

sociedad

La Seguridad Social paga a los médicos para que den menos bajas

Destina 30 millones anuales a "racionalizar gastos" y frenar los abusos

ELENA G. SEVILLANO
Madrid

En la Seguridad Social no les gusta hablar de fraude en las bajas laborales por incapacidad temporal (IT). Prefieren llamarlo "abuso" o "uso indebido". Pero constatan que existe. Por eso están firmando con las comunidades autónomas convenios para "racionalizar" la gestión de estos procesos, que le cuestan al Estado entre 6.000 y 7.000 millones de euros anuales. Madrid y Cataluña han sido dos de las últimas comunidades en firmar esos convenios, por los cuales la Seguridad Social les entrega unas cantidades destinadas, entre otras cosas, a incentivar a los médicos que dan las bajas.

El objetivo, según el convenio específico firmado con Madrid, es "conseguir la reducción de los tiempos medios de duración" de las bajas. Los médicos madrileños están a punto de cobrar los primeros incentivos, que pueden llegar a los 1.754 euros si cumplen al cien por cien con los objetivos. La Seguridad Social ha destinado 4.750.000 euros a financiar el programa. El crédito se dedica a "incentivar" a los profesionales que participan en el programa: inspectores médicos, médicos de atención primaria y personal administrativo.

El convenio con Cataluña le saldrá a la Seguridad Social por 5,7 millones de euros. En total, en 2009, el Ministerio de Trabajo destinó 30 millones de euros a este tipo de convenios. Hasta ahora, y según una portavoz del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), se han firmado con Extremadura, Andalucía, La Rioja, Galicia, Asturias, Baleares, Canarias, Valencia, Madrid

y Cataluña. "Algunas comunidades, como Murcia y Aragón, no lo han suscrito porque no estaban preparadas para el programa de incentivos", explica M^a Dolores Santamaría, subdirectora general de Gestión de IT del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

El programa de reducción de bajas se centra en 14 patologías, las mismas en todas las comunidades autónomas, que según el

Un facultativo puede cobrar 1.700 euros si cumple los objetivos

Madrid y Cataluña han sido las últimas en adoptar el sistema

INSS son las que concentran el 30% de todas las incapacidades temporales. Son estos 14 diagnósticos los que se vigilan y controlan en el programa. También son los que permiten calcular a los servicios de salud autonómicos qué médicos han cumplido mejor los objetivos y, por tanto, qué cantidad económica les corresponde a modo de incentivo. Se trata de trastornos depresivos y neuróticos, tendinitis, esguinces y torceduras, problemas de espalda, etc.

La valoración incluye tanto el número de procesos como la suma de los días de baja laboral. "El incentivo económico para la comunidad autónoma vendrá relacionado directamente con la reducción en días de la presta-

ción", afirman los convenios con Madrid y Cataluña. La reducción se calcula comparando un periodo determinado con otro anterior "en condiciones de homogeneidad en cuanto a duración, fechas, número de afiliados, etc.", añaden. "Cada día disminuido se valora en 15,23 euros a favor de la comunidad autónoma".

Madrid empezará a pagar el incentivo a sus médicos de familia en la nómina de diciembre, según ha estado informando la Dirección General de Recursos Humanos a los gerentes de cada área sanitaria. Los médicos cobrarán en función de su porcentaje de cumplimiento. Si es del 100%, la cantidad llega a los 1.754 euros. Si es del 75%, 1.315 euros. Del 60%, 1.051 euros. Y así sucesivamente. Podrían no cobrar nada si no han reducido los días de baja. El cálculo se hace, según fuentes sanitarias, centro de salud a centro de salud. El médico que más haya reducido sus IT será considerado el que mejor haya conseguido los objetivos. Sus resultados serán el 100%, a partir del cual se irá calculando el porcentaje del resto de sus compañeros.

También el personal administrativo que participa en la gestión de las bajas cobrará incentivo, en este caso un fijo de 200 euros. En algunos centros de salud existen circuitos especiales para la IT en casos de bajas largas. En lugar de que el usuario pida visita con el médico cada semana para renovar su parte de confirmación, se dirige a la unidad administrativa, donde se lo resuelven sin cita previa.

