

Propuestas de mejora para la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes formuladas por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT¹) (Análisis técnico jurídico y de política del Derecho)

Proposals for improving the management of temporary disability due to common contingencies formulated by the Association of Mutual Societies for Workplace Accidents (Technical, legal and policy-based analysis of the law)

JOSÉ LUIS MONEREO PÉREZ

*Catedrático de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social.
Director de la Revista Derecho de la Seguridad Social, Laborum
Presidente de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social*
 <https://orcid.org/0000-0002-0230-6615>

GUILLERMO RODRÍGUEZ INIESTA

*Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Subdirector de la Revista Derecho de la Seguridad Social, Laborum
Secretario General de la Asociación Española de Salud y Seguridad Social*
 <https://orcid.org/0000-0001-5054-8822>

Cita Sugerida: MONEREO PÉREZ, J.L. y RODRÍGUEZ INIESTA, G.: «Propuestas de mejora para la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes formuladas por la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo (AMAT) (Análisis técnico jurídico y de política del Derecho)». *Revista de Derecho de la Seguridad Social, Laborum*. 38 (2024): 15-38.

“ARGANTE.—La razón de que, encontrándome enfermo —porque yo estoy enfermo—, quiero tener un hijo médico, pariente de médicos, para que entre todos busquen remedios a mi enfermedad. Quiero tener en mi familia el manantial de recursos que me es tan necesario; quien me observe y me recete.

*ANTONIA.—Eso es ponerse en razón. Cuando se discute pacíficamente, da gusto. Pero con la mano sobre el corazón, señor, ¿es verdad que estáis enfermo?”
El Enfermo Imaginario. Jean-Baptiste Poquelin “Molière”. Escena V*

“Las ideas de justicia y seguridad jurídica se hallan al lado de los pensamientos supraindividuales del bien común como componentes de la idea del Derecho [...]. Bien común, justicia y seguridad jurídica ejercen el condominio sobre el Derecho; no a partir de una armonía sin tensiones, sino, al contrario, en una relación de tensión viva”

GUSTAV RADBRUCH²

¹ Desde 1986 AMAT se presenta como una entidad sin ánimo de lucro integrada en distintas asociaciones nacionales e internacionales que tiene como misión la representación “patronal de todas las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social que existen en territorio español”, véase <https://www.amat.es/quienes-somos/> [consultado en 12 febrero 2024].

² RADBRUCH, G.: “El fin del Derecho”, en RADBRUCH, G.: *El hombre en el Derecho. Conferencias y artículos seleccionados sobre cuestiones fundamentales del Derecho*, edición y estudio preliminar, “Gustav Radbruch: un

1. EL PROBLEMA JURÍDICO PRÁCTICO

A finales de noviembre de 2023 AMAT presentaba su informe sobre “*Absentismo Laboral derivado de la Incapacidad Temporal por Contingencias Comunes (ITCC)*” en el que hacía avance de los tres primeros trimestres de 2023 y del ejercicio 2022 y presentaba –entre otras- estas cifras:



modelo de jurídicas crítico en el constitucionalismo democrático social” (pp. IX-LXIII), a cargo de J.L. Monereo Pérez, Granada, Comares (Colección Crítica del Derecho), 2020, p. 55

y venía a concluir que resultaba “necesario que, por parte del legislador, se reflexione con cierta urgencia sobre la viabilidad del actual modelo de gestión de la prestación de ITCC, y se impulsen todas aquellas medidas orientadas a una mejor gestión y control del absentismo laboral derivado de la ITCC, preservando siempre los derechos de los Trabajadores, pero dirigidas a evitar, además de todos los gastos que son innecesarios, el uso inadecuado de esta prestación por parte de una minoría de los mismos, así como a reducir las cargas administrativas y burocráticas que, en muchos casos, conducen a una duración superior de los procesos a lo que realmente sería necesario ...”³.

Pronto la prensa se haría eco de ello, con títulos más o menos acertados, pero indicativos de la preocupación que tal informe suscitaba, por ejemplo:

“El absentismo se dispara un 66% con Sánchez y se acerca al gasto en pensiones: costará 142.000 millones en 2023. Crecerá otro 15% más este año y solo en prestaciones se abonarán 25.000 millones. El 12% de los trabajadores acumula el 60% de las bajas.”⁴
“El coste del absentismo laboral ascenderá a 25.000 millones en 2023. Las Mutuas piden recuperar el plan que las habilitaba para atajar este problema. Supone un gasto innecesario de 2.370 millos para la Seguridad Social y las empresas.”⁵

El informe consta de un total de 8 apartados: Introducción; Evolución de los indicadores de gestión de la ITCC; Coste estimado del absentismo derivado de ITCC; Avance del absentismo por ITCC (tres primeros trimestres de 2023); Compendio de propuestas de mejoras para la gestión y el control de la ITCC; Incidencias a resolver en el control de la ITCC y con el Instituto Nacional de la Seguridad Social; Financiación de la ITCC y sus efectos en las cuentas de las Mutuas y en los Presupuestos de la Seguridad Social; y uno final de Anexos: Anexo I relativo al control en la gestión de la ITCC a nivel territorial y Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud (con anexos I.I y I.II) y un Anexo II de indicadores de ITCC del Sector de Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social (con un total de 18 cuadros o tablas).

Se trata de un interesante estudio del que aquí solo nos ocuparemos de analizar lo que en el mismo se denomina “Compendio de propuestas de mejoras para la gestión y el control de la ITCC”⁶.

Comienza recordando el importante déficit que la Seguridad Social viene arrastrando, desde el ejercicio 2011 y que por ello atendiendo a las Recomendaciones del Pacto de Toledo de 2020, se han venido acordando diversas reformas en el régimen jurídico del sistema de Seguridad Social⁷.

El RD-ley 2/2023, de 16 marzo, introdujo modificaciones relativas a la gestión de la Incapacidad Temporal, pero no dirigidas directamente a la gestión y control del absentismo. Las medidas allí introducidas buscaban la agilización de los procesos de baja laboral por ITCC, otorgando competencias a la Inspección Médica del INSS, vía asunción del control de los procesos de Incapacidad

³ El informe se puede consultar en <https://amat.es/wp-content/uploads/2021/03/informe-sobre-absentismo.pdf>.

⁴ https://www.larazon.es/economia/absentismo-dispara-66-sanchez-acerca-gasto-pensiones-costara-142000-millones-2023_20231120655ac31332499c00014e26ac.html

⁵ <https://www.eleconomista.es/economia/noticias/12544998/11/23/el-coste-del-absentismo-laboral-ascendera-a-25000-millones-en-2023.html>.

⁶ Recogido en el apartado 5, páginas 30 a 49.

⁷ Especial hincapié se hace en las reformas introducidas por el RD RD-ley 2/2023, de 16 de marzo, de medidas urgentes para la ampliación de derechos de los pensionistas, la reducción de la brecha de género y el establecimiento de un nuevo marco de sostenibilidad del Sistema Público de Pensiones, sobre los gastos impropios de la Seguridad Social y su financiación vía impuestos, revisión de la pensión de jubilación que permita aproximar al máximo la edad real de jubilación a la edad prevista legalmente, desincentivando la jubilación anticipada, y promoviendo el alargamiento voluntario de la vida laboral más allá de dicha edad legal de jubilación, entre otras medidas.

Temporal a partir de los 365 días hasta los 545 días, sin necesidad de la intervención de los Equipos de Valoración de Incapacidades (EVI). Por otro lado, se suprimirá la posibilidad de que las Mutuas puedan realizar propuestas de alta al INSS en supuestos de denegación por parte de los Servicios Públicos de Salud (SPS). Lo que según el informe tendrá un efecto negativo ya que supondrá un alargamiento de las bajas y además penalizará a las empresas ya que tendrán que mantener el pago delegado de la prestación desde los 365 días hasta los 545 o hasta el alta médica del trabajador.

El informe recuerda la Recomendación 9 del Pacto de Toledo:

“Las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social cumplen un destacado papel dentro del sistema asumiendo la cobertura de las prestaciones correspondientes a las contingencias profesionales y colaborando en la gestión de otras prestaciones, como la incapacidad temporal.

En aras de reforzar su eficiencia es necesario completar el proceso de modernización y transparencia en su funcionamiento, incluyendo la regla de paridad en la composición de sus órganos de gobierno, así como dotarlas de cierto margen de flexibilidad en el uso de sus recursos que resulte compatible con un estricto control por la Seguridad Social, en idénticas condiciones al resto de los servicios que la componen⁸.

Y también el V Acuerdo para el Empleo y la Negociación Colectiva, suscrito entre CEOE, CEPYME, CCOO y UGT, el 10 de mayo de 2023, para el período 2023 a 2025, por el que las Organizaciones firmantes manifiestan su preocupación por los indicadores de incapacidad temporal derivada de Contingencias Comunes⁹, que en su capítulo VII, señala que

“Las Organizaciones empresariales y sindicales firmantes de este Acuerdo manifestamos nuestra preocupación por los indicadores de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes. En ese sentido, deseamos establecer líneas de actuación que mejoren la salud de las personas trabajadoras.

Ante esta situación, exhortamos a la negociación colectiva a:

Establecer procedimientos y ámbitos paritarios de análisis de la incapacidad temporal por contingencias comunes, que incluya el estudio de las causas, la incidencia y duración de los procesos.

