

Principales cambios introducidos en la prestación de IT en materia de gestión y control: RD 625/2014 de 18 de julio

MIGUEL GUTIÉRREZ PÉREZ

PROFESOR EN EL ÁREA DE DERECHO DEL TRABAJO Y DE LA SEGURIDAD SOCIAL

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA

Resumen

En este trabajo se recogen las principales modificaciones que introduce el nuevo texto normativo en relación a la gestión y el control en los procesos de incapacidad temporal, inferiores a 365 días. Para ello, se abordan los antecedentes legislativos a la nueva Ley, al ser ésta una materia que ha experimentado numerosas modificaciones en nuestro ordenamiento. Y a partir de ahí, se hace especial hincapié a la nueva regulación de los partes médicos, en especial a los partes de baja y confirmación de la baja, sobre los cuales han recaído las modificaciones más importantes. Igualmente, centramos nuestra atención sobre las novedades introducidas en las propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, así como en el establecimiento del nuevo procedimiento para la determinación de la contingencia causante de la incapacidad temporal. Por último, se analizan las modificaciones introducidas, de un lado, en la revisión de las declaraciones de altas médicas dictadas por las mutuas en la IT derivada de contingencias profesionales y, de otro lado, en las actividades de seguimiento y control de la situación de incapacidad temporal y de la prestación económica.

Abstract

In this paper the main changes introduced by the new rules text in relation to the management and control processes for temporary disability, less than 365 days are shown. For this, legislative history to the new law are addressed, as this is a matter which has undergone numerous changes in our system. And from there, special emphasis is made to the new regulation of medical parts, especially the medical leave form and confirmation of the medical leave, on which have fallen the most important modifications. Similarly, we focus on innovations in medical discharge proposals made by mutual processes of temporary disability due to common contingencies, as well as in establishing the procedure for determining the cause contingency of temporary disability. Finally, as amended, on one side, in reviewing medical discharge statements issued by the mutual in IT derived from professional contingencies are analyzed and on the other hand, in the monitoring and control of the situation temporary disability and economic benefit.

Palabras clave

incapacidad temporal, parte de baja, mutua, control y reforma.

Keywords

temporary disability, medical leave form, mutual, control, change.

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Debemos partir de la base de que la situación de incapacidad temporal es la que mayor número de modificaciones ha experimentado en relación con la gestión y control de la misma, habida cuenta de la diversidad de organismos y entes intervinientes, esto es, Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), Instituto Social de la Marina (ISM), Mutuas de accidentes de trabajo, empresas colaboradoras y Servicios Públicos de Salud (SPS). Igualmente, debe advertirse que el objetivo perseguido por las distintas reformas operadas sobre la misma se ha ido modificando, atendiendo a una realidad específica existente en cada momento. De este modo, desde mediados de los 80 periódicamente la gestión de la IT se ha modificado, con una doble finalidad, por un lado, con la idea de contener el gasto y, por otro lado, con la idea de atajar el uso indebido o fraudulento en el acceso a la prestación. No obstante, a este respecto, debemos tener en cuenta que desde la irrupción de la crisis

económica y el mantenimiento de sus consecuencias se ha producido una desaceleración del gasto en incapacidad temporal¹.

Aquellos objetivos iniciales vinieron siendo modificados en las sucesivas reformas por otros bien distintos, centrándose los mismos, de un lado, en la idea de dar un mayor protagonismo a las entidades responsables de la prestación, en detrimento del control de las instancias sanitarias. Y de otro lado, en la intención de mejorar la gestión de la prestación con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación. Por tanto, paulatinamente, se ha producido una progresiva retirada de las funciones de los entes sanitarios, concretándose su actuación en la verificación del estado de salud del trabajador, y una mayor presencia de las entidades responsables del reconocimiento y pago de la prestación, las cuales incorporan funciones de verificación de si el estado de salud del trabajador incide en la capacidad laboral. Hasta la reforma de 2006, el incremento de las funciones de control de la entidad responsable, vendrá a atravesar por dos fases: La primera de ellas se concreta en la posibilidad de las entidades responsables del pago de la prestación de realizar reconocimientos médicos a los beneficiarios, a través de sus servicios médicos, y proponer el alta a los servicios de salud. La segunda, vendrá determinada por el hecho de que la falta de efectividad del procedimiento de propuestas de alta supuso un mayor control de la IT por el INSS, facultándose a éste para expedir altas médicas a los exclusivos efectos económicos de la prestación, precisando la conformidad de los Servicios de Salud.

Por su parte, la disposición Adicional 48º de la Ley 30/2005, de Presupuestos Generales para 2006, vino a modificar la gestión y el control de la prestación económica por incapacidad temporal², profundizando en los mecanismos de control anteriores, puesto que aquella norma amplía las competencias de la entidad responsable del pago de la prestación (INSS, ISM) en detrimento de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y las mutuas. Ya que se vino a alterar la competencia de emisión de bajas en el proceso de incapacidad temporal, toda vez que transcurrido el periodo de 365 días de baja, la misma pasa a residenciarse en el INSS, a través del Equipo de Valoración de Incapacidades (EVI). Asimismo, dicha actuación del INSS tendrá un alcance general, dado que no queda limitada a los procesos sobre los que tiene responsabilidad de pago, afecta a los procesos de trabajadores de alta en el Régimen Especial del Mar o los gestionados por las Mutuas, cualquiera que fuese la contingencia.

¹ El gasto en incapacidad temporal en los últimos ejercicios ha moderado el comportamiento que tenía en el periodo 1995-2005, tal como se recoge en los datos ofrecidos por el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Así, en 2000 el gasto era de 3.784,36 millones de euros, en 2002 el gasto fue de 4.754,48 millones de euros, en 2004 el gasto fue de 6.655,68 millones de euros, en 2006 el gasto fue de 6.850,48 millones de euros, en 2008 el gasto fue de 7.534,98 millones de euros, en 2009 se produjo ya un descenso del gasto, situándose el mismo en 7.176,03 millones de euros, en 2010 continuando con esta tendencia de reducción del gasto el mismo se situó en 6.732,98 millones de euros, igualmente en el ejercicio 2011 el gasto fue sensiblemente inferior ascendiendo a 6.241,07, en el ejercicio 2012 se produjo un pronunciado descenso del gasto en relación a la situación de incapacidad temporal, rebajándose el mismo en casi 900 millones de euros, situándose la cifra en 5.360,16 millones de euros. Volviendo a descender la cifra de gasto en los dos últimos ejercicios, en 2013, de acuerdo con la previsión de liquidación, el gasto se situó en 5.027,61 millones de euros y, de acuerdo con el gasto presupuestado para 2014 asciende a 4.878,37 millones de euros. Ver RODRÍGUEZ ESCANCIANO, S.: "El control de la incapacidad temporal: su incidencia sobre la contención del gasto público y el aumento de la productividad empresarial", Temas Laborales, nº 118, 2013, págs. 113 y ss.

² PAREDES RODRÍGUEZ, J. M. Y DOCTOR SÁNCHEZ-MIGALLÓN, R.: "La gestión y el control de la incapacidad temporal", Aranzadi Social, nº 5, 2006, págs. 1.341 y ss.

La aprobación de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, vino a establecer un procedimiento específico que residencia en el INSS todo el control de los procesos de IT una vez agotados los 12 meses de duración, con efectos tanto en la prestación económica de la Seguridad Social como en los ámbitos laborales, aun cuando el INSS puede reconsiderar su decisión inicial cuando se proponga desde los Servicios de Salud, a instancia previa del trabajador disconforme con el alta del INSS³. Asimismo, agotado (por duración del plazo máximo) el proceso de IT, sin que el trabajador hubiese sido calificado como incapacitado permanente, solo podía producirse una nueva baja, si tenía lugar alguna de las siguientes circunstancias, que hubiesen transcurridos más de 6 meses desde la finalización del proceso anterior o sin transcurrir dicho plazo, sea otra patología o cuando lo autorice el EVI.

Por otro lado, la Ley 35 2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo, extendió a los inspectores médicos adscritos al INSS las facultades establecidas para la inspección médica de los servicios de salud, con lo que los inspectores médicos del INSS podían expedir partes de alta en los procesos de IT antes de los 365 días. Esta nueva competencia del INSS hizo desaparecer las propuestas de alta y las iniciativas de alta desde el INSS hacia los Servicios Públicos de Salud, por lo que gran parte de los mecanismos de control establecidos por el RD 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal, quedaban sin efecto⁴.

Una vez analizado el panorama legislativo por el que ha venido atravesando la incapacidad temporal en lo que a los mecanismos de control y gestión se refiere, nos detendremos a examinar las principales reformas que ha venido a introducir la nueva regulación en relación a aquellos mecanismos, al objeto de poder determinar las modificaciones de mayor calado en esta materia.

