

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL. A propósito de la reforma introducida por el RD 1060/2022, de 27 de diciembre

CONTROL AND MANAGEMENT OF TEMPORARY DISABILITY.

About the reform introduced by RD 1060/2022, of December 27

Guillermo Rodríguez Iniesta

*Profesor Titular de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social
Universidad de Murcia*

guiller@um.es ORCID [0000-0001-5054-8822](https://orcid.org/0000-0001-5054-8822)

Recepción de trabajo: 19-02-2023 - Aceptación: 20-03-2023 - Publicado: 22-03-2023

Páginas: 144-185

- 1. INTRODUCCIÓN . ■ 2. EL CONTROL Y GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL. 2.1. BREVE RESEÑA DE LA SITUACIÓN ANTERIOR AL RD 625/2014, DE 18 DE JULIO. 2.1.1. El diseño inicial y la reforma de 1972. 2.1.2. Comienza la preocupación por su control. 2.2. EL MODELO DE GESTIÓN Y CONTROL ESTABLECIDO POR EL RD 625/2014, DE 27 DE DICIEMBRE. 2.2.1. Objetivos. 2.2.2. Su ámbito. 2.2.3. Sobre las declaraciones médicas de baja y de confirmación de los procesos de incapacidad temporal. 2.2.4. La determinación de la contingencia causante de la incapacidad temporal. 2.2.5. Declaraciones médicas de alta en los procesos de incapacidad temporal. 2.2.6. Informes complementarios y de control. 2.2.7. Tramitación. 2.2.8. Propuestas de alta médica impulsadas por las Mutuas. 2.2.9. Requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico. 2.2.10. Seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal. 2.2.11. Otros aspectos de la gestión.
- 3. LOS PROGRAMAS DE RACIONALIZACIÓN Y MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL. CONVENIOS DE COLABORACIÓN ENTRE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. BREVE RESEÑA. ■ 4. LAS REFORMAS DE 2022 PARA 2023 EN LA GESTIÓN Y CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL. 4.1. Declaraciones médicas de baja y su confirmación. 4.2. Propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes. 4.3. TRAMITACIÓN DE LOS PARTES MÉDICOS Y EXPEDICIÓN DE ALTAS MÉDICAS POR EL INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL O DEL INSTITUTO SOCIAL DE LA MARINA. 4.4. Procesos de incapacidad temporal en curso y entrada en vigor de la reforma. 4.5. LA REFORMA DE LA ORDEN ESS/1187/2015, DE 15 DE JUNIO LLEVADA A CABO POR LA ORDEN ISM/2/2023, DE 11 DE ENERO. ■ 5. VALORACIONES O REFLEXIONES FINALES ■ 6. VALORACIONES O REFLEXIONES FINALES

RESUMEN

La gestión y control de la incapacidad temporal en los primeros 365 días se encuentra normada en el RD 1060/2022, de 27 de diciembre y en la Orden ESS/1187/2015, que recientemente ha sido objeto de importantes reformas por el RD 1060/2022, 27 diciembre y por la Orden ISM/2/2023. El estudio partirá de un breve análisis de las situaciones previas a la reforma y de las novedades que esta comporta.

PALABRAS CLAVE: control y gestión, incapacidad temporal, reformas 2022.

ABSTRACT

The management and control of temporary disability in the first 365 days is regulated in RD 1060/2022, of December 27 and in Order ESS/1187/2015, which has recently been subject to important reforms by RD 1060/ 2022, December 27 and by Order ISM/2/2023. The study will start from a brief analysis of the situations prior to the reform and the novelties that this entails.

KEYWORDS: control and management, temporary disability, reforms 2022.

1. INTRODUCCIÓN

Tras la celebración del Consejo de Ministros del martes 27 de diciembre de 2022, el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, hacía pública la siguiente nota de prensa:

“El Gobierno agiliza trámites y elimina obligaciones burocráticas en la gestión de la Incapacidad Temporal.

-Supone un beneficio importante para ciudadanos, empresas y los facultativos de los Servicios Públicos de Salud.

-Se evita a los trabajadores tener que entregar en la empresa los partes médicos

-Mutuas, empresas y entidades gestoras e Instituto Nacional de la Seguridad Social tendrán la obligación de comunicarse telemáticamente”¹

Habrà que esperar al jueves 5 de enero de 2023 para que el Boletín Oficial del Estado publique el Real Decreto 1060/2022, de 27 de diciembre, por el que se modifica el 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. Unos días después, viernes 13 de enero, se publicará la Orden ISM/2/2023, de 11 de enero por la que se modifica la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 julio. Transcurridos quince días, sábado 28 de enero, se publicaría una corrección de errores a la Orden ISM/2/2023, de 11 de enero.

La reforma tiene prevista su entrada en vigor el día 1 de abril de 2023².

El presente estudio tiene como objeto un análisis de urgencia de la reforma y las consecuencias que ella puede suponer. Para una adecuada comprensión de las novedades parece oportuno hacer un breve recordatorio previo de cuál es la situación actual en el control y gestión de la incapacidad temporal.

¹ En su desarrollo indicaba lo siguiente: “martes, 27 de diciembre de 2022. El Gobierno, a propuesta del Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, ha aprobado cambios en el Real Decreto por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal (IT) en los primeros 365 días de su duración, con el fin de agilizar trámites y eliminar obligaciones burocráticas que prolongan innecesariamente los procesos, lo que supone un importante beneficio para empresas, trabajadores y para los propios facultativos de los Servicios Públicos de Salud.

Así, en lo relativo a los partes médicos de bajas y altas, solo se entregará una copia a la persona trabajadora; se elimina tanto la segunda copia, como la obligación de que sea la propia persona trabajadora quien que entregue esta copia en la empresa, entidad gestora o mutua. La comunicación entre las entidades emisoras y el INSS será telemática, evitando trámites que pueden resultar gravosos para personas que están en situación de incapacidad temporal y aprovechando las posibilidades de mejorar la eficacia y la eficiencia que brindan los avances en digitalización y tecnologías de la información.

Además, se aclara que, en los procesos de IT, los facultativos del Servicio Público de Salud, de la empresa colaboradora o de la mutua podrán fijar plazos de revisión médica inferiores a los señalados en el Real Decreto, en función de la evolución del proceso. Se trata así de evitar dudas interpretativas propiciadas por la redacción actual de la norma.”

² Disposición final única del RD 1060/2022, de 27 de diciembre.

2. EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

2.1. Breve reseña de la situación anterior al RD 625/2014, de 18 de Julio³

2.1.1. El diseño inicial y la reforma de 1972

El régimen jurídico de la incapacidad temporal —cuya denominación era Incapacidad Laboral Transitoria (ILT)— se encontraba en aquellas fechas en los arts. 126 a 133 del Decreto 907/1966, de 21 abril (LSS), que aprobó el texto articulado de la Ley 193/1963, de 21 diciembre, de Bases de la Seguridad Social; en los arts. 2 a 9 del Decreto 3158/1966, de 23 diciembre (RGP), que aprobó el Reglamento General que determina las cuantías de las prestaciones económicas del Régimen General de la Seguridad Social y condiciones de derecho de las mismas; y en la Orden de 13 de octubre de 1967 (OILT)⁴. A destacar de esta primera regulación lo siguiente:

- A. Dentro de las situaciones determinantes de la incapacidad laboral transitoria quedaba comprendida la maternidad.
- B. El subsidio para contingencias comunes exigía una duración mínima de la situación de 7 días iniciando su percibo a partir del 4º, a razón del 75% de la base reguladora⁵.
- C. Su duración era de 18 meses prorrogables por otros 6 meses más. Transcurridos los mismos si el trabajador seguía temporalmente incapacitado accedía a la denominada invalidez provisional.
- D. La gestión y control era, aparentemente, sencilla y quedaba normada en los arts. 17 a 22 de la OILT. Básicamente operaba de la siguiente forma:

a. ILT por Enfermedad Común (EC) y Accidente Común (AC):

- El facultativo que atendiera al trabajador era el competente para expedir los partes “médico de baja”, “confirmación de la incapacidad” y de “alta médica”. Todos ellos debían de ir precedidos del correspondiente reconocimiento del trabajador por dicho facultativo.
- El parte de baja se extendía el mismo día en que se solicitara y se prestara asistencia.
- Los partes de confirmación se emitían así: el primero —que servía para iniciar el cómputo del subsidio— al cuarto día de la baja y los sucesivos por semanas.

3 Véase Rodríguez Iniesta, G., *El control de la incapacidad temporal*, Laborum, Murcia, 2014, págs.15-35.

4 La colaboración de las empresas se encontraba normada por la Orden de 25 noviembre de 1966 y por lo que respecta a la colaboración de las Mutuas —denominadas Mutuas Patronales— era de aplicación el Decreto 1563/1967, de 6 de julio.

5 Los tres primeros días eran abonados por el empresario a razón del 50% del salario del trabajador (art. 58 de la Ley de Contratos de Trabajo de 1944), si bien este beneficio no podía superar los cuatro días cada año.

En el parte de baja y en el de confirmación se debía indicar el diagnóstico, si era definitivo o provisional y en el ejemplar a entregar al trabajador se señalaba si debía de guardar o no reposo domiciliario.

- El parte médico de alta se expedía al producirse esta. Para el caso que a dicho momento el trabajador presentara reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que disminuyeran o anularan su capacidad laboral, el facultativo elevaba el oportuno informe propuesta para su valoración.
- El incumplimiento por parte del facultativo de las obligaciones relativas a la expedición y tramitación con sujeción a los plazos señalados podían ser objeto de sanción conforme al Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social⁶ y el Reglamento General de Faltas y Sanciones de la Seguridad Social⁷.

b. ILT por Maternidad

El facultativo que atendiera a la mujer trabajadora, podía extender los siguientes partes:

- De pronóstico de embarazo a los efectos recibir de la asistencia sanitaria.
- De pronóstico del parto, a fin de poder determinar el descanso previo al mismo.
- Notificación del parto, a efectos de iniciar el descanso obligatorio.

c. ILT por Accidente de Trabajo (AT) o por Enfermedad Profesional (EP)

Para estas contingencias los aspectos formales se concretaban en:

- La expedición de un parte de asistencia sanitaria por accidente de trabajo.
- Si el accidente motivaba la baja, se extendía un parte de baja por triplicado que se entregaba uno al trabajador para su presentación en la empresa y dos ejemplares que se remitían a la entidad prestadora de la asistencia sanitaria, la cual a su vez remitía uno de ellos a la Mutuality Laboral o Mutua Patronal, según procediera.
- Semanalmente el facultativo que asistiera al trabajador accidentado extendía por duplicado parte de continuación de la incapacidad.
- Al producirse el alta médica también extendía por duplicado el oportuno parte.
- Si al momento del alta el trabajador presentara reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que disminuyeran o anularan su capacidad laboral, el facultativo elevaba el oportuno informe propuesta para su valoración. Y lo mismo hacía si el trabajador presentaba lesiones o mutilaciones o deformidades de carácter definitivo no invalidantes.

Por otro lado, la presencia de una EP, produjera baja o no, generaba una serie de obligaciones de notificación que se encontraban normadas por el art. 22 de la OILT.

6 Decreto 3160/1966, 23 diciembre.

7 Decreto 892/1970, 12 septiembre.

d) Facultades de control e inspección de los Servicios Sanitarios

El art. 17.7 de la OILT concedía amplias facultades a la Inspección de Servicios Sanitarios en orden a comprobar en cualquier momento la situación sanitaria del trabajador, pudiendo acordar en su caso la hospitalización y las altas y bajas que considerara oportunas.

La Ley 24/1972, de 21 junio y su desarrollo reglamentario llevado a cabo por el Decreto 1646/1972, de 23 junio y Orden de 31 julio de 1972, introducirán las siguientes modificaciones:

- Suprimirán la exigencia de una duración mínima del proceso de ILT por CC de 7 días.
- Fijará una nueva duración de la ILT: doce meses prorrogables por seis meses más.
- Y determinará que la prórroga de la situación de ILT, corresponderá a la Entidad Gestora o a la Mutua Patronal o empresa autorizada a colaborar voluntariamente. Decisión que será recurrible ante la Jurisdicción de Trabajo.

2.1.2. Comienza la preocupación por su control

Será a partir de 1980 cuando comienza una verdadera preocupación —que podría calificarse de obsesiva— por el control de la situación de la ILT, con continuas reformas en su régimen jurídico.

