

Asociación El Defensor del Paciente  
C/ Carlos Domingo Nº 5 - C.P. 28047 Madrid  
Fax: 91 465 33 22  
[www.negligenciasmedicas.com](http://www.negligenciasmedicas.com)  
[defensorpaciente@telefonica.net](mailto:defensorpaciente@telefonica.net)  
Madrid 10 de Noviembre 2015

Atte. De D. Fernando Suanzes , Fiscal Jefe de Galicia,

Muy Sr. nuestro:

Nos ponemos en contacto con Vd. para solicitar de su intervención en el caso que le adjuntamos y que trata de algo que nos han hecho llegar y que nos parece sumamente grave , por las razones siguientes: la falta de atención puede generar la muerte de un ser humano pequeño o mayor, por enfermedades contagiosas no detectadas que puedan crear un contagio masivo y sobre todo por la denegación de asistencia a seres humanos que no deben ser ilegales para esta cuestión y fundamentalmente en un país que tiene "o tenia" sanidad Universal recogida en la Constitución .

La petición de intervención es para evitar lo apuntado y le recordamos que los refugiados con todo derecho son atendidos con dignidad y estos deben serlo también.

En fin pedirle encarecidamente su intervención para "salvar" vidas y que la falta de atención no cueste más caro que la propia atención sanitaria.

Solicitamos le solicitamos encarecidamente tome en consideración esta petición.

Atentamente, Carmen Flores (presidenta)

Noticia:

"Es una locura", "no estamos preparados", "nadie nos ha preguntado". Son algunas de las frases que los médicos de Atención Primaria exclaman cuando hablan de la nueva norma que el Ministerio de Empleo ha aprobado para regular las bajas médicas y que, si no lo remedia nadie, entrará completamente en vigor el próximo 1 de diciembre. Fecha que piden retrasar tanto los médicos de familia como los de urgencias y los inspectores de Sanidad, alegando que **el sistema no está preparado** y que se colapsará con el nuevo Real Decreto (RD).

La normativa por la que los trabajadores se acogen a una incapacidad temporal (IT) -más conocida como baja médica- está a sólo unas semanas de cambiar por completo. Aunque en su momento pasó desapercibido, el pasado mes de julio, el Ministerio de Empleo aprobó un RD por el que se regulan aspectos sustanciales de esta prestación. Aunque varios de sus puntos ya han entrado en vigor, será el próximo 1 de diciembre cuando comiencen a aplicarse el grueso de las medidas.

Sin embargo, los médicos de familia, representados en el Foro de Atención Primaria, **han pedido en varias ocasiones al Gobierno la paralización de esta reforma**, al menos hasta que el sistema esté listo para asumir los cambios que introduce. Pero no son los únicos descontentos con el texto resultante: los inspectores de Sanidad tampoco están satisfechos, mientras que las Mutuas de trabajo, por el contrario, sí que ven con buenos ojos la nueva norma. También la defiende, evidentemente, su responsable, el ministro de Empleo. Desde este departamento explican a EL MUNDO que su objetivo es "hacer **un sistema más cómodo para el usuario** y los servicios públicos de salud".

## Cuatro tipos de bajas

Entre los cambios que se prevén, está que el médico tendrá que **determinar desde el primer día cuánto va a durar una baja**. Porque el Decreto agrupa ahora todas las IT en cuatro tipos, en función de la dolencia del paciente y del tiempo que el facultativo estime oportuno que deberá quedarse en casa.

También cambia la frecuencia con la que el trabajador debe acudir a su médico de cabecera para que le renueve la baja. Hasta ahora, debía acudir a consulta una vez a la semana, pero a partir del 1 de diciembre, esto será distinto. Si la baja es de **cinco días naturales o menos**, el paciente no tiene que acudir a renovar su baja en ningún momento, puesto que el parte de alta y baja se realizará en el mismo acto médico. Cuando la baja oscile entre los **cinco y 30 días**, el primer parte de confirmación se realizará a los siete días, y los siguientes, cada dos semanas. Para los enfermos cuyo médico establezca una baja **entre los 30 y 60 días naturales**, el primer parte será los siete días, y los siguientes, cada 28. Y por último, para las bajas de **61 días o más**, el primero se renovará a los 14 días y los posteriores, cada 35.

