

LA EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE RACIONALIZACIÓN Y MEJORA DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL.

Javier Rico Callado. Evaluador Especializado. Agencia Estatal de Evaluación de Políticas Públicas y Calidad de los Servicios.

I.- Introducción

El control de la actividad de los poderes públicos puede ser abordado desde múltiples perspectivas. A la tradicional función fiscalizadora, relativa a la regularidad contable y la legalidad en la actuación llevada a cabo por los Tribunales de Cuentas, se han unido desde hace tiempo otras herramientas, instrumentos y metodologías de rendición de cuentas. No sólo eso. Existe el convencimiento en el seno de distintos organismos e instituciones, en que el análisis de la actuación pública, para ser efectivo, debe versar también en torno a la economía, la eficacia y la eficiencia en la gestión.

Es, en este ámbito, donde alcanza plena relevancia la evaluación de programas y políticas públicas, que presenta una serie de singularidades. Una de ellas es el propio objeto, que puede ser bien un programa o programas concretos, o un sector de política pública, las más de las veces con contornos difusos y no plenamente identificados. Toda vez que las más de las veces se trata de objetos complejos, transversales y multinivel, resulta esencial ampliar la perspectiva de análisis, y abordar la evaluación de las intervenciones con un carácter integral, y considerar la necesaria complementariedad de la acción pública.

Otra característica determinante de la evaluación de sectores de políticas es la correcta identificación del problema. ¿Se ha identificado correctamente el problema que motiva la intervención y en qué términos? ¿Constituye la intervención el mejor medio para resolverlo? Elementos que deben indagarse a través del criterio de pertinencia.

Finalmente es consustancial considerar el contexto donde actuará la intervención. Dicho contexto no sólo debe condicionar el diseño de una política pública, sino que resulta determinante en los resultados. Que no son sino los efectos de esa intervención en interacción con los sistemas en toda su amplitud. Focalizar una evaluación con un criterio puramente utilitarista (qué resultados se consiguen, o cuáles son exclusivamente atribuibles a la intervención) es desconocer la complejidad y riqueza del campo en el que se desenvuelven las intervenciones y, como correlato, las propias evaluaciones. Es el consabido problema de la “caja negra” (Harré, 1972), de qué funciona (intervención) y por qué funciona.

II.- La complejidad de las intervenciones: la evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la Incapacidad Temporal. Enfoque y metodología de evaluación

Pero, ¿Cómo acometer y poner en práctica los asertos anteriores en relación a la evaluación de políticas públicas? A continuación se presentará, de modo sucinto, el enfoque de evaluación seguido en la evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la Incapacidad Temporal, que se centró en las contingencias comunes (ITcc).

La prestación de incapacidad temporal (IT) es una de los mecanismos de cobertura del Sistema de Seguridad Español de Seguridad Social, que tiene por objeto la protección del trabajador, mientras se encuentre impedido para el trabajo. Constituye uno de los mecanismos más sustantivos de nuestro sistema protector contributivo. Desde el punto de vista económico, el gasto representó el 0,7% del PIB del año 2008. Dicho gasto no dejó de crecer tanto en términos absolutos como porcentuales a lo largo de la década de los años dos mil, siendo del orden del 11,5% durante el período 2000-2004.

La dimensión del gasto no sólo está presente en las cifras de gasto público, sino también entre los objetivos estratégicos de la Seguridad Social. El Pacto de

Toledo de 1995, renovado posteriormente en 2003, fijaba como los dos objetivos de la acción pública en esta materia la mejora del control de la prestación con el fin de evitar los posibles fraudes, y la necesidad de reforzar las medidas de coordinación entre las entidades responsables del pago del subsidio de la incapacidad temporal y los servicios públicos de salud.

El incremento del gasto motivó que durante todo ese período se introdujesen numerosos cambios normativos y de gestión, con el objeto de contener el gasto y mejorar la gestión.

Así, de las distintas reformas legislativas de aplicación general aprobadas, cabe destacar, por parte de la Seguridad Social, la asunción por la Administración General del Estado (AGE) de la competencia en los procesos de baja con una duración superior a los doce meses, que hasta ese momento habían correspondido a los Servicios Públicos de Salud.