2.1.2.1. Los controles vía recorte de la cuantía de la prestación

■ El Real Decreto 53/1980, de 11 de enero

El objeto de este RD era muy claro, basta con leer su exposición de motivos para hacerse una idea:

*“Dentro de las distintas situaciones y contingencias comprendidas en la acción protectora de la Seguridad Social, la incapacidad laboral transitoria derivada de enfermedad común y accidente no laboral suscita una serie de problemas y circunstancias especiales, que han de solventarse de tal forma que, sin olvidar la finalidad específica de esta prestación, que es la de compensar en parte la pérdida de retribución en las situaciones derivadas de enfermedad o accidente, **corrija las importantes y graves desviaciones originadas por determinadas conductas, con la consiguiente repercusión en la economía nacional.***

Por todo ello, se hace necesario adoptar las medidas oportunas para corregir las citadas conductas y reducir el actual nivel de absentismo, al mismo tiempo que se reordena la prestación por incapacidad laboral transitoria, manteniéndose la actual cuantía en aquellos procesos de incapacidad que, por su gravedad y, en consecuencia, por su mayor duración, se justifica una protección más intensa y reduciéndose en parte durante los primeros días de la baja debida a las citadas contingencias.”

Por ello su artículo único dispondrá que: *“La cuantía de la prestación económica por incapacidad laboral transitoria derivada de enfermedad común o accidente no laboral a que se refiere el artículo segundo del Decreto tres mil ciento cincuenta y ocho/mil novecientos sesenta y seis, de*

veintitrés de diciembre, será, durante el periodo comprendido entre el cuarto día a partir del de la baja en el trabajo ocasionada por la enfermedad o el accidente y hasta el veinteavo día, inclusive, de permanencia en tal situación, de un subsidio equivalente al sesenta por ciento de la base reguladora correspondiente.”

■ *El control de las situaciones de Incapacidad Temporal/Desempleo/Incapacidad Temporal*

Con el fin de evitar situaciones de encadenamientos de situaciones de IT/Desempleo/IT artificiales, el art. 222 de la LGSS (texto refundido de 1994) será modificado sustancialmente por el art. 47 de la Ley 66/1997, de 30 diciembre y posteriormente por el art. 31.10 de la Ley 24/2001, de 27 diciembre, de tal suerte que la prestación de incapacidad temporal que pudiera corresponder en situaciones que se prolonguen más allá de la vigencia de la relación laboral tendrán un ajuste en su cuantía (a la que le correspondería de disfrutar de la prestación por desempleo) y en la duración de la prestación por desempleo, de tal suerte que la situación de IT que se extienda en el tiempo tras la extinción del contrato va “consumiendo” prestación por desempleo.

No obstante, la reforma introducida por la Ley 40/2007, de 4 diciembre, matizará estas limitaciones dando una nueva redacción al apartado 1 del art. 222 de la LGSS para el caso de que la IT previa provenga de contingencias profesionales en cuyo caso el trabajador “... seguirá percibiendo la prestación por incapacidad temporal, en cuantía igual a la que tuviera reconocida, hasta que se extinga dicha situación, pasando entonces, en su caso, a la situación legal de desempleo en el supuesto de que la extinción se haya producido por alguna de las causas previstas en el apartado 1 del artículo 208, y a percibir, si reúne los requisitos necesarios, la correspondiente prestación por desempleo sin que, en este caso, proceda descontar del período de percepción de la misma el tiempo que hubiera permanecido en situación de incapacidad temporal tras la extinción del contrato, o el subsidio por desempleo.» .

Por el contrario, la posible concurrencia de situaciones de Desempleo/Maternidad o Paternidad/Desempleo no se verán afectadas ni en su cuantía, ni tampoco en su duración (art. 222.2 y 3 párrafo 3º de la LGSS)⁸.

■ *Los ajustes en las mejoras voluntarias de los empleados públicos⁹*

El Real Decreto-Ley 20/2012, de 13 julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad vino a modificar temporalmente el régimen retributivo del personal incluido en el Régimen General de la Seguridad Social durante la situación de incapacidad

8 Ver Ferrando García, F., “La reforma de la incapacidad temporal”, en AA.VV., *La reforma de la Seguridad Social (El Acuerdo de 13 de julio de 2006 y su ulterior desarrollo normativo)*, Editorial Bomarzo, Albacete, 2007.

9 Ver Pérez Alonso, M.A., “Los complementos de incapacidad temporal en la Administración del Estado tras el RDL 20/2012”, *Revista Doctrina Aranzadi Social*, núm. 4, 2013.

temporal, estableciendo un mandato dirigido a las Administraciones Públicas para que adopten medidas para reducir el absentismo de su personal. A tal fin cada Administración Pública determinará, respecto del personal a su servicio, los complementos retributivos que en concepto de mejora voluntaria de la acción protectora de la Seguridad Social corresponda en las situaciones de incapacidad temporal. Así en para el caso de una incapacidad temporal por contingencias comunes, durante los tres primeros días, tanto para el personal funcionario incluido en el Régimen General de la Seguridad Social como para el personal laboral, el complemento retributivo que con carácter de mejora voluntaria se pueda establecer no podrá superar el cincuenta por ciento de las retribuciones. Asimismo, desde el cuarto día de la situación de incapacidad temporal por contingencias comunes y hasta el vigésimo, ambos inclusive, el complemento retributivo que con carácter de mejora voluntaria se pueda establecer no podrá superar el setenta y cinco por ciento de sus retribuciones¹⁰.

2.1.2.2. El control vía ajustes en la duración máxima de la Incapacidad Temporal

La duración máxima de la Incapacidad Temporal ha sido objeto de continuos ajustes:

A) La reforma introducida por la Ley 42/1994, de 30 diciembre

El art. 32 de dicha ley modificará los arts. 38.1 c, 106.4, 128, 130, 131.2 y 3, 131bis y 132 de la LGSS. Básicamente las reformas en la ILT, por lo que aquí interesa, se concretaron en:

- Cambio de denominación, ahora la ILT pasará a denominarse Incapacidad Temporal (IT), desapareciendo la Invalidez Provisional, situación que no venía a ser otra cosa que una mera continuación de la ILT, cuya duración (sumada la ILT) podía llegar a los 6 años.
- La maternidad deja de ser una causa determinante de la IT y pasa a ser considerada una contingencia con autonomía propia.

B) La reforma de la Ley 66/1997, de 30 diciembre

El art. 45 de esta Ley modificará el apartado 3º del art. 131 bis con el fin de evitar que los efectos de una incapacidad permanente se retrotraigan a un momento en el que no conste la existencia de dolencias objetivas.

C) La reforma de la Ley 30/2005, de 29 diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2006

La Disposición adicional cuadragésima octava de la Ley 30/2005, introducirá importantes cambios en la duración de la IT:

- Una vez alcanzado los doce meses de duración ordinaria, intervendrá el INSS para determinar si procede la prórroga por seis meses más, para determinar el inicio de expediente de valoración de incapacidades o para emitir una alta médica a los exclusivos efectos de la prestación económica. Por otro lado, si la opción del INSS hubiera sido acordar el alta médica, este será el

¹⁰ Exposición de motivos del Real Decreto Ley.

único competente para emitir una nueva baja médica en los seis meses anteriores por la misma o similar patología.

- Se introduce una situación denominada incapacidad permanente revisable en seis meses. Cuando se extingue la situación de IT por el transcurso del plazo máximo de doce o dieciocho meses, se examinará el estado del incapacitado en el plazo máximo de tres meses al efecto de su calificación. Si fuera necesario continuar con el tratamiento médico por no ser definitivas las secuelas o padecimientos, se valorará y calificará en la situación de incapacidad permanente que corresponda, declarando su situación revisable en el plazo de seis meses. Situación que como se adivinará era luego muy problemática.

D) La reforma de la Ley 40/2007, 4 diciembre, de medidas específicas de Seguridad Social

Su artículo 1 introducirá importantes modificaciones en el apartado 1 del art. 128 LGSS:

- Desaparece la denominada alta médica a los exclusivos efectos de la prestación económica.
- Se regulará, por primera vez, una modalidad de impugnación de alta médica extendida por el INSS en el proceso de valoración iniciado cuando se hubiere agotado los doce meses de duración de la IT (y no se haya optado por la prórroga de la IT o el inicio de un expediente de valoración de incapacidades).
- Se introduce con carácter excepcional la posibilidad de retrasar la valoración del beneficiario una vez que hayan transcurrido los dieciocho meses, por el tiempo que se considere preciso y hasta los 24 meses desde que se inició la IT, cuando *“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 citada calificación, ésta podrá retrasarse por el período preciso, que en ningún caso podrá rebasar los veinticuatro meses siguientes a la fecha en que se haya iniciado la incapacidad temporal.”*¹¹

2.1.2.3. El control limitando el acceso a la prestación

La Disposición adicional cuadragésima octava de la Ley 30/2005, introducirá importantes limitaciones en el acceso a la prestación de IT. Para el caso de que agotado el plazo de duración de doce o dieciocho meses y se haya cursado alta médica, el INSS será el único competente para determinar si una nueva baja médica tiene o no efectos económicos cuando para emitir cualquier baja médica que se produzca en un plazo de seis meses posterior a la antes citada alta médica por la misma o similar patología. Además en tal supuesto, sólo podrá generarse un nuevo proceso de incapacidad temporal por la misma o similar patología si media un período de actividad laboral superior a seis meses o si el Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los órganos competentes para

¹¹ Nueva redacción al apartado 2 art. 131 bis LGSS.

Véase García Piñeiro, N.P., “La reforma en la prestación de incapacidad temporal”, en AA.VV. (Sempere Navarro, A.V., Dir. y Areta Martínez, M., Coord.), *La reforma de la Seguridad Social de 2007-2008*, Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2008.

evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad permanente del trabajador, emite la baja a los exclusivos efectos de la prestación económica incapacidad temporal¹².

2.1.2.4. El control actuando sobre las causas de extinción

La Ley 24/2001, 27 diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social¹³, modificará el art.131 bis de la LGSS introduciendo como causa de extinción la incomparecencia injustificada a las convocatorias de exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos del INSS o de las Mutuas.

2.1.2.5. El control mediante la derivación de la gestión a entes colaboradores

Las dificultades en el control han llevado a que el legislador haya optado por derivar la competencia para asumir la gestión económica de la prestación de IT por contingencias comunes a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social¹⁴. Inicialmente de forma tímida con la Ley 22/1993, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, de reforma del régimen jurídico de la función pública y de la protección por desempleo, cuya disposición adicional undécima vendrá a establecer que: *“Los trabajadores por cuenta propia que hayan optado por incluir, dentro del ámbito de la acción protectora del Régimen de Seguridad Social correspondiente, la prestación económica por incapacidad laboral transitoria, podrán optar entre formalizar dicha prestación con la Entidad Gestora correspondiente, con una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades*

¹² Art. 128.1 a y apartado 2 del art. 131 bis LGSS. Téngase en cuenta que la decisión denegatoria del INSS no es discrecional y tiene que basarse en un elemento objetivo que permita justificar la denegación de una nueva situación de baja, extinguido el período anterior máximo, por la misma enfermedad y sin que hayan transcurrido seis meses, en este sentido véase STS núm. 349/2019, de 9 de mayo, ECLI:ES:TS:2019:1940, FD 2º. *“...Se pretende que, en esas circunstancias el parte médico de baja, no baste por sí sólo a efectos prestacionales —con independencia de los que despliegue en relación con la suspensión del contrato de trabajo—. Mas la atribución de competencia al INSS ni implica una declaración automática, ni puede tampoco ser discrecional. Por el contrario, esa facultad exclusiva exige a la Entidad Gestora analizar los elementos objetivados sobre el estado del trabajador que justifiquen la denegación de aquellos efectos económicos de la baja sin más justificación que la falta de actividad económica...”*

¹³ La Ley 24/2001, de 27 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden, dará una. Se una nueva redacción al párrafo primero del apartado 1 del artículo 131 bis del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, en los siguientes términos:

«1. El derecho al subsidio se extinguirá por el transcurso del plazo máximo establecido para la situación de incapacidad temporal de que se trate; por ser dado de alta médica el trabajador, con o sin declaración de incapacidad permanente; por haber sido reconocido al beneficiario el derecho al percibo de la pensión de jubilación; por la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social; o por fallecimiento.»