Fijar líneas de actuación que como consecuencia reduzcan el número de procesos y su duración, así como el seguimiento y evaluación de dichas actuaciones.

Igualmente, las Organizaciones firmantes de este Acuerdo consideramos que el aprovechamiento de los recursos de las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social contribuye al objetivo de mejorar los tiempos de espera, la atención sanitaria de las personas trabajadoras y la recuperación de su salud, así como a reducir la lista de espera en el Sistema público.

Al objeto de cumplir esta finalidad, las Organizaciones signatarias instamos a las administraciones con competencias en la materia a desarrollar convenios con dichas Mutuas, encaminados a realizar pruebas diagnósticas y tratamientos terapéuticos y rehabilitadores en procesos de IT por contingencias comunes de origen traumatológico. Todo ello se llevará a cabo con respeto de las garantías de intimidad, sigilo, confidencialidad, consentimiento informado y coordinación con el profesional sanitario del Sistema público de salud.

Asimismo, instamos a que se activen ámbitos tripartitos nacionales y autonómicos para:

Analizar la incapacidad temporal por contingencias comunes, que incluya el seguimiento de las causas, la incidencia y duración de los procesos.

⁸ Lo destacado en negrita así se recoge en el Informe que se analiza.

⁹ Publicado por Resolución de 19 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo (BOE 31 de mayo).

Estudiar el impacto que la respuesta del Sistema Nacional de Salud, en cada uno de los ámbitos, tiene en los procesos de IT.
Establecer líneas de actuación dirigidas a proteger la salud de las personas trabajadoras y así reducir el número de procesos y su duración, incluido el seguimiento y evaluación de dichas actuaciones.”

Partiendo de ello, el informe contiene una propuesta general la de impulsar una experiencia piloto en alguna Comunidad Autónoma, consistente en que:

“Las Mutuas realicen la asistencia sanitaria y el alta médica en procesos traumatológicos cuando el médico de la Mutua entienda que el trabajador ha superado su enfermedad, o bien, está recuperado de su accidente no laboral”.

El informe sostiene, que las medidas a tomar deben estar orientadas a afrontar los problemas provocados por:

- Laberinto burocrático entre entidades gestoras de la Seguridad Social, Servicios Públicos de Salud (SPS) de las CC.AA., Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA y Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.
- La excesiva carga asistencial en los SPS.
- El uso abusivo de la prestación por parte de algunos trabajadores.
- El alargamiento de los procesos de ITCC, especialmente los de duración superior a 365 días.

Como se es consciente de la complejidad de las reformas normativas que necesariamente tendrían que adoptarse, parte de que se podría impulsar una experiencia piloto en alguna comunidad autónoma y que allí los servicios médicos de las Mutuas asuman la atención sanitaria y el alta médica de los procesos traumatológicos. Con ello se afirma que se aliviaría la saturación existente en los SPS y se recuperaría la salud de los trabajadores lo antes posible. Este programa tendría como repercusión el acortamiento de la duración de los procesos de baja laboral por ITCC y se reducirían las listas de espera. La experiencia sería voluntaria para los trabajadores y con posibilidad en caso de desacuerdo con el alta médica de acudir a la Inspección Médica del Servicio Públicos de Salud de su Comunidad Autónoma para su validación y/o rectificación del alta emitida por el médico de la Mutua.

2. ANALISIS DE LAS PROPUESTAS CONCRETAS DE REFORMA LEGISLATIVA Y LA COMPLEJIDAD JURÍDICA E INSTITUCIONAL DE LAS MISMAS

Las concretas propuestas se centran en los siguientes puntos:

- A) Propuestas relativas a la asistencia sanitaria
- B) Propuestas sobre el control y seguimiento del procedimiento de propuestas de alta.
- C) Propuestas de mejora en materia de gestión de la Incapacidad Permanente.
- D) Propuestas de mejora en materia de Seguridad Social para reducir el gasto de prestaciones de ITCC.

E) Otras propuestas.

A) Competencia en materia de atención sanitaria y emisión de altas médicas en los procesos de ITCC

Esta propuesta se concreta en lo siguiente:

a) Reconocer la competencia de las Mutuas para prestar asistencia sanitaria y emitir altas médicas en los procesos de ITCC

Aunque aparentemente se plantea como competencia general para los procesos de ITCC, en realidad luego lo reduce (“al menos” se dice en informe) a las patologías traumáticas y osteo-articulares.

Como fundamento o razón para ello se hace valer:

- Su acreditada solvencia de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social y sus medios para poder gestionar estos procesos de ITCC y, por tanto, realizar los tratamientos adecuados para garantizar la mejor recuperación de la salud de los Trabajadores, y poder emitir el alta médica que, en todo caso, sería revisable por el INSS.
- Las previsiones del art. 82.1 LGSS que señala que las prestaciones y los servicios atribuidos a la gestión de las Mutuas se dispensarán a favor de los trabajadores al servicio de los empresarios asociados y de los trabajadores por cuenta propia adheridos, con el mismo alcance que dispensan las Entidades Gestoras.

Si bien, eso no se indica en el informe, no debe olvidarse el último inciso del apartado 1 de dicho artículo, que señala que dichas actividades deben llevarse a cabo, conforme a las particularidades del resto de apartados del art. 82 LGSS, que precisa el alcance de la intervención de las mismas.

- Dará mayor calidad asistencial para el trabajador pues se acortarían las duraciones innecesarias de los procesos; se reducirían las listas de espera, y se minimizaría la carga burocrática, con lo que se contribuiría a reducir los costes económicos y sociales que están siendo asumidos por las empresas y los trabajadores, así como por el Sistema de la Seguridad Social. Ahora bien (así se reconoce) debería venir aparejado al reconocimiento de tal competencia la modificación del RD 1430/2009, de 11 de septiembre, en relación a normar un procedimiento de revisión de las altas médicas acordadas por los médicos de las Mutuas.

b) Posibilidad de que las Mutuas puedan prestar asistencia sanitaria simplemente con el consentimiento del trabajador sin necesidad de autorización del SPS

Aquí ocurre igual que en el apartado anterior, la propuesta luego se reduce a las patologías traumatológicas.

Se plantea, sustituir el actual régimen de autorizaciones previas para llevar a cabo pruebas, tratamientos e intervenciones quirúrgicas simplemente con la conformidad del interesado (se entiende trabajador) y con una comunicación a los SPS. Y ello sería sin necesidad de vincularlo a acuerdos o convenios del SPS con las Mutuas¹⁰.

¹⁰ Se invoca que eso ya lo ampara el art. 82.4, d) LGSS

En los términos que se plantea es distinta de la medida anterior, es decir con independencia de que se les reconozca competencia plena en la gestión de la atención sanitaria en los procesos de ITCC (en realidad parece que se presenta como alternativa).

Se supone (así se dice) que ello llevaría asociado una mejor y más pronta recuperación de los trabajadores, sin perjuicio de garantizar todos sus derechos ya que se prevé el consentimiento expreso del trabajador y que no haya oposición del SPS (mediante respuesta expresa negativa del mismo).

c) Otras medidas relacionadas con la asistencia sanitaria

- Se propone crear una figura de enlace entre las Mutuas y los Centros de Atención Primaria para el control y seguimiento de las bajas por ITCC.
- Facultar a las Mutuas para mantener el tratamiento (generalmente rehabilitador) en procesos traumatológicos más allá de la fecha de alta medida.
- Establecimiento de instrumentos objetivos y basados en la evidencia científica que eviten la reiteración de pruebas o interconsultas especializadas.
- Establecer modelos basados en la inteligencia artificial y grandes datos orientados al acortamiento de la duración innecesaria de procesos de ITCC. En realidad lo que se está pidiendo es hacer lo mismo que la Seguridad Social viene haciendo desde 2018¹¹.

B) Mejora en el control y seguimiento del procedimiento de propuestas de alta

De forma subsidiaria a la petición a la propuesta anterior (que las Mutuas asuman la gestión sanitaria integral de los procesos de ITCC –al menos los traumatológicos-) se interesa que las propuestas de alta formuladas por las Mutuas tengan carácter ejecutivo (al menos las que cuenten con la conformidad expresa del trabajador). Y también se entiende oportuno otorgar carácter ejecutivo a

¹¹ Véase Revista de la Seguridad Social (accesible en https://revista_seg-social.es/-/la-seguridad-social-refuerza-el-control-de-la-it) [consultado en 13 febrero de 2024], que reseña el contenido del Plan de Intensificación de la actuación del INSS para reforzar el control de la prestación por IT, antes de que el proceso alcance los 345 días, utilizando la herramienta SAS (sistema de analítica predictiva) para seleccionar procesos de IT susceptibles de recuperación de la capacidad laboral.

El objetivo del plan es mejorar los resultados de estos indicadores que reflejan la situación de IT (incidencia, prevalencia y duración media), adecuándolos a la situación de disminución de la capacidad laboral real de los trabajadores para que perciban este subsidio aquellos que realmente cumplan los requisitos legales para hacerlo.

El principal elemento innovador de esta práctica es el uso generalizado de una herramienta de analítica predictiva en la selección de los casos a revisar por los inspectores médicos del INSS, habiendo permitido la creación de dos modelos a utilizar: uno para las primeras citas de reconocimiento y otro para las sucesivas.