Entre el conjunto de programas existentes, destacaban dos: el “Programa de ahorro en incapacidad temporal” desarrollado mediante convenios durante el período 2006-2008 y los “Programas piloto relativos al estudio del comportamiento de los procesos de incapacidad temporal para ciertas patologías”. Dado que las CCAA habían asumido las competencias sanitarias en materia de la Seguridad Social, era el único medio del que disponía la AGE para lograr una serie de objetivos. Éstos consistían básicamente en cubrir necesidades de información, y a la vez reducir la incidencia y duración de las bajas, particularmente en una serie de patologías más frecuentes. A cambio, se proporcionaban recursos económicos en función del grado de consecución de los objetivos.

Finalmente se llevó a cabo una remodelación organizativa para cumplir con las nuevas competencias asignadas. Los recursos personales destinados a la inspección de los procesos de baja se incrementaron notablemente.

La prestación de IT y el ámbito en el que actúa es complejo y extenso. La prestación de IT incide en dos sectores de política pública: el de Seguridad Social y en el de sanidad. El trabajador percibe un subsidio económico mientras se

encuentre impedido para el trabajo, que actúa como mecanismo sustitutivo de rentas, y cuyo pago corresponde bien a la Seguridad Social a través del INSS, bien a través de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS). Pero al mismo tiempo la prestación sanitaria en especie tiene una gran importancia, de tal modo que en la IT, y particularmente en el alargamiento o acortamiento de las bajas, inciden los elementos positivos y negativos de la gestión sanitaria. Se hace imprescindible, por tanto, incorporar la dimensión sanitaria a la evaluación.

Otro elemento que dificulta la evaluación es que la prestación es de naturaleza compleja. A la doble dimensión prestacional (sanitaria y económica) de la IT se añade que ésta, a su vez, se descompone en dos institutos protectores, la ITcp y la ITcc, en función del origen del hecho causante (laboral o no laboral). Como se veía anteriormente, intervienen actores cuasi-públicos, como son las MATEPSS. Éstas últimas han ido ganando progresivamente mayor protagonismo en la gestión de la IT, ampliando sus atribuciones a partir de 1994, fundamentalmente porque se consideraba que su gestión era más eficaz y eficiente.

Pero además interactúan diversos niveles de administración: la AGE y la administración autonómica, quienes han ido asumiendo las competencias sanitarias de la Seguridad Social en la década de los años noventa y principios de los años dos mil. Se alude comúnmente a la posible existencia de desincentivos en la gestión, provocados porque la entidad que reconoce el derecho a la IT (los departamentos de sanidad de las Comunidades Autónomas) no asume el pago del subsidio económico.

Todos estos elementos condicionan las posibles mejoras en la gestión y racionalización de la prestación, y, consiguientemente, deben tener cabida en la evaluación.

A todo lo anterior cabe añadir las posibles interacciones entre los distintos institutos protectores. No ya sólo entre la ITcc e ITcp, sino que también entran en juego la incapacidad permanente (IP), la prestación de maternidad o la utilización de la ITcc como espacio refugio frente a la posible desprotección ante situaciones

de necesidad, tales como las situaciones de dependencia o el cuidado de niños, que demandan una cobertura específica.

Desde el punto de vista del método y enfoque de evaluación surgen la cuestión de qué evaluar y cómo hacerlo. Una posibilidad hubiese sido centrar la evaluación en la dimensión económica del gasto, que es una de las que mayor interés suscita. Y de este modo analizar tanto a nivel macro y micro, los efectos que las medidas adoptadas han tenido sobre el gasto. O bien centrar el análisis en el/los programas de mayor interés o importancia aprobados, evaluar su implementación y constatar sus resultados. Otra posibilidad hubiese sido realizar una evaluación de impacto sobre alguno de los programas y comprobar su incidencia sobre los indicadores fundamentales de las bajas laborales: la duración y la incidencia.

