

EXPOSICION DE LA DIRECTORA DRA. ESC. ROSARIO OIZ en la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Representantes.

A propósito de las certificaciones médicas y el subsidio por enfermedad

9 de agosto de 2016

SEÑORA OIZ (María del Rosario).- Vamos a hacer algunos comentarios que tienen que ver con las certificaciones médicas y el subsidio por enfermedad analizaremos que es en realidad, lo que genera el aumento de gasto para el Banco de Previsión Social.

Trajimos ejemplares de Prestaciones de Actividad, donde está recogido, lo que el Banco de Previsión Social gastó en prestaciones de actividad, no solo por subsidio por enfermedad, sino también con otras prestaciones de actividad.

Dejaremos una copia de un informe de la Asesoría General en Seguridad Social sobre el subsidio por enfermedad y algunos datos estadísticos, a los que haremos alguna referencia.

Para analizar las certificaciones laborales, también nos enmarcamos en una lógica de seguridad social, de un derecho humano, el que está cubierto mediante asistencia médica y prestaciones económicas. Ambas prestaciones son requeridas para atender la enfermedad, entendida como una de las contingencias recogidas en el Convenio 102 de OTI que Uruguay ratificó. Ese continente de derechos, lo debemos tener en cuenta en el momento de atender la prestación que estamos otorgando.

En lo que tiene que ver con el seguro por enfermedad, hoy subsidio por enfermedad, quiero decir lo siguiente. Tras una larga y rica tradición de Comisiones Honorarias Administradoras de Asistencia Médica y Seguro de Enfermedad por rama de actividad, -de integración tripartita o bipartita en su administración, las que durante la dictadura fueron intervenidas y la participación social en la dirección, sustituida por interventores-, el subsidio por enfermedad se centralizó en ASSE, Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad; después se llamó ASSE a otra organización, pero en ese entonces, era esto.

En 1979, cuando se crea la Dirección General de la Seguridad Social mediante el Acto N° 9, se incluye dentro de ésta, una Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad, DISSE, que incorpora a esta Dirección a la Administración de los Seguros Sociales por Enfermedad creada por el Decreto Ley N° 14.407, norma que además regulaba las prestaciones por enfermedad que brindaría el sistema.

A partir de enero de 2008 entra en vigencia el Sistema Integrado de Salud -Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007- que reglamenta el derecho a la protección de salud de todos los habitantes del país. Se crea un Seguro Nacional de Salud financiado por el Fondo Nacional de Salud, FONASA, siendo sus recursos los aportes obligatorios personales y

patronales de trabajadores y empleadores tanto del sector público como del privado, los aportes de pasivos, el aporte de los seguros integrales y otros que puedan corresponder. En ese sentido, al BPS le compete la gestión integral de los aportes. En este marco se atiende la cobertura de la enfermedad dentro de la seguridad social, con una prestación asistencial y otra monetaria.

Vamos a hacer mención al subsidio monetario por enfermedad. El trabajador de la actividad privada, amparado por el Seguro por Enfermedad -Decreto Ley N° 14.407-, que quede impedido de trabajar por razones de salud, tiene derecho desde el cuarto día de la enfermedad inclusive, y en caso de internación desde el primer día, a percibir una prestación en dinero, que será equivalente al 70% de todas las remuneraciones que percibe, que constituyan materia gravada a los efectos de las contribuciones especiales de seguridad social, con un tope que se aumentó en forma progresiva por aplicación del artículo 1° de la Ley N° 18.725, del 31 de diciembre de 2010, llegando a partir de enero de 2015 a 8 BPC. Debemos decir que esta Ley N° 18.725 fue aprobada por unanimidad en el Parlamento.

Posteriormente, la Ley N° 19.003, del 16 de noviembre de 2012, modificó la forma de determinación del tope, cambiando la BPC por la variación de la Unidad Reajutable experimentada en el año civil inmediato anterior. A tales efectos, se convirtieron a Unidades Reajustables los topes vigentes al 31 de diciembre de 2011, considerando el valor de esa unidad a enero de 2011 y el resultado se multiplicó por el valor de la misma a enero de 2012. Esto todo, sin perjuicio de lo dispuesto por la Ley N° 18.725, de 31 de diciembre de 2010.

Más adelante, en enero de 2015, con el fin de ordenar las disposiciones vigentes, a los efectos de la determinación de la base de cálculo del subsidio por enfermedad -o sea el Decreto Ley N° 14.407, el Decreto reglamentario N° 7 de 1976 y la Ley N° 18.725-, el directorio del BPS aprueba la RD No. 1-15 de 2015. En función de eso, para una mayor equidad en la determinación de la base de cálculo del subsidio por enfermedad, se toma en cuenta el promedio de lo percibido por el trabajador, en los últimos 180 días previos a la enfermedad.

