

# Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white, sans-serif font centered within a solid blue rectangular background.

## Sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en Atención Primaria y Especializada [Ethics and deontology of the parties and certificates of low and high labor in Primary Care and Specialty]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española
Publisher	Universidad de Navarra
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-10 05:08:45
Link to Item	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12424/214704">http://hdl.handle.net/20.500.12424/214704</a>



# Universidad de Navarra

## Centro de Documentación de Bioética

Departamento de Humanidades Biomédicas. Apartado 177. 31080 – Pamplona. España. ☎: +34 948 425600 📠: +34 948 425630

🌐: <http://www.unav.es/cdb/> ✉: [apardo@unav.es](mailto:apardo@unav.es)

### Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en Atención Primaria y Especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión

Creación: Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial Española

Fuente: Comisión Central de Deontología

Lengua original: Español

Aprobación: Asamblea General de 26-V-2001

Publicación: Revista OMC, agosto 2001

Copyright: No

Comprobado el 16 de mayo de 2002

#### **Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre ética y deontología de los partes y certificados de bajas y altas laborales en Atención Primaria y Especializada y la función de los médicos inspectores en su control y supervisión**

##### **Introducción**

La Constitución Española reconoce entre los derechos fundamentales de los españoles el derecho al trabajo (artículo 3.5.1), así como el derecho a la protección de la salud (artículo 43.1), siendo competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (artículo 43.2) realizando una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (artículo 49). Para que el derecho de protección a la salud fuera efectivo se promulgó la Ley General de Sanidad de 14 de abril de 1986.

Igualmente la Constitución reconoce el derecho a la huelga de los trabajadores para la defensa de sus intereses (artículo 28.2) pero, también, reconoce el derecho de los trabajadores y empresarios a adoptar medidas de conflicto colectivo (artículo 37.2), asegurando el funcionamiento de los servicios esenciales para la Comunidad. Es decir los derechos constitucionales no son absolutos, tienen su limitación cuando entran en confrontación con otros derechos fundamentales del individuo o de la sociedad y deben ser tutelados por los poderes públicos.

La Seguridad Social garantiza a los trabajadores españoles y a los extranjeros con permiso de residencia y trabajo con España, la protección adecuada, mediante prestaciones sanitarias y económicas, en las situaciones de enfermedad común y accidente no laboral, enfermedad profesional y accidente laboral, y maternidad.

Se trata por tanto de un área donde se entremezclan problemas sanitarios, sociales, laborales, etc., no siendo infrecuente la utilización fraudulenta del derecho constitucional de protección a la salud, bien para mantener de forma prolongada una baja laboral por incapacidad temporal o para eludir, individual o colectivamente, obligaciones derivadas de tener que asegurar el funcionamiento de servicios esenciales para la comunidad en situaciones de conflictos laborales o de huelgas, recurriendo a la situación de baja laboral por incapacidad temporal para eludir los servicios mínimos marcados por la Administración, en independencia de que los mismos pudieran ser abusivos.

Estas situaciones podrían hacer suponer una connivencia entre los defraudadores y los médicos que les proporcionaron los certificados de baja por incapacidad temporal o, tal vez, una dejación por parte de los facultativos en comprobar la naturaleza de las dolencias que podrían justificar la incapacidad temporal, lo que en cualquier caso deterioraría la figura del médico e iría en contra de la imagen de toda la profesión.

Por ello, la Comisión Central de Deontología ha considerado conveniente realizar una declaración para el recto proceder de los profesionales médicos que gestionan y tramitan las incapacidades temporales.

## Generalidades

Se entiende por incapacidad temporal la situación en la que se encuentra un asegurado que por enfermedad (común o profesional), o accidente está incapacitado para el desempeño de su trabajo, en general por un tiempo superior a las 72 horas, mientras reciba asistencia por la Seguridad Social. La ausencia al puesto de trabajo por un periodo de tiempo inferior al citado se considera inasistencia menor y la percepción económica durante la misma se regula, generalmente, en los convenios colectivos de cada empresa pudiendo ser obligado el presentar un justificante de inasistencia en cuyo caso el certificado de baja podría Interpretarse como tal.