Se agilizan, pues, los trámites, porque en el caso de que la persona esté de baja más de cinco días, ya **no tendrá que acudir al médico cada semana**. Sin embargo, los médicos de familia advierten de que el sistema no está preparado para que la nueva rutina entre en vigor en apenas dos semanas. "Va a ser incumplible", señala Francisco José Sáez, vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y coordinador del Grupo de IT del Foro de Médicos de Atención Primaria, quien señala que "por el momento, **ninguna Comunidad Autónoma (CCAA) tiene los nuevos partes de baja**: sólo están publicados en el BOE".

Este médico explica que "en ninguna CCAA se ha desarrollado el procedimiento para que el RD pueda entrar en vigor". "En el futuro, cuando todo esto se desarrolle, sí que será mejor que la anterior norma, pero, por ahora, estamos pidiendo la paralización porque, a fecha de hoy, es imposible que se pueda empezar a cumplir el 1 de diciembre", explica Sáez en conversación con EL MUNDO.

La burocracia también cambia para las personas ingresadas en un hospital. Ahora el centro da un documento en el que se acredita su situación y, con ese papel, un familiar se dirige al médico de familia para que le dé la baja. "Pero en ese documento no se dice qué le pasa al paciente. No sé si está ingresado por una apendicitis o por un cáncer", explica Sáez.

Sin embargo, a partir de diciembre, esa información sí que será necesaria, porque en función del diagnóstico, el tipo de baja será una u otra. Sin embargo, según apunta Sáez, el desarrollo de esta medida tampoco está contemplado: "Algo tan sencillo como que exista una comunicación estable con el hospital para

saber qué le pasa al trabajador no se ha establecido", dice. José María Morán, médico inspector y Vicepresidente de la Federación de Asociaciones de Inspección de Servicios Sanitarios (FAISS), se expresa en la misma línea: "Ni nuestros programas informáticos ni los de ningún médico de Atención Primaria se han adaptado en ninguna CCAA para poder aplicar esta norma".

Semejante descontrol se niega desde el Ministerio de Empleo: "**No tenemos constancia de que haya problemas**", aseguran. El Ministerio de Sanidad, por su parte, recalca que este asunto está en manos de la cartera de Empleo y que, en cualquier caso, las competencias de política sanitaria están transferidas a las CCAA. Los médicos aseguran que Empleo "no les reconoce como interlocutores", mientras que desde Empleo señalan que "han tenido en cuenta a todas las partes implicadas". Un cruce de acusaciones donde nadie parece ponerse de acuerdo.

Con el número de su Clasificación Nacional de Ocupación aprendido. Así es como va a tener que acudir al médico el trabajador cuando solicite una baja. Desde el 1 de diciembre, "el **código nacional de ocupación pasa a ser un requisito obligatorio** para dar la baja", cuenta Sáez. Hasta ahora, "le preguntábamos a los pacientes en qué trabajaban y, en función de eso, decidíamos si debíamos darle la baja o no, pero ahora, si el paciente no conoce su código, no podremos darle la baja".

## **Da la baja quien hace el reconocimiento**

Además, la baja, advierten los médicos de familia, ahora deberá ser emitida no por ellos sino por el médico que haya atendido al paciente, que puede ser el de Urgencias. Porque, el RD 625/2014 recoge literalmente que "la declaración de baja médica, en los procesos de incapacidad temporal, cualquiera que sea la contingencia determinante, se formulará en el correspondiente parte médico de baja expedido por el médico del servicio público de salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado".

