

REVISIÓN DE LOS CASOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL TRAMITADOS DESDE ASEPEYO AL INSS POR EL SISTEMA ATRIUM EN EL AÑO 2008 EN LAS COMUNIDADES DE CASTILLA-LA MANCHA Y EXTREMADURA

Autores:

Dr. José García Bernáldez. Médico del Centro Asistencial de Asepeyo, Cáceres.
Dra. María Isabel Ruiz Villa. Médico del Centro Asistencial de Asepeyo, Ciudad Real.

Correspondencia:

José García Bernáldez. Médico del Centro Asistencial de Asepeyo
Avenida Hernán Cortés nº 36, bajo. 10004 Cáceres
Tfno: 927626715. E-mail: jgarcibernalddez@asepeyo.es

1.- RESUMEN

La prestación por Incapacidad Temporal (IT) permite que un trabajador pueda recuperarse de un accidente o una enfermedad sin que vea mermada su capacidad económica, pero supone un gasto muy elevado para la sociedad.

Con el objeto de racionalizar la prestación económica y de coordinar a los diferentes agentes implicados en la IT, se han introducido modificaciones en la Ley General de la Seguridad Social en los últimos años. De este modo, a los 12 meses de IT el INSS será el único organismo competente para prorrogar la baja, emitir el alta o iniciar un expediente de incapacidad permanente. La Mutua, Asepeyo en nuestro caso, debe enviar previamente al INSS el expediente del paciente mediante el aplicativo ATRIUM.

Hemos realizado un estudio descriptivo de los 686 pacientes que, en las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha y Extremadura, han superado los 12 meses de baja y han sido valorados por el INSS durante el periodo comprendido entre el 18 de enero de 2008 (fecha de entrada en vigor de la ley en ambas comunidades autónomas) hasta el 31 de Diciembre de 2008.

Los objetivos planteados son: identificar los grupos de patologías que con mayor frecuencia superan los 12 meses de IT, valorar las propuestas de la Mutua y las resoluciones del INSS, analizar el grado de concordancia de ambas actuaciones (proporción de alta, incapacidad permanente y prórroga de IT), comprobar la tardanza en las resoluciones del INSS y, finalmente, comparar los resultados en ambas Comunidades.

No pretendemos realizar un estudio de significación estadística, para el que no se podrían cumplir los requisitos mínimos exigibles, sino una aproximación a los resultados iniciales de un nuevo procedimiento de trabajo.

Llegamos a la conclusión de que los resultados en porcentaje de casos que llegan a cumplir 12 meses en IT son similares en ambas Comunidades Autónomas, así como los tiempos de espera de resolución y el grado de concordancia entre Asepeyo y el INSS, en líneas generales.

Necesitamos aumentar la uniformidad de criterios entre los médicos de la Mutua y los médicos evaluadores del INSS, especialmente para poder disminuir el elevado porcentaje de prórrogas de IT que terminan en Incapacidad permanente.

Pero al final también resulta determinante el peso de los otros dos actores del proceso: los Servicios Públicos de Salud, con largas listas de espera, y las sesiones del Equipo de Valoración de Incapacidades, donde el criterio médico puede estar en minoría con respecto al criterio social.

2.- ÍNDICE

1. Resumen	2
2. Índice	3
3. Introducción	4
4. Objeto del Estudio	5
4.1.- La gestión de la Incapacidad Temporal	5
4.2.- Modificaciones legislativas	6
4.3.- Procedimiento actual	9
5. Objetivos	13
5.1 Objetivos generales	13
5.2 Objetivos específicos	13
6. Fuentes utilizadas y materiales	14
7. Resultados en Castilla-La Mancha	15
7.1 Propuestas y resoluciones	15
7.2 Datos por patología y sexo	19
7.3 Propuestas y resoluciones por patologías	22
7.4 Estudio de tardanza en los dictámenes	36
8. Resultados en Extremadura	38
8.1 Propuestas y resoluciones	38
8.2 Datos por patología y sexo	41
8.3 Propuestas y resoluciones por patologías	44
8.4 Estudio de tardanza en los dictámenes	56
9. Comparación de resultados: Castilla-La Mancha y Extremadura	58
10. Discusión de resultados	65
11. Conclusiones	70
12. Bibliografía	71

3.- INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medioambientales y sociales. Generalmente se entiende a la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración o desarmonización de un sistema a cualquier nivel (molecular, corporal, mental, emocional o espiritual) del estado fisiológico y/o morfológico considerados como normales, equilibrados o armónicos (homeostasis).

La persona enferma, sea por causa de origen laboral o por una contingencia común (enfermedad o accidente no laboral) puede tener mermada su capacidad para realizar determinadas tareas, entre ellas el desempeño de su trabajo, por lo que temporalmente queda suspendido su contrato de trabajo. Esta circunstancia queda cubierta por el subsidio de Incapacidad Temporal (IT) que trata, por lo tanto, de cubrir la falta de ingresos que se produce cuando el trabajador, debido a una enfermedad o accidente (sea o no de origen laboral) está imposibilitado para trabajar y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

En el proceso de IT están implicados distintas entidades. Al Servicio Público de Salud (SPS) le corresponde prestar la asistencia sanitaria, expedir los partes médicos de baja y alta y controlar la situación de IT. Al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), como Entidad Gestora, le corresponde el pago de la prestación económica, el control de la duración de las bajas, del pago delegado y del gasto (con las Mutuas como Entidades Colaboradoras para estas tareas).

Ante la complejidad de los procesos de IT y con el objeto de racionalizar su prestación económica, la Ley 30/2005 de Presupuestos Generales del Estado para 2006 modificó los artículos 128 y 131 bis de la Ley general de la Seguridad Social. Y después la ley 40/2007 de medidas en materia de Seguridad Social modifica nuevamente estos artículos, con el fin de coordinar las actuaciones de los SPS y el INSS. A los 12 meses de IT éste será el único competente para prorrogar la baja, emitir el alta o iniciar un expediente de incapacidad permanente. La Mutua enviará previamente al INSS el expediente del paciente mediante el aplicativo ATRIUM.

Estas modificaciones se han ido aplicando de forma gradual, hasta que en enero de 2008 se ha implantado en todo el territorio del Estado. Pasado un año cabe preguntarse si el cambio ha sido útil o no ¿es hoy más racional la prestación económica de la IT? ¿están coordinadas las actuaciones de los diferentes agentes implicados? ¿qué se puede aportar desde la Mutua para mejorar el sistema?

En este trabajo pretendemos analizar cómo ha sido el primer año de funcionamiento del nuevo sistema de control de los casos de IT por el INSS a los 12 meses de la baja, tomando como referencia a las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha y Extremadura, en el ámbito de las Contingencias Comunes.

4.- OBJETO DEL ESTUDIO: CAMBIOS EN LA LEGISLACIÓN DE LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL Y PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN

4.1.- La gestión de la Incapacidad Temporal

La prestación por Incapacidad Temporal (IT) es una de las mayores conquistas sociales de las últimas décadas, ya que permite que un trabajador pueda recuperarse de una enfermedad sin que vea mermada su capacidad económica. Es una muestra de solidaridad y cohesión social que, desde un punto de vista económico, supone un gasto muy elevado para la sociedad.

Cuando un trabajador y una empresa firman un contrato laboral, ambas partes asumen unas obligaciones. Básicamente consisten en que el trabajador se compromete a realizar unas determinadas tareas y la empresa le hará una contraprestación económica.

Si por causa de una enfermedad o un accidente (sea de origen laboral o no) se produce la pérdida transitoria de las aptitudes para desarrollar las tareas propias del puesto de trabajo, se da lugar a la incapacidad temporal, la cual que conlleva una suspensión del contrato de trabajo entre la empresa y el trabajador, por lo que libera a ambas partes: a aquélla de remunerar el trabajo y a éste de la obligación de trabajar. Mientras dura esta situación es la Seguridad Social quien asume la protección del trabajador, proporcionándole la prestación económica que marque la ley.

Cuando se trate de una contingencia común (cualquier enfermedad o accidente que no sea de origen laboral) el médico asistencial es el responsable de emitir el parte de baja laboral al trabajador, siempre que se cumplan unas condiciones: la necesidad de asistencia sanitaria (que será prestada por el Servicio Público de Salud) la pérdida de la capacidad para trabajar y la duración previsiblemente limitada de la misma.

De estas premisas se deduce que en las contingencias comunes hay una entidad que presta la asistencia sanitaria y decide la baja (el SPS) y otra que es la que paga: la entidad gestora (el INSS), una entidad colaboradora (las Mutuas) o directamente la empresa. En las contingencias profesionales no se produce esta situación de dualidad.

Las MATEPSS (Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social) son entidades que tienen asignada una doble función de colaboración:

- La gestión de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de los trabajadores de sus empresas asociadas: asistencia sanitaria y prestación económica durante todo el proceso. Este caso no es el del tema que nos ocupa.

- La gestión de la prestación económica de la IT derivada de contingencias comunes de los trabajadores de aquellas empresas asociadas que, además, hayan ejercitado esta opción. Será en los mismos términos y con el mismo alcance que la entidad gestora. Esta colaboración se hizo efectiva a partir del 1 de junio de 1996,

Por el gran coste que supone para toda la sociedad esta prestación económica, las entidades que la asumen, el INSS y sus entidades colaboradoras, necesitan disponer de unos mecanismos que permitan constatar que las prestaciones sean percibidas por sus legítimos destinatarios: trabajadores que necesitan asistencia sanitaria y están impedidos para sus tareas laborales de forma temporal, y no por personas que no lo necesiten o no reúnan los requisitos. Para ello tienen la posibilidad de llevar a cabo reconocimientos médicos a los trabajadores en situación de IT

Cuando un trabajador sigue estando impedido para sus tareas laborales tras un largo periodo de tiempo hay que plantearse que esa incapacidad ya no sea transitoria, sino permanente, por lo que es imprescindible arbitrar un procedimiento que permita valorar la situación.

Ese procedimiento es el que se ha modificado a principios del año 2006, ha sufrido algunas correcciones posteriores y se ha ido aplicando de forma gradual en algunas provincias hasta que en 2008 se ha implantado en todo el territorio del Estado.

4.2.- Modificaciones legislativas

a) Hasta el final del año 2005 la prestación de IT tenía la siguiente configuración:

- Un máximo de 18 meses de Incapacidad Transitoria, competencia del Servicio Público de Salud: 12 meses de IT + 6 meses de prórroga tácita.

- Un máximo de 12 meses de Calificación de Incapacidad Permanente, competencia del INSS: 3 meses de prórroga y hasta 9 meses de demora.

b) La Ley de Presupuestos Generales del Estado para el ejercicio 2006, a través de su disposición adicional 48ª, modifica e introduce cambios en la redacción de los artículos 128 y 131 bis de la Ley General de la Seguridad Social (L.G.S.S.)

El objeto de la modificación es “racionalizar la protección económica en las situaciones de IT y su tránsito a la situación de I.P.”

De un modo más práctico, la finalidad es que en la situación de IT esté quien legalmente deba estarlo por acreditar los requisitos legalmente exigidos, y que no esté en IT quien no los cumpla. Esto hace referencia a tres tipos de pacientes: quien tiene lesiones invalidantes de carácter definitivo, quien tiene lesiones no definitivas en el mes

12, pero su proceso curativo va más lejos del mes 18, y quien debe ser “alta por curación o mejoría”.

c) La ley 40/2007 de medidas en materia de Seguridad Social ha modificado nuevamente los artículos 128 y 131 bis, ahora con el fin de coordinar las actuaciones de los Servicios Públicos de Salud y el INSS.

El artículo 128 queda con la siguiente redacción:

“Agotado el plazo de duración de doce meses previsto en el párrafo anterior, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, será el único competente para reconocer la situación de prórroga expresa con el límite de seis meses más, o bien para determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien para emitir el alta médica, a los efectos previstos en los párrafos siguientes. De igual modo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social será el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal cuando aquélla se produzca en un plazo de seis meses posterior a la antes citada alta médica por la misma o similar patología, con los efectos previstos en los párrafos siguientes.

En los casos de alta médica a que se refiere el párrafo anterior, frente a la resolución recaída podrá el interesado, en el plazo máximo de cuatro días naturales, manifestar su disconformidad ante la inspección médica del servicio público de salud, la cual, si discrepara del criterio de la entidad gestora, tendrá la facultad de proponer, en el plazo máximo de siete días naturales, la reconsideración de la decisión de aquella, especificando las razones y fundamento de su discrepancia.

Si la inspección médica se pronunciara confirmando la decisión de la entidad gestora o si no se produjera pronunciamiento alguno en el plazo de los once días naturales siguientes a la fecha de la resolución, adquirirá plenos efectos la mencionada alta médica y aquella en la que la misma adquiera plenos efectos se considerará prorrogada la situación de incapacidad temporal.

Sí, en el aludido plazo máximo, la inspección médica hubiera manifestado su discrepancia con la resolución de la entidad gestora, ésta se pronunciará expresamente en el transcurso de los siete días naturales siguientes, notificando la correspondiente resolución al interesado, que será también comunicada a la inspección médica. Si la entidad gestora, en función de la propuesta formulada, reconsiderara el alta médica, se reconocerá al interesado la prórroga de su situación de incapacidad temporal a todos los efectos. Sí, por el contrario, la entidad gestora se reafirmara en su decisión, para lo cuál aportará las pruebas complementarias que fundamenten aquella, sólo se prorrogará la situación de incapacidad temporal hasta la fecha de la última resolución.

En el desarrollo reglamentario de éste artículo, se regulará la forma de efectuar las comunicaciones previstas en el mismo, así como la obligación de poner en conocimiento de las empresas las decisiones que se adopten y que les afecten."

Por su parte, el artículo 131 bis queda definitivamente como sigue:

Extinción del derecho al subsidio.

1. El derecho al subsidio se extinguirá por el transcurso del plazo máximo establecido para la situación de incapacidad temporal de que se trate; por ser dado de alta médica el trabajador, con o sin declaración de incapacidad permanente; por haber sido reconocido al beneficiario el derecho al percibo de la pensión de jubilación; por la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social; o por fallecimiento.

En el supuesto de que el derecho al subsidio se extinga por el transcurso del plazo máximo establecido en el apartado a del número 1 del artículo 128 y el trabajador hubiese sido dado de alta médica sin declaración de incapacidad permanente, sólo podrá generarse un nuevo proceso de incapacidad temporal por la misma o similar patología si media un período de actividad laboral superior a seis meses o si el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad permanente del trabajador, emite la baja a los exclusivos efectos de la prestación económica incapacidad temporal.

En caso de enfermedad común o de accidente no laboral, el subsidio se abonará, respectivamente, a partir del decimosexto día de baja en el trabajo ocasionada por la enfermedad o el accidente, estando a cargo del empresario el abono de la prestación al trabajador desde los días cuarto al decimoquinto de baja, ambos inclusive.

2. Cuando la situación de incapacidad temporal se extinga por el transcurso del plazo de dieciocho meses fijado en el párrafo primero de la letra a del apartado 1 del artículo 128, se examinará necesariamente, en el plazo máximo de tres meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación, en el grado de incapacidad permanente que corresponda.

No obstante lo previsto en el párrafo anterior, en aquellos casos en los que, continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la citada calificación, ésta podrá retrasarse por el período preciso, que en ningún caso podrá rebasar los veinticuatro meses siguientes a la fecha en que se haya iniciado la incapacidad temporal.

Durante los períodos previstos en este apartado no subsistirá la obligación de cotizar.

3. Sin perjuicio de lo dispuesto en los números anteriores, cuando la extinción se produjera por el transcurso del plazo máximo fijado en el apartado a del número 1 del artículo 128 o por alta médica con declaración de incapacidad permanente, los efectos de la situación de incapacidad temporal se prorrogarán hasta el momento de la calificación de incapacidad permanente, en cuya fecha se iniciarán las prestaciones económicas de ésta, salvo que las mismas sean superiores a las que venía percibiendo el trabajador, en cuyo caso se retrotraerán aquéllas al momento en que se haya agotado la incapacidad temporal.

En el supuesto de alta médica anterior al agotamiento del plazo máximo de duración de la situación de incapacidad temporal, sin que exista ulterior declaración de incapacidad permanente, subsistirá la obligación de cotizar mientras no se extinga la relación laboral o hasta la extinción del plazo máximo de duración de la incapacidad temporal fijado en el apartado a del número 1 del artículo 128 de producirse con posterioridad dicha declaración de inexistencia de incapacidad permanente.

En los supuestos a que se refiere el segundo párrafo del apartado precedente, los efectos de la situación de incapacidad temporal se prorrogarán hasta el momento de la calificación de la incapacidad permanente, en cuya fecha se iniciarán las prestaciones económicas de ésta.

4.3.- Procedimiento actual

A partir de la entrada en vigor de estas modificaciones, se han arbitrado sistemas de comunicación entre las Mutuas y el INSS. Así se ha establecido un protocolo informático único, denominado ATRIUM, para la Comunicación al INSS de los procesos de incapacidad temporal que van a cumplir los doce meses.

ATRIUM (Aplicación de Trabajo Informático de las Unidades Médicas), es un proyecto del INSS para “dotarse de los servicios de carácter informático que permitan analizar, diseñar y construir el nuevo sistema de informatización de las unidades médicas del Instituto Nacional de la Seguridad Social”. Este recurso es utilizado por la entidad gestora para recopilar los casos que le son transmitidos desde las entidades colaboradoras.

4.3.1. Actuación de la Mutua. A partir de los 11 meses de baja laboral de un trabajador se crea una actuación en el programa informático de la Mutua para transmitir al INSS toda la información administrativa y sanitaria del proceso. En el caso de la Mutua Asepeyo la información sanitaria se transmite a partir del programa denominado “Chamán”.

El médico de la Mutua, que habrá realizado el control y seguimiento del proceso durante toda la duración de la baja, cumplimenta la actuación y en sus conclusiones opta por una de estas tres opciones:

1. Propuesta de Incapacidad Permanente: cuando se objetiven limitaciones orgánicas y funcionales subsidiarias de incapacidad permanente y estén agotadas las posibilidades terapéuticas

2. Agotamiento de plazo: si en la actualidad no se objetivan limitaciones orgánicas y funcionales subsidiarias de incapacidad permanente y la evolución clínica sigue en curso

3. Propuesta de alta por mejoría, cuando la situación actual sea compatible con su actividad laboral.

El informe y la propuesta de la Mutua se tramitan al INSS por el aplicativo Atrium, y se asumen en una Unidad Central de Informática, que los distribuye por las diferentes Direcciones Provinciales. En cada una de ellas hay un Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI), cuya Unidad Administrativa cita a los pacientes para ser valorados por la Unidad Médica (médicos evaluadores o inspectores)

4.3.2. Actuación del EVI. El médico evaluador del INSS después de estudiar el episodio, consultar la propuesta de la Mutua y/o examinar al paciente hace un informe de síntesis, en el que propone reconocer la situación de prórroga expresa con el límite de seis meses más, o bien la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o bien emitir el alta médica.

A continuación se reúne el Equipo de Valoración de Incapacidades, para tomar la decisión final. Se produce la reunión de un grupo médico-administrativo compuesto por:

1. Un Presidente, que será el Subdirector Provincial o el funcionario que designe el Director General del INSS.

2. Cuatro vocales:

- Un médico evaluador de la Unidad Médica del INSS, que puede coincidir o no con el que ha valorado al paciente previamente.
- Un médico inspector del Servicio Público de Salud
- Un subdirector de la Inspección de Trabajo.
- Un funcionario titular de la Dirección Provincial del INSS,

3. Un secretario, función que realiza el funcionario mencionado.

El facultativo de la Unidad Médica del INSS será el ponente del dictamen médico, es quien hará la propuesta, basada en el informe del síntesis del médico evaluador. Después de deliberar en la sesión se adoptará la decisión colegiada y se emitirá el dictamen.

4.3.2.1. Si el EVI considera que el paciente está curado de sus lesiones o que estas no le impiden trabajar, propone el **alta médica** (a todos los efectos, no solo a los efectos de la prestación económica). Contra esta decisión puede recurrir el trabajador ante el SPS, el cual puede apoyar el recurso y presentar la discrepancia al INSS o refrendar el alta, lo que, de hecho, alarga hasta 11 días más el periodo de IT remunerada.

4.3.2.2. Si considera que las limitaciones que sufre el paciente son definitivas y le impiden trabajar, determinará la iniciación de un **expediente de incapacidad permanente**. Después de estudiar el caso con la profundidad necesaria, se determinará:

A.- Si el trabajador reúne los requisitos necesarios en la fecha del “hecho causante”, especialmente si cumple el periodo mínimo de cotización exigible en cada caso, el cual es dependiente de la edad del sujeto. En los casos de accidente, aunque sea “no laboral”, no se exige ningún periodo de carencia, pero sí en los de “enfermedad común”.

B.- En qué grado afectan a la capacidad laboral las reducciones anatómicas o funcionales graves, y previsiblemente definitivas. que se han objetivado en el trabajador. De esta forma se distinguen tres tipos de Incapacidad Permanente

- Incapacidad Permanente Total para su profesión habitual, cuando las limitaciones inhabilitan al trabajador para la realización de las tareas (todas ellas o las fundamentales) de su profesión habitual, pero puede realizar otra distinta.
- Incapacidad Permanente Absoluta para todo trabajo, cuando queda inhabilitado por completo para toda profesión u oficio.
- Gran Invalidez, cuando necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, como comer, asearse, vestirse o desplazarse.

4.3.2.3. Si se considera que el paciente aún está impedido para realizar sus tareas, pero se estima que podrá dejar de estarlo antes de que se cumplan los 18 meses desde el comienzo de la baja, entonces se concederá una **prórroga** por un máximo de 6 meses. Antes de terminar dicho periodo se revisará el caso y se dictaminará el alta, si procede.

Si cumplido el plazo de 18 meses (12 de IT más 6 de prórroga) no se ha producido el alta, se propondrá el inicio de un expediente de IP por agotamiento de plazo. En este caso ya sólo quedan dos opciones:

- Reúne los requisitos médicos y administrativos para la IP: en la sesión EVI se cualifica con el grado adecuado.
- No reúne los requisitos y entonces no se puede reconocer la IP, lo que en realidad, a efectos prácticos, equivale a un alta médica.

4.3.3. Resolución del INSS. A la vista del dictamen propuesta del EVI, preceptivo y no vinculante, el Director Provincial del INSS deberá dictar resolución expresa y hará constar, en su caso, el grado de incapacidad y el plazo a partir del cual podrá instar la revisión por agravamiento o mejoría. La resolución es ejecutiva inmediatamente.

En cualquier caso el trabajador puede recurrir la resolución del INSS por vía administrativa y, si lo considera oportuno, por vía judicial.

5.- OBJETIVOS

Nuestro objetivo es realizar un estudio comparativo entre las propuestas realizadas por la Mutua y las resoluciones dictadas por las Direcciones Provinciales del INSS de las Comunidades Autónomas de Castilla-La Mancha y Extremadura.

5.1 Objetivos generales

- Valorar a nivel general porcentajes de alta, incapacidad permanente y prórroga de los pacientes que superan el paso al INSS a partir de los 11 meses.
- Tardanza en resolución por el INSS en 1ª y 2ª Instancia.
- Grado de concordancia con las propuestas de la Mutua

5.2 Objetivos específicos

- Identificar las patologías que con mayor frecuencia suponen el paso al INSS a partir de los 11 meses de IT.
- Conocer en cada grupo de patologías:
 - Valoración realizada por el médico de la Mutua Asepeyo
 - Dictamen del INSS en primera y segunda resolución
 - Grado de concordancia entre Mutua e INSS.
- Comparar los resultados entre Castilla la Mancha y Extremadura.

6.- FUENTES UTILIZADAS Y MATERIALES.

Hemos realizado un estudio descriptivo de los pacientes que han superado el paso al INSS a partir de los 11 meses desde la fecha de la baja, durante el periodo que va desde el 18 de enero de 2008 (entrada en vigor de la ley en ambas comunidades autónomas) hasta el 31 de Diciembre de 2008. La muestra tomada ha sido de 686 pacientes en Castilla la Mancha y 193 en Extremadura.

La obtención de datos se ha realizado por medio del fichero ATRIUM, del sistema informático Q-info y de la base de datos de Asepeyo (programa chaman). Los datos se han recogido hasta el 30 de junio de 2009.

La recogida de datos se ha realizado en una hoja "excel" configurada de acuerdo con los parámetros que hemos consensado. Los datos recogidos para el estudio son los siguientes:

- Número de expedientes que han causado baja por enfermedad común durante el año 2007.
- Número de casos que han llegado a 12 meses en incapacidad temporal.
- Sexo
- Diagnóstico
- Fecha de envío del expediente al INSS
- Propuesta de la Mutua
- Dictamen del INSS en 1ª resolución
- Dictamen del INSS en 2ª resolución.
- Tardanza en la 1ª resolución
- Tardanza en la 2ª resolución

Los diagnósticos especificados se agrupan en los siguientes epígrafes:

- Cardiología
- Neurología
- Oncología
- Patología psiquiátrica
- Patología de columna vertebral / raquis
- Reumatología
- Traumatología general
- Varios (otros diagnósticos)

7.- RESULTADOS EN CASTILLA-LA MANCHA

7.1.- PROPUESTAS Y RESOLUCIONES.

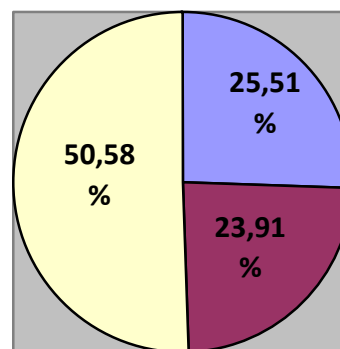
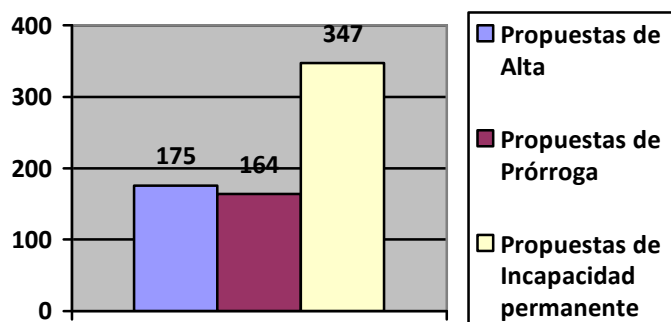
En la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha se han producido durante el año 2007 un total de 20.740 bajas por contingencias comunes en trabajadores que tienen esa prestación asumida por la Mutua Asepeyo.

En el año 2008, un total de 686 trabajadores adscritos a Asepeyo han sido valorados por el EVI del INSS por agotar el plazo de 12 meses en IT, previo envío del informe desde la Mutua por el sistema Atrium, lo que supone un 3,30% de los casos de baja producida en 2007.

De los 686 casos remitidos al INSS y posteriormente valorados por el EVI la propuesta de la Mutua era la siguiente:

	Número	Porcentaje
Propuestas de Alta	175	25,51%
Propuestas de Prórroga	164	23,91%
Propuestas de Incapacidad Permanente	347	50,58%
Total	686	100,00%

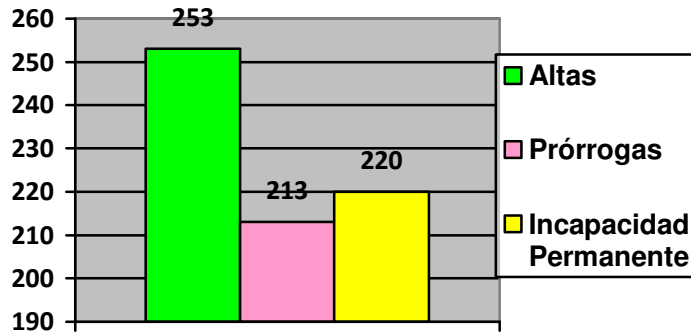
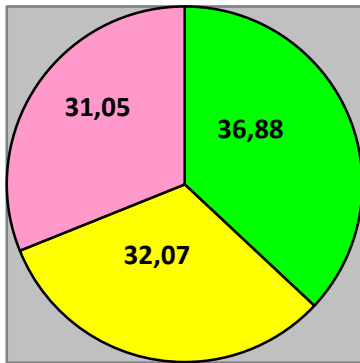
Propuestas Asepeyo (CLM)



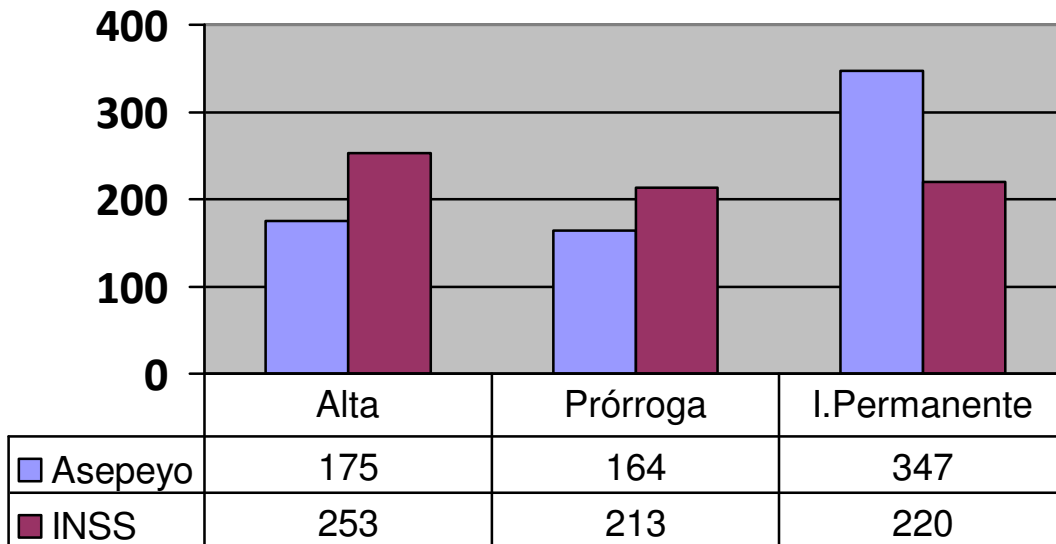
Y estos 686 casos fueron resueltos por el INSS a partir de los 12 meses de la siguiente manera:

Resoluciones del INSS	Numero	Porcentaje
Altas	253	36,88%
Prórrogas	213	32,07%
Incapacidad Permanente	220	31,05%
Total	686	100,00%

Primera Resolución del INSS (CLM)

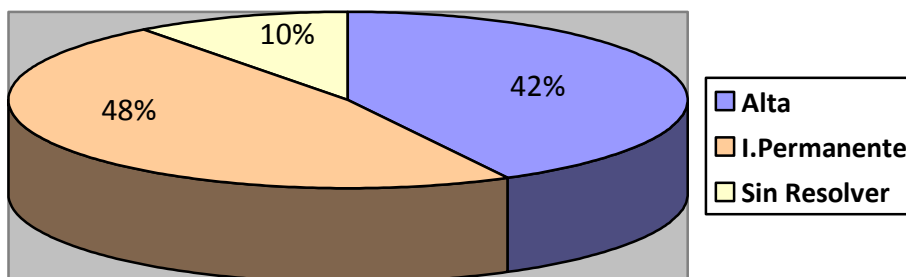


Comparación Asepeyo 1ª Resolución INSS



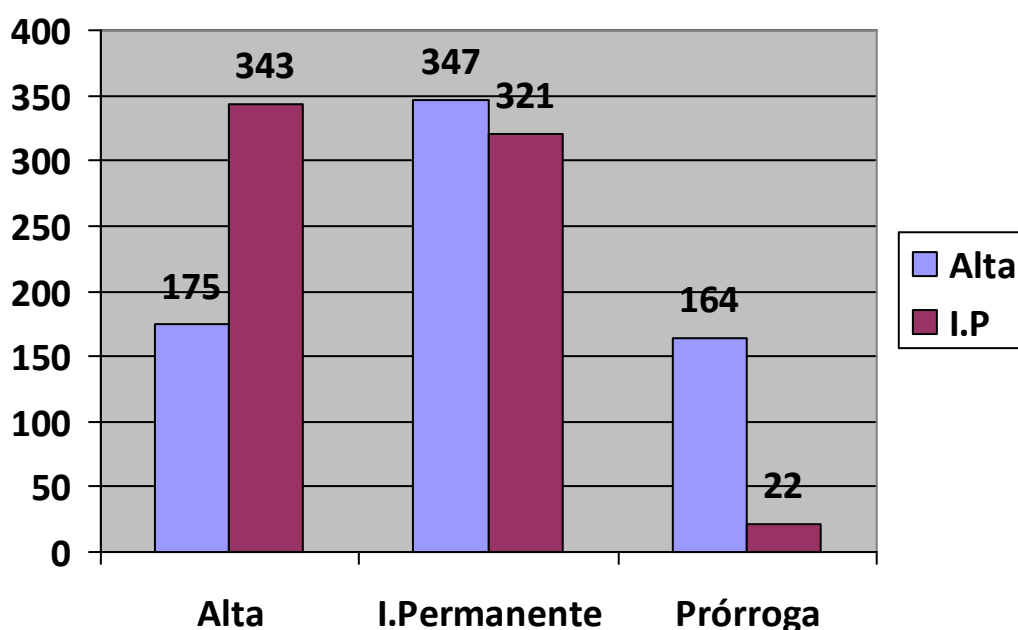
Las 213 prórrogas fueron finalmente resueltas de la siguiente manera:

Segunda resolución INSS



Comparativa Asepeyo - Resolución Final

	Propuesta Mutua	Resolución final
Alta	175	343
I.P	347	321
Prorroga	164	22
Total	686	686



Concordancia en altas: en la 1ª Resolución hay un incremento en altas de un 44,57% respecto de las Propuestas por la Mutua.

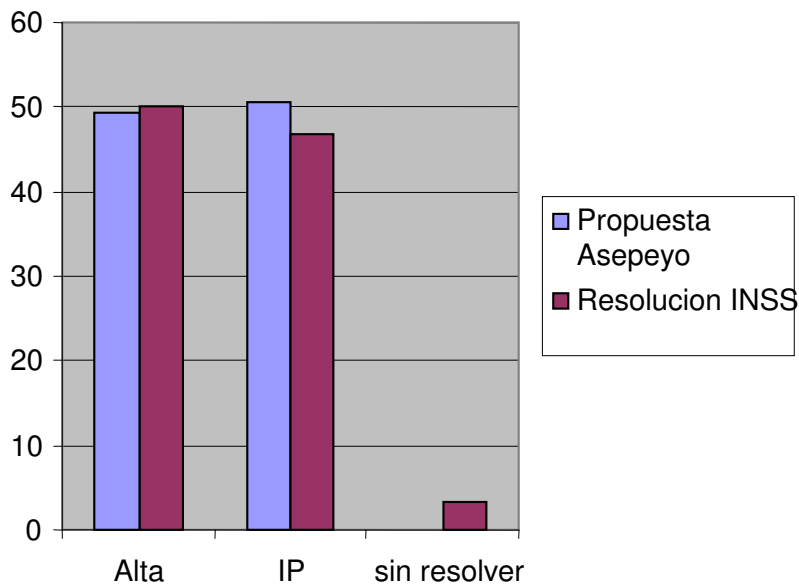
Concordancia en IP: en la 1ª Resolución el número de IP es un 63,40% de los Propuestas por la Mutua

Si consideramos que la prórroga se propone por la Mutua -y se reconoce por el INSS- cuando se espera la curación o mejoría (y la reincorporación al trabajo) en los siguientes 6 meses, podemos concluir que:

- Asepeyo esperaba que a los 18 meses estuvieran de alta el 49,41%, esto es, 339 trabajadores (para los que propuso a los 12 meses alta o prórroga) y que los otros 347 (50,58%) estarían en situación de IP.

- El INSS ha dictaminado un total de 343 altas (o "no IP"), 321 incapacidades permanentes y mantiene otros 22 casos sin resolución definitiva a fecha 30 de junio de 2009, que suponen respectivamente el 50%, el 46,79% y el 3,20% del total de casos del estudio.

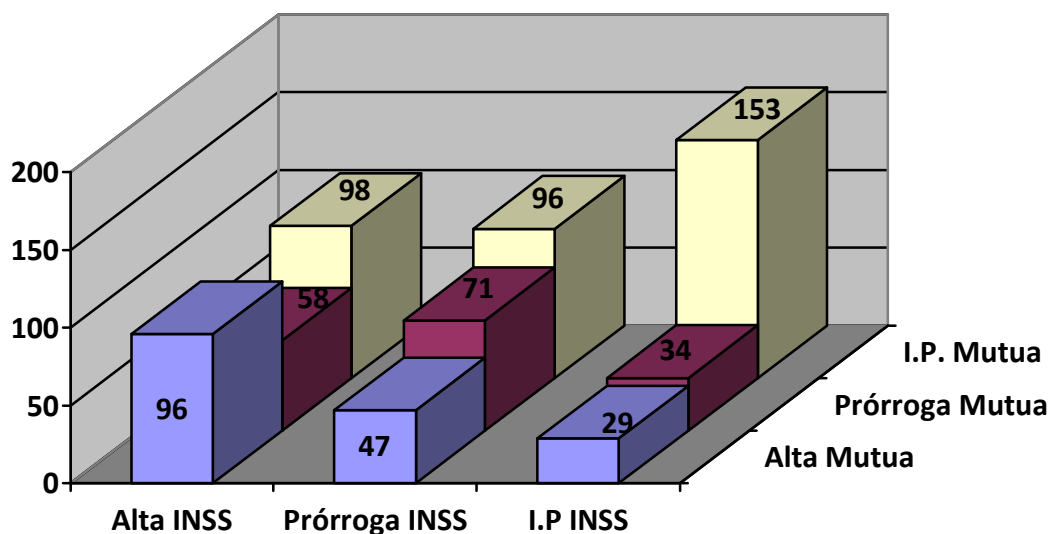
Casos en %	Alta	I. Permanente	Sin resolver
Propuesta de Asepeyo	49,41	50,58	
Resolución final del INSS	50	46,79	3,20



Correlación:
 -Altas 97,69% -
 I.P 92,50%

Ahora bien, en realidad es necesario conocer que ha resuelto el INSS ante cada propuesta concreta de la mutua, para conocer el grado de correlación. Los datos de Castilla la Mancha son los siguientes:

		Resolución del INSS			
		Alta INSS	Prórroga INSS	I.P INSS	Total
Propuesta de Asepeyo	Alta Mutua	96	47	29	173
	Prórroga Mutua	58	71	34	163
	I.P. Mutua	98	96	153	350
Total		252	214	217	686



- De las 173 altas propuestas por Asepeyo, el INSS ha resuelto el alta en 96 de ellos (55,49%), 47 casos ha prorrogado (27,67%) y en 29 se ha reconocido la Incapacidad Permanente (16,76%)..

- De las 163 prórrogas propuestas por la Mutua, el INSS ha reconocido 71 (43,55%) resolviendo alta en 58 (35,58%) e incapacidad permanente en 34 (20,85%).

- Finalmente de los 350 casos en que Asepeyo encontraba suficientes datos para proponer la incapacidad permanente el INSS la reconoce en 153 (43,71%), en 96 reconoce prórroga (27,42%) y en 98 casos ha sido alta (28%).

En un total de 213 casos el INSS ha reconocido una prórroga de la IT. Después de la misma se ha realizado una segunda valoración del EVI y un segundo dictamen, que ha resuelto ser:

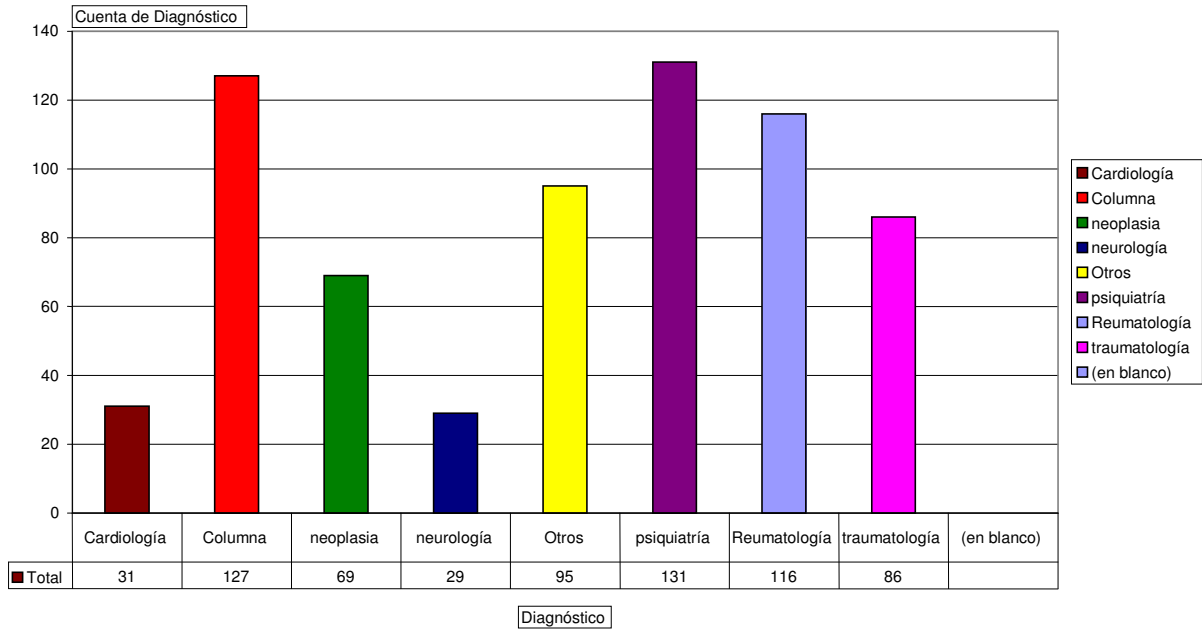
- 90 de alta
- 101 de incapacidad permanente
- 22 sin resolver

7.2.- DATOS POR PATOLOGIA Y SEXO

DATOS GENERALES DE CASOS POR PATOLOGIA

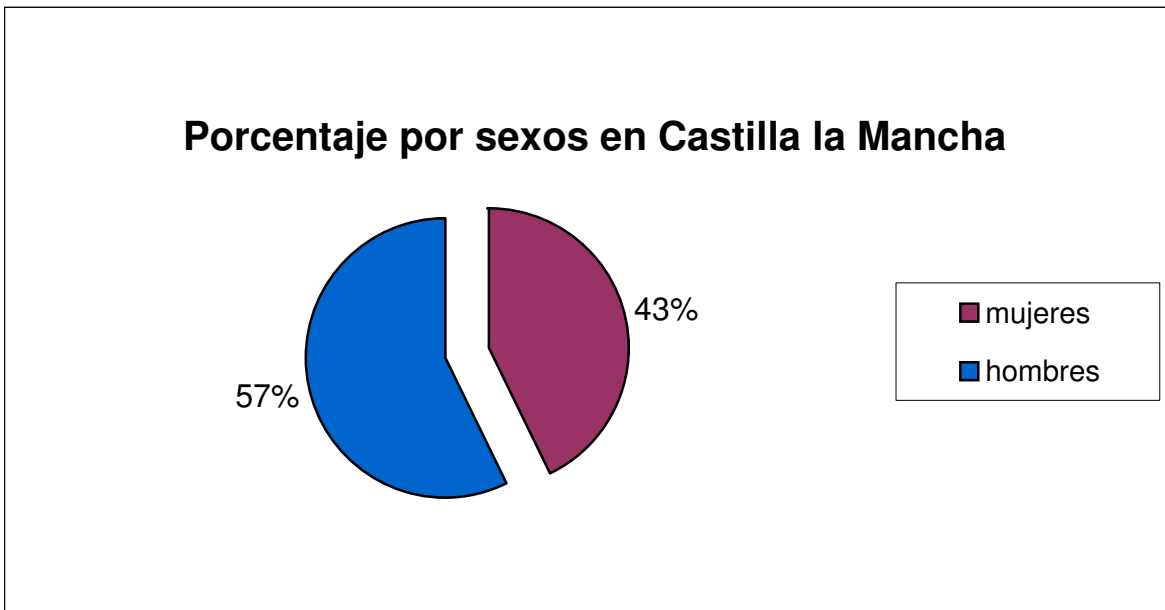
Hemos clasificado los 686 casos que en Castilla-La Mancha han agotado los 12 meses de IT según la patología causante y, al igual que en Extremadura, se han destacado los grupos diagnósticos mas prevalentes, encuadrando a los menos frecuentes como "otros". Los datos obtenidos son los siguientes:

PATOLOGIAS



DATOS GENERALES DE CASOS POR PATOLOGIA Y SEXO

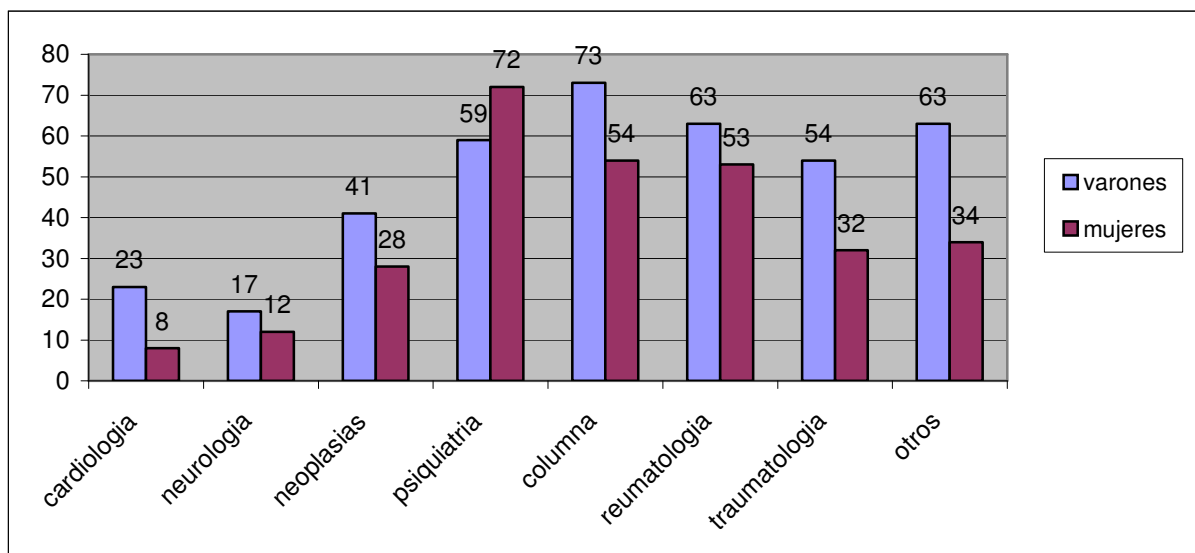
Si tenemos en cuenta el sexo, del total de los 686 casos de Castilla-La Mancha, nos encontramos que en un 42,72% son mujeres (293 casos) y en un 57,28% son varones (393 casos).



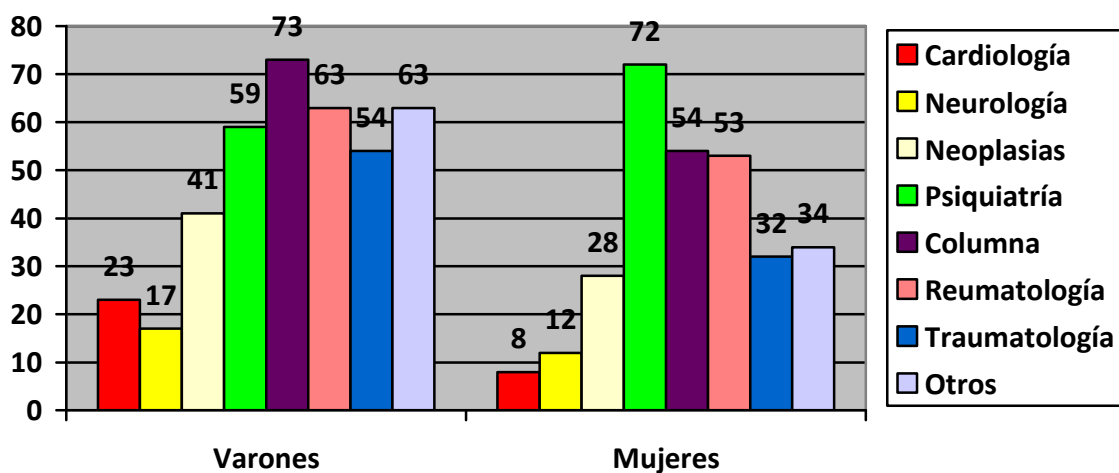
La distribución por sexos según la patología ha sido la siguiente:

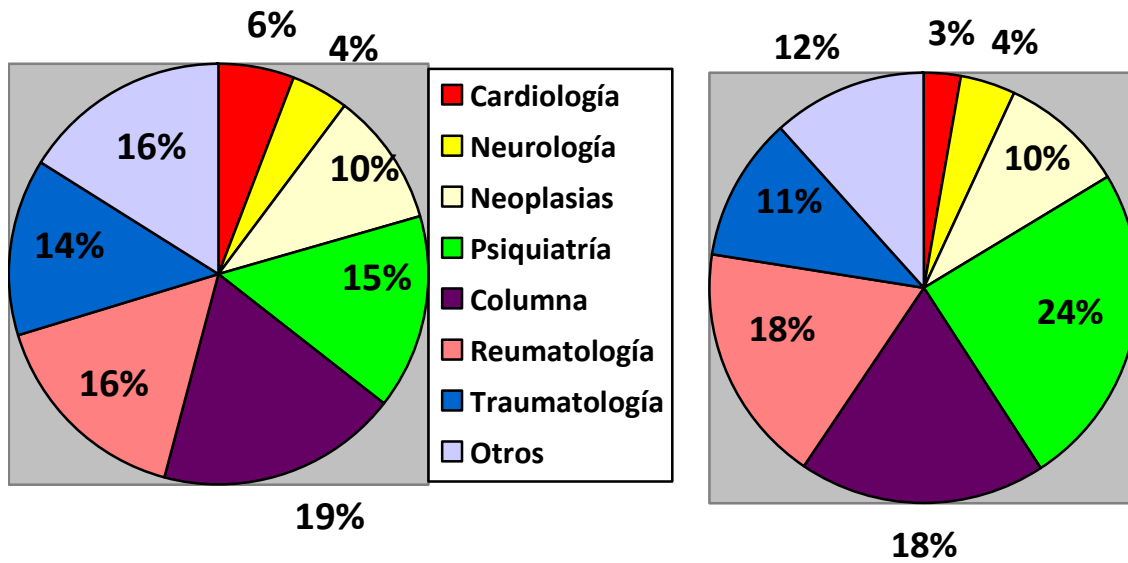
	Varones	Mujeres	Total
Cardiología	23	8	31
Neurología	17	12	29
Neoplasias	41	28	69
Psiquiátricas	59	72	131
Columna	73	54	127
Reumatología	63	53	116
Traumatología	54	32	86
Otros	63	34	97
Total	393	293	686

Patología y sexo en CLM



Sexo y patología en CLM





Varones CLM en porcentaje

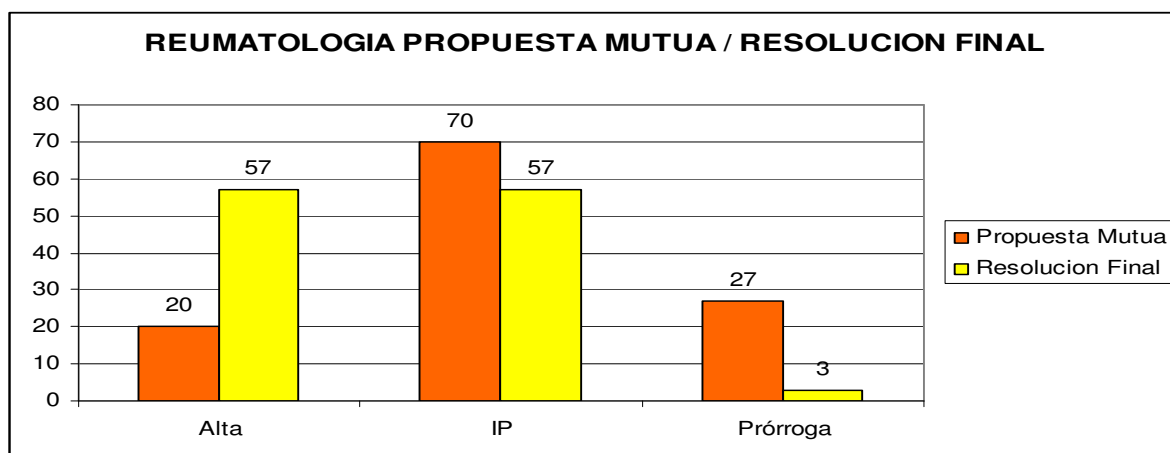
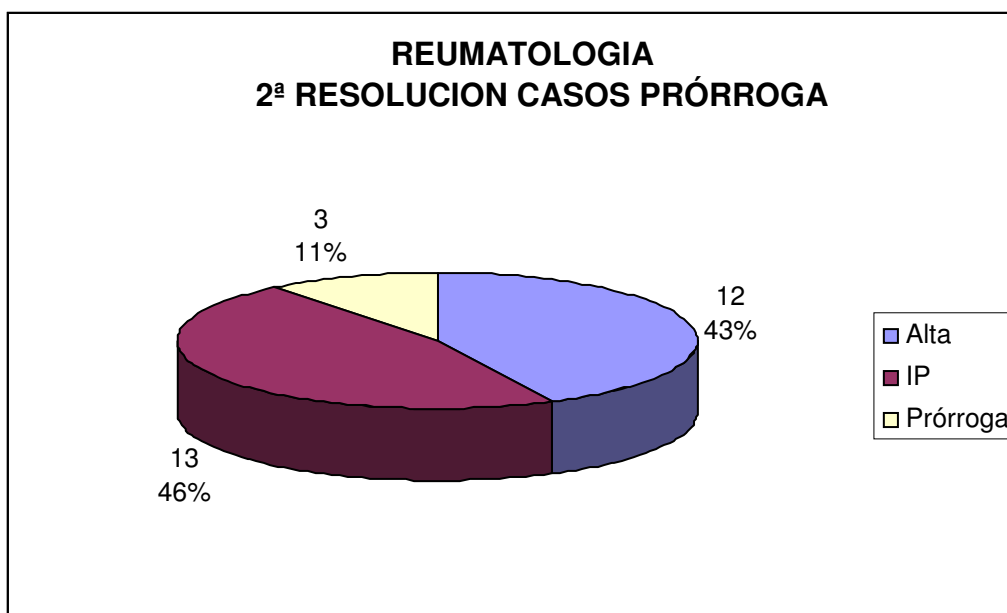
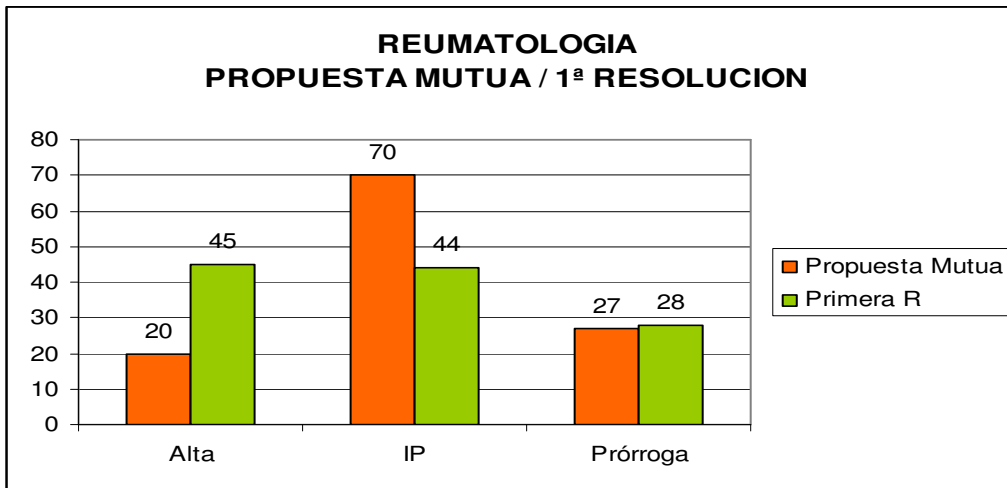
Mujeres CLM en porcentaje

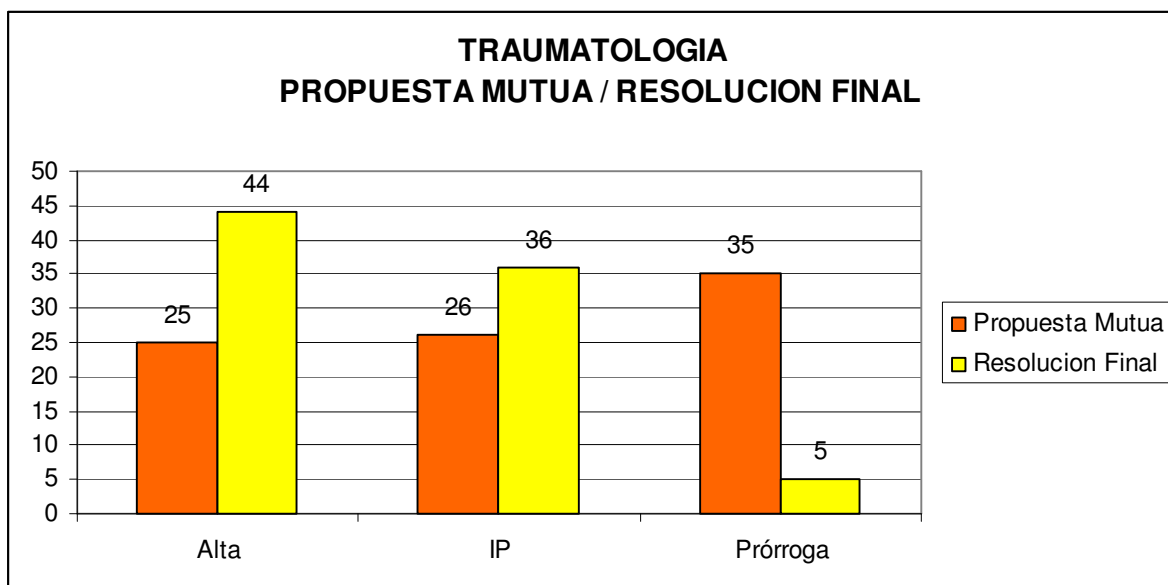
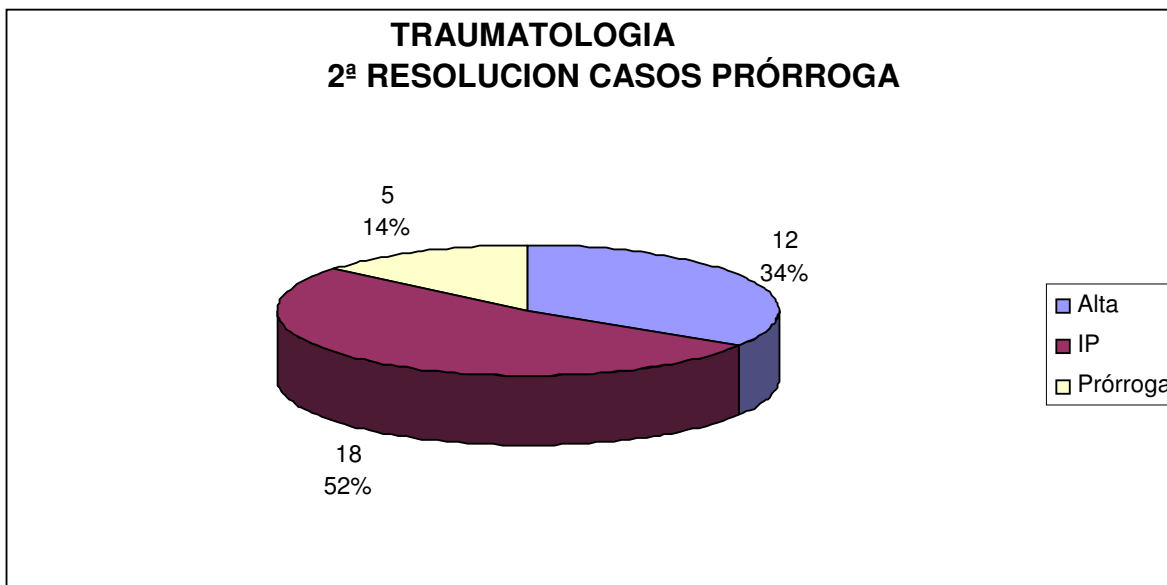
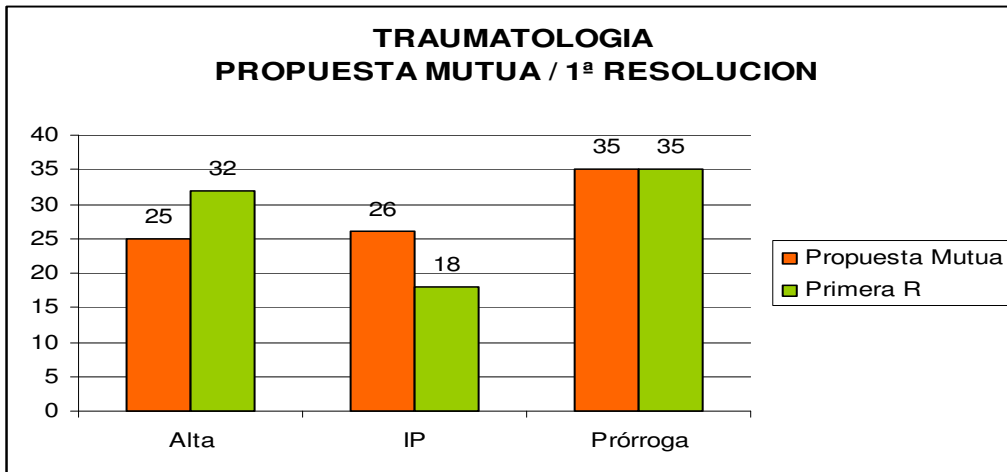
7.3.- PROPUESTAS Y RESOLUCIONES POR PATOLOGIAS

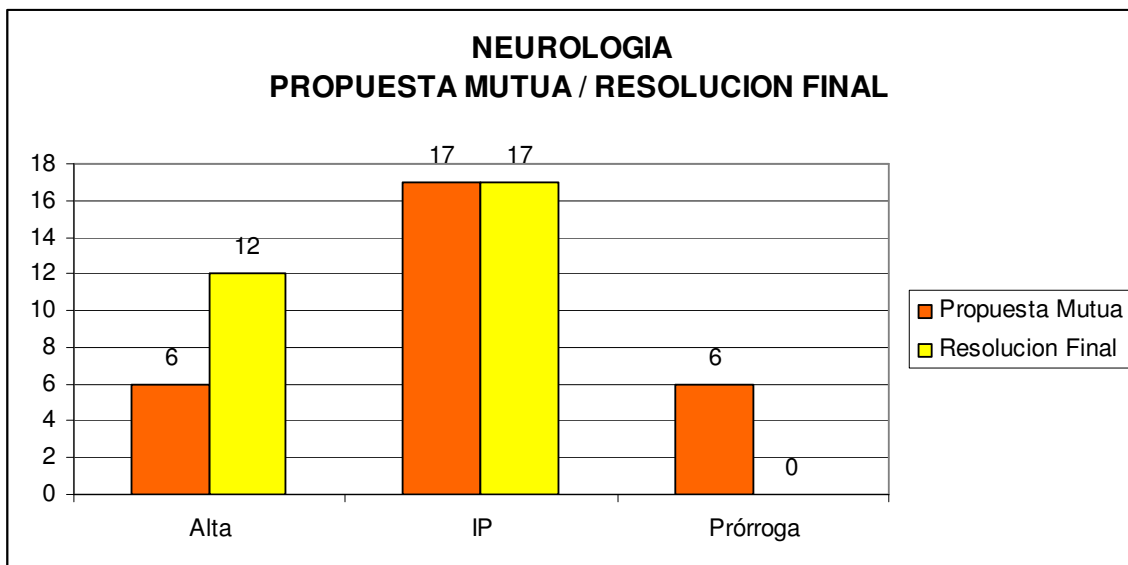
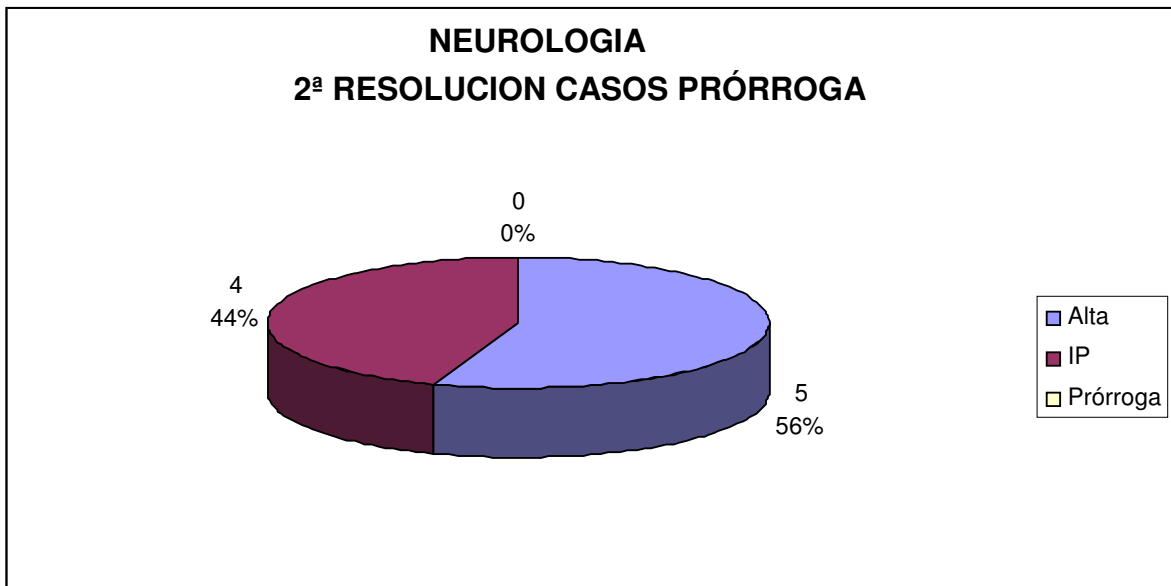
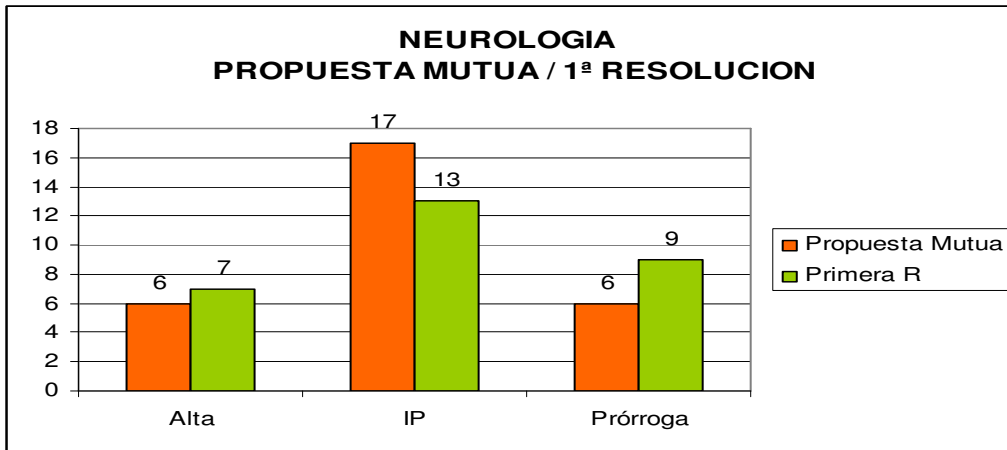
Exponemos ahora los resultados (Propuestas vs. Resoluciones) por patologías en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. En cada grupo de patologías observaremos las propuestas de Asepeyo, la primera resolución del INSS y la segunda resolución en los casos en que previamente se haya reconocido la prórroga de la IT.

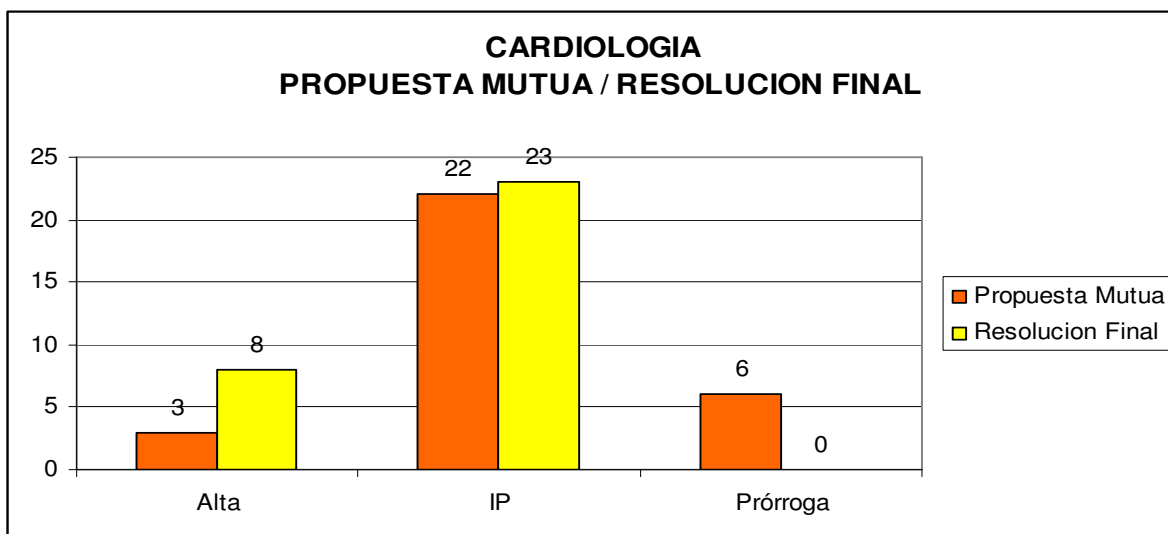
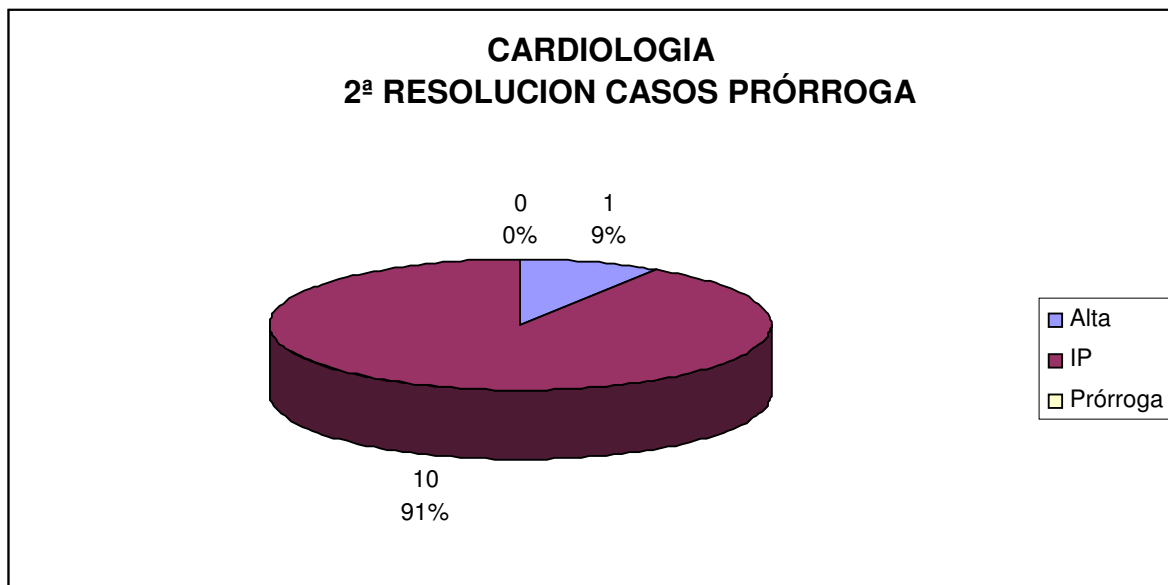
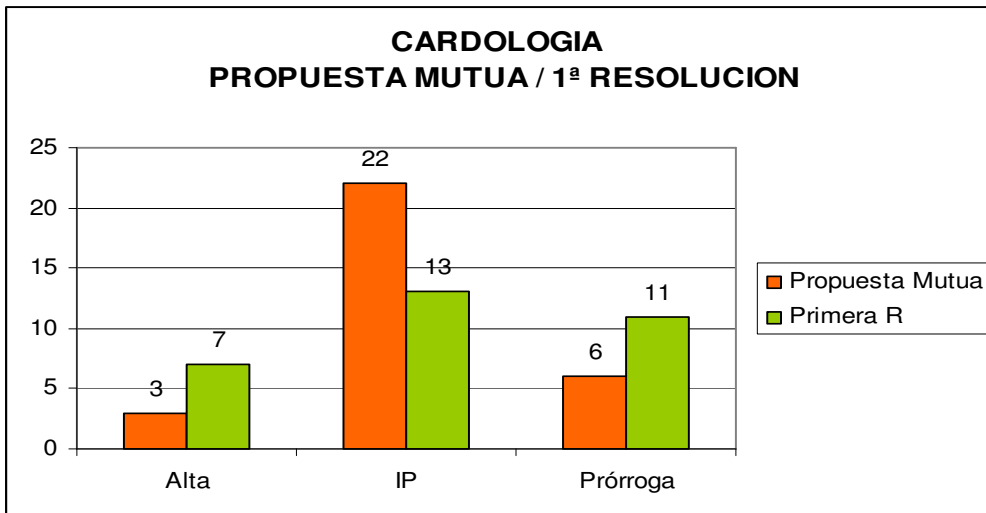
Hacemos notar que para la 2ª resolución no hay propuesta de la Mutua, por lo que la comparación siempre será un tanto asimétrica. Se podría equilibrar un tanto si consideráramos que las propuestas de prórroga a los 12 meses en realidad serían propuestas de alta a los 18.

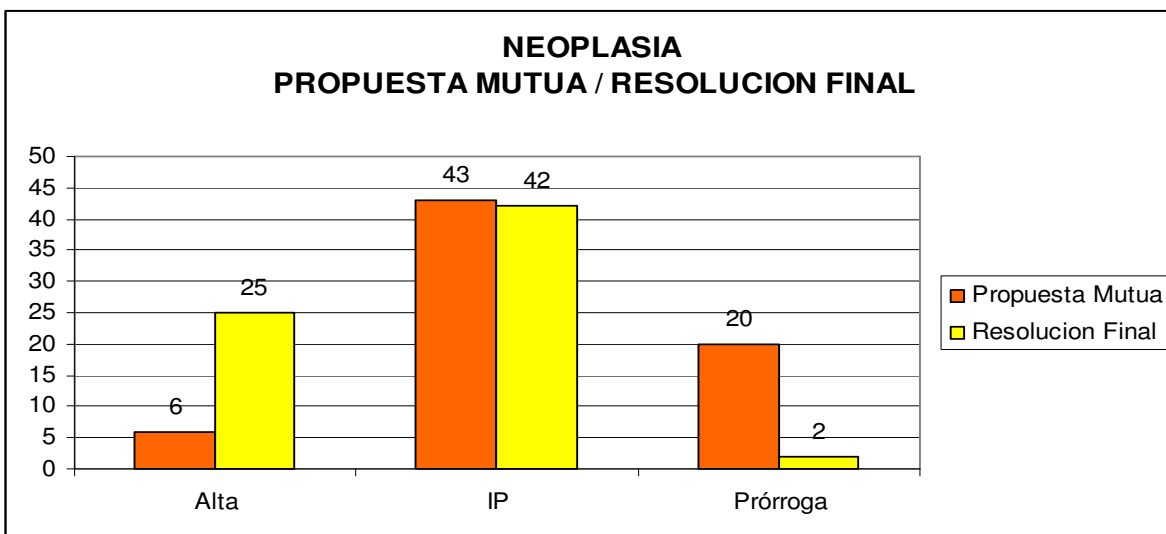
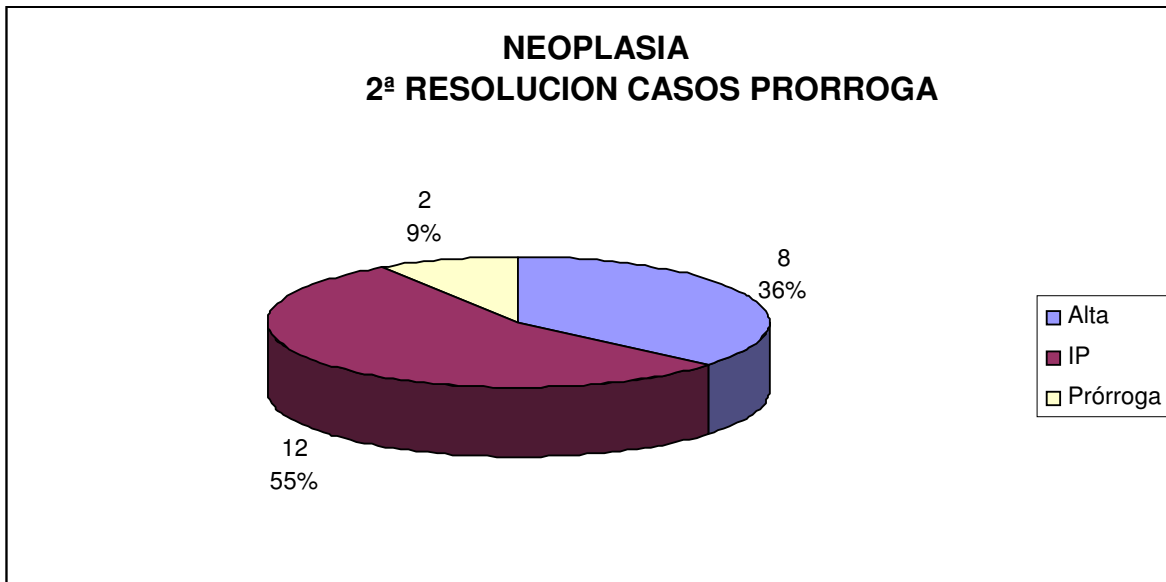
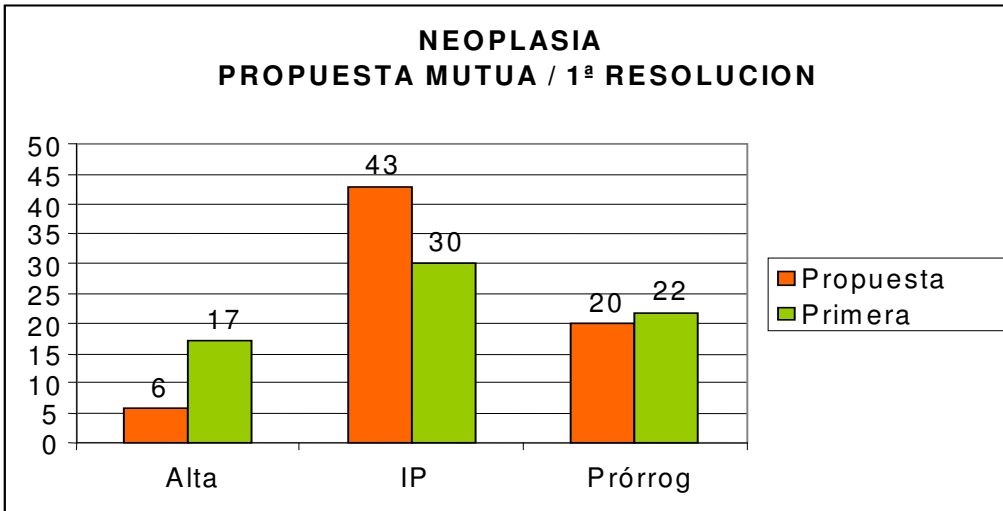
Aquí cada grupo diagnóstico incluye más casos que en el apartado de Extremadura, por lo que podemos considerar el número absoluto de pacientes o el porcentaje.

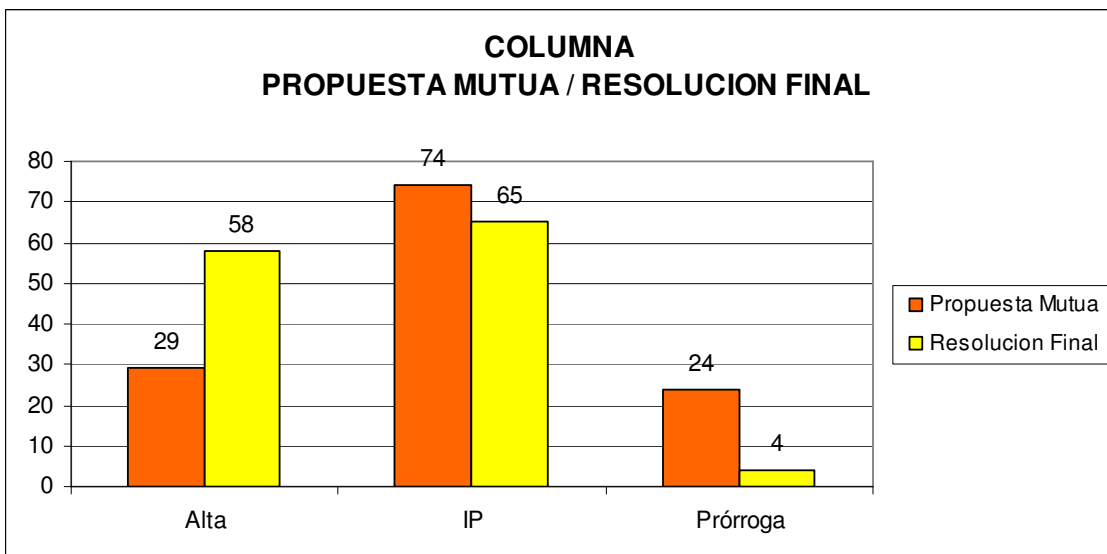
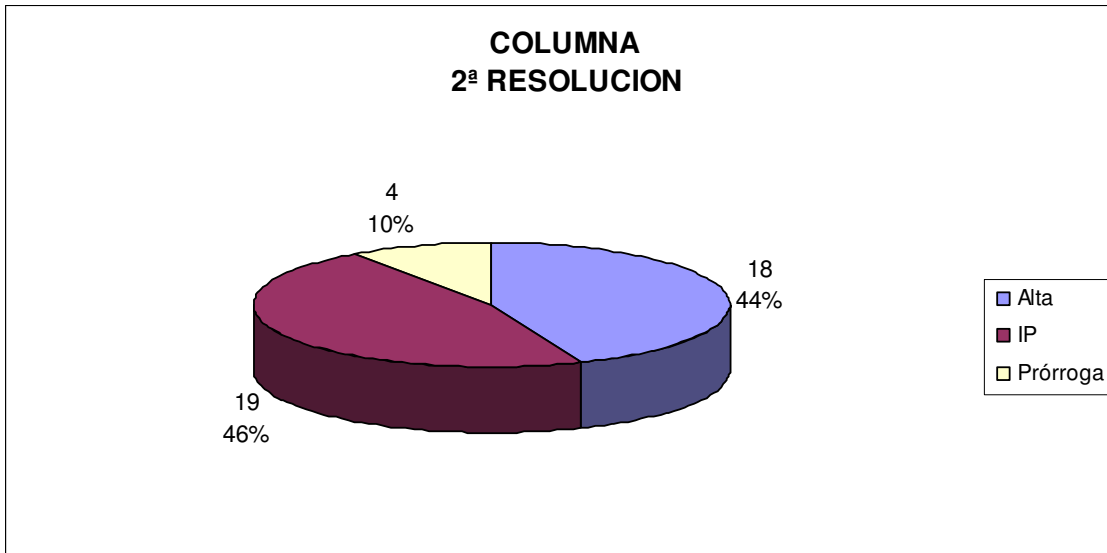
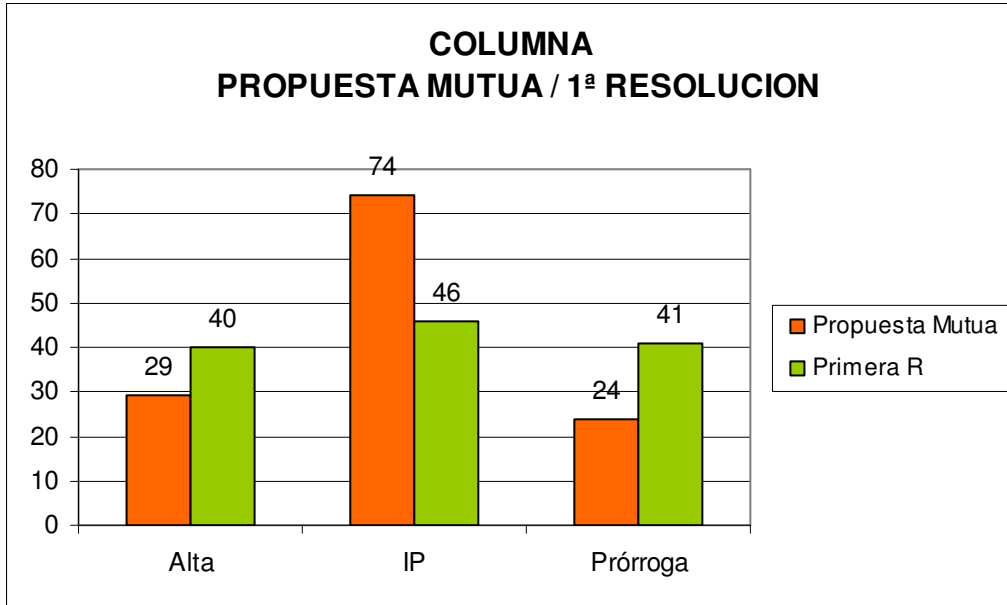


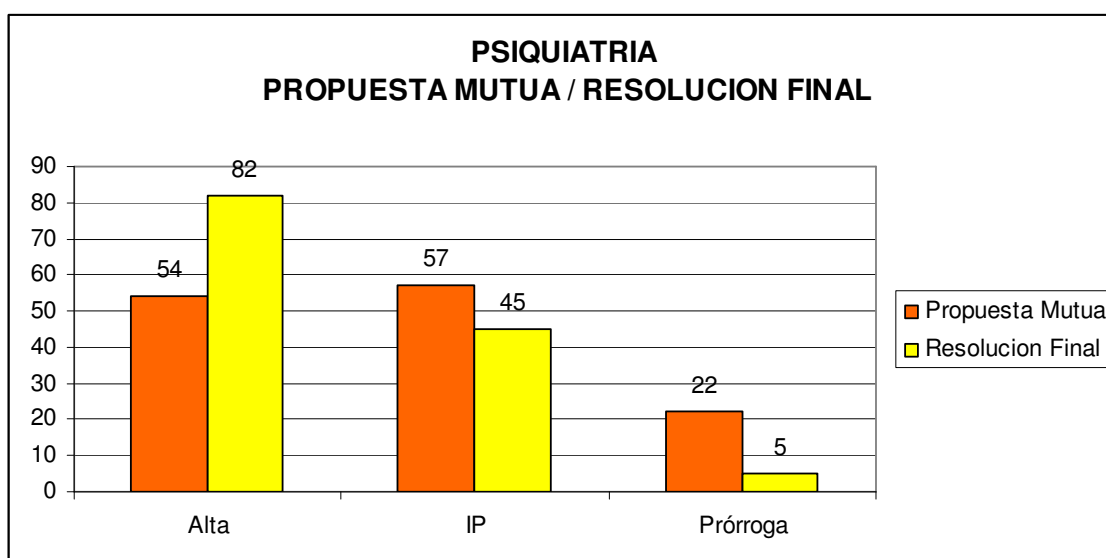
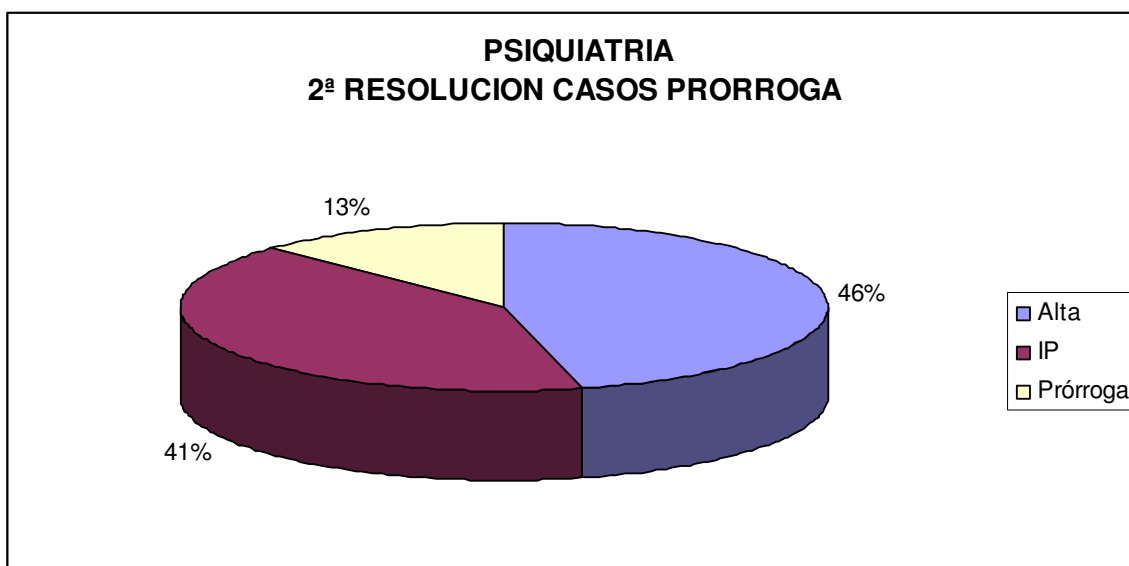
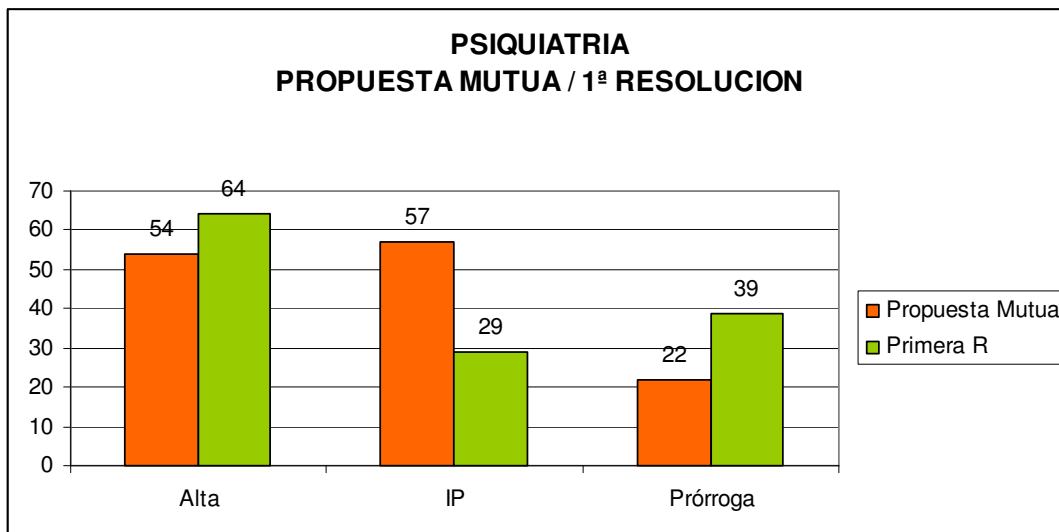


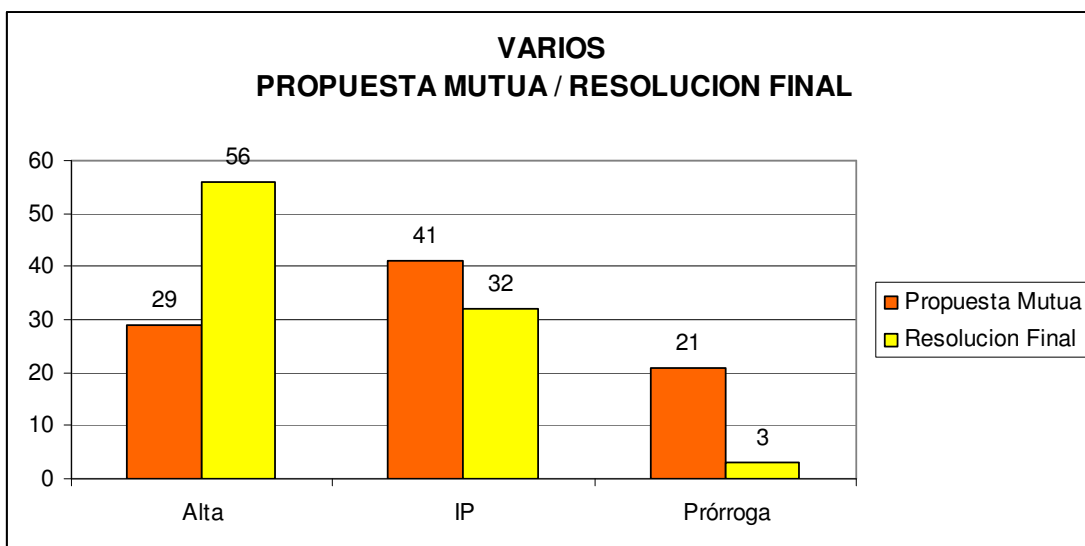
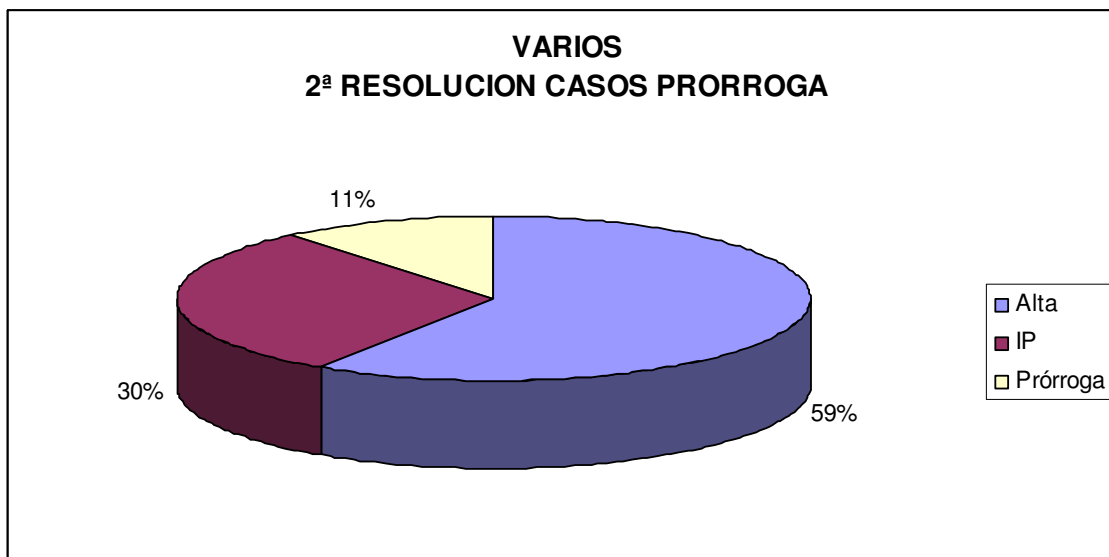
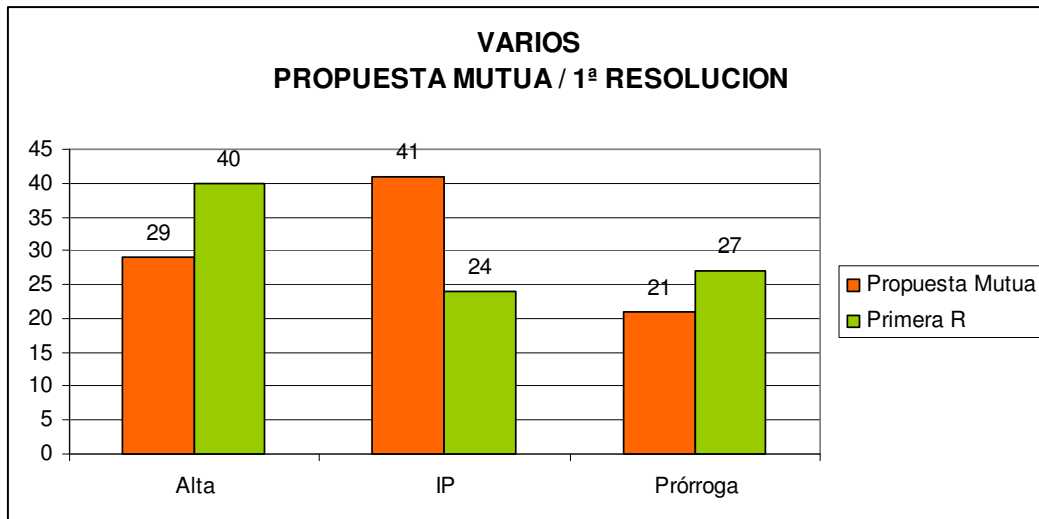












Si hacemos un análisis de los gráficos anteriormente expuestos de las propuestas de la Mutua y las resoluciones del INSS en las distintas patologías, podemos apreciar la tendencia de la Mutua a proponer mayor numero de Incapacidades Permanentes que de altas, mientras que la tendencia del INSS es la contraria es decir mayor numero de altas que de Incapacidades.

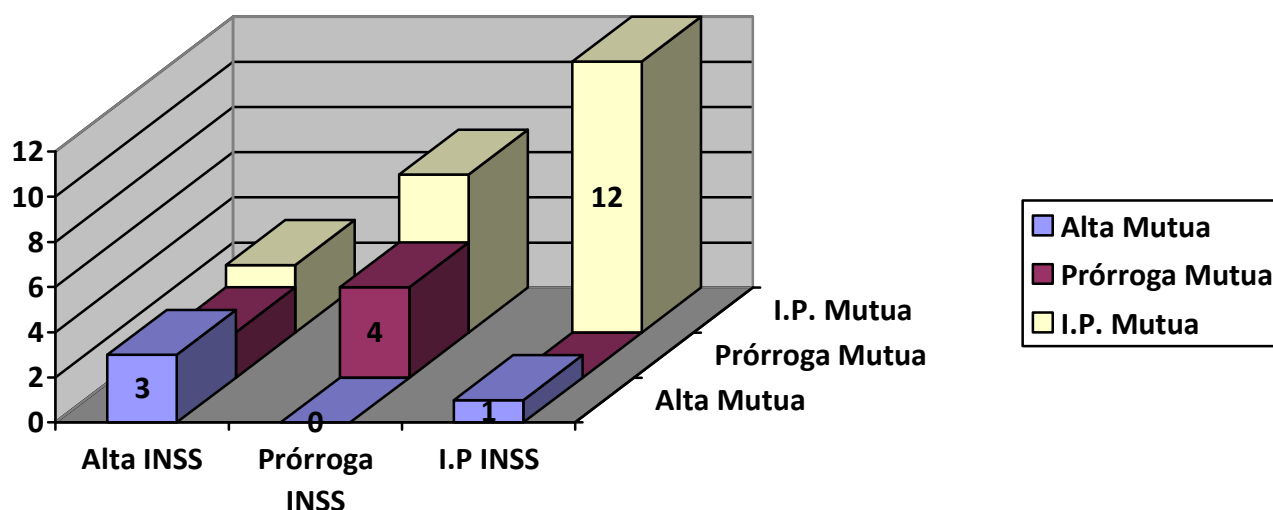
Las prórrogas dictaminadas por el INSS en una primera resolución en un 48% de los casos terminan definitivamente en Incapacidad Permanente, siendo llamativo la patología cardiológica que en un 91% de los casos prorrogados son en una segunda resolución calificados de Incapacidad Permanente

Concordancia en las resoluciones

Vamos a mostrar los gráficos en los que se comparan las propuestas de Asepeyo con las resoluciones del INSS en cada caso concreto, en cada uno de los grupos de patologías en que hemos clasificado los diagnósticos.

CARDIOLOGÍA

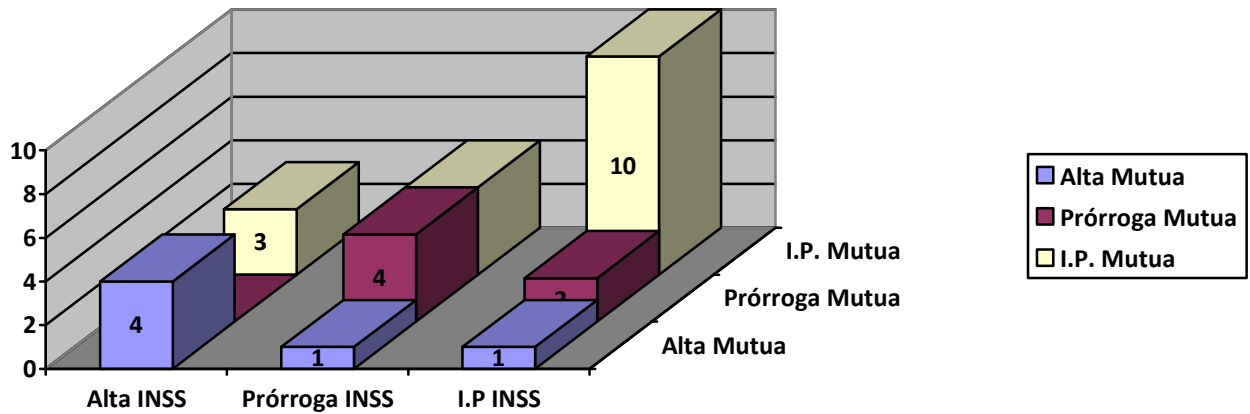
		Resolucion del INSS			
		Alta INSS	Prórroga INSS	I.P INSS	Total
Propuesta de Asepeyo	Alta Mutua	3	0	1	4
	Prórroga Mutua	2	4	0	6
	I.P. Mutua	3	7	12	22
Total		8	11	13	32



El INSS resolvió alta en 3 de los 4 casos propuestos, prórroga en 4 de los 6 propuestos e IP en 12 de los 22 propuestos, en total 19 de los 32 casos, que supone un 59% de concordancias.

NEUROLOGÍA

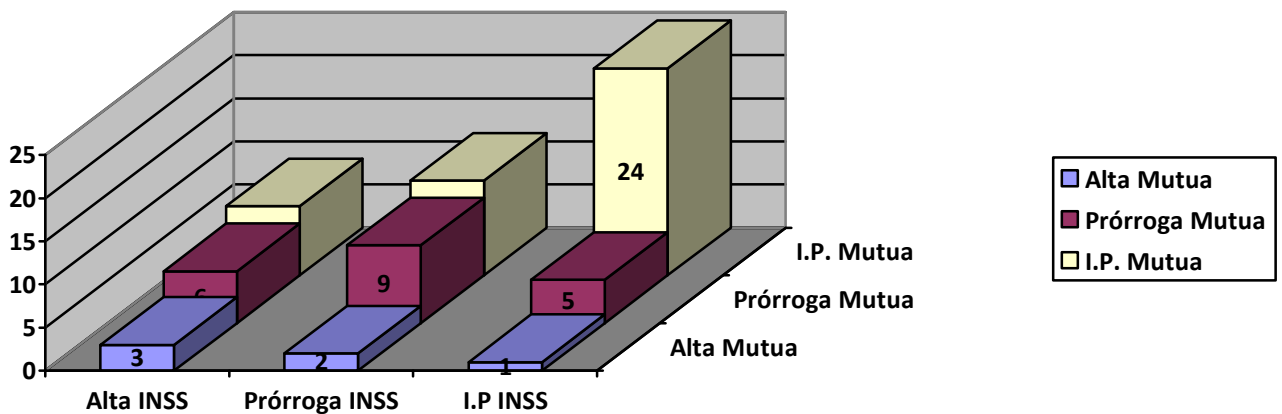
		Resolucion del INSS			
		Alta INSS	Prórroga INSS	I.P INSS	Total
Propuesta de Asepeyo	Alta Mutua	4	1	1	6
	Prórroga Mutua	0	4	2	6
	I.P. Mutua	3	4	10	17
Total		7	9	13	29



En neurología hay concordancia en 4 de las 6 altas propuestas, en 4 de las 6 prórrogas propuestas y en 10 de las 17 prórrogas propuestas, en total 18/29 (62%).

ONCOLOGÍA / NEOPLASIAS

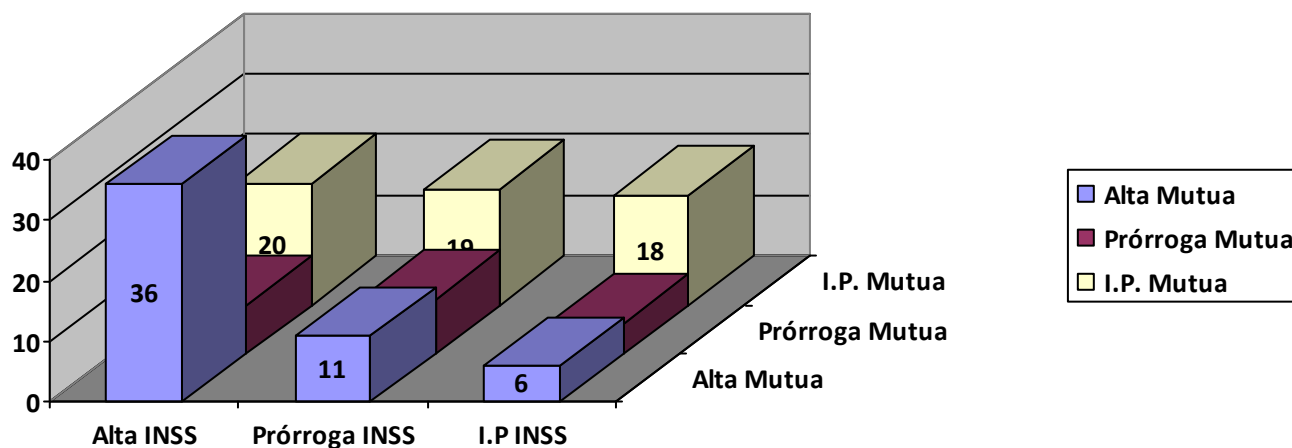
		Resolucion del INSS			
		Alta INSS	Prórroga INSS	I.P INSS	Total
Propuesta de Asepeyo	Alta Mutua	3	2	1	6
	Prórroga Mutua	6	9	5	20
	I.P. Mutua	8	11	24	43
Total		17	22	30	69



Concuerdan 36 de los 69 casos (3 altas, 9 prórrogas, 24 IP), un 52% del total.

PSIQUIATRÍA

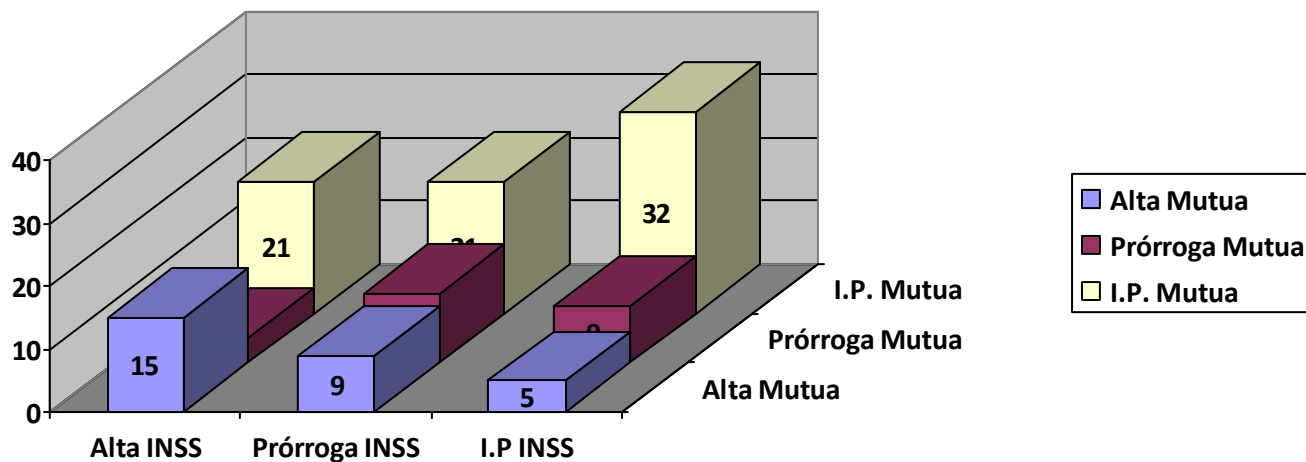
		Resolucion del INSS			
		Alta INSS	Prórroga INSS	I.P INSS	Total
Propuesta de Asepeyo	Alta Mutua	36	11	6	53
	Prórroga Mutua	8	9	5	22
	I.P. Mutua	20	19	18	57
Total		64	39	29	132



En psiquiatría concuerdan 36 altas, 9 prórrogas y 18 IP, un 48% de los casos.

COLUMNA / RAQUIS

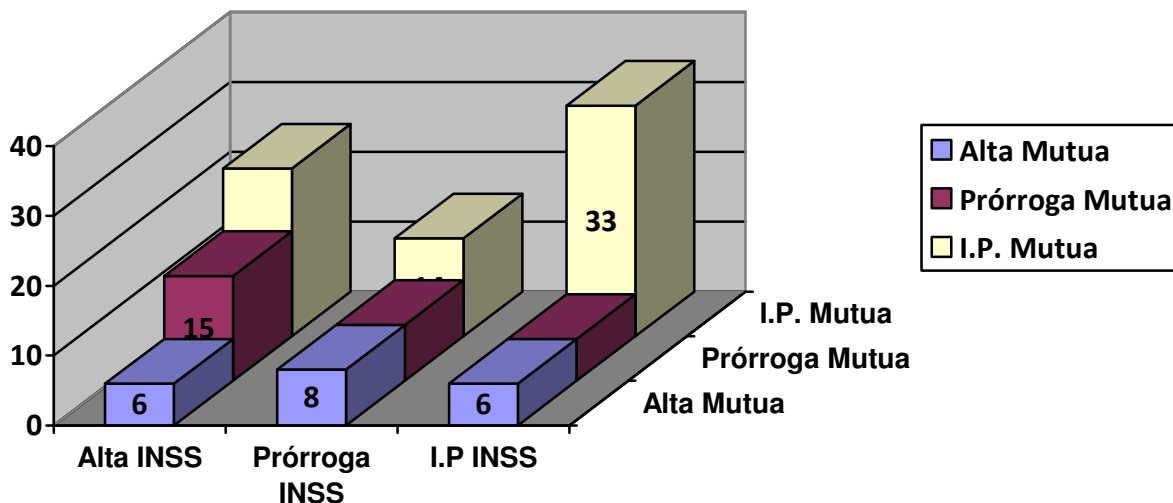
		Resolucion del INSS			
		Alta INSS	Prórroga INSS	I.P INSS	Total
Propuesta de Asepeyo	Alta Mutua	15	9	5	29
	Prórroga Mutua	4	11	9	24
	I.P. Mutua	21	21	32	74
Total		40	41	46	127



En patología de columna vertebral concuerdan 15 casos de alta, 11 de prórroga y 32 de IP, que suman 58 casos del total de 127, equivalentes a un 46%.

REUMATOLOGÍA

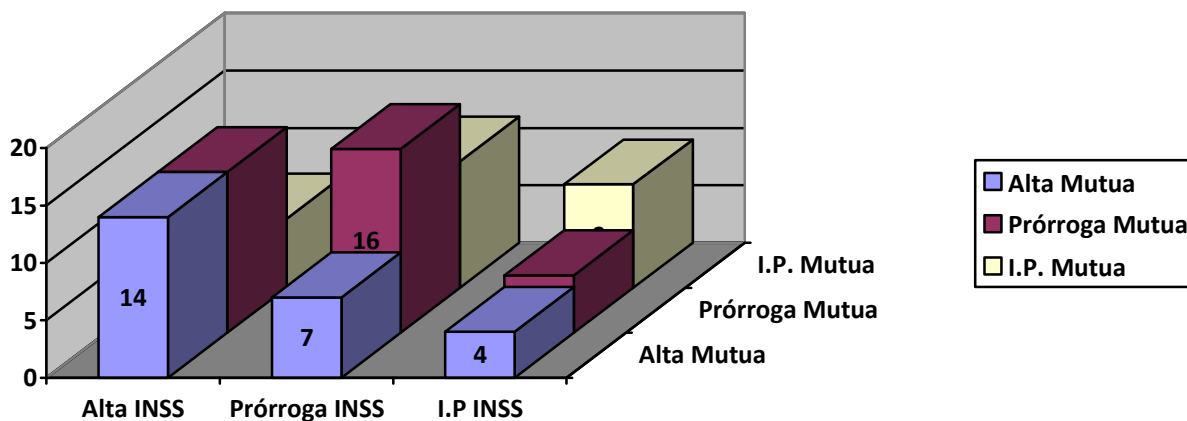
		Resolucion del INSS			
		Alta INSS	Prórroga INSS	I.P INSS	Total
Propuesta de Asepeyo	Alta Mutua	6	8	6	20
	Prórroga Mutua	15	8	6	29
	I.P. Mutua	24	14	33	71
Total		45	30	45	120



Solo hay concordancia en el 39% de los casos, el dato más bajo de la serie.

TRAUMATOLOGÍA

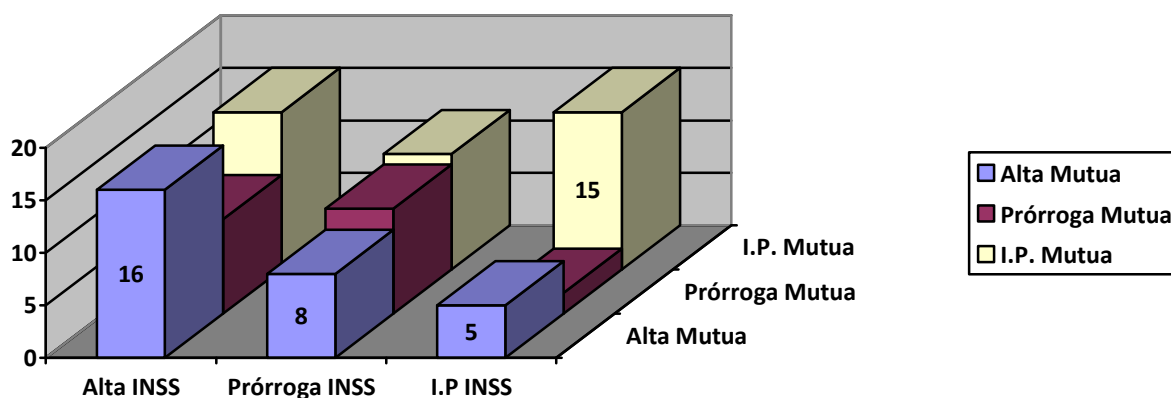
		Resolucion del INSS			
		Alta INSS	Prórroga INSS	I.P INSS	Total
Propuesta de Asepeyo	Alta Mutua	14	7	4	25
	Prórroga Mutua	14	16	5	35
	I.P. Mutua	6	11	9	26
Total		34	34	18	86



Aquí concuerdan las resoluciones con las propuestas en el 45%, 39 de 86 casos.

VARIOS / OTROS

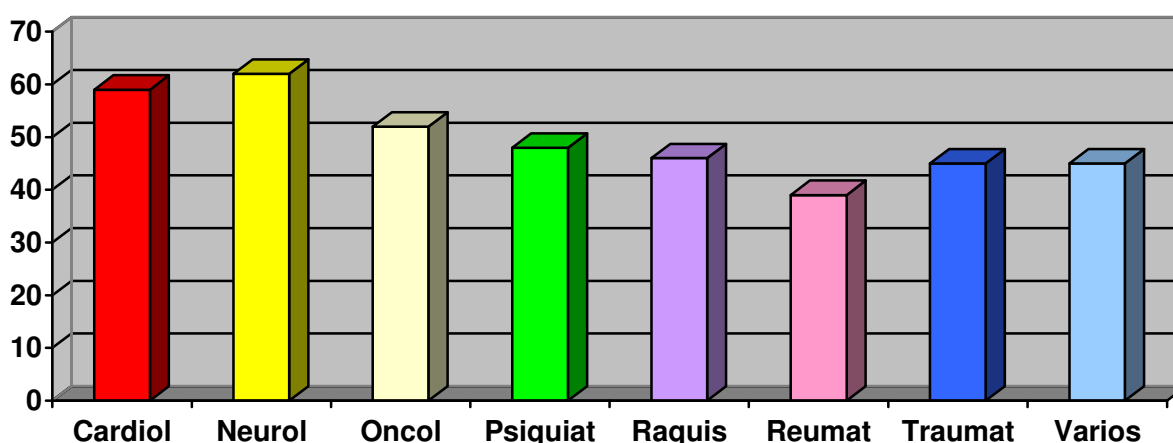
		Resolucion del INSS			
		Alta INSS	Prórroga INSS	I.P INSS	Total
Propuesta de Asepeyo	Alta Mutua	16	8	5	29
	Prórroga Mutua	9	10	2	21
	I.P. Mutua	15	11	15	41
Total		40	29	22	91



En el resto de pacientes, con patologías no incluidas en los anteriores grupos diagnósticos, ha habido concordancia en 16 de las 29 altas propuestas, en 10 de las 21 prórrogas y en 15 de las 41 propuestas de IP, en total 41 de los 91 casos (45,%)

En resumen, este es el porcentaje de concordancia (caso a caso) entre las propuestas de Asepeyo y la resolución del INSS a los 12 meses de IT, en porcentaje:

Cardiol	Neurol	Oncol	Psiquiat	Raquis	Reumat	Traumat	Varios
59	62	52	48	46	39	45	45



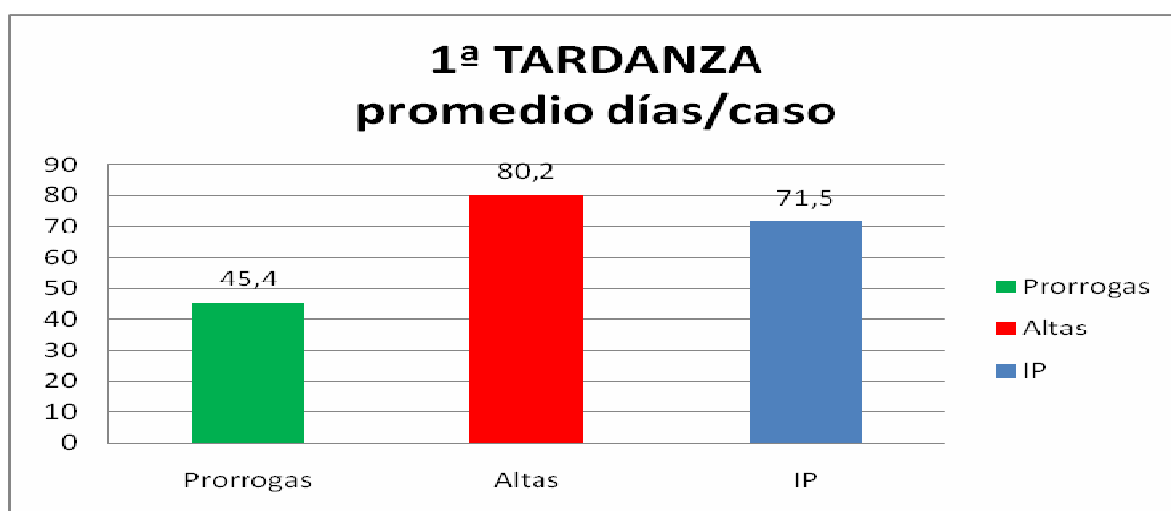
ESTUDIO DE TARDANZA EN LOS DICTÁMENES

Unos de los objetivos que planteamos ha sido valorar las tardanzas del INSS en resolver los casos. Para calcular las tardanzas medias se suman todas las tardanzas (en días) y se divide por el total de casos en la Comunidad Autónoma.

Estos son los datos de tardanza para el primer dictamen del INSS en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha

TARDANZAS 1ª

	Dias	Casos	Promedio
Prorrogas	9712	214	45,4
Altas	20283	253	80,2
IP	15720	220	71,5
TOTAL	45715	687	66,5

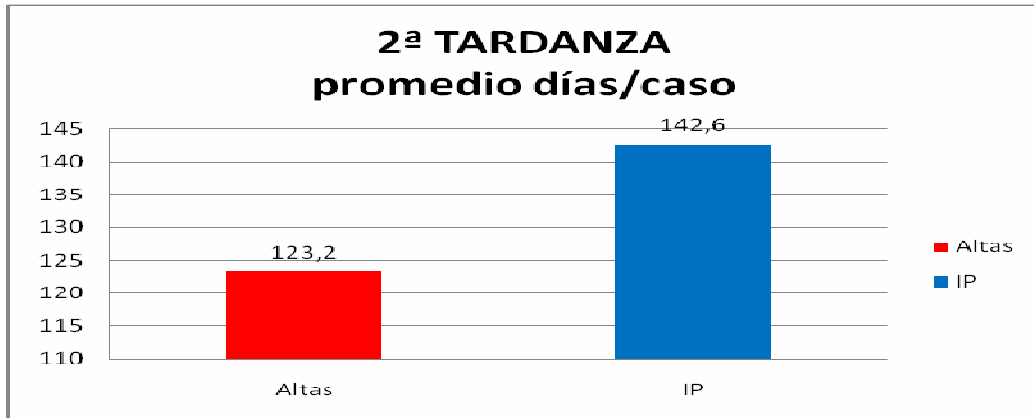


Observamos que es mayor cuando se dictamina el alta del paciente que cuando se califica la incapacidad permanente del trabajador. La menor tardanza ocurre, con diferencia, cuando se prorroga la situación de IT

En el caso del segundo dictamen la situación es más complicada. Sólo debería haber resoluciones de IP y de alta, incluyendo estas últimas aquellos casos en los que no se puede conceder la IP por la falta de algún requisito, generalmente no alcanzar suficiente tiempo cotizado a la Seguridad Social. Pero además comprobamos que a 30 de junio de 2009 aún quedaban algunos casos sin resolver, por demora de calificación o por no cumplir los plazos previstos.

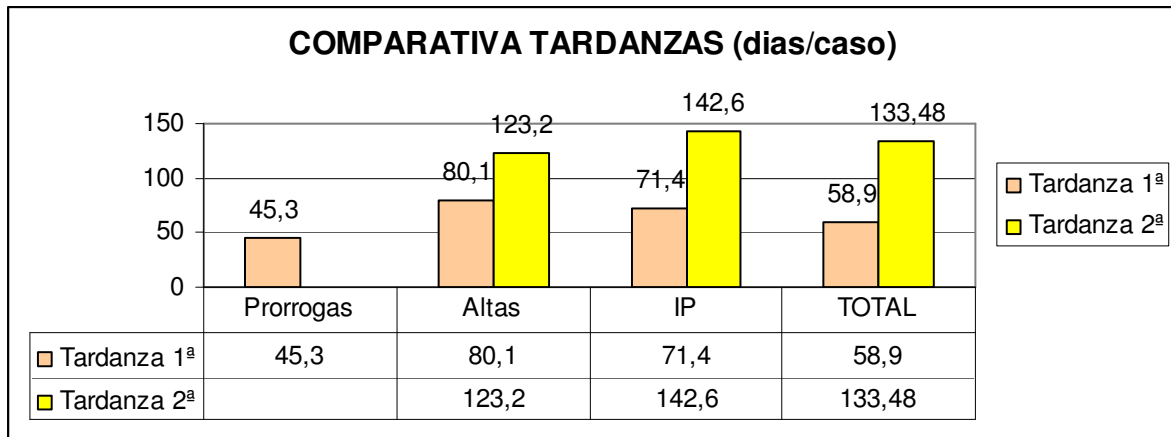
TARDANZAS 2ª

	Dias	Casos	Promedio
Altas	11091	90	123,2333333
IP	14405	101	142,6237624
TOTAL	25496	191	133,486911



COMPARATIVA TARDANZAS

	Tardanza 1ª	Tardanza 2ª
Prorrogas	45,3	
Altas	80,1	123,2
IP	71,4	142,6
TOTAL	58,9	133,48



8.- RESULTADOS EN EXTREMADURA

8.1.- PROPUESTAS Y RESOLUCIONES.

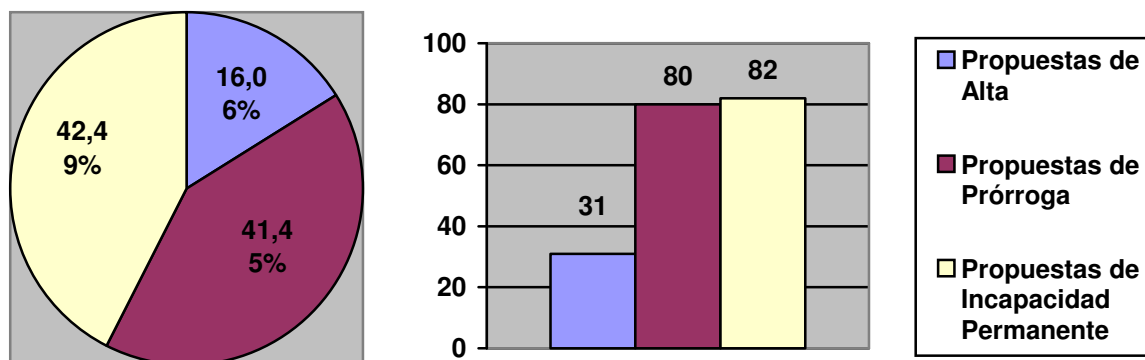
En la Comunidad Autónoma de Extremadura se han producido durante el año 2007 un total 5.416 bajas por contingencias comunes con derecho a prestación económica en trabajadores que tienen esa prestación asumida por la Mutua Asepeyo.

En el año 2008, un total de 193 trabajadores adscritos a Asepeyo han sido valorados por el EVI del INSS por agotar el plazo de 12 meses en IT, previo envío del informe desde la Mutua por el sistema Atrium, lo que supone un 3,58% de los casos de baja producida en 2007.

De los 193 casos remitidos al INSS y posteriormente valorados por el EVI la propuesta de la Mutua era la siguiente:

	Número	Porcentaje
Propuestas de Alta	31	16,06%
Propuestas de Prórroga	80	41,45%
Propuestas de Incapacidad Permanente	82	42,49%
Total	193	100,00%

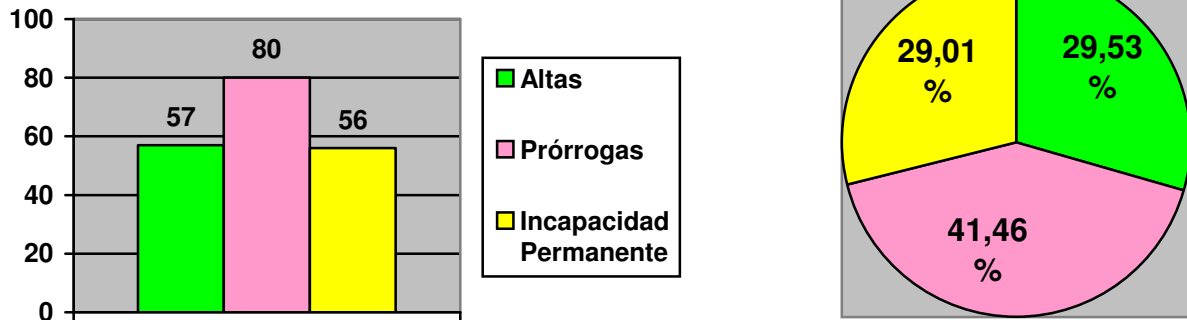
Propuestas Asepeyo - Extremadura



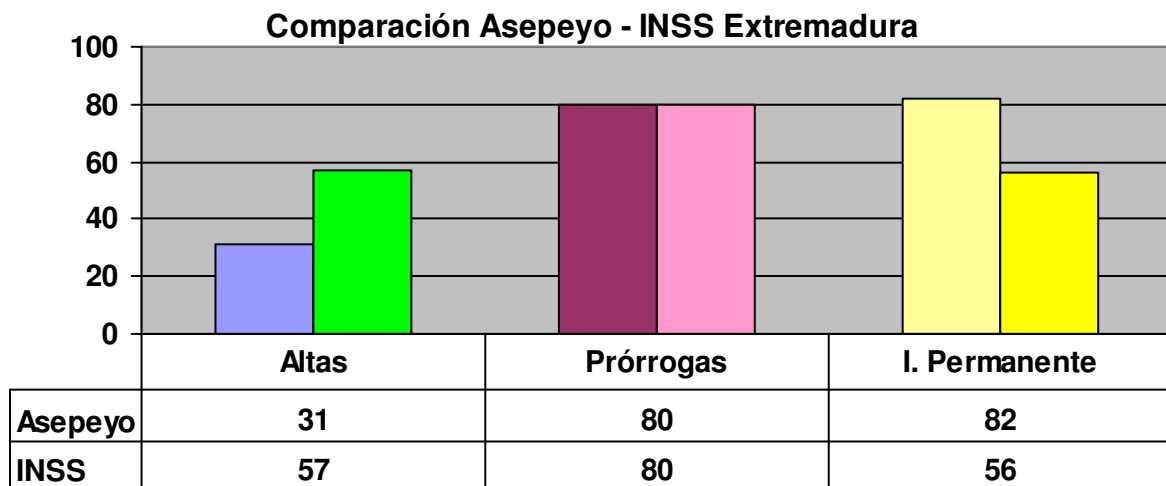
Y estos 193 casos fueron resueltos por el INSS a partir de los 12 meses de la siguiente manera:

Resoluciones del INSS	Número	Porcentaje
Altas	57	29,53%
Prórroga	80	41,46%
Incapacidad Permanente	56	29,01%
Total	193	100,00%

Resoluciones del INSS Extremadura



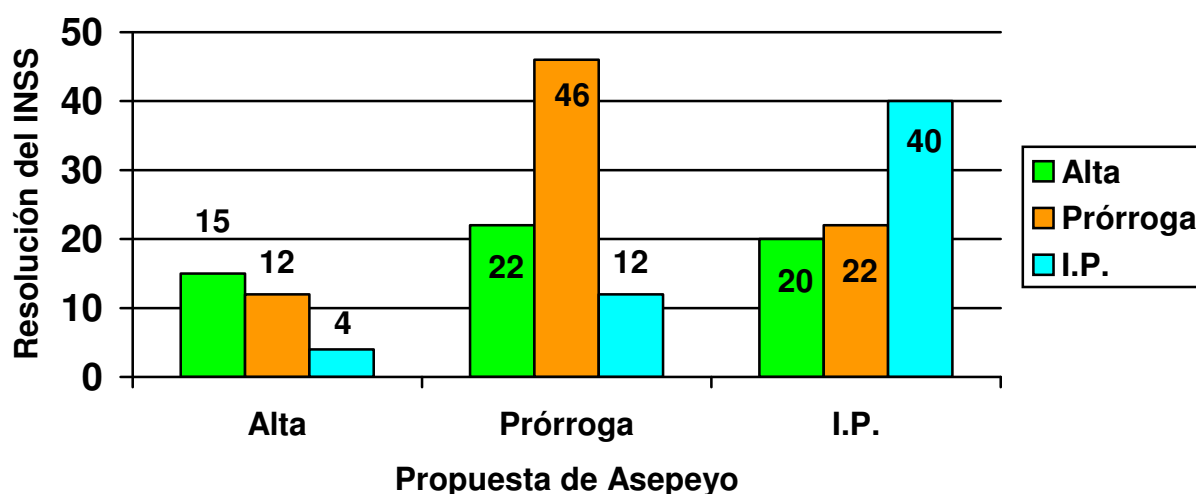
La lectura inicial que puede hacerse es que los dos grupos de valores son muy parecidos, incluso coincide exactamente el número de prórrogas propuestas por Asepeyo con las que se han concedido por el INSS.



En realidad es necesario conocer qué ha resuelto el INSS ante cada propuesta concreta de la Mutua, para conocer el grado de correlación. Los datos en Extremadura son estos:

		Resolución del INSS			Total
		Alta	Prórroga	I.P.	
Propuesta de Asepeyo	Alta	15	12	4	31
	Prórroga	22	46	12	80
	I.P.	20	22	40	82
Total		57	80	56	193

Concordancia en Extremadura



Ha habido concordancia en el 52,85% de los casos: en 102 de los 193 casos totales han coincidido exactamente la propuesta de Asepeyo y la 1ª resolución del INSS. Veamos en qué casos:

- De las 31 altas propuestas por Asepeyo, el INSS ha resuelto el alta en 15 de ellos (48,39%), 12 casos los ha prórrogado (30,71%) y en 4 se ha reconocido incapacidad permanente (12,90%).

- De las 80 prórrogas propuestas por la Mutua el INSS ha reconocido 47 (58,75%), resolviendo alta en 22 casos (27,50%) e incapacidad permanente en otros 11 (13,75%).

- Finalmente, de los 82 casos en que Asepeyo encontraba suficientes datos para proponer la incapacidad permanente, el INSS ha resuelto reconocerla en 40 de ellos (48,78%), en 22 ha reconocido la prórroga de IT (26,83%) y en 20 casos ha sido alta (24,39%).

Sumando, comprobamos que en un total de 80 casos el INSS ha reconocido una prórroga de la IT. Después de la misma se ha realizado una segunda valoración por el EVI y un segundo dictamen, que han resultado ser:

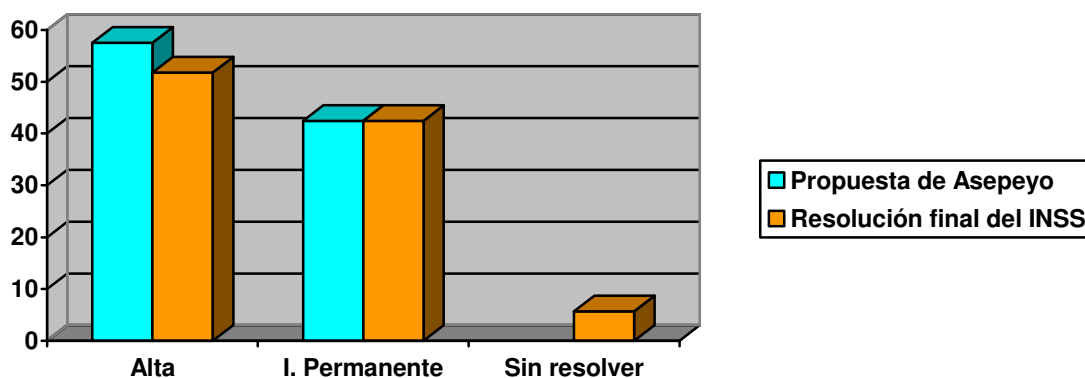
- 43 de alta
- 26 de incapacidad permanente
- 11 sin resolver (en demora de calificación, etc).

Si consideramos que la prórroga se propone por la Mutua -y se reconoce por el INSS- cuando se espera la curación o mejoría (y la reincorporación al trabajo) en los siguientes 6 meses, podemos concluir que:

- Asepeyo esperaba que a los 18 meses estuvieran de alta el 57,51%, esto es, 111 trabajadores (para los que propuso a los 12 meses alta o prórroga) y que los otros 82 (42,48%) estarían en situación de IP.

- El INSS ha dictaminado un total de 100 altas (o “no IP”), 82 incapacidades permanentes y mantiene otros 11 casos sin resolución definitiva a fecha 30 de junio de 2009, que suponen respectivamente el 51,81%, el 42,49% y el 5,70% del total de casos del estudio.

Casos en %	Alta	I. Permanente	Sin resolver
Propuesta de Asepeyo	57,51	42,49	
Resolución final del INSS	51,81	42,49	5,70

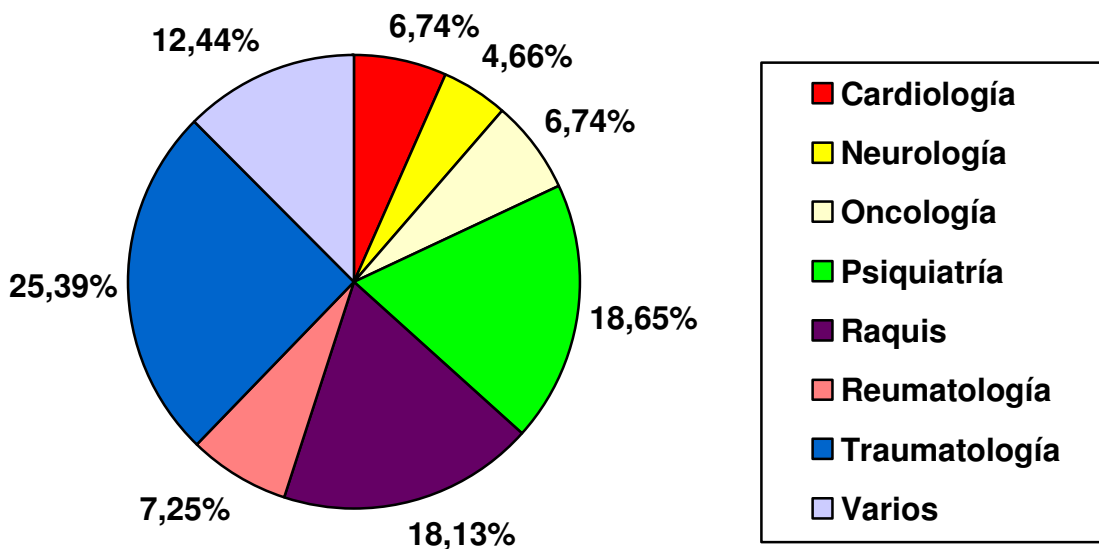
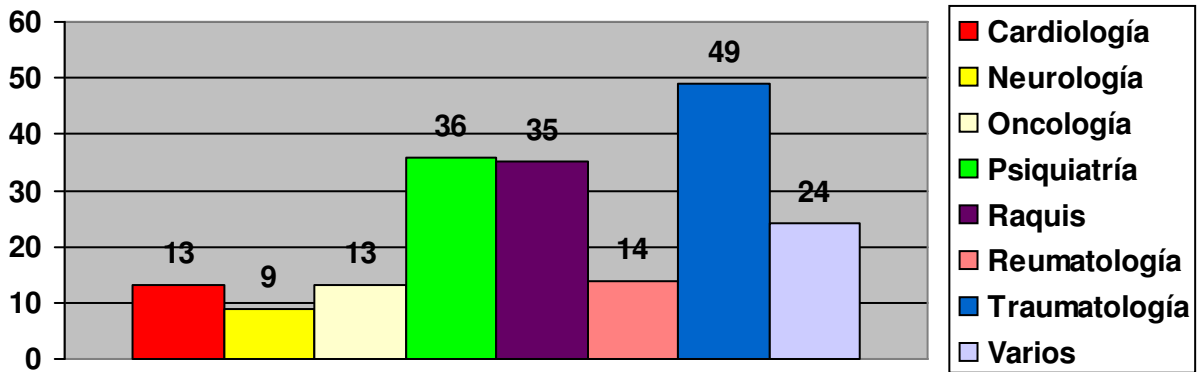


8.2.- DATOS POR PATOLOGÍAS Y SEXOS

Hemos clasificado los 193 casos que en Extremadura han agotado el periodo de 12 meses de IT según la patología causante y hemos destacado los grupos diagnósticos más prevalentes, encuadrando a los menos frecuentes como “varios”. Estos son los datos que hemos obtenido:

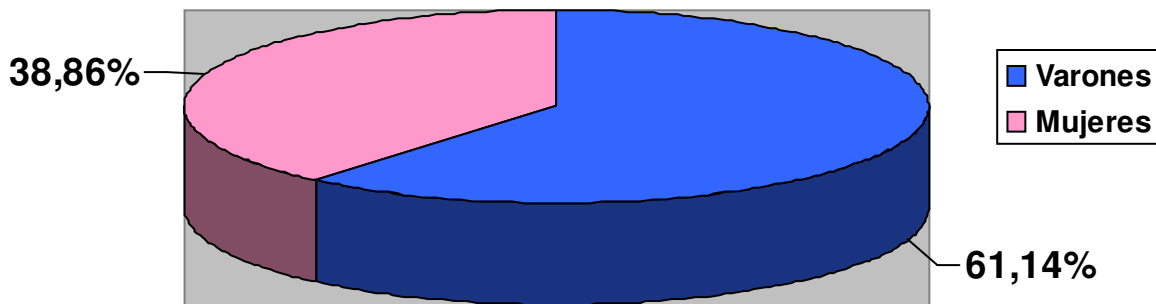
PATOLOGÍA	Nº CASOS	PORCENTAJE
Cardiología	13	6,74
Neurología	9	4,66
Oncología	13	6,74
Psiquiatría	36	18,65
Raquis	35	18,13
Reumatología	14	7,25
Traumatología	49	25,39
Varios	24	12,44
Total	193	100,00

Patologías 12 meses - Extremadura



En cuanto a sexos, del total de 193 casos que han agotado el periodo de 12 meses de IT en Extremadura, 118 son varones (el 61,14% del total) y 75 mujeres (el 38,86%).

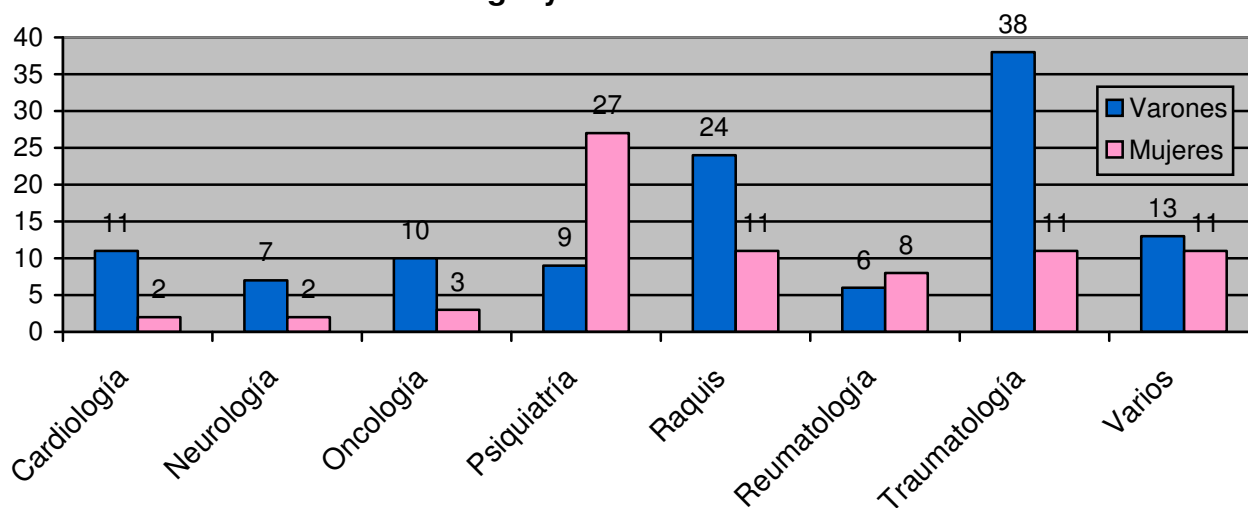
Porcentaje por sexos - Extremadura



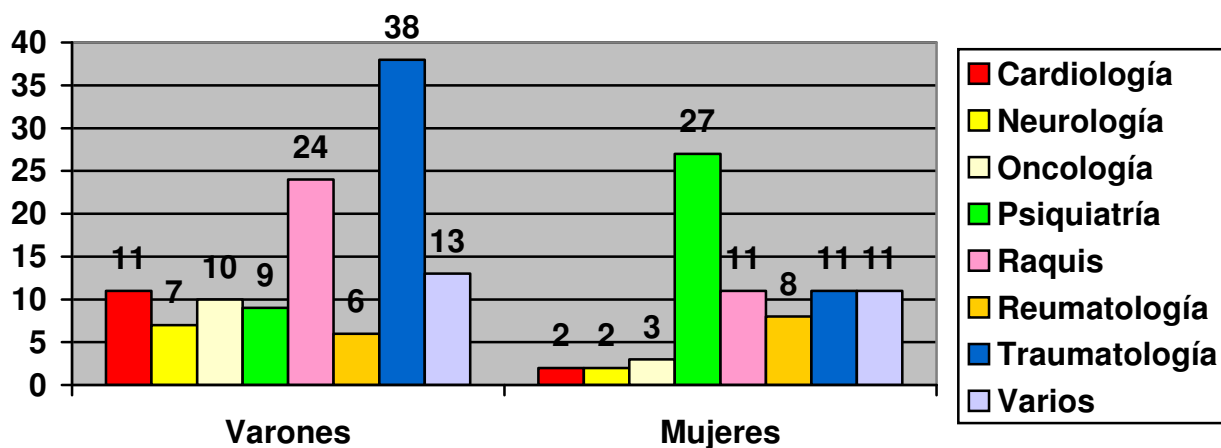
La distribución por sexos según las patologías (y por patologías según los sexos) ha sido la siguiente:

	Varones	Mujeres	Total
Cardiología	11	2	13
Neurología	7	2	9
Oncología	10	3	13
Psiquiatría	9	27	36
Raquis	24	11	35
Reumatología	6	8	14
Traumatología	38	11	49
Varios	13	11	24
Total	118	75	193

Patología y sexo - Extremadura



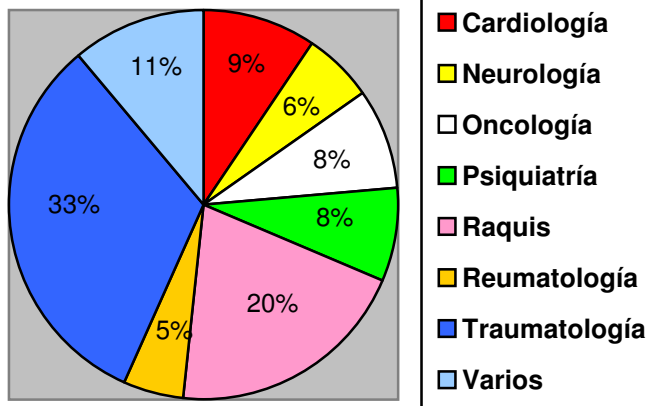
Sexo y patología - Extremadura



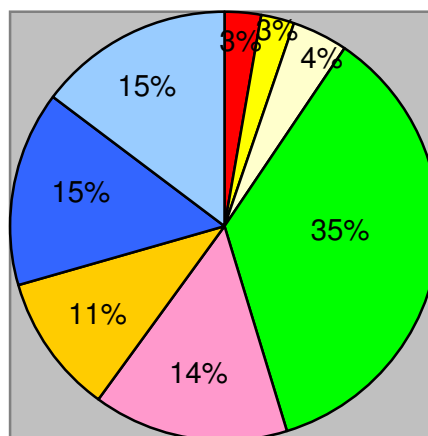
Se aprecia que entre los varones que agotan el periodo de 12 meses de IT, más de la mitad (53%) lo hacen por patología traumatológica y de columna vertebral, mientras que en mujeres no superan el 29%. Los casos de cardiología, neurología y oncología también son más frecuentes en varones (el doble o más que en mujeres).

Entre las mujeres la patología más frecuentemente implicada es la psiquiátrica, en un 35% de los casos, frente al 8% en varones. También son más frecuentes en el sexo femenino los casos reumatológicos (11% frente a 5%) y los englobados como “varios”.

Patología en varones - Extremadura



Patología en mujeres



8.3.- PROPUESTAS Y RESOLUCIONES POR PATOLOGIAS

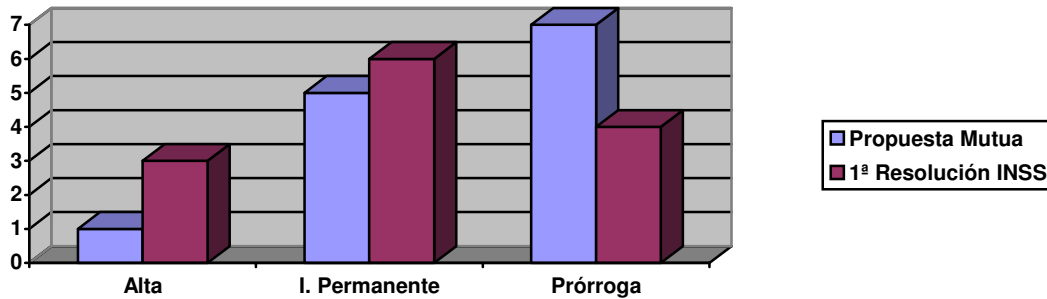
Exponemos ahora los resultados (Propuestas / Resoluciones) por patologías en la Comunidad Autónoma de Extremadura. En cada grupo de patologías observaremos las propuestas de Asepeyo, la primera resolución del INSS y la segunda resolución en los casos en que previamente se haya reconocido la prórroga de la IT.

Hacemos notar que para la 2ª resolución no hay propuesta de la Mutua, por lo que la comparación siempre será un tanto asimétrica. Se podría equilibrar si consideramos que las propuestas de prórroga a los 12 meses son propuestas de alta a los 18.

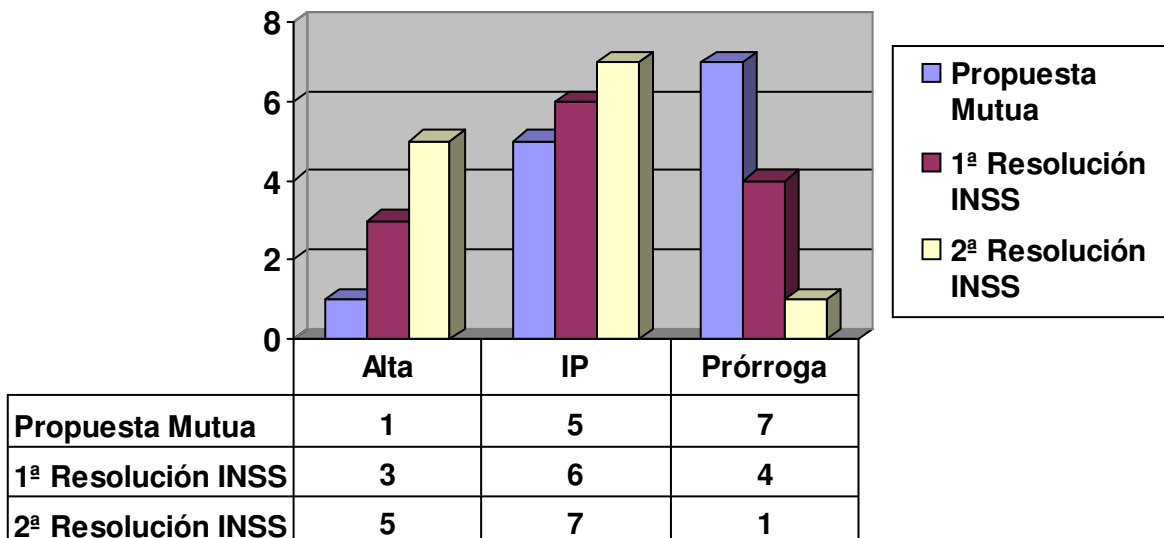
Como cada grupo diagnóstico incluye pocos casos, hemos estimado más adecuado considerar el número de pacientes que el porcentaje.

1. Cardiología

Comparamos los resultados entre la propuesta de Asepeyo y la primera resolución del INSS. Observamos que la mutua proponía alta en el caso de 1 paciente, incapacidad permanente en 5 y prórroga en otros 7, pero el INSS resolvió alta en 3 casos, IP en 6 y reconoció prórroga en 4.

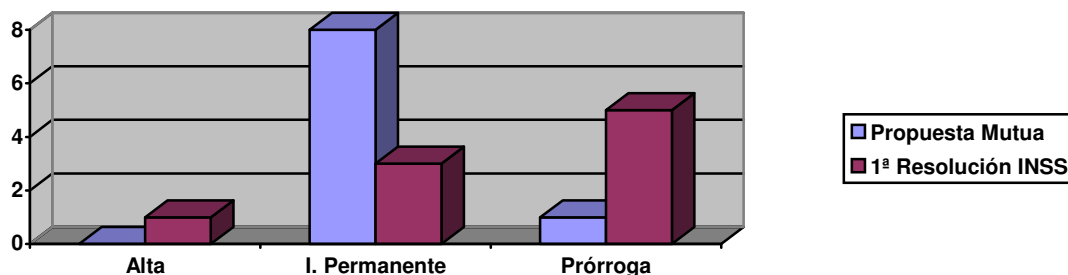


En la 2ª resolución del INSS sobre las 4 prórrogas reconocidas, 2 casos fueron alta, 1 incapacidad permanente y 1 seguía sin resolver al cierre del estudio. Aquí se puede apreciar el “reequilibrio” a que hacíamos mención, si consideramos que a los 18 meses Asepeyo “esperaba” 8 altas y 5 IP

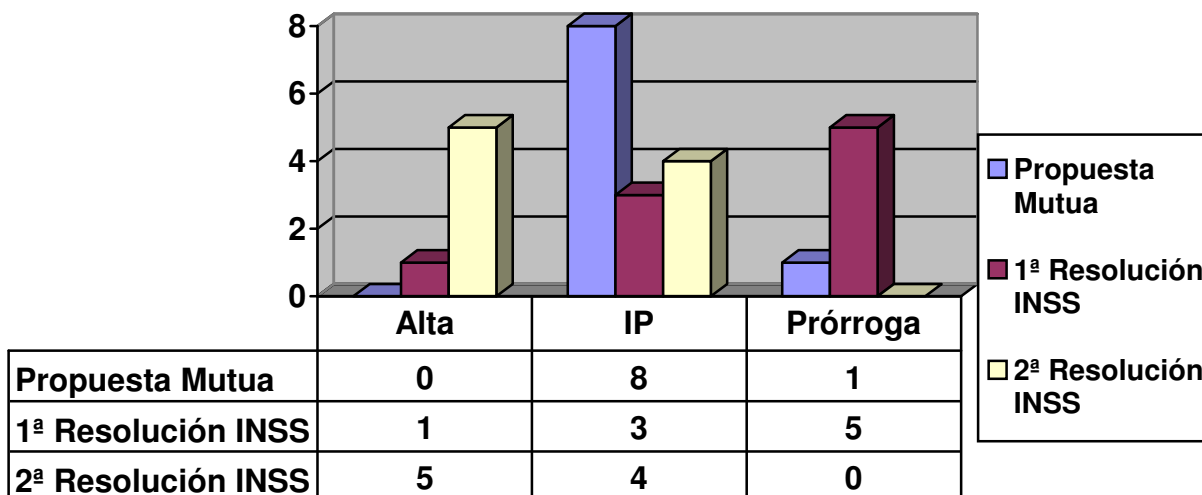


2. Neurología

En los casos del grupo de Neurología, Asepeyo proponía IP en 8 casos y prórroga en 1, sin altas a los 12 meses. Las resoluciones fueron muy diferentes: 1 alta, 3 IP y 5 prórrogas con una duración máxima de 6 meses más.

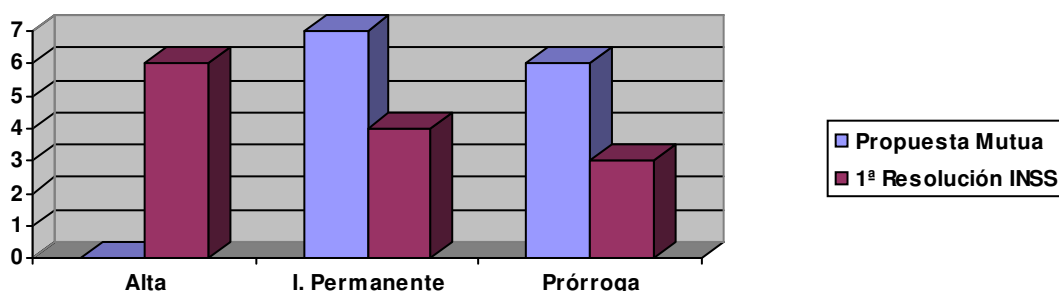


En la 2ª resolución el INSS resolvió alta en 4 de los 5 casos y solo concedió 1 IP más. Aquí, en cualquier caso, el criterio del INSS estuvo muy alejado del de Asepeyo.

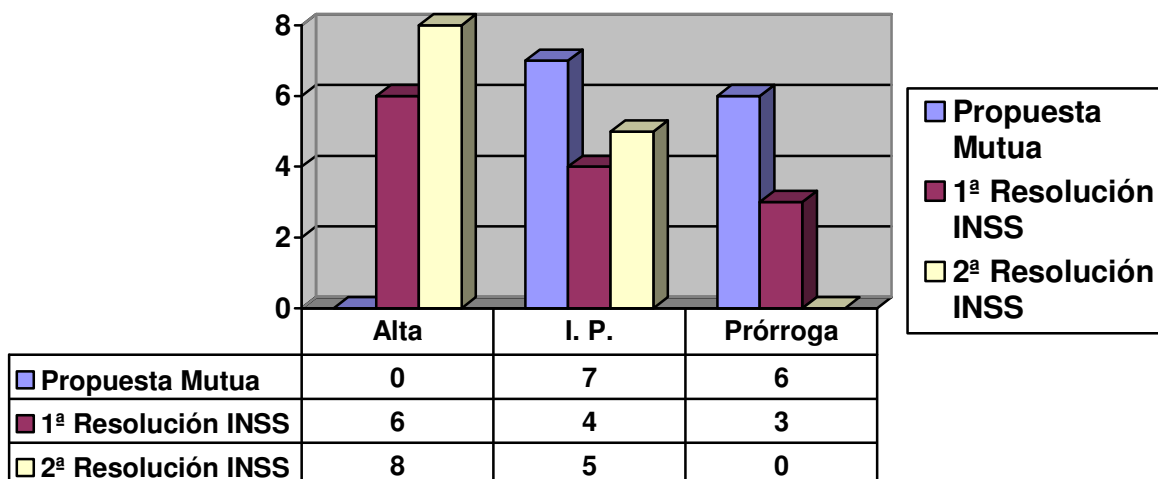


3. Oncología

Asepeyo tampoco proponía altas en oncología, pero sí 7 incapacidades y 6 prórrogas. El INSS resolvía 6 altas, 4 incapacidades permanentes y 3 prórrogas.

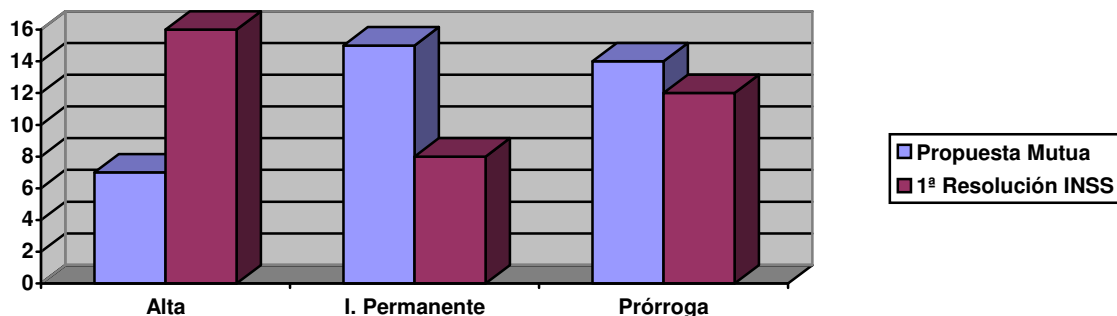


De las 3 prórrogas concedidas, en 2ª instancia se dictaminaron 2 altas y una incapacidad permanente más. Si aplicamos el criterio antes apuntado los resultados a los 18 meses son más parecidos: 6 vs 8 altas y 7 vs 5 incapacidades permanentes.

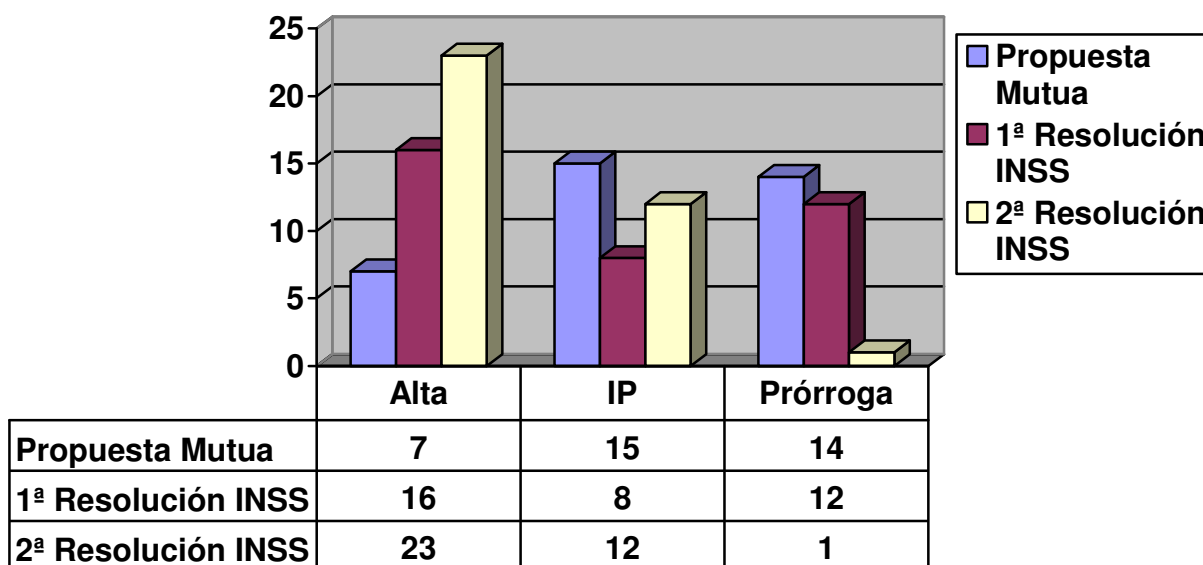


4. Psiquiatría

De los 36 casos psiquiátricos de Extremadura, Asepeyo propuso el alta en 7 de ellos, 15 IP y 14 necesitarían prórroga de 6 meses para poder ser alta médica. El INSS dictaminó 16 altas, 8 IP y 12 prórrogas.

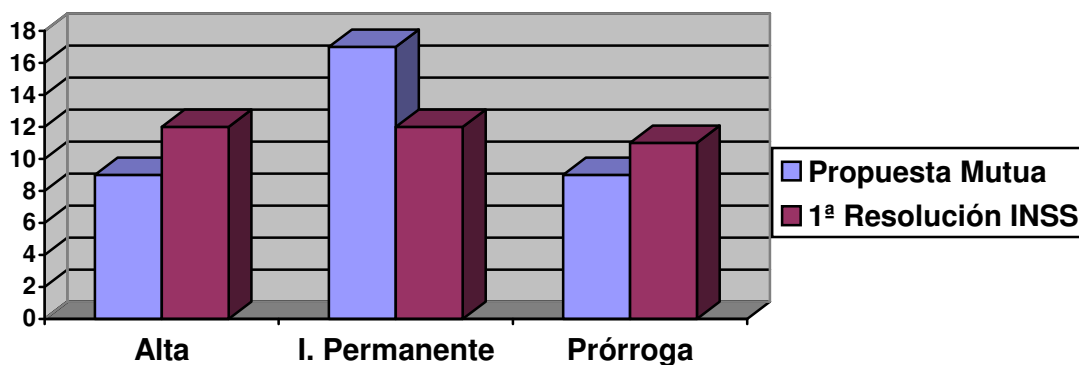


En la 2ª resolución el INSS consideró que 7 de esas prórrogas debían ser alta, 4 cumplían criterios de IP y 1 caso estaba pendiente de resolver al cierre del trabajo. Las previsiones para los 18 meses casi se cumplieron, Asepeyo esperaba 21 altas y el INSS había resuelto 23.

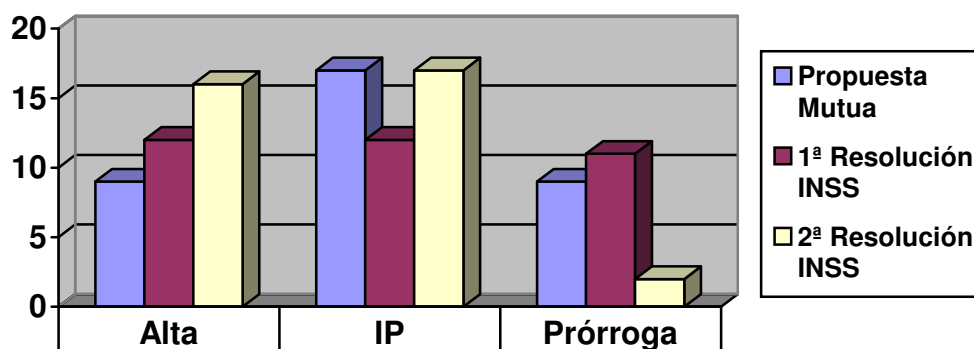


5. Raquis / columna vertebral

El número de propuestas de alta, incapacidad permanente y prórroga hechas por Asepeyo ha sido de 9, 17 y 9 respectivamente. Las resoluciones del INSS han estado muy equilibradas, 12, 12 y 11.



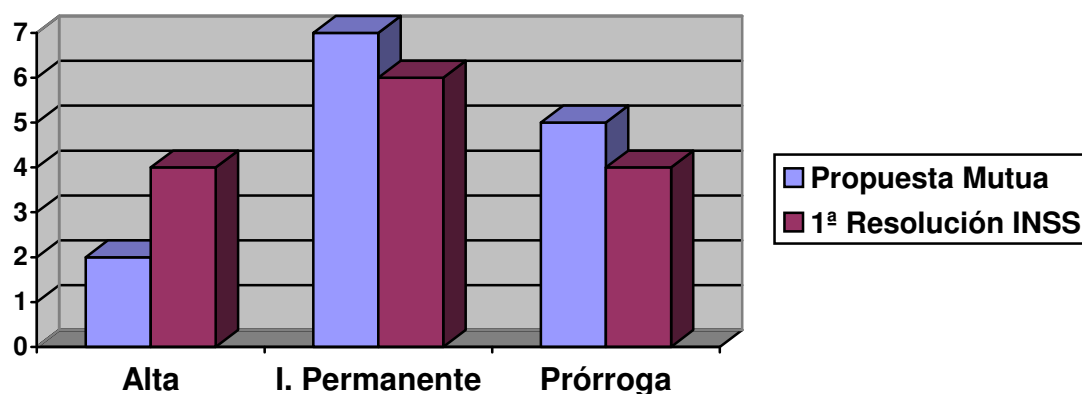
Al final de la prórroga concedida se dictaminó alta en 4 de ellas, incapacidad permanente en 5 y demora de calificación en las otras 2. Finalmente el nº de IP resueltas (17) coincidió exactamente con el propuesto por Asepeyo a los 12 meses.



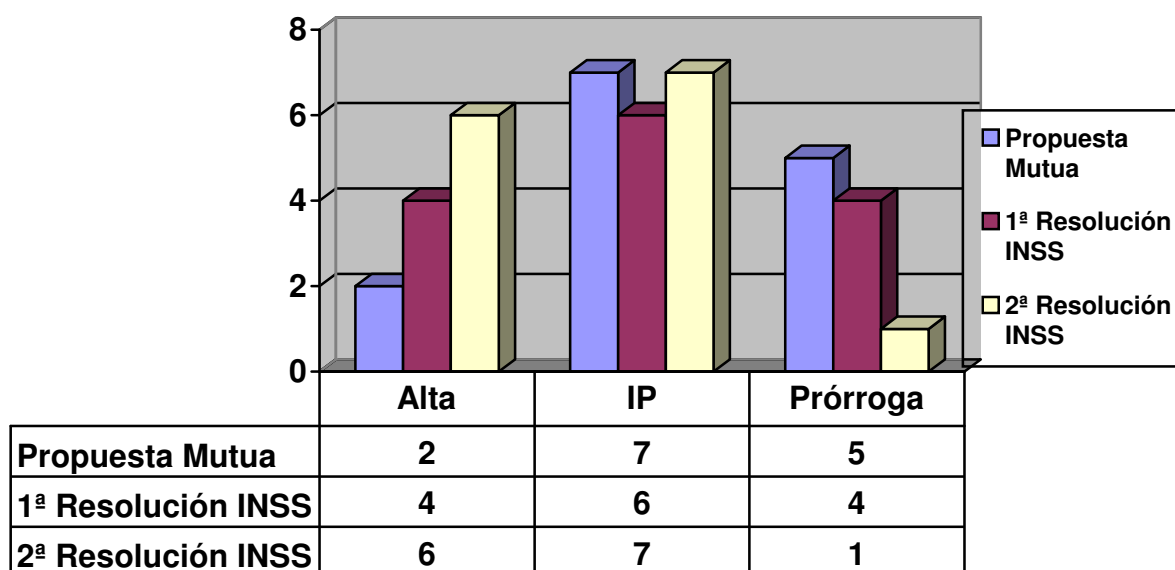
	Alta	IP	Prórroga
Propuesta Mutua	9	17	9
1ª Resolución INSS	12	12	11
2ª Resolución INSS	16	17	2

6. Reumatología

De los 14 casos Asepeyo propuso 2 altas y el INSS resolvió 4, las IP fueron 7 propuestas y 6 dictaminadas y las prórrogas 5 y 4.

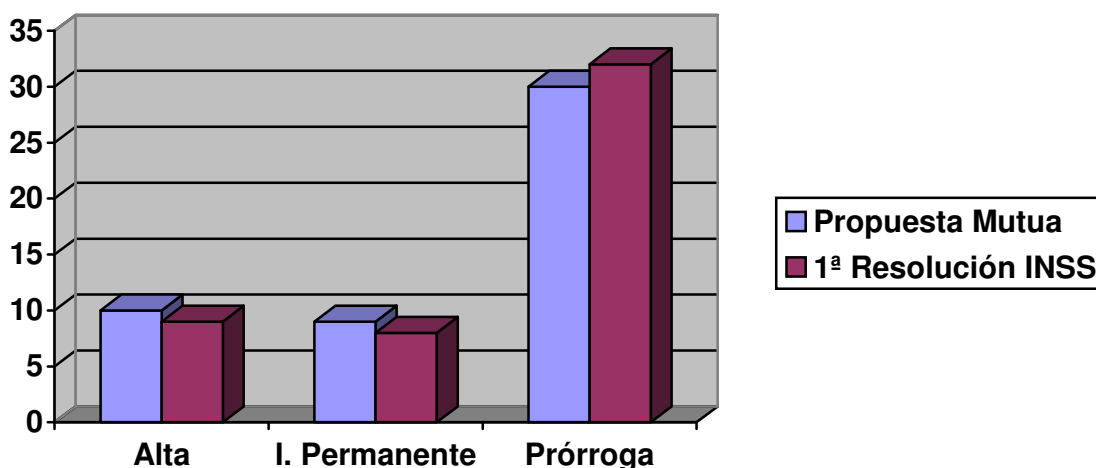


De esas 4 prórrogas el INSS resolvió 2 altas y otra incapacidad, para completar 7, las mismas propuestas inicialmente por Asepeyo. Y aún quedaba un caso demorado.

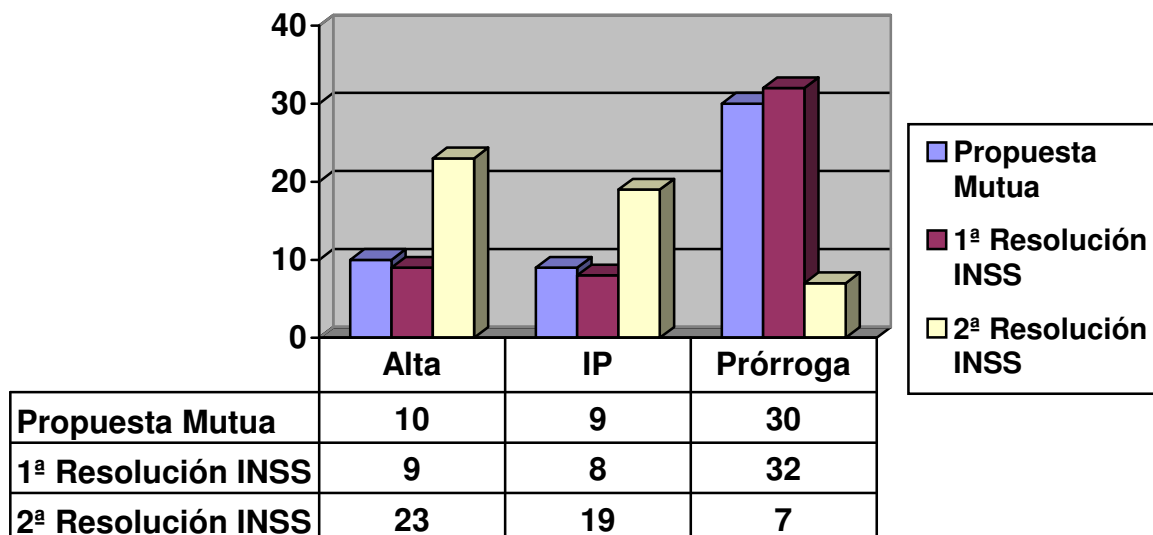


7. Traumatología

El número de propuestas de Asepeyo y de primeras resoluciones del INSS ha sido muy parecido, tanto en altas (10 vs 9) como en IP (9 vs 8) y prórrogas (30 vs 32). Obsérvese el elevado porcentaje de prórrogas propuestas (61%) y concedidas (65%).

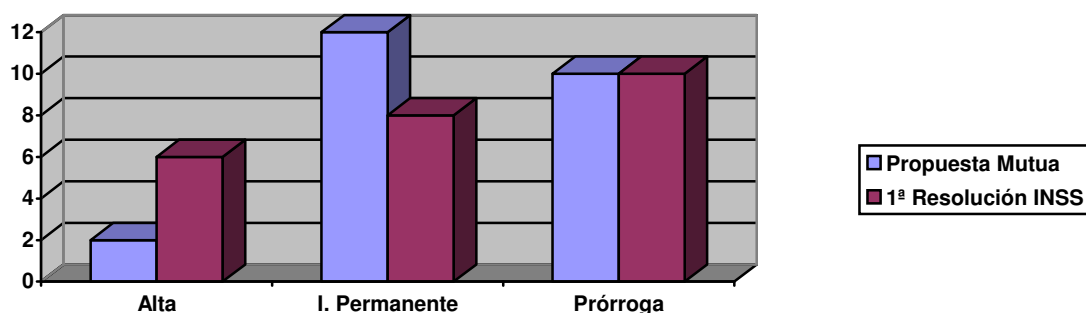


En este grupo diagnóstico, el más numeroso en la Comunidad de Extremadura, la similitud se rompe tras la 2ª resolución, pues en 14 casos se dictaminó alta, en 11 IP y aún quedaban 7 en demora de calificación o pendientes de resolver.

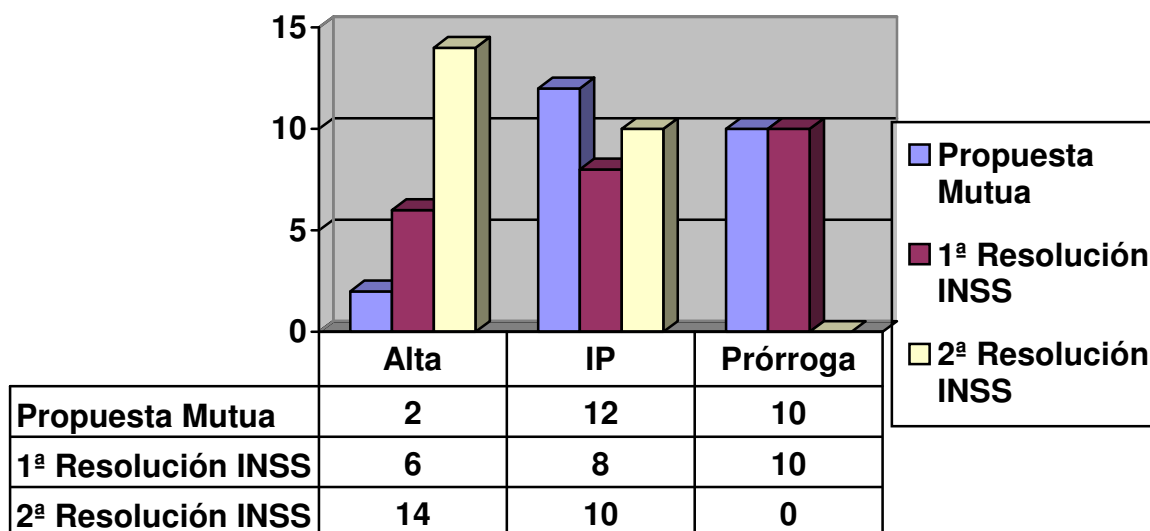


8 Otros diagnósticos

En el resto de grupos diagnósticos se propusieron 2 altas, 12 IP y 10 prórrogas y el INSS dictaminó 6 altas, 8 IP y 10 prórrogas.



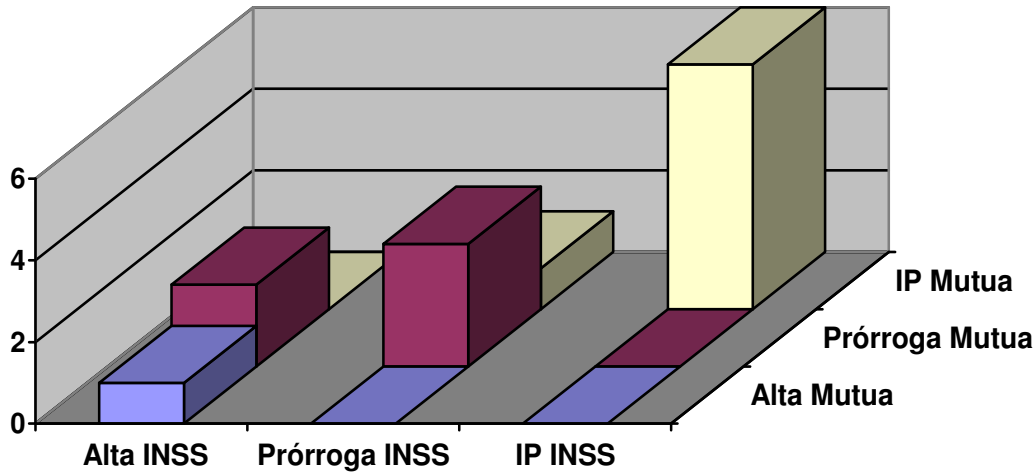
De esas 10 prórrogas, 8 terminaron en alta y 2 en IP.



Concordancia en las resoluciones

Vamos a mostrar los gráficos en los que se comparan las propuestas de Asepeyo con las resoluciones del INSS en cada caso concreto

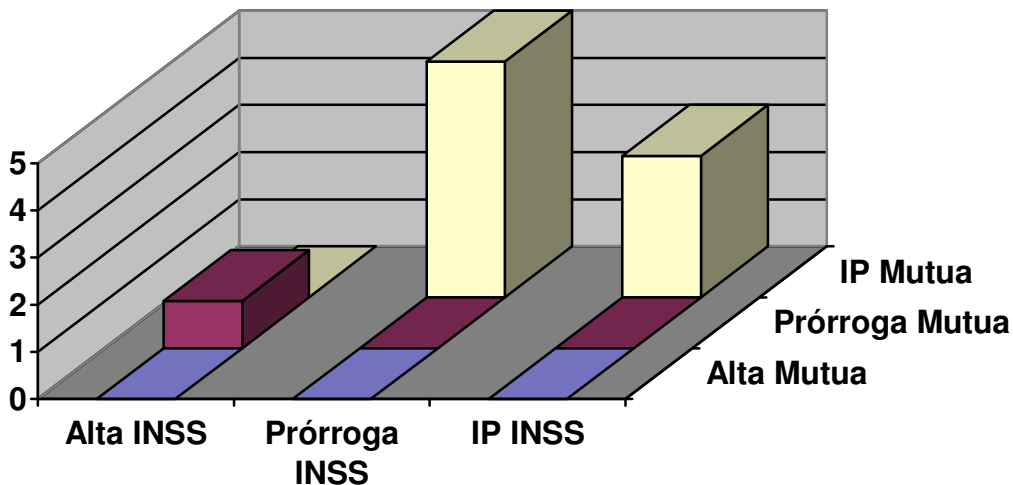
CARDIOLOGIA EXTREMADURA



CARDIOLOGÍA		Resolución del INSS			
		Alta	Prórroga	IP	
Propuesta de Asepeyo	Alta	1	0	0	1
	Prórroga	2	3	0	5
	IP	0	1	6	7
		3	4	6	13

El único caso en el que Asepeyo propuso alta se resolvió con alta del INSS, de las 5 prórrogas que propuso Asepeyo el INSS concedió 3 (y alta en los otros 2) y de las 7 propuestas de IP se dictaminaron 6 IP y 1 prórroga. Esto nos da una concordancia entre propuesta y 1ª resolución de 10 de los 13 casos, un 77%.

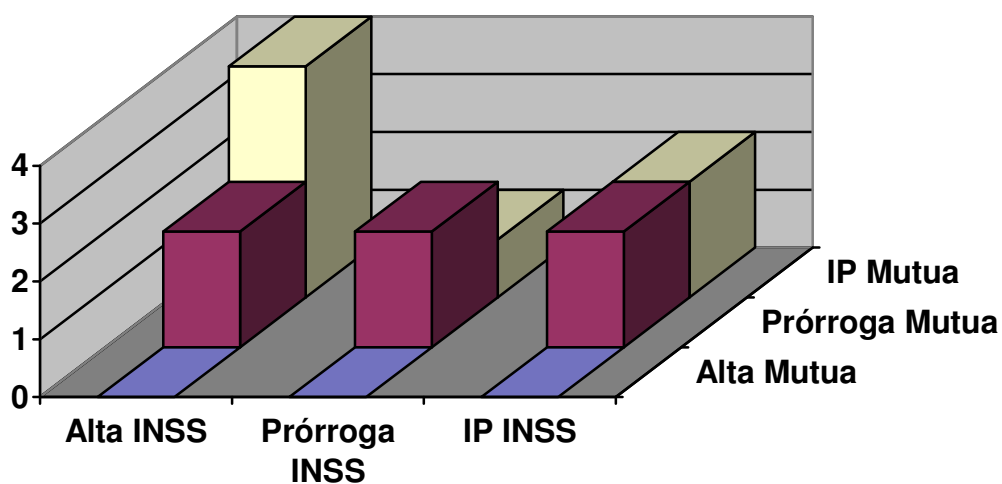
NEUROLOGÍA EXTREMADURA



NEUROLOGÍA		Resolución del INSS			
		Alta	Prórroga	IP	
Propuesta de Asepeyo	Alta	0	0	0	0
	Prórroga	1	0	0	1
	IP	0	5	3	8
		1	5	3	9

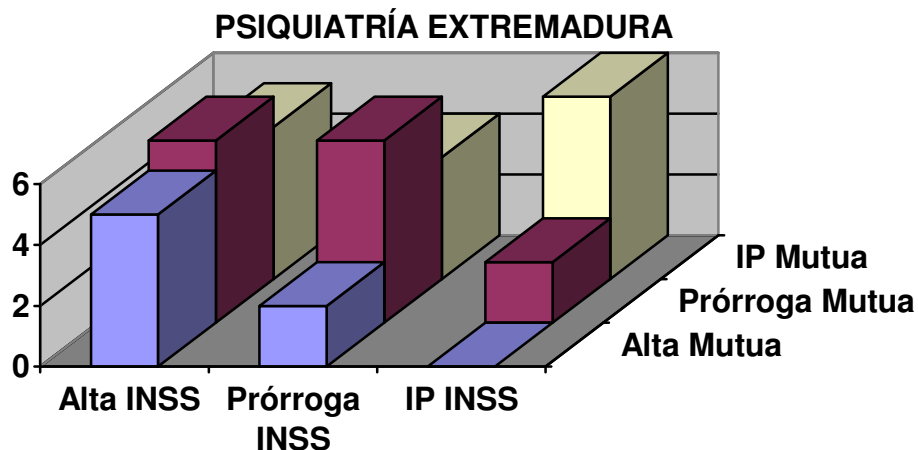
Concordancia en las propuestas de alta (0) y en 3 de las 8 propuestas de IP que hizo Asepeyo, es decir, en 3 de los 9 casos resueltos (33%), lo que supone un grado de concordancia muy reducido.

ONCOLOGÍA EXTREMADURA



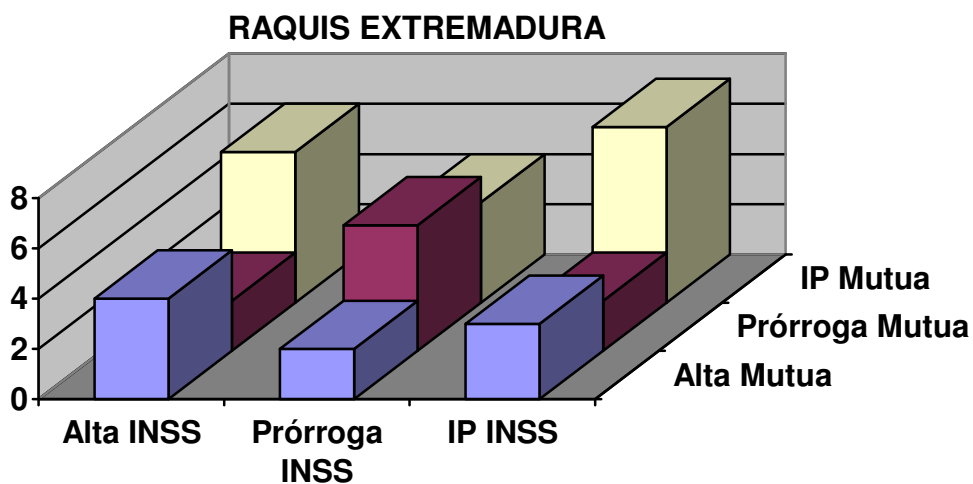
ONCOLOGÍA		Resolución del INSS			Total
		Alta	Prórroga	IP	
Propuesta de Asepeyo	Alta	0	0	0	0
	Prórroga	2	2	2	6
	IP	4	1	2	7
	Total	6	3	4	13

Otro porcentaje muy bajo, el menor de toda la serie, pues solo hay concordancia en 2 de las 6 propuestas de prórroga y 2 de las 7 propuestas de IP, en total 4 de los 13 casos (31%),



PSIQUIATRIA		Resolución del INSS			
		Alta	Prórroga	IP	Total
Propuesta de Asepeyo	Alta	5	2	0	7
	Prórroga	6	6	2	14
	IP	5	4	6	15
	Total	16	12	8	36

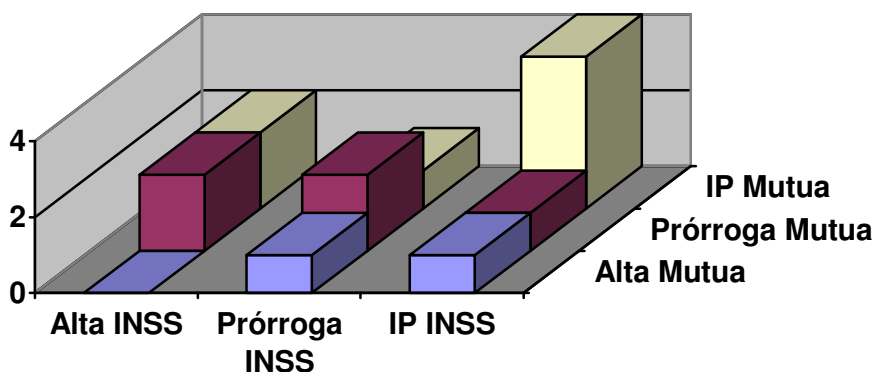
El INSS resolvió alta en 5 de los 7 casos propuestos, prórroga en 6 de los 14 e IP en 6 de los 15, concordancia del 47% (17 de los 36 casos totales).



RAQUIS		Resolución del INSS			
		Alta	Prórroga	IP	Total
Propuesta de Asepeyo	Alta	4	2	3	9
	Prórroga	2	5	2	9
	IP	6	4	7	17
	Total	12	11	12	35

Concordancia en 4 propuestas de alta, 5 de prórroga y 7 de IP, 16 casos (46%).

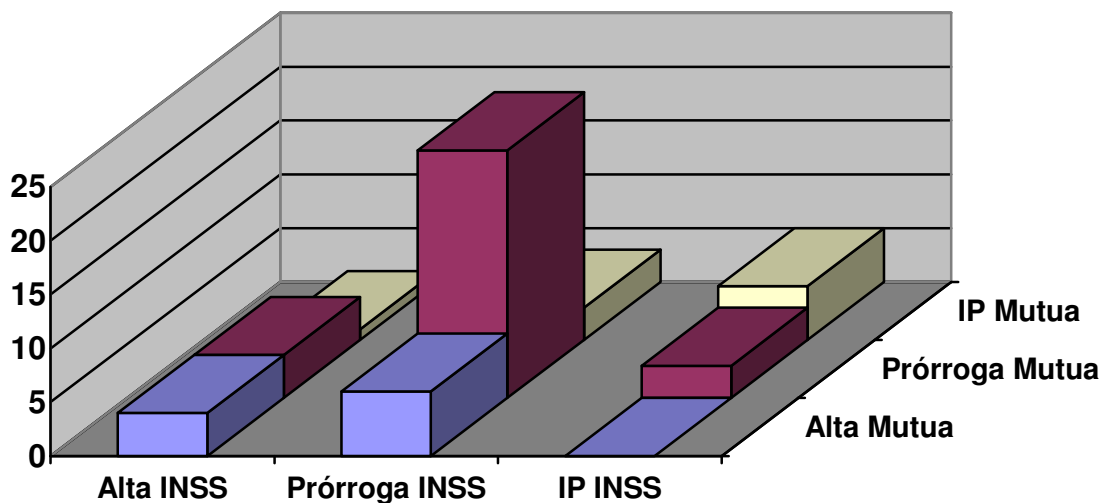
REUMATOLOGÍA EXTREMADURA



REUMATOLOGIA		Resolución del INSS			Total
		Alta	Prórroga	IP	
Propuesta de Asepeyo	Alta	0	1	1	2
	Prórroga	2	2	1	5
	IP	2	1	4	7
Total		4	4	6	14

En reumatología concuerdan 6 de los 14 casos (2 prórrogas y 4 IP), un 43%

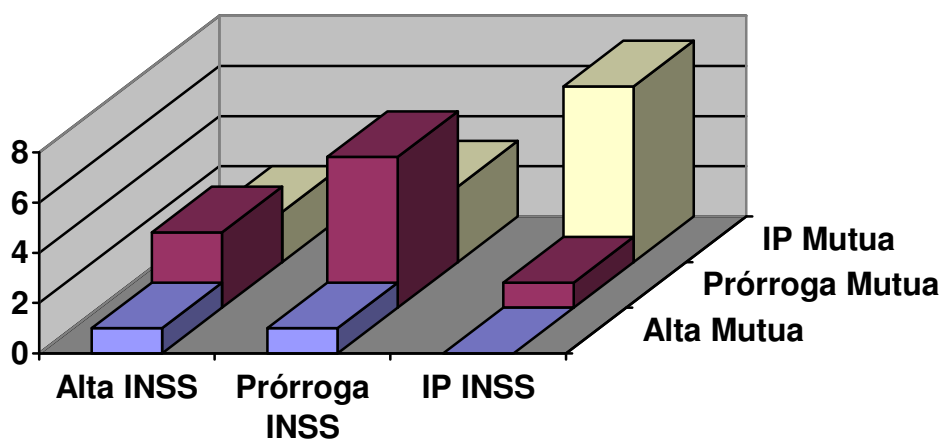
TRAUMATOLOGÍA EXTREMADURA



TRAUMATOLOGÍA		Resolución del INSS			Total
		Alta	Prórroga	IP	
Propuesta de Asepeyo	Alta	4	6	0	10
	Prórroga	4	23	3	30
	IP	1	3	5	9
Total		9	32	8	49

Se obtuvo concordancia en 4 de las 10 altas propuestas, en 23 de las 30 prórrogas y en 5 de las 9 incapacidades, en total 32 de 49 casos, 65%.

VARIOS EXTREMADURA

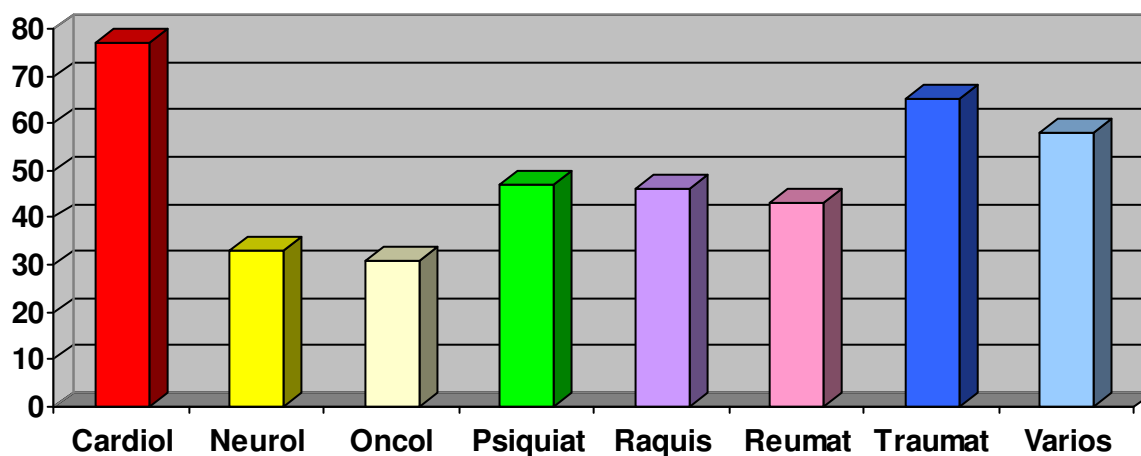


VARIOS / OTROS		Resolución del INSS			Total
		Alta	Prórroga	IP	
Propuesta de Asepeyo	Alta	1	1	0	2
	Prórroga	3	6	1	10
	IP	2	3	7	12
	Total	6	10	8	24

Finalmente en este grupo heterogéneo de pacientes hubo concordancia en 14 casos (1 alta, 6 prórrogas, 7 IP) que son el 58% del total de los mismos.

En resumen, este es el porcentaje de concordancia (caso a caso) entre las propuestas de Asepeyo y la resolución del INSS a los 12 meses de IT, en porcentaje:

Cardiol	Neurol	Oncol	Psiquiat	Raquis	Reumat	Traumat	Varios
77	33	31	47	46	43	65	58



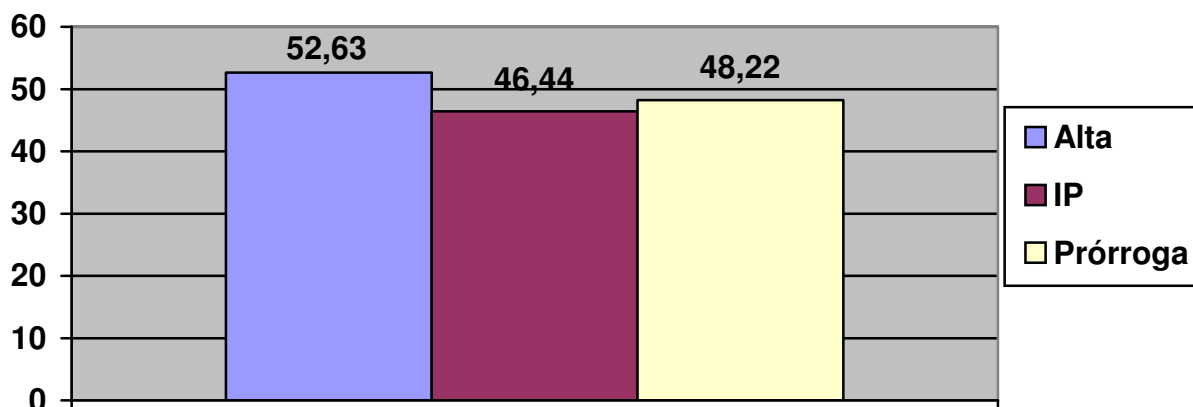
ESTUDIO DE TARDANZAS EN LAS RESOLUCIONES

Unos de los objetivos que planteamos ha sido valorar las tardanzas del INSS en resolver los casos. Para calcular las tardanzas medias se suman todas las tardanzas (en días) y se divide por el total de casos en la Comunidad Autónoma.

Estos son los datos de tardanza para el primer dictamen del INSS en la Comunidad Autónoma de Extremadura:

1º DICTAMEN INSS	Días	Casos	Promedio
Alta	3000	57	52,63
I. Permanente	2554	55	46,36
Prórroga	3906	81	48,22
Total	9460	193	49,02

1ª TARDANZA promedio días/caso

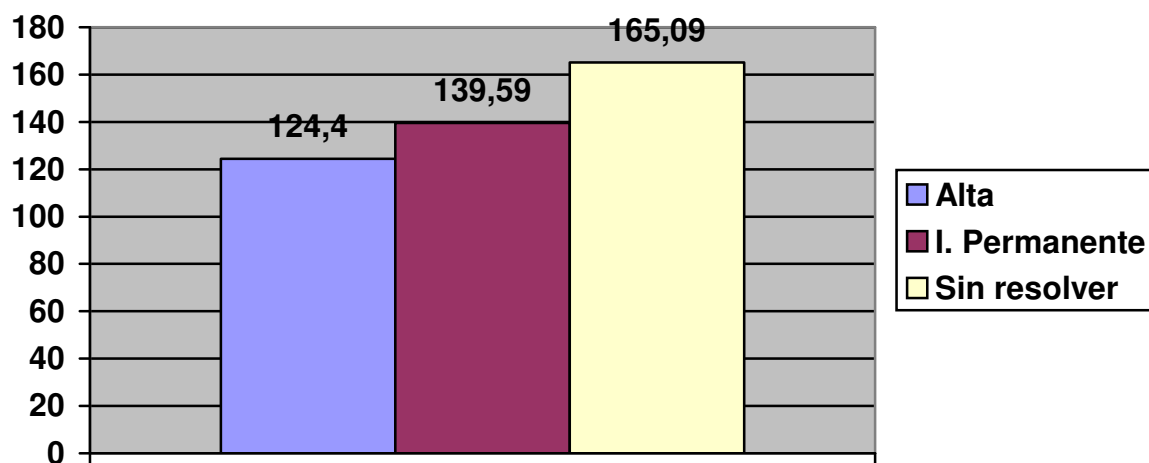


Observamos que el periodo de tiempo es mayor cuando se dictamina el alta del paciente que cuando se prorroga la situación de IT. La menor tardanza ocurre cuando se resuelve el proceso con la IP del trabajador.

En el caso del segundo dictamen la situación es más complicada. Sólo debería haber resoluciones de IP y de alta, incluyendo estas últimas aquellos casos en los que no se puede conceder la IP por la falta de algún requisito, generalmente no alcanzar suficiente tiempo cotizado a la Seguridad Social. Pero además comprobamos que a 30 de junio de 2009 aún quedaban algunos casos sin resolver, por demora de calificación o por no cumplir los plazos previstos.

2º RESOLUCIÓN	Días	Casos	Promedio
Alta	5349	43	124,40
I. Permanente	3769	27	139,59
Total resueltas	9118	70	130,26
Sin resolver	1816	11	165,09
Total casos	11185	81	138,09

Tardanza 2º dictamen (promedio días/caso)



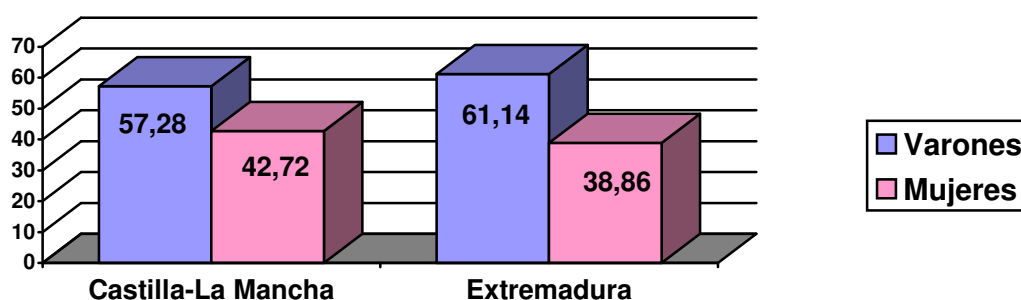
La tardanza de la segunda resolución (contada desde la fecha de la primera) es menor en los casos de alta que en los de IP. Los casos sin resolver eran, lógicamente, los que más tiempo llevaban pendientes el día 30 de junio de 2009.

9.- COMPARACIÓN DE RESULTADOS: CASTILLA-LA MANCHA Y EXTREMADURA

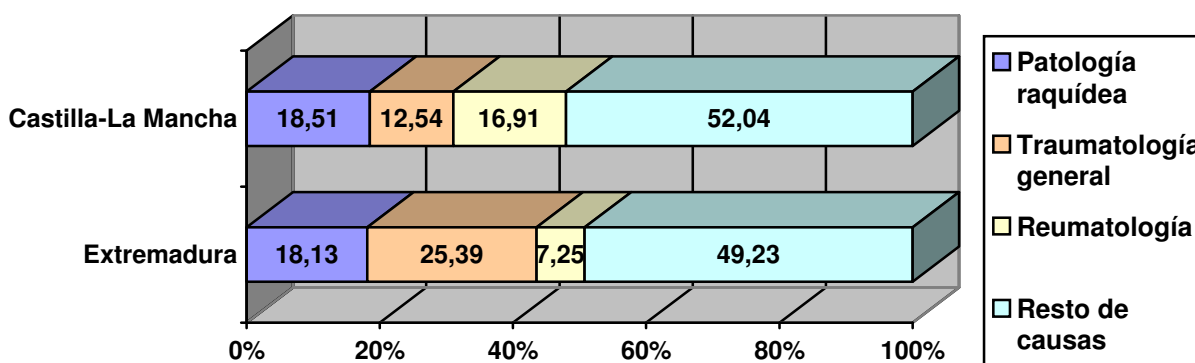
1. En nuestras dos Comunidades Autónomas ha habido en el año 2007 un total de 26156 casos de trabajadores en Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes con derecho a prestación económica con cargo a Asepeyo. De ellos, han cumplido 12 meses en IT y han sido enviados por el sistema ATRIUM, para su valoración por el EVI del INSS durante el año 2008, hasta 879 casos, el 3,36% del total. Este ratio ha sido un poco más bajo en Castilla-La Mancha (3,30%) que en Extremadura (3,58%).

	Total	Castilla-La Mancha	Extremadura
Casos IT en 2007	26.156	20.740	5.416
Casos 12 meses en 2008	879	686	193
Porcentaje del total	3,36%	3,30	3,58

2. El número de varones que alcanza los 12 meses en IT es mayor que el de mujeres, 511 (58,13%) frente a 368 (41,87%), aunque la proporción entre sexos está más equilibrada en la Comunidad de Castilla-La Mancha (57,28% varones / 42,72% mujeres) que en Extremadura (61,14% / 38,86% respectivamente).



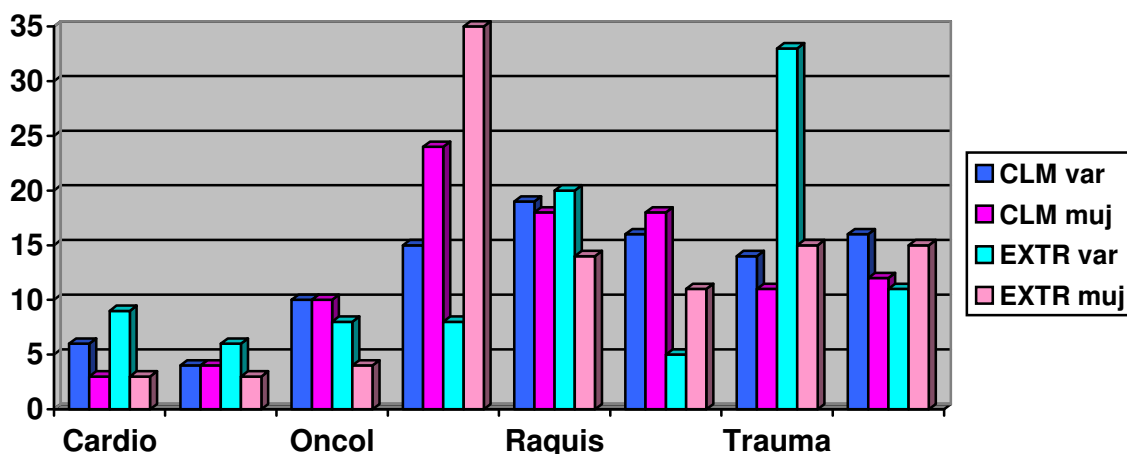
3. Las patologías de origen traumatólogo (traumatología general + raquis) y reumatológico suponen la mitad de los casos que llegan a los 12 meses de IT, el 47,96% en Castilla-La Mancha y el 50,77% en Extremadura. Dentro de este grupo la separación en subgrupos es un tanto artificial, pero hemos de señalar que, en este estudio, los casos reumatológicos son mucho más frecuentes en Castilla-La Mancha que en Extremadura (16,91% vs 7,25%), al contrario que la traumatología general (12,54% vs 25,39%).



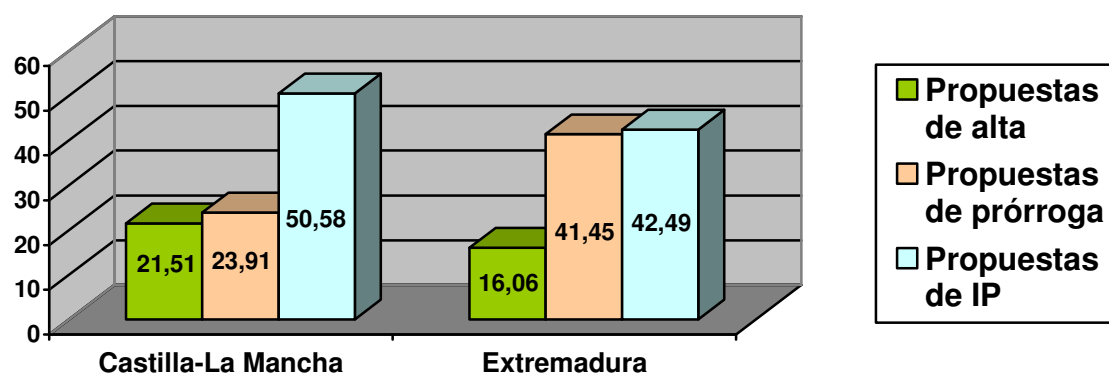
4. La patología psiquiátrica es la siguiente en frecuencia, el 19,10% del total en Castilla-La Mancha y el 18,65% en Extremadura, pero se produce una gran discrepancia entre ambas comunidades en su distribución por sexos. Así en Castilla-La Mancha se diagnostica en el 15% de los varones y el 24% de las mujeres, mientras en Extremadura supone el 8% y el 35% respectivamente.

Este es la distribución completa de porcentaje de casos según los grupos diagnósticos, por comunidades y por sexos:

	Cardio	Neuro	Oncol	Psiq	Raquis	Reuma	Trauma	Varios
CLM var	6	4	10	15	19	16	14	16
CLM muj	3	4	10	24	18	18	11	12
EXTR var	9	6	8	8	20	5	33	11
EXTR muj	3	3	4	35	14	11	15	15

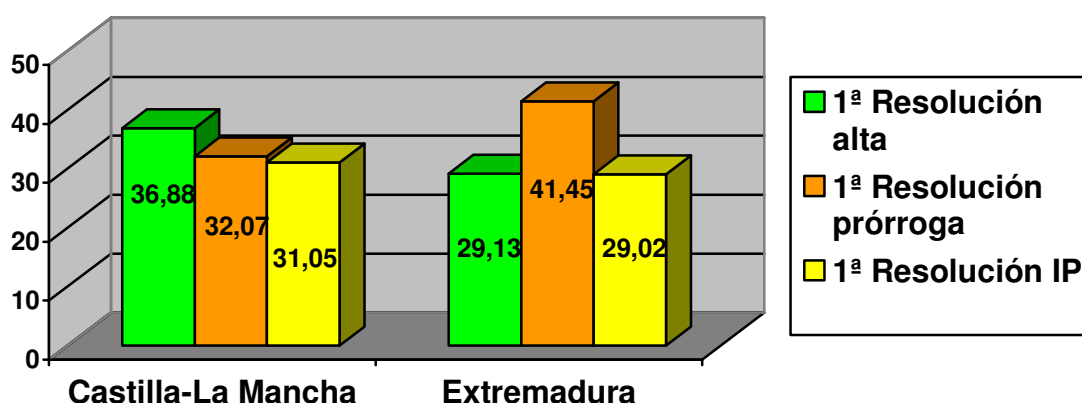


5. Asepeyo realiza más propuestas de incapacidad permanente que de alta o de prórroga, hasta el 50,58% en Castilla-La Mancha y el 42,49% en Extremadura. En Castilla-La Mancha están equilibradas las propuestas de alta y las de prórroga (21,51% y 23,91%) pero en Extremadura son menos de la mitad las primeras (16,06%) que las segundas (41,45%).



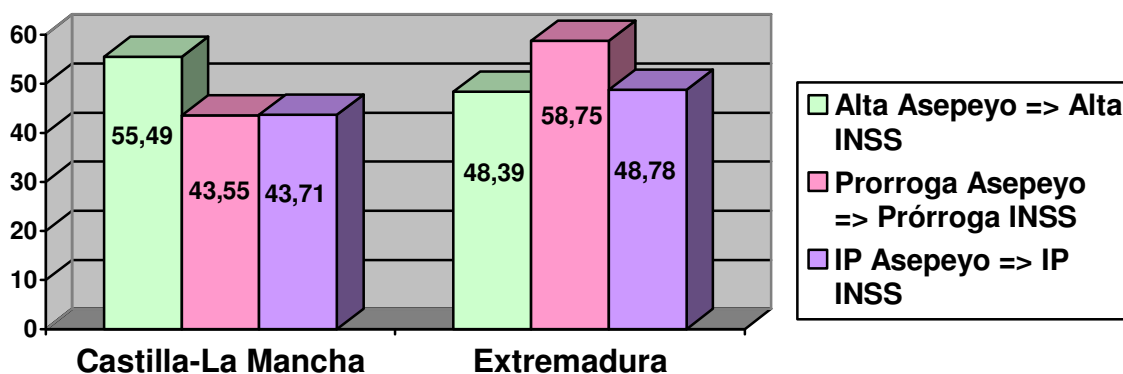
6. Por su parte el INSS concede en Extremadura más prórrogas (41,45% vs 32,97%) mientras que en Castilla-La Mancha resuelve más frecuentemente el alta (36,88% vs 29,53%). El porcentaje de resoluciones de incapacidad permanente es parecido, pero algo más elevado en Castilla-La Mancha (31,05% vs 29,02%).

	Castilla-La Mancha	Extremadura
1ª Resolución alta	36,88	29,13
1ª Resolución prórroga	32,07	41,45
1ª Resolución IP	31,05	29,02



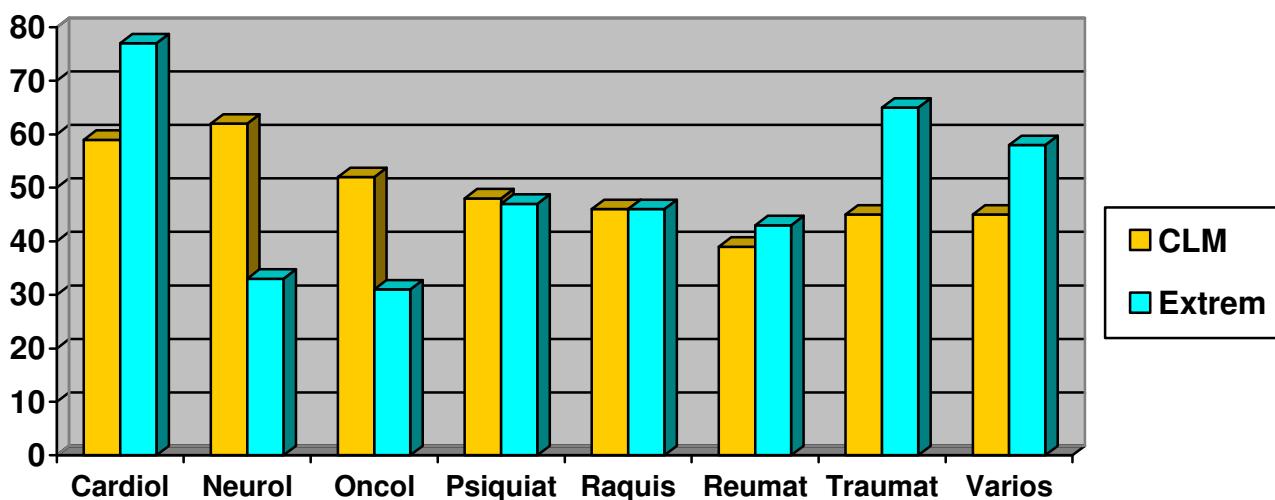
7. En cuanto a concordancias entre propuesta y resolución en cada paciente concreto, encontramos que en Castilla-La Mancha el INSS dictamina alta en el 55,49% de los casos en los que Asepeyo ha propuesto alta, concede prórroga en el 43,55% de los casos propuestos y resuelve IP en el 43,71% de los casos en que Asepeyo la proponía. En Extremadura el INSS resuelve alta en el 48,39% de las propuestas de alta, prórroga en el 58,75% de los pacientes propuestos e IP en el 48,78%.

En total la resolución del INSS ha coincidido exactamente con la propuesta de Asepeyo en 422 de los 879 casos estudiados, lo que supone un 48,01% del total. Este porcentaje es ligeramente más alto en Extremadura (52,85%) que en Castilla-La Mancha (46,65%).



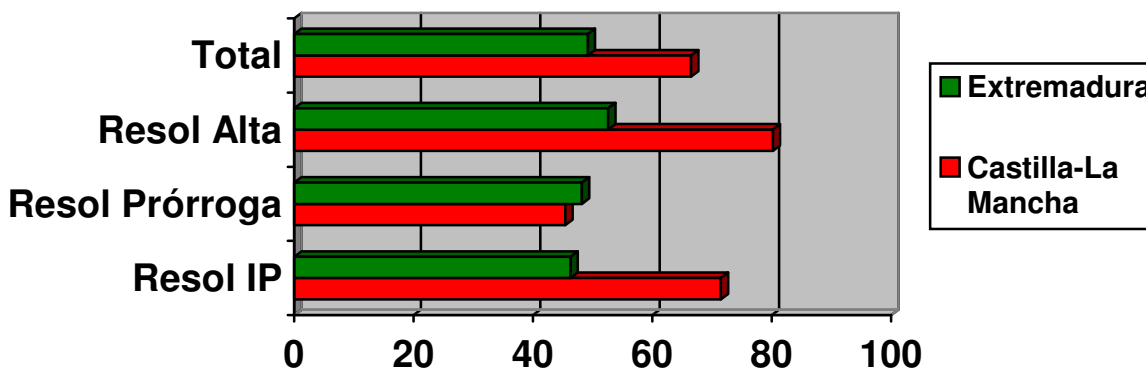
Considerando Comunidades Autónomas y patologías destacamos que la mayor concordancia se produce en los casos de patología cardíaca (77%) y traumatológica (65%) en Extremadura, y la menor en oncología (31%) y neurología (33%) también en Extremadura. En Castilla-La Mancha hay menor diferencia entre patologías, todas las concordancias están entre el 39% de reumatología y el 62% de neurología

	Cardiol	Neurol	Oncol	Psiquiat	Raquis	Reumat	Traumat	Varios
CLM	59	62	52	48	46	39	45	45
Extrem	77	33	31	47	46	43	65	58

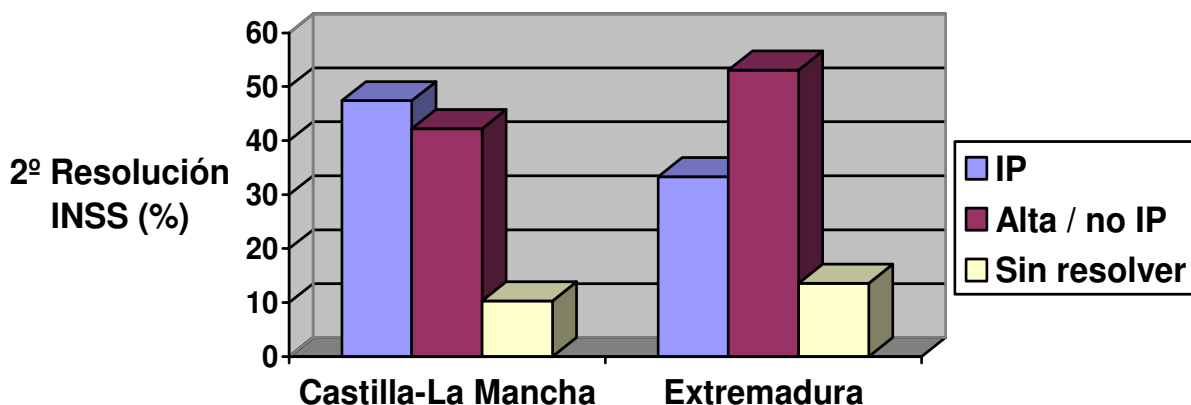


8. Desde la fecha en que se envían por el sistema Atrium los informes de Asepeyo al INSS hasta que éste emite la 1ª resolución transcurre un periodo que en Castilla-La Mancha es de 66,5 días. Este periodo es menor si se reconoce prórroga (45,4 días) que si se resuelve IP (71,5 días) o alta (80,2 días). En Extremadura la tardanza es menor, tanto la global (49,2 días) como cuando la resolución es IP (46,3 días) o alta (52,6 días), en cambio es ligeramente mayor cuando se reconoce la prórroga de IT (48,22 días).

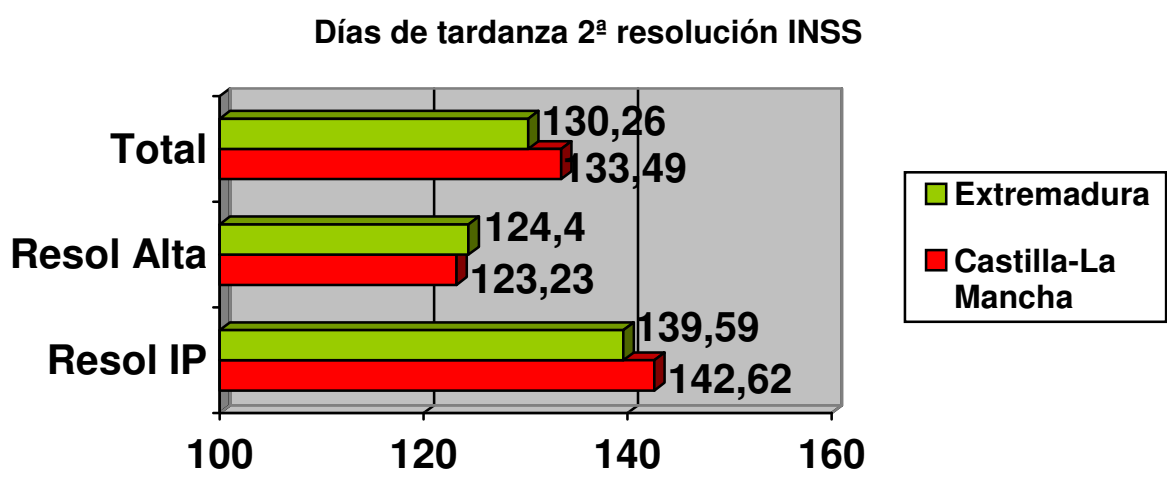
Días de tardanza 1ª resolución INSS



9. Después de que el INSS reconozca la situación de prórroga expresa por un periodo máximo de 6 meses, tiene que dictaminar una segunda resolución. En nuestro estudio hemos encontrado que en Castilla-La Mancha el 47,42% de las prórrogas se han resuelto finalmente con IP y el 42,25% con alta (o “no IP”), quedando un 10,33% pendiente de resolver o en demora de calificación a fecha 30 de junio de 2009. En Extremadura estos porcentajes son IP 33,33%, alta 53,09% y sin resolver 13,58%.



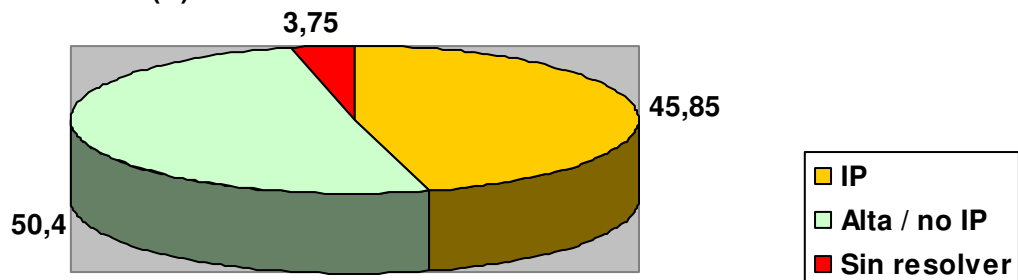
10. El tiempo transcurrido entre la 1ª y la 2ª resolución del INSS en Castilla-La Mancha es de 133,49 días, más prolongado cuando se dictamina la IP (142,62 días) que cuando no se concede (123,23 días). En Extremadura el tiempo medio es de 130,26 días y también es mayor cuando se dictamina IP (139,59 días) que en los casos de alta o no IP (124,40 días). No incluimos los casos que al cierre del trabajo estaban aún pendientes de la 2ª resolución del INSS.



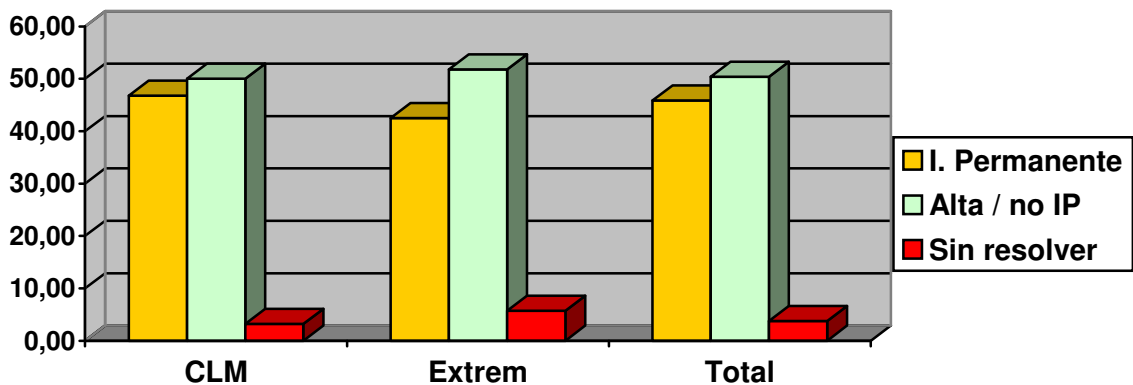
11. Del total de casos tramitados durante el año 2008 por Asepeyo al INSS, mediante el sistema Atrium, en las Comunidades de Castilla-la Mancha y Extremadura, se han obtenido las siguientes resoluciones definitivas:

	Castilla-La Mancha		Extremadura		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
I. Permanente	321	46.79	82	42.49	403	45.85
Alta / no IP	343	50.00	100	51.81	443	50.40
Sin resolver	22	3.21	11	5.70	33	3.75
Total casos	686	100.00	193	100.00	879	100.00

Total resoluciones (%)



Resoluciones totales por Comunidades (%)



12.- Si consideramos que la prórroga se propone por la Mutua -y se reconoce por el INSS- cuando se espera la curación o mejoría -y la reincorporación al trabajo- en los siguientes 6 meses, podemos inferir que Asepeyo esperaba que a los 18 meses estuvieran de alta 450 trabajadores (el 51,19%), para los que propuso a los 12 meses alta o prórroga, y que los otros 429 (el 48,81%) estarían en situación de IP.

El INSS ha dictaminado un total de 443 altas (o “no IP”), 403 incapacidades permanentes y mantiene otros 33 casos sin resolución definitiva a fecha 30 de junio de 2009, que suponen respectivamente el 50,40%, el 45,85% y el 3,75% del total de casos del estudio.

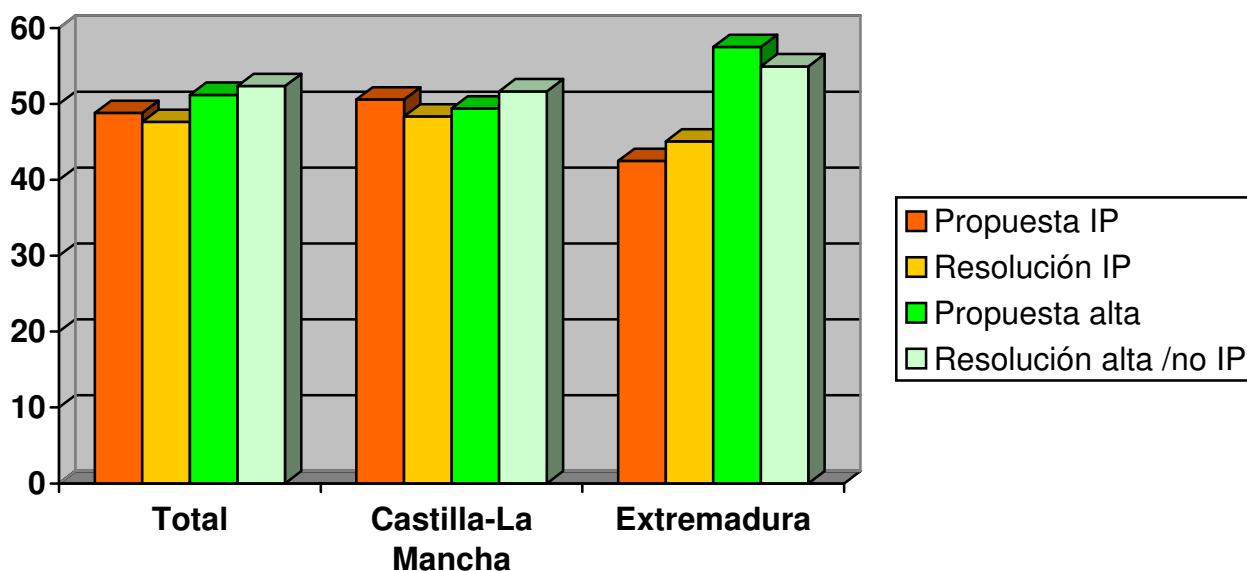
Podemos concluir que, al final del periodo, el INSS ha dictaminado Alta (o no IP) en el 52,36% de las resoluciones emitidas e IP en el 47,64% restante, cifras muy similares a las propuestas por Asepeyo a los 12 meses con proyección a los 18 (51,19% y 48,81%).

Estos porcentajes se mueven en valores muy cercanos en ambas Comunidades Autónomas:

En Castilla-La Mancha Asepeyo proponía globalmente un 50,58% de IP y un 49,41% de altas (incluidas prórrogas) y el INSS ha dictaminado respectivamente un 48,34% y un 51,65% del total de resoluciones efectuadas en el periodo, excluyendo las demoradas.

En Extremadura Asepeyo proponía un 42,48% de IP y un 57,51% de “no IP” para los que propuso altas o prórrogas, y el INSS ha dictaminado el 45,05% y el 54,95% respectivamente.

	Total	CLM	Extrem
Propuesta IP	48,81	50,58	42,48
Resolución IP	47,64	48,34	45,05
Propuesta alta	51,19	49,41	57,51
Resolución alta /no IP	52,36	51,65	54,95



10.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Vamos a intentar responder a varias preguntas. Para desarrollar las respuestas, además de los resultados obtenidos, utilizaremos nuestra experiencia como médicos de contingencias comunes.

¿Por qué llegan los pacientes a agotar los 12 meses en IT?

1. Pacientes que sufren patologías severas y necesitan tratamientos de larga duración y/o periodos de recuperación muy prolongados, como ocurre en el caso de los pacientes oncológicos, los polifracturados y ciertas patologías degenerativas.

2. Listas de espera muy largas en los Servicios Públicos de Salud, tanto para acceder a las consultas especializadas como para realizar las pruebas diagnósticas y los tratamientos, sobre todo la cirugía programada y la rehabilitación.

3. Pacientes con patologías funcionales, psicosomáticas, de origen laboral, etc, cuyas bajas laborales se prolongan por muchos motivos: dificultad para objetivar las lesiones, falta de interés en reincorporarse a un trabajo poco gratificante (desde el punto de vista económico, social o profesional), a veces pacientes simuladores, etc.

4. Insuficiente número de propuestas de alta realizadas por los médicos de las Mutuas y entidades colaboradoras de la Seguridad Social.

5. A veces se produce escasa colaboración de los Servicios Públicos de Salud (algunas Inspecciones Médicas y Médicos de Atención Primaria) en la resolución de las propuestas de alta.

6. También se realiza un insuficiente número de propuestas de incapacidad permanente desde las Mutuas, incluso cuando es evidente que la curación o mejoría, si se produjeran, sería después de agotar el periodo máximo de IT.

7. Falta de predisposición de las Inspecciones Médicas para determinar el alta con Informe Propuesta de los pacientes crónicos, tanto en las propuestas de IP de las Mutuas como cuando actúan de oficio. Esto es especialmente frecuente a partir de los 10 meses en IT, cuando falta poco tiempo para que sea responsabilidad del INSS.

8. Si se superan todos estos trámites, si la Mutua hace la propuesta de Incapacidad Permanente y la Inspección Médica la concede y firma el alta con Informe Propuesta, a veces es el propio Equipo de Valoración de Incapacidades quien dictamina que se mantenga el paciente en IT por ser susceptible de tratamiento, bien sea por diferente criterio del médico evaluador o por los componentes sociales y/o administrativos que pudieran considerarse en la sesiónn EVI.

¿Qué proponen los médicos de Asepeyo en los informes de Atrium?

1.- Alta: cuando se considera que el paciente ya no está impedido para su trabajo habitual.

- A veces se ha hecho propuesta de alta previamente al Servicio Público de Salud y éste la ha rechazado o ni siquiera ha respondido a la propuesta.
- Otras veces no se ha hecho antes la propuesta de alta, sea porque efectivamente el paciente ha necesitado los 12 meses para curarse (o para dejar de estar incapacitado o para terminar el tratamiento) o por cualquier otro motivo.

2.- Incapacidad Permanente: cuando pensamos que las lesiones que sufre el paciente lo incapacitan de forma permanente para el desempeño de su trabajo, o si no se espera que recupere esa capacidad antes de los 18 meses en IT. Pueden darse tres casos:

- Que hayamos hecho previamente la propuesta de incapacidad y no la haya admitido el SPS.
- Que se haya admitido en el SPS y la haya denegado el INSS.
- Que no la hayamos hecho antes, porque tuviéramos dudas en la evolución del caso o por otros motivos.

3.- Prórroga: es la propuesta que hacemos para aquellos pacientes que a los 12 meses no han recuperado la capacidad funcional laboral, pero esperamos que la recuperen en el transcurso de los siguientes 6 meses, antes de los 18.

4.- Nuestros datos. En nuestro estudio encontramos que, en el año 2008, en las Comunidades Autónomas de Extremadura y Castilla-La Mancha se han enviado 879 expedientes desde Asepeyo al INSS mediante el sistema Atrium, en 206 de los cuales se proponía el alta (23,44% de los casos), en 429 la incapacidad permanente (48,80%) y en los otros 244 prórroga (27,76%).

¿Estos porcentajes son los adecuados? No lo sabemos. Además no tenemos datos fiables con los que compararlos, porque se trata de un procedimiento nuevo.

Se puede someter a muchas interpretaciones. Se puede argumentar que casi un 28% de propuestas de prórrogas son muchas, que esto es poco resolutivo, incluso que este es el peor supuesto para la Mutua, que ha de seguir realizando la prestación económica durante la prórroga. Pero también se pueda afirmar lo contrario, que en la mayoría de casos en los que ahora proponemos alta o IP ya deberíamos haberlo hecho antes y que ahora deberían quedar solo los casos que necesiten prórroga para terminar de recuperarse.

¿Qué resoluciones toma el INSS y cuándo las toma?

1.- Resumimos la secuencia de contecimientos:

- En el INSS un médico evaluador de la Unidad Médica del EVI visita al paciente, lo explora, coteja la información recibida desde la Mutua y desde el SPS y, finalmente, realiza un informe de síntesis.
- Después se reúne la sesión EVI (un médico del INSS, un inspector del SPS y dos funcionarios del INSS) y se estudia el informe de síntesis, a la luz del cual se emite el dictamen del EVI.
- Finalmente, basándose en el dictamen propuesto (preceptivo y no vinculante) la Dirección Provincial del INSS dictará resolución expresa e inmediatamente ejecutiva.
- Cuando la primera resolución ha sido de prórroga se vuelven a repetir los tres pasos para dictar una segunda resolución, la cual, si no se han cumplido los 18 meses, puede ser de alta o de IP, y si ya se han cumplido, necesariamente ha de ser de IP concedida o denegada.

2.- En los 879 casos de nuestro estudio, las Direcciones Provinciales del INSS dictaron las siguientes resoluciones: 310 altas (35,27%), 293 prórrogas (33,33%) y 276 incapacidades permanentes (31,40%).

3.- El INSS tarda una media de 62,77 días desde la tramitación del expediente hasta la primera resolución, periodo que se eleva hasta 75,11 días en las resoluciones de alta. Cuando resuelve IP tarda 66,45 días y cuando concede prórroga 46,16 días.

4.- Asepeyo proponía un 23,44% de altas y el INSS resuelve un 35,27% de casos con alta, lo que supone un incremento del 50,46% sobre las propuestas. ¿Qué significa? Que llegan demasiados casos al INSS a los 12 meses, sin duda, y que esa idea la tiene más clara el INSS que Asepeyo. Pero hay que objetar dos matices: que el INSS decide las altas dos meses y medio después de tramitarse el informe de la Mutua (por lo que puede haber evolución clínica en muchos casos) y que el INSS considera como altas también aquellos casos en los que se deniega la IP por incumplimiento de algún requisito no médico, fundamentalmente incumplimiento del periodo de carencia.

5.- El INSS reconoce prórroga expresa en el 33,33% de los casos, también más que el 27,76% que proponía Asepeyo, pero la diferencia no es abismal. De todas formas es sorprendente que solo haya unanimidad de criterio entre ambas entidades en el 48% de las propuestas de prórroga, menos aún que el 54% que se encontraba en las propuestas de alta.

6.- El INSS resuelve incapacidad permanente en el 31,40% de los casos, cifra muy inferior al 48,80% que proponía Asepeyo ¿Por qué? Puede haber varios motivos: causas administrativas que no se han tenido en cuenta en instancias anteriores, diferencias de criterio entre los médicos del INSS y los de la Mutua, necesidad de asegurarse bien antes de emitir un dictamen que es tan definitivo, o incluso se podría invocar en ciertos casos un criterio más economicista, porque el pago de la IP es el único que asume el INSS. En 7 de cada 10 resoluciones de IP la Mutua había propuesto IP.

7.- Tras la prórroga tarda 132 días de media en dictar la segunda resolución, la cual en el 45,39% de los casos es de alta, en el 43,34% es de IP y el 11,27% estaban sin resolver o en demora de calificación. De las resoluciones efectivas, sin contar las pendientes, podemos considerar que el 51,15% han sido de alta y el 48,85% de IP. Sorprende el número tan elevado de prórrogas que terminan en IP, casi la mitad, teniendo en cuenta que la prórroga se debería conceder a los paciente cuya recuperación fuese previsible en los siguientes 6 meses.

¿Cómo se podría mejorar el funcionamiento?

1.- Los médicos de la Mutua debemos tratar de proponer el alta o la IP de los pacientes antes de aproximarnos a la fecha de los 11 meses en IT, cuando esté médicamente justificado. También sería conveniente disponer de más herramientas para la valoración de los procesos, pues están muy limitadas por los condicionantes legales y presupuestarios.

2.- Los procesos de los pacientes que necesiten rebasar ese periodo deben llevar un expediente lo más completo posible, para facilitar la labor del médico evaluador del EVI/INSS.

3.- El SPS (Inspecciones y Médicos de Atención Primaria) debe considerar de forma sistemática las propuestas de la Mutua, admitirlas cuando sean procedentes y rechazarlas con argumentos médicos cuando crean que no están justificadas. Es necesario acercar posturas con algunos médicos de familia y conseguir que vean en el médico de la Mutua a un aliado y no a un enemigo con quien se compite por las competencias en los procesos de IT.

4.- Se debe arbitrar un sistema para reducir la listas de espera de consultas, pruebas diagnósticas y tratamientos en los SPS, optimizando recursos propios o ajenos. También es necesario implicar a los médicos especialistas y hospitalarios, concienciarlos de la importancia sanitaria, económica y social que tienen los procesos de incapacidad transitoria y permanente.

5.- Sería útil que todas las partes implicadas en la gestión de la IT tuvieran en consideración el documento “Tiempos estándar de Incapacidad Temporal”, editado por el INSS, en el que se establece el tiempo de recuperación funcional suficiente para el desempeño de las tareas profesionales, en términos de homogeneidad. Este tiempo solo debería superarse en los casos de complicaciones clínicas derivadas del propio proceso o del tratamiento, o por mala respuesta al mismo, o por requerimientos especiales del puesto de trabajo, aunque sospechamos que habría que añadir otros, ya mencionados anteriormente, en especial la demora en las listas de espera de los SPS. Es revelador que sólo en dos patologías se propone un tiempo superior a 200 días (concretamente 240): neoplasias malignas de mama y ciertos tipos de leucemia.

6.- Es conveniente tomar medidas para aproximar los criterios entre los médicos de las mutuas y los médicos evaluadores del INSS, para aumentar la concordancia de resultados. El criterio del médico de la Mutua, si ha hecho un correcto seguimiento de todo el proceso de IT durante los 12 meses y conoce la situación clínica del paciente y los requerimientos de su puesto de trabajo, debe ser tenido en cuenta por el INSS.

7.- En el INSS debería tener más peso el criterio del médico evaluador -que a veces está en minoría en las sesiones del EVI- que otros criterios burocráticos o pretendidamente “sociales”. Quizás podría considerarse la posibilidad de que, igual que el SPS es representado por un médico inspector, también pudieran tener un representante en el EVI las Mutuas, en su condición de entidades colaboradoras de la Seguridad Social.

8.- En cualquier caso el sistema recién implantado parece mejor que el anterior, porque ahora se prorroga un tercio de los casos que llegan a los 12 meses de IT, en contraposición con la prórroga tácita, prácticamente generalizada, que se concedía con el sistema precedente.

9.- Este estudio se limita al primer año de entrada en funcionamiento del nuevo procedimiento, con sus imperfecciones y su necesidad de ajustes. Es previsible que, en años sucesivos, con mayor experiencia de todas las partes implicadas, el grado de concordancia vaya aumentando y los periodos acortándose. Y entonces sí habrá ya datos previos con los que comparar. Este trabajo, en suma, puede dejarr una puerta abierta a estudios posteriores.

CONCLUSIONES

1.- En el año 2008 se ha instaurado en toda España el procedimiento por el cual el INSS realiza la valoración a todos los trabajadores que alcanzan los 12 meses en IT, previo informe médico-administrativo remitido desde las Mutuas por el aplicativo ATRIUM. Este procedimiento ha permitido la evaluación sistemática de los casos de IT a los 12 meses en vez de a los 18, lo que ha mejorado el control de los procesos.

2.- Según los datos de nuestro estudio el 3,36% de los pacientes en baja laboral por Contingencias Comunes llega a agotar los 12 meses previstos en la ley.

3.- El porcentaje de hombres que superan los 12 meses de IT es superior al de mujeres, pues de cada 100 casos tramitados por Atrium 58 son varones y 42 mujeres.

4.- Las causas traumatológicas (traumatología general+raquis) y reumatológicas suponen casi la mitad de los casos que agotan los 12 meses. La patología psiquiátrica, como grupo individualizado, es la más prevalente entre las mujeres.

5.- Asepeyo propone la incapacidad permanente en el 48,80% de los casos que tramita al INSS. Además propone el alta médica en el 23,44% y prórroga en el 27,76%.

6.- El INSS en una primera resolución dictamina un mayor número de altas que de incapacidades permanentes (35,27% vs 31,40%). En el 33,33% restante reconoce la prórroga expresa, cifra similar a la propuesta por la Mutua en Extremadura, pero superior a la propuesta en Castilla la Mancha.

7.- La concordancia entre propuesta y resolución “caso a caso” sólo es perfecta en el 48% de los procesos, lo que implica que hay importantes diferencias de criterio.

8.- El INSS tarda en resolver los expedientes una media de 63 días desde su tramitación por ATRIUM, periodo que se alarga hasta 75 días en las resoluciones de alta. En las de IP es de 66 y baja hasta 46 días cuando concede prórroga.

9.- Las prorrogas reconocidas por el INSS en primera resolución concluyen siendo alta en el 51,15% de los casos e IP en el 48,85%. Casi la mitad de los pacientes no se han curado en los seis meses de prórroga de IT.

10.- Después de reconocer una prórroga, la 2ª resolución del INSS tarda otros 132 días de media en producirse, y más de 140 si esta resolución es de IP.

11.- Si consideramos que la propuesta de prórroga a los 12 meses lleva implícita la propuesta de alta en los 6 meses siguientes, a los 18, entonces la correlación final entre la propuesta realizada por Asepeyo y las resoluciones definitivas del INSS supera el 90% en ambas Comunidades Autónomas.

BIBLIOGRAFÍA

Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal. BOE núm.235,29/09/2009.

Boletín Oficial del Estado. Resolución de 14 enero de 2008, de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por la que se fija la fecha en la que determinadas direcciones provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina asumirán competencias en relación con la gestión de la prestación por incapacidad temporal. BOE núm.15, 17/1/2008

Colaboración Institucional en la Incapacidad Temporal. Guía para el médico. Instituto Nacional de Medicina y Seguridad del Trabajo. Madrid, 2001.

Delgado Azuara F. Proyecto ATRIUM: Aplicación de Trabajo Informático de las Unidades Médicas. Conferencia Internacional sobre las Tecnologías de la Información y de la Comunicación en la Seguridad Social. Moscú, 29 de junio – 1 de julio de 2005. ISSA/ICT/CONF/11/MOSCOW/2005/2b.

Díaz R, Moya R, Vergara J, de Alarcón MC, Domínguez G. Análisis de la problemática derivada de los cambios legislativos en materia de Incapacidad Temporal. Semergen 1999; 24: 643-8.

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Tiempos estándar de Incapacidad Temporal, 2ª edición, 2009.

Manual Atrium versión 1.00, Manual Asepeyo nº M-887.0. Asepeyo, marzo 2007.

Manual de gestión de Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes,. Manual nº M-945.0. Asepeyo, julio 2008.

Modificación de la Incapacidad Temporal. Instrucción nº L-005/06.5. Asepeyo, febrero 2008.

Reglamento de colaboración de las Mutuas 1993/1995 de 7 de diciembre

Temario del Master a Distancia de Medicina Evaluadora de la Universidad de Barcelona Virtual IL3. Módulo 1: Organización y legislación. 2008-2009.

Tramitación de expedientes de más de 11 meses al INSS. Instrucción nº P-008/07.1. Asepeyo, mayo 2007.