

Valoración médica de la incapacidad laboral por los facultativos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)

Ana Navarro Peñalver

Directora de los Servicios Médicos de Contingencias Comunes de la Mutua MAZ. Zaragoza.

Correspondencia

anavarro@maz.es

Resumen

La valoración médica de la capacidad laboral en materia de Seguridad Social tiene unos aspectos particulares que la diferencian de la valoración médica que se realiza en otros ámbitos y con otros fines. Se trata de hacer un breve repaso del **desarrollo práctico de la labor cotidiana de los facultativos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS)**, describiendo su entorno, el marco conceptual y competencial en el que se encuentran, el rumbo que han ido marcando los cambios legislativos en estos últimos años y las dificultades a las que se enfrentan en el día a día.

Palabras clave: *Incapacidad temporal. Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Valoración capacidad laboral.*

Abstract

Medical assessment of working capacity on Social Security has some particular aspects that differentiate it from the medical assessment carried out in other areas and for other purposes. This is a brief review of the practical development of the daily work of practitioners of the Mutual Accident and Occupational Diseases of the Social Security (MATEPSS), describing its environment, the conceptual framework and powers that are, course that have marked the legislative changes in recent years and the challenges they face on a day to day.

Key words: *Temporary disability. Mutual of accidents at work and occupational diseases Social Security. Work capacity rating.*

1. INTRODUCCIÓN

La práctica diaria de los diversos facultativos que intervienen en la **valoración de la capacidad laboral** está inmersa en continuos cambios de competencias desde hace ya casi dos décadas. En concreto vamos a tratar de analizar la gestión y el control de la llamada incapacidad temporal (IT), situación en la que un trabajador está impedido para realizar su trabajo de forma temporal por padecer una enfermedad o un accidente sea o no laboral, desde el punto de vista de los facultativos adscritos a los servicios médicos de una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

La legislación ha ido modificando el modelo de gestión del control de la incapacidad temporal por contingencia común y se han ido añadiendo agentes que intervienen en esta valoración para mejorar su control. Como consecuencia han ido apareciendo determinadas circunstancias que han aumentado su complejidad. Algunos de los factores que pueden influir en estas dificultades son:

1. La falta de medios en el Sistema Público de Salud (SPS):
 - a) Listas de espera para consultas de especialistas, realización de pruebas diagnósticas o tratamientos.
 - b) Ausencia comunicación con Atención especializada.
 - c) Falta de información de procesos anteriores, de otras contingencias o de resoluciones y sentencias previas.
2. La enorme dispersión normativa:
 - a) Numerosas lagunas sin regulación.
 - b) Problemas de interpretación.
3. La actitud del trabajador:
 - a) Factores psicológicos y personales.
 - b) Sexo, edad.
 - c) Motivación, cualificación, etc.
4. Derivados del alta en la actividad laboral de los autónomos o en la contratación por la empresa.
5. Cumplimentación insuficiente de los informes médicos de control de los procesos en baja.
6. Errores en la remisión de los partes de baja, alta y confirmación.

El correcto funcionamiento de la medicina evaluadora debe ser garantía de los derechos de los ciudadanos y de la sostenibilidad del sistema, por ello los facultativos que realizan estas funciones deben tener formación, independencia y autoridad suficiente para llevar a cabo su misión. La acción de evaluar la capacidad laboral en medicina es tan digna como la acción de curar y se debe realizar con objetividad, imparcialidad, responsabilidad, veracidad y sobre todo justicia.

2. DEFINICIÓN DE MUTUA DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Se mantiene la definición de las mutuas como **asociaciones de empresarios de carácter voluntario**, aunque en la actualidad se hallan incluidos también los trabajadores por cuenta propia o autónomos. Su carácter voluntario hace referencia a que el empresario puede optar entre formalizar la cobertura con las Entidades Gestoras o con una Mutua de Accidentes de Trabajo, y además puede elegir con cual.

El objetivo principal es el de **colaborar en la gestión de la Seguridad Social**: en la gestión integral de las contingencias profesionales (CP), en la gestión de la prestación

económica de las contingencias comunes (CC) y en la gestión de otras prestaciones, servicios y actividades que le han sido legalmente encomendadas.

