos; de aquí se deriva una sintomatología ansiosa, reacciones maldadaptadas, y rechazo a incorporarse al trabajo, porque es el origen del malestar psíquico que manifiesta el trabajador. No es infrecuente que estas situaciones se vayan derivando hacia la calificación de “acoso moral” o “mobbing” que empieza a tomar consistencia legal ante los tribunales. Pensamos que en un futuro inmediato, las MATEPSS deberán diseñar protocolos de actuación para abordar estos complejos y espinosos temas que generan largos periodos de baja mientras se le da un resolución judicial a la situación.

Bajo el epígrafe “*patología médica*”, incluimos todas aquellas patologías distintas a las dos anteriores y que son tributarias de seguimiento por medicina interna y/o otras especialidades.

Hemos incluido en este apartado el “*embarazo*”, por las peculiaridades que representa a la hora del control de la contingencia común. Cuando éste genera baja laboral, suele coincidir con el inicio del mismo (primer trimestre) en relación a vómitos y nauseas o amenazas de aborto. O bien cuando el embarazo está ya bastante avanzado (tercer trimestre) por complicaciones importantes del mismo (como embarazo de alto riesgo o amenaza prematura de parto) o ya sintomatología propia del aumento del tamaño de placenta y feto (astenia, disnea, lumbociáticas, insuficiencia venosa periférica con edemas...). Generalmente el control de las mismas, sobretudo en el tercer trimestre, de carácter telefónico, ya que el hecho de que una vez terminado el perio-

do de incapacidad temporal previo al parto se inicie la baja maternal, hace que no sean susceptibles de una rápida reincorporación y por tanto de un control excesivamente exhaustivo.

3. En función de previsión en el futuro.

Considerábamos la situación *Susceptible de resolverse como Incapacidad Temporal, y la Susceptible de derivar a Incapacidad Permanente.*

Hay patologías que se inician y concluyen como incapacidad temporal, pero otras por su especial gravedad o complicación en el desarrollo de este periodo, deben ser propuestas como incapacidad permanente al equipo de valoración de incapacidades, incluso antes de la conclusión del periodo legal de 12 meses, si estimáramos que no es tributaria de resolverse y las limitaciones funcionales son irreversibles.

4. En función de su cualidad legal laboral.

Distinguíamos: La Incapacidad inicialmente considerada como accidente de trabajo y luego rehusados; la Incapacidad considerada contingencia común, con petición del trabajador de que se considere accidente de trabajo, y la Incapacidad que cursa como contingencia común únicamente.

5. En función del tipo de trabajador.

En este apartado encontramos los trabajadores con predisposición a cura y/o mejoría de su enfermedad o accidente, y aquellos que no tienen predisposición a cura y/o mejoría de su enfermedad o accidente

Evidentemente con ambos epígrafes está todo dicho. Hay trabajadores a los que les mueve una finalidad meramente económica y hacen todo lo posible por demorar el periodo de incapacidad temporal.

C) CONTROL DE PATOLOGÍAS

Como hemos visto, la variedad de situaciones patológicas con las que nos encontramos, exige del Médico de la MATEPSS unos amplios conocimientos ya no sólo médico-legales, sino a nivel multiespecialidad que le permitan evaluar en cada momento en qué situación se encuentra el proceso de enfermedad, qué actitudes diagnósticas y pruebas complementarias son necesarias, llegando así a la terapia más apropiada que fundamente una propuesta de alta argumentada al Médico del Servicio Público Sanitario, que finalmente resolverá el proceso de Incapacidad Temporal del trabajador.

Simulación.

Para Minkowski, *“la simulación es un proceso psíquico caracterizado por la decisión consciente de reproducir trastornos patológicos valiéndose de la imitación mas o menos directa, con la intención de engañar a alguien, manteniendo el engaño con la ayuda de un esfuerzo continuo durante un tiempo más o menos prolongado”.* Vallejo-Nájera añade *“...Sólo se constituye en verdadera simulación cuando al fingir la enfermedad se obtiene provecho...”*

Siguiendo a Gisbert Calabuig, una clasificación simple permite distinguir las siguientes variedades de enfermedades simuladas atendiendo la naturaleza del fraude clínico.