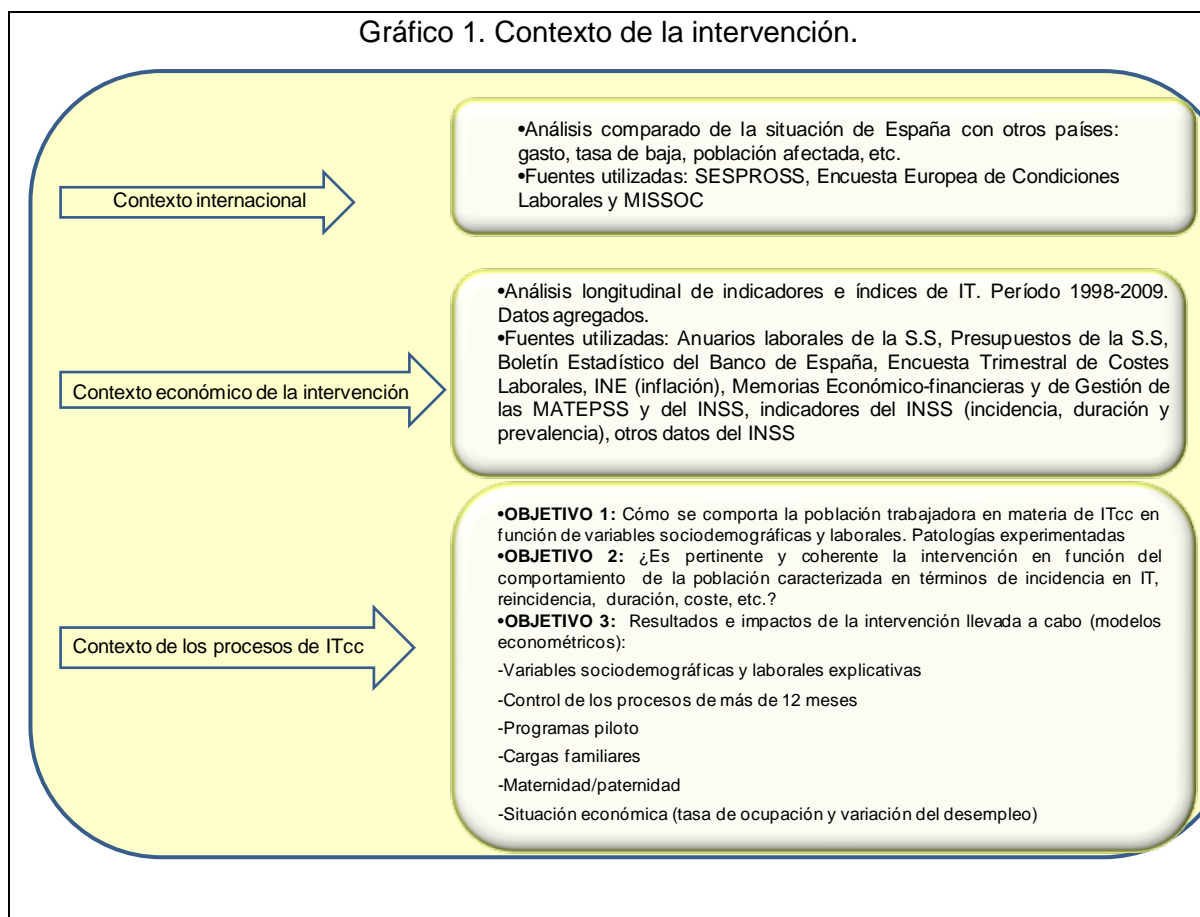
En todo caso, cualquiera de estas opciones hubiese acotado y restringido en exceso la evaluación de los espacios en los que actúa la prestación de IT y las posibles mejoras en la gestión y racionalización del gasto.

Como puede observarse, el objeto, contexto y enfoque de evaluación y el alcance potencial perfilan un ámbito a analizar extenso. La complejidad de la materia requería un análisis multidimensional. Tan sólo de este modo resulta posible identificar los elementos fundamentales para racionalizar y mejorar la gestión de la ITcc. De ahí que en la evaluación se integrasen diferentes perspectivas: la económico-presupuestaria y de gasto, la sanitaria, la complementariedad y coordinación de las diferentes intervenciones en el espacio de la ITcc y las interacciones de los institutos protectores, entre otras.

Pero, ¿Cuál es el contexto en el que se produce la intervención? ¿Realmente se ha identificado correctamente el problema? El paso previo consiste en identificar correctamente el ámbito donde actúan las intervenciones. Por ello se analizó con detalle el contexto internacional, el contexto económico, y el contexto de los procesos de ITcc.