2. EL NUEVO PANORAMA EN EL CONTROL DE LOS PROCESOS DE IT CON DURACIÓN INFERIOR A 365 DÍAS

2.1. Aspectos generales

Tal y como ya se ha apuntado, los mecanismos de control de la IT se habían modificado antes de la promulgación del RD 625/2014, en relación a una serie de cuestiones básicas, de un lado, tal y como ha quedado reflejado en este mismo trabajo, se atribuye al INSS, a través de sus servicios médicos, la facultad de expedir altas médicas, asignándoles a aquellos las mismas facultades que a las inspecciones médicas de los Servicios Públicos de Salud. De otra parte, se han ido mejorando los mecanismos de coordinación entre los agentes intervinientes en la gestión y el control de la IT. Y, por último, se ha ido implantando el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, en aras a lograr esa mayor coordinación entre los sujetos intervinientes en los procesos de incapacidad temporal.

³ TOSCANI GIMÉNEZ, D.: “Alta médica emitida por el INSS en procesos de IT de larga duración: puntos críticos”, *Aranzadi Social*, nº 5, 2008, págs. 71 y ss.

⁴ SIRVENTE HERNÁNDEZ, N.: “Nuevas medidas de control en la gestión de los procesos de incapacidad temporal introducidas a raíz de la Ley 35/2010, de 17 de septiembre (LMURMT)”, *Actualidad Laboral*, nº 16, 2011, pág. 1. Asimismo, sobre la evolución legislativa descrita ver PANIZO ROBLES, J. A.: “Un nuevo paso en el control de la prestación de la seguridad social por incapacidad temporal: el Real Decreto 625/2014”, *RTSS. CEF. nº 377-378*, 2014, págs. 99 y ss.

Por lo que se refiere al reseñado RDL 625/2014, el mismo viene a regular la gestión y el control de los procesos de IT en los 365 días primeros de duración, puesto que, tal y como se recordara, el control de la IT, rebasados los 365 días, se ejerce solo por la entidad gestora (INSS/ISM). Además, dicha disposición normativa implica la total derogación del RD 575/1997, recogiendo toda la materia relativa al control de la prestación, debiendo tenerse en cuenta dos particularidades, por un lado, que debe tratarse de procesos de IT que no superen los 365 días de duración, y, por otro lado, quedan excluidos los procesos de IT de los regímenes de funcionarios, esto es, Régimen Especial de los Funcionarios civiles del Estado, Régimen Especial de las Fuerzas Armadas y Régimen Especial de los Funcionarios de la Administración de Justicia⁵.

Además, el RD 625/2014 completa la regulación de la prolongación de los efectos de la prestación económica por incapacidad temporal en los casos contemplados en el art. 131 bis 2.2º de la LGSS, según el cual el EVI puede determinar la conveniencia de no proceder de inmediato a la calificación de incapacidad permanente, atendida la situación clínica del interesado y su capacidad laboral, sin que la demora de la calificación pueda sobrepasar los 730 días naturales siguientes a la fecha en que se haya iniciado la situación de IT⁶.

2.2. La nueva regulación de los partes médicos en los procesos de IT derivados de contingencias comunes y profesionales

2.2.1. La nueva regulación de los partes de baja y confirmación de la baja

El artículo del 2 RD 625/2014 viene a establecer una nueva regulación de los partes de baja, ajustándose la misma a las siguientes previsiones. Como punto de partida se afirma que la declaración médica de baja debe constatarse mediante la emisión del correspondiente parte médico. A tal efecto, se atribuye la competencia para su emisión, con carácter general, al facultativo del Servicio Público de Salud que reconoce al trabajador, salvo que la baja tenga origen en un accidente de trabajo o enfermedad profesional de un trabajador que preste servicios en una empresa asociada, para la gestión de la prestación por aquellas contingencias, a una mutua o se trate de un autónomo adherido a ella para la gestión de la prestación por incapacidad temporal derivada de las referidas contingencias, en cuyo caso, la expedición del parte médico de baja corresponderá a los servicios médicos de la entidad colaboradora.

⁵ En relación al mismo, GONZÁLEZ GONZÁLEZ, C.: “La regulación de la gestión y el control de la incapacidad temporal en el RD 625/2014, de 18 de julio”, Aranzadi Doctrinal, nº 6, 2014 o FERNÁNDEZ ORRICO, F.J.: “Gestión y control de la incapacidad temporal tras el RD 625/2014, de 18 de julio”, REDT, nº 168, 2014.

⁶ El artículo 131 bis en su apartado 2 viene a regular la prolongación de los efectos de la incapacidad temporal para aquellos casos, en los que tras permanecer de baja médica 545 días y siendo necesario continuar con el tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado hiciera aconsejable demorar la calificación de incapacitado permanente, pudiendo ésta retrasarse por el periodo necesario, que en ningún caso podrá rebasar los 730 días siguientes a la fecha en que se haya iniciado la incapacidad temporal. Ver, GONZÁLEZ DE LA ALEJA, R.: “Problemas y consecuencias en la calificación de la incapacidad permanente del trabajador que ha permanecido en incapacidad temporal y es previsible (aunque incierta) su recuperación. Una crítica a la práctica habitual de la entidad gestora en la aplicación del artículo 131 bis.2 TRLGSS”, Aranzadi Social nº 18, 2004.

Por otro lado, se afirma en el referido precepto, a fin de procurar la mejora de la gestión de la prestación con el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, que los partes médicos de incapacidad temporal deben realizarse en un modelo que permita su gestión informatizada, figurando un código identificativo del centro de salud emisor. Además, tal y como ya sucediera en la legislación anterior, se afirma que la expedición del parte de baja debe ir precedida de un reconocimiento médico del trabajador, al objeto de llevar a cabo la determinación objetiva de la IT para el trabajo habitual, a cuyo efecto el médico ha de requerir al trabajador los datos necesarios para precisar la patología objeto de diagnóstico y su posible incapacidad para realizar su trabajo.

Una de las novedades introducidas por el RD 625/2014, en relación a los mecanismos de control, consiste en que una vez emitido el parte de baja, el Servicio de salud o la mutua han de remitir al INSS por vía telemática y dentro del primer día hábil siguiente a la emisión del parte médico, los datos personales del trabajador, así como los datos obligatorios del parte de baja, los cuales se vienen a concretar en los siguientes extremos: la fecha de baja, la contingencia causante, el código de diagnóstico, el código nacional de ocupación del trabajador, la duración probable del proceso, y, en su caso, la aclaración de que el proceso es recaída de uno anterior y, en este caso, la fecha de la baja del proceso que lo origina. Por último, debe hacerse constar la fecha en que se realizará el siguiente reconocimiento médico. Asimismo, se afirma que el INSS transmitirá al ISM y a las mutuas, en el primer día hábil siguiente al de su recepción, los partes de baja y de confirmación de la baja por contingencia común relativos a los trabajadores respecto de los que gestionen la incapacidad temporal cada una de ellas.

Por otro lado, tal y como ya sucedía con la normativa anterior, se prevé, a fin de que las actuaciones médicas de control de la IT cuenten con mayor respaldo técnico, que se pongan a disposición de los médicos tablas de duraciones medias, tipificadas para los distintos procesos patológicos susceptibles de generar incapacidades, y tablas sobre el grado de incidencia de dichos procesos en las diversas actividades laborales⁷.

En relación con la expedición de los partes de confirmación de la baja, se introduce, igualmente, una importante novedad al respecto, ya que frente a la rigidez del RD 575/1997, en el que se establecía, para todos los supuestos, la expedición de los partes de confirmación cada 7 días desde la fecha de expedición del parte anterior, se prevé ahora que los partes de baja y confirmación se extiendan en función del periodo de duración que prevea el médico que lo emite, considerándose que la IT ha de tener una duración diferente en función de la patología, la edad y ocupación del trabajador, por lo que ante una misma patología pueden estimarse duraciones diferentes del proceso de IT en trabajadores de distinta edad o que realicen diferentes actividades, se prevén, a tal efecto, cuatro grupos diferentes:

- 1) Procesos de duración estimada inferior a 5 días naturales. En este supuesto, el facultativo puede emitir el parte de baja y alta en el mismo acto médico,

⁷ El INSS ha editado un manual de tiempos estándar de IT, con la finalidad de homogeneizar criterios en las actuaciones médicas de seguimiento y control de IT. Los tiempos estándar constituyen duraciones tipificadas por patologías, ordenadas siguiendo la clasificación Internacional de Enfermedades. PANIZO ROBLES, J. A.: "Un nuevo paso en el control de la prestación de la seguridad social por incapacidad temporal...", op. cit; págs. 115.

consignando en el parte la fecha de alta, que puede ser la misma que la baja o cualquiera de los 3 días siguientes⁸.