A los médicos madrileños no les ha sentado nada bien la llegada del incentivo. La Sociedad Madrileña de Medicina de Fam-

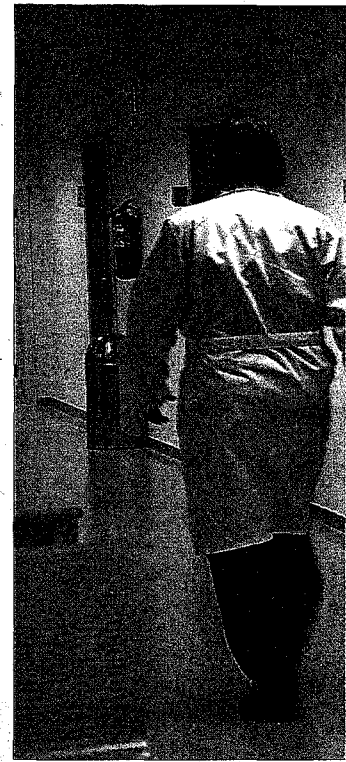
lia y Comunitaria (Somamfy) "rechaza las medidas de incentivos de la incapacidad temporal" por considerarlas "inútiles", según asegura en un comunicado. "Creo que es un disparate, que supone un agudamiento arbitrario que no mejorará la gestión de la IT", afirma su presidente, Paulino Cubero. El premio a los médicos que más hayan reducido los días de baja de sus pacientes ha sido objeto de

"Es un disparate", afirma el presidente de una sociedad científica

"Estamos obligados a controlar el gasto público", dice el INSS

discusiones en foros profesionales en internet. Todos se manifiestan en contra. "Una vergüenza más, una perversión más. Creo que pone en duda la ética profesional de los médicos. ¿Es que necesitamos un incentivo para atender lo mejor posible a nuestros pacientes? ¿Acaso se duda de la buena praxis?", se pregunta un médico de primaria.

"Los médicos se oponen porque no están bien informados", asegura la subdirectora general del INSS. "Estamos obligados a controlar el gasto público y lo que queremos es que la incapacidad temporal se use para lo que la ley establece y por quienes cumplen los requisitos. Lo que no queremos es que haya abu-



Centro de Radiología del Hospital Infanta Sofía en San Sebastián de los Reyes (Madrid). / ISAAC F. CALVO

sos", añade. Santamaría explica que hay comunidades, como Extremadura, que están teniendo "un magnífico comportamiento en IT". De ahí que, en ese caso, a los médicos se les pague "para que mantengan los ratios de IT, que son buenos". En el resto de comunidades, en cambio, el dinero sí se destina a reducir número y días de duración de las bajas. En Madrid, por ejemplo, las bajas "están disparadas", asegura.

El objetivo de la Seguridad Social es, según Santamaría, racio-

Los enfermeros ya pueden prescribir medicamentos

La medida agilizará la atención en primaria y urgencias

MARÍA R. SAHUQUILLO, Madrid

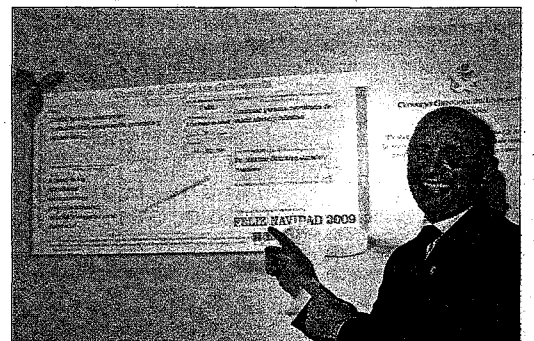
A partir de ahora, los enfermeros podrán "indicar, usar y autorizar" la dispensación de todos los medicamentos de venta sin receta. El Congreso de los Diputados aprobó ayer por unanimidad la modificación de la ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios para incluir la llamada prescripción enfermera. Fármacos como el ibuprofeno o productos sencillos como una gasa o un apósito que los pacientes usan regularmente podrán ser recetados también por las enfermeras. Algo que, en la práctica, se hacía en muchos casos pero

que no estaba recogida en la ley. La modificación de la normativa —que incluye también que los podólogos puedan recetar— termina así con una situación de "desamparo jurídico enorme para los más de 250.000 profesionales que trabajan en España", según el Consejo General de Enfermería. Además, servirá para reducir la carga asistencial de los médicos, sobre todo en atención primaria y urgencias.