Lo determinante son cuáles son los factores del gasto y la etiología de la ITcc. Esto es, el ámbito laboral, social y económico y sanitario en el que se

desenvuelve la intervención, como elemento contextual primordial para determinar no sólo si las medidas responden a una correcta identificación del problema (criterio de pertinencia), sino también si son relevantes en cuanto a la racionalización y mejora de la gestión de la prestación; la coherencia de los objetivos planteados con el conjunto de medidas diseñadas e implementadas; cómo se han implementado los instrumentos en el contexto competencial y la coordinación entre los distintos agentes y administraciones intervinientes. El gráfico 3 detalla algunas de las dimensiones analizadas, en base a técnicas cuantitativas.



III.- Algunas de las conclusiones de la evaluación.

La comparación de España con otros países permitió constatar que en términos generales la realidad en materia de IT no presentaba un perfil preocupante en

cuanto a gasto, duración o incidencia. En términos generales tenía un comportamiento congruente con otros estudios analizados, donde la mayor duración de la incidencia y la duración están intrínsecamente relacionados con la generosidad de los sistemas de Seguridad Social.

Se hizo un profuso empleo de indicadores e índices relativos a duración, incidencia y gasto, muchos de los cuales fueron construidos *ad hoc* para la evaluación. De las conclusiones de interés que se extrajeron destaca que el incremento porcentual de gasto experimentado era sustancialmente menor si se consideraba tanto la inflación (incrementos salariales) como la población protegida, que repercutían igualmente en mayores ingresos para el sistema, a través de las cotizaciones sociales.

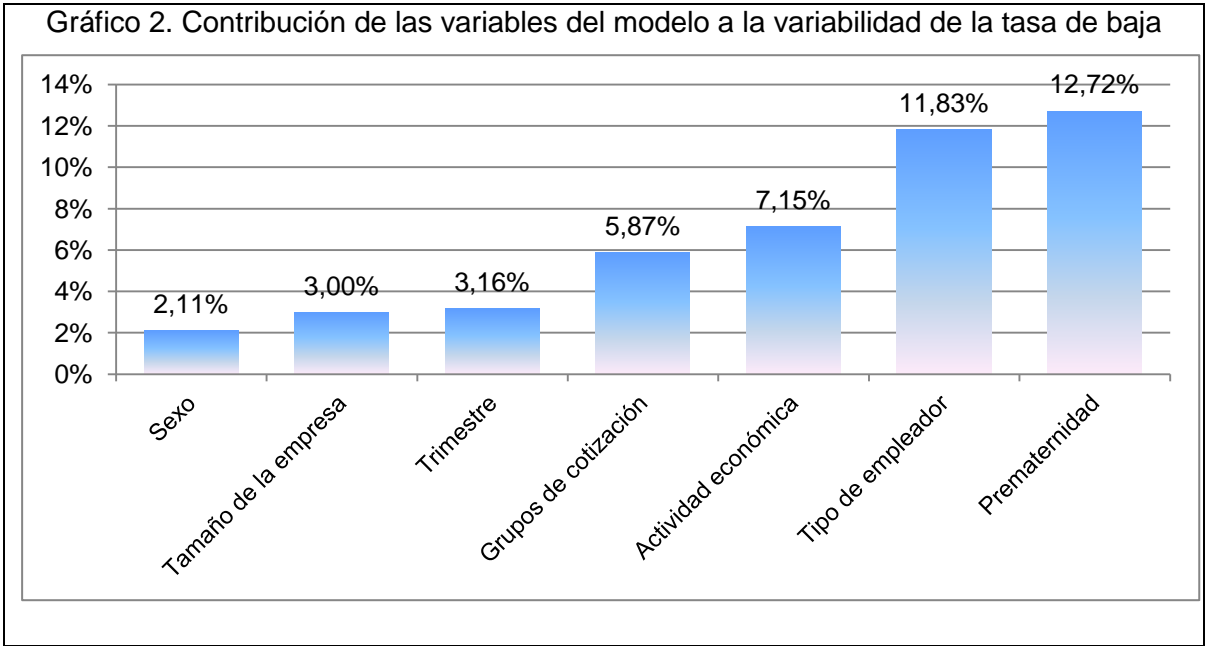
Uno de los análisis de mayor interés fue el realizado con técnicas de análisis multivariantes, a partir de microdatos de procesos de baja. Para ello se empleó la Muestra Continua de Vidas Laborales de 2009, compuesta de microdatos de la vida personal y laboral de un millón doscientos mil trabajadores y cruzada con todos los partes de baja volcados en el sistema RED abiertos y cerrados en el período 2006-2008. Ello permitió identificar 486.500 partes de baja, 45.540 procesos de maternidad/paternidad y 5.109 actividades de inspección.