- 2) Procesos de entre 5 y 30 días naturales de duración. En estos supuestos, en el parte de baja inicial debe constar la fecha de la próxima revisión médica, sin que pueda diferir en más de 7 días naturales desde la baja inicial, en la revisión el facultativo puede o expedir el alta médica o emitir el parte de confirmación de la baja, y a partir de éste, en los sucesivos partes de confirmación, en caso de que sean necesarios, no puede existir una diferencia de más de 14 días naturales entre si.
- 3) Procesos de entre 31 y 60 días naturales de duración. En estos supuestos, en el parte de baja inicial debe constar la fecha de la próxima revisión médica, sin que pueda diferir en más de 7 días naturales desde la baja inicial, tras cuya revisión el médico o bien emite el alta o bien emite el primer parte de confirmación de la baja, a partir de éste, los sucesivos partes de confirmación no podrán emitirse con una diferencia de más de 28 días naturales entre si.
- 4) Procesos de 61 o más días naturales de duración. En estos casos, en el parte de baja inicial se ha de hacer constar la fecha de la próxima revisión médica, sin que pueda diferir en más de 14 días naturales desde la baja inicial. En la revisión, el médico o bien acuerda el alta o bien emite el primer parte de confirmación de la baja, a partir de éste, los sucesivos partes no podrán emitirse con una diferencia de más de 35 días naturales entre si.

No obstante, una cuestión importante debe tenerse presente respecto de estos supuestos, y es que en todos ellos se trata de plazos máximos, con lo que el médico del Servicio de Salud puede expedir el alta cuando considere que el trabajador ha recuperado su capacidad laboral.

Asimismo, debe tenerse en cuenta que en los procesos de IT derivados de contingencias Profesionales, de trabajadores que prestan servicios para empresas asociadas a una mutua o trabajadores autónomos adheridos a ella, la expedición de los partes médicos de baja corresponde a los servicios médicos de la entidad, en los plazos señalados, a quien compete realizar los controles médicos de seguimiento de los procesos de incapacidad temporal.

Por otro lado, al margen de los anteriores supuestos, deben tenerse en cuenta los procesos que superen los 365 días de duración, puesto que en ellos se presenta una particularidad, y es que en estos casos el médico del Servicio Público de Salud o el servicio médico de la mutua, al expedir el último parte de confirmación, antes del agotamiento de los 365 días, deben comunicar al interesado en el reconocimiento médico, que traspasado ese plazo, el control del proceso pasa al INSS o al ISM⁹, dejando de emitir nuevos partes de confirmación. A tal efecto, el Servicio Público de Salud debe comunicar al INSS el agotamiento de los 365 días en situación de IT inmediatamente y, en todo caso, el primer día hábil siguiente.

⁸ El trabajador puede solicitar que se le practique un nuevo reconocimiento médico el día en que se haya fijado la fecha de alta, y el facultativo puede emitir parte de confirmación de la baja, si considera que el trabajador no ha recuperado su capacidad laboral.

⁹ Ver artículo 128.1 de la Ley General de la Seguridad Social.

2.2.2. Informes médicos complementarios y de control.

Aun cuando, tal y como acabamos de analizar, se ha modificado la periodicidad en cuanto a la expedición de los partes de de baja y de confirmación de la baja, se mantiene la exigencia de que, en determinadas fechas, los mismos vayan acompañados de unos informes adicionales, denominados informes complementarios e informes de control, no obstante, el artículo 4 del RD 625/2014 ha venido a modificar las fechas en las que han de expedirse o emitirse los referidos informes.

En relación a los informes complementarios, debemos partir de la base de que se mantiene en la nueva norma de referencia la expedición por el médico de atención primaria. Si bien, se homologan los plazos de los mismos con independencia de la contingencia, ya sea esta común o profesional. Asimismo, debe tenerse presente que los mismos solo afectan a los procesos que se estimen de duración superior a 30 días, debiendo actualizarse dichos informes con cada dos partes de confirmación de la baja.

Por tanto, si comparamos la regulación actual, en relación a los referidos informes, con las previsiones contempladas en la legislación anterior, en torno a los mismos, podemos establecer las siguientes diferencias entre una y otra normativa. En primer término, en los procesos de incapacidad temporal inferiores a 30 días, de acuerdo con la legislación anterior (RD 575/1997), los informes complementarios se expedían al 28º día de la baja, mientras que, con la nueva regulación, en los referidos procesos no se emite informe complementario, puesto que el mismo se prevé, tal y como hemos apuntado, en los procesos superiores a 30 días. Por otro lado, en los procesos de incapacidad temporal entre 31 y 60 días de duración, en la legislación anterior, se preveía que dichos informes se expedían al 28º día de la baja y se actualizaba cada 28 días. Sin embargo, a este respecto, el nuevo Real Decreto viene a establecer que en este caso los informes se expiden, como sabemos, con el segundo parte de confirmación, esto es, a los 35 días de la baja. Finalmente, en los procesos de incapacidad temporal de más de 60 días de duración, la regulación anterior contemplaba exactamente las mismas previsiones que en el caso anterior, esto es, dichos informes se expedían al 28º día de la baja y se actualizaba cada 28 días. No obstante, la nueva regulación, respecto a este extremo, prevé que los referidos informes se expidan, tal y como ya se ha expuesto, con el 2º parte de confirmación, lo que en este caso supondría su expedición a los 49 días de baja.

En otro orden de cosas, por lo que se refiere a los denominados informes de control, debemos tener en cuenta que se mantiene la expedición con una periodicidad de 3 meses, extendiéndose la obligación a todos los procesos de IT, independientemente, de la contingencia causante. Además, un aspecto a destacar en relación a estos informes es que se amplían los órganos competentes para su emisión, puesto que de acuerdo con la legislación anterior, la competencia para su emisión venía a ser exclusiva de la Inspección médica del Servicio Público de Salud. Sin embargo, ahora, tras la promulgación del RD 625/2014, también pueden emitir los informes los facultativos de atención primaria, bajo la supervisión de la Inspección médica del Servicio Público de Salud.

Ahora bien, debe advertirse que, en todo caso, los informes médicos (complementarios y de control) forman parte del proceso de incapacidad temporal, por tanto, pueden acceder a su contenido tanto los inspectores médicos del Servicio Público de Salud y de las entidades gestoras como los facultativos de las mutuas. Por el contrario, la

documentación clínica de las personas que se encuentran de baja, debido a un proceso de incapacidad temporal, queda reservada a los inspectores médicos del Servicio Público de Salud y a los inspectores médicos adscritos al INSS o al ISM¹⁰.

2.2.3. La regulación de los partes de alta

Como es consabido, la situación de IT se extingue con carácter general mediante la constatación de la capacidad de trabajo del interesado, documentada mediante el parte de alta. En este sentido, se mantiene en torno al mismo la regulación que se contenía en el RD 575/1997, conteniéndose en el artículo 5 del RD 625/2014 las características de dichos partes, las cuales vienen a concretarse en las siguientes:

- a) El parte del alta ha de expedirse tras el reconocimiento médico del trabajador.
- b) En el mismo se deben consignar la causa del alta médica y la fecha de baja inicial.
- c) El parte de alta vendrá a desplegar los siguientes efectos, por un lado, la extinción de la situación de incapacidad temporal, con efectos del día siguiente a la fecha de expedición del parte, con independencia de que se siga prestando asistencia sanitaria. Y, por otro lado, se impone la obligación al trabajador de reincorporación al puesto, el mismo día en que produzca sus efectos.
- d) Por lo que se refiere a la competencia para la emisión del parte de alta, con carácter general, la misma corresponde al facultativo de atención primaria. Asimismo, están facultados los inspectores médicos del Servicio Público de Salud, del INSS o del ISM, tras el reconocimiento médico del trabajador. Además, en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales, la expedición del parte del alta compete a los servicios médicos de la mutua, respecto de aquellos trabajadores que prestan sus servicios en empresas asociadas a la misma o respecto de trabajadores autónomos adheridos a ella.
- e) En los supuestos de procesos derivados de una enfermedad común o accidente no laboral, los partes de alta se han de comunicar a las mutuas, debiendo éstas comunicar a la empresa la extinción del derecho, su causa y la fecha de efectos de la misma.
- f) Si se expide el parte de alta por los inspectores médicos (adscritos al INSS o al ISM), durante los 180 días siguientes a la fecha en que se expidió el alta, serán estas entidades las únicas competentes para emitir una nueva baja médica por la misma o similar patología.

2.2.4. Tramitación de los partes médicos

Por lo que se refiere a la tramitación de los partes médicos, se viene a establecer que el órgano que expide el parte de baja o de confirmación de la baja debe entregar al trabajador dos copias, una para el interesado y otra para la empresa. Debiendo el trabajador entregar a la empresa su copia, en los tres días siguientes a la expedición del parte. No obstante, debe

¹⁰ En este sentido, la disposición final 5ª del RD 625/2014 prevé que lo dispuesto sobre el acceso a la documentación clínica de atención primaria y especializada, se hará extensivo a los médicos del Instituto Social de la Marina, con el objeto de que dispongan de la información necesaria respecto de los trabajadores a los que realizan los preceptivos reconocimientos médicos de embarque marítimo que tienen por objeto garantizar que las condiciones psicofísicas de estos sean compatibles con sus puestos de trabajo.

advertirse que si durante el periodo de baja hubiese finalizado el contrato de trabajo, el trabajador está obligado a presentar ante el INSS, el ISM o la mutua las copias de los partes de confirmación, en el mismo plazo de 3 días.