La situación del trabajador con incapacidad temporal genera unas prestaciones de carácter sanitario y otras de tipo económico.

Dado que la baja por incapacidad temporal es solicitada por el trabajador que manifiesta su indisponibilidad para el trabajo, el médico se ve, casi siempre, en la obligación de facilitarle la misma, salvo que lo alegado por el asegurado fuera fácilmente interpretable como causa de negación, o manifiestamente sospechoso de fraude. La baja colectiva de un número elevado de trabajadores haría sospechar un acto fraudulento, pero esta situación solamente podría intuirse por parte del médico ante un número inusual de trabajadores de una misma empresa que solicitasen la baja en un corto espacio de tiempo, aunque sería difícil de detectar entre los primeros que la demandasen, ya que dichos trabajadores podrían estar asignados a diferentes médicos en función de sus lugares de residencia y, salvo en núcleos urbanos de pequeño tamaño, la apreciación del hecho podría pasar inadvertida.

## Marco Legal

El marco legal de la incapacidad temporal está formado por una serie de Leyes, Reales Decretos y Ordenes Ministeriales que al final se citan por vía de anexo. El marco legal no constituye materia de pronunciamiento de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado, salvo que el mismo entrara en clara confrontación con los principios de la ética y deontología médica.

## Marco deontológico

El marco deontológico lo constituye el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial.

### A) De los médicos de atención primaria

1. Los partes de baja por incapacidad temporal por enfermedad común son, generalmente, expedidos por los médicos de atención primaria del INSALUD o de las Comunidades Autónomas que tienen asumidas las transferencias sanitarias. No obstante, el Real Decreto 575/97, del 18 de abril y la Orden Ministerial del 19 de junio de 1997, no especifican taxativamente que su expedición corresponda única y exclusivamente a dichos facultativos. El Real Decreto 575/97 en su artículo 1.1 señala que la baja médica será expedida "por el médico del Servicio público de Salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado", mientras que la O.M. de 19 de junio de 1997, que desarrolla el Real Decreto 575/97, señala en su artículo 2.1, que "el parte médico de incapacidad temporal se expedirá, inmediatamente después del reconocimiento médico del trabajador, por el facultativo que lo realice", por lo que dejan abierta la posibilidad de que dichas bajas puedan ser expedidas por cualquier médico al servicio de la Sanidad Pública, siendo igualmente aplicable para la expedición de los partes de alta.

2. El control de bajas es igualmente responsabilidad de dichos médicos, pero también pueden ser controlados por los médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEP) y por los de las Empresas Colaboradoras en la Gestión del Régimen General (Empresas Aseguradoras), si bien estas empresas pueden servirse de médicos propios o de médicos de la Seguridad Social (R.D.: 575/97, art. 3.2. y art. 4.1 y 4.2.)

3. Los partes de bajas y altas son documentos oficiales y el médico está deontológicamente obligado a expedirlos con autenticidad y veracidad tal y como expresa el artículo 11.1 del Código de Ética y Deontología Médica (C.E.D.M.).

4. Con el fin de asegurar la autenticidad y veracidad del documento de baja o alta del paciente, pero también por el derecho que todos los pacientes tienen a una atención médica de calidad humana y científica (C.E.D.M.; Artículo 18), el médico tiene el deber, antes de darle el correspondiente parte de baja, de intentar comprobar mediante la exploración física y reconocimiento del paciente la dolencia por él alegada para solicitar la incapacidad temporal aún sabiendo que muchas de las causas más frecuentemente alegadas como solicitud de baja laboral son de difícil comprobación en la exploración realizada en el consultorio o centro de salud, ya que, por ejemplo, una lumbalgia puede o no cursar con contractura de la musculatura paravertebral, una artralgia no tiene porque ir acompañada de signos de flogosis o de impotencia funcional, una cefalea o migraña no tiene porque cursar con signos de focalidad neurológica, o una gripe estar acompañada de auscultación pulmonar patológica.