Están **autorizadas** por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, sometidas a su vigilancia y tutela a través de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. La contabilidad se rige por el Plan General de Contabilidad de la S.S. y se tiene que rendir las cuentas de su gestión ante el Tribunal de Cuentas. Los presupuestos anuales se integran en el Presupuesto de la Seguridad Social. El control financiero se realiza a través de la Intervención General de la Seguridad Social, el control del cumplimiento de la normativa de SS a través de la Inspección de Trabajo y el cumplimiento de la normativa en materia de Sanidad, a través de la Inspección de Servicios Sanitarios.

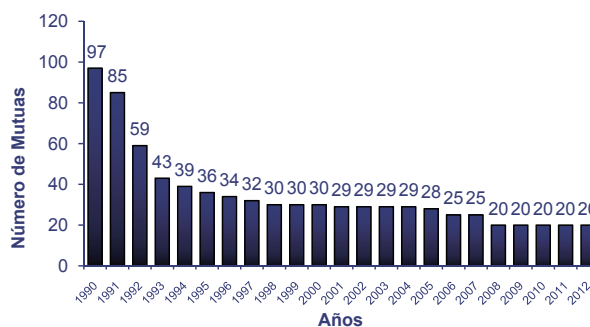
Por último, **carecen de ánimo de lucro**, su actividad no puede suponer beneficios económicos para los asociados, quienes además tienen responsabilidad mancomunada. Si de su gestión el resultado fuera positivo, este se denomina excedente y pasa a formar parte del Sistema de la Seguridad Social a través del Fondo de Prevención y Rehabilitación y del Fondo de Reserva de Pensiones.

3. MARCO CONCEPTUAL

Las primeras mutuas se constituyeron a principio del siglo pasado coincidiendo con la publicación de la Ley de Accidentes de Trabajo en el año 1.900, que instaura por primera vez la responsabilidad objetiva del empresario, obligando al patrono a indemnizar al trabajador accidentado. En marzo de ese mismo año aparece la primera mutua en Vitoria y en 1921 se habían creado ya 18 mutuas.

Han llegado a existir más de 200 mutuas con implantación muy irregular a lo largo del territorio Español, aunque en las últimas décadas se tiende a un proceso de concentración, quedando en este momento 20 mutuas.

Gráfico 1



En 1933 se publica el Reglamento de Accidentes de Trabajo obligando por Ley a que *hubiera un Seguro de Accidentes*. En 1961 se incorpora la *Enfermedad Profesional* dentro del Seguro. En 1963 la Ley de Bases de la Seguridad Social incorpora el Seguro de Accidentes en el Régimen Público de la Seguridad Social y en 1966 se configuran las mutuas como Entidades Colaboradoras del Sistema de la Seguridad Social.

Prácticamente durante todo el siglo XX las mutuas han tenido encomendada **la gestión integral de las CP**, accidente de trabajo o enfermedad profesional, siendo responsables de la asistencia sanitaria y recuperación profesional, de la prestación económica durante la incapacidad temporal y si la hubiera de la incapacidad permanente, muerte y supervivencia.

Hasta el año 94 la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes era competencia exclusiva del INSS en lo que respecta a la prestación económica, y del Sistema Público de Salud en cuanto a la competencia sanitaria, incluyendo la emisión de la baja y el alta laboral. A partir de la Ley 42/1994, se permite que las **Mutuas puedan**

gestionar también esta prestación económica, manteniéndose la competencia de los médicos del SPS.

Posteriormente, en estos últimos años, se ha añadido la **colaboración en la gestión de otras prestaciones**, como la prestación económica por riesgo durante el embarazo y la lactancia natural, la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave y otras que ni tan siquiera tienen nada que ver con la salud o la enfermedad, como la prestación por cese de la actividad de los trabajadores por cuenta propia o autónomos.

4. MARCO COMPETENCIAL: CAMBIOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

La prestación de la asistencia sanitaria al trabajador que tiene una enfermedad originada por realizar su trabajo o sufre un accidente en el desempeño de este, se realiza por parte de los facultativos adscritos a los Servicios Médicos de las Mutuas desde hace más de cien años. Son profesionales muy preparados en el campo de los accidentes y enfermedades profesionales, con una capacidad profesional y deontológica equiparable a cualquier otro sector incluido el Sistema Público de Salud.

Sin embargo la gestión y el control de la incapacidad temporal por enfermedad común o accidente no laboral (CC) tiene un recorrido mucho más corto, ya que se realiza desde hace unos quince años.