De esta forma, la IT debería darla quien reconozca al paciente, que es, en muchísimos casos, un médico de urgencias hospitalarias. "Nosotros, como médicos de cabecera, hacíamos hasta ahora una interpretación de lo que al paciente le habían dicho en el hospital y le dábamos la baja, pero esto ahora quedaría derogado", señala Sáez.

Desde la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) admiten que no estaban al tanto de este cambio que les atribuiría nuevas funciones, y se quejan de que nadie "les haya preguntado" a la hora de redactar el RD. Juan González, presidente de SEMES, explica que la norma **ha sido "muy mal acogida por las CCAA"**, y asegura que "si esto se va a tener que hacer sí o sí, va a haber problemas".

Según explica González, en realidad, "la idea de que se de la baja en Urgencias, en vez de que el enfermo tenga que ir dando vueltas de un lado a otro pidiendo su baja, está bien, pero el problema es que todo esto no está automatizado". "Si yo le asignase a un paciente en Urgencias un diagnóstico directamente, y después él se fuera a la ventanilla, y ahí el dieran la baja firmada por el médico responsable de ese día, sería perfecto. El problema es que no creo que eso vaya a funcionar así", relata el presidente de SEMES, quien recuerda que Urgencias es un servicio "con una actividad clínica enorme" y donde "ni siquiera hay una tabla de códigos de diagnósticos implementada".

Portavoces del Ministerio de Empleo llaman a la calma y señalan que se está haciendo una **"interpretación" errónea** de esta parte de la norma. "Una cosa es quién reconoce y otra quién atiende", apuntan, pero sin aclarar mucho más.

Interpretación o no, lo cierto es que la norma no está 100% clara, y el Foro de Atención Primaria ya ha mandado un aviso, solicitando a los médicos que sean **"absolutamente estrictos en el cumplimiento del RD"**, lo que supone que "sólo asumirían la IT en aquellas patologías cuyo diagnóstico y seguimiento realicen directamente". "Vamos a cumplir rigurosamente la ley, aunque somos conscientes de que esto va a generar problemas a nuestros pacientes", señala Sáez, quien explica que se van a distribuir unas hojas informativas para dejar claro "que si no damos una baja no es porque no queramos, sino porque no podemos".

## Las mutuas ganan poder

El tema de las mutuas ha sido otra de las grandes batallas de este RD. Con la norma, según cree el vicepresidente de FAISS, "se ha puesto al mando de todo el sistema de IT a las mutuas, que no son más que asociaciones de empresarios". Esta federación afirma que la nueva ley deja a los inspectores "sometidos a la censura de las mutuas en su gestión de la IT". Se trata de una opinión compartida por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), cuyo presidente, Manuel Martín, considera que el RD "refuerza el papel de las mutuas, que son empresas al servicio de las patronales".

En algún borrador de la norma se planteó la posibilidad de que los médicos de las mutuas pudieran realizar propuestas de alta por contingencia común [esto es, por una enfermedad no laboral] que, si no eran respondidas en un plazo de cinco días por los médicos del sistema público, obligaría al trabajador a reincorporarse inmediatamente a su puesto.

No obstante, el texto definitivo ha suavizado este punto, matizando que si las propuestas de alta no son respondidas, **la inspección médica "podrá acordar el alta médica, efectiva e inmediata"**. De esta forma, señalan desde el Ministerio, "siempre tiene la última palabra un médico del sistema público". Sin embargo, desde FAISS consideran que "en cinco días, es imposible responder una propuesta de alta, es un *aquí te pillo aquí te mato*".

"Los inspectores no somos la correa de transmisión de una decisión apresurada, y no vamos a dar de alta a un paciente sin verlo", señala Morán, quien recuerda que cuando a un inspector le llega una propuesta de alta de una mutua, éste tiene que "enviarla a su médico de cabecera, para que llame al paciente, y si lo localiza a tiempo, razonar, en el caso de que discrepe con la Mutua, por qué mantiene a la persona de baja". Todo esto, hasta ahora, se determinaba en un plazo de 15 días, pero la nueva norma acorta este período a cinco. "Se han puesto los plazos cortos para forzar una respuesta, **es una coacción temporal**", opina Morán, quien puntualiza que, en la actualidad, esta medida, que ya está en vigor, se está incumpliendo, porque "el plazo no es realista".