1. Enfermedades provocadas.

Se llaman así cuando el mismo individuo se produce artificialmente lesiones o síntomas. En estos casos la enfermedad es real y no se simula ella misma. Se provoca con la intención de engañar y con finalidad utilitaria. Es poco frecuente en el ámbito de la Contingencia común.

2. Enfermedad alegada.

Es la variedad más simple, limitándose el sujeto a la simple alegación de los síntomas, sin que haya manifestaciones objetivas de ellos. En este caso una adecuada exploración física, el conocimiento del historial médico previo del trabajador y unas mínimas pruebas complementarias eficientes (rx, bioquímica, hemograma...) permiten detectar la simulación. A lo que hay que unir evidentemente la voluntad y decisión del facultativo correspondiente de facilitarle el alta

3. Enfermedad imitada.

Constituye la variedad más frecuente y típica de simulación: el sujeto reproduce como un actor los caracteres externos de la enfermedad o de sus síntomas.

4. Enfermedad exagerada.

Partiendo de la existencia de síntomas morbosos con anterioridad a la simulación, se exageran éstos para dar mayor relevancia a la enfermedad o sufrimiento, que esa cusa y conseguir de tal modo mayores provechos. Tanto este punto como el anterior son de suma dificultad a la hora de valorar el proceso en el marco de contingencia común, ya que el médico del Servicio Público de Salud inicia una dinámica de citas especializadas y pruebas complementarias con el fin de detectar un proceso que bien no existe o bien ya estaba presente y era conocido.

5. Enfermedad imputada.

También aquí hay una enfermedad real, pero ésta no se exagera ni se modifica; el simulador se limita a falsear su origen. De ordinario se traga de enfermedades traumáticas o lesiones que se pretenden imputar a una enfermedad espontánea, o hacer responsable a determinado traumatismo cuando su origen real fue otro. Este es un punto muy importante sobre todo cuando inicialmente solicitan atención considerando que han sufrido un accidente de trabajo, sin reunir sus características legales. Por lo que los Servicios Médicos de las MATEPSS lo rehusan como accidente laboral y el trabajador genera una baja por Incapacidad Temporal derivada de Contingencia Común.

Para no hacer demasiado extenso este epígrafe, que conllevaría un monográfico exclusivo a cerca de la simulación en el ámbito laboral, nos limitaremos a enumerar de forma concreta y sucinta algunos aspectos que creemos de más interés:

1. El trabajador de forma voluntaria es consciente del fraude.

2. El individuo esté enterado conscientemente de lo que está haciendo y del motivo responsable su actitud.
3. Está resuelto a llevar su propósito hasta un resultado preconcebido.
4. Imita trastornos patológicos o de sus síntomas.
5. Pretende una finalidad utilitaria, al prolongar el periodo de Incapacidad Temporal el mayor tiempo posible con la finalidad de:
 - Obtener el beneficio económico del subsidio que lleva apareado,
 - Conseguir una resolución que considere su proceso Incapacidad Permanente agotando los plazos legalmente establecidos.
 - Evitar quedarse en desempleo, al encontrarse en situación asimilada al alta por agotamiento de su contrato laboral.
 - El prolongar deliberadamente las lesiones y el tiempo de incapacidad con el fin de reclamar indemnizaciones en procesos legales en los que esté inmerso.
 - Eludir realizar determinados trabajos dentro de la empresa para los que ha tenido nueva asignación o bien evitar traslados a otros centros laborales distantes a su domicilio.
 - Evitar el contacto con jefes y/o compañeros con los que mantiene diferencias y disputas.
6. El trabajador toma actitudes conducente al retraso de su diagnóstico y dificultad de control por los médicos de las MATEPSS:
 - No acude a las citas especializadas o a la realización de pruebas complementarias que se le pautan.
 - Se cambia de domicilio para eludir el seguimiento del Médico del Servicio Público de Salud que le evalúa normalmente. Con lo que otro Facultativo se hace cargo del seguimiento con el consiguiente desconocimiento de sus circunstancias socio-laborales, su historial médico y el proceso que ha llevado su enfermedad.
 - No aporta la documentación médica que se le solicita en tiempo y forma.
 - Soporta un exceso de actitudes terapéuticas sobre su persona e integridad física, así como numerosas pruebas diagnósticas, a sabiendas de que no le reporta ningún tipo de beneficio. Otras veces se le pauta tratamiento que conscientemente no toma.
 - Aporta datos o manifiesta una clínica, que hacen que la historia y exploración no sean concordantes con las quejas del sujeto.
 - El definir mal sus síntomas o por el contrario dramatizar algunos de forma muy concreta.
 - Mala colaboración del sujeto en las exploraciones.
 - Resistencia a aceptar un diagnóstico favorable. Esto hace que muchos trabajadores, vayan cambiando de médico, acudiendo a varios especialistas, que van solicitando las pruebas complementarias que creen oportunas. Lo que lleva a un retraso innecesario del diagnóstico, real o no, del proceso que presenta el trabajador.
 - Oculta antecedentes previos patológicos, pruebas diagnósticas y valoraciones especializadas anteriores que dificultan el proponer el alta médica por Inicio de

