

## **Mutuas de Accidentes de Trabajo y el nuevo control de la Incapacidad Temporal**

### Sumario

#### Parte Primera.-

**Por una *consulta directa* a los trabajadores. ¿Es malo preguntar?**

- 1.- La desnaturalización el acto médico**
- 2.- “Asociaciones de empresarios *sin ánimo de lucro*” con muy mala imagen**
- 3.- Las “brigadas de bomberos” de las Mutuas toman el control**
- 4.- Acoso y hostigamiento al trabajador. *Mobbing* promovido desde el Gobierno**
- 5.- Fórmula temeraria: “bajas flash”**

#### Parte Segunda.-

### **Un trasfondo inquietante: la privatización del Servicio Público de Salud**

- 1.- Una vía tangencial para la Privatización del Sistema Público de Salud.**
- 2.- La cuestión de fondo: un debate político sin complejos**

## Mutuas de Accidentes de Trabajo y el nuevo control de la Incapacidad Temporal

Parte Primera.-

### **Por una *consulta directa* a los trabajadores. ¿Es malo preguntar?**

Las Mutuas en los últimos años han ido expandiendo sus competencias. Sin adentrarse en otros antecedentes, recordar la Ley de Accidentes de Trabajo del año 1900 (30/enero. Ley DATO) que instaura por primera vez la **responsabilidad objetiva** del **empresario**, obligando al patrono a indemnizar a los trabajadores accidentados. A partir de entonces fueron desarrollándose y si en inicialmente se limitaban a las contingencias profesionales o riesgos derivados del trabajo. En el curso de los años han ido asumiendo también funciones dentro de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes del personal al servicio de los empresarios asociados. En 1994 en el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (TRLGSS, Real Decreto 1/1994, 20 de junio) se contempla en concreto para las Mutuas, en el art. 68, 2: ... c) la colaboración en la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes; d) las demás actividades, prestaciones y servicios de Seguridad Social que les sean atribuidas legalmente.

En 1999 F. RODRIGO CENCILLO en un extenso documento, *Presente y futuro de las Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social*, hacía serias advertencias, que son perfectamente aplicables a la realidad actual.

El autor se remitía a “un peligro individual y colectivo” que ahora se vuelve a tomar plena vigencia. “Lo preocupante de que las mutuas gestionen la IT reside en sus aspectos «colaterales» como: a) la posibilidad de realizar reconocimientos médicos a los trabajadores en baja; b) la posibilidad de realizar actuaciones sanitarias tales como, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas”.

“Las razones aducidas por los sucesivos gobiernos para justificar el establecimiento de una reforma de estas características se circunscribe a dos fundamentalmente: la incapacidad del sistema sanitario público para atajar un presunto fraude a la Seguridad Social en la prolongación del tiempo de baja por enfermedad de origen común; y la ineficacia del sistema sanitario para lograr acelerar los procesos diagnósticos de intervención de los pacientes, lo que determina bajas prolongadas más de lo hipotéticamente razonable”.

“Las Mutuas, por su parte, ya están asumiendo, en su política comercial de captación de “clientes” el compromiso de reducir sustancialmente las cifras medias de absentismo. Asimismo, varias de ellas han recurrido a la subcontratación de empresas privadas en gestión de IT, cuyo trabajo se basa más en la aplicación de todo tipo de presiones e intimidaciones a los trabajadores enfermos, para que adelanten su incorporación al trabajo, que en la mejora de la atención médica y humana”.

El trabajo que sigue se ha querido iniciar con texto y opinión ajena, para que sirva de introducción y al mismo tiempo para poner de manifiesto un problema de honda repercusión que muchos comparten y sobre el cual es preciso que la ciudadanía en completo lo aborde con decisión. En esta línea el mismo RODRIGO CENCILLO dijo dicho que “sería deseable que la sociedad conociera mejor el papel de las Mutuas y su funcionamiento como entidades colaboradoras de la Seguridad Social, **ya que sería más difícil llevar adelante algunos intentos privatizadores que desde algunos sectores económicos y financieros se alienta**. El volumen de recursos que gestionan y el papel que juegan en el mundo del trabajo son lo suficientemente importantes para que desde los sectores sociales y políticos más progresistas se reflexione abiertamente sobre le presente y el futuro de las mutuas en nuestro sistema de protección social”.

## 1.- La desnaturalización el acto médico

Los abundantes conflictos de los trabajadores con las Mutuas de Accidentes no pueden circunscribirse a casos individuales. Existe un clima que propicia un extenso atropello de los derechos básicos de las personas.

Empeñados en dirigir desde su ángulo oscuro la actuación médica en su *diletantismo organizado*, las Mutuas interfieren en algo tan serio como es el diagnóstico del facultativo, su pronóstico e implicaciones. Su perversa conducta es irrespetuosa con el paciente. Insulta a la ciencia médica. Envenenan su desarrollo. Repugnan a los profesionales.

Sus tácticas y rumbo son muy semejantes las de los-de-los-seguros. Infestados por los parásitos de la maldad, unos y otros conspiran sin descanso para desbaratar principios básicos y milenarios del buen hacer de los discípulos de Hipócrates. Y llegado el momento condicionar las resoluciones judiciales. Siembran y abunda no pocas veces la desdicha y la desesperación de los “soldados” heridos en el campo del trabajo.