Al comienzo de la década de los noventa, inmersos en una situación económica parecida a la actual donde la sostenibilidad del Sistema corría peligro, se apostó por realizar las reformas necesarias en cada momento para garantizarla. Se puso de manifiesto que la eficacia económica y la eficiencia social del Sistema de Seguridad Social han de ser necesariamente compatibles, y que un elemento central de esta compatibilidad está constituido por el acuerdo entre las fuerzas políticas y los interlocutores sociales.

La recomendación N.º 13 del Pacto firmado en Toledo por todos los representantes del arco parlamentario en abril de 1995, manifestaba “la necesidad de adoptar medidas destinadas a mejorar la gestión de las prestaciones por incapacidad temporal y por invalidez, al objeto de frenar las causas de fraude dentro del sistema público en el acceso y permanencia de las prestaciones”.

Cuando se decidió la participación de las Mutuas en el control y seguimiento de la prestación económica de la ITCC, ya se sabía que era la prestación más **compleja y conflictiva** de la Seguridad Social.

Es la única prestación en la que en su gestión intervienen **varios agentes**: por un lado la promueve y la mantiene el Servicio Público de Salud, dependiente del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales y por otro lado, la paga la Entidad Gestora (INSS-ISM) o Colaboradora (Mutuas o empresas colaboradoras) con los presupuestos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

Además, es una prestación **prácticamente inmediata**, automática en su reconocimiento y en su pago. Tiene un **doble componente**, el sanitario por la asistencia que requiere, y el económico por la prestación de un subsidio sustitutorio del salario que el trabajador percibía.

Por último, es la única prestación de la Seguridad Social que depende de un **diagnóstico médico no siempre conocido ni fácilmente objetivable**, pudiéndose aplicar el “principio de beneficencia” sobre el “de justicia” en relación con un puesto de trabajo que no puede desarrollar, pero que a veces resulta difícil conocer con exactitud.

Desde que se comprobó el aumento desmesurado del gasto de la prestación económica de la incapacidad temporal en CC, se han ido poniendo en marcha diversas estrategias para procurar que no se produzca un uso indebido de esta prestación. Se han realizado **continuas reformas legislativas** de la Ley General de la Seguridad Social,

como trasladar a la empresa el pago de la prestación del 4º al 15º día, la supresión de la incapacidad laboral transitoria y de la invalidez provisional que podía durar hasta seis años, la maternidad dejó de considerarse incapacidad temporal. Además, a partir de 1996 **se incorpora a las Mutuas de Accidentes de Trabajo** para colaborar en dicha gestión y en los últimos años se han **reforzado las competencias de los médicos inspectores del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)**.

Se ha realizado un enorme esfuerzo aumentando los recursos materiales y humanos en todas las Direcciones Provinciales del INSS, se ha creado una Subdirección General específica en la estructura del INSS para el seguimiento de la IT, se han establecido Convenios de Colaboración entre el INSS y las Comunidades Autónomas dotados de más de trescientos millones de euros destinados a optimizar, mejorar y racionalizar el gasto de la IT y se continua estableciendo planes de mejora y programas específicos.

Se puede decir que hasta ahora para conseguir mejorar el uso de esta prestación, no se ha modificado su cuantía ni su duración, tan solo **se ha cambiado su modelo de gestión pactado con todos los agentes sociales**, en el que se han incluido a diversos agentes que antes no participaban.

Según datos de AMAT (junio 2013) el número de empresas afiliadas por **contingencias profesionales** a las Mutuas es del 98,13%, mientras que los trabajadores protegidos por esta contingencia es del 95,32%. La afiliación por **contingencias comunes** de las empresas respecto al total del Sistema ha pasado a ser del 80,00% y el porcentaje medido por número de trabajadores es del 75,22%. Los trabajadores autónomos tienen una afiliación con las Mutuas del 88,26% en CP y del 79,19% en CC.

Tabla 1

	CONTINGENCIAS PROFESIONALES	CONTINGENCIAS COMUNES
RÉGIMEN GENERAL	95,32%	75,22%
AUTÓNOMOS	88,26%	79,19%

Fuente: datos AMAT junio 2013

En este momento, los cambios que pueda introducir la anunciada Ley de Mutuas indicará el camino a seguir en el futuro más inmediato.

5. COMPETENCIAS, DIFICULTADES Y PROPUESTAS DE MEJORA

En este escenario es donde los facultativos adscritos a los Servicios Médicos de las Mutuas colaboran en la gestión del control y seguimiento de los procesos de IT CC, realizando una función médica evaluadora para tratar de verificar, describir, y cuantificar los procesos patológicos para determinar su repercusión funcional, laboral, económica y legal, acción distinta de la que se realiza en la medicina preventiva o en la medicina asistencial.

Según datos proporcionados por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), el total de las Mutuas cuenta con unos **4.500 facultativos en sus centros propios**, más de 7.000 profesionales sanitarios no médicos y unos 12.000 correspondientes a personal no sanitario.

Las competencias en el abono de la prestación económica de incapacidad temporal por contingencia común, se realiza con igual alcance que la Entidad Gestora, sin embargo las competencias en las actuaciones de control y seguimiento, no son las mismas.

Los médicos adscritos a los Servicios Médicos de las Mutuas pueden:

1. **Realizar el “seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal”**. Se atribuyen competencias genéricas

para poder realizar todas aquellas actividades encaminadas a comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originó el derecho al subsidio. Se permite acceder a los informes y diagnósticos relativos a la situación de incapacidad temporal.

En general no es una actividad asistencial, no acude el paciente a demandar asistencia. Se contacta con el paciente para comprobar los datos y se decide la citación a control médico según diagnósticos y tiempo transcurrido desde la fecha de la baja, ayudándose con las tablas de duraciones medias editadas por el INSS. Pueden utilizarse además otros criterios a tener en cuenta para esta citación.

Se trata de averiguar mediante la anamnesis dirigida, qué es lo que le impide al paciente poder trabajar. Mediante la exploración se determina de forma objetiva la capacidad funcional y se establecen unas conclusiones. No se está autorizado para iniciar ni mantener el proceso de baja laboral.

Los reconocimientos se realizan garantizándose la confidencialidad de la información del estado sanitario, como recoge la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal y respetando el derecho a la intimidad y a la dignidad de los trabajadores.

La incomparecencia injustificada a estas citaciones puede dar lugar a la extinción de la prestación económica.

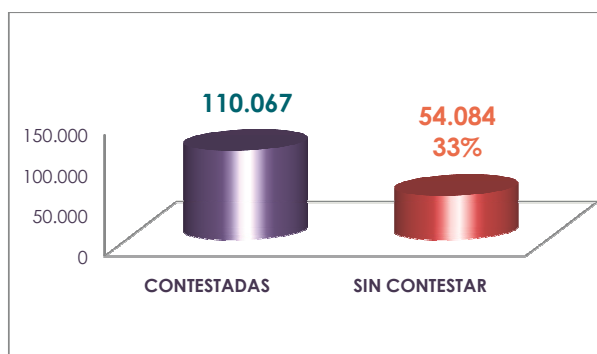
A pesar de la normativa vigente, en la práctica diaria existen cuestiones que dificultan la tarea encomendada, **teniendo que destinar gran cantidad de recursos humanos y materiales, por las deficiencias en la remisión y cumplimentación de los partes de baja y por la limitación de acceso a la documentación médica del SPS.**

2. **Solicitar actuaciones sanitarias** para realizar la valoración de la situación médica. Una vez comprobada la situación clínica de incapacidad del trabajador, se pueden solicitar pruebas diagnósticas objetivas basadas en los datos que fundamentan el parte de baja o los informes complementarios posteriores y se pueden adelantar aquellas pruebas o tratamientos prescritos en el SPS, si persiste demora para realizarse por las listas de espera, con el consentimiento del trabajador y la autorización de la inspección médica.

También en este caso existen deficiencias en la transmisión de información entre las distintas Entidades que hace que se produzca **duplicidad de pruebas y tratamientos que puede suponer el alargamiento de la situación de IT y un gasto innecesario.** Además, los informes médicos de los facultativos adscritos a las mutuas deberían tener presumiblemente el mismo valor, que los de los facultativos de los SPS.

3. **Enviar actuaciones ante las inspecciones del SPS y del INSS.** Cuando tras realizar los reconocimientos médicos se considera que el paciente no está impedido para realizar su trabajo habitual, se puede **enviar propuesta motivada de alta** dirigida al facultativo correspondiente, a través de la inspección médica del SPS, debiendo pronunciarse en el plazo de quince días.
4. Según datos de AMAT, en el año 2012 las Mutuas enviaron un total de 164.151 propuestas de alta a las inspecciones médicas de los SPS. El 67% fueron contestadas, quedando un 33% sin contestar. Además de las que se contestaron, un 20% se denegaron por considerar que debían continuar en situación de IT.

Gráfico 2



Cuando la propuesta motivada de alta no sea resuelta, la Mutua puede reiterarla o plantear la iniciativa de alta al INSS.

Por el contrario, si se comprueban secuelas objetivas, previsiblemente definitivas que impiden realizar la profesión habitual, se puede enviar propuestas de incapacidad permanente.

Son **varios los agentes que intervienen en el control y seguimiento** de las bajas laborales por contingencias comunes, a pesar de que cada uno participa con unas competencias muy diferentes, el interés debe ser el mismo: que el trabajador recupere lo antes posible su salud y se pueda reincorporar a su trabajo. Posiblemente el **nivel de fraude** que se presume, sea inferior al que realmente existe, pero entre todos se debe colaborar para evitar que se utilice esta prestación de forma indebida.

Aunque la situación actual ha mejorado, como hemos dicho siguen existiendo dificultades en su gestión. Son muchos los factores que pueden influir, a continuación se describen algunos de los tipos más significativos:

LABORAL: la dificultad para valorar el puesto de trabajo hace que a veces no se constate con rigor la repercusión de la enfermedad sobre su capacidad laboral. Algunas veces las condiciones del puesto de trabajo, su carga física o mental, la falta de motivación, la conflictividad laboral o las situaciones de paro o despidos, influyen en el proceso de IT.

PERSONALES Y SOCIO-FAMILIARES: la personalidad y características del trabajador hacen que la misma dolencia impida o no realizar un mismo trabajo. A veces la necesidad del cuidado de hijos o de familiares dependientes pueden alargar los procesos.

SANTARIOS: las lista de espera del SPS, la sobrecarga de los médicos de atención primaria, la ausencia de comunicación entre atención primaria y especializada, la insuficiente cumplimentación de los partes de baja, etc., etc., hace que a veces se alargue el proceso y no se disponga de toda la información médica necesaria para valorar bien la situación.

OTROS: dificultad para compartir la información de los procesos entre las tres Entidades. La falta de conexión informática que proporcione información útil, hace que no se compartan datos con el resto de los agentes implicados, lo que impide desarrollar eficazmente las funciones encomendadas. No hay información suficiente sobre procesos o decisiones anteriores del resto de las Entidades. Se adelantan pruebas o tratamientos que se repiten en el SPS duplicando el gasto de forma innecesaria y sobrecargando las listas de espera.

Falta de eficacia de las herramientas de control: existe un porcentaje excesivo de propuestas de alta que no se contestan y a veces las contestaciones no se hallan suficientemente motivadas desde el punto de vista médico.

La dispersión normativa da lugar a problemas interpretativos y lagunas de la legislación.

Algunas de estas cuestiones se podrán solucionar con el nuevo proyecto de RD por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración, del que en este momento conocemos su tercera versión, de 10 de octubre de 2013, a la espera del trámite de consulta e informes preceptivos para su aprobación.

El control y seguimiento de la IT es una tarea ardua, que exige un enorme compromiso con la sociedad. La inmensa mayoría de los pacientes atendidos en una Mutua, se quedan muy contentos con la atención recibida, como lo demuestra la siguiente tabla:

Tabla 2

QUEJAS Y RECLAMACIONES INTERPUESTAS CONTRA LAS MUTUAS EN RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL		
% Reclamaciones (2012)	Número	%
Trabajadores Asistidos	2.479.723	0,34%
Asistencias Sanitarias Realizadas	15.286.681	0,05%

Sin discutir el modelo de gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes existente, proponemos mejorar en algunos aspectos como:

1. Uso racional de la IT utilizando **criterios sanitarios**.
2. Colaboración entre todas las Entidades **fomentando el diálogo clínico** entre los profesionales y desarrollando estrategias de mejora.
3. Programas de **actuación específicos y conjuntos**.
4. Potenciar el **sistema telemático de comunicación** entre todos los agentes implicados que permita la transmisión ágil y precisa de datos e información.
5. Aumentar la **formación de todos** los participantes en la valoración médica.
6. Sensibilizar a la población general y **disminuir el nivel de tolerancia y permisividad frente** al abuso de la IT.