un nuevo periodo de Incapacidad Temporal por la misma patología. Mención aparte merece cuando a los trabajadores se les deniega mediante resolución la condición de tener una Incapacidad Permanente, con lo que el EVI le da el alta directa y vuelven a causar baja médica dentro de los seis meses posteriores a la resolución, con lo que se consideraría derivado del mismo proceso y por tanto una acto no legal.

- Son frecuentes las recaídas de los mismos procesos tras un tiempo corto o determinado de tiempo, y en muchos casos coincidentes con un nuevo contrato laboral tras un periodo de desempleo.

7. La simulación puede sospecharse en las siguientes situaciones, según DSM-IV:

- Cuando los trastornos aparecen en un contexto médico-legal, y especialmente en las exploraciones a instancia de parte. Lo valoramos cuando atribuyendo el motivo de una enfermedad, solicita la baja médica con la finalidad de obtener los beneficios antes mencionados.

- Cuando existen discrepancias muy considerables entre las molestias referidas por el paciente y los hallazgos objetivos de la exploración médica. De ahí la importancia en el terreno psiquiátrico.

- Si se observa una falta de cooperación por parte del presunto paciente: reticencia para ser explorado, rechazo a realizar tratamientos de prueba, incumplimiento del régimen de tratamiento prescrito, etc.

- Existencia de una historia previa de un trastorno antisocial de la personalidad

D) DOCUMENTOS MÉDICO-LEGALES

En la actividad diaria desarrollada por el médico de una MATEPSS entra la realización y manejo de numerosos documentos médico legales. Sin perjuicio de los aquellos destinados a la gestión del accidente laboral, nos centraremos en los de mas relevancia en el control de la Incapacidad Temporal derivada de Contingencia común de la Seguridad, y estos son:

1. La propuesta de alta médica.
2. La propuesta de Incapacidad.
3. La petición de valoración e informe a la inspección médica.
4. Informes médicos emitidos por petición judicial.

La propuesta de alta médica.

Cómo ya hemos dicho en los apartados anteriores, es un documento que nos permite comunicar al Facultativo de Atención Primaria que ha emitido el parte de baja, que el trabajador se encuentra en una situación médica que no le impide el normal desarrollo de su actividad profesional. En todo ello, se nos antoja imprescindible el que sea acompañada de la documentación médica oportuna en la que basar nuestros argumentos. El modelo de documento que proponemos debe constar de los siguientes extremos:

a) En el anverso: Datos de filiación del trabajador. Datos de la prestación: Fecha de la baja, diagnóstico de la misma, puesto de trabajo, facultativo médico responsable

y centro de atención sanitaria. Causa que motiva la propuesta de alta: Curación, fallecimiento, mejoría que permite realizar el trabajo habitual, incomparecencia... Si se acompaña o no de documentación complementaria y la naturaleza de la misma. Justificación de la propuesta: en la que no debemos limitarnos a decir que el trabajador se encuentra apto. Debemos reflejar la edad del trabajador, su profesión, la fecha de baja, el motivo que la genera y su origen, si ha causado periodos de incapacidad por el mismo motivo previamente al episodio actual. También debe quedar reflejado que valoraciones médicas ha recibido, las pruebas complementarias y tratamientos seguidos, así como el estado actual del trabajador. Colegiado que emite la propuesta, especialidad, fecha y firma. Añadiendo la fórmula final: *“Por todo lo cual, se considera que el trabajador no está impedido para el trabajo y se propone el alta médica según lo dispuesto en el artículo de la Orden Ministerial de 19 de junio de 1997, por la que se desarrolla el RD 575/97, de 18 de abril, que regula determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal”*.