¹⁴ Sobre el papel de las Mutuas en la gestión de la incapacidad temporal véase:

-López Insua, B.M., *El control de la incapacidad temporal tras la reforma legislativa de las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social*, Comares, Granada, 2015.

-Tortuero Plaza, J.L., “La reforma de la incapacidad temporal en la Ley 35/2010, de 17 de septiembre”, en AA.VV. (Sempere Navarro, A.V., Dir.), *La reforma laboral del 2010*, Aranzadi, Cizur Menor, 2010.

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Profesionales de la Seguridad Social o con Mutualidades de Previsión Social en los términos y condiciones que se determinen reglamentariamente. Para luego con la Ley 42/1994, de 30 diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social optar claramente por una cobertura de la IT por riesgos comunes a favor de las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social tanto para trabajadores por cuenta ajena como por cuenta propia¹⁵. Con posterioridad la Ley 52/2003, de 10 de diciembre, de disposiciones específicas en materia de Seguridad Social clarificará el régimen aplicable a la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes por las Mutuas, dando una nueva redacción al art. 68 y a la disposición adicional undécima de la LGSS¹⁶.

Por otro lado, también las empresas serían estimuladas para asumir la gestión de la cobertura de la IT por contingencias comunes, con la Ley 28/1992, de 24 de noviembre, de Medidas Presupuestarias Urgentes se modificará la redacción del art. 208 LGSS introduciendo una letra d) del siguiente tenor:

“d) Asumiendo directamente el pago, a su cargo, de las prestaciones económicas por incapacidad laboral transitoria derivada de enfermedad común o accidente no laboral, en las condiciones que establezca el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Las Empresas que se acojan a esta forma de colaboración tendrán derecho a reducir la cuota a la Seguridad Social, mediante la aplicación del coeficiente que, a tal efecto, fije el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.”

2.1.2.6. El control vía traslado de responsabilidades en la prestación económica

La Ley 28/1992, de 24 de noviembre, de Medidas Presupuestarias Urgentes, nos presentará una importante reforma de la IT de una forma muy singular y así se lee en su exposición de motivos lo siguiente “*En tercer lugar, se aborda una modificación de la prestación económica por incapacidad laboral*

¹⁵ Ver el art. 35 de la Ley 42/1994, de 30 diciembre, que dará una nueva redacción a la Disposición adicional undécima de la LGSS, formalización de la cobertura de la prestación económica por incapacidad temporal.

¹⁶ Se concreta en una nueva redacción al párrafo tercero y se añade un párrafo cuarto al apartado 3 del artículo 68 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, en los siguientes términos:

«Dicha colaboración se llevará a cabo en los términos y condiciones establecidos en la disposición adicional undécima de esta ley y en el artículo 78 de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social y demás normas reglamentarias de desarrollo.

Las prestaciones, asistencias y servicios objeto de la colaboración forman parte de la acción protectora de la Seguridad Social y están sujetas al régimen establecido en esta ley y en sus normas de aplicación y desarrollo.»

Y en lo que respecta a la disposición adicional undécima de la LGSS se incorpora un inciso final en el párrafo segundo del apartado 2 con la redacción siguiente:

«No obstante, los trabajadores que hayan solicitado o soliciten el alta en el correspondiente Régimen de Seguridad Social a partir de 1 de enero de 1998 y opten por acogerse a dicha cobertura, deberán formalizar la misma con una mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. De igual modo, los trabajadores que en la fecha antes citada hubiesen optado por formalizar su cobertura con una mutua, sólo podrán modificar su opción a favor de otra mutua.»

transitoria, cambio que no implica una modificación del nivel de protección de los trabajadores, al tiempo que se establece una nueva modalidad de la colaboración voluntaria de las empresas en la gestión de la Seguridad Social, las cuales podrán efectuar esta colaboración respecto a dicha prestación económica, sin tener que colaborar en la asistencia sanitaria”. Se modificará la redacción del art. 129.1 LGSS (texto de 1974) que pasará a tener la siguiente redacción del siguiente tenor:

“El subsidio se abonará, en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional, desde el día siguiente al de la baja en el trabajo, estando a cargo del empresario el salario íntegro correspondiente al día de la baja.

En caso de enfermedad común o de accidente no laboral, el subsidio se abonará, respectivamente, a partir del decimosexto día de baja en el trabajo ocasionada por la enfermedad o el accidente, estando a cargo del empresario el abono de la prestación al trabajador desde los días cuarto al decimoquinto de baja, ambos inclusive.”

Como se puede apreciar la reforma tuvo un gran calado ya que se derivó una responsabilidad de 11 días de subsidio que anteriormente asumía —en general— el ente gestor INSS a las empresas. La reforma no sería aceptada de buen grado por sus destinatarios finales que llevarían su discrepancia —vía cuestión de inconstitucionalidad— al Tribunal Constitucional que finalmente se pronunciaría en sentencia 129/1994, de 5 de mayo en el siguiente sentido (FD único, párrafos segundo y tercero):

“La duda de constitucionalidad planteada gira en torno a la idea de que la reforma privatiza el régimen de la prestación por invalidez laboral transitoria, al desplazar sobre un sujeto privado la obligación de pago de la prestación durante los primeros quince días de la situación. El planteamiento de la cuestión coincide sustancialmente con el objeto y la argumentación de las cuestiones de inconstitucionalidad 343/93 y acumuladas que han sido resueltas por la STC 37/1994. En dicha Sentencia este Tribunal ha considerado compatible el precepto cuestionado con el art. 41 C.E., fundamentalmente porque el carácter público del sistema de Seguridad Social no queda cuestionado por la incidencia en él de fórmulas de gestión o responsabilidad privadas, de importancia relativa en el conjunto de gestión de aquél, ya que la reforma experimentada por el art. 129.1 L.G.S.S. no altera el papel predominante y el compromiso de los poderes públicos en su labor articuladora de la tutela frente a la contingencia de la incapacidad laboral para el trabajo (fundamento jurídico 4.), y además porque trata de evitar la reducción del nivel de protección económica ante esta contingencia, mediante un desplazamiento de responsabilidad que no es incongruente con el régimen de la referida prestación valorada en su conjunto (fundamento jurídico 5.)”

2.1.2.7. El control mediante la reserva de calificación de la contingencia determinante de la situación de la Incapacidad Temporal

La determinación de la contingencia causante constituye un aspecto fundamental en materia de prestaciones de la Seguridad Social, por las consecuencias que de la misma se derivan sobre el acceso, contenido y régimen de gestión de la protección dispensada. En el ámbito de la IT cobra especial

significado y de aquí que el art. 3 letra f) del RD 1300/1995, de 21 de julio, haga residir tal competencia dentro de las funciones propias de los Equipos de Valoración de Incapacidades (así como la procedencia o no de la prórroga de la IT).

En la gestión de la IT por contingencias comunes surgen en ocasiones dificultades a la hora de identificar el origen de una patología, así como la posible derivación indebida de situaciones de origen laboral a los servicios públicos de salud, con la calificación de la IT como derivada de contingencias comunes. De aquí que el cuadro de enfermedades profesionales aprobado por RD 1299/2006, de 10 de noviembre, recogiera en su art. 5 un mandato dirigido a los médicos del Sistema Nacional de Salud para que cuando con ocasión de sus actuaciones tengan conocimiento de la existencia de una enfermedad profesional (tanto de las incluidas en el anexo I, como las del anexo II), lo comuniquen, a través del órgano competente de la Comunidad Autónoma, a la entidad gestora a efectos de su calificación y en su caso a la entidad colaboradora de la Seguridad Social que asuma la protección de los riesgos profesionales y a los facultativos del servicio de prevención en su caso. El problema surge cuando hay discrepancia entre el origen común o profesional y la Mutua no acepta el carácter profesional de la situación de IT y remite a la atención y protección a los servicios públicos de salud. Para evitar estas situaciones la Secretaria de Estado para la Seguridad Social dictó la Resolución de 19 septiembre de 2007, por la que las Mutuas deben remitir al INSS todos aquellos expedientes tramitados por ellas en materia de prestaciones de incapacidad temporal y muerte y supervivencia que hayan resuelto sin considerar como enfermedad profesional a la contingencia causante, en aquellos casos en que puedan haber indicios de ello¹⁷. Control en la determinación de la contingencia que alcanza tanto a la EP como al AT respecto a las contingencias comunes. Por otro lado, también debe recordarse que se permite la iniciativa del propio trabajador interesado a través del procedimiento normado en el RD 1430/2009, 11 de septiembre, en impugnación de alta médica acordada por la Mutua.

2.1.2.8. El control mediante la asunción progresiva de facultades por el INSS

Si bien inicialmente la intervención del INSS en la gestión y control en la incapacidad temporal era puramente testimonial, limitándose a asumir la responsabilidad económica de la prestación inherente a tal situación, poco a poco irá asumiendo relevantes competencias en orden a la gestión y control. Y así el RD 1300/1995, de 21 julio, otorgará a los Equipos de Valoración de Incapacidades, dependientes del INSS, la competencia para determinar la prórroga de la incapacidad temporal y la relativa al período de observación médica en las enfermedades profesionales (así como la reseñada en el apartado anterior 1.2.7). Por su parte el RD 575/1997, de 18 abril, introducirá la posibilidad: a) de que los facultativos adscritos al INSS puedan formular intenciones de altas médicas dirigidas a la Inspección Médica u organismo similar del Servicio Público de Salud; b) de realizar actos de comprobación

¹⁷ Se consideran indicios en este sentido: la existencia en el expediente de partes emitidos por la mutua en los que se haya consignado la existencia de patologías laborales, informes de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, de los Servicios de Prevención, médicos de empresa, etc.

de la incapacidad del trabajador; y c) de formular altas médicas a los solo efectos económicos¹⁸. Posibilidad esta última que suponía una desprotección del trabajador absurda, ya que se traducían en que el trabajador continuaba en baja laboral (ya que era el criterio del médico de asistencia primaria) pero se le desposeía del subsidio por decisión del INSS.

Estas nuevas facultades otorgadas al INSS culminarán con dos reformas de gran calado. La primera será posibilidad de controlar efectivamente la situación de incapacidad temporal a partir del día 365 de la baja, que como se ha señalado se concreta en que llegado ese día tendrá la facultad de: acordar la prórroga de la IT por seis meses más, iniciar los trámites para una valoración de secuelas o dolencias y poder acordar el alta médica¹⁹. Reservándose además el control de una posible recaída²⁰. Y la segunda con la facultad de intervenir en los primeros 365 días, pudiendo acordar el alta médica tras la reforma introducida por la Ley 35/2010, 17 septiembre, que introducirá una nueva disposición adicional en la LGSS, la quincuagésima, con el siguiente contenido:

“Competencias sobre los procesos de Incapacidad Temporal. Hasta el cumplimiento de la duración máxima de trescientos sesenta y cinco días de los procesos de incapacidad temporal del Sistema de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, y, en su caso, el Instituto Social de la Marina, a través de los Inspectores Médicos adscritos a dichas entidades, ejercerán las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, para emitir un alta médica a todos los efectos. Cuando el alta haya sido expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o el Instituto Social de la Marina, éstos serán los únicos competentes, a través de sus propios médicos, para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal si aquélla se produce en un plazo de ciento ochenta días siguientes a la citada alta médica por la misma o similar patología.

La Secretaría de Estado de la Seguridad Social, a propuesta del Instituto Nacional de la Seguridad Social, y mediante resolución publicada en el Boletín Oficial del Estado, determinará la fecha a partir de la cual se asumirán las funciones atribuidas en el párrafo anterior.”

2.1.2.9. Otros controles

En los precedentes apartados se ha hecho un breve recorrido acerca de las diversas medidas que directamente afectan al régimen jurídico de la prestación de IT, unas veces sobre los sujetos obligados y responsables, las condiciones de acceso, la cuantía, la dinámica de la prestación (nacimiento, duración y extinción), el legislador no se ha quedado aquí sino que indirectamente ha ido introduciendo

¹⁸ Posibilidad introducida por el art. Único del RD. 1117/1998, de 5 de junio.

¹⁹ En los supuestos de alta médica por mejoría o curación al agotamiento de los primeros 365 días de IT, la situación se prorroga hasta el momento de la efectiva notificación de la resolución administrativa al interesado (Criterio Subdirección General de Ordenación y Asistencia Jurídica INSS de 27 de noviembre de 2015, consulta 35/2015).

