



[EL REPORTAJE DEL DÍA]

INCAPACIDAD TEMPORAL. La Escuela Nacional de Medicina del Trabajo y el Instituto Nacional de la Seguridad Social han editado una *Guía de valoración de la incapacidad laboral para médicos de atención primaria*, en plena polémica sobre los incentivos para reducir las bajas. La nueva guía

trata de evitar las diferencias de criterio en la valoración de las bajas por IT entre médicos de AP e inspectores, pero los datos de la Seguridad Social muestran que hay más variabilidad en los datos entre autonomías que diferencias de criterio entre profesionales.

Criterios comunes para conceder una baja

■ Laura G. Ibañes

No hace falta recurrir a la huelga encubierta que protagonizaron los trabajadores del Metro de Madrid vestida de baja por enfermedad ni a la polémica por la crisis de los controladores aéreos, para aceptar que queda todavía mucho margen de mejora en la gestión de la incapacidad temporal (IT). Es suficiente con observar los últimos datos que ha publicado la Seguridad Social sobre 2010: la duración media de las bajas por enfermedad común de Valencia, Galicia o Murcia duplica la de regiones como Madrid, Navarra o Baleares. Concretamente, la media nacional se sitúa en 41,5 días para cada proceso de baja, mientras en Valencia se eleva a 60,1 días, en Galicia a 59,7 días y en Murcia a 56,9 días, mientras que se sitúa en sólo 29,1 días en Navarra o 31,6 en Madrid.

Juan de Dios Villar, representante en la Comisión de Coordinación de la Inspección en el SNS en el Consejo Interterritorial de Salud, opina que tras estas diferencias está una disfunción habitual en el sistema sanitario: quien asume el coste no es quien tiene la capacidad normativa. Por esta razón defiende a ultranza los convenios que se han firmado en los últimos años entre las autonomías y la Seguridad Social y que algunas regiones han trasladado posteriormente al médico en forma de incentivos por la reducción de la incidencia y duración de las bajas por incapacidad temporal. "Hasta que se firmaron estos convenios las autonomías no tenían interés alguno en mejorar los datos y las bajas crecían sin parar", afirma.

Esta clase de incentivos se han topado con la fuerte oposición de los sindicatos (ver DM del 11-1-2010) y han sido incluso denunciados ante el Defensor del Pueblo, pero Antonio Iniesta, presidente de la Asociación Española de Especialistas de Medicina del Trabajo, coincide con Villar en que "los bonus han sido una buena fórmula para mejorar la gestión de la IT".

Ambos han participado

Desigualdades regionales en incapacidad temporal

País	Prevalencia por cada mil trabajadores	Incidencia media mensual por cada mil trabajadores	Duración media
Andalucía	23,45	20,8	43,9
Aragón	25,5	25,36	35,9
Asturias	30,3	22,4	54,1
Baleares	27,35	26,3	36,3
Canarias	29,9	29,6	40,8
Cantabria	30,3	25,8	41,5
Castilla y León	23,5	19,6	45,0
Castilla-La Mancha	24,4	20,5	46,1
Cataluña	27,5	27,0	36,8
Extremadura	20,1	15,1	52,2
Galicia	32,8	20,31	59,7
Madrid	22,5	27,7	31,6
Murcia	31,4	21,3	56,9
Navarra	27,9	35,9	29,1
La Rioja	20,3	23,2	35,2
Valencia	27,6	16,8	60,1
País Vasco	32,9	28,9	41,9
Ceuta	28,5	27,1	31,4
Melilla	27,1	30,0	32,6
Total Nacional	26,3	23,8	41,5

Fuente: Ministerio de Trabajo. Datos a cierre de tercer trimestre de 2010.

en la elaboración de una nueva *Guía de valoración de la incapacidad laboral para médicos de atención primaria*, que han presentado el Instituto de Salud Carlos III y el Instituto Nacional de la Seguridad Social para tratar de

eliminar las diferencias actuales en la gestión de la incapacidad temporal.