Para tener derecho al subsidio, el trabajador debe tener efectuada una cotización de setenta y cinco jornales o tres meses en el año inmediato anterior a la enfermedad.

En el año 2009, estando vigente la Ley N° 18.211, y suscripto por los efectores integrales de salud y la Junasa el primer contrato de gestión, comienza la ejecución del Plan Piloto en la Implementación del Sistema Nacional de Certificación Laboral, que modifica el procedimiento de certificación laboral para ampararse al subsidio. Esto está creado en el contrato celebrado entre estas partes. Además, el Banco de Previsión Social, como integrante de la Junta Nacional de Salud, también estuvo de acuerdo.

El objetivo general de este sistema es aplicar un nuevo procedimiento de certificaciones médicas que permita consolidar la capacidad de gestión asociada al subsidio por enfermedad, rediseñando el modelo de atención en salud en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Entre los objetivos específicos de este sistema de certificación laboral están: ejecutar el proceso de certificación en tiempo real; descentralizar el acto de certificación por medio de la instrumentación de lo previsto en el contrato de gestión, suscrito entre la Junta Nacional de Salud y los efectores integrales; descentralizar el ingreso de datos referentes a la actividad del

trabajador en las empresas, en cuanto sea posible -hoy esto lo hacen todas las instituciones-; que el BPS solo realice el control de los datos ingresados; se reconvierta el equipo de certificaciones para realizar actividades de control de calidad y auditorías; ordenar y procesar información referente al tipo de actividad y patologías asociadas a la misma, generando una base de datos nacional, Además desde el punto de vista médico, es más adecuado para el mejor desarrollo de la atención de la enfermedad de la persona que está padeciendo alguna, que sea su médico tratante, el que atienda directamente su situación.

Este plan piloto se desarrolló a partir del segundo trimestre del año 2009 con la incorporación de seis Instituciones de Asistencia Médica Colectiva -hoy los conocemos como efectores integrales-, y durante el primer semestre de 2010 se incorporaron gradualmente los restantes prestadores de salud, estando hoy todos integrados a esta propuesta.

Con la firma del nuevo y vigente contrato de gestión entre los efectores integrales de salud y la Junasa -del año 2012-, se incorporó también a este sistema, la certificación por maternidad.

En lo que tiene que ver con los beneficiarios de la prestación monetaria, a partir de 2004 y antes de que se pusiera en práctica el nuevo sistema, ya había comenzado a incrementarse el número de beneficiarios de esta prestación, que había descendido en forma importante y sostenida a partir del año 2000. Tanto es así que recién en el año 2006, se llegó al nivel de cobertura de 1998. Ese incremento en la cantidad de beneficiarios de esta prestación monetaria continuó ampliándose, produciéndose en los años 2011-2012 -(en el mismo momento en que se profundiza el sistema de certificación laboral, se aumentan los topes por la aplicación de la Ley N° 18.725 y de otras instancias que se van generando en la sociedad)- un salto en el incremento de cobertura de la enfermedad, para luego, en los años 2013, 2014 y 2015 llegar a una estabilidad en el nivel de beneficiarios, que parece continuarse en lo que va de 2016. Esto está claramente referenciado en los libritos que les dejé; es decir la cantidad de beneficiarios y los montos que se pagan por la prestación. La evolución aparece en los libritos desde el año 1998 en adelante. Es un amplio período para que se pueda analizar bien.

Desde el año 2005 en adelante, se produce también un importante aumento de la cantidad de cotizantes al sistema de seguridad social, como consecuencia de los cambios en la forma de determinar los salarios de los trabajadores -se instalan los consejos de salarios-, el aumento diferencial de los salarios mínimos, y la importante campaña de formalización de los contratos de trabajo, entre otras medidas tomadas por el gobierno y por efecto de la implementación de las nuevas leyes aprobadas, que tienen este efecto.

Es así que en promedio la cantidad de beneficiarios del subsidio por enfermedad pasó de 8.306 en 2004 a 35.395 en 2015, donde el mayor aumento de beneficiarios se dio entre los años 2010 y 2011, para luego reducirse el porcentaje de aumento casi a la mitad para los años 2012 y 2013 y produciéndose desde allí en adelante, un estado de estabilidad en relación al número de beneficiarios de esta prestación.