b) En el reverso: El inspector médico firma. Si el facultativo está o no de acuerdo con la propuesta. Indicando la fecha del alta, si se produce, o los motivos por los que muestra su disconformidad. Debe figurar un apartado en el que se refleje que no hay pronunciamiento expreso del facultativo en el plazo previsto.

La propuesta de Incapacidad.

Es el mismo documento, lo único que varía es que debemos señalar en el epígrafe correspondiente a la causa que motiva la propuesta de alta, el punto “propuesta de invalidez”. Así mismo debe ir acompañada por la documentación médica en la que basamos nuestro argumento.

El artículo 4.1.C del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, y el artículo 5.1 b), establecen que el procedimiento para evaluar la incapacidad permanente se iniciará a instancias de las Mutuas, en aquellos asuntos que les afecten directamente. De esta redacción, se puede deducir que las MATEPSS están facultadas para iniciar procedimiento de declaración de grado de Incapacidad Permanente, no solo en los supuestos de accidentes de trabajo, sino también en contingencias comunes. Sin embargo, el INSS considera, con carácter general, que la iniciación del expediente de invalidez debe realizarse a través de la inspección médica, ya que el art. 5 del indicado Real Decreto exige que se aporte el alta médica; si bien esta exigencia es contraria a lo establecido en el propio Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que en su artículo 134, párrafo segundo, establece que para la declaración de la Invalidez Permanente, no será necesaria el alta médica cuando concurren secuelas definitivas.

La petición de valoración e informe a la inspección médica (UVMI).

Ya hemos hablado de su función previamente y cuando se suele utilizar. Esta petición se realiza mediante un modelo en el que figuran los datos del facultativo y de la MATEPSS solicitante, los de filiación del trabajador y la argumentación de por qué se pide ese informe. La UVMI debe responder en un breve plazo de tiempo indicando en el mismo modelo, cuál es el estado actual del trabajador, cuál es la patología

que motiva la incapacidad temporal, las limitaciones funcionales actuales, qué actitudes diagnósticas se están empleando, en qué medida se desarrolla su proceso terapéutico y la previsión de duración de la baja médica.

Informes médicos emitidos por petición judicial.

En algunas ocasiones el mecanismo causal que motiva la patología origen de la Incapacidad Temporal es susceptible de pleito judicial. Como es el caso de los accidentes de tráfico, accidentes no laborales o las agresiones. Entonces, se suelen recibir en las MATEPSS oficios judiciales solicitando se informe sobre diversos apartados que puedan ser de utilidad al médico forense para su valoración definitiva. En consecuencia, los Servicios Médicos de las Mutuas deben emitir informes médicos, con trasfondo legal, a cerca de cuál es la patología por la que se ha valorado al trabajador, las pruebas diagnósticas y terapias facilitadas (normalmente rehabilitación), fecha en la que se propone el alta y estado clínico lesional en ese momento.

E) CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA E INTIMIDAD DEL TRABAJADOR

En este apartado es preciso tener en cuenta el derecho a la intimidad, recogido en la Constitución, del que se ha derivado numerosa normativa que protege de forma especial la confidencialidad y el secreto profesional, respecto a los datos de salud. Recordamos de forma especial la Ley 41/2002 sobre autonomía del paciente y documentación clínica en la que se hace mención expresa a la forma de custodia de la historia clínica, así como la posibilidad de acceso a la misma. También la normativa laboral (Ley de Prevención de Riesgos Laborales, Reglamento de los Servicios de Prevención, etc.) menciona el deber de confidencialidad de los datos de salud de los trabajadores y la necesidad de obtener el consentimiento para las exploraciones o decisiones terapéuticas. Sobre estos aspectos ofrecemos algunas citas en la bibliografía general del artículo.