Para Jerónimo Maqueda, director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III, la nueva guía visibiliza

"la necesaria coordinación entre los médicos de atención primaria, los médicos del trabajo, los especialistas y los inspectores".

En este sentido, María Fernández, vicepresidenta de la Sociedad Española de

El 93 por ciento de las bajas por incapacidad temporal indicadas por médicos de atención primaria son confirmadas por los inspectores

Regiones como Valencia, Murcia o Galicia prescriben bajas el doble de largas que las de autonomías como Madrid, Navarra o Baleares

Medicina de Familia y Comunitaria, explica que "desde hace tiempo los médicos de primaria somos los únicos que podemos dar la baja por incapacidad temporal y parece una incongruencia que siendo así desconozcamos las características del puesto de trabajo del paciente, que las conoce el médico del trabajo y que los criterios de evaluación de los médicos de primaria difieran de los de los inspectores".

Para evitar estos problemas Iniesta aboga por "unificar la historia clínica y la laboral para que el médico disponga realmente de información sobre los riesgos de cada puesto de trabajo y, sobre todo, disponer de un sistema de valoración para cada puesto de trabajo porque el médico debe tratar siempre las dolencias, pero eso no siempre debe significar una baja por incapacidad temporal. Hay que evaluar los riesgos de cada puesto de trabajo".

Para ello, Villar opina que es necesario replantear los sistemas de información actuales de la incapacidad temporal para que el médico disponga de su perfil prescriptor de bajas y pueda compararse con otros profesionales, pero, sobre todo, "adaptar los tiempos estándar y las guías que se están publicando a perfiles concretos de pacientes, en función del sexo o la edad, porque los tiempos no son los mismos para cada tipo de paciente".

PARTES

La *Guía de valoración de la incapacidad laboral para médicos de atención primaria* está organizada por grupos de diagnósticos y en ellos se establece la metodología que debe emplear el médico de primaria para las patologías más frecuentes, indicando los criterios comunes de valoración, el conjunto de datos clínicos relevantes, el historial del paciente, las exploraciones que se precisan, así como la duración estándar de la baja laboral.

María Fernández, vicepresidenta de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, que ha participado activamente en la elaboración de la guía, explica que "estas guías son útiles pero deben ir acompañadas de otras medidas como la reducción de la burocracia que genera la gestión de las bajas".

Juan de Dios Villar, representante de Inspección en el Interterritorial, aboga por "un cambio en los partes de baja para que no sean semanales". En esta misma línea, el Grupo Antiburocracia de Madrid, que integra a 2.400 médicos de AP, presentará hoy un manifiesto reclamando la supresión del actual sistema de partes de IT y afirma al respecto que "la última normativa sobre IT crea tensión en el polinomio paciente-inspección-médico de AP-médico que propone la baja, lo que está provocando que en muchos casos las bajas se eternicen". El Grupo Antiburocracia pide que "no haya necesidad de dar de baja en los siete primeros días, siendo el propio paciente quien autojustifique la ausencia".



Las decisiones del médico de AP y el inspector coinciden

Octavio José Granado, secretario de Estado de Seguridad Social, ha defendido la actuación actual de los médicos de primaria en la gestión de las bajas por incapacidad temporal y afirma que "estamos orgullosos porque hemos detectado que las decisiones de los médicos de primaria en las bajas coinciden en un 93 por ciento de los casos con los inspectores". Granado, en la imagen junto al director del Instituto de Salud Carlos III en la presentación de la *Guía de valoración de la incapacidad laboral para médicos de atención primaria*, explica que, con todo, el objetivo debe ir encaminado a "evitar las bajas con mayor prevención de las enfermedades profesionales, porque ofrecer una prestación significa haber fracasado en la prevención".