Las modificaciones operadas en relación a la cobertura de enfermedad, tuvieron el efecto esperado: que se produjera una mayor cobertura de esta contingencia. Se mejora el proceso de cobertura, haciéndolo más adecuado para el empleador y el trabajador, se aumenta el monto de la prestación, lo que apoyado por el mayor número de cotizantes al sistema,

conlleva como consecuencia lógica una mayor cantidad de beneficiarios de la prestación, y ello fue lo que ocurrió. Hace tres años, la situación llegó a un estado de estabilidad, incluso una leve disminución de beneficiarios en 2015.

Similar situación se reflejó en el gasto generado por el subsidio por enfermedad. Es así que el gasto de esta prestación tuvo un aumento significativo en los años 2011- 2012 y a partir de 2013 se han producido aumentos pero poco significativos, indicando que también respecto del gasto se ha llegado a una situación de estabilidad. Hace un momento, el vicepresidente Lagomarsino decía que en realidad, los aumentos que se han producido son muy menores e, inclusive, los del 2015 son inferiores a los gastos del 2014.

En un trabajo realizado en marzo de 2014 por la AGSS, expresan que, analizado el período agosto 2007- julio 2013 -dejé la copia de este informe; también está en la página web del BPS- de cobertura de enfermedad, visualizan un crecimiento sostenido en los importes pagados por el subsidio en este período. Ya referenciábamos al año 2013 como el que genera la estabilidad.

En el período agosto 2008 - julio 2009 hubo una erogación importante y que significó un incremento del 10%, con igual período 2007-2008 y se continúa incrementando. Y agregan que en los años 2011-2012 se verifica el crecimiento mayor, tanto a nivel relativo como absoluto. En el último período que se analiza en ese documento, años 2012 y 2013, si bien se mantiene una tendencia creciente, el aumento es significativamente menor al que venía ocurriendo hasta ese momento. Y esto se sigue replicando para los años 2014 y 2015.

Esto también operó para cotizantes de la actividad privada y beneficiarios del subsidio por enfermedad. En esta relación también hubo un aumento, y se visualiza una estabilidad a partir del año 2014. Todo esto está recogido en la información que dejamos para que puedan analizar y confirmar las valoraciones que nosotros estamos haciendo aquí.

En lo que va del año 2016, venimos evaluando que las situaciones se vienen dando de la misma manera. De todas formas, siendo este sistema de certificación laboral un proceso nuevo y que está pensado como un Sistema, tanto desde el Banco de Previsión Social, como de la Junta Nacional de Salud, de los efectores integrales, desde su instalación se han desarrollado distintas acciones en el sentido de mejorar el Sistema.

Las acciones que llevó adelante el BPS son las siguientes. Se suscribió un contrato de colaboración con el Fondo Nacional de Recursos, con un doble objetivo: que realizaran fiscalizaciones de historias clínicas en el interior, como forma de controlar la regularidad de las certificaciones médicas y formar, capacitar a los trabajadores médicos del BPS en la tarea de fiscalización y control.

Este contrato se realizó luego de haber convocado a licitación para contratar una empresa que realizara fiscalizaciones en todo el país, la que fue declarada desierta.

Se crearon grupos de trabajo para fiscalizar historias clínicas y también a personas certificadas como forma de control de la regularidad de la certificación, que aunque se desarrollan en todo el país, tienen tareas, fundamentalmente, en el área metropolitana. Esto también, fundado por un mayor volumen de trabajo.

Se realizaron reuniones con las direcciones técnicas de los diferentes Efectores Integrales para coordinar tareas, obligaciones, controles y demás aspectos vinculados a esta tarea.

A partir de enero de 2016 la Gerencia de certificaciones médicas fue dividida en dos áreas. Por una de ellas, se desarrolla fundamentalmente la gestión del servicio y por la otra se investiga, estudia, propone cómo mejorarlo y se atienden las diferentes situaciones de cobertura de derechos, que se van generando en el accionar diario. Entre otras: las diferencias que se dan a lo largo del tiempo son las enfermedades que afectan a los trabajadores, que han ido cambiando a lo largo del tiempo, y que tienen también diferente impacto, inclusive en los diferentes meses del año. Esto ha generado una evolución -algo se dice en ese trabajo- con respecto a cómo han ido cambiando las enfermedades que generan los mayores porcentajes de ausentismo por enfermedad en las distintas actividades.

En el día de hoy a la hora 15 vamos a tener una reunión con el SMU para dejar instalado un grupo de trabajo, básicamente con dos objetivos, sin perjuicio de otros. Uno, conversar respecto de determinar los tiempos de descanso necesarios para recuperarse de las distintas enfermedades que tiene una persona, donde también se prevé incorporar a la Facultad de Medicina para desarrollar estas tareas. Y el otro, generar talleres de formación e información para médicos respecto a las certificaciones laborales.