Esos modelos agrupan una serie de variables (profesión, diagnóstico, edad, tipo de contrato de trabajo, sector de actividad, duración de las bajas, etc.) que han demostrado su efectividad en la predicción de las situaciones susceptibles de ser alta médica y la herramienta va autoalimentándose con la información que va obteniendo en sus aplicaciones previas.

Desarrollo del Plan

El plan, desarrollado en el último trimestre de 2018, consistió en el incremento del control de los procesos de IT de menos de 345 días de duración. Para ello, los inspectores médicos que voluntariamente decidieron participar realizaron 20 actos médicos (reconocimientos y valoraciones de historia clínica on-line) hasta completar 240 controles trimestrales, fuera de su horario habitual. Al mejorar la selección de los procesos de control, se esperaba detectar de manera más ajustada un mayor número de trabajadores que habrían recuperado su capacidad laboral para poder emitir el alta médica.

En total, participaron 77 inspectores médicos y 30 administrativos de 21 direcciones provinciales del INSS realizándose un total de 17.810 actos médicos (el 97% de los esperados).

De las 10.753 valoraciones sobre historia clínica, se concluyó que el 35%

las Propuestas de alta, sobre procesos con diagnóstico osteomuscular cuando vayan acompañadas de informe clínico motivado, una vez evaluada por la Mutua la capacidad del Trabajador (como si se tratará de un alta por contingencia profesional). Al menos se debería valorar positivamente, aquellas propuestas de alta de procesos en los que las Mutuas hayan atendido a los trabajadores en sus centros hospitalarios y ambulatorios.

Y finalmente dentro de este apartado se propone incorporar al RD 625/2014, de 18 julio, que las Propuestas de Alta realizadas ante el INSS (tras realizar la Propuesta de Alta al SPS sin haber obtenido respuesta) en el caso de que tampoco se obtenga respuesta por esta Entidad Gestora en los 5 días siguientes, cobren valor ejecutivo de alta, es decir, alta por silencio administrativo positivo. O alternativamente que las Mutuas formulen propuestas de alta por mejoría o curación cuando consideren que el beneficiario de la situación de ITCC podría no estar impedido para el trabajo, aunque hayan transcurrido los 365 días del proceso de IT, debiendo de dirigirse estas propuestas ante la Inspección Médica del INSS, como competente en esta materia.

La propuesta no parece que esté en visos de ser atendida, a tenor de la reforma introducida por el RD-ley 2/2023, 16 marzo, que modificó el art. 82.4.b) LGSS, en relación con las propuestas de alta de las mutuas a la Inspección Médica de los SPS, se elimina la posibilidad de que si estos últimos desestiman la propuesta la mutua pueda dirigirla al INSS. Y, en consecuencia, la mutua solo podrá dirigirse al INSS cuando la Inspección Médica del servicio público de salud no conteste a su propuesta de alta en la forma y plazo establecido, algo que, según se recoge ahora expresamente, habrá de ser excepcional.

C) Propuestas relativas a la gestión de la incapacidad permanente

Aunque el informe y las propuestas van referidas a la incapacidad temporal, también se incluye –por su relación con la pretendida asunción de gestión íntegra de los procesos de ITCC, dos que afectan la incapacidad permanente:

- El reconocimiento legal expreso de la legitimación de las Mutuas para proponer la incapacidad permanente que derive de un proceso de ITCC de las que ellas sean las responsables y estimen que la situación patológica del trabajador sea tributaria de incapacidad permanente. En definitiva, que puedan formular propuestas de incapacidad permanente y consecuentemente alta médica.
- Que los médicos de las Mutuas participen en la evaluación médica de los Trabajadores con bajas de más de 365 días, y representantes de las Mutuas formen parte de los Equipos de Valoración de Incapacidades para valorar una propuesta de Incapacidad Permanente.

D) Propuestas para reducir el gasto de prestaciones de ITCC

Aquí las propuestas son múltiples y variadas y muchas de ellas son antiguas reivindicaciones de las Mutuas:

- **Establecer un sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias comunes en las Empresas**, siempre que hayan reducido los costes de la incapacidad temporal por debajo de los límites establecidos, o que hayan obtenido una reducción significativa de estos costes, como consecuencia de la aplicación de planes pactados en el ámbito de la empresa con la representación de los trabajadores.

En realidad, se trata de algo parecido a al sistema de reducción en las cotizaciones por contingencias profesionales recogidas en el RD 237/2017, de 10 de marzo, que en la actualidad se encuentra suspendido por la disposición adicional nonagésima séptima de la Ley 31/2022, de 23 de diciembre, a la espera de que el Gobierno proceda a la reforma del citado Real Decreto.

- **Reformar las previsiones del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración**, referentes a los tiempos de duración óptima, atendiendo a criterios exclusivamente médicos que fijan la duración óptima de los procesos.

La propuesta no concreta nada más y no queda claro a que se refiere a que los tiempos de duración óptima se hagan atendiendo a criterios exclusivamente médico ¿se trata de volver a los denominados tiempos estándar o de duración media de los procesos patológicos y eliminar los factores de corrección por grupos de edad y sexo, ocupación; y comorbilidad?

Téngase en cuenta que los actuales tiempos óptimos de duración de los procesos de incapacidad temporal son fruto del consenso científico de grupos de trabajo en los que han estado representadas las principales sociedades científicas de ámbito nacional¹² conjuntamente con los médicos inspectores del INSS y que los periodos en ellas reseñados como tiempos estándar o tiempos medios ideales requeridos para la resolución de un proceso clínico que ha originado una situación de incapacidad temporal para el trabajo habitual, utilizando técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador.

Debe destacarse de ellos su carácter personalizado para cada trabajador y para su logro se aplican a los tiempos estándar cuatro variables como factores correctores por edad, sexo, ocupación y segundo diagnóstico acompañante al diagnóstico principal que motiva la situación de incapacidad temporal en cada trabajador. En el cálculo y determinación de dichos factores de corrección han sido utilizadas como fuentes de información las bases de datos del INSS y aplicando las técnicas estadísticas de contraste de medias desarrolladas por médicos epidemiólogos del Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo¹³.

- **Revisar el sistema de partes de confirmación, ya que conlleva la demora** de los procesos, reduciendo los plazos en la emisión de los partes de confirmación.

¹² Colaboraron al siguientes sociedades científicas españolas: Angiología y Cirugía Vasculard; Cardiología; Cirugía Ortopédica y Traumatológica; Dermatología y Venereología; Endocrinología y Nutrición; Enfermedades infecciosas y microbiología clínica; Medicina del Trabajo; Gastroenterologías; Ginecología; y Obstetricia; Hematología y Hemoterapia; Medicina General y de Familia; Nefrología; Neumología y Cirugía Torácica; Neurología; Oftalmología; Oncología Médica; Otorrinolaringología y Cirugía de la Cabeza y Cuello; Psiquiatría y Psiquiatría Biológica; Reumatología; y Senología y Patología Mamaria.

¹³ Ver Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal, INSS, cuarta edición (accesible en [https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/d24cc76a-e1f4-49b6-b36f-fb8fc00a32a7/Manual+Tiempos+%C3%93ptimos+IT_Castellano_v4.0_\[consultado el 14 febrero 2024\]](https://www.seg-social.es/wps/wcm/connect/wss/d24cc76a-e1f4-49b6-b36f-fb8fc00a32a7/Manual+Tiempos+%C3%93ptimos+IT_Castellano_v4.0_[consultado el 14 febrero 2024]))

Sobre esto ya se hizo eco, de forma parcial, la reforma introducida por el RD 1060/2022, de 27 de diciembre en el RD 625/2014, de 18 de julio¹⁴.

- **Suprimir o, en su caso, reformular los Convenios entre el INSS y los SPS de las CCAA para la gestión y el control de la IT**, con el único objetivo de reducir el coste de la ITCC que corre a cargo de la Seguridad Social y de las Empresas.

Sobre el contenido y alcance de la reformulación nada se dice, a no ser que se pretenda que los mismos se extienda también a las Mutuas.

La Ley 21/2001, 27 diciembre, estableció un nuevo sistema de financiación de las CC.AA, creando su art. 4 B. c) un fondo específico denominado “*Programa de Ahorro en Incapacidad Temporal*” dirigido a financiar la adopción de programas y medidas dirigidas al control del gasto relativo a la incapacidad temporal y a la mejora de la gestión de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social para estas contingencias, correspondiendo la gestión financiera de dicho fondo a la Tesorería General de la Seguridad Social. Esos Fondos sirvieron para que el INSS y las CC.AA. suscribieran Convenios Generales para el control de la IT y Convenios Específicos para control de ciertas patologías y procesos de IT de corta duración.

Los últimos convenios suscritos en esta materia son los relativos al período 2021-2022 que recientemente han sido prorrogados (en el algún caso modificados) a lo largo del mes de diciembre de 2022¹⁵.

No obstante, debe recordarse que ya hay ciertas colaboraciones vía convenio entre INSS (e ISM) y Mutuas vía para acceso telemático a los informes médicos de los expedientes administrativos del INSS por parte de las Mutuas. En este sentido véase la Resolución de 18 de octubre de 2021, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Social de la Marina, las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social y la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. En virtud del mismo el INSS y el ISM se comprometen a facilitar a los médicos de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social el acceso informatizado a los informes médicos emitidos por los médicos inspectores del INSS, una vez consolidados en el sistema, relativos a procesos de incapacidad temporal y permanente derivados de contingencias comunes y profesionales, así como procedimientos para la determinación de contingencia, de los expedientes administrativos en los que las Mutuas tengan competencia en materia de gestión.