²⁰ Véase la DA. 48. dos Ley 30/1995, 29 diciembre, DF. 4ª Ley 40/2007, 4 diciembre y RD 1430/2009, de 11 septiembre.

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

diversas reformas que en cierta forma pueden interpretarse como un medio de control indirecto en la situación de IT. Aunque su análisis detenido se hará más adelante es oportuno hacer referencia a ellas aquí. Entre tales medidas que vienen a suponer un control de la IT podrían señalarse las siguientes:

- En los contratos formativos (art. 15.2 RD 488/1998, 27 de marzo) es de destacar la modificación de la DA. 19ª ET, incorporada por el RD-ley 3/2012, sobre incidencia en la duración en dichos contratos de situaciones de IT.
- Las obligaciones recíprocas de suministro de información entre entidades gestoras y colaboradoras a las entidades gestoras de las prestaciones de la Seguridad Social (art. 66 bis LGSS y DA. 40 LGSS)²¹, o la posibilidad que tiene la Inspección Médica de los Servicios de Salud de solicitar la remisión de datos médicos que obren en poder de las entidades gestoras de la Seguridad Social (DA. 40 LGSS). Incluso estableciendo una presunción de que se ha otorgado el consentimiento por parte de los interesados o sus representantes para obtener de las instituciones sanitarias de informes y documentación clínica y demás datos médicos estrictamente relacionados con las lesiones y dolencias padecidas que resulten relevantes para la resolución del proceso de IT, salvo que conste oposición expresa (DA. 40 párrafo 1º LGSS).
- Las facultades atribuidas a las MATEPSS (hoy Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social) de intervenir en los procesos de incapacidad temporal por contingencias profesionales realizando pruebas diagnósticas, tratamientos y procesos de recuperación funcional dirigidos a evitar la prolongación innecesaria de los procesos de incapacidad temporal (DA. 51ª LGSS).
- La facultad otorgada a las empresas de controlar el estado de salud de sus trabajadores a efectos de asistencia a trabajo (art. 20.4 ET).
- Los convenios de colaboración entre el INSS y las CC. AA. La Ley 42/1994, modificó la disposición adicional undécima de la LGSS e introdujo un apartado 3 con la siguiente redacción:

*“Las disposiciones reglamentarias a que se refieren los números anteriores establecerán, con respeto pleno a las competencias del sistema público en el control sanitario de las altas y las bajas, los instrumentos de gestión y control necesarios para una actuación eficaz en la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal llevada a cabo tanto por las entidades gestoras como por las Mutuas. **De igual modo, las entidades gestoras o las Mutuas podrán establecer acuerdos de colaboración con el Instituto Nacional de la Salud o los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.**”*

Desde finales de 2005 es constante la suscripción de convenios bien con Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social²² o con las CC.AA. con el objeto de controlar los procesos de IT de determinadas patologías²³, de procesos de IT de corta duración, etc.

21 Introducido por la disposición final 32 de la Ley 26/2009, de 23 diciembre. Véase el apartado 3.2 infra.

22 [Convenio Marco de 15 de Diciembre de 2005](#), entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y la Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (AMAT), para la emisión de informes y práctica de pruebas médicas y exploraciones complementarias para la valoración, revisión y calificación de las incapacidades laborales.

23 Por ejemplo: la Resolución de 15 de marzo de 2006, de la Secretaría General Técnica por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Ministerio de

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

- La elaboración de guías de tiempos estándar y tiempos óptimos en los procesos de IT, a los que se comprometen en su uso orientativo los servicios públicos de salud dentro del marco de esos convenios de colaboración.
- Fomentando la colaboración empresarial vía: reducciones en las aportaciones empresariales por traslados de puesto de un trabajador con enfermedad profesional a puestos compatibles²⁴; o reducción de cotizaciones por contingencias profesionales en el denominado sistema “bonus”²⁵.
- Mediante la introducción en el sistema de Seguridad Social de nuevas contingencias que eviten el uso indebido de procesos de IT ante situaciones que no son constitutivas de IT pero cuyo uso alternativo era bastante común: las situaciones de riesgo durante el embarazo²⁶, riesgo durante la lactancia²⁷ y cuidado de hijo enfermo menor de cáncer u otra enfermedad grave²⁸.
- Facilitando al empresario la toma de decisiones extintivas de la relación laboral. Es el caso de la nueva regulación de absentismo laboral llevada a cabo por la Ley 35/2010, 17 septiembre cuya Disposición adicional vigésima modificará el art. 52 del ET en los siguientes términos: «d) Por faltas de asistencia al trabajo, aún justificadas pero intermitentes, que alcancen el 20 % de las jornadas hábiles en dos meses consecutivos, o el 25 % en cuatro meses discontinuos dentro de un periodo de doce meses, siempre que el índice de absentismo total de la plantilla del centro de trabajo supere el 2,5 % en los mismos periodos de tiempo. No se computarán como faltas de asistencia, a los efectos del párrafo anterior, las ausencias debidas a huelga legal por el tiempo de duración de la misma, el ejercicio de actividades de representación legal de los trabajadores, accidente de trabajo, maternidad, riesgo durante el embarazo y la lactancia, enfermedades causadas por embarazo, parto o lactancia, paternidad, licencias y vacaciones, enfermedad o accidente no laboral cuando la baja haya sido acordada por los servicios sanitarios oficiales y tenga una duración de más de veinte días consecutivos, ni las motivadas por la situación física o psicológica derivada de violencia de género, acreditada por los servicios sociales de atención o servicios de Salud, según proceda.». O bien la calificación de despido en situación de IT como improcedente y no nulo²⁹. Hoy ya superada por la supresión de dicha letra de d) del ET por el

Trabajo y Seguridad Social y la Comunidad Autónoma de Extremadura, por el que se acuerda ejecutar un programa piloto sobre los procesos de incapacidad temporal derivados de ciertas patologías. (B.O.E. del día 12); o con carácter general de control de la IT como la Resolución de 8 de septiembre de 2006, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio entre el INSS y la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares para el control de la IT (BOE del día 28); Resolución de 28 de noviembre de 2006, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio INSS y Comunidad de Madrid para el desarrollo de actuaciones para la modernización y mejora de la gestión y control de la incapacidad temporal y la racionalización del gasto de la prestación (BOE del 16).

²⁴ Real Decreto 1430/2009, 11 septiembre.

²⁵ Ver art. 73.4 LGSS y Real Decreto 404/2010, 31 de marzo.

²⁶ LO 39/1999, de 5 noviembre.

²⁷ LO 3/2007, de 22 marzo.

²⁸ Ley 39/2010, de 22 diciembre.

²⁹ STS 22 noviembre de 2007.

artículo único del RD-ley 4/2020, de 18 de enero y artículo único de la Ley 1/2020, de 15 de julio y por las consecuencias que se derivan de la Ley 15/2022, de 12 julio³⁰.

2.2. El modelo de gestión y control establecido por el RD 625/2014, de 27 de diciembre³¹

2.2.1. Objetivos

La exposición de motivos del RD 625/2014 señala como objetivos del mismo:

- a. Simplificar la gestión adaptando la expedición de los partes de médicos de baja/alta al tipo de patología.
- b. Fijación de unos protocolos de temporalidad en los partes de confirmación.
- c. Liberar al trabajador del parte de confirmación semanal.
- d. No condicionar al médico a llevar un seguimiento semanal.
- e. Incrementar mecanismos de control y seguimiento para luchar contra el absentismo injustificado y prácticas abusivas.
- f. Potenciar mecanismos de colaboración y posibilidades de control INSS y Mutuas.
- g. Una adaptación a la era de las comunicaciones vía electrónica.

30 Véase: Esteban Lejarreta, R., "El papel actual de la verificación empresarial de la enfermedad o accidente del art. 20.4 ET: Sentido y alcance del precepto tras las amplias reformas introducidas en el control de la incapacidad temporal", en AA. VV., *Las incapacidades laborales y la Seguridad Social en una sociedad en transformación*, Laborum, Murcia, 2017.

Monereo Pérez, J.L., *Despido objetivo por ineptitud e incapacidades laborales. Estudio Técnico y Jurídico-Crítico de su régimen jurídico*, Bomarzo, Albacete, 2017.

31 Véase: Panizo Robles, J.A., "De nuevo el control de la IT: Apuntes sobre el RD 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control en los procesos de incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración", *Revista Información Laboral*, núm. 7, 2014; Fernández Orrico, F.J., "Gestión y Control de la incapacidad temporal tras el RD 625/2014, de 18 julio", *REDT*, núm. 168, 2014.

Sobre los efectos de las reformas introducidas por el RD-ley 28/2018, de 28 de diciembre, véase: Monereo Pérez, J. L. y Rodríguez Iniesta, G., "La trascendencia jurídico-social de las innovaciones establecidas por el RD-ley 28/2018, de 28 de diciembre, en la rama de pensiones y otras materias: una primera aproximación", en AA.VV. (Monereo Pérez, J.L. y Rodríguez Iniesta, G., Dirs.), *Las reformas laborales y de Seguridad Social para 2019. Estudio sistemático del RD-ley 28/2018, de 28 de diciembre, para la revalorización de las pensiones y otras medidas urgentes en materia social, laboral y de empleo*, Ediciones Laborum, Murcia, 2019; y López Insua, B.M., "Modificaciones en la prestación de incapacidad temporal e incapacidad permanente: Panorama general", en AA.VV. (Monereo Pérez, J.L. y Rodríguez Iniesta, G., Dirs.), *Las reformas laborales y de Seguridad Social para 2019. Estudio sistemático del RD-ley 28/2018, de 28 de diciembre, para la revalorización de las pensiones y otras medidas urgentes en materia social, laboral y de empleo*, Ediciones Laborum, Murcia, 2019.

Dicho RD 625/2014, estructura en diez artículos³²; 4 disposiciones adicionales³³; 2 disposiciones transitorias³⁴, una disposición derogatoria³⁵; y 8 disposiciones finales³⁶.

2.2.2. Su ámbito³⁷

Comprende todos los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes y profesionales, desde el día 1 al 365 de la baja. Alcanza a todos los trabajadores por cuenta ajena o propia de cualquiera de los regímenes que integran el sistema, salvo aquellos que comprenden a los funcionarios públicos.

2.2.3. Sobre las declaraciones médicas de baja y de confirmación de los procesos de incapacidad temporal³⁸

Todo parte médico de baja debe ir precedido de un reconocimiento médico del trabajador que permita la determinación objetiva de la incapacidad temporal para el trabajo habitual.

La duración de los procesos de incapacidad temporal se vincula expresamente con la ocupación del trabajador a través de protocolos de temporalidad, que se materializan en tablas de duración media óptima según diagnóstico, ocupación y edad del trabajador³⁹. Antes se utilizaban —con carácter orientativo— tablas de duración estándar por patologías.

32 Art. 1: Ámbito de Aplicación; Art. 2: Declaraciones médicas de baja y de confirmación de la baja en los procesos de IT; Art. 3: Normas relativas a la determinación de la contingencia causante de la incapacidad temporal; Art. 4: Informes complementarios y de control; Art. 5: Declaraciones médicas de alta en los procesos de IT; Art. 6: Propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos derivados de CC; Art. 7: Tramitación de los partes médicos y expedición de altas médicas por el INSS o el ISM; Art. 8: Seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de IT; Art. 9: Requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico; y Art. 10: Cooperación y coordinación.

33 Relativas a: remisión de datos por las MUTUAS, facultativos e inspectores del ISM, adaptación de los sistemas informáticos de las MUTUAS, la referencia a SPS se extiende al INGS

34 Sobre: Su entrada en vigor que se fija el 1 de septiembre con carácter general; singularidades: nuevos partes médicos y plazos de tramitación de propuestas de alta.

35 Deroga expresamente el RD 575/1997, de 18 de abril y O. 19-6-1997.

36 Modifican: RD 1993/1995, 7 diciembre. Reglamento sobre colaboración de las MATEPSS de la Seguridad Social; RD 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad; RD 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla reglamentariamente la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de IT; RD 1630/2011, de 14 noviembre, que regula la prestación de servicios sanitarios y recuperadores de las Mutuas.