F) MARCO JUDICIAL

Evidentemente la documentación médico legal que se emite y los actos médicos llevados adelante, se realizan en un marco legal y judicial que genera múltiples situaciones en las que los Servicios Médicos de las MATEPSS deben estar presente. Sírvanos como ejemplo, la asistencia a juicio como peritos de parte en los casos en los que hay discrepancia entre la Mutua y el trabajador por la cualidad que debe tener la Incapacidad temporal (accidente de trabajo o contingencia común). Así mismo tampoco es extraño que se produzca alguna denuncia de tipo penal sobre estos facultativos.

G) DISCREPANCIAS MATEPSS-TRABAJADOR

Un tema a considerar es el de las discrepancias que pueden establecerse entre la MATEPSS y el trabajador por la cualidad de la Incapacidad Temporal, es decir, si es

Accidente de trabajo o Contingencia común. Claramente, resulta más beneficioso para un trabajador causar baja médica por el primero, en base a los beneficios sociales que tiene, como son el recibir el 100 % de su base de cotización, el acceso gratuito a medicinas, la no necesidad de haber cotizado 180 días en los cinco años previos para recibir el subsidio..., y si está próxima la finalización de su contrato y el trabajador tiene unos rasgos de personalidad vulnerables, su tendencia a la conversión sintomática, puede favorecer esta situación.

La *determinación de contingencia*, como así se llama a esta situación, es uno de los temas más espinosos que debe solucionar el cuerpo facultativo de las mutuas de accidentes de trabajo. Tener claro si una lesión corporal tiene o no origen laboral no es tarea fácil.

El trabajador acude a la mutua demandando asistencia sanitaria y explicando un mecanismo lesional y un consecuente daño corporal o psíquico. Tras las exploraciones pertinentes, que pueden prolongarse varios días debido a la necesidad de utilizar técnicas complementarias de diagnóstico o bien que el trabajador sea reconocido por algún especialista, se llega a la conclusión que no existe nexo posible entre el hipotético traumatismo y las lesiones que presenta. En esta situación se debe remitir al trabajador a los Servicios Médicos de la Sanidad Pública, con el consiguiente informe. Una vez que el lesionado acude a su médico de Atención Primaria es frecuente que se firme un nuevo parte de baja pero esta vez por Incapacidad Temporal derivada de Contingencia común. En nuestra experiencia esta circunstancia se podría evitar en un elevado número de casos, si las empresas mediante el correspondiente parte de comunicación de accidente laboral, notificaran a la Mutua previamente a la solicitud de asistencia sanitaria del trabajador, y que éste ha tenido un accidente derivado de su actividad laboral. Hay muchos casos, que tras la atención inicial e incluso varias citas posteriores, se recibe un fax en la MATEPSS en la que la empresa no reconoce o muestra su disconformidad con que se haya producido tal accidente.

La posición del trabajador, en estos casos, es su solicitud al INSS para que esta nueva baja laboral por contingencia común se considere derivada de aquel accidente cuya alta se le expidió. El INSS solicita dictamen de la UVMI su informe y, una vez recibido, se somete a la calificación de la CEI previo análisis de las alegaciones de la Mutua a quien se le da vista de todas las fases del procedimiento administrativo: El INSS dictará una resolución administrativa, de carácter ejecutivo, cuya impugnación deberá hacerse primero ante el propio INSS mediante la interposición de la reclamación previa y, posteriormente, ante los Juzgados de lo Social. El problema posterior, es que muchas empresas tiene concertadas con la Mutua no sólo la asistencia por accidentes laborales, sino también, la cobertura de la Contingencia Común, por lo que el trabajador deberá ser seguido de nuevo en estas entidades por un proceso no laboral, con la consiguiente tensión y dificultades de valoración en la relación médico paciente, por un trasfondo económico y judicial.

No vamos a entrar en profundidad en otros aspectos, aunque no queríamos dejar de mencionar dos en concreto. El primero de ellos, es cuando a instancia de las MATEPSS el Facultativo del Servicio Público de Salud emite el alta médica, con lo que el trabajador no está conforme e inicia acciones legales contra la Mutua. Y el segundo va refe-

ruido a la suspensión de la prestación económica, toda vez que el trabajador ha sido seguido por los Servicios Médicos de las MATEPSS sospechándose una simulación o bien que el trabajador continua con la misma actividad laboral u otra paralela.