El *acto médico*, entendido como *una confianza que van al encuentro de una conciencia*, se ve perturbado en lo profundo de su esencia. No puede haber independencia del personal sanitario de las Mutuas de Accidentes cuando la vinculación de tal personal es en extremo directa de quienes las gestionan guiados por objetivos no compatibles con la ética profesional.

El mismo acto médico por su *carácter tan particular* ha de descansar en la voluntariedad y afinidad de las partes en una buena armonía. Cuando exigencias tan elementales no confluyen el divorcio es inevitable. No es la simpatía y el aprecio lo que abunda en la relación del paciente con el médico de la Mutua, fomentándose en ocasiones odio, ira y desprecio. Situación que es por el contrario bien diferente a la que suele tener el paciente con *su médico* de cabecera, hacia los médicos de atención primaria, profesándoles en general la mayoría respeto, estima y afecto.

La presión crece en la medida que las opciones profesionales del personal contratado por las Mutuas fuera de ese círculo es sumamente limitado, como para los licenciados en Medicina que no han superado el MIR, o extranjeros cuyo título no ha sido homologado para ejercer en el territorio español, y que no cumple con las normas de la Comunidad Europea. Temen que “si no se portan bien” no les renuevan el contrato.

La sombra y el aliento/mal aliento de quienes tienen su control no se puede disimular. Se explica que así ese encuentro con “el-de-la-bata-blanca” sea distante por una incomodidad permanente, alimento de la incredulidad y del escepticismo.

La independencia del personal sanitario que trabaja en / para las mutuas no está en absoluto garantizada. No es el primero que le oye decir al médico-de-la-mutua, extensible a los de las entidades aseguradoras, “te tengo que dar el alta, pues me están presionado de arriba”. Así nadie se puede curar, y la salud no es un juego.

El oficio médico requiere una continua autorrealización, crecer en lo extenso y en lo profundo, pero siempre con la capacidad de ponerse en el lugar del *otro*. De acercarse al sufrimiento ajeno. No pocos creen que las aludidas Mutuas hacen el/un “trabajo sucio” que por sus prácticas los profesionales de la sanidad pública se niegan a asumir: *el diagnóstico a gusto el pagador*.

“Exigencias políticas” están desplazando a segundo plano al enfermo, palabra que se intenta sustituir, llegando a la aberración de llamarle “cliente”. Quienes tienen las *manos sucias* de tanto exprimir lo ajeno ahora quieren “invertir en salud”.

## 2.- “Asociaciones de empresarios *sin ánimo de lucro*” con muy mala imagen

Se dice que las Mutuas de accidentes de trabajo son asociaciones de empresarios *sin ánimo de lucro* que colaboran con la Seguridad Social en la gestión de accidentes...y para ello gestionan *dinero procedentes de las cotizaciones sociales*”. Esto “no suena bien”. “Desafina”. Las opiniones sobre las Mutuas, muy abundantes en distintos foros, son pésimas.

“las mutuas de accidentes de trabajo perjudican a la seguridad social, se quedan con parte del dinero de los trabajadores, y rebajan la calidad de atención médica en nuestro país” (04.07.11).

“las mutuas ... ahora son organismos de fiscalización de las decisiones de médicos de la sanidad pública, mucho más facultados que los que trabajan en éstas y cuya misión es ahorrar bajas y proporcionar un medio de vida a personal sanitario que no ha sido capaz de obtener un puesto en el sistema público, incompetentes y burócratas. Si dejaran que los inspectores hiciéramos nuestro trabajo, dotándonos de medios y efectivos, podríamos prescindir de ellas perfectamente para ventura de trabajadores, empresarios y ciudadanos en general, dedicando sus recursos a una sanidad *muuuuy* necesitada de ellos! (18.07.14).

“el próximo Gobierno dará marcha atrás y eliminará ésta norma. No se puede ser parte en lo privado y juez en lo público para el mismo tema. Las mutuas solo quieren nuestro dinero” (18.07.14)

Con anterioridad se dijo que existe un gran descontento de no pocos pacientes por el trato personal que recibe de tales entidades. En la red se dicen cosas como: “deberían investigar a las mutuas...tratan como ganado a los trabajadores” (ANDRÉS, 01.08.07). Igualmente hay médicos que en su experiencia como asalariados de las mismas no se han sentido cómodos para su práctica... o incluso “tragar” con lo que sea. Cabe imaginar que tales MUTUAS son útiles para realizar “trabajos” en los que el Estado no quiere asumir un papel de protagonista directo. En su momento se creyó, se sigue creyendo, en su utilidad para un control más estrecho, “duro”, temerario, de la Incapacidad Temporal. Ciertos cometidos podrían deslucir esa idea de que el Estado es bueno y los que lo dirigen son hombres sacrificados, e igualmente de buena voluntad, que no se pueden manchar. “Se ha llegado a un punto en que las Mutuas tienen más preocupación por perseguir a los trabajadores y dejar de pagar que por la salud de estos” (J. NIETO, Comisiones Obreras, 28.09.07).

De estas dos últimas quejas (hay muchas más) destacan dos términos, “ganado”, en la primera y “perseguir”, en la segunda, ambas referidas a las personas, a los trabajadores, a los que hacen posible la grandeza de un país. “Tratan como ganado a los trabajadores”, “perseguir a los trabajadores”. A continuación hay que preguntarse quienes son los pastores y esos esbirros, sicarios y verdugos, que se ceban en los trabajadores. Y ¿quién es el pagador?