37 Art.1.

38 Art. 2. Téngase en cuenta que el apartado 3 de este artículo ha sido modificado por el art. único 1 del RD 1060/2022)

39 Actualmente se utiliza un Manual de Tipos Óptimos de Incapacidad Temporal (4ª Edición) en el que ha añadido como factores nuevos de corrección el sexo y la comorbilidad. El manual está accesible en <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Conocenos/Publicaciones/28156/47075/62e20eb4-bd64-47cb-a4ac-b55b39428d9f>

El sistema de partes médicos está basado en cuatro grupos de procesos de incapacidad temporal derivados de cualquier contingencia (a diferencia del sistema anterior que le daba un tratamiento distinto) según la duración:

- Procesos de duración estimada muy corta: inferior a 5 días naturales.
- Procesos de duración estimada corta: de 5 a 30 días naturales.
- Procesos de duración estimada media: de 31 a 60 días naturales.
- Procesos de duración estimada larga: de 61 o más días naturales.

Es el facultativo que emite el parte de baja el que determinará al inicio del proceso la duración estimada, sin perjuicio de que en un momento posterior pueda modificarlo.

Si el proceso se estima de duración:

- a. Muy corta se emitirá el parte de baja y el de alta de forma conjunta en un mismo documento.
- b. Duración estimada entre 5 y 30 días naturales, el primer parte de confirmación se emitirá como máximo a los 7 días naturales tras el parte de baja, salvo que se extienda parte de alta y los sucesivos, en el plazo máximo de 14 días desde el parte anterior.
- c. Duración estimada entre 31 y 60 días naturales, el primer parte de confirmación se emitirá como máximo a 7 días naturales tras el parte de baja, salvo que se extienda parte de alta; los sucesivos, en el plazo máximo de 28 días desde el parte anterior.
- d. Duración estimada \geq 61 días naturales, el primer parte de confirmación se emitirá como máximo a los 14 días naturales tras el parte de baja; los sucesivos, en el plazo máximo de 35 días naturales a contar desde el parte anterior.

Será necesario incluir: los datos personales, fecha de la baja, contingencia, código de diagnóstico: código nacional de ocupación, duración probable proceso, si se trata de una recaída y la fecha del próximo reconocimiento.

2.2.4 La determinación de la contingencia causante de la incapacidad temporal⁴⁰

Las particularidades más significativas que ofrece el proceso de determinación de la contingencia son las siguientes:

A) Inicio del procedimiento

Puede ser a) De oficio por el INSS, Inspección de Trabajo y Seguridad Social, del Servicio Público de Salud o del ISM; b) Del trabajador; c) de la Mutua; y d) Empresa colaboradora.

⁴⁰ Art. 3.

Sobre la competencia del INSS para la determinación de la contingencia véase STS 15 noviembre de 2006, rec. 2027/2005.

B) Rechazo de la contingencia o revisión instada por la Mutua

Si la Mutua ha expedido el parte de baja por contingencias profesionales podrá instar la revisión de la consideración inicial al INSS, siguiendo el procedimiento normado para ello en el RD 1430/2009.

Si el facultativo de la mutua (o empresa colaboradora) entiende, previo reconocimiento médico que es preceptivo y pruebas que corresponda que la patología causante es de carácter común remitirá al trabajador al servicio público que corresponda, sin perjuicio de prestarle la asistencia que precise en caso de urgencia o riesgo vital, entregándole informe médico (que deberán de contener diagnóstico, pruebas realizadas y tratamiento y motivos por los que se entiende que no es contingencia profesional. Su decisión podrá ser cuestionada por el trabajador ante el INSS por los cauces previstos en el art. 6 del RD 1430/2009. También el facultativo que emita el parte de baja podrá mostrar su discrepancia con la calificación de común del proceso de IT que se sustanciará conforme art. 6 del RD 1430/2009, mientras tanto el parte de baja producirá plenos efectos.

2.2.5. Declaraciones médicas de alta en los procesos de incapacidad temporal⁴¹

Se parte de la necesidad de reconocimiento médico previo por el facultativo del servicio público de salud o del inspector médico del servicio público de salud, del INSS o ISM. El alta médica extingue el proceso de IT con efectos laborales desde el día siguiente al de su emisión, sin perjuicio de que se siga prestando la asistencia sanitaria. El parte médico de alta debe contener la causa, el código de diagnóstico definitivo y la fecha de la baja inicial.

2.2.6. Informes complementarios y de control⁴²

Se trata de los informes médicos complementarios a emitir por los médicos de atención primaria o de los informes de control a cumplimentar por la Inspección médica. Los aspectos más relevantes son:

- a. Informes médicos complementarios. Su expedición dependerá de la duración médica prevista de la baja, se suprimen para las bajas con duración igual o inferior a 30 días.
- b. Informes de control. Cabe la posibilidad de que sean expedidos por el médico de atención primaria bajo la supervisión de la Inspección médica.
- c. Contenido y acceso: En ellos se deben de recoger las dolencias, tratamiento prescrito, pruebas médicas realizadas, Evolución dolencias, Incidencia sobre la capacidad funcional. Estos informes junto con las pruebas médicas que se vayan realizando estará a disposición de los inspectores médicos del INSS/ISM en el plazo de 5 días hábiles a su emisión.

⁴¹ Art. 5.

⁴² Art. 4.

- d. Acceso a su contenido: tienen acceso a ellos los inspectores médicos del INSS, ISM y médicos de Mutua (se consideran dichos informes como parte del proceso de IT)⁴³.
- e. Actualización: El informe complementario se actualiza cada dos nuevos partes de confirmación.
- f. Periodicidad de los informes de control: trimestral

2.2.7. Tramitación⁴⁴

La tramitación se caracteriza por el envío por vía telemática al INSS por parte del Servicio Público de Salud y las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social de los datos personales del trabajador, etc. El INSS centraliza los datos de todos los procesos de incapacidad temporal que remite a Mutuas y al Instituto Social de la Marina para sus trabajadores protegidos.

Se llevará a cabo desde el Servicio Público de Salud o Mutua al INSS de forma telemática e inmediata (en todo caso el día hábil siguiente) y en modelo que permita su gestión informatizada. Los modelos aprobados incluyen además un código identificativo del Centro de Salud emisor.

Como se puede apreciar se trata de un sistema flexible (frente al anterior que era rígido). Lo que puede dar lugar a errores y controversias como si es necesario o no agotar los plazos máximos (sobre lo que más adelante se volverá). Los partes de conformación tendrán la misma periodicidad con independencia de la contingencia de la que provenga la baja. La fecha de la próxima revisión médica se fija en el parte de baja o confirmación. Si hay alguna modificación o actualización del diagnóstico, se emitirá un parte de confirmación con la duración estimada ahora del proceso y el siguiente parte estará en función de la nueva duración de la baja. El parte de alta se expide en el momento en el que el médico del SPS/Mutua considere oportuno. Y en los procesos de muy corta duración: la fecha de la baja y el alta puede ser la misma (las bajas de un solo día).

2.2.8. Propuestas de alta médica impulsadas por las Mutuas⁴⁵

Las propuestas de alta médica formuladas por las Mutuas se articulan —en síntesis— de la siguiente forma:

- *Entidad que efectúa la propuesta.* La Mutua, a través de sus servicios médicos, comunicándolo al trabajador afectado.
- *Órgano ante quien se formula:* Ante la Inspección médica de los Servicios de Salud, quien la han de remitir a los facultativos o servicios médicos que corresponda la emisión del parte de alta.

⁴³ El art. 43 párrafo segundo, limita el acceso a la documentación clínica de atención primaria y especializada de conformidad con la DA. 40 LGSS a los médicos inspectores del Servicio Público de Salud, a los Inspectores Médicos del INSS o del ISM, que tendrán acceso preferentemente vía telemática.

⁴⁴ Art. 7. Téngase en cuenta que este artículo tiene una nueva redacción dada por el art. único 3 del RD 1060/2022.

⁴⁵ Art. 6. Téngase en cuenta que el apartado 3 de dicho artículo ha sido objeto de modificación por el art. único. 2 del RD 1060/2022. Ver. Apartado 3 de este estudio.

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

- *Días para pronunciarse:* Cinco días hábiles⁴⁶ contados desde la fecha en que la propuesta haya tenido entrada en la Inspección médica.
- *Resolución:* confirmación motivada de la baja o expedición del alta médica.
- *Falta de contestación en plazo por el facultativo médico:* La inspección médica puede acordar el alta.
- *Plazo para comunicar la confirmación de la baja:* Cinco días hábiles⁴⁷ desde la recepción de la propuesta en la inspección médica.
- *Consecuencias de no contestar en plazo:* transcurrido el plazo la Mutua puede instar ante la inspección médica del INSS o ISM el alta (antes cabía la reiteración ante el servicio público de salud o plantear una iniciativa de alta ante los servicios médicos del INSS).
- *Plazo del INSS para contestar a la solicitud de alta formulada por la Mutua:* cuatro días hábiles contados desde la recepción de la solicitud⁴⁸.

2.2.9. Requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico⁴⁹

En relación con los requerimientos a los trabajadores que se encuentren en situación de incapacidad temporal, estos presentan las siguientes singularidades:

- *Competencia:* El INSS o ISM a través de sus inspectores médicos y las Mutuas respecto a la IT por contingencias comunes a través de sus servicios médicos.
- *Citaciones a reconocimientos médicos:* Se comunicarán al trabajador con una antelación mínima de 4 días hábiles, con información sobre la posible suspensión cautelar de la prestación económica en caso de incomparecencia, y la advertencia de que si no se justifica en el plazo de 10 días hábiles, siguientes a la fecha fijada para el reconocimiento, se procederá a la extinción del derecho al subsidio.
- *Consecuencias de la incomparecencia:* Si la citación ha sido formulada por Entidad Gestora esta dictará resolución que será comunicada inmediatamente al interesado, acordando la suspensión cautelar de la prestación desde el día siguiente al que se hubiere señalado para la citación. Se le comunicará que tiene diez días para justificar la incomparecencia. Si la citación fue por una Mutua esta acordará la suspensión cautelar del subsidio desde el día siguiente a la citación, se le comunicará inmediatamente al interesado, indicándole que dispone de diez días para justificar la incomparecencia⁵⁰.

⁴⁶ Con anterioridad al RD 625/2014 era de diez días.

⁴⁷ Con anterioridad al RD 625/2014, era de quince días.

⁴⁸ Con anterioridad al RD 625/2014 no había un plazo expreso.

⁴⁹ Art. 10.

⁵⁰ Sobre los efectos de la falta de comparecencia y su justificación o no, véase: STS núm. 473/2021, 4 de mayo, ECLI:ES:TS:2021:1824, sobre los requisitos formales a cumplir por el INSS en la citación a reconocimiento " ... el INSS, de conformidad con lo establecido en el artículo 129 de la LGSS, para la tramitación de las

La suspensión por Entidad Gestora o Mutua se comunicará vía telemática a TGSS y empresa.

- *Justificación de la incomparecencia:* Se entiende justificada: a) Cuando el trabajador aporte informe médico del SPS que le dispense la asistencia sanitaria, señalando que la personación era desaconsejable por la situación clínica del paciente; b) Cuando la cita de hubiera realizado con plazo previo inferior a 4 días hábiles; y c) Cuando el beneficiario acredite la imposibilidad de su asistencia por otra causa suficiente.
- *Resolución:* si se ha justificado se emitirá resolución o acuerdo dejando sin efecto la suspensión por la Entidad gestora o Mutua. Lo que se realizará en el plazo de 15 días hábiles pagando directamente al trabajador el subsidio, notificándose a la empresa y TGSS, indicándose la fecha a partir de la cual se reanuda el pago delegado por la empresa
- *No se justifica la incomparecencia:* Transcurridos los 10 días para justificar la incomparecencia el INSS/ISM o la Mutua dictarán resolución o acuerdo declarando la extinción del derecho a la prestación, que se notificará al interesado, al SPS, a la empresa y a la TGSS, pudiendo los inspectores de las Entidades gestoras expedir alta médica.