En otro orden queremos poner en conocimiento de los señores legisladores que durante el período 2010-2015 se realizaron 19 denuncias penales referidas a certificaciones laborales. Concretamente: 3 por subsidios por enfermedad falsos, 13 por certificaciones médicas falsas y 3 por adulteración de informes médicos. De las mismas, al momento resultaron 3 procesamientos, otras acciones siguen en proceso sin que haya aún decisión al respecto. Entre ellas está el caso conocido por la prensa del médico que emitía certificaciones falsas, que sigue en proceso de presuntorio en la sede penal correspondiente. Debemos decir que en estas acciones, personal del Banco de Previsión Social no está comprometido, y siendo su gestión de alto nivel y transparencia.

A partir de enero de este año también se han generado otras acciones con miras al fortalecimiento del servicio y a la generación de controles y fiscalizaciones. Algunas de estas actividades todavía están en proceso de ejecución y otras ya están siendo ejecutadas.

Se han puesto en marcha controles domiciliarios de pacientes certificados. Esto significa que los médicos de servicio tienen horario de trabajo externo y van a visitar a las personas que están certificadas para confirmar que, efectivamente, estén cumpliendo el descanso necesario para su recuperación. Al respecto, hemos tenido que enfrentar algunas dificultades, que han ido de la mano de ubicar los domicilios de los pacientes, ya que no siempre están actualizados. Sin embargo, se han organizado y ya hay veintiocho médicos de servicio destinados a esta tarea.

También se puso en marcha la incorporación de médicos contratados para giras en el interior, a efectos de realizar los mismos controles y además verificar la existencia de las enfermedades de que se trata.

Se desarrollan actividades de reuniones clínicas con los directores técnicos de los prestadores integrales, con la finalidad de seguir poniendo en conocimiento de todos estos procesos a las instituciones, y trabajar en coordinación.

Se puso en funcionamiento un proceso para la denuncia de las empresas, porque llegaban al servicio denuncias de empresas respecto de trabajadores que no estarían enfermos o que no estarían cumpliendo con el reposo necesario para su recuperación. En ese sentido, se generó un proceso específico bastante rápido, expedito, a los efectos de poder dar respuesta a estas situaciones.

Se puso en marcha un sitio colaborativo informático para la reducción de documentación en formato papel, lo que además, permite la consulta de una manera más ágil y la obtención de la información de una manera también más rápida.

También se han generado modificaciones a nivel informático en el funcionamiento de los consultorios en Montevideo para lograr mayor eficacia y rapidez en la forma de trabajar de nuestros funcionarios al momento de atender a las personas.

Se desarrolló un plan de atención fundamental y específico para controlar las certificaciones prolongadas, más allá de las obligaciones que tiene el BPS de hacer las juntas a los noventa días de la certificación, cuando es continua, para poder dar cumplimiento en tiempo y forma de esta obligación.

Asimismo, se incorporaron nuevos funcionarios médicos por contrato de función pública, ya que había algunas dificultades, sobre todo, con algunas especialidades médicas que requirieron que se hicieran varios llamados; me refiero, básicamente, a psiquiatras y traumatólogos, ya que en este proceso de cambio de las enfermedades que tienen más alto impacto en las ausencias, están las vinculadas a problemas mentales y las osteomioarticulares.

Al mismo tiempo, se nombró a dos médicos para la realización de auditorías de las historias clínicas del servicio como forma de potenciar todos los trabajos de fiscalización a los efectos de mejorar su desarrollo.

Nos interesa sintetizar esta situación diciendo que, en realidad, los aumentos en la cantidad de certificaciones laborales, de alguna manera, eran previsibles por la modificación del sistema. Se apostaba a que la gente efectivamente pudiera acceder a su derecho a una prestación cuando está enferma. La mejora en los topes de la prestación hizo que la gente ejerciera ese derecho con más intensidad. Los períodos más altos en las certificaciones están muy relacionados con la existencia de estas disposiciones, pero al día de hoy, nos encontramos en una situación de meseta y en algunos casos, bajando: el promedio de certificaciones de 2015 es un poco menor al de 2014.

Como de alguna manera algunas tareas del BPS se vieron modificadas por este sistema, estamos trabajando para lograr que, efectivamente, todo el que tiene derecho lo pueda ejercer, y al que no lo tiene lo podamos detectar para no ofrecer una prestación a quien no tiene derecho. Esta es una tarea que hacemos en todas las áreas del Banco de Previsión Social con acciones específicas para su atención.