Pero el cambio de la ley no queda sólo en que los enfermeros puedan prescribir un ibuprofeno, una venda o unos pañales. El Ministerio de Sanidad tiene un año para fijar con los colegios profesionales qué medicamentos que

necesitan receta médica podrán ser indicados también por los enfermeros y en qué condiciones. Además, para que estos sanitarios puedan dispensar fármacos y productos sanitarios en los hospitales o que éstos sean financiados por la sanidad pública, las comunidades deben elaborar una orden específica y redactar protocolos de actuación. En todas, excepto en Andalucía, donde la prescripción enfermera ya está autorizada.

Sin embargo, a pesar de que la modificación de la normativa se ha aprobado por unanimidad, no todos están de acuerdo. La prescripción enfermera reabre el clima de malestar entre médi-

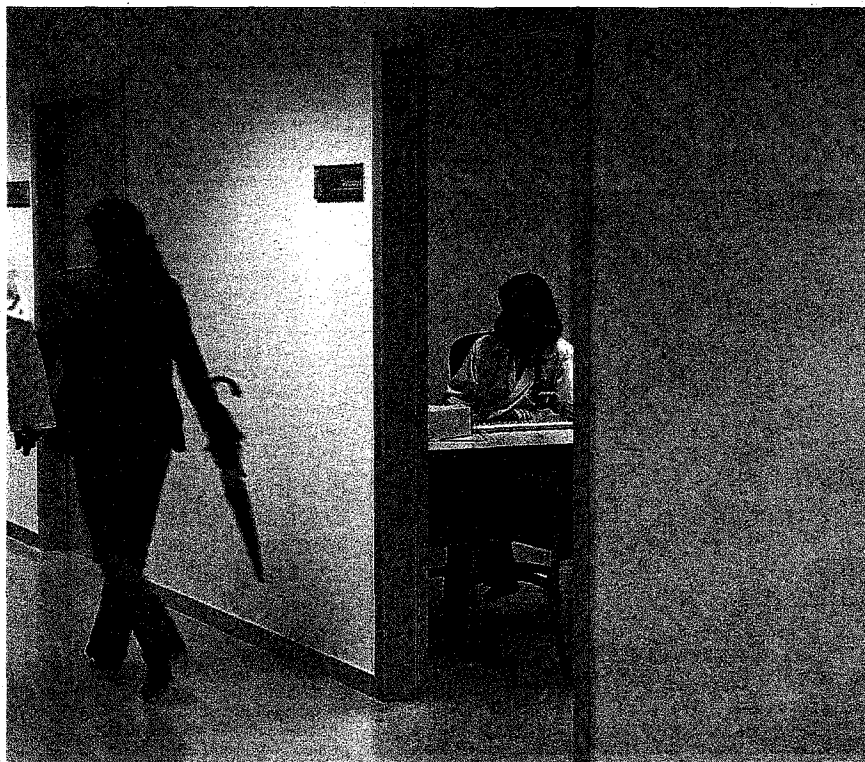


Máximo González Jurado, presidente del Consejo de Enfermería. / U. MARTÍN

cos y enfermeros. Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), tilda la nueva medida de "disparate". Se muestra preocupado y sostiene que la prescripción enfermera no deja claro cuáles son los límites de las nuevas competencias y puede causar dificultades a los pacientes.

"Nos parece peligroso para la salud de los enfermos. Aumenta el número de prescriptores y por consiguiente el peligro de la interacción entre los fármacos. Y hay muchos pacientes polimedificados", dice. La OMC, que ya ha recurrido el decreto andaluz, estudia ahora qué se puede hacer con el cambio de la ley.

sociedad



nalizar el gasto y homogeneizar. "¿Qué causa hay para que una misma patología dure siete veces más en una comunidad que en otra?", se pregunta. "Habría que analizar si es porque las pruebas diagnósticas tardan mucho o si las listas de espera para operarse son muy largas".