2.2.10. Seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal⁵¹

El seguimiento y control de los procesos de incapacidad temporal se puede llevar a cabo a partir del momento en que se expida el parte médico de la baja. Son entidades y órganos competentes para ello:

- Los inspectores médicos tanto del SPS, como los del INSS/ISM y los facultativos de las Mutuas respecto a los informes médicos, pruebas y diagnósticos para ejercitar sus funciones.
- Los inspectores médicos del INSS/ISM para el ejercicio de sus competencias tendrán acceso por vía preferentemente telemática a la documentación clínica de atención primaria y especializada, así como a la documentación clínica de contingencias profesionales que tengan las Mutuas (acceso a la historia clínica).

prestaciones que no tengan carácter sancionatorio o recaudador, ha de ajustarse a lo dispuesto en la Ley 30/1992, por lo que al resultar infructuosos los dos intentos de notificación por correo certificado con acuse de recibo - citando para reconocimiento médico- enviados a la beneficiaria, de conformidad con el artículo 59.5 de la Ley 30/1992, debió proceder a la notificación por medio del correspondiente Edicto publicado en el Boletín Oficial. Dicha exigencia supone una mayor garantía jurídica de la afectada, por cuanto le resulta claramente perjudicial el acuerdo del INSS disponiendo la extinción de la prestación económica de incapacidad temporal. El incumplimiento por el INSS del citado trámite diseñado por el legislador a estos efectos determinó que la beneficiaria de la prestación no estuviese adecuadamente citada, razón por la que su incomparecencia no puede calificarse de injustificada y, en consecuencia, no procede la extinción de la prestación de incapacidad temporal.”; STS núm. 470/2020, de 18 junio, ECLI:ES:2020:2516, citación a comparecencia por Mutua, considera improcedente la extinción por incomparecencia injustificada a reconocimiento médico efectuado por la Mutua mediante burofax que no pudo ser entregado por el servicio de correos, dejando aviso, remitiendo un segundo burofax para justificar la incomparecencia, que tampoco pudo ser entregado, dejando aviso, al resultar necesaria la publicación en el Boletín Oficial por lo que no puede calificarse como injustificada la falta de comparecencia.

⁵¹ Art. 8.

- Intervención General de la Seguridad Social: puede acceder a datos relativos a situaciones de IT que sean estrictamente necesarios para el ejercicio de sus funciones.
- Personal no sanitario del INSS/SPS/Mutuas: solo podrán acceder a los datos de los trabajadores estrictamente necesarios para sus cometidos.

Llevarán a cabo aquellas actividades que tengan por objeto comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originaron el derecho al subsidio (sin perjuicio de las competencias de los SPS). Sus actuaciones se basarán en: los datos de los partes médicos de baja, confirmación, reconocimientos médicos e informes médicos realizados

Y en cuanto al tratamiento de datos se debe de tener en cuenta que los mismos tienen carácter confidencial y que solo pueden ser utilizados para el control de los procesos de IT y no para otras finalidades, quedando sujetos a la LO 15/1999, de 13 de diciembre.

2.2.11. Otros aspectos de la gestión⁵²

Las disposiciones adicionales del RD 625/1984, recogen las siguientes previsiones de interés:

- *Remisión de datos por las Mutuas*: Obligación de las Mutuas de remitir datos e información solicitada por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social en el marco de sus funciones de dirección y tutela, con el fin de conocer las actuaciones desarrolladas y evaluar su eficacia.
- *Facultativos o inspectores médicos del ISM*: Quedan equiparados a los facultativos o inspectores del SPS, cuando ejerzan sus funciones por no haberse transferido la competencia de asistencia sanitaria a la CCAA.
- *Adaptación a las Mutuas de los sistemas informáticos*: en el plazo máximo de 3 meses siguientes a la entrada en vigor del RD para su comunicación por vía informática con el INSS y el ISM. En el mismo plazo se iniciarán actuaciones para cumplir lo estipulado en el 16.2 del Reglamento sobre colaboración
- *Instituto Nacional de Gestión Sanitaria*: las referencias a los SPS que se contienen en el RD han de entenderse también realizadas al INGESA, entidad gestora a quien le corresponde la gestión de las prestaciones sanitarias en Ceuta y Melilla.

⁵² Véanse las disposiciones adicionales del RD 625/2014.

3. LOS PROGRAMAS DE RACIONALIZACIÓN Y MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL. CONVENIOS DE COLABORACIÓN ENTRE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS. BREVE RESEÑA

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. La dotación de este Fondo (tanto para las CC.AA. con gestión transferida en aquellos momentos, como las que no lo tuvieron) fue de 240,40 millones de euros, con previsión de actualización anual según se determinara en las leyes de Presupuestos Generales del Estado, a distribuir entre las Comunidades Autónomas de acuerdo con la población protegida.

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 duración⁵³.

En general en tales los Convenios se establecían dos líneas de actuación con sus correspondientes indicadores de seguimiento⁵⁴: a) Objetivos de racionalización del gasto; y b) Cumplimiento de un programa de actividades.

En los Convenios suscritos en el período 2002-2004, el peso mayor, el 70% del crédito, quedaba supeditado a la consecución del objetivo de racionalización del gasto, que se medía exclusivamente en términos de reducción del coste IT/INSS por afiliado y mes, estableciendo un coeficiente para obtener un coste por afiliado neto del "efecto bases de cotización". A partir de 2005, si bien se mantiene ese indicador de coste medio, se invierten los pesos de los objetivos, asignándose el 30% del crédito a la racionalización del gasto y el 70% al cumplimiento del programa de actividades, y especialmen-

53 El objeto de estos convenios es: a) Un llevar a cabo un programa de estudio sobre el comportamiento de los procesos de IT derivados de ciertas patologías a fin de fijar los adecuados controles sobre la prestación; b) Realizar un seguimiento de las bajas de los empleados de los servicios de salud (y en su caso de los servicios sociales) de dicha CA; y c) La implantación de un sistema informativo sobre el comportamiento de los médicos de Atención Primaria en la prescripción de incapacidad temporal.

54 Ver el informe de la Agencia de Evaluación y Calidad. Ministerio de la Presidencia de 2009, que efectúa una Evaluación de las medidas de racionalización y mejora de la gestión de la IT para el período 2006-2008. Accesible en <https://funcionpublica.hacienda.gob.es/dam/es/portalsefp/evaluacionpoliticaspublicas/Documentos/Evaluaciones/2009/E22.pdf>.

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

te a potenciar la informatización y transmisión telemática al INSS de los partes de IT en plazo y con código de diagnóstico, objetivo al que se le asignó el 45% del crédito.

Por otro lado, en los convenios suscritos para los años 2002-2004 se constató la necesidad de fijar un Plan anual de actuaciones, que se estableció para 2005 y para cada uno de los años del período 2006-2008.

En los Convenios suscritos para el período 2006-2008, se establecieron los siguientes objetivos:

Primero. Programa de actividades para la modernización y mejora de la gestión y control de la Incapacidad Temporal, que se concretaba en las siguientes cuatro áreas de actuación:

1. Informatización y transmisión por vía telemática al INSS de los partes de IT en plazo (con remisión diaria de ficheros) y con código de diagnóstico correcto.
2. Emisión desde el Servicio Público de Salud de los informes médicos individualizados sobre procesos de IT, correspondientes a los trimestres segundo y tercero desde el inicio del proceso de IT.
3. La práctica totalidad de CC. AA (con la excepción de Cataluña) tenían como objetivo la gestión de propuestas y de intenciones de alta.

En lo concerniente a las propuestas de alta los SPS debían tramitar y contestar motivadamente dentro del plazo de quince días, un determinado porcentaje de las propuestas de alta formuladas por el INSS y las "Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social" (MATEPSS).

4. Otras actividades: formación, colaboración, etcétera. Los objetivos concretos dentro de estas áreas eran: a) facilitar el acceso a los historiales clínicos a los médicos inspectores del INSS; b) la realización de actividades formativas con periodicidad semestral, con la participación del INSS y MATEPSS, debiendo incluir al 20% de los médicos de atención primaria; c) el SPS se comprometía a realizar las pruebas complementarias solicitadas por el INSS para la determinación de las IT, así como la remisión de resultado de las mismas y el informe correspondiente en un plazo determinado; y d) la implicación de las unidades de gestión de la IT, entendiéndose por ello que los SPS debían informar mensualmente a la Dirección Provincial del INSS sobre las actuaciones de control de IT desarrolladas en el mes inmediato anterior y el resultado de las mismas.

Segundo. Objetivo de racionalización del gasto.

Se establecían dos indicadores:

- A. Indicador coste/afiliado/mes.
- B. Indicador días de IT/afiliado/mes.

Se consideraba cumplido el objetivo si se obtenía una reducción del 2% de los días de baja consumidos en IT por contingencias comunes y profesionales de los trabajadores protegidos, respecto a los días consumidos en el mismo período mensual del año anterior.

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

Con este diseño se pretendía sentar las bases de que las cuantías económicas provenientes de los fondos no se integraran en los presupuestos autonómicos con carácter general e indiferenciado, sino vinculadas a un objetivo determinado, y sujetas a mecanismos de comprobación de resultados en la implementación.

A partir de 2006 se estableció una partida presupuestaria en los PGE que tenía por objeto el establecimiento de programas piloto de estudio relativos al comportamiento de los procesos de IT derivados de ciertas patologías. Los programas tenían por objeto llevar a cabo un control pormenorizado de las situaciones de IT en el conjunto de patologías establecidas en los mismos. Y así, los Servicios Públicos de Salud, debían llevar a cabo determinadas actividades como:

- Realizar un análisis del comportamiento de los procesos de IT en las distintas patologías contempladas, que se traducía en efectuar los controles pertinentes y en proceder a emitir las altas médicas oportunas. De este modo se lograría disminuir el número de días de baja por IT para dichos procesos, minorando el coste de la prestación de IT
- Informar al INSS de los resultados obtenidos.
- Dotarse de una estructura que facilitase las funciones de dirección y control de la gestión de la prestación de IT.
- Potenciar la formación de los profesionales implicados en los procesos de gestión y control de la IT. La formación se producía en las fases de la formación académica, incluyendo períodos de estancia en unidades médicas del INSS para los futuros especialistas en medicina familiar y comunitaria. Abarcaba igualmente la formación continuada de los profesionales.

Los programas establecían un incentivo económico para lograr la reducción del número de días de baja por IT respecto al año anterior, fijando una cuantía fija por cada día de baja reducido. Los créditos transferidos se destinaban a incentivar a los agentes de los SPS intervinientes en el programa (inspectores médicos, subinspectores sanitarios, médicos de atención primaria y especializada y otro personal de apoyo) y a la modernización y mejora de los recursos informáticos y materiales empleados en la gestión de la IT.

Para los períodos siguientes se seguirán suscribiendo convenios generales con similar fin, el alcanzar el Plan anual de actuaciones para la modernización y mejora de la gestión y control de la IT y la racionalización del gasto de la prestación con las CC. AA y de igual forma otros convenios específicos.

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 2022⁵⁵.

⁵⁵ 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 Secretaria 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).

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

En general todos los convenios tienen una estructura similar:

- Un programa de actuaciones relativo a la modernización y mejora de la gestión y control de la incapacidad temporal.
- Objetivo de racionalización del gasto.

En relación con las actividades de modernización y mejora de la gestión y control de la IT, estas se vinculan a una serie de áreas de actuación:

- A. Transmisión por vía telemática al INSS de los partes de IT, con calidad en los datos y en plazo⁵⁶
- B. Aplicación de tablas de duración óptima⁵⁷.

⁵⁶ Que consiste básicamente en que partiendo de que la CA ya tienen creada una base de datos de procesos de IT, se habrá de conseguir que se incluyan en ella todos los partes médicos de baja, confirmación y alta emitidos por los facultativos de su ámbito territorial. Los partes médicos de baja y de confirmación se extenderán en función del periodo de duración que estime clínicamente el médico que los emite, de conformidad con lo establecido en el artículo 2 del Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, y con arreglo a los cuatro grupos de procesos que establece dicho Real Decreto.

Así mismo, en dicha base de datos deberán incluirse también los partes médicos de alta y de baja emitidos por los Inspectores Médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, y remitidos por este Instituto a la Comunidad.

Los partes médicos de baja, confirmación y alta se transmitirán por vía telemática al INSS, con independencia de cuál sea la Entidad competente en la gestión de la prestación económica, conforme a las especificaciones técnicas, diseño de registro y periodicidad que determine la Entidad Gestora, siempre con programas compatibles.

Así mismo, los citados partes habrán de transmitirse, por vía telemática, al INSS, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su expedición, de conformidad con lo establecido en el apartado 1 del artículo 7 del RD 625/2014.

Los datos a transmitir, con carácter obligatorio, en los partes de baja, confirmación y alta, serán los que figuran en el modelo aprobado en la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, así como los que se estimen oportunos para la adecuada gestión de la prestación de incapacidad temporal, conforme se fija en los protocolos de transmisión por vía telemática; y, en todo caso, deberá constar el Código Nacional de Ocupación, así como el código de diagnóstico, según la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, en la edición que establezca el INSS. En el supuesto de que la Comunidad utilice otro sistema de codificación, deberá realizar la conversión a la clasificación señalada.