De este modo se contó con la posibilidad de realizar un diagnóstico muy detallado de en qué condiciones se sitúa la población en baja laboral, cuál es el coste de esas bajas, su duración, y cuáles son los factores o variables que la explican.

Desde el punto de vista de las técnicas empleadas, con los datos manejados se estimó la probabilidad de que un trabajador experimentase procesos de ITcc, a través de una regresión logística, así como su reincidencia. Igualmente se analizó la duración con un modelo de regresión lineal múltiple. Mediante estadística descriptiva se constató, entre otros aspectos, el coste de los procesos, los tramos de duración y la población cubierta por las MATEPSS y la Seguridad Social. También se emplearon técnicas de segmentación, en concreto CHAID para determinar la incidencia y reincidencia y AID en el coste y la duración de los procesos.

Como resultado del análisis se constató que la problemática de la ITcc se circunscribía a un volumen limitado de población trabajadora, a un predominio de bajas de corta duración y a un gasto concentrado en la bajas de larga duración.

En cuanto a las causas explicativas de la tasa de baja, la variable que mayor efecto marginal presentó es la prematernidad, con un 12,7%. Su inclusión en el modelo provocó que las diferencias atribuidas al sexo fuesen tan sólo del 2%. En segundo lugar, las bajas se explican por el tipo de empleador. Los empleados públicos tuvieron una tasa de baja superior a los empleados de las sociedades limitadas. Por el contrario los trabajadores cuyos empleadores son personas físicas tienen una tasa de baja alrededor en dos puntos porcentuales inferior a las S.L.



La incidencia o la duración de las bajas no se ven condicionadas por el ente gestor de la prestación (MATEPSS o INSS), por lo que no cabe afirmar que ninguno de ellos presente ventajas en términos de eficacia en cuanto a estos indicadores.

La disponibilidad de datos y el enfoque de evaluación, permitió, además, comprobar si alguna de las intervenciones analizadas (programas y asunción de la competencia de procesos con duración superior a los doce meses), contribuían a explicar parte de los resultados en términos de duración. Ello fue posible

mediante su inclusión como variables dummies en el modelo construido. Así, por ejemplo, se constató que en aquellas provincias que venían aplicando el control con anterioridad a 2008 la duración de las bajas era un 86% menor que aquellas otras que lo comenzaron a implantar dicho año.

También se analizó en qué términos se llevaban a cabo las inspecciones, cómo finalizaban y qué sucedía con posterioridad con aquellos trabajadores que experimentaban controles. Así, en el caso concreto de las inspecciones llevadas a cabo por el INSS, el 80% concluyeron con la continuidad de la ITcc. El 20% de las citaciones se resolvieron con altas previas, y en torno a un 20% de las inspecciones culminaron en propuestas e intenciones de alta, que pudieron ser o no atendidas por los SPS. Las altas previas no deben equipararse automáticamente con situaciones de fraude. Igualmente se constató que una parte importante de las altas se referían a procesos que en realidad correspondían a procesos de IP.

En los controles efectuados por el INSS sobre procesos con duración superior a los 12 meses, el análisis con microdatos mostró que en determinadas patologías se produjo un mayor porcentaje de altas. Pero especialmente destacó el hecho de que cuando la baja anterior finalizó con un alta médica, el 20% de los trabajadores volvió a encontrarse de baja en un período de entre uno y doce días. Este porcentaje se elevó hasta el 35% en el período comprendido entre el día siguiente al alta y el mes y medio. Hasta el 50% de los individuos estaban de baja en el período de tres meses posterior al alta con la que finalizó el procedimiento anterior.

La intervención se centró fundamentalmente en el ejercicio de las competencias propias de la Seguridad Social: el pago del subsidio económico y el control de los usos indebidos en la prestación de IT. No obstante, no se articularon medidas para resolver una parte fundamental de la problemática en materia de IT, la gestión sanitaria de la prestación. De hecho, algunos de los elementos que coadyuvan a la mejora del control dificultan el trabajo del personal sanitario. Así sucede, por ejemplo, con una normativa sobre los partes de baja y los informes

médicos, que es percibida como excesivamente burocratizada y ajena a las necesidades reales. La emisión de partes no se adecúa a la realidad de los “tiempos” de baja.