Asimismo, se facilitará a las Mutuas el acceso a un servicio de consulta que facilite información de los cambios de situación de los expedientes en el aplicativo de trabajo informatizado de las unidades médicas (ATRIUM), para que las Mutuas tengan información

¹⁴ Véase también la Orden ISM/2/2023, 11 de enero, que modifica la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, que desarrollaba el RD 625/2014, de 18 julio.

¹⁵ Andalucía, Aragón, Asturias, Islas Baleares; Cantabria, Castilla y León; Castilla La Mancha, Cataluña, Extremadura, Madrid, Murcia, La Rioja y Valencia, todas ellas por Resoluciones de 30 de diciembre de 2022 de la Secretaría General Técnica por la que se publica la Adenda de prórroga y modificación al Convenio con la CA de Andalucía (BOE 12 de enero de 2023).

Un breve análisis de los mismos puede verse en RODRÍGUEZ INIESTA, G.: “El control y la gestión de la incapacidad temporal. A propósito de la reforma introducida por el RD 1060/2022, de 27 de diciembre”, en REJLSS núm. 6, UMAEDITORIAL, págs. 144-185. Con más detalle y para los convenios anteriores a 2013, puede verse RODRÍGUEZ INIESTA, G.: *El control de la incapacidad temporal*, Ed. Laborum, Murcia, 2013, págs. 79-117.

de aquellas modificaciones que puedan afectar a la gestión de los procedimientos de su competencia.

Los médicos de las Mutuas que accedan a los informes médicos de ATRIUM y el personal de las Mutuas que acceda al servicio de consulta de cambios de situación de los expedientes en este aplicativo, se comprometen a que el acceso y tratamiento de esta información tenga por objeto, única y exclusivamente, el ejercicio de las competencias que tienen encomendadas en orden al control y gestión de las prestaciones de incapacidad temporal y permanente y procedimientos de determinación de contingencia, sin que puedan ser empleados para finalidades distintas y garantizándose, en todo caso, la seguridad y confidencialidad de los datos que se produzcan a causa o como consecuencia de este Convenio.

La Asociación de Mutuas y las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social se comprometen a realizar las adaptaciones en sus sistemas informáticos para el acceso telemático de los médicos de las Mutuas a los informes médicos emitidos por los médicos inspectores del INSS, así como a la consulta de los cambios de situación administrativa, en aquellos expedientes administrativos que fueran de su competencia, tramitados por las Entidades Gestoras.

- Calcular la **base reguladora del subsidio** de ITCC, a partir de las bases de cotización, que figuren en la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), en los doce meses anteriores a la fecha de la baja, con el fin de evitar incrementos injustificados de las bases de cotización. Medida extensible a los procesos derivados de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales.

Se propone un cambio en el cálculo y determinación de la prestación económica sobre la presunción de que pueda haber incrementos indebidos en la base de cotización del trabajador. Si el cálculo del subsidio de incapacidad temporal lo es –como regla general– sobre la base de cotización del mes anterior a la baja, se está presuponiendo que el trabajador sabría con anticipación que el mes próximo, va a ser declarado en baja médica y que por tanto tiene que llegar a un acuerdo con la empresa para que incremente su base de cotización. Se trata de una especulación que poco se sostiene y que realmente lo que se busca es una reducción de la cuantía del subsidio al extender el período de bases de cotización a tomar en cuenta de 1 mes a 12 meses.

- **Evitar la concesión de prórrogas automáticas y la superación del periodo máximo de ITCC**, interesando en su caso que el INSS tuviera que motivar clínicamente su decisión de prórroga.

La reforma en la IT llevada a cabo por el RD-ley 2/2023, no lleva ese camino interesado en la propuesta ya que la nueva versión del art. 170 LGSS viene a establecer que el agotamiento del plazo de 365 días sin emisión de alta médica supondrá el pase automático a la prórroga de IT, sin necesidad de declaración expresa, estableciéndose la presunción de que dentro del período subsiguiente de 180 días el trabajador puede ser dado de alta por curación o mejoría. Desaparece, en consecuencia, la necesidad de declaración expresa de la prórroga, previa valoración del EVI, que hasta la fecha se articulaba a través de una resolución.

La propuesta también incluye la relativa a que podría ser conveniente instaurar una incapacidad permanente revisable obligatoria a partir de determinada duración de la incapacidad temporal. Ahora bien, téngase en cuenta que todas las incapacidades permanentes sobre revisables hasta la fecha de cumplimiento de la edad mínima a la que se refiere el art.205.1.a) LGSS (la que permite acceder a la jubilación ordinaria)¹⁶. Y que el pase desde una situación de incapacidad temporal a una incapacidad permanente sin haber sido declarado en alta médica, conlleva necesariamente la posibilidad de una revisión ante mejoría o error en el diagnóstico.

- **Incluir la posibilidad de implantar la incapacidad temporal parcial**, que permita compatibilizar el tratamiento con la reincorporación parcial al trabajo, y la incapacidad temporal en pluriempleo, de modo que la suspensión del contrato y la situación de incapacidad solo afecte a aquellos empleos para los que el trabajador está incapacitado. Se trata de un interesante y también controvertido viejo planteamiento que en principio podría ser aceptable especialmente en situaciones de pluriactividad.

El problema de tal propuesta es que habría que contar con el parecer y las posibilidades reales de la empresa de poder asumir esa reincorporación parcial del trabajador. Y por otro lado no se concreta el alcance y contenido de tal medida: ¿obligará a las empresas a readaptar o adecuar el puesto de trabajo a la capacidad parcial del trabajador? ¿afecta a la jornada a realizar o solamente a las funciones? ¿cómo afectará a la prestación económica? ¿Cómo afectaría al trabajador que ha sustituido al trabajador en incapacidad temporal? Etcétera.

- Facultar expresamente a las **Mutuas para que puedan controlar aquellos procesos de ITCC con baja médica que hayan superado los 12 meses** de duración, y que actualmente es el INSS quien efectúa el control y seguimiento de estos procesos. La propuesta, a tenor de lo normado recientemente, poco apoyo tendría.
- **Impedir la emisión de bajas por contingencia común tras un proceso de contingencia profesional agotado**, cuando se producen por el mismo diagnóstico.

En realidad, la Mutua se está refiriendo a supuestos de bajas médica *estratégicas* como reacción a un alta por parte de la Mutua que el trabajador considera improcedente. Es obvio que la entidad gestora (INSS o ISM) no estén interesados en respaldar estas actuaciones. Por otro lado, la viabilidad actualmente normada de forma específica de impugnar una alta médica de una Mutua cabe pensar que la situación en la que se piensa no es frecuente.

- **Autorizar a la Entidad Gestora, o colaboradora, a extinguir el derecho al subsidio, cuando compruebe que el beneficiario realiza actividades incompatibles con la incapacidad temporal** por las cuales se encuentra de baja médica, **en lugar de suspenderlo**, sólo para los días en los que se demuestre la realización irregular de dichas actividades incompatibles.

Si ya es discutible que la entidad gestora pueda llevar a cabo sin más la extinción de una situación de IT por realizar trabajos incompatibles, concedérsela a una entidad colaboradora más aún. Sería darle capacidad sancionadora administrativa a una entidad que no es otra cosa que una asociación privada de empresarios (art. 80.1 LGSS).

¹⁶ Art. 200.2 LGSS.

- **Interconexión de la Historia Clínica del paciente por parte de los Servicios Médicos del INSS, los SPS y las Mutuas**, en aras a conocer los antecedentes médicos, conseguir y proporcionar los exámenes y reconocimientos médicos, evitando con ello la reiteración innecesaria de pruebas médicas, reduciendo el coste que supondría para el Sistema Nacional de Salud.

Actualmente, la normativa solo prevé el acceso por parte de las Entidades Gestoras a la Historia Clínica de las Mutuas y de los SPS y lo que se pretende es que, se supone vía convenio con las Comunidades Autónomas que son las responsables de los servicios sanitarios, dar la posibilidad de acceso recíproco a la Historia Clínica de las Mutuas y a los datos médicos de los procesos de ITCC de que dispongan los SPS del colectivo de trabajadores protegidos por las Mutuas.

La finalidad de evitar reiteración innecesaria de pruebas médicas, y consiguiente reducción del coste que supondría para el Sistema Nacional de Salud es en principio entendible, pero el problema es cómo garantizar el secreto, la confidencialidad y la protección de datos personales y que los datos a los que se acceden no sean otros que los relativos a los procesos patológicos específicos afectados.

- **Impulsar la introducción de cláusulas reguladoras del control de las ausencias por Incapacidad Temporal**, así como incluir criterios relacionados con los índices de absentismo, a tener en cuenta a la hora de fijar la política retributiva de la Empresa. Que se concretaría en la desaparición de la protección complementaria de IT, remitiéndose a la experiencia establecida en el art. 9 del RD-ley 20/2012, de 13 de julio¹⁷ -si bien

¹⁷ Dicho artículo decía así

Prestación económica en la situación de incapacidad temporal del personal al servicio de las Administraciones Públicas, organismo y entidades dependientes y órganos constitucionales.

1. La prestación económica de la situación de incapacidad temporal del personal al servicio de las Administraciones Públicas y órganos constitucionales se regirá por lo dispuesto en este artículo.