Dentro de este apartado, se valorará la calidad en la cumplimentación de los datos de los partes médicos, especialmente en lo relativo a los códigos de diagnóstico, profesión, a las recaídas en los procesos, así como la prontitud en la transmisión informática al INSS, por el SPS, de la modificación del parte de baja cuando es recaída de un proceso anterior.

⁵⁷ El SPS dotará a sus médicos de Atención Primaria de tablas de duración óptima elaboradas y facilitadas por el INSS, en las que se reflejen los tiempos de duración de cada uno de los procesos de mayor frecuencia, teniendo en cuenta la patología y la edad del trabajador; debiendo incorporar esas a los procedimientos informatizados de atención primaria. Estas tablas, que servirán como instrumento y como respaldo técnico a los médicos de Atención Primaria, podrán variarse a lo largo del tiempo. La edición de las nuevas tablas se efectuará por el INSS.

En este apartado se valorará expresamente no sólo la incorporación de las tablas de duración óptima facilitadas por el INSS a los sistemas informáticos de la Comunidad, también y al mismo tiempo la implantación de avisos y alarmas de ayuda al facultativo de Atención Primaria que debe expedir los partes de confirmación cuando se haya sobrepasado la duración óptima del proceso; incluyendo, así mismo, de forma automática la necesidad de justificación expresa por dicho facultativo de las causas que hayan llevado al mantenimiento del proceso.

El SPS de la Comunidad debe establecer y remitir al INSS un plan de acción en el que se fijen las actuaciones a seguir en aquellos procesos de IT que han superado la duración óptima prefijada.

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

- C. Análisis Predictivo⁵⁸.
- D. Aviso en el parte de confirmación y Creación de Unidades Especializadas en el Control de Determinados Procesos de IT⁵⁹.
- E. Existencia de Médicos Consultores Especializados en Determinadas Patologías⁶⁰.
- F. Gestión de propuestas de alta⁶¹.

58 El INSS hará participe al SPS de los resultados de la herramienta predictiva que se disponga y que se venga empleando en este Instituto para que, por medio de este instrumento de analítica predictiva, que combina una gran cantidad de variables que inciden en los procesos de IT (duración, sexo, edad, patología, ocupación etc.), pueda la Inspección Médica del SPS seleccionar aquellos procesos que requieran una valoración clínica por parte de dicha Inspección Médica, para mantener o no la situación de incapacidad temporal. A la vez podrán descartarse aquellos procesos en los que la herramienta, analizando las citadas variables, predice que aún no es necesario su control.

Para ello, el INSS enviará periódicamente al SPS los procesos de IT seleccionados mediante la herramienta predictiva susceptibles de ser valorados y citados a reconocimiento, en función de índices provincializados del INSS, de manera que la Inspección Médica del SPS y/o los facultativos del SPS realicen actuaciones concretas en las valoraciones / reconocimientos de esos trabajadores en IT.

59 Para facilitar la detección de procesos de incapacidad temporal que se prolonguen en el tiempo más allá del que precise el cuadro clínico en sí, se valorará qué en todos los partes de confirmación de incapacidad temporal legalmente exigibles, el médico del Servicio Público de Salud, responsable de esa baja, consigne de manera obligatoria sí, a su juicio, el proceso de IT de que se trate:

– Transcurre de forma adecuada por las características clínicas del mismo.

– No transcurre de forma adecuada por una de las siguientes causas:

a) Asistencial: El proceso de IT se alarga indebidamente por estar pendiente de realizar una consulta con el especialista, una prueba diagnóstica, un determinado tratamiento médico, una determinada intervención quirúrgica o un determinado tratamiento rehabilitador.

b) No asistencial: Serían aquellos supuestos que para el facultativo del SPS le supongan una alteración importante en la imprescindible relación médico paciente.

60 Consiste en la creación, por el SPS de la Comunidad, de consultores especializados en los Centros de Salud de determinadas especialidades a plena disposición de los médicos de Atención Primaria, así como la intervención de especialistas o consultores que realicen un seguimiento del proceso de IT relacionado con el puesto de trabajo del ciudadano, valorando la necesidad de permanencia o no en dicha situación.

Estos consultores facilitarían a los MAP el trabajo en la adecuada asistencia y control de los trabajadores en IT, para que con inmediatez puedan atender a esos trabajadores desde el mismo momento en que acuden al Centro de Salud cuando inician su IT.

Los médicos especialistas a disposición del médico de atención primaria, serán de manera preferente consultores en patología musculoesquelética (reumatólogo, traumatólogo, rehabilitador) y patología psiquiátrica menor (psiquiatra, psicólogo), así como ocasionalmente, aquellos especialistas relacionados con el proceso clínico causante de la IT a los que se solicitará la información actualizada que precise, debiendo tener respuesta en tiempo inferior al que se determine anualmente. Las contestaciones a estas solicitudes deberán suponer, al menos, un volumen equivalente a un porcentaje determinado de los procesos que superen el tiempo óptimo por estas patologías.

Las comunicaciones entre el médico de Atención Primaria y los consultores deben realizarse de manera electrónica a través de la e-consulta, correo electrónico, etc.

61 El SPS se obliga a tramitar y contestar, motivadamente y en plazo, todas las propuestas de alta formuladas por las MCSS, a través del procedimiento informatizado diseñado por el INSS.

La contestación a las propuestas de alta formuladas por las MCSS, en caso de desacuerdo del SPS, deberá estar motivada desde un punto de vista clínico-funcional, indicando las limitaciones orgánicas y funcionales que impiden el desarrollo de la actividad laboral del trabajador. Aquellas propuestas que no sean contestadas en el plazo establecido, pasarán directamente a evaluarse por el INSS.

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

- G. Control médico de la adecuación de la incapacidad temporal.⁶²
- H. Formación e información⁶³.
- I. Acceso telemático a historias clínicas⁶⁴.
- J. Objetivos específicos:

Y en relación con los objetivos de racionalización del gasto:

- A. Indicador: Coste/afiliado/mes⁶⁵.
- B. Otros indicadores⁶⁶.
- C. Indicador procesos de corta duración⁶⁷

62 Con ello se busca implicar a los médicos de atención primaria, como principales responsables de la emisión de los partes de incapacidad temporal, así como a la inspección médica de los Servicios Públicos de Salud (SPS), en adecuar la duración de los procesos de IT a los días estrictamente necesarios para la recuperación funcional de los trabajadores en situación de baja laboral.

63 INSS y CC. AA se conscientes de la importancia de la formación de los profesionales sanitarios, en materia de incapacidades laborales, se comprometen a fomentar la formación de éstos en sus distintas modalidades: presencial o no presencial, utilizando para ello las metodologías y herramientas que estimen necesarias, tales como cursos, seminarios, jornadas, estancias formativas, intercambio de profesionales y cualesquiera otras que se consideren eficaces a la hora de lograr el objetivo planteado.

64 Con el fin de realizar la gestión y el control de las prestaciones derivadas de las incapacidades laborales, la Comunidad se compromete a facilitar a los Inspectores Médicos del INSS el acceso informatizado, directo y sin otros condicionantes telemáticos previos, desde sus puestos de trabajo, a las historias clínicas completas tanto de atención primaria como especializada de los asegurados. Dicho acceso será en las mismas condiciones que los propios Inspectores Médicos del SPS.

El acceso y tratamiento de esta información por parte de los Inspectores Médicos del INSS tendrá por objeto, única y exclusivamente, el ejercicio de las competencias que tienen encomendadas en orden a la valoración del menoscabo funcional que justifica la percepción de las prestaciones económicas garantizándose, en todo caso, la seguridad y confidencialidad de los datos.

En las historias clínicas también estará incluido el informe propuesta de incapacidad permanente. En caso de no ser posible su inclusión, dicho informe propuesta será transmitido por el SPS a la Unidad Médica del INSS a través del sistema de comunicación telemático que se alude en el párrafo siguiente.

Se establecerá un sistema telemático de comunicación entre los Inspectores Médicos del INSS y los Inspectores Médicos de la Comunidad, de forma que ambos colectivos que intervienen en un proceso de incapacidad laboral de un trabajador puedan relacionarse y comunicarse sus decisiones para gestionar las incapacidades laborales de una manera ágil y eficaz, cumpliendo con lo previsto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y su normativa de desarrollo.

65 El objetivo de reducción del gasto de IT por contingencias comunes en la CC. AA se dirige a propiciar que, durante la vigencia del Convenio, se alcance un gasto de la prestación económica señalada, medido en términos de coste/afiliado/mes, según se fija en los anexos de los convenios

66 Sobre incidencia y prevalencia de los procesos de IT.

67 Se es consciente, del análisis de los procesos de IT, que un número elevado de ellos corresponde a procesos de corta duración, que provocan además una merma importante para la organización del sistema productivo. Por ello se establece este objetivo, consistente en la puesta en marcha de un plan que someta a un seguimiento más riguroso a los procesos de IT cuyo diagnóstico tenga establecida una duración estándar no superior a 30 días. En este objetivo se contemplan los procesos de IT por contingencias comunes de INSS y de Mutuas.

Con su aplicación se pretende ajustar el número de procesos de IT de esta modalidad que se inicien, y establecer una cultura de utilización racional de la prestación en procesos de corta duración, sensibilizando para ello, tanto al médico prescriptor de la baja como al trabajador y al empresario, mejorando al propio tiempo la atención sanitaria sobre los beneficiarios.

4. LA REFORMAS DE 2022 PARA 2023 EN LA GESTIÓN Y CONTROL DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

La principal novedad o quizás la más llamativa de las reformas introducida por el RD 1060/2022, de 27 de diciembre, es la supresión de la entrega al trabajador, por el facultativo que emite los partes médicos de baja, confirmación y alta médica, de una copia de estos destinada a la empresa, y la correlativa obligación de su presentación a esta por el trabajador en un plazo determinado. La finalidad declarada no es otra que facilitar la gestión de las situaciones de incapacidad temporal y de las prestaciones correspondientes a las mismas.

El RD 1060/2023, se estructura en un artículo único que modifica el RD 625/2014, de 18 de julio, concretamente:

- El apartado 3 del art. 2 *“Declaraciones médicas de baja y de confirmación de la baja en los procesos de incapacidad temporal”*.
- El apartado 3 del art. 6 *“Propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes”*.
- El art. 7 *“Tramitación de los partes médicos y expedición de las altas médicas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso del Instituto Social de la Marina”*.

Y además recoge en una disposición transitoria su aplicación los procesos en curso y una disposición final única sobre su entrada en vigor.

4.1. Declaraciones médicas de baja y su confirmación

El apartado 3 del art. 2 contiene una clasificación de los procesos de incapacidad temporal en relación con la duración que el facultativo que lo emita entienda oportuno, estableciendo respecto de cada tipo los plazos máximos dentro de los cuales ha de fijarse, en los partes médicos, la fecha de las sucesivas revisiones médicas. El cambio consiste en la adición de un nuevo párrafo al final del apartado en el cual se explicita que, en cualquiera de los procesos contemplados en el mismo, el facultativo del servicio público de salud, de la empresa colaboradora o de la mutua podrá fijar la correspondiente revisión médica en un período inferior al indicado en cada caso. La novedad en realidad no era estrictamente necesaria ya que de la versión anterior cabía así entenderlo, pero en la práctica se hacía una aplicación automática de los plazos máximos en los que cabía reconocer al trabajador y expedir la confirmación o el alta médica.

4.2. Propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes

La nueva redacción del apartado 3 del art. 6 básicamente consiste en adaptar la anterior referencia al apartado 5 del artículo 7 a los cambios operados en este último artículo en el que la supresión del contenido del actual apartado 4 ha determinado el cambio de numeración de los apartados 5 y 6, que han pasado a ser, respectivamente, los apartados 4 y 5.

Por otro lado, se actualizan las referencias al actual texto refundido de la LGSS, de 2015 sustituyendo las correspondientes al texto refundido de 1994.

4.3. Tramitación de los partes médicos y expedición de altas médicas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina

El art. 7 pasa a tener una nueva redacción, las novedades que incorpora son las siguientes:

A) Entrega de partes médicos de baja

Se sustituye la obligación del facultativo que emite el parte de baja, confirmación o alta de entregar al trabajador dos copias, una para el propio interesado y otra con destino a la empresa, por la respectiva entrega de una única copia.