30 de Diciembre del 2010

Sólo se declaran un tercio de las enfermedades de origen laboral

- Las estadísticas sólo reconocen unas 30.000 enfermedades de origen laboral en España frente a las 80.000 estimadas.
- Las patologías de origen laboral más frecuentes son las debidas al ruido y a las vibraciones, así como las osteomusculares.
- Expertos alertan sobre la necesidad de incluir el cáncer de origen laboral en la lista española de enfermedades profesionales.

Las estadísticas sólo reconocen unas **30.000 enfermedades** de origen laboral en España frente a las 80.000 estimadas, por lo que sólo se declaran poco más de un tercio de las enfermedades de origen laboral que se producen cada año, según la (Aeemt).

En un comunicado, Aeemt asegura que las patologías de origen laboral más frecuentes son las debidas **al ruido y a las vibraciones**, así como las osteomusculares, seguidas de las dermatológicas y las respiratorias, ya que, actualmente, no se consideran enfermedades de origen profesional las patologías cardiovasculares y mentales.

Lista de enfermedades profesionales

Esto ocurre porque en España se consideran **patologías de origen laboral** sólo aquellas recogidas en la lista española de enfermedades profesionales y que, dentro de ésta, están relacionadas con una actividad y causa concreta.

Sin embargo, los especialistas creen que este **ranking de enfermedades** cambiaría si se tuvieran en cuenta todas las patologías de origen laboral. En concreto, afirman que el cáncer de origen profesional ocuparía un lugar importante, aunque actualmente se una de las enfermedades menos declaradas en España.

Por otro lado, la asociación denuncia que las muertes por enfermedad laboral apenas se reconocen, aunque cerca de 9.000 personas al año pierden la vida **por cáncer de origen laboral**, unas 1.700 fallecen por enfermedades respiratorias y casi 3.600 lo hacen por enfermedades cardiovasculares.

En este contexto, los especialistas en medicina del trabajo reclaman un **papel más relevante** y una mayor participación en la declaración de contingencias, así como que los listados de enfermedades profesionales sean más flexibles.



DIARIO MEDICO.COM

INICIO | MULTIMEDIA | ÁREA CIENTÍFICA | **ÁREA PROFESIONAL** | FORMACIÓN | OPINIÓN / PARTICIPACIÓN

Sanidad | Profesión | Normativa | Gestión | Entorno | La consulta

Portada > Área Profesional > Sanidad

EVITAR LAS DIFERENCIAS EN LAS VALORACIONES

Crterios comunes para conceder una baja

La Escuela Nacional de Medicina del Trabajo y el Instituto Nacional de la Seguridad Social han editado una *Guía de valoración de la Incapacidad laboral para médicos de atención primaria*, en plena polémica sobre los incentivos para reducir las bajas. La nueva guía trata de evitar las diferencias de criterio en la valoración de las bajas por IT entre médicos de AP e inspectores, pero los datos de la Seguridad Social muestran que hay más variabilidad en los datos entre autonomías que diferencias de criterio entre profesionales.

Laura G. Ibañes - Jueves, 20 de Enero de 2011 - Actualizado a las 00:00h.

☆☆☆☆☆ ¡vota! | 0 comentarios

compartir (¿qué es esto?)

No hace falta recurrir a la huelga encubierta que protagonizaron los trabajadores del Metro de Madrid vestida de baja por enfermedad ni a la polémica por la crisis de los controladores aéreos, para aceptar que queda todavía mucho margen de mejora en la gestión de la incapacidad temporal (IT). Es suficiente con observar los últimos datos que ha publicado la Seguridad Social sobre 2010: la duración media de las bajas por enfermedad común de Valencia, Galicia o Murcia duplica la de regiones como Madrid, Navarra o Baleares. Concretamente, la media nacional se sitúa en 41,5 días para cada proceso de baja, mientras en Valencia se eleva a 60,1 días, en Galicia a 59,7 días y en Murcia a 56,9 días, mientras que se sitúa en sólo 29,1 días en Navarra o 31,6 en Madrid.

Juan de Dios Villar, representante en la Comisión de Coordinación de la Inspección en el SNS en el Consejo Interterritorial de Salud, opina que tras estas diferencias está una disfunción habitual en el sistema sanitario: quien asume el coste no es quien tiene la capacidad normativa. Por esta razón defiende a ultranza los convenios que se han firmado en los últimos años entre las autonomías y la Seguridad Social y que algunas regiones han trasladado posteriormente al médico en forma de incentivos por la reducción de la incidencia y duración de las bajas por incapacidad temporal. "Hasta que se firmaron estos convenios las autonomías no tenían interés alguno en mejorar los datos y las bajas crecían sin parar", afirma.

“**El 93 por ciento de las bajas por incapacidad temporal indicadas por médicos de atención primaria son confirmadas por los inspectores**

Esta clase de incentivos se han topado con la fuerte oposición de los sindicatos y han sido incluso denunciados ante el Defensor del Pueblo, pero Antonio Iniesta, presidente de la Asociación Española de Especialistas de Medicina del Trabajo, coincide con Villar en que "los *bonus* han sido una buena fórmula para mejorar la gestión de la IT".

Ambos han participado en la elaboración de una nueva *Guía de valoración de la incapacidad laboral para médicos de atención primaria*, que han presentado el Instituto de Salud Carlos III y el Instituto Nacional de la Seguridad Social para tratar de eliminar las diferencias actuales en la gestión de la incapacidad temporal.

“**Regiones como Valencia, Murcia o Galicia prescriben bajas el doble de largas que las de autonomías como Madrid, Navarra o Baleares**

Para Jerónimo Maqueda, director de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III, la nueva guía visibiliza "la necesaria coordinación entre los médicos de atención primaria, los médicos del trabajo, los especialistas y los inspectores".

En este sentido, María Fernández, vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, explica que "desde hace tiempo los médicos de primaria somos los únicos que podemos dar la baja por incapacidad temporal y parece una incongruencia que siendo así desconozcamos las características

del puesto de trabajo del paciente, que las conoce el médico del trabajo y que los criterios de evaluación de los médicos de primaria difieran de los de los inspectores".



Para evitar estos problemas Iniesta aboga por "unificar la historia clínica y la laboral para que el médico disponga realmente de información sobre los riesgos de cada puesto de trabajo y, sobre todo, disponer de un sistema de valoración para cada puesto de trabajo porque el médico debe tratar siempre las dolencias, pero eso no siempre debe significar una baja por incapacidad temporal. Hay que evaluar los riesgos de cada puesto de trabajo".

Para ello, Villar opina que es necesario replantear los sistemas de información actuales de la incapacidad temporal para que el médico disponga de su perfil prescriptor de bajas y pueda compararse con otros profesionales, pero, sobre todo, "adaptar los tiempos estándar y las guías que se están publicando a perfiles concretos de pacientes, en función del sexo o la edad, porque los tiempos no son los mismos para cada tipo de paciente.

Partes

La *Guía de valoración de la incapacidad laboral para médicos de atención primaria* está organizada por grupos de diagnósticos y en ellos se establece la metodología que debe emplear el médico de primaria para las patologías más frecuentes, indicando los criterios comunes de valoración, el conjunto de datos clínicos relevantes, el historial del paciente, las exploraciones que se precisan, así como la duración estándar de la baja laboral. APOYO Las decisiones del médico de AP y el inspector coinciden María Fernández, vicepresidenta de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, que ha participado activamente en la elaboración de la guía, explica que "estas guías son útiles pero deben ir acompañadas de otras medidas como la reducción de la burocracia que genera la gestión de las bajas". Juan de Dios Villar, representante de Inspección en el Interterritorial, aboga por "un cambio en los partes de baja para que no sean semanales". En esta misma línea, el Grupo Antiburocracia de Madrid, que integra a 2.400 médicos de AP, presentará hoy un manifiesto reclamando la supresión del actual sistema de partes de IT y afirma al respecto que "la última normativa sobre IT crea tensión en el polinomio paciente-inspección-mutua-médico de AP-médico que propone la baja, lo que está provocando que en muchos casos las bajas se eternicen".- El Grupo Antiburocracia pide que "no haya necesidad de dar de baja en los siete primeros días, siendo el propio paciente quien autojustifique la ausencia".