En estos casos, un proceso de investigación privada puede llevar a la prueba de la actividad laboral “oculta” del trabajador, lo que unido al criterio médico de que su enfermedad no es impeditiva, haga que se le suspenda la prestación económica en base a una actuación fraudulenta del trabajador. En el mismo sentido, en un elevado número de casos esta situación acaba en pleito en la jurisdicción laboral.

PROPUESTA

Como hemos visto a lo largo de la exposición, el control médico de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes de la Seguridad Social requiere de unos conocimientos jurídicos, médico legales y clínicos amplios. Para dar una alternativa apropiada a las circunstancias de cada trabajador. No hemos de olvidar que la argumentación y el apoyo sólido de aquello que expresamos en los documentos médico legales que se emiten, son la base de la credibilidad de una entidad tan importante como una MATEPSS. Y por los que un facultativo pone su firma en un acto administrativo que genera un alta médica, lo que lleva consigo la reincorporación inmediata del trabajador a sus actividades laborales y la extinción del derecho al subsidio económico que venía recibiendo.

Proponemos por tanto la creación en las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, como algo necesario, de **Unidades específicas de Valoración Médico Forense de la Contingencia Común (UMEFECO)** bajo la dirección de un Médico Especialista en Medicina Legal y Forense o en Medicina del Trabajo; éste debería coordinar un equipo multidisciplinar presencial, que incluyera como mínimo otros Especialistas: un traumatólogo, un psiquiatra, un rehabilitador con sus fisioterapeutas, un área de enfermería con formación administrativa y médico legal y una unidad de gestión de historias clínicas encargada de recepcionar y organizar la documentación médica de los trabajadores. Todo ello con el apoyo de un organigrama jurídico-administrativo que diera cobertura a los actos médico legales realizados.

Algunas de las funciones que tendrían encomendadas estas unidades serían:

1. La exploración, valoración y seguimiento adecuados del trabajador que causa baja laboral, a lo largo de su proceso de Incapacidad Temporal.
2. La recepción de su documentación médica.
- 3.. Facilitar los medios diagnósticos y terapéuticos, para una pronta determinación de su dolencia y una rápida resolución de la misma.
4. La emisión de documentos médico legales con la suficiente solidez y solvencia para que los facultativos del Servicio Público de Salud, ya sean médicos de Atención Primaria o inspectores, resuelvan el periodo de Incapacidad Temporal sin dudas.

5. El realizar informes y participar en todos aquellos actos judiciales que requieran de la presencia de un perito médico.
6. Asesorar a las áreas jurídicas de las Mutuas en los pleitos que los trabajadores planteen contra ellas.
7. Emitir informes de secuelas laborales y propuestas de incapacidad en aquellos casos que sea necesario.
8. Aquellas en las que el ejercicio médico esté presente.

BIBLIOGRAFÍA

- Castellano Arroyo, M^a. “Salud Laboral y Unión Europea. En España y Europa, hacia un ideal sanitario común”. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2002
- Castellano Arroyo, M^a. “Aspectos Médico-legales del mobbing. En Estrés laboral y riesgos psicosociales”. La Mutua. Revista técnica de salud laboral y prevención, n° 9, año 2003.
- Fernández Portal, L. y Llanos Alcazar, L.F. “Guía de Aspectos legales en Cirugía Ortopédica y Traumatología”. 1^a edición. Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y traumatología. Drug Farma S.L. Madrid, 2000.
- Gisbert Calabuig, J.A. “Medicina Legal y Toxicología”. 5^a edición. Editorial Masson. Barcelona 1998.
- “Guía de Normas Básica. Gestión de la Prestación económica de incapacidad temporal por contingencias comunes”. FREMAP. Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
- “Medicina Legal y Toxicología”, coord. E. Villanueva Cañadas. 6^a ed. Editorial Masson. Barcelona, 2004.
- Hernández Cueto, Cl. “Valoración médica del daño corporal. Guía práctica para la exploración y evaluación de lesionados”. 2^a edición. Editorial Masson. Barcelona 2001.