B) Obligaciones del trabajador

Se suprime la obligación del trabajador de presentar en la empresa (o en la entidad gestora o mutua en caso de extinción de la relación laboral durante el proceso de incapacidad temporal) una copia del parte.

C) Obligaciones de comunicación telemática de los servicios de salud

En el último párrafo se mantienen las obligaciones de comunicación telemática al INSS por las entidades emisoras de los partes médicos, si bien se añade ahora junto a los servicios públicos de salud y las mutuas a las empresas colaboradoras, y se sustituye la referencia a la remisión de los partes en sí por la correspondiente a los datos contenidos en los mismos.

D) Obligaciones de las empresas

Se sustituye la obligación de las empresas de remitir al INSS los partes médicos que les presenten los trabajadores, una vez cumplimentada la parte correspondiente a la empresa, por una previsión conforme a la cual dicha entidad gestora ha de comunicar a la empresa los datos identificativos de carácter meramente administrativo relativos a los partes médicos de baja, confirmación y alta, emitidos por los facultativos del servicio público de salud o de la mutua, referidos a sus personas trabajadoras, como máximo en el primer día hábil siguiente al de su recepción en el INSS.

Se añade la obligación de las empresas de transmitir al INSS a través del sistema RED, con carácter inmediato y, en todo caso, en el plazo máximo de tres días hábiles contados a partir de la recepción

de la comunicación de la baja médica, los datos que se determinen mediante orden ministerial. Los empresarios quedan eximidos de dicha obligación cuando se trate de trabajadores pertenecientes a algún colectivo respecto del cual la empresa o empleador no tenga obligación de incorporarse al sistema RED.

E) Adecuaciones de citas normativas

Se adecua la cita al artículo del texto refundido de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto, por la que se entiende tipificada la infracción derivada del incumplimiento del empresario de la referida obligación.

F) Efectos de la no remisión de los partes médicos al INSS en relación con la colaboración obligatoria de las empresas

Se suprime el anterior contenido del apartado 4, relativo a la facultad *del Ministerio de Empleo y Seguridad Social* de suspender la colaboración obligatoria de la empresa en el pago delegado de las prestaciones económicas por incapacidad temporal cuando la empresa no remita los partes médicos al INSS. Los actuales apartados 5 y 6 pasan a ser, respectivamente, 4 y 5.

G) Otras modificaciones

Se sustituyen las referencias a la remisión de los partes médicos por la relativa a la remisión de los datos correspondientes (apartado 5 anterior y ahora apartados 3 y 4 del art. 7).

En el último párrafo del apartado 3 (en su versión actual) se añade la cita al Instituto Social de la Marina como entidad gestora a la que, cuando corresponda, puede la empresa reclamar el reintegro de las cantidades abonadas en pago delegado a la persona trabajadora en concepto de incapacidad temporal y no deducidas de las liquidaciones para el ingreso de las cuotas de la Seguridad Social.

Y finalmente el apartado 4 del art. 7 (antes apartado 5) se sustituye la referencia a que el inspector médico del INSS o del ISM, cuando emita el parte médico de alta, entregará al trabajador dos copias por la correspondiente a una copia, se establece la obligación de la entidad gestora que emita dicho parte de comunicar a la empresa los datos identificativos de carácter meramente administrativo.

4.4. Procesos de incapacidad temporal en curso y entrada en vigor de la reforma

La disposición transitoria única establece que las previsiones introducidas por el real decreto serán de aplicación, a partir de su entrada en vigor, a los procesos que en ese momento se encuentren en curso y no hayan superado los 365 días de duración. La disposición final única establece la fecha de entrada en vigor del Real Decreto fijándola el día primero del tercer mes siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado, en definitiva, el 1 de abril de 2023.

4.5. La reforma de la orden ESS/1187/2015, de 15 de junio

La Orden ISM/2/2023, de 11 de enero, modifica la Orden ESS/1187/2015, de 5 de julio con finalidad principal adaptar el articulado y los anexos de la Orden ESS/1187/2015 a las modificaciones introducidas

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

en el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el Real Decreto 1060/2022, de 27 de diciembre, y desarrollar las previsiones introducidas por este respecto a las actuaciones y comunicaciones necesarios como consecuencia de esos cambios. Además se recoge, la referencia expresa en los modelos a los facultativos de las empresas colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social⁶⁸, se actualizan determinadas referencias normativas, y se introducen otros cambios en los modelos de los partes médicos que facilitan su utilización y que subsanan ciertos defectos o mejoran su redacción.

Las novedades que se introducen son las siguientes:

A) Partes médicos de incapacidad

La Orden ISM/2/2023, da nueva redacción al artículo 1, que se refiere a la aprobación de los modelos de los partes médicos de baja/alta y de confirmación de la incapacidad temporal, para adaptar la referencia a los anexos I y II⁶⁹.

B) Expedición de los partes médicos de baja

Se modifica el artículo 3 para incluir una referencia expresa a los facultativos de las empresas colaboradoras junto a los de los servicios públicos de salud y las mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

C) Expedición de los partes de confirmación de la baja

El art. 4 es modificado en los apartados 1, 2 y 4 para:

- Incorporar las correspondientes referencias a los facultativos de las empresas colaboradoras y las referencias al actual texto refundido de la LGSS.
- Se da nueva redacción al párrafo sexto del apartado 2 (pasando los actuales sexto y séptimo a ser, respectivamente, séptimo y octavo) para indicar que los plazos establecidos en este apartado se entenderán, en todo caso, como plazos máximos, por lo que el facultativo del servicio público de salud, de la empresa colaboradora o de la mutua podrá expedir los partes de confirmación en un período inferior.
- Se sustituye la referencia al inicio de una situación de maternidad, como causa de alta médica, por la correspondiente al inicio de una situación de descanso por nacimiento y cuidado de menor.

D) Expedición de partes médicos de alta por el facultativo del servicio público de salud de la mutua o de la empresa colaboradora

Se modifica el título y el apartado 1 del artículo 6, para incluir una referencia expresa al facultativo de la empresa colaboradora. Y se introduce una referencia expresa a que el facultativo que expida el parte de alta entregará al trabajador una copia del mismo⁷⁰.

⁶⁸ Era una omisión a los mismos que si bien había sido subsanada por el RD 231/2017, de 10 de marzo en el RD 625/2015, no se había luego trasladado a la Orden ESS/1187/2015.

⁶⁹ Al haberse introducido un nuevo anexo III, que no se refiere a tales modelos, ya no procede una referencia genérica a los anexos.

⁷⁰ Se sustituye a la previsión actualmente recogida en el artículo 8.1 relativa a la entrega al trabajador de dos copias del parte.

E) Expedición de altas médicas por los inspectores médicos de los servicios públicos de salud

Es una nueva redacción de artículo 7, relativo a la expedición de altas médicas por los inspectores médicos de los servicios públicos de salud, para establecer que los mismos entregarán al trabajador una copia del parte médico, en lugar de dos.

F) Expedición de altas médicas por los inspectores médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social e Instituto Social de la Marina

Similar modificación que las anteriores, se modifica el artículo 8.1, relativo a la expedición de altas médicas por los inspectores médicos del INSS o del ISM, con esa misma finalidad de sustituir la referencia a la entrega al trabajador de dos copias del parte, por la relativa a una copia. Además, se sustituye en el segundo párrafo la referencia a la remisión por la entidad gestora al servicio público de salud y, en su caso, la mutua, de los partes médicos por la correspondiente a los datos contenidos en los mismos.

G) Remisión de datos contenidos en los partes médicos de baja/alta y confirmación, por los servicios públicos de salud y las mutuas [se añade “y las empresas colaboradoras”]

El artículo 9 de la Orden ESS/1187/2015, es modificado para incorporar a su título y a su contenido una referencia a las empresas colaboradoras, y por otra sustituye la referencia a la remisión de los partes médicos al INSS, por el servicio público de salud o entidad colaboradora que los emita, por la correspondiente a la remisión de los datos contenidos en los mismos. Asimismo, se adecua la cita a los anexos que contienen los modelos de parte médico.

H) Entrega del parte al trabajador y presentación en la empresa de la copia destinada a ella [ahora “Comunicación a las empresas”]

El artículo 10 cambia su objeto que hasta ahora tenía por objeto regular la entrega al trabajador y la presentación por el mismo en la empresa de la copia destinada a ella. Esta regulación se elimina pasando este artículo a regular la comunicación por el INSS a la empresa de los datos pertinentes de sus trabajadores. Dicha comunicación se llevará cabo a través del fichero “INSS EMPRESAS” del sistema RED, y que la misma comprenderá los datos identificativos de carácter meramente administrativo de los partes médicos.

Y además se incorpora una previsión expresa referida a los colectivos respecto de los cuales la empresa o empleador no tenga obligación de incorporarse al sistema RED, para determinar el modo de llevar a cabo en estos casos las comunicaciones a que se refiere este artículo. Ello se hace en consonancia con la regulación de las notificaciones y comunicaciones electrónicas en el ámbito de la Administración de la Seguridad Social, contenida fundamentalmente tanto en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, como en la Orden ISM/903/2020, de 24 de septiembre, por la que se regulan las notificaciones y comunicaciones en el ámbito de la Administración de la Seguridad Social.

I) Tramitación por el empresario

Nueva redacción al artículo 11 relativo a la tramitación por el empresario, eliminando las referencias a la consignación por la empresa de información en el modelo del parte, a la cumplimentación de este

y a su transmisión al Instituto Nacional de la Seguridad Social, que son sustituidas por la referencia a la transmisión de los datos que se recogen en el Anexo III.

J) Reglas especiales aplicables a determinados trabajadores

El artículo se suprime y desaparece la obligación de presentar por los interesados los partes médicos en la entidad gestora o colaboradora cuando proceda el pago directo de la prestación de incapacidad temporal, utilizando para ello el ejemplar destinado a la empresa.

K) Modelos

Se modifican los anexos I, que recoge el modelo de parte de baja/alta, y II, referido al modelo de parte médico de confirmación, y se incorpora un nuevo anexo III que recoge los datos que ha de comunicar la empresa al INSS respecto de los trabajadores a los que se refiera el parte médico de baja.

Los nuevos modelos de los partes médicos recogidos en los Anexos I y II, introducen algunas novedades respecto a los recogidos hasta ahora en la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, la principal de las cuales es la eliminación del ejemplar destinado al empresario, en coherencia con los cambios introducidos al respecto en el articulado⁷¹.

Otras novedades son:

- En el apartado correspondiente a la entidad emisora, estos nuevos modelos incorporan una casilla para el supuesto de que el emisor del parte sea el facultativo de la empresa colaboradora en la gestión de la Seguridad Social.
- Se establecen nuevas casillas previas a la firma del facultativo que permiten distinguir si es o no un médico inspector el que emite el parte.
- Se incorpora la posibilidad de cumplimentar el código CIE-10 en supuestos que no sean de enfermedad profesional, y se incrementan, en el parte de baja/alta, el número de casillas para consignar el Código Nacional de Ocupación (CNO).
- En el dato de la fecha de la siguiente revisión médica, se hace una advertencia de que si el trabajador no comparece en esa fecha, se podrá emitir el alta por incomparecencia.
- En el modelo de parte de baja/alta, se incorpora el dato de la fecha de la baja del proceso anterior del que es recaída.
- Los modelos de parte de baja/alta y de confirmación se ajustan en su texto a los requerimientos del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento General de Protección de Datos).

⁷¹ La Disposición transitoria única establece que los nuevos modelos de partes médicos se utilizarán en los procesos que estén en curso en la fecha de entrada en vigor de la orden y no hayan superado los 365 días, así como a las nuevas bajas que puedan darse por recaída en procesos anteriores. Del mismo modo, la transmisión de los datos correspondientes a esos procesos se llevará a cabo conforme a lo previsto en esta orden a partir de su entrada en vigor. Por su parte la Disposición final única se refiere a la entrada en vigor de la norma, que se fija el 1 de abril de 2023 para hacerlo coincidir con la fecha de entrada en vigor del Real Decreto 1060/2022, de 27 de diciembre.

- Se sustituye, entre las causas del alta médica el “inicio de la situación de maternidad” por “nacimiento y cuidado de menor.
- Se incorpora un nuevo Anexo III, relativo a los datos económicos que ