

PROPUESTAS DEL FORO DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA PARA PODER CUMPLIR LA NORMATIVA DE INCAPACIDAD TEMPORAL:

1. EMISIÓN DE LOS PARTES DE BAJA, CONFIRMACIÓN Y ALTA:

RD 624/2014: “Artículo 2. Declaraciones médicas de baja y de confirmación de la baja en los procesos de incapacidad temporal. 1.- La declaración de la baja médica, en los procesos de incapacidad temporal, cualquiera que sea la contingencia determinante, se formulará en el correspondiente *parte médico de baja expedido por el médico del servicio público de salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado.*”

Aunque los médicos de familia han asumido históricamente todo el proceso de IT, por motivos de proximidad geográfica, la ley establece la obligación de todos los médicos del SPS de expedir los documentos de incapacidad en el mismo acto clínico, con independencia del puesto de trabajo, incluidas consultas, hospitalización y urgencias.

HEMOS SOLICITADO: Que las Consejerías de Sanidad de todas las CCAA prioricen la extensión del programa informático y la formación de los profesionales en todos los puestos asistenciales de su respectivo servicio de salud.

ACTUACIONES:

1º.- No emitir en Atención Primaria ningún parte de baja cuando el paciente ha sido valorado y tratado en otro nivel asistencial a partir del 9 de enero de 2023.

2º.- No emitir partes de confirmación o alta en los pacientes dados de baja en otro nivel asistencial desde el 9 de enero de 2023, mientras que permanezcan en seguimiento en dicho nivel, con independencia de la fecha de revisión.

NOTIFICACIÓN TELEMÁTICA DE ALTAS, CONFIRMACIONES Y BAJAS. PAPEL CERO:

El INSS puso de forma progresiva a disposición de las empresas, a partir de diciembre de 2019, los servicios FIE y FIER para que las empresas puedan acceder a las notificaciones de IT por vía electrónica sin que el trabajador tenga que aportar ninguna documentación. Del mismo modo las administraciones autonómicas, a través de sus páginas y aplicaciones, han desarrollado modelos de acceso para los pacientes y ciudadanos a su historial de salud, incluyendo sus informes de incapacidad temporal. La normativa actual dice: “Artículo 7. Tramitación de los partes Apartado 1. El facultativo que expida los partes médicos de baja, confirmación y alta entregará al trabajador dos copias del mismo, una para el interesado y otra con destino a la empresa. En el plazo de tres días contados a partir del mismo día de la expedición de los partes médicos de baja y de confirmación de la baja, el trabajador entregará a la empresa la copia destinada a ella”

HEMOS SOLICITADO: La publicación a la mayor brevedad posible la normativa que regula el modelo electrónico como vía de comunicación exclusiva médico-paciente-empresa en todo lo relacionado con la Incapacidad Temporal, suprimiendo la necesidad de uso del papel en todos los casos.

ACTUACIONES:

3º.- Informar a todos los pacientes de la posibilidad de acceder en su historia de salud autonómica, donde esté desarrollado, de descargar sus partes de baja, confirmación y alta sin necesidad de acudir al centro de salud cuando no sea necesario por motivos clínicos.

4º.- Pedirles que trasladen a sus empresas, como vienen haciendo un gran número de ellas, la posibilidad de acceder a través del INSS al registro de trabajadores en situación de IT, evitando la impresión y recogida de los partes correspondientes.

INFORMES COMPLEMENTARIOS:

En el RD 624/2014 se establece que el médico que sigue el proceso ha de emitir un informe complementario cada dos partes destinados al Servicio de Inspección del Sistema Público de Salud. La práctica diaria ha demostrado una vez más que los informes rutinarios carecen de valor al no tener un destinatario que haga el seguimiento. El propio INSS ha manifestado su desinterés en mantenerlo en los aplicativos y nos consta que así lo ha transmitido a las CCAA.

HEMOS SOLICITADO: Que sean definitivamente descartados y eliminados de la aplicación informática los informes rutinarios.

ACTUACIONES:

5º.- Mientras se mantengan presentes en el aplicativo limitarse a consignar algún tipo de símbolo: “.”, “:(“,”;)” o alguno similar.

ADECUACIÓN DE DURACIÓN DE LA IT:

Recientemente se ha introducido una pestaña desplegable, de marcado obligatorio, con tres opciones: “Duración adecuada”, “Duración inadecuada por causa clínica”, “Duración inadecuada por otras causas”. En el formato actual no aporta valor y además carece de soporte legislativo pues no consta en el RD 625/2014.

HEMOS SOLICITADO: Que sea un botón opcional de “Duración inadecuada” y que al activarlo despliegue el Informe dirigido a Inspección en el que explicar la situación que está prolongando el proceso.

ACTUACIONES:

6º.- Mientras se mantenga en el aplicativo la petición de adecuación en la duración marcar en todos los casos “Duración inadecuada por otras causas”

DATOS NO CLÍNICOS EN EL FORMULARIO DE BAJA:

“Artículo 1. Apartado 2. Todo parte médico de baja irá precedido de un reconocimiento médico del trabajador que permita la determinación objetiva de la incapacidad temporal para el trabajo habitual, a cuyo efecto el médico requerirá al trabajador los datos necesarios que contribuyan tanto a precisar la patología objeto de diagnóstico, como su posible incapacidad para realizar su trabajo. El servicio público de salud o la mutua, según cuál sea la entidad facultada para emitir el parte de baja, remitirá por vía telemática al Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el plazo establecido en el artículo 7.1, los datos personales del trabajador y, además, los datos obligatorios del parte de baja relativos a la fecha de la baja, a la contingencia causante, al código de diagnóstico, al código nacional de ocupación del trabajador, a la duración estimada del proceso...”

La normativa actual obliga a completar el CNO del paciente (Código Nacional de Ocupación), dato que el médico desconoce y el paciente no aporta, con escasa o nula relevancia. Además, los formularios solicitan al médico el nombre de la empresa, dato al que no se refiere el Real Decreto y que el médico también desconoce y a menudo incluso el paciente.

HEMOS SOLICITADO: Que se eliminen todos los datos no clínicos de los formularios. La alternativa es que se carguen desde el INSS o, en su defecto, desde la empresa o la mutua.

ACTUACIONES:

7º.- Acreditar la relación laboral con la empresa. De no existir, completar el apartado como “Empresa 1”, “Empresa 2”, etc., en función de los trabajos que el paciente refiera, para no retrasar la emisión del parte.

8º.- Solicitar la acreditación de empresa, mutua o servicio de salud laboral en la que conste el Código Nacional de Ocupación (CNO). De no existir, completar el apartado con el código 1111 que corresponde a “Miembros del poder ejecutivo (nacional, autonómico y local) y del poder legislativo”, para no retrasar la emisión del parte.

EMISIÓN DE PARTES DE BAJA DE MUTUALIDADES: MUFACE, MUGEJU E ISFAS:

Los funcionarios pueden elegir la provisión sanitaria a través de entidades privada o del Servicio Público de Salud. Además, tienen un régimen especial en cada caso para la gestión de la incapacidad laboral ajeno al sistema común del INSS. Esto conlleva formularios y normativas especiales que desconocemos como médicos de familia. Esto supone un problema de gestión de la IT en el SPS pues no está integrado electrónicamente y supone descargar y rellenar formularios específicos en PDF.

HEMOS SOLICITADO: Que la gestión de la incapacidad laboral en los pacientes adscritos a las mutualidades se realice con el mismo procedimiento electrónico que los pacientes del régimen general del INSS.

ACTUACIONES:

9º.- En los pacientes adscritos a MUFACE, MUJEGU o ISFAS, solicitar al paciente que aporte la documentación que acredite su vínculo laboral con la Administración, así como el formulario con todos los datos administrativos correctamente cumplimentados y las copias necesarias, para poder cumplimentar los datos clínicos.

SUBSIDIO POR RIESGO DURANTE EL EMBARAZO:

Las embarazadas que no puedan desempeñar su trabajo por riesgo durante el embarazo y no puedan beneficiarse de un cambio de puesto de trabajo tienen derecho a recibir una prestación económica en forma de subsidio, que reconocerá y abonará la entidad gestora o mutua de accidentes de trabajo. En el preámbulo del RD se reconoce “En cuanto a la prestación por riesgo durante el embarazo, dado que legalmente se ha calificado esta situación como contingencia de naturaleza profesional”. Para el reconocimiento del derecho el artículo 39 del RD 295/2009 indica que “El procedimiento se inicia a instancia de la interesada, mediante un informe que deberá solicitarse al facultativo del SPS. Dicho informe acreditará la situación de embarazo y la fecha probable de parto”. Las mutuas han elaborado un modelo común de informe que se solicita al ginecólogo o médico de familia.

HEMOS SOLICITADO: Dado que las embarazadas disponen de su historia obstétrica que las acompaña todo el embarazo, en el cual se recoge su estado y fecha probable de parto, sea esta historia válida y suficiente como informe que validará el médico de la mutua que ha de iniciar el procedimiento. En caso de no existir la historia será el ginecólogo quien acreditará en cualquier formato la fecha probable de parto.

ACTUACIONES:

10º.- No rellenar en ningún caso el informe de riesgo durante el embarazo en los modelos de las mutuas por carecer completamente de validez legal, estar considerado una contingencia de naturaleza profesional y estar toda la información contenida en la historia obstétrica, a disposición del médico de la mutua en cuyas competencias recae la gestión del procedimiento.