Las MUTUAS a las que nos estamos refiriendo conservan todavía hondas raíces de otros tiempos, por más que se diga que las mutuas no son empresas privadas, sino asociaciones de empresarios que gestionan un dinero que recauda la Seguridad Social, ofrecen asistencia sanitaria y devuelven al Estado los excedentes que obtienen. En suma, son las asociaciones de empresarios las que están gestionando, cuando no “mangoneando” dinero que procede de las arcas públicas. (Ref. El diagnóstico a gusto del pagador, 2008. [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com)).

Por otra parte, cuando ante determinadas contingencias chocan frontalmente las pretensiones descaradas del patrón con las reivindicaciones del trabajador accidentado, y son injustamente ignoradas, sin duda giran un *lucro indirecto* para aquel.

Es preciso aclarar que las “cotizaciones sociales” que giran los empresarios por sus asalariados nacen como fruto directo de los que aportan su fuerza de trabajo (\*). Una cosa es que el empresario tenga obligación de ingresar lo establecido por Ley (la totalidad de las cuotas, cuota obrera y cuota patronal) pero otra cosa es que lo que no se puede negar: tales cuotas se generan a raíz de la prestación de servicios por el trabajador. Por tanto esas cotizaciones, y a partir de ese momento, pertenecen a los trabajadores, en correspondencia a su prestación. Por eso es al mismo trabajador a quien ha de corresponder *elegir* la manera y forma en que se han de canalizar sus cotizaciones para hacer frente a los distintos tipos de contingencias, que de cualquier modo desde el momento en que se ingresan forman parte de la *caja del estado*.

(\*) Tienen la obligación de cotizar al Régimen General de la Seguridad Social los trabajadores, que en razón de su actividad, se encuentren comprendidos en su campo de aplicación, mediante el abono de la cuota obrera, y los empresarios (cuota patronal) por cuya cuenta trabajen aquéllos. Mediante tales cotizaciones se protegen situaciones de riesgo, tanto contingencias comunes (entre ellas la Incapacidad Laboral Temporal por enfermedad común) como las contingencias profesionales (accidentes de trabajo, enfermedades profesionales).

La gestión de estas entidades colaboradoras de la Seguridad Social "siempre ha estado rodeada de oscurantismo y de una sombra de sospecha permanente" (EFE, 15.07.14) lo que se abunda por noticias / escándalos recientes, protagonizados por los mismos que pretenden que caiga todo el "peso de la ley" en los trabajadores que "no hacen otra cosa que abusar del estado de bienestar". En la prensa se han leído cosas como las que siguen...

- **“Gastos indebidos en FREMPAP.** Se han detectado 43 millones de euros gastados indebidamente por la Mutua. **Coches de lujo, dietas, marisco y viajes con cargo a la Seguridad Social...** Empleo reclama a FREMAP que devuelva 43 millones de dinero público gastados indebidamente”. (*El País*, 14.06.14).
- **Asunto UMIVALE:** dos sociedades sin trabajadores montadas por la patronal ganaron dinero al intermediar entre la mutua y las mayores empresas valencianas (*El País*. 13. 07. 2014).
- “El juez –desde 2007 instruye el caso- procesa a 11 jefes de la **MUTUA UNIVERSAL** por fraude de 200 millones. Expandían dinero a costa del patrimonio de la Seguridad Social... Cotizaciones destinadas a negocios inmobiliarios” (*El País*, 12.07.14).

Hay que perseguir el fraude, claman desde el gobierno. La gente abusa mucho.... Los adelantados del "aparato" dicen cosas como que "no puede ser que un *tío cabrón* pida la baja cuando para irse al pueblo a recoger las patatas... también cuando la matanza... está robando al estado, a la empresa, a la mutua...". Pero esos justicieros y mentecatos no reparan en que con la miseria que le pagan a tantos asalariados no puede procurarse una alimentación equilibrada para el y su familia. *La vida ha subido mucho. La carne y la fruta están por las nubes. Y en el seguro no es como antes: ya no recetan vitaminas...* La gente se busca la vida. De alguna manera en el delito de ese "tío cabrón" se puede introducir el atenuante de la mala nutrición... que a modo de sucedáneo de algún modo hay que enlazar con el "robo famélico"...y otras tropelías de esos pícaros hambrientos, y ¡heroicos!, inmortalizados por la genialidad literaria.

El sentimiento exculpatoria y la cólera se encienden mas cuando, como se dijo, se informe que se han detectado "gastos indebidos en FREMPAP... 43 millones de euros gastados indebidamente por la mutua. Coches de lujo, dietas, marisco y viajes con cargo a la Seguridad Social ... (*El País*, 14.06.14). Si no hay ánimo de lucro al menos parece que lo hay de lujo.