2. Cada Administración Pública, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrá complementar las prestaciones que perciba el personal funcionario incluido en el Régimen General de Seguridad Social y el personal laboral a su servicio en las situaciones de incapacidad temporal, de acuerdo con los siguientes límites:

1.º Cuando la situación de incapacidad temporal derive de contingencias comunes, durante los tres primeros días, se podrá reconocer un complemento retributivo hasta alcanzar como máximo el cincuenta por ciento de las retribuciones que se vengán percibiendo en el mes anterior al de causarse la incapacidad. Desde el día cuarto hasta el vigésimo, ambos inclusive, el complemento que se pueda sumar a la prestación económica reconocida por la Seguridad Social deberá ser tal que, en ningún caso, sumadas ambas cantidades, se supere el setenta y cinco por ciento de las retribuciones que vinieran correspondiendo a dicho personal en el mes anterior al de causarse la incapacidad. A partir del día vigésimo primero y hasta el nonagésimo, ambos inclusive, podrá reconocerse la totalidad de las retribuciones básicas, de la prestación por hijo a cargo, en su caso, y de las retribuciones complementarias.

2.º Cuando la situación de incapacidad temporal derive de contingencias profesionales, la prestación reconocida por la Seguridad Social podrá ser complementada, desde el primer día, hasta alcanzar como máximo el cien por cien de las retribuciones que vinieran correspondiendo a dicho personal en el mes anterior al de causarse la incapacidad.

3. Quienes estén adscritos a los regímenes especiales de seguridad social del mutualismo administrativo en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes, percibirán el cincuenta por ciento de las retribuciones tanto básicas como complementarias, como de la prestación de hijo a cargo, en su caso, desde el primer al tercer día de la situación de incapacidad temporal, tomando como referencia aquellas que percibían en el mes inmediato anterior al de causarse la situación de incapacidad temporal. Desde el día cuarto al vigésimo día, ambos inclusive, percibirán el setenta y cinco por ciento de las retribuciones tanto básicas como complementarias, como de la prestación de hijo a cargo, en su caso. A partir del día vigésimo primero y hasta el nonagésimo, ambos inclusive, percibirán la totalidad de las retribuciones básicas, de la prestación por hijo a cargo, en su caso, y de las retribuciones complementarias. Cuando la situación de incapacidad temporal derive de contingencias profesionales, la retribución a percibir podrá ser complementada, desde el primer día, hasta alcanzar como máximo el cien por cien de las retribuciones que vinieran correspondiendo a dicho personal en el mes anterior al de causarse la incapacidad.

recuérdese que solo afectaba al personal al servicio de las administraciones públicas, organismos y entidades dependientes y órganos constitucionales, o al menos que se articulasen medidas que desincentiven la iniciación de procesos de incapacidad temporal o bien los condicionen o limiten por ejemplo que se trate de procesos con hospitalización o de larga duración.

Va a ser difícil que se articulen estas medidas a tenor de la evolución normativa de los últimos años que precisamente ha sido contraria aquellas medidas restrictivas, recuérdese la evolución seguida entorno al art. 52.d) del ET sobre el despido objetivo por absentismo y la Ley 1/2020, de 15 de julio, que derogó el despido objetivo por faltas de asistencia al trabajo. Y en cuanto a la progresiva desaparición de los efectos que el art. 9 del RD-ley y vuelta o recuperación la situación previa a la reforma, recuérdese en tal sentido la Disposición Adicional 154 de la Ley 6/2018, de 3 julio, por la que se eliminaron las restricciones existentes hasta este momento y permite que cada Administración Pública determine, previa negociación colectiva, las retribuciones que ha de percibir durante la situación de incapacidad temporal el personal a su servicio y al de sus Organismos y Entidades públicas dependientes.

En virtud de dicha previsión, la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado -órgano al que le corresponde la negociación de los asuntos comunes tanto al personal funcionario como al personal laboral de la Administración General del Estado-, alcanzó un acuerdo por el que se volvió a la plenitud retributiva para el personal funcionario, estatutario o laboral al servicio de la Administración General del Estado, de sus Organismos o de sus Entidades Públicas dependientes, que se encuentre en la situación legal de incapacidad temporal, garantizando durante esta situación la percepción del 100 por cien de las retribuciones ordinarias correspondientes al mes de inicio de la incapacidad temporal.

A partir del día noagésimo primero, será de aplicación el subsidio establecido en cada régimen especial de acuerdo con su normativa.

4. Los integrantes de la Carrera Judicial y Fiscal, del Cuerpo de Secretarios judiciales, así como los Funcionarios de los Cuerpos al Servicio de la Administración de Justicia comprendidos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes, percibirán el cincuenta por ciento de las retribuciones tanto básicas como complementarias, como, en su caso, la prestación por hijo a cargo, en su caso, desde el primer al tercer día de la situación de incapacidad temporal, tomando como referencia aquellas que percibían en el mes inmediato anterior al de causarse la situación de incapacidad temporal. Desde el día cuarto al vigésimo día, ambos inclusive, percibirán el setenta y cinco por ciento de las retribuciones tanto básicas como complementarias, como de la prestación de hijo a cargo, en su caso. A partir del día vigésimo primero y hasta el día noagésimo, ambos inclusive, percibirán la totalidad de las retribuciones básicas, de la prestación por hijo a cargo, en su caso, y de las retribuciones complementarias.

Cuando la situación de incapacidad temporal derive de contingencias profesionales, la retribución a percibir podrá ser complementada desde el primer día, hasta alcanzar como máximo de las retribuciones que vinieran correspondiendo a dicho personal en el mes anterior al de causarse la incapacidad.

A partir del día noagésimo primero será de aplicación el subsidio establecido en el apartado 1.B) del artículo 20 del Real Decreto Legislativo 3/2000, de 23 de junio.

5. Cada Administración Pública podrá determinar, respecto a su personal, los supuestos en que con carácter excepcional y debidamente justificados se pueda establecer un complemento hasta alcanzar, como máximo, el cien por cien de las retribuciones que vinieran disfrutando en cada momento. A estos efectos, se considerarán en todo caso debidamente justificados los supuestos de hospitalización e intervención quirúrgica.

En ningún caso los funcionarios adscritos a los regímenes especiales de seguridad social gestionados por el mutualismo administrativo podrán percibir una cantidad inferior en situación de incapacidad temporal por contingencias comunes a la que corresponda a los funcionarios adscritos al régimen general de la seguridad social, incluidos, en su caso, los complementos que les resulten de aplicación a estos últimos.

6. Las referencias a días incluidas en el presente artículo se entenderán realizadas a días naturales.

7. Asimismo, se suspenden los Acuerdos, Pactos y Convenios vigentes que contradigan lo dispuesto en este artículo.

- **Facilitar el alta del trabajador** que se encuentre en situación de ITCC en ATRIUM, cuando es solicitada por el propio Trabajador a fin de recuperar su actividad profesional. No parece que debería de haber muchos problemas en atender esta propuesta.
- **Crear un tribunal médico** compuesto por médicos de Mutuas y de la Inspección del SPS, que permita resolver las determinaciones de contingencia en primera instancia y las disconformidades con el alta médica.

La propuesta recuerda a las competencias que las Comisiones Técnicas Calificadoras tenían reconocidas de actuar como tribunales médicos en Decreto 2766/1967, de 16 noviembre. Lo que implicaría –entre otras cosas- una reforma en el ámbito competencial que afectaría a los servicios públicos de salud que ahora no tienen competencia sobre ello y del equipo de valoración de incapacidades que son los actualmente competentes¹⁸.

E) Otras propuestas

Podríamos encuadrarlas en materias relativas a:

Medidas en materia de formación y coordinación institucional

- **Impulsar el desarrollo de programas concretos de control y reducción del absentismo** para aquellos colectivos, zonas geográficas o Empresas, con una mayor incidencia y duración en los procesos de ITCC.
- **Impulsar la colaboración de todas las Entidades** implicadas en la gestión de esta prestación, unificando criterios para la valoración y objetivación de la situación de baja, con relación a la profesión habitual del Trabajador, así como programas de formación conjunta.
- **Incrementar la formación, concienciación y sensibilización de los médicos de los SPS acerca del coste económico y social que entrañan las situaciones de ITCC.**
- **Asesoramiento a empresas y representantes de los trabajadores** en el marco de la negociación colectiva, difundiendo la “cultura de uso responsable de las prestaciones y recursos públicos”.
- **Elaboración de procesos y protocolos de reincorporación al trabajo**, así como la reubicación y rediseño de los puestos de trabajo, en colaboración entre Empresas, representantes de los Trabajadores y Mutuas.
- **Detección de un diagnóstico precoz y desarrollos de procesos de rehabilitación** necesarios para la reincorporación al trabajo.
- **Implantar un mecanismo de sanción real** para los comportamientos fraudulentos.
- **Mejorar la calidad de los datos de contacto de los trabajadores** con el fin de evitar demoras en la gestión de los procesos:

¹⁸ Véase art. 3 1. Letra f) del RD 1300/1995, de 21 julio.

- Favorecer los cambios normativos que sean precisos para **incorporar el correo electrónico en los partes médicos**: baja, confirmación y alta.
- **Fomentar la actualización de datos en la consulta médica**: teléfono, dirección y correo electrónico.
- **Promover la actualización de los datos de los Trabajadores en el Sistema de la Seguridad Social**, incluyendo entre estos el correo electrónico, con el fin de que puedan ser consultados a través de la transacción ATG62: Consulta de trabajadores.