La duración de las bajas,-cuya reducción perseguía en general la intervención-, no depende única y exclusivamente de las actividades de control. Existen dos elementos que inciden de modo determinante en la gestión de la ITcc, a través de un alargamiento de los procesos de baja. Una es la existencia de demoras para la realización de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas o reparadoras, y que en 1999 se estimó que representaba un 30% del coste de las bajas (SEMFYC, 1999). Otro factor es la escasa coordinación entre los dos niveles asistenciales. Algunas experiencias realizadas han demostrado que una mayor coordinación e interacción entre ambos niveles asistenciales produce resultados positivos no sólo en términos de calidad de la atención, sino también en la reducción de la duración de los procesos de ITcc (J. Gérvas et. al., 2006).

Igualmente, no se prestó especial relevancia a la elaboración de guías de buenas prácticas clínicas, lo cual podría contribuir a una gestión sanitaria más racional en cuanto al uso de las bajas. En ocasiones la práctica clínica se ejerce sin el necesario conocimiento científico. Por otro lado, no existe una plena disponibilidad de información que permita una mejor capacidad predictiva de los episodios de la ITcc. Esa carencia de información también alcanzó al propio sistema sanitario, donde se observó que en ocasiones no se comparaban los resultados de gestión en los centros de salud y entre áreas de salud o de los propios facultativos. También resultó significativo la inexistencia en la mayoría de los casos de coordinadores o responsables de IT en atención primaria. O la carencia, hasta fecha muy reciente y casos muy concretos, de objetivos en materia de ITcc en los Servicios Públicos de Salud (SPS), a pesar de tener la ITcc un peso considerable en los capítulos de gasto de los centros de salud, del orden de entre el 35% y el 50%.

Finalmente, las conclusiones de algunos informes apuntan a que la falta de motivación, los posibles usos ajenos por parte de los trabajadores y la repetición

descoordinada de esfuerzos de inspección de las diferentes instituciones son otros de los problemas más destacables en la gestión de la IT, no tenidos en cuenta en el diseño del sistema y que no han sido objeto de intervención.

Por lo que se refiere a las medidas concretas, la evaluación arrojó como resultado que los convenios del “Programa Ahorro” consiguió perfeccionar la puesta a disposición de la S.S. de información de los procesos de ITcc.

Los convenios de los “Programas piloto”, cuyo objetivo fundamental consistía en reducir las duraciones de las bajas de ciertas patologías, tuvieron un resultado más negativo. Con la excepción del año 2008, las CCAA que lo aplicaron no consiguieron reducir las duraciones de las patologías seleccionadas con respecto a años anteriores, lo que demostró un cierto agotamiento de la medida tras la reducción observada en el primer año de aplicación.

Comúnmente se alude a la existencia de fraude en la prestación de la ITcc. Los instrumentos cualitativos manejados en la evaluación parecen apuntar a que el fraude se concentra en tres elementos. El alargamiento de los períodos de baja, hasta el punto de que un tercio de las bajas no requerirían reposo o bien se prolongaron innecesariamente. En segundo lugar el uso abusivo de las bajas de muy corta duración. Y finalmente el recurso a la ITcc para solucionar problemas de índole socio-sanitarios y laborales, lo que denotaría insuficiencias del modelo de bienestar y rigideces en materia de flexibilidad interna de las empresas.

Otra cuestión relevante es la incidencia que las enfermedades y accidentes de trabajo tienen sobre el número y duración de los procesos de ITcc. Algunos estudios apuntan a que un 15-20% de los bajas de ITcc tienen un origen laboral. Este hecho representa un trasvase de trabajadores en baja hacia los SPS y al INSS, y que las mutuas no asuman el coste de la prestación de servicios sanitarios y del subsidio económico. Los datos de los años 2008 y 2009 del INSS sobre procedimientos de determinación de contingencias, que se pueden instar cuando existen dudas sobre el origen de la contingencia, muestran que en un 45% de los procedimientos resueltos el origen es laboral.