EN LA ACTUALIDAD SOLO TIENE REGISTRADAS 30.000

La Seguridad Social se pone como reto controlar cerca de 300.000 enfermedades profesionales

El secretario de Estado Octavio Granado asegura que el 90% de los diagnósticos de la AP y de la Seguridad Social coinciden

Javier Leo / Fotografía: J.L. Tomás. Madrid

El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) tiene como objetivo a corto plazo multiplicar por diez el número de trastornos controlados por el sistema de Comunicación de Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (Cepross), pasando de las actuales 30.000 a cerca de 300.000 en los próximos años.



El secretario de Estado Octavio Granado.

Así lo ha anunciado el secretario de Estado de la Seguridad Social, Octavio Granado, durante la presentación de la nueva 'Guía de Valoración de la Incapacidad Laboral para médicos de Atención Primaria', un trabajo que tiene como objetivo proporcionar a los facultativos una herramienta para la correcta evaluación de las enfermedades que incapacitan a los pacientes para el desempeño de su trabajo, así como determinar la duración de los procesos de baja laboral.

Según ha explicado Granado, el espíritu de esta obra, fruto de la colaboración entre el INSS y el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), coincide con la idea de que "es necesario un buen control de las enfermedades para mantener unas correctas prestaciones económicas y, para ello, es necesaria la colaboración entre los servicios públicos de salud y los servicios de la seguridad social".

En este sentido, el secretario de Estado ha asegurado que los médicos de Atención Primaria y los inspectores de su departamento encargados de valorar los episodios de incapacidad laboral temporal coinciden en el 90 por ciento de los casos, algo de lo que reconoce sentirse "muy satisfecho".



De izquierda a derecha: Emilio Jardón, coordinador de la guía; María Fernández, vicepresidente de SmmFYC; Fernando Álvarez, subdirector general de Coordinación de Unidades Médicas del INSS; Antonio Iniesta, presidente de la Aeemt; y Juan de Dios Villar, representante de Andalucía en la Comisión de Coordinación de la Inspección en el Sistema Nacional de Salud.

Mejorar la comunicación entre Primaria, Especializada y la SS.

Durante la presentación de la guía, presidida por el director general del ISCIII José Jerónimo Navas, el coordinador científico de la misma, Emilio Jardón, ha destacado la necesidad de que los médicos de Primaria, los de Especializada y los inspectores de la Seguridad Social "mejoren su comunicación".

Para ello, la guía establece unos criterios comunes para todo el territorio que "reducirán la carga burocrática en las consultas de Medicina Familiar y evitarán la duplicidad de tareas entre los tres pilares básicos de la atención a las incapacidades temporales", ha señalado Jardón.

En esta línea, el presidente de la Asociación Española de Especialistas de Medicina del Trabajo (Aeemt), Antonio Iniesta, ha propuesto que se unifiquen las historias clínicas de Primaria con las de las empresas, además de fomentar la prevención y los hábitos saludables en los centros de trabajo para mejorar la salud de todos los empleados.



J. Jerónimo Navas.



ONDA CERO MENORCA

30/12/2010

MENORCA EN LA ONDA (13H-14H) – Enfermedades profesionales en España. Entrevista al Dr. Alfredo Ribelles, vocal de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT) sobre la infradeclaración de enfermedades profesionales en España.

Duración: 00:14:00