En realidad, muchas de estas propuestas ya están contempladas en los convenios de colaboración entre el INSS y las Comunidades Autónomas. Quizás lo que se busca es estar presentes en los mismos.

Otras son más discutibles, como obligar a los trabajadores a que tengan y faciliten un correo electrónico.

Y relativas a:

Prevención de riesgos laborales

Se pretende que se redefina y refuerce el papel de la prevención con cargo a cuotas a realizar en las Empresas, técnica y sanitaria, como mecanismo de lucha contra la siniestralidad laboral y las Enfermedades Comunes y Accidentes no Laborales, en pro de los trabajadores y de la reducción de los costes sociales para las Empresas y para el Sistema de Seguridad Social.

3. UNA VALORACIÓN FINAL SOBRE EL INFORME

El informe del que anteriormente se ha ido dando cuenta y comentando brevemente a lo largo de las distintas propuestas que se formulan hay que decir que es interesante y muy bien documentado. Es serio y riguroso.

Dicho lo anterior y aunque se pueden encontrar hasta treinta y tres propuestas, unas más interesantes y viables que otras, en realidad la propuesta de mayor calibre o peso institucional es la relativa a asumir en su totalidad la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes de los trabajadores con cobertura en una Mutua colaboradora con la Seguridad Social, la misma que ya tienen para cuando la incapacidad temporal derive de un accidente de trabajo o enfermedad profesional.

Aparentemente la propuesta de asumir la gestión de la ITCC es general, pero en realidad las Mutuas solo muestran interés por aquellas que sean consecuencia ante patologías osteo-articulares y traumatológicas, e incluso a tenor de sus razonamientos tampoco a todas, solo a lo ellas llaman patologías más comunes o “top 20”¹⁹, a saber:

¹⁹ Ver anexo II.X. del informe, págs. 105 y ss.

Top 20 Patologías Traumatológicas²⁰
CIE-9²¹
715 - OSTEOARTROSIS Y TRASTORNOS CONEXOS
716 - OTRAS ARTROPATIAS Y ARTROPATIAS NO ESPECIFICADAS
717 - TRASTORNO INTERNO RODILLA
718 - OTRO DESARREGLOS ARTICULARES
719 - OTROS TRASTORNOS Y TRASTORNOS NEOM DE ARTICULACION
722 - TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL
723 - OTRAS ALTERACIONES COLUMNA CERVICAL
724 - OTRAS ALTERACIONES DE LA ESPALDA NO ESPECIFICADOS
726 - TENDINITIS INTERSECCIONES PERIFERICAS Y SINDROMES CONEXOS
727 - OTROS TRASTORNOS DE SINOVIATENDON Y BURSA
728 - TRASTORNO DE MUSCULO LIGAMENTO Y FASCIA
729 - OTROS TRASTORNOS DE TEJIDO BLANDOS
813 - FRACTURA DE RADIO Y CUBITO
844 - ESGUINCES Y TORCEDURAS DE RODILLA Y PIERNA

²⁰ En el informe se indica que la fuente de datos es: RESINA, Sistema de Información Sectorial de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

²¹ La referencia es a la Clasificación Internacional de Enfermedades. Novena revisión.2014.

Dicha clasificación recoge en:

Apartado 10. Enfermedades del sistema osteo-mioarticular y tejido conjuntivo (711-739), patologías clasificadas en: ARTROPATÍAS Y TRASTORNOS RELACIONADAS (710-719)

DORSOPATÍAS (720-724)

REUMATISMO, SALVO DE LA ESPALDA (725-729)

OSTEOPATÍAS, CONDROPATÍAS Y DEFORMIDADES MUSCULOESQUELÉTICAS ADQUIRIDAS (730-739)

Y en su apartado 17. Lesiones y Envenenamiento (800-999) las siguientes patologías:

FRACTURAS (800-829)

LUXACIÓN (830-839)

ESGUINCES Y TORCEDURAS DE ARTICULACIONES Y MÚSCULOS ADYACENTES (840-848)

LESIONES INTRACRANEALES, SALVO AQUÉLLAS CON FRACTURA DE CRÁNEO (850-854)

LESION INTERNA DE TÓRAX, ABDOMEN Y PELVIS (860-869)

HERIDAS ABIERTAS (870-897)

LESIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS (900-904)

EFFECTOS TARDÍOS DE LESIONES, ENVENENAMIENTOS, EFECTOS TÓXICOS Y OTRAS CAUSAS EXTERNAS (905-909)

LESION SUPERFICIAL (910-919)

CONTUSIÓN CON SUPERFICIE CUTANEA INTACTA (920-924)

LESIÓN POR APLASTAMIENTO (925-929)

EFFECTOS DE CUERPO EXTRAÑO QUE ENTRA A TRAVÉS DE ORIFICIO (930-939)

QUEMADURAS (940-949)

LESIÓN DE NERVIOS Y MÉDULA ESPINAL (950-957)

CIERTAS COMPLICACIONES TRAUMÁTICAS Y LESIONES NO ESPECIFICADAS (958-959)

ENVENENAMIENTO POR DROGAS, SUSTANCIAS MEDICAMENTOSAS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS (960-979)

EFFECTOS TÓXICOS DE SUSTANCIAS PRIMORDIALMENTE NO MEDICAMENTOSAS CON RESPECTO A SU ORIGEN (980-989)

OTROS EFFECTOS Y EFFECTOS NO ESPECIFICADOS DE CAUSAS EXTERNAS (990-995)

COMPLICACIONES DE CUIDADOS QUIRÚRGICOS Y MÉDICOS NO CLASIFICADOS BAJO OTROS CONCEPTOS (996-999)

845 - ESGUINCES Y TORCEDURAS DE TOBILLO Y PIE
847 - ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES NEOM DE LA ESPALDA
924 - CONTUSION DE MIEMBRO INFERIOR, DE OTROS SITIOS Y SITIOS NEOM
959 - OTROS TRAUMATISMOS Y LOS NO ESPECIFICADOS
995 - CIERTOS EFECTOS ADVERSOS NCOC
999 - COMPLICACIONES DE CUIDADOS MÉDICOS, NCOC

El que no se pretenda asumir la gestión total de las ITCC de cualquier patología es una obviedad, sería de imposible atención por ella. Y el que se pretenda reducir a las patologías osteo-articulares y traumatológicas, y a una sola parte de las mismas, plantearía de inicio la concreción del diagnóstico para que este se encuadre en alguna de las “top 20” y no en otros.

La valoración que se hace entre si el proceso patológico se ha cursado vía contingencias comunes o profesionales a tenor de los datos –resumen- que el Informe analizado señala es interesante en relación a la duración del proceso de IT y obviamente el coste que ello lleva aparejado.

Como se puede apreciar las reformas legislativas de mejora son necesarias, pero las medidas a adoptar son complejas, porque, como ya ha dicho tantas veces aquí, la IT necesita de una reforma integral y holística coherente, evitando incurrir en la promulgación de una legislación “motorizada” de carácter parcial a través de la técnica de “leyes-medida” específicas. De lo que se trataría es de la *planificación normativa e institucional* de la IT como contingencia cubierta dentro de la acción protectora del Sistema de Seguridad Social (artículo 42.1.c) TRLGSS como herramienta esencial para la mejora de la regulación. Lo cual supone precisar -con carácter previo y manera organizada en términos de fines a perseguir y medios jurídicos e institucionales para alcanzarlos- los términos en los que se pretende llevar a cabo la iniciativa normativa.

Con ello se podría alcanzar una mejora de la calidad de las normas *como presupuesto* de la realización de los fines sociales propios de una prestación típica de Seguridad Social en el sentido del artículo 41 de nuestra Constitución, por un lado, y, por otro, como garantía de un riguroso respeto del principio de seguridad jurídica en un Estado Social de Derecho (artículo 9.3 de la Norma Fundamental; *in fine* artículo 132 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas). Con una buena técnica jurídica orientada a fines constitucionalmente establecidos todo el sistema jurídico se convierte en ganador.

Top 20 Patologías Traumatológicas	Diferencias	
	CIE-9	CC vs CP en días
715 - OSTEOARTROSIS T TRASTORNOS CONEXOS	50,37	27,90%
716 - OTRAS ARTROPATIAS Y ARTROPATIAS NO ESPECIFICADAS	54,84	62,18%
717 - TRASTORNO INTERNO RODILLA	27,49	21,28%
718 - OTRO DESARREGLOS ARTICULARES	28,95	32,97%

719 - OTROS TRASTORNOS Y TRASTORNOS NEOM DE ARTICULACION	48,12	57,92%
722 - TRASTORNO DEL DISCO INTERVERTEBRAL	48,14	34,93%
723 - OTRAS ALTERACIONES COLUMNA CERVICAL	20,02	40,77%
724 - OTRAS ALTERACIONES DE LA ESPALDA NO ESPECIFICADOS	34,02	61,44%
726 - TENDINITIS INTERSECCIONES PERIFERICAS Y SINDROMES CONEXOS	23,34	26,06%
727 - OTROS TRASTORNOS DE SINOVIA TENDON Y BURSA	9,90	11,55%
728 - TRASTORNO DE MUSCULO LIGAMENTO Y FASCIA	15,02	37,47%
729 - OTROS TRASTORNOS DE TEJIDO BLANDOS	35,76	58,11%
813 - FRACTURA DE RADIO Y CUBITO	8,35	7,09%
844 - ESGUINCES Y TORCEDURAS DE RODILLA Y PIERNA	33,41	39,29%
845 - ESGUINCES Y TORCEDURAS DE TOBILLO Y PIE	10,48	30,71%
847 - ESGUINCES Y TORCEDURAS DE OTRAS PARTES NEOM DE LA ESPALDA	21,37	41,89%
924 - CONTUSION DE MIEMBRO INFERIOR, DE OTROS SITIOS Y SITIOS NEOM	18,17	44,83%
959 - OTROS TRAUMATISMOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	13,33	28,93%
995 - CIERTOS EFECTOS ADVERSOS NCOC	-26,78	-308,06%
999 - COMPLICACIONES DE CUIDADOS MÉDICOS, NCOC	-31,04	-734,12%

Lo que se muestra en relación con esas 20 patologías traumatológicas más frecuentes por contingencia común y su duración media cuando son tratadas por los SPS junto con la duración media de los procesos gestionados por las Mutuas por estas mismas patologías cuando se trata de una contingencia profesional y la correspondiente duración media. Resultando que la duración media de los procesos diagnosticados con una de esas 20 patologías es un 45,29% inferior cuando se trata de una contingencia Profesional (36,26 días), que cuando se tratan de procesos de esas mismas patologías diagnosticados como Contingencia Común (66,27 días)²².

²² Según el informe la consecuencia directa de ello sería (remitiéndose a los datos que se recogen en los anexos) reducir la duración media de los procesos traumatológicos y osteoarticulares, y disminuir las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud, consiguiendo que más de 1.138.000 trabajadores recuperarían su salud 30 días antes, lo que supondría además un ahorro, tanto para la Seguridad Social como para las Empresas, de más de 2.370 millones de euros, en el año 2022. Además, tendría un valor añadido en la reducción de las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Con independencia de los recelos, injustificados en muchas ocasiones, a la gestión de las Mutuas, podría antes de su rechazo o admisión sin más de la propuesta estudiar la viabilidad de un plan piloto en alguna Comunidad Autónoma para, a tenor de los resultados, aceptarlo o rechazarlo. Planes de este tipo ya los ha habido, por ejemplo: el suscrito con las CC.AA. Castilla La Mancha, Cataluña y Madrid, para el estudio y control de los siguientes procesos patológicos²³

DIAG.	DESCRIPCIÓN DEL DIAGNÓSTICO
300	Trastornos neuróticos.
311	Trastorno depresivo no calificado bajo otros.
550	Hernia inguinal.
715	Osteoartrosis/Enf .afines.
717	Trastorno interno rodilla.
719	Otros trastornos y trastornos neom. de articulación.
722	Trastorno del disco intervertebral.
723	Otras alteraciones columna cervical.
724	Otras alteraciones de la espalda no especificados.
726	Tendinitis intersecciones periféricas y síndromes conexos.
727	Otros trastornos de sinovia tendón y bursa.
728	Trastorno de músculo ligamento y fascia.
729	Otros trastornos de tejido blandos.
845	Esguinces y torceduras de tobillo y pie.

En este sentido, véase la nota resumen del Sistema de información de Listas de Espera del SNS (accesible en https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Listas_espera_jun2023_notas_difusion.pdf) [consultado en 12 febrero 2024], que señala:

Lista de espera quirúrgica:

A 30 de junio de 2023, 819.964 pacientes tenían indicada una intervención quirúrgica no urgente en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. El tiempo medio de espera se situaba en 112 días y el 17,4% de ellos llevaba incluido en lista de espera más de 6 meses. El volumen de pacientes con indicación de una cirugía electiva ha aumentado en un 9,4% respecto a junio de 2022. El tiempo medio de espera es similar al del mismo corte del año anterior (113 días) y el porcentaje de pacientes con espera superior a 6 meses ha disminuido ligeramente (2 décimas) respecto a junio de 2022.

La especialidad con mayor tiempo medio de espera sigue siendo Cirugía Plástica con 225 días, seguida de Neurocirugía con 192 días y Traumatología, cuyos pacientes llevan esperando un promedio de 133 días. Cirugía cardíaca, con 58 días y la Dermatología y la Oftalmología, con 66 y 78 días, respectivamente son las especialidades con menores tiempos medios de espera. Respecto a los 11 procesos clínicos que se monitorizan específicamente en este sistema de información presentan un tiempo medio de espera de 88 días. La demora media registrada para cataratas, uno de los procesos más frecuentes, es de 68 días. La intervención de hipertrofia benigna de próstata se sitúa 119 días y la operación de hallux valgus (“juanetes”) con 121 días. Con respecto a los 5 procesos clínicos programables sometidos a seguimiento específico en cuanto a garantías de tiempo de espera en el SNS, todos ellos se sitúan en tiempos inferiores a los 180 días establecidos. La cirugía cardíaca coronaria es la que menor demora presenta (40 días) y la prótesis de rodilla, con 134 días, es el procedimiento que muestra mayor demora.

Lista de espera en consultas externas:

A 30 de junio de 2023, 78,47 de cada 1000 personas estaban registradas en una lista de espera para una primera consulta con un facultativo de Atención Especializada hospitalaria. Dicha tasa es similar a la de junio de 2022. El tiempo medio de espera de dichos pacientes es de 87 días, superior en 8 puntos al corte de junio de 2022 y sin haber retornado aún a las cifras prepandémicas de junio 2019 (81 días) Las especialidades con mayores tiempos de espera son: Neurología con 118 días, Dermatología con 99 días y Traumatología con 90 días. Los menores tiempos se observan en Cirugía General con un promedio de espera para consulta de 54 días y en Ginecología con 58 días.

²³ Véanse las Resoluciones de la Secretaria General Técnica del MEISS de 30 octubre y 2 diciembre de 2009, que publican dichos acuerdos.

Por otro lado, y a la vista de todo lo comentado y analizado, cabría hacer algunas reflexiones finales sobre el control de las incapacidades temporales:

Concurrencia y participación de distintas administraciones y entidades en la gestión y control de la IT

La intervención de distintas administraciones (estatal y autonómica), entidades públicas (INSS, ISM, Servicios de Salud de las CC.AA.), privadas (Mutuas y empresas), con diferentes intereses, competencias, motivaciones, etc., provoca unas diferencias en orden a cuáles son las prioridades para ellas que obviamente influyen en una correcta gestión y control en la incapacidad temporal, singularmente en el caso de aquellas situaciones derivadas de contingencias comunes. La gestión separada entre el responsable económico y el prestador de la atención sanitaria es obvia, que comporta problemas complejos y difíciles de solventar.

Desde el punto de vista de quien tiene que prestar los servicios sanitarios (en el caso de las entidades públicas) su principal preocupación es obviamente el sanitario, es decir la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud del trabajador. Para los médicos encargados de dispensación de la asistencia sanitaria, la gestión de la IT no deja de ser una carga de trabajo añadida, que además suelen ser fuente de conflictos con el beneficiario con quien tiene que entenderse directamente y al que tiene que decirle si o no a la baja, o a su mantenimiento, con las implicaciones económicas y laborales que ello conlleva. Sin embargo, su intervención es sumamente trascendente, ya que condicionan o imponen obligaciones al INSS, a las Mutuas o a las empresas.

Para los servicios de Inspección Sanitaria de la CC.AA. la gestión de la IT no es otra cosa que una parte más de su trabajo, que muchas veces no está priorizada, sino que además puede ocupar un lugar secundario frente a otros como el control farmacéutico cuyo coste recae directamente sobre la CC.AA. de la que dependen.

Frente a ellos, nos encontramos con los responsables económicos de la prestación que, hipocresías aparte, su visión y actuación respecto a un sujeto en incapacidad temporal no es la misma, entre otras cosas porque su responsabilidad directa no es la de atender la salud del trabajador. Por otro lado al INSS se le atribuye una serie de competencias en el control de la IT que suponen unas actuaciones –intervenir en la atención sanitaria- para la que no tienen competencias y además unas posibilidades muy limitadas puesto que carecen de medios para ello para ello, lo que les lleva en definitiva a tener que solicitar la colaboración de los SPS o de las Mutuas (por ejemplo, cuando se precisen pruebas, etc.) a los que precisamente están controlando y cuyas decisiones pueden entrar en directa confrontación.

Competencias de las Mutuas en la gestión económica de la incapacidad temporal: hipocresía, incongruencias y leyendas urbanas a matizar

La reforma llevada a cabo por el art. 35 de la Ley 42/1994, de 30 diciembre, en la Disposición adicional undécima de la LGSS/1994, atribuyó a las Mutuas una competencia extraña, gestionar la prestación económica de IT derivada de contingencias comunes. Es decir, se le atribuye simplemente la función de controlar y gestionar el pago una prestación en cuya dinámica (nacimiento, duración y extinción) no puede intervenir directamente, limitándose como mucho a la posibilidad de efectuar reconocimientos médicos y facilitar el acceso a pruebas médicas. Para poder actuar sobre un proceso de IT en su duración y extinción debían requerir el auxilio de la Inspección Médica del SPS y en su caso del INSS. Resulta curioso, que las razones que se han ofrecido para justificar la asunción progresiva de competencias en el control de la IT por parte del INSS, no sirvan o se acepten para

dotar de competencias efectivas a las Mutuas. Si uno de los argumentos utilizados es, que no resulta razonable que el responsable de la prestación económica no tenga competencia sobre los actos de nacimiento y duración de la misma, lo mismo cabría de predicarse de la conveniencia de atribuir similares competencias a las Mutuas. Los contrarios a la atribución de competencias a las Mutuas olvidan que en terreno de las situaciones de IT derivadas de contingencias profesionales el control de las Mutuas es total y no parece que haya objeciones –significativas- sobre ello (lo que abonaría la propuesta formulada en el informe)

Por otro lado, la idea de que las Mutuas gestionan mejor los procesos de IT merece también algunos matices. En primer lugar, hay que recordar que esa idea –fundamentalmente- gira en torno a los procesos de IT de contingencias profesionales y no comunes. En segundo lugar, que tales procesos son bastante limitados en cuanto a las patologías resultantes a tratar y a colectivos reducidos (en relación con los atendidos en el SPS). En tercer lugar, que las Mutuas tienen para ello competencias plenas ya que se encargan de la atención médica y de la prestación económica, lo que facilita el diagnóstico y seguimiento de la situación. Cosa distinta sería si las Mutuas tuvieran que hacerse cargo de la atención médica y de la prestación económica en caso de contingencias comunes, algo para lo que ni están –hoy por hoy- seguramente preparadas ni tampoco tendrían medios para ello (sobre la pretensión genérica de la asunción de competencias plenas en la gestión de la ITCC).

Dicho lo anterior se podría concluir que quizás haya mucha hipocresía e incongruencia en el debate. Si no se confía en las Mutuas, la solución es bastante sencilla, que las mismas se limiten a sus competencias originarias.

Corruptelas en el uso de la incapacidad temporal

Con independencia de actuaciones claramente fraudulentas tendentes al acceso o mantenimiento indebido de una IT (connivencias, engaños, etc.), mayor problema presenta el uso indebido de la IT para otras finalidades para la que no han sido concebida, como, por ejemplo: atender cargas familiares, situaciones de conflicto laboral, etc. Fundamentalmente son preocupantes las bajas de corta duración de muy difícil de control. Por otro lado, el uso indebido de la IT como prevención de hipotéticas pérdidas de salud por las condiciones de trabajo se ha intentado solucionar con la introducción de nuevas contingencias como, la de riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia, así como al de cuidado de hijo menor enfermo grave.

Coste para las empresas

Para el empresario la repercusión económica que tiene el que un trabajador se encuentre en incapacidad temporal es obvia, puesto que tiene que asumir el coste -en contingencias comunes- de la prestación económica de los días 4º al 15º; el de la protección complementaria pactada vía convenio colectivo, si la hubiere; aquellos costes indirectos derivados de la pérdida de productividad; la posible necesidad de sustitución del trabajador; los cambios organizativos que tengan que producirse, etc. Pero el mayor problema está en el nulo control que el empresario pueda llevar a cabo para verificar el estado de enfermedad o accidente de un trabajador para justificar sus faltas al trabajo, es muy limitado o en la práctica inexistente.

Determinación de la contingencia

Distinguir entre el origen común o profesional de la pérdida de la salud del trabajador no siempre es sencillo y sin embargo su calificación es relevante. Supondrá quien será el obligado y responsable de la prestación asistencial y de la económica. Y además de cara al trabajador la

prestación económica implica una mayor o menor protección cuantitativa y cualitativamente. Aquí la reforma introducida en 2014 fue bastante aceptable de cara al propio beneficiario ya que hace evita las situaciones de desatención de unos u otros en orden a la atención sanitaria y prestación económica con el cauce establecido para ellos. El que ahora se quieran revivir los tribunales médicos (en los que se integrarían las Mutuas) no sabemos a lo que conduciría, quizás a fuente de mayor controversias.

Un punto básico y esencial: la necesidad de un inmediato y correcto diagnóstico

Es obvio que un diagnóstico acertado es la base de una correcta situación de baja. El problema que tiene que afrontar en muchas ocasiones el facultativo es que tiene que decidir sobre la procedencia o no de una baja y se puede encontrar con las inevitables (o evitables) demoras en la atención sanitaria tanto básica como especializada (realización de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, interconsultas entre facultativos de atención primaria y especializada, etc. Esos tiempos muertos o esperas repercuten negativamente en la gestión y el coste de la IT. La oferta de las Mutuas de asumir pruebas (que ya se utiliza) no es mala propuesta.

La gestión administrativa de los facultativos de atención primaria en la IT

La gestión asociada a un proceso de IT no suele ser bien acogida por los facultativos, quizás por compleja y a veces innecesaria. A ello ha dado una solución aceptable el proceso de expedición de partes de baja y confirmación con las reformas de 2015 y 2022.

Recelos y motivación de los facultativos del SPS

La separación entre quien abona el subsidio y quien presta los servicios sanitarios puede suponer una falta de motivación para quien tiene competencias en el control sanitario. Si a ello se une la progresiva invasión o pérdida de competencias, como el control de la IT a partir del día 365, la posibilidad de que los facultativos adscritos al INSS expidan altas médicas y que las emisiones de nuevas bajas por recaídas queden dentro de sus competencias, etc., pueden llevar a recelo y desinterés. A ello quizás ha ido dando solución los convenios entre el INSS y las distintas CC.AA. que desde 2006 se han venido celebrando.

La falta de un uso responsable de la Incapacidad Temporal

Tanto entre los ciudadanos como entre los profesionales hay un espacio de tolerancia o entendimiento laxo de que con la IT se pueden atender situaciones de carácter social y personal, en algunos casos dignas de protección que no tienen respuesta en la actual legislación social y para las que la IT es un refugio. Aquí no solamente hay que pensar en situaciones típicamente fraudulentas, sino otras como problemas derivados de la conciliación familiar, laboral, etc. Piénsese que hasta unos años era normal acudir a la IT como refugio de situaciones de riesgo durante el embarazo, riesgo durante la lactancia natural y cuidado de hijo enfermo grave.

Los requerimientos al trabajador para que se sometan a reconocimiento médicos por parte del INSS:

El problema que tiene que afrontar el INSS a la hora de llevar a cabo actos de comprobación es muy importante y es que no tiene ni competencias ni posibilidades de llevar a cabo un efectivo control de la salud. Sus posibilidades reales se limitan al estudio de la documentación o historial médico del trabajador y a un simple reconocimiento del mismo. Si quiere profundizar, acordar prácticas de pruebas etc., tendrá que contar precisamente con el Servicio Público de Salud y que este acepte

participar en un extraño control sobre sí mismo. Y esto como antes es una parte muy importante de los Convenios hasta ahora suscritos con el INSS y CC.AA.

El blindaje de las altas médicas cursadas por el INSS

Como ya se ha analizado las altas médicas cursadas por los facultativos del INSS quedan blindadas en caso de recaídas, lo cual plantea obviamente las quejas y recelos por parte de los facultativos del Servicio Público de Salud.

El problema de la incapacidad temporal indefinida discontinua

El problema de cómo evitar situaciones de IT intermitentes no ha encontrado hasta la fecha una respuesta adecuada. Es a veces complejo determinar cuando estamos ante una recaída, ante una patología similar, concurrente, o estamos ante una recidiva, etc. Todo ello encuentra la misma solución, si no han transcurrido 180 días, se entiende que estamos ante un mismo período de IT y entra en el cómputo del período máximo de 365 o en su caso de los 540 días. Hay incluso quien sugiere que la solución pasa por eliminar la referencia a recaídas y que todo proceso que se inicie dentro de un período más o menos próximo subsiguiente al alta sea computable. Lo cual podría llevar al absurdo de extinción de la situación de IT, sin estar curado y sin posibilidad de acceder a la Incapacidad Permanente, por no revestir las dolencias el carácter de definitivas.

Las recalificaciones del INSS o la guerra de responsabilidades

La competencia del INSS para llevar a cabo recalificaciones de una situación de IT, puede tener efectos perversos ante conductas estratégicas. Piénsese que el trabajador que se encuentre en situación de IT por CP, estando cubierto el riesgo por una Mutua, puede ante el alta médica extendida, si no está de acuerdo, en lugar de impugnar la misma, acudir al médico del SPS, obtener la baja y más adelante pedir la recalificación. En definitiva, una impugnación encubierta de alta médica con importantes consecuencias. De aquí que las recalificaciones puedan en algunos casos facilitar conductas estratégicas fraudulentas.

La reforma “estrella” o principal novedad en 2023: la supresión de la entrega al beneficiario de una copia del parte de baja o de confirmación para su entrega en la empresa

No cabe duda que para el trabajador es en cierta forma un alivio en relación con las obligaciones que antes tenía de presentarlo en un breve período de tiempo ante la empresa. Ahora la empresa lo recibirá directamente del INSS a través del sistema RED. El problema será cuando la empresa o el empleador no estén obligados a estar incorporados al sistema RED. La nueva redacción al art. 7 del RD 625/2022 no dice nada al respecto. La Orden ISM/2/2023 en su art. 10 si contempla esta situación que se resolverá vía notificación o comunicación electrónica y en su caso por correo ordinario. Está por ver su efectividad y los posibles conflictos cuando el trabajador no ponga en antecedentes a la empresa de su situación de incapacidad temporal, a lo que no parece que venga obligado.