Si de la exploración semiológica practicada no obtuviera datos suficientes para una correcta decisión profesional o si lo considerase conveniente para el estudio del paciente, el médico deberá solicitar las exploraciones o informes complementarios que estime oportunos, pero durante los periodos de observación por enfermedad común o profesional estaría obligado a prescribir la baja si el ejercicio del trabajo fuese perjudicial para el trabajador.

5. Tanto en la expedición de los partes de incapacidad temporal, como en la prescripción del tratamiento que estime oportuno, el médico debe tener absoluta libertad e independencia (artículo 20.1 del C.E.D.M) y no recibir presiones ni



del asegurado ni de las Instituciones o de la Administración Sanitaria (artículos 9.3, y 37.2 del C.E.D.M.), pero a su vez el médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad, saber que es un gestor de recursos ajenos, y que está éticamente obligado a conseguir el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición (artículo 6.1 del C.E.D.M) por lo que en su actuación profesional siempre deberá primar el principio de justicia sobre el de beneficencia.

Esto significa que los médicos que gestionan la incapacidad temporal están éticamente obligados a no prolongar la baja laboral y proceder a la alta del asegurado una vez que haya desaparecido la causa que motivó la misma, hubieran comprobado la inexistencia de la dolencia argumentada por el paciente como causa de incapacidad temporal, o en los demás casos legalmente contemplados. Si sospechasen un acto fraudulento deberían ponerlo, con discreción, en conocimiento de los servicios de inspección sanitaria sin que esto suponga vulnerar el secreto profesional, adoptando las medidas oportunas y necesarias para preservar la confidencialidad de los datos médicos (artículo 16 del C.E.D.M.)

6. Para favorecer el ejercicio de lo anteriormente expuesto, los médicos de atención primaria disponen de un manual de ayuda para la gestión de la incapacidad temporal, así como de una guía práctica de estándares de duración de procesos de dicha incapacidad, con el fin de detectar desviaciones anormales en la duración de la baja para un determinado proceso, para evitar posibles abusos en la duración de la baja, proponiendo a la Inspección mecanismos de control cuando observen desviaciones no justificadas en la duración de la misma.

### **B) De los médicos de atención especializada**

7. Aunque en la actualidad la gestión de la mayoría de los partes de baja y altas son controlados por los médicos de atención primaria, especialmente en el territorio no transferido del INSALUD, dichos partes podrían, en aplicación de lo dispuesto en el Real Decreto 575/97, del 18 de abril y en la Orden Ministerial de 19 de junio de 1997, ser expedidos por médicos de atención especializada, tanto hospitalaria como no hospitalaria. No obstante, la práctica diaria ha hecho que, últimamente, sean cada vez menos los médicos de atención especializada que los expiden, estando sujetos, en caso de hacerlo a los mismos imperativos éticos y deontológicos que los médicos de atención primaria.

8. Independientemente de lo anteriormente señalado, los médicos de atención especializada están éticamente obligados a compartir, sin ninguna reserva, sus conocimientos con los médicos de atención primaria, en beneficio de los pacientes (Artículo 31.3 del C.E.D.M.), asesorándoles en aquellas materias en las que, por su condición de especialistas, fueron consultados. La relación entre los médicos de atención primaria y especializada, deberá ser todo lo fluida y extensa que exija la atención del paciente, procurando que éste no se vea perjudicado por posibles discrepancias en sus criterios profesionales o por tardanza injustificada en la emisión de los informes pertinentes.

9. Si el médico de atención especializada no hubiera expedido personalmente la baja del paciente, pero de su apreciación profesional especializada considerase que éste no debería estar en situación de incapacidad temporal, se lo hará saber con discreción al médico de atención primaria que directamente estuviese gestionando la misma para que tomase las medidas que considerase oportunas, sin interferir en la asistencia que éste último estuviera prestando al asegurado (artículo 32.2 C.E.D.M.), entendiéndose que aquel es el responsable directo del paciente y que, en ese caso concreto, el médico especialista actúa como médico consultor.