¿Mariscooo? Seguro que les hace daño... a esos "peces gordos" de orejas coloradas que rezuman ácido úrico y colesterol, y las manos pringosas poniéndose "guarros" con los "frutos del mar". Para alegrar mas al cuerpo un vino de los de "antología"... Los glotones tienen su penitencia, muchos lo saben, pero son incapaces de redimir tanto "pecado". Por eso luego sufren luego "ruidos corporales" durante horas. La *hernia de hiato* no perdona esos excesos, a pesar de los kilos de *omeprazol*. A veces se les va la "olla"... Estos sí que son unos *cabronazos*, y no ese pobre desgraciado que ha de "escabullirse" como sea para dejarse las uñas "rabuñando" en la tierra y así dar mejor alimento a los suyos. Un esperpento más en la España "moderna y democrática". Ladrones de "altura" son esos otros que a costa de lo que han "choriceado" a los trabajadores se lucran, con el agravante de la premeditación y alevosía. Gañanes venidos a más, que operan en lo tangente, cortejando permanentemente a los de arriba... y que estos se lo permiten... "aristocracia del delito" sin el arrojo y la valentía de bandidos de otra época como FENDETESTAS, que sorprendía a sus víctimas en la fraga gallega, saliendo al camino. "Alto, me caso en Soria, la bolsa o la vida" (*El bosque animado*, WENCESLAO FERNÁNDEZ FLÓREZ, 1943). Cuando los pupilos de un país en extremo "católico y apostólico" se muestran tan descarriados es que la Iglesia ha fracasado. ¡Ah! Una curiosidad. Entre esos "gastos indebidos en FREMPAP... 43 millones de euros gastados indebidamente por la mutua. Coches de lujo, dietas, marisco y viajes con cargo a la Seguridad Social..." además, ante tal calaña cabe preguntarse si hubo *señoritas de compañía*. La agencia de noticias no lo aclara. Que opine el lector.

El reproche social cobra mayores dimensiones cuando por hechos de semejante calibre las penas son sumamente blandas, en estos y otros asuntos... Está muy arraigado que la “justicia es un cachondeo” lo que ya dijo el ocurrente alcalde... Incluso alguno de los condenados de tanto abolengo tiene la desfachatez de solicitar un indulto “por razones humanitarias”. A veces lo consiguen. Con realidad tan funesta es imposible que a más de uno no piense esa otra vergüenza nacional que es la figura del “aforamiento”. Hay que decirlo a la menor oportunidad. *La conciencia cívica obliga a una pedagogía permanente*. La misma conciencia siente repugnancia por esos patricios que se parapetan en su privilegio. Un *apartheid* jurídico. Un “guerrillero” urbano *moderno* no dudaría en pensar que tal “blindaje” supone una armadura que para llevarla requiere también tener una “cara-dura”, de difícil cabida en el mundo civilizado. Los del CGPJ (Consejo General del Poder Judicial de España) tenéis que decir algo... aunque se quede en un “pensamiento filosófico”. Oye *tú*...ten un gesto... piensa en el futuro... No estaría mal *paso al frente*, instrucción que sin duda hace tiempo que *El Pueblo soberano* está mandando.

### 3.- Las “brigadas de bomberos” de las Mutuas toman el control

En la preparación del nuevo Proyecto de Ley de Mutuas se han hecho esfuerzos para expropiar e inmiscuirse en competencias de los *Médicos de Atención Primaria* y de la *Inspección de los Servicios Sanitarios Públicos*. El *Proyecto de Ley* de reforma de la Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales, aprobado por el gobierno el día 18 de julio pasado, junto al *Real Decreto 625/2014*, de 18 de julio (BOE 21 de julio/2014) por el que se regulan una vez más aspectos específicos para la gestión y control de la Incapacidad Temporal, son, lo uno y lo otro, sumamente insatisfactorios.

Desde hace años se pone el acento en “la incapacidad del sistema sanitario público para atajar un presunto fraude” y en la “ineficacia del sistema sanitario para lograr acelerar los procesos diagnósticos de intervención de los pacientes, lo que determina bajas prolongadas más de lo hipotéticamente razonable” (RODRIGO CENCILLO). Lo del fraude no deja de ser un argumento barato, punto de partida para introducir excesos y desviaciones en perjuicio de los trabajadores. Y si hay “ineficacia” y “retraso diagnóstico” en el Sistema Público de Salud su origen está en el mismo sector, y habrá que solucionarlo, con las medidas oportunas, incluyendo en su caso las de “velocidad supersónica”. Y esto se hace dotándolo de más medios para cubrir sus carencias, en lugar de operar todo tipo de recortes, como los que afectan a los recursos técnicos y humanos, a la vez que se van amortizando plazas. Y es que la “ineficacia del sistema sanitario para lograr acelerar los procesos diagnósticos” se potencia, propicia y abriga por aquellos que tienen funciones de gobierno en la administración del estado. Su torpeza no tiene otra ocurrencia que delegar en terceros “externalizando” y privatizando de servicios.

Las *condiciones de trabajo* de los asalariados se encuentran bajo un régimen de terror. Se parte de la falsa premisa de que quien se enferma es un presunto delincuente. La “externalización” el control / vigilancia del sistema sanitario es un aspecto más del recorte de derechos en distintos ámbitos. El objetivo de “regular” la prestación de la Incapacidad Temporal, se ha convertido en una obsesión. Esto es, entorpecer el derecho de una persona a causar su baja en el trabajo cuando está enferma. “Más control” dicen los “expertos”. En tanto se produjo un incremento de la muerte por accidentes de trabajo en 2014 sobre el año anterior.

“Las Mutuas se convierten en policías y fiscales de los trabajadores y de los médicos de los servicios públicos de salud” (*El País*, UGT, 19.07.14). En el proyecto de Ley de Mutuas dicho control de la Incapacidad Temporal en la forma que se pretende está enviando un claro mensaje a los facultativos del Servicio Público de Salud. Es tanto como decirles “lo estáis haciendo mal” y se precisan mecanismos para “vigilaros en vuestro trabajo”. Con las nuevas medidas implícitamente se acusa a los empleados de la Administración del Estado de incompetencia. Las “brigadas de bomberos” de las Mutuas se encargaran de ello. Algunos con gran práctica como “leñeros” y “kamicaces” con “muy mala leche” para apagar las llamas “que están devorando” los fondos de la Seguridad Social.

“Las mutuas valoraron un 35.1% de la IT erróneamente como contingencia común” (Diario Médico, 09.02.07). Tampoco sale a luz ningún estudio de los trabajadores que rechazan su derecho a solicitar la baja laboral por el miedo que les embarga en una situación de precariedad laboral, acudiendo al trabajo en

mal estado físico, con riesgo para su propia integridad y la de terceros. Ref. Incapacidad Temporal. Incentivos a los médicos para su control. [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com) 01.02.2011

Por otra parte, los Servicios de Inspección Médica, integrados dentro del Servicio Público de Salud, son los que han venido hasta la fecha controlando la Incapacidad Temporal, en un nivel administrativo jerárquicamente superior en relación a los Médicos de Atención Primaria. Con las nuevas medidas, de “estar encima” el trabajador que se enferma desde el primer día, parece que se quiere “reforzar” las labores de la Inspección Médica, que no es otra cosa que una duplicidad de funciones. De cualquier modo, si hay que “reforzar” a la Inspección Médica en el control de la Incapacidad Temporal, es que quienes así lo quieren entienden que su actuación no es satisfactoria en su diseño actual. Lleva esto a que el control de los procesos de Incapacidad Temporal con las nuevas medidas va ser triple, por un lado ya lo venían haciendo el Médico de Atención Primaria y en su caso la Inspección Médica, a lo que ahora habrá que añadir uno nuevo, en que se corresponde con las atribuciones que se le dan a las Mutuas en los casos de Incapacidad Temporal (en los primeros 365 días de su duración). Pero hay más; cabe pensar igualmente que en un futuro los mismos de Servicios de Inspección Médica podrían ser sustituidos por los “agentes represivos” de las Mutuas.

En el proyecto igualmente se indica que **las mutuas harán las pruebas diagnósticas y tratamientos que consideren necesarios para el alta**, previa autorización del médico del sistema público y consentimiento del paciente. Está claro que esto se ha compatibilizar con el derecho del paciente a la libre elección de médico (que por ahora se respeta). El reconocimiento del derecho a elección de facultativo se basa en uso la autonomía de la voluntad del paciente y está protegido por la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y, además, por la Constitución. Tal derecho, pues, no puede ser restringido unilateralmente. También, además, hay que considerar el **derecho a obtener una segunda opinión médica** de los usuarios del Sistema Sanitario Público. Aunque su regulación se encuentra más limitada, no obstante ha de ser interpretado en cada caso. De cualquier modo en su ámbito de aplicación el *derecho a la segunda opinión* hade ser ampliado al afectar a una cuestión básica como es la Salud de las personas. También es evidente que nadie puede obligar a un paciente a que siga un tratamiento cuando no tienen ninguna confianza quien lo prescribe.

La idea es que los médicos de las Mutuas, algunos con titulación muy precaria, supervisen el trabajo de aquellos otros médicos que son funcionarios públicos. Esto es el mundo al revés. “Los patos tiran a las escopetas”. Un *cabo corneta* llamando al orden al *coronel*... Los “chusqueros” toman el mando. La información médica que emana desde el Sistema Público de Salud, en este caso de los Médicos que en el trabajan junto al Servicio de Inspección Médica, en general siempre ha gozado **de presunción de veracidad** y evidentemente *no hay un conflicto de intereses*. En el caso en **que las Mutuas hagan pruebas diagnósticas y tratamientos** hay que pensar que a su vez puedan recurrir a la “externalización” de determinados servicios, vía “subcontrata” o como se le quiera llamar.

Teniendo en cuenta experiencias acumuladas, puede brotar de nuevo la desconfianza. Piensen lo ya referido en la conversación telefónica del “físio” (F) con el “trauma” (T)... y ahora en la última respuesta de este último sustituyan los términos “compañías” y “tráficos” por el de “Mutuas” y “bajas” obteniendo un resultado aterrador.

F. - Oye, que esto que pones en el papel no me cuadra. Yo la veo muy mal. T.- ¿Cómo dices que se llama? F.- Dolores Fuertes; T. - ¡Ah! sí sí sí, ya caigo. Verás, te cuento. Es que esa es *de-las-de-compañía* (de MUTUA); F.- ¿Y, que pasa? (T) - Hombre, tengo que tenerlas contentas; F. - Pero ¿contentas a quien? La paciente está de muy mala hostia. (T) Pareces tonto. A las compañías (MUTUAS) para que me manden “tráficos” (BAJAS)

Por otra parte en los casos de asistencia concertada con centros privados es de suma importancia que tal asistencia económicamente responda a unas tarifas que la permitan hacer viable, que tantas veces son ridículas. Por ejemplo, imaginense el caso de un *Traumatismo Torácico*, que se presenta como urgencia, por el que el sistema público concierta un pago con un tope, pero que en determinados casos, como en los que hay que hacer una determinada exploración radiológica, como un TAC (por su mayor capacidad para valorar lesiones de grandes vasos y vía aérea, e incluso a veces tal TAC debe extenderse a la región abdominal, TC torazo-abdominal) la asistencia del paciente puede verse comprometida, cuando esa

clínica privada opta por dejar al paciente sin dicha exploración o por su traslado desde el establecimiento privado al hospital público, tiempo en el cual el paciente podría ser expuesto a un demora exploratoria que podría tener consecuencias muy graves.

**Alboroto, confusión y desorden** es lo que todo esto viene a sembrar. En el fondo no se trata tanto de que las Mutuas tengan capacidad decisoria, sino más bien de poder “enredar” desde el primer momento en que el Médico de Atención Primaria prescribe la baja. Crear un clima de acoso al paciente que se traslada al médico en forma de presión, amenaza e incomodidad continuas, que inevitablemente, de una u otros forma, buscan enturbiar la relación médico enfermo, con el fin de debilitarla. Amedrentar a unos y a otros.

Asimismo pretenden que sea obligatorio que en los partes de confirmación conste “la duración probable de la Incapacidad Temporal” y para ello “los médicos dispondrán de tablas de duración estándar por patologías, agregando teniendo en cuenta la enfermedad que padece el trabajador, su edad y la actividad laboral que realiza”. “Actualmente, se ha dado un nuevo paso técnico en la estimación teórica de la duración de una situación de incapacidad temporal teniendo en cuenta no sólo la patología del trabajador, sino también su edad y ocupación, pretendiendo así dotar al facultativo de una herramienta de respaldo técnico, fundamentada en el análisis de amplias base de datos y en la experiencia de de profesionales expertos en la materia que le oriente en su decisión” (preámbulo *Real 625/2014*, de 18 de julio, BOE 21 de julio). Atrevimiento y osadía no faltan. Una cosa es el conocimiento estadístico de la duración media de las patologías (de lo que hay abundantes publicaciones) pero otra muy distinta es pretender conectar lo anterior con la actividad laboral de *cada cual*. Tal “reglamentación” se antoja bastante imposible. El razonamiento puede relacionarse con los intentos de “baremizar” la *incapacidad permanente* y que ahora en sus paralelismos es aplicable al caso de la incapacidad temporal. A principios del siglo pasado el BIT (Oficina / Bureau Internacional del Trabajo, secretariado permanente de la OIT) indicaba que en el Estado de California (EEUU) se elaboró un baremo, aunque se le reconocía como muy simplificado, en el que se tenía en cuenta la naturaleza y la gravedad de la lesión (267 categorías de daños corporales) de la profesión (52 grupos profesionales) y la edad de la víctima (31 categorías) “ofreciendo un número de combinaciones que excede los doce millones” (BIT). /// Pero si las dificultades para tipificar con un baremo las situaciones de incapacidad permanente, y recogiendo los parámetros referidos, en el caso de la **incapacidad temporal la cuestión puede hacerse mucho más compleja** en la manera que la diversidad de situaciones es todavía mayor. Y es que si la incapacidad permanente conecta en general con la enfermedad crónica, la incapacidad temporal la hace sobre un patología aguda (o crónica agudizada) mucho más versátil y florida en síntomas y signos clínicos, a la vez que *tantas veces mas inespecíficos en su primeras manifestaciones*, lo que cuando es así dificultad más el diagnóstico. Por todo ello toda prudencia es poca, a la vez que el papel del médico de asistencia primaria (extensivamente médico de familia o médico de cabecera) resulta insustituible ya que tiene mayor capacidad e intuición para conectar con la realidad de *su* paciente. Claro que hay quienes piensan que la informática hace maravillas, aunque olvidando que el rigor cartesiano se distancia mucho del sentido del médico y del padecer del enfermo.

#### **4.- Acoso y hostigamiento al trabajador. *Mobbing* promovido desde el Gobierno**

En este desbarajuste programado, desde el primer día en que se emita el *documento* de Parte de Baja laboral las Mutuas podrán intervenir, y entorpecer, en los casos de enfermedad común o de accidente no laboral. Los tiempos establecidos para tomar una decisión e incorporar de nuevo al paciente a su trabajo son muy exigüos. De cinco días hábiles dispondrá la Inspección Médica del Servicio Público de Salud para responder a la propuesta de alta formulada por la Mutua, quien puede enviarla a tal Servicio de Inspección desde el primer día.

En caso de no aceptar la propuesta de alta que envía la Mutua, la Inspección Médica habrá de emitir un informe motivando su disconformidad, desmarcando al Médico de Atención primaria, que es quien conoce al paciente y el que emite en su caso el Parte de Baja. Si la Inspección no responde - caso de silencio administrativo - el facultativo de la Mutua no pueda dar el alta al trabajador, no obstante la Mutua podrá dirigirse al INSS (Instituto Nacional de la Seguridad Social) solicitando en parte el alta, contándole en un tiempo de 4 días, aceptando o rechazando la pretensión de la Mutua. Se establece un



régimen transitorio de seis meses, esto es, hasta el uno de marzo de 2015, durante el cual los plazos de contestación serán de 11 días para el Servicio Público de Salud y de 8 días para el INSS. No cabe duda que tal hostigamiento determina un aumento de la carga de trabajo en los referidos organismos sanitarios públicos.

Este contexto se torna indiscutiblemente en una amenaza para el enfermo, al que desde el primer día no se le da tregua ni respiro, presión tan temprana que por supuesto en nada facilita la curación del paciente. Una coacción continuada, intimidación o como se le quiera llamar, que técnicamente es una forma de *mobbing*, esto es, acoso moral permanente, en este caso al trabajador desde el mismo momento en que cae enfermo, con el agravante que tal violencia psicológica viene a ser regulada desde las instituciones del estado, comprometiendo un elemental derecho del trabajador, cual el de estar enfermo. Una elemental sensibilidad ha de comprender que tales medidas de “supervisión” han de distanciarse respetando unos plazos mínimos de actuación.

La emisión del parte de baja laboral es una consecuencia de un acto médico previo, que el referido Decreto propicia los medios para desautorizar, al menos cuestionar, al médico desde el mismo momento en que lo emite, médico, por otra parte, que es el que mejor conoce la realidad cercana de su paciente. Es el acto médico como tal el que ha de ser considerado en toda su perspectiva, cuya esencia es la relación médico-paciente, operando sobre un núcleo cual es el de la entidad patológica de ese momento, patología que no puede polarizarse a una baja laboral como mirada miope, pues la interrupción laboral no es más que una consecuencia de esa particular entidad nosológica, entre sus muchos efectos colaterales.

Estas medidas constituyen una injerencia inaceptable para el desenvolvimiento correcto del ejercicio profesional del facultativo, a la vez que le roba la calma y el sosiego indispensables para una buena evolución de su enfermedad pensando en su restablecimiento. Al enfermo jamás se puede encuadrar como una “expediente administrativo” pretendiendo sobre el mismo tomar una decisión fría sobre una base de números y estadísticas.

##### **5.- Fórmula temeraria: “bajas flash”**

Muy arriesgadas son esas de duración de menos de cinco días “que tendrán parte de baja y alta en la misma visita”. En efecto, el referido *Real 625/2014*, de 18 de julio (BOE 21 de julio) en su artículo 2. 3. a) dispone que “en los procesos de duración estimada inferior a cinco días naturales, el facultativo del servicio público de salud, o de la mutua, emitirá en parte de baja y alta en el mismo acto médico” (\*). No obstante esta “tentación” tan poco afortunada del legislador a continuación se ve atemperada añadiendo: “...no obstante el trabajador podrá solicitar que se realice un reconocimiento médico el día que se haya fijado como fecha del alta, y el facultativo podrá emitir parte de confirmación de la baja, si considera que el trabajador no ha recuperado su capacidad laboral”.

(\*) En los procesos en los que está prevista una baja de hasta 5 días, se entregará la baja y el alta el mismo día. En los de duración prevista entre 5 y 30 días el parte de confirmación se dará a los 14 días. Para cuadros clínicos entre 31 y 60 días, parte de confirmación cada 28 días. Y cuando se estima que la patología en que el tiempo de incapacidad se extienda por más de 60 días el parte de confirmación se emitirá cada 35 días.

Esta opción, que se propone por motivos de prudencia y responsabilidad, no sólo hay que verla como un derecho del paciente, sino también del propio médico. La baja laboral no sólo la ha de instar el trabajador sino también en ocasiones el mismo médico, no autorizando al paciente su incorporación al trabajo cuando situaciones de riesgo/peligro incompatibles con su estado de salud lo desaconsejen, lo que en caso de su negativa se ha de comunicar a la instancia

correspondiente. Cualquier estado patológico, por simple que parezca a primera vista, no se debe hacer especulaciones apriorísticas.

El paciente en muchos casos revela los síntomas, a veces los signos de la enfermedad. Otras veces los síntomas hay que “arrancárselos” mediante una historia clínica y un interrogatorio bien dirigido, invirtiendo tiempo y en donde la insistencia nunca sobra. Los signos clínicos hay que buscarlos a través de una esmerada exploración inmediata. El enfermo no pocas veces no tiene conciencia del alcance de los síntomas y signos de su proceso por el que consulta. Igualmente tampoco se le puede pedir que evalúe el alcance de su sintomatología, más cuando es esencial conocer la interacción de su estado clínico con el trabajo que desarrolla habitualmente (binomio lesión/tarea).

Las dificultades abundan cuando al mismo tiempo la sintomatología en el curso de los días, después de la primera visita, se puede agravar, ocultar o enmascarar por efecto de la medicación, cosa distinta a que esté curado y en condiciones de reemprender su actividad. La *coletilla* “pronóstico leve salvo complicaciones (s/c)” no ha perdido valor en su uso, a la vez que no se puede olvidar que las consecuencias de cuando las cosas se complican y tuercen ha de asumirlas quien firma esa alta que el tiempo muestra como improcedente.

Es imprescindible, por todo esto, que **cuando se decreta el alta tal decisión se base en una exploración del facultativo ese mismo día**. En modo alguno se puede actuar en diferido basándose en un pronóstico que tantas veces en la práctica se comprueba que era incorrecto. Llegado el momento sobre la decisión tomada la responsabilidad recaerá única y exclusivamente sobre el médico que haya firmado esa alta.

Ya se sabe lo que puede venir después: diligencias informativas, expediente disciplinario...en su caso imputación penal además de las posibles demandas civiles. Los compañeros que han pasado por esa situación y “calvario” lo saben bien. Y los reproches del instructor siempre suenan igual. *!Pero hombre, pero hombre! Cómo no le hiciste esto y el otro y el más allá... o cómo no lo mandaste al hospital... En menudo lío te has metido.* (Hay que precisar el pronombre personal “te”. Y es que llegado el momento te dejan sólo y tirado). A veces “te mandan” a dos “interrogadores” a ver si te meten más miedo, cual si fueran “gorilas”. Todo ello promovido desde las instancias de un sistema que ha animan a que el galeno ayude a combatir el “fraude de tanto mangante”. (Pueden ver el artículo *Incapacidad Temporal. Incentivos a los médicos para su control.* [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com). 01/febrero/2011).