Igualmente, el órgano que expide el parte de alta debe entregar al trabajador dos copias, una para el interesado y otra para la empresa, debiendo el trabajador entregar la copia a ella destinada en el plazo de las 24 horas siguientes. No obstante, del mismo modo al que sucede en el caso de los partes de baja y de confirmación de la baja, si durante el periodo de baja hubiese finalizado el contrato, la copia de la empresa se entregará, en las 24 horas siguientes a la expedición, al INSS, al ISM o a la mutua.

Por otro lado, el Servicio Público de Salud o la mutua deben remitir los partes de baja, confirmación y alta al INSS por vía telemática, el primer día hábil siguiente al de su expedición. En este sentido, el nuevo Real Decreto introduce un importante cambio con respecto a lo que se establecía en la legislación anterior, en la cual se contemplaba un plazo mucho más amplio, concretamente 5 días y se estipulaba que habrían de remitirse los partes desde el Servicio Público de Salud al INSS o la mutua. Precisamente, la centralización en el INSS de los partes médicos implica que por parte de éste hayan de establecerse los mecanismos necesarios para hacer llegar a las demás entidades los partes. En este sentido, se prevé en la Ley una doble obligación para el INSS, por un lado, éste, a través de sus medios telemáticos, debe proceder a la distribución y envío, dentro del primer día hábil siguiente al de su recepción, de los partes destinados al ISM y a la mutua. Y, por otro lado, el INSS debe facilitar a la TGSS, a su requerimiento, los datos de los trabajadores que se encuentren en IT, con o sin derecho a prestación, durante cada periodo de liquidación de cuotas. Al objeto de que por la TGSS se puedan llevar a cabo las actuaciones necesarias para que en la liquidación de cuotas de la Seguridad Social se compensen las cantidades satisfechas a los trabajadores en el pago por delegación de la prestación de incapacidad temporal. Asimismo, debe advertirse que si el empresario hubiese abonado al trabajador una prestación de incapacidad temporal en pago delegado, sin haber compensado dicho importe mediante su deducción de las liquidaciones para el ingreso de las cuotas de la Seguridad Social, puede solicitar del INSS o la mutua el reintegro de las cantidades abonadas al trabajador y no deducidas.

En el marco de la tramitación de los partes médicos, la Ley viene a establecer, también, determinadas obligaciones a cumplir por las empresas en relación a los mismos, imponiéndose a las mismas la obligación de remitir al INSS, inmediatamente y, en todo caso, en el plazo máximo de tres días hábiles contados a partir de la recepción del parte presentado por el trabajador, los partes médicos que le presenten los trabajadores, cumplimentados con los datos correspondientes de la empresa. En este sentido, se establece una modificación importante con respecto a la regulación contenida en el RD 575/1997, puesto que aquella norma venía a establecer un plazo de cinco días para que la empresa diera cumplimiento a aquella obligación, produciéndose, por tanto, a partir de ahora, una evidente reducción de dicho plazo, la misma posiblemente obedezca a la idea de dotar de la mayor celeridad posible al proceso y a la de procurar un adecuado control del mismo por parte de la entidad gestora. Asimismo, se impone a las empresas la obligación de remitir los partes médicos presentados por sus trabajadores a través del sistema RED, a fin de mejorar la comunicación y la coordinación entre los entes participantes en el proceso de incapacidad temporal, a raíz de las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Si bien, respecto a este extremo, debe tenerse en cuenta que la obligación de las empresas de

remitir, a través del sistema RED, las copias de partes de baja, confirmación de la baja o alta ya se venía estableciendo mediante la Orden /TAS/399/2004, de 12 de febrero, por la que se regula la presentación en soporte informático de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta correspondientes a los procesos de incapacidad temporal¹¹.

El incumplimiento de las empresas de remitir al INSS los partes médicos presentados por sus trabajadores a través del sistema RED, puede desembocar en dos tipos de situaciones:

- a) La posible imposición de una sanción, puesto que el incumplimiento de aquella obligación puede ser constitutiva de una infracción leve¹².
- b) Que a propuesta del INSS o de la mutua, el Ministerio de Empleo y Seguridad Social deje en suspenso la colaboración obligatoria de la empresa en el pago delegado de la prestación por IT, pasando a ser abonadas por la entidad gestora o colaboradora¹³.

Se hace necesario examinar la tramitación de los partes médicos en aquellos supuestos donde el parte de alta, en un proceso de incapacidad temporal, con duración inferior a 365 días, hubiese sido expedido por el Inspector médico adscrito al INSS o al ISM. En este caso, la entidad gestora que expidió el parte de alta debe trasladar inmediatamente, y como máximo el primer día hábil siguiente a la expedición, una copia del parte al Servicio Público de Salud y otra a la mutua, cuando se trate de trabajadores protegidos por la misma, al objeto de que ésta dicte acuerdo declarando extinguido el derecho por causa del alta, sus motivos y efectos, debiendo notificar el acuerdo a la empresa. Además, se han de entregar dos copias del parte de alta al trabajador para su conocimiento, expresándole la obligación de incorporarse al trabajo, el día siguiente de la expedición, debiendo ir una copia destinada a la empresa.

3. PROPUESTAS DE ALTA MÉDICA FORMULADAS POR LAS MUTUAS EN LOS PROCESOS DERIVADOS DE CONTINGENCIAS COMUNES

En los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes, cuya cobertura corresponda a una mutua, si la misma estima que el trabajador no está impedido para el trabajo, puede formular ante el Servicio Público de Salud y a través de los médicos adscritos a ella, propuestas de alta médica, comunicando simultáneamente al trabajador que

¹¹ La disposición transitoria 1ª del RD 625/2014 en su párrafo 2º viene a establecer que en tanto no se implante la remisión a las empresas, a través del sistema informático, de los resultados de las resoluciones indicadas en el artículo 7.2 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, el contenido de aquellas se les podrá adelantar mediante correo electrónico, sin perjuicio de comunicación posterior en otro soporte. GARCÍA GIL. B.: "Obligaciones de las empresas". VV.AA.: *Cuestiones sobre incapacidad temporal*, Cinca, Madrid, 2011.

¹² El artículo 21.6 de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social (RDL 5/2004, de 4 de agosto) tipifica como infracción leve no remitir a la entidad correspondiente las copias de los partes médicos de baja, confirmación de la baja o alta de incapacidad temporal facilitados por los trabajadores, o su no transmisión por los obligados o acogidos a la utilización del sistema de presentación de tales copias, por medios informáticos, electrónicos o telemáticos. Dicha infracción podrá ser sancionada, de acuerdo con el artículo 40 de la referida norma, con multa desde 60 a 625 euros, en función del grado impuesto.

¹³ Ver artículo 77.2 LGSS en la redacción dada por la disposición final 2ª de la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014.

se ha enviado la propuesta de alta¹⁴. Veamos, pues, la tramitación que establece ahora la Ley en relación a la referida propuesta.

Las propuestas de alta formuladas por las mutuas deben dirigirse a las unidades de la inspección médica del Servicio Público de Salud, debiendo remitirse por estos a los facultativos a quienes corresponda la emisión de los partes médicos. El facultativo debe pronunciarse, bien confirmando la baja médica, bien admitiendo la propuesta y expidiendo el correspondiente parte de alta.

Si se confirma la baja se debe consignar el diagnóstico, el tratamiento médico dispensado, las causas que justifican la discrepancia y señalar las atenciones y los controles médicos necesarios. El informe médico del facultativo debe ser traslado por la inspección médica a la mutua en el plazo máximo de 5 días desde la recepción de la propuesta. Ahora bien, si la inspección médica no recibe contestación de los facultativos en el plazo de 5 días¹⁵, o en caso de discrepar de la misma, puede acordar el alta médica de manera inmediata.

En todo caso, la inspección médica debe comunicar a la mutua, dentro del plazo de los 5 días siguientes a la fecha de recepción de la propuesta de alta, la actuación realizada junto con los informes que el facultativo hubiera remitido.

Ahora bien, cuando la propuesta de alta de la mutua no fuese resuelta y notificada en 5 días (aplicándose el plazo de 11 días hasta el 1 de marzo de 2015¹⁶) desde su entrada en el Servicio Público de Salud, la mutua puede solicitar el alta médica al INSS o al ISM, solicitud que debe resolverse en el plazo de 4 días siguientes a la recepción de la solicitud de alta. Si bien, hay que tener en cuenta que el RD 625/2014 establece un plazo de 8 días¹⁷, hasta el 1 de marzo de 2015, para que la entidad gestora conteste la solicitud de alta formulada por una mutua, en los casos de propuestas del alta previas no resueltas desde el Servicio Público de Salud.

¹⁴ De acuerdo con los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a cerca de las propuestas de alta a iniciativa de las mutuas en los dos últimos ejercicios, los mismos vienen a arrojar las siguientes cifras: En el ejercicio 2012 de las 164.151 propuestas de alta por parte de las mutuas el 67,05 % contestadas por el Servicio Público de Salud, de las cuales fueron resueltas con el alta médica, concretamente el 77,4 % manteniéndose la situación de incapacidad temporal únicamente en el 19,6 % de los casos y no llegaron al 3% (en concreto 2,94%) la resoluciones con propuesta de incapacidad permanente. En el ejercicio 2013 de las 169.770 propuestas de alta por parte de las mutuas, el 79,2 % fueron contestadas por el Servicio Público de Salud, de las cuales la gran mayoría fueron resueltas con el alta médica, concretamente el 82,2%, manteniéndose la situación de incapacidad temporal únicamente en el 16,1 % de los casos y apenas llegaron al 2% (en concreto 1,59%) la resoluciones con propuesta de incapacidad permanente. Por tanto, se aprecia en este último ejercicio que se produce un aumento significativo de las propuestas de alta por parte de las mutuas, aumentándose igualmente de manera significativa el número de ellas contestadas por los Servicios Públicos de Salud, incrementándose también el número de propuestas que fueron resueltas con el alta, descendiendo, pues, las propuestas de alta resueltas con mantenimiento de la situación de incapacidad temporal y reduciéndose, también, las resoluciones con propuesta de incapacidad permanente.

¹⁵ Téngase en cuenta al respecto que la Disposición Transitoria 2ª del RD 625/2014 viene a establecer que durante los seis primeros meses desde la entrada en vigor del mismo, el plazo de 5 días será de 11 días. Puesto que, de acuerdo con la disposición final 8ª del referido Real Decreto, éste entró en vigor el 1 de septiembre de 2014, esto es, el primer día del segundo mes siguiente al de su publicación, hasta el 1 de marzo de 2015 no será aplicable el plazo de 5 días para contar a la propuesta de alta, manteniéndose el plazo de los 11 días siguientes a la fecha de recepción de la propuesta.

¹⁶ De acuerdo, con lo establecido, tal y como hemos expuesto, en la Disposición Transitoria 2ª del RD 625/2014.

¹⁷ Ver igualmente, la Disposición Transitoria 2ª del RD 625/2014.

A modo de recopilación, quisiéramos exponer, brevemente, las diferencias más importantes que se han establecido en las propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes, a saber:

- a) En relación al plazo del facultativo para pronunciarse sobre la propuesta, se ha llevado a cabo una importante reducción del plazo, puesto que, de acuerdo con la legislación anterior, se establecían 10 días para que el facultativo se pronunciara al respecto. Mientras que la nueva regulación acorta el plazo hasta los 5 días desde la entrada de la propuesta en la unidad de inspección. Aun cuando cabe recordar, como se ha expuesto, que transitoriamente se establece un plazo de 11 días hasta el 1 de marzo de 2015.
- b) Por lo que se refiere al plazo para comunicar la confirmación de la baja, del mismo modo, se ha llevado a cabo una importante reducción del plazo, puesto que, de acuerdo con la legislación anterior, se establecían 15 días desde la recepción de la propuesta en la unidad de inspección médica. Mientras que la nueva regulación acorta el plazo hasta los 5 días desde la recepción de la propuesta en la unidad de inspección médica. Aun cuando cabe recordar, como se ha expuesto, que transitoriamente se establece un plazo de 11 días hasta el 1 de marzo de 2015.
- c) En relación a la consecuencia de la no contestación en plazo, se viene a establecer una diferencia importante con respecto a la normativa anterior, puesto que de acuerdo con aquella, en este caso, la mutua podía llevar a cabo dos tipos de actuaciones al respecto, podía reiterar la propuesta ante el Servicio Público de Salud o plantear una iniciativa de alta ante los servicios médicos del INSS. A partir de la promulgación del nuevo texto normativo se prevé, únicamente, que la mutua, transcurrido el plazo de contestación, pueda instar ante la inspección médica del INSS la expedición del alta.
- d) Por último, por lo que se refiere al plazo del INSS para contestar la solicitud de alta de la mutua, debe tenerse en cuenta que en la legislación anterior no se preveía un plazo expreso al respecto, por lo que habría de aplicarse el plazo general de 3 meses. Si en embargo, de acuerdo con la nueva norma, tal y como hemos expuesto, se prevé un plazo de 4 días desde la recepción de la solicitud de alta, estableciéndose, recordemos, transitoriamente, hasta el 1 de marzo de 2015, un plazo de 8 días.

Analizados estos cambios introducidos, el objetivo del nuevo texto normativo no parece ser otro que dotar de una mayor celeridad a la resolución de las propuestas de alta formuladas por las mutuas en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes, lo que habría de redundar, prima facie, en beneficio de aquellos trabajadores que se encuentren en dicha situación, a la vista de que con ello se ve reducido el periodo de incertidumbre en el que se encuentra el trabajador, al que se le comunica la propuesta efectuada por la mutua. No obstante, debe advertirse que el recorte drástico de los referidos plazos, pudiera provocar que se analizara de manera precipitada la situación clínica de algunos trabajadores, pudiendo adoptarse decisiones que igual requerirían un periodo más amplio para su evaluación. Asimismo, esta medida parece que pretende contribuir a que las mutuas puedan conocer con prontitud, la procedencia o no, de la exoneración de sus obligaciones, permitiéndoles, en su caso, una rápida liberación de las cargas económicas que dicha situación comporta para las mismas, sobre todo, si tenemos en cuenta que, tal y como hemos analizado, la mayoría de las propuestas de alta finalizan con resolución de alta.

4. PROCEDIMIENTO PARA LA DETERMINACIÓN DE LA CONTINGENCIA CAUSANTE DE LA IT

Debemos partir de la base de que en este terreno, tras pronunciamientos judiciales contradictorios, el Tribunal Supremo viene a declarar competente al INSS para la determinación de la contingencia de la que se deriva la incapacidad temporal¹⁸. En este caso, si la mutua no esta conforme con la decisión del INSS puede impugnar la resolución. Ahora bien, a los anteriores extremos habrá de sumarse el hecho de que el Alto Tribunal ha venido afirmando que la declaración del carácter común o profesional de la contingencia no impide que la declaración del derecho a la prestación corresponda a la mutua¹⁹.

Una de las grandes novedades introducidas por el RD 625/2014 es el establecimiento de un procedimiento específico para la determinación de la contingencia de la que deriva la incapacidad temporal, puesto que con anterioridad a la citada norma el mismo no existía. Veamos, pues, alguno de los puntos esenciales que presenta este nuevo procedimiento²⁰.

El referido procedimiento puede iniciarse de oficio o a instancia de parte. La iniciación de oficio corresponde al INSS por iniciativa propia o por petición justificada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, del Servicio Público de Salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social o del ISM. A instancia de parte, el procedimiento puede iniciarse por el trabajador o su representante legal, por la mutua o la empresa colaboradora, en aquellos asuntos que les afecten.

Las alternativas que pueden darse en el inicio del procedimiento de revisión de la contingencia de la que deriva el proceso de incapacidad temporal son varias, pudiendo concretarse en las siguientes:

- a) Que el facultativo de la mutua que reconoce al trabajador considere que la patología causante es común, debiendo remitir al trabajador al Servicio Público de Salud para su tratamiento, entregando al trabajador un informe médico en el que se contemplen los siguientes extremos: la patología, el diagnóstico, el tratamiento y las causas justificativas de la determinación de la contingencia. Asimismo, a dicho informe habrá de acompañar los informes relativos a las pruebas realizadas.
- b) Si el Servicio Público de Salud atiende el requerimiento de la mutua, se procede a la emisión del parte de baja, declarando el proceso de incapacidad temporal derivado de contingencia común. No obstante, el trabajador puede formular reclamación ante el INSS en relación a la consideración o calificación otorgada a la contingencia.

¹⁸ Esta doctrina ha sido mantenida por el Tribunal Supremo en multitud de sentencias. Así se estableció primeramente por dos sentencias de 26 de enero de 1998, RJ 1998,1055 y RJ 1998,1139. Posteriormente, esta misma doctrina fue reafirmada por STS de 15 de noviembre de 2006, RJ 2006,9221, STS de 8 de febrero de 2007, RJ 2007,2191, STS de 6 de junio de 2007, RJ 2007,4646 o STS de 26 de septiembre de 2007, RJ 2007,8604. A este respecto, resumiendo dicha doctrina, el Alto Tribunal ha venido afirmando que “negar al INSS la facultad de calificar unas dolencias como constitutivas de accidente, reservando estas facultades a la Mutuas Patronales, implica otorgar la Entidad Gestora, Mutuas Patronales y empresas colaboradoras una posición de total igualdad, susceptible de producir situaciones de desprotección total del beneficiario, cuando todas ellas se negaran a asumir –aunque sea de manera no definitiva– la responsabilidad por una contingencia”.

¹⁹ STS de 11 de junio de 2007, RJ 2007,6116.