### **C) De los médicos inspectores**

10. Los mecanismos de control de las bajas y altas laborales recaen sobre los inspectores médicos del INSALUD y del INSS, en caso de enfermedad común y accidente no laboral y sobre los médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales (MATEP), en casos de enfermedad profesional y accidentes laborales, aunque dichas mutuas pueden también controlar bajas por enfermedad común en los trabajadores cuyas empresas tengan protegido el riesgo con la mutua correspondiente, pudiendo requerir reconocimientos médicos por parte de sus servicios médicos correspondientes.

11. Los médicos inspectores deberán acomodar sus actividades profesionales a las exigencias del Código de Ética y Deontología Médica que les es aplicable (Artículos 2,1, y 41.1) y su actuación como tales será incompatible con la asistencia médica al mismo paciente (artículo 43.3).

Todos los actos médicos, tanto de los médicos inspectores del INSS como de los médicos al servicio de las MATEP y de los de las Empresas Auto-aseguradoras, tendrán carácter confidencial, respetarán el derecho a la intimidad del paciente y estarán sujetos al secreto profesional (Artículo 14 del C.E.D.M)

12. Es contrario a la Ética y Deontología Médica recibir comisión o incentivación económica alguna, al margen de la remuneración que, en cada caso, tenga el médico establecida en función de las circunstancias del servicio prestado y de su cualificación profesional (Artículo 40.2 y 40.4 del C.E.D.M)

Por ello, el control de las situaciones de bajas y altas no puede estar motivado por la incentivación económica que algunas mutuas o empresas auto-aseguradoras pudieran tener con los médicos que redujeran el tiempo de baja del asegurado, o dieran un mayor número de "altas a efectos económicos" en las que el asegurado aún continuando de baja laboral, dejaría de percibir el subsidio económico correspondiente a dicha situación. Este tipo de altas pudiera también ser propuesto por los inspectores del INSS, pero en este caso se requiere la confirmación de la misma por parte de la Inspección de Servicios Sanitarios del INSALUD, a través de sus inspectores de área lo que supone un mecanismo de

garantía adicional para el asegurado, del cual carecen las MATEP donde sólo se requiere el criterio del médico de la mutua. No obstante este es un tema que, aún contemplado en el capítulo VI, artículo 44 del Real Decreto-Ley 6/2000, de 23 de junio de Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia de Mercados de Bienes y Servicios, está todavía pendiente de una normativa que lo desarrolle.

Como síntesis de cuanto se ha señalado los médicos de atención primaria y especializada dependientes de los Servicios Públicos de Salud, los médicos inspectores del INSALUD y del INSS, y los que pertenezcan a las MATEPS y Empresas Colaboradoras, están sujetos a la normativa legal y ético-deontológica existente al respecto, por lo que las posibles discrepancias de parecer entre facultativos nunca serán participadas al asegurado y deberán ser resueltas por los Servicios de posibles Inspección, o debatidas en el seno de Colegios de Médicos.

Madrid, 2/3 de febrero de 2001

#### **ANEXO. Marco legal de la Incapacidad Temporal**

1. Real Decreto Ley 5/1992 y Ley 28/1992.
  2. Real Decreto Ley 1/1994, de 20 de junio.
  3. Ley 42/1994, de 30 de diciembre. Real Decreto 1300/95, de 21 de junio Real Decreto 1993/95, de 7 de diciembre.
  4. Ley 13/1996, de 30 de diciembre de medidas fiscales administrativas y de orden social.
  5. Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se modifica determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal.
  6. Real Decreto 576/1997, de 18 de abril, por el que se modifica el reglamento general sobre colaboración en la gestión de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la seguridad social.
  7. Orden Ministerial de 19 de junio de 1997, que desarrolla el Real Decreto 575/1997.
  8. Orden de 18 de septiembre de 1998, por la que se modifica la del 19 de junio de 1997.
  9. Real Decreto-Ley 6/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia de Mercados de Bienes Servicios.
-