El médico ha de asegurarse con sólidos argumentos *técnicos* antes de tomar una decisión que pudiera girar penosas consecuencias para su paciente, y al mismo tiempo hipotecar / trincar su carrera profesional.

Ante tanta exigencia e insistencia, se podrá recurrir a diversas fórmulas, como la que entiende que *a la vista de la clínica y exploración actual del paciente, y dentro de una relación lesión/tarea, todavía no se disponen de criterios médicos suficientes para proceder a su alta para su incorporación laboral*. Y todo ello sin perjuicio de que la *superioridad jerárquica* de la que dependa el médico tome otra decisión. Pero tú, compañero, no. Imagínense eso que tan alegremente algunas califican como “simple lumbalgia mecánica”... Y en realidad hay una *aneurisma de aorta abdominal*... y el paciente al cabo de unos días muere repentinamente a causa de tal lesión... que además, luego, se ve muy bien en la autopsia... O una “cefalea de tensión” cuya causa verdadera está en una lesión cerebral...que por supuesto no se ha explorado debidamente. Los ejemplos son innumerables, con un valor exponencial ante la particularidad de cada paciente. Estas cosas pasan... Todavía lo saben mejor quienes ya tienen una dilatada trayectoria en el oficio.

En cuanto a las *pruebas diagnósticas* que pudieran venir por conducto de la Mutua, han de ser practicadas con toda garantía, poniéndolas siempre en relación con la situación clínica del paciente. Antes que nada decir que no es la calidad y la fiabilidad lo que impera en el trabajo de las Mutuas...

Hecha la reserva anterior, se corre el riesgo de que con una “batería” de pruebas realizadas desde la Mutua se pretenda abrumar al médico del sistema público, tanto que aún viendo que la situación clínica de su paciente no se corresponde con esos resultados instrumentales de “todo normal” el facultativo quizá no ve otra salida que dar el alta al mismo paciente, pero que en cualquier caso, si sucede algo, será el responsable. Es por eso que cuando así sea habrá que analizar con “lupa” las carencias y limitaciones de los estudios complementarios realizados. Y es que en el fondo la cuestión está en quién se va a “pringar” poniendo la firma para el alta de trabajador enfermo.

Entre las esas carencias de la asistencia médica prestada por las Mutuas a los trabajadores, hay que aprovechar la ocasión para advertir una vez más sobre el grave problema de las enfermedades profesionales, cuestión que ya viene de muy atrás. “Ocultamiento sistemático del origen profesional de muchas enfermedades por parte de las Mutuas” recalca recientemente la central sindical USO (Boletín de Salud Laboral, Agosto/2014). Especial preocupación constituye los *trastornos musculoesqueléticos* ligados al trabajo, *patología por hipersolicitación*, tantas veces calificados frívolamente como “reuma”, y más aún cuando tal patología es consecuencia de los movimientos repetitivos.

“La expresión de dolor: ... los primeros dolores padecidos por el asalariado conocen un devenir variable... puede consultar a su médico personal, pero este camino no garantiza una aproximación al origen profesional de su dolor... El reconocimiento de la enfermedad (profesional) es a menudo el final de un proceso largo solitario y de riesgo para el asalariado” (ANACT, *Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail*, Francia, 2006). Añádase algo que debe de tenerse muy en cuenta: “las mutuas valoraron un 35.1% de la IT (Incapacidad Temporal) erróneamente como contingencia común”, según indica el instituto Nacional de la Seguridad Social. (Diario Médico, 09.02.07). La cifra parece muy prudente. Habrá que hacer algo con esas mutuas, anticuadas y rancias”. Ref. *La incapacidad para el trabajo. valoración y calificación*. Apuntes, notas y comentarios. [www.peritajemedicoforense.com](http://www.peritajemedicoforense.com), abril/2007.

Parece poco pertinente que desde el gobierno digan que “el alta médica siempre la dará un médico en España”. La aclaración hay que leerla como que antes o después acabaran sacando su genuino carácter. *Excusatio non petita, accusatio manifesta*. Se sospecha que esto es tan sólo la primera parte de lo que tienen en cartera. Hay que imaginar lo que hay detrás de todo esto, o al menos considera su potencial peligro. De momento *sólo* piensan en que van a ahorrar “50 millones de euros anuales, y las empresas más de 3.000 millones” según sus cálculos. Se les ha olvidado poner precio a la vida y a la dignidad de las personas. O si. ¡Nada! “Las personas son organizadas por el sistema que las emplea, no según sus plenas facultades de seres humanos responsables, sino como tantos engranajes, palancas y sucesiones; no tiene importancia que su materia prima esté constituida de carne y sangre. O sea, es un elemento más de la máquina” (WIENER).

La **conclusión**, por las implicaciones que las medidas tomadas por el gobierno tienen a corto y a medio plazo, parece que *lo mejor* sería una *consulta directa* dirigida al colectivo amplio y plural de los trabajadores de nuestro país. La evacuación de tal trámite no debe de haber mayores dificultades, más cuando el art. 41 de la Constitución comulga con un “régimen público de Seguridad Social”. ¿Es malo preguntar?

03 /octubre/ /2014  
. © Miguel Rodríguez Jouvencel  
e-mail: [mrjouvencel@gmail.com](mailto:mrjouvencel@gmail.com)