Los convenios incluyen también programas de formación para los médicos. "La IT tiene que usarse para lo que establece la ley. Por ejemplo, no debe darse una baja para paliar la falta de conciliación laboral de una mujer", explica Santamaría. De momento, los convenios ya firmados "están dando magníficos resultados", asegura. En 2010, la Seguridad Social les destinará otros 35 millones de euros.

Máximo González Jurado, presidente del Consejo General de Enfermería, explica que ya no hay debate que valga. "Ahora lo que debe preocuparnos es el desarrollo de la ley, y que éste se haga de la forma más armónica posible. El médico y la enfermera tienen que trabajar juntos y debe haber un clima de cooperación para el beneficio del paciente", dice. Los ciudadanos, sostiene, saldrán beneficiados con el cambio de normativa. "El sistema se acelerará y las enfermeras harán su trabajo con más garantías", añade Jurado. En Andalucía, por ejemplo, estos profesionales pueden recetar ya unos 90 fármacos no sujetos a prescripción y realizar el seguimiento los enfermos crónicos.

Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes, critica la discusión entre los profesionales y dice que este problema no debería haber sido regulado por ley, sino a través de protocolos. "No queremos que se traslade el problema a los pacientes", añade.

Equilibrismo médico

ANÁLISIS

Albert Jovell

Aunque el término quizá sea más apropiado para películas de espionaje, el concepto de doble agente aplica también al doble rol que tienen los médicos como defensores al unísono de los intereses del paciente y de la sociedad. La defensa de estos dos intereses, que podrían extenderse a la condición de triple agente si incluimos los del propio médico, es fácil de asumir si las posiciones coinciden y puede resultar de difícil resolución si entran en conflicto. Esta última situación puede convertir a los médicos en verdaderos equilibristas al tener que decidir entre la defensa del interés individual y el de la colectividad. Y si se produce esa situación: ¿A quién debe obedecer el médico?

La pregunta, no exenta de consideraciones morales, no es fácil de responder. En primer lugar, porque no queda claro en todas las circunstancias quién es el legítimo representante de la colectividad. En segundo lugar, porque los médicos pueden ser incentivados de forma perversa a favorecer formas específicas de actuar. Y, en tercer lugar, porque en la actualidad sigue vigente el contrato social implícito entre médicos y pacientes por el cual los primeros defienden los intereses de los segundos sin que ello admita interferencias de terceras partes. Sin embargo, las bases de ese contrato social deben ser revisadas incluyendo a las Autoridades Sanitarias, que son los empleadores de los médicos en

el sector público, pero también a las asociaciones de pacientes, que representan al colectivo de afectados; los colegios profesionales y las sociedades científicas.

La respuesta a la pregunta anterior es que el médico debe honrar el contrato social que le obliga a respetar la autonomía del paciente y ayudarlo a tomar aquella decisión que mejor defiende su salud y bienestar. En el caso de que el médico se sienta coaccionado a tomar decisiones que van en contra del paciente o le puedan perjudicar tiene que comunicárselo al interesado y ponerlo en conoci-

Si hay conflicto debe prevalecer la correcta atención al paciente

miento de los colegios profesionales y del comité de ética asistencial de su institución. Finalmente, cabe recordar que el ejercicio de la medicina se hace desde una posición de triple asimetría: conocimiento, experiencia y vulnerabilidad; entre, el médico y el paciente por la cual el paciente se ve obligado a confiar de forma ciega en su médico. Esa confianza constituye la red de seguridad de los médicos cuando están tomando decisiones encima de un trapecio. A veces, mantener el equilibrio puede ser una virtud profesional.

Albert Jovell es presidente del Foro Español de Pacientes.

Un vino a la altura del prestigio de su tierra de origen: Ribera del Duero. A la altura del paladar más exquisito. Déjate seducir por un vino superior. *Súbete a lo más alto.*

PAGOS DEL REY
www.pagosdelrey.com