²⁰ Véase el apartado 4º de la disposición final 3ª del RD 625/2014, el cual incorpora un nuevo artículo 6 en el Real Decreto 1430/2009, a efectos de la determinación de la contingencia de la que deriva el proceso de incapacidad temporal.

- c) Además, el facultativo que emite el parte de baja puede formular su discrepancia frente a la calificación de la contingencia otorgada por la mutua, produciendo el parte médico emitido previamente plenos efectos.

Por otro lado, debe advertirse, en relación a este procedimiento, que, en todo caso, la solicitud ha de ir acompañada de la documentación necesaria para determinar la contingencia, esto es, a la misma deben acompañarse los informes médicos y las pruebas médicas practicadas.

Ha de tenerse en cuenta, no obstante, que la baja inicial determina el comienzo del pago de la prestación, sin perjuicio de que si, posteriormente, se modifica la contingencia, se efectúen las compensaciones que procedan, tanto en cuantías económicas como en costes de las prestaciones sanitarias. De tal manera que si la contingencia declarada inicialmente es común, el Servicio Público de Salud debe costear la asistencia sanitaria, y la prestación económica corre por cuenta de la entidad gestora. Mientras que si el proceso es declarado como derivado de contingencia profesional los costes de las prestaciones sanitarias y económicas corren a cargo de la empresa colaboradora o de la mutua.

En otro orden de cosas, el INSS ha de comunicar la iniciación del procedimiento al Servicio Público de Salud, a la mutua o a la empresa colaboradora, cuando el procedimiento no se hubiera iniciado a su instancia y en aquellos asuntos que les afecten, al objeto de que, en el plazo improrrogable de 4 días hábiles, aquellas aporten los antecedentes relacionados con el caso e informen de la contingencia de la que creen que deriva el proceso patológico y los motivos del mismo. También exige la Ley que se debe dar traslado al trabajador de la iniciación del procedimiento, cuando éste no haya iniciado el mismo, indicándole que dispone de 10 días hábiles para aportar la documentación y las alegaciones que estimen convenientes.

Se prevé, asimismo, que en la tramitación del expediente es preceptivo el dictamen del EVI²¹, quien debe elevarlo al director provincial del INSS, pronunciándose sobre la contingencia que ha originado el proceso de incapacidad temporal. Con el informe del EVI, el director provincial del INSS debe dictar la resolución en el plazo máximo de 15 días hábiles desde la aportación de la documentación por los interesados o del agotamiento de los plazos para ello. La resolución contendrá los siguientes extremos:

- a) Determinación de la contingencia de la que deriva la situación de incapacidad temporal y si el proceso es o no recaída de otro anterior²².

²¹ El art. 3.1 f) del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla, en materia de incapacidades laborales del sistema de la Seguridad Social, establece que serán funciones de los Equipos de Valoración de Incapacidades, la determinación del carácter común o profesional de la enfermedad que origine la situación de incapacidad temporal o muerte del trabajador cuando le sea solicitado tal dictamen.

²² De acuerdo con el artículo 131 bis de la Ley General de la Seguridad Social se considera que existe recaída en un mismo proceso cuando se produzca una nueva médica por la misma o similar patología dentro de los 180 días naturales siguientes a la fecha de efectos del alta médica anterior. En relación a la recaída en los procesos de incapacidad temporal puede consultarse: GARCÍA PAREDES, M.L.: "Incapacidad temporal: recaídas", Actualidad Laboral, nº 18, 2009 o LÓPEZ INSUA, B.M.: "La problemática de la recaída de incapacidad temporal y el alcance de las competencias del INSS para emitir una nueva baja, a la vista de las últimas reformas operadas ¿Cuál ha sido su finalidad?", Temas Laborales, nº 108, 2011.

- b) Efectos que proceden como consecuencia de la determinación de la contingencia causante, cuando coincidan en el tiempo dolencias derivadas de distintas contingencias. En todo caso, la resolución debe establecer el carácter común o profesional de la contingencia causante y el sujeto obligado al pago de las prestaciones y a la prestación de asistencia sanitaria.

Finalmente, por lo que se refiere a la resolución del referido procedimiento, se impone por la norma que ésta se ha de comunicar al interesado, a la empresa, a la mutua y al Servicio Público de Salud, si bien, se establece, al objeto de mejorar la gestión de la prestación con el uso de las TIC, que las comunicaciones efectuadas entre las entidades gestoras, la mutua y la empresa se deben llevar a cabo, preferentemente, por medios electrónicos, informáticos o telemáticos que permitan una mayor rapidez en la transmisión de la información.

5. LA REVISIÓN DE LAS DECLARACIONES DE ALTAS MÉDICAS DICTADAS POR LA MUTUA EN LA IT DERIVADA DE CONTINGENCIAS PROFESIONALES

Hay que tener en cuenta que el RD 1430/2009, en su artículo 4 venía a establecer el procedimiento de revisión de las altas médicas expedidas por las mutuas, si bien dicho procedimiento es objeto de algunas transformaciones importante a raíz de la aprobación del RD 625/2014²³.

Veamos, pues, las principales características que presenta este procedimiento, tal cual ha quedado configurado tras la promulgación de la nueva norma de referencia en esta materia.

En primer término, debe advertirse que podrán ser objeto de este procedimiento administrativo de revisión aquellas altas médicas emitidas por las mutuas en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales, con anterioridad al agotamiento del plazo de 12 meses de duración de la situación de incapacidad temporal, puesto que, tal y como hemos analizado, a partir del cumplimiento de los 365 días, el control de las situaciones de incapacidad temporal viene a ser ejercido, exclusivamente, por parte de la entidad gestora.

El referido procedimiento habrá de ser iniciado a instancia del interesado ante la entidad gestora, otorgándole a la tramitación de aquel el carácter de preferente, al objeto de que la resolución se lleve a cabo en el menor tiempo posible.

Se prevé en la Ley un plazo de 10 días hábiles (frente al plazo anterior de 4 días naturales) siguientes al de notificación del alta por la mutua, para la presentación de la solicitud ante el INSS o el ISM. De este modo, la nueva norma lleva a cabo una importante ampliación del plazo para poner en marcha este procedimiento, puesto que, como se recordará, la legislación anterior venía a establecer, únicamente, un plazo de 4 días, siendo éstos además naturales y no hábiles, tal cual ocurre en el actual texto normativo. A la solicitud que da comienzo a la puesta en marcha del procedimiento de revisión habrá de adjuntarse necesariamente el historial médico previo o la copia de la solicitud del historial a la mutua.

²³ Ver la disposición final 3ª en sus apartados uno, dos y tres de la referida norma.

Además, se impone la obligación al trabajador de comunicar a la empresa la iniciación del procedimiento de revisión, el mismo día de presentación de la solicitud o el siguiente día hábil.

Hay que tener en cuenta que una de las consecuencias más importante que se genera con la iniciación o puesta en marcha del procedimiento es que se suspenden los efectos del alta emitida, porrogándose la incapacidad temporal durante toda la fase de tramitación, manteniéndose el abono de la prestación económica mediante pago delegado.

Por otro lado, la norma impone a la entidad gestora, el INSS o el ISM, el deber de efectuar de manera perentoria dos clases de comunicaciones, en relación con la iniciación del procedimiento especial de revisión del alta expedida por la mutua:

- a) En primer lugar, a la mutua que ha emitido el alta, para que en el plazo de 4 días hábiles aporte los antecedentes relacionados con el proceso y presente un informe sobre las causas del alta. Hay que tener en cuenta que la nueva regulación amplía el plazo para que la mutua aporte la documentación requerida, puesto que dicho plazo era sensiblemente menor en la legislación anterior, donde se establecía para este mismo fin un plazo de, tan solo, 2 días naturales. Asimismo, deben tenerse en cuenta dos extremos importantes, en este punto, ya que, por un lado, la no presentación de la documentación anterior por parte de la mutua, no implica la paralización del procedimiento. Puesto que el INSS puede dictar la resolución con la información aportada por el trabajador. Y, por otro lado, la mutua puede reconocer la improcedencia del alta, archivándose el procedimiento que se había puesto en marcha.
- b) En segundo lugar, a la empresa, en el plazo de los dos días siguientes a la presentación de la solicitud por el interesado. Hay que tener en cuenta que si el trabajador hubiera presentado en la empresa parte de baja emitido por el Servicio Público de Salud, la empresa debe informar de esta circunstancia al INSS o al ISM.

Cabe la posibilidad de que nos encontremos ante un supuesto distinto, consistente en que el trabajador solicita una baja médica, derivada de contingencia común, y del reconocimiento médico se desprende la existencia de un proceso previo de incapacidad temporal, derivado de contingencia profesional, en el que se ha emitido un alta. En este caso, se establece una doble obligación a cargo del Servicio Público de Salud, puesto que éste, por un lado, debe informar al interesado sobre la posibilidad de iniciar el procedimiento de revisión. Y, por otro lado, de manera inmediata, debe comunicar al INSS o al ISM la existencia de dos procesos de incapacidad temporal que pudieran estar relacionados. En esta situación, el plazo para iniciar el procedimiento es de 10 días hábiles siguientes al de la notificación del alta emitida por la mutua. Se produce, pues, aquí una importante ampliación del plazo con respecto a la regulación anterior, en la que se contemplaba un plazo mucho más perentorio de 4 días naturales.

Realmente, nos encontramos, en este caso, con un supuesto de determinación de la contingencia de la que deriva la incapacidad temporal, puesto que el INSS puede calificar el proceso de incapacidad temporal cualquiera que se la entidad responsable de la gestión y el pago de la prestación. En caso de que tenga lugar el supuesto de hecho anteriormente expuesto, se inicia el abono de la incapacidad temporal por contingencias comunes hasta la resolución del

procedimiento, al margen de que si el alta emitida por la mutua queda posteriormente sin efecto, una vez resuelto el procedimiento de revisión, ésta debe reintegrar al INSS o al ISM la prestación abonada al trabajador y a él la diferencia que resulte a su favor.

Al margen del supuesto que acabamos de analizar, hay que tener en cuenta que la norma de referencia establece que el director provincial del INSS debe dictar resolución en la que debe constar el informe del EVI, en el plazo máximo de 15 días hábiles. En este sentido, la resolución debe fijar los siguientes extremos:

- 1) La fecha y efectos del alta o el mantenimiento de la baja.
- 2) La contingencia de la que deriva el proceso de incapacidad temporal.
- 3) En su caso, la nulidad de otras bajas médicas que pudieran haberse emitido durante la tramitación del procedimiento de revisión por el Servicio Público de Salud.

Para finalizar con el tratamiento de este procedimiento, debemos poner de manifiesto que el mismo, por tanto, ha de finalizar con algunos de los siguientes pronunciamientos:

- 1) Confirmación del alta emitida por la mutua y declaración de extinción de la incapacidad temporal en la fecha de alta. En este caso, hay que tener en cuenta que se vendrá a considerar indebidamente percibida la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales, abonada al trabajador a partir de la fecha establecida en la resolución.
- 2) Mantenimiento de la incapacidad temporal, dejando sin efecto, por tanto, el alta médica emitida por la mutua.
- 3) Determinación de la contingencia de la que derive la incapacidad temporal, en los casos en que coincidan procesos en el mismo periodo de tiempo y existan distintas bajas médica. En estos supuestos, la resolución debe fijar los efectos que se deriven de la determinación de la contingencia causante.
- 4) También puede suceder que durante la tramitación del procedimiento de revisión el trabajador recupere la capacidad laboral, en este caso se puede dejar sin efectos el alta de la mutua por ser prematura. La resolución habrá de determinar la nueva fecha de efectos del alta y de extinción del proceso.
- 5) Puede ocurrir que durante la tramitación del procedimiento de revisión se cumpla el plazo de 12 meses de duración de la incapacidad temporal, en este supuesto decae el proceso. De manera que el INSS puede, bien prorrogar el proceso de incapacidad temporal, bien expedir el alta médica que extinga la situación de IT, o bien efectuar la propuesta de declaración de incapacidad permanente del trabajador.

Finalmente, debe advertirse que las resoluciones emitidas por la entidad gestora se consideran dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, con lo que quedará abierta la puerta para interponer demanda judicial ante la jurisdicción social.

6. ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LAS SITUACIONES DE IT Y DE LA PRESTACIÓN ECONÓMICA

En esencia, la nueva regulación mantiene las previsiones anteriores en relación a las actividades de seguimiento y control de la prestación económica por incapacidad temporal. Así pues, como regla general, la entidad responsable de la prestación económica, esto es, el

INS, el ISM o la mutua, pueden realizar el seguimiento y control para comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originaron el subsidio, a partir de la expedición del parte de baja.

Por lo que se refiere a las actividades del personal médico adscrito a la entidad correspondiente, éstas deben basarse en los datos que fundamenten los partes de baja y confirmación y en los reconocimientos médicos e informes realizados durante el proceso. Por tanto, se permite que los facultativos puedan acceder a los informes médicos, pruebas y diagnósticos relativos a las situaciones de incapacidad temporal, al objeto de que aquellos puedan desempeñar sus funciones.

No obstante, debe tenerse en cuenta que en este terreno nos vamos a tropezar con una importante restricción en el acceso a la documentación clínica de atención primaria y especializada de los trabajadores del sistema de Seguridad Social, puesto que dicho acceso se prevé para los inspectores médicos del INSS o el ISM, incluso, en relación a la documentación clínica de los trabajadores protegidos frente a las contingencias profesionales con una mutua. Sin embargo, el acceso no se contempla para los médicos de la mutua, en relación a la documentación clínica de atención primaria y especializada de trabajadores en incapacidad temporal por contingencias comunes protegidos por la mutua. Finalmente, se estipula la posibilidad de que la Intervención General de la Seguridad Social pueda acceder a los datos relativos a las situaciones de IT. Si bien, a pesar de dicha habilitación hacia la misma, se viene a imponer un límite basado en el principio de indispensabilidad, puesto que, únicamente, podrá acceder a aquellos datos de los trabajadores que sean estrictamente necesario para el ejercicio de sus funciones.

En este sentido, debe advertirse que dada la naturaleza de los datos referentes a los trabajadores en situaciones de incapacidad temporal, habida cuenta de la conexión de los mismos con los derechos fundamentales de aquellos, en especial, el derecho a la intimidad, se impone por parte de la Ley Orgánica de Protección de datos de Carácter Personal el límite de que los mismos solo puedan ser utilizados con la finalidad de control de los procesos de incapacidad temporal, no pudiendo ser empleados para finalidades distintas. Debiendo, además, las entidades y organismos intervinientes adoptar las medidas de seguridad contempladas en materia de protección de datos²⁴.

Por otro lado, en el marco de las actividades de seguimiento y control de las situaciones de incapacidad temporal, cabe recordar que desde 1997 se prevé que la entidad gestora pueda disponer que los trabajadores en IT sean reconocidos por los inspectores médicos de dichas entidades. Dicha facultad se extiende a las mutuas, a través de sus servicios médicos, en relación con los beneficiarios de prestación de IT derivada de contingencias comunes incluidos en su ámbito de gestión.

²⁴ RAMOS AGUIRRE, J.: “La protección de datos de carácter personal en el sector de la salud: un enfoque hacia la e-salud”, Datospersonales.org: La revista de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, nº 47, 2010; BARREDA, I.: “Protección de datos de salud: casos judiciales y tendencias normativas (I)”, Actualidad del derecho sanitario, nº 210, 2013; GÓMEZ SÁNCHEZ Y.: “Datos de salud como datos especialmente protegidos: Título II. Principios de la protección de datos. artículo 7”. VV.AA.: *Comentario a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal*, Civitas, Madrid, 2010.

En este sentido, el artículo 9 del RD 625/2014 viene a establecer las consecuencias por la negativa del trabajador a someterse al reconocimiento médico o la incomparecencia injustificada al mismo. Analicemos, pues, las estipulaciones contenidas al respecto en el referido precepto.

Como punto de partida, se establece que la citación al reconocimiento médico debe comunicarse al trabajador con una antelación mínima de 4 días hábiles, advirtiéndole de que de no acudir se suspende cautelarmente la prestación, y que si la falta de personación no se justifica en el plazo de 10 días hábiles siguientes a la fecha fijada para el reconocimiento, se extingue el subsidio.

En el marco de la citación al referido reconocimiento médico, ante la conducta que puede llevar a cabo el trabajador frente al mismo, el precepto se ocupa de establecer las consecuencias que habrá de tener la misma:

- a) Si el trabajador justifica las razones de la incomparecencia antes de la fecha fijada para el reconocimiento o el mismo día, la entidad gestora o la mutua deben fijar una fecha posterior, comunicándolo con 4 días hábiles de antelación.
- b) Si el trabajador no acude al reconocimiento en la fecha indicada, el director provincial debe dictar resolución, disponiendo la suspensión cautelar del subsidio, desde el día siguiente al fijado para el reconocimiento, disponiendo el trabajador de 10 días hábiles a partir de la fecha de incomparecencia para justificarla.
- c) Del mismo modo, se prevé que si el trabajador es citado a reconocimiento médico por una mutua y no comparece, la mutua debe acordar la suspensión cautelar del subsidio, desde el día siguiente al del reconocimiento. El trabajador tiene 10 días hábiles a partir de la fecha de incomparecencia para justificarla.
- d) Si el trabajador justifica la incomparecencia²⁵, el director provincial del INSS, o el ISM o la mutua, han de dictar una nueva resolución o acuerdo, dejando sin efecto la suspensión y rehabilitando el pago, con efectos desde la fecha de la suspensión, comunicando a la empresa y a la TGSS la resolución o acuerdo, por la que la suspensión queda sin efecto, informando de la fecha a partir de la que procede reponer el pago delegado por la empresa.
- e) Transcurridos 10 días hábiles desde la fecha en que estaba citado a reconocimiento, sin que el trabajador haya aportado justificación de la incomparecencia, el director provincial competente debe dictar resolución extinguiendo la prestación, con efectos desde el día en que hubiera sido efectiva la suspensión²⁶, comunicándolo al interesado. Asimismo, la entidad gestora debe comunicar la extinción acordada mediante vía telemática al Servicio Público de Salud, a la empresa y a la TGSS.
- f) Del mismo modo, transcurridos 10 días hábiles desde la fecha en que estaba citado a reconocimiento por la mutua, sin que el trabajador haya aportado justificación de la incomparecencia, la entidad debe acordar la extinción de la prestación, con efectos

²⁵ Así se viene a considerar que la incomparecencia está justificada cuando el trabajador aporte Informe del médico del Servicio Público de Salud que lo asista desaconsejando la personación por su situación clínica, cuando la cita se hubiese realizado con un plazo previo inferior a 4 días o cuando se acredite la inasistencia por cualquier otra causa suficiente.

²⁶ VALLE MUÑOZ, F. A: “La extinción del subsidio de incapacidad temporal por incomparecencia injustificada del beneficiario al reconocimiento médico de la mutua patronal”, Aranzadi Social, nº 22, 2011.

desde el día en que hubiera sido efectiva la suspensión, comunicándolo al interesado. La mutua debe comunicar la extinción mediante vía telemática al Servicio Público de Salud, a la empresa y a la TGSS.

7. CONCLUSIONES

Debe advertirse que el RD 625/2014 supone la total derogación de la normativa anterior, relativa a la gestión y control de la incapacidad temporal, debiendo tenerse presente dos importantes particularidades, de un lado, que el mismo viene a hacer referencia a aquellos procesos de incapacidad temporal que no superan los 365 de duración y, de otro lado, que de dicha norma quedarán excluidos aquellos procesos de incapacidad temporal referidos a los regímenes de funcionarios públicos.

Al margen de aquellas precisiones, debe tenerse presente que uno de los aspectos más afectados por el nuevo texto normativo viene a ser el tratamiento que se otorga a los partes médicos, en especial a los partes médicos de baja y de confirmación de la baja, puesto que respecto de los partes de alta, en esencia, se mantiene la regulación ya existente. En relación a los partes médicos, se observa como la nueva norma lleva a cabo la centralización en el INSS de los mismos, lo que vendrá a implicar que por parte de éste hayan de establecerse los mecanismos necesarios para hacer llegar a las demás entidades intervinientes aquellos. Ahora bien, quizás, una de las novedades más destacables de esta nueva regulación viene a ser la previsión de la expedición de los partes de baja y confirmación de la baja en función de la duración del proceso prevista por el facultativo que los emite, estableciéndose, en este sentido, diferentes grupos de duración estimada de los procesos de IT, atendiendo a la edad, la patología o la actividad profesional del trabajador. Del establecimiento de estos grupos, cabría destacar, sobre todo, el hecho de que en caso de ser necesarios diversos partes de confirmación durante el proceso, los mismos se pueden extender en el tiempo en función de la duración estimada del proceso, lo que elimina el carácter semanal que poseían aquellos partes en la regulación anterior, lo que, sin duda, vendrá a beneficiar a quienes se encuentren en dicha situación, cuando estemos en procesos donde se prevé un largo periodo de recuperación, al exonerarles a los mismos de aquella obligación, simplificándose de esta manera aquellos procesos, al no ser ya precisos un número tan elevado de partes de confirmación, los cuales, en ocasiones, suponían un obstáculo importante para los pacientes aquejados de largas enfermedades. Otro aspecto a reseñar, en relación a la nueva norma, es el importante recorte que experimentan los plazos en esta materia, tal cual ocurre, por ejemplo, en las propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes, procurando, con ello, dotar de mayor celeridad a la resolución de aquellas cuestiones o incidentes relacionadas con los procesos de IT, lo cual, sin duda, redundará en beneficio de los distintos sujetos implicados en los mismos, mutuas, trabajadores, etc.

Ahora bien, una de las cuestiones de mayor relevancia que viene a incorporar la nueva Ley es el establecimiento de un procedimiento específico para la determinación de la contingencia causante de la incapacidad temporal, el cual quedará residenciado en el INSS, en consonancia con lo que se venía estableciendo, previamente, por parte de los órganos judiciales, que hacían recaer en aquel dicha competencia. Igualmente, destaca el establecimiento de plazos breves en dicho procedimiento, en línea con la idea de dotar de mayor celeridad a la resolución de aquellas cuestiones o incidentes relacionados con los procesos de IT.

Finalmente, dos cuestiones resultan reseñables, por lo que se refiere a este Real Decreto, de un lado, la nueva regulación que se establece en relación al procedimiento de revisión de las declaraciones de altas médicas dictadas por las mutuas en la IT derivada de contingencias profesionales, donde destaca la tramitación preferente que se le otorga al mismo, y el aumento de los plazos para la iniciación y las pertinentes alegaciones en este procedimiento, a fin de evitar aquellas situaciones de indefensión que la normativa anterior generaba en ocasiones, al establecer un plazo excesivamente breve. No obstante, el aumento de los referidos plazos, no ha impedido el establecimiento de un plazo breve de resolución, en la idea, ya apuntada, de dotar de celeridad a la resolución de aquellas cuestiones o incidentes relacionados con estos procesos. De otro lado, se advierte como, en esencia, la Ley viene a mantener la regulación anterior en relación con el seguimiento y el control de las prestaciones de incapacidad temporal.

8. BIBLIOGRAFÍA

- BARREDA, I.: “Protección de datos de salud: casos judiciales y tendencias normativas (I)”, Actualidad del derecho sanitario, nº 210, 2013.
- FERNÁNDEZ ORRICO, F.J.: “Gestión y control de la incapacidad temporal tras el RD 625/2014, de 18 de julio”, REDT, nº 168, 2014.
- GARCÍA GIL, B.: “Obligaciones de las empresas”. En AA.VV.: Cuestiones sobre incapacidad temporal. Cinca, Madrid, 2011.
- GARCÍA PAREDES, M.L.: “Incapacidad temporal: recaídas”, Actualidad Laboral, nº 18, 2009.
- GONZÁLEZ GONZÁLEZ, C.: “La regulación de la gestión y el control de la incapacidad temporal en el RD 625/2014, de 18 de julio”, Aranzadi Doctrinal, nº 6, 2014.
- GONZÁLEZ DE LA ALEJA, R.: “Problemas y consecuencias en la calificación de la incapacidad permanente del trabajador que ha permanecido en incapacidad temporal y es previsible (aunque incierta) su recuperación. Una crítica a la práctica habitual de la entidad gestora en la aplicación del artículo 131 bis.2 TRLGSS”, Aranzadi Social nº 18, 2004.
- GÓMEZ SÁNCHEZ Y.: “Datos de salud como datos especialmente protegidos: Título II. Principios de la protección de datos. Artículo 7”. En AA.VV.: Comentario a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, Civitas, Madrid, 2010.
- LÓPEZ INSUA, B.M.: “La problemática de la recaída de incapacidad temporal y el alcance de las competencias del INSS para emitir una nueva baja, a la vista de las últimas reformas operadas ¿Cuál ha sido su finalidad?”, Temas Laborales, nº 108, 2011.
- LÓPEZ INSUA, B.M.: La incapacidad temporal en el sistema de Seguridad Social, Comares, Granada, 2014.
- PANIZO ROBLES, J. A.: “Un nuevo paso en el control de la prestación de la seguridad social por incapacidad temporal: el Real Decreto 625/2014”, RTSS. CEF. nº 377-378, 2014.
- PAREDES RODRÍGUEZ, J. M. y DOCTOR SÁNCHEZ-MIGALLÓN, R.: “La gestión y el control de la incapacidad temporal”, Aranzadi Social, nº 5, 2006.

RAMOS AGUIRRE, J.: “La protección de datos de carácter personal en el sector de la salud: un enfoque hacia la e-salud”, Datospersonales.org: La revista de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, nº 47, 2010.

RODRÍGUEZ ESCANCIANO, S.: “El control de la incapacidad temporal: su incidencia sobre la contención del gasto público y el aumento de la productividad empresarial”, Temas Laborales, nº 118, 2013.

SIRVENTE HERNÁNDEZ, N.: “Nuevas medidas de control en la gestión de los procesos de incapacidad temporal introducidas a raíz de la Ley 35/2010, de 17 de septiembre (LMURMT)”, Actualidad Laboral, nº 16, 2011.

TOSCANI GIMÉNEZ, D.: “Alta médica emitida por el INSS en procesos de IT de larga duración: puntos críticos”, Aranzadi Social, nº 5, 2008.

VALLE MÚÑOZ, F. A.: “La extinción del subsidio de incapacidad temporal por incomparecencia injustificada del beneficiario al reconocimiento médico de la mutua patronal”, Aranzadi Social, nº 22, 2011.