CONCLUSIÓN:

Los médicos de Atención Primaria exigimos a los Ministerios de Seguridad Social y de Sanidad, así como a las Consejerías de Sanidad de todas las CCAA, que de forma urgente pongan en marcha las mejoras propuestas, simplificando el modelo de Incapacidad Temporal, para garantizar la expedición de los documentos de baja, confirmación y alta a los pacientes en todos los puntos asistenciales, ejecutado de manera telemática en su conjunto, minimizando la burocracia para facilitar el acceso a la prestación económica y

a la recuperación de la salud de los trabajadores, con todas las garantías para las empresas y para el sistema público de aseguramiento.

Ante la situación crítica de Atención Primaria nos ratificamos en nuestra decisión de ajustarnos estrictamente a la legalidad a partir del 9 de enero de 2023, en lo relativo a la emisión de los partes que deriven únicamente de nuestras tareas clínicas, debiendo cada facultativo de todas las especialidades y niveles asistenciales de forma análoga los derivados de su actividad.

Confiamos en que las autoridades responsables de todo el proceso, tanto estatales a través del INSS y el Ministerio de Sanidad como las de las CCAA con las respectivas Consejerías, hagan todo lo necesario para que estos cambios se lleven a cabo sin perjuicio para los pacientes o el sistema asistencial en su conjunto.

También solicitamos al INSS que incluya en las modificaciones del RD 625/2014, actualmente en fase de elaboración, las peticiones que venimos realizando desde la publicación del modelo anterior, especialmente en lo relativo a los partes de confirmación ligándolos al pronóstico de la enfermedad causante y a la regulación de las bajas muy cortas, hasta 3 días, pactando con médicos, mutuas y empresas un procedimiento simplificado que evite la sobrecarga de las consultas en procedimientos que no precisan valoración clínica por ser cuadros autolimitados o episodios recurrentes de patologías crónicas.

Animamos a todos los médicos de familia a aplicar estas medidas de forma unánime, con la seguridad que tener la razón y haber llegado hasta esta decisión por el inmovilismo de las instituciones. Hemos de hacer todo lo que esté en nuestra mano para conseguir que en Atención Primaria dejen de hacerse todas las tareas burocráticas heredadas del pasado o de nueva creación.

DECÁLOGO DE ACCIONES A NO REALIZAR EN LA PRESTACIÓN DE INCAPACIDAD TEMPORAL A PARTIR DEL 9 DE ENERO DE 2023

1º.- No emitir en Atención Primaria ningún parte de baja cuando el paciente ha sido valorado y tratado en otro nivel asistencial a partir del 9 de enero de 2023.

2º.- No emitir partes de confirmación o alta en los pacientes dados de baja en otro nivel asistencial desde el 9 de enero de 2023, mientras que permanezcan en seguimiento en dicho nivel, con independencia de la fecha de revisión.

3º.- Informar a todos los pacientes de la posibilidad de acceder en su historia de salud autonómica, donde esté desarrollado, de descargar sus partes de baja, confirmación y alta sin necesidad de acudir y centro sanitario cuando no sea necesario por motivos clínicos.

4º.- Pedir a los trabajadores que trasladen a sus empresas, como vienen haciendo un gran número de ellas, la posibilidad de acceder a través del INSS al registro de trabajadores en situación de IT, evitando la impresión y recogida de los partes correspondientes.

5º.- Mientras se mantenga presente en el aplicativo la petición de informes complementarios, limitarse a consignar algún tipo de símbolo: “.”, “:(“,”;)” o alguno similar.

6º.- Mientras se mantenga en el aplicativo la petición de adecuación en la duración marcar en todos los casos “Duración inadecuada por otras causas”

7º.- Acreditar la relación laboral con la empresa. De no existir, completar el apartado como “Empresa 1”, “Empresa 2”, etc., en función de los trabajos que el paciente refiera, para no retrasar la emisión del parte.

8º.- Solicitar la acreditación de empresa, mutua o servicio de salud laboral en la que conste el Código Nacional de Ocupación (CNO). De no existir, completar el apartado con el código 1111 que corresponde a “Miembros del poder ejecutivo (nacional, autonómico y local) y del poder legislativo”, para no retrasar la emisión del parte.

9º.- En los pacientes adscritos a MUFACE, MUJEGU o ISFAS, solicitar al paciente que aporte la documentación que acredite su vínculo laboral con la Administración, así como el formulario con todos los datos administrativos correctamente cumplimentados y las copias necesarias, para poder cumplimentar los datos clínicos.

10º.- No rellenar en ningún caso el informe de riesgo durante el embarazo en los modelos de las mutuas por carecer completamente de validez legal, estar considerado una contingencia de naturaleza profesional y estar toda la información contenida en la historia obstétrica, a disposición del médico de la mutua en cuyas competencias recae la gestión del procedimiento.