Por su parte, desde la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT), el director de su departamento jurídico, José Antonio Meneses, explica a EL MUNDO que **la valoración que hacen las mutuas de este RD es "positiva"**, aunque no haya ido tan lejos como a ellos, en un principio, les hubiera gustado. Su reivindicación original era que los médicos de las mutuas, "como especialistas en el ámbito laboral que son", pudieran dar de alta a los pacientes por

contingencia común sin pasar por el médico de cabecera. "Es lo que venimos haciendo desde hace años con la contingencia profesional sin ningún tipo de controversia", apunta Meneses, al tiempo que asegura que las Mutuas **"no quieren dar altas prematuras"** pero sí "evitar abusos indebidos de las IT".

Igualmente, en la nueva Ley de Mutuas que acompaña al RD, se establece que estas entidades "podrán realizar pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos y rehabilitadores [al paciente que está de baja], con la finalidad de evitar la prolongación innecesaria [de la IT]". Esto supone que la mutua podrá *adelantar* a un paciente que está de baja esa rehabilitación o ese TAC que necesita hacerse pero que, por las listas de espera, se está demorando. Más tarde, facturaría el coste de estas prestaciones al Sistema Nacional de Salud.

En opinión de Morán, esta medida, en teoría, sería positiva "porque el paciente recibe una asistencia más pronta y la mutua tiene a su trabajador menos tiempo de baja". Sin embargo, de facto, "es sumamente preocupante, porque significa, en realidad, que la persona que está de baja **tiene una vía prioritaria a los servicios del sistema** que el resto de contribuyentes", considera Morán, que interpreta que estar de baja podría ser una forma de sortear las listas de espera de la Sanidad Pública.

## Más burocracia

La idea de cambiar la legislación, según explica el Gobierno, vino motivada por el deseo de "agilizar los trámites, ahorrar costes burocráticos y reducir el número de partes". Sin embargo, los médicos de familia discrepan con esta visión y creen que, en realidad, **el efecto podría ser contraproducente**. "Al final, para curarnos en salud, los médicos acabaremos dando bajas largas a todos", apunta Sáez.

Otra de las quejas de los médicos es la exigencia de presentar unos **informes complementarios** que acompañen a ese segundo parte de confirmación de la baja, y que se irían actualizando, necesariamente, con cada dos partes de confirmación. En ellos, el facultativo deberá explicar "las dolencias padecidas por el trabajador, el tratamiento médico prescrito, las pruebas médicas en su caso realizadas, la evolución de las dolencias y su incidencia sobre la capacidad funcional del interesado".

Desde el Foro de Atención Primaria creen que este sistema establece "una burocracia basada en la **desconfianza al profesional**", y consideran que los partes de confirmación de baja ya son una justificación suficiente de que el paciente continúa enfermo. Por su parte, en la FADSP apuntan que el RD también "establece una desconfianza en el trabajador, al que se le presupone un ansia de defraudar, y atenta contra el papel que de coordinación de un servicio de atención integral que hasta ahora tenían los médicos de familia".

Así las cosas, desde el Foro de Atención Primaria consideran que la entrada en vigor de lo que todavía no se está aplicando de este RD generará "un conflicto entre profesionales", pero recuerdan que **son ellos quienes tienen enfrente al paciente**, y por tanto, quienes más perjudicados pueden resultar: "Estamos lanzando un grito desesperado de que esto no puede empezar a cumplirse el 1 de diciembre. Si alguien llega con una necesidad médica y quiere pedir una baja pero tú no puedes dársela, puede que haya problemas", dice Sáez, que resume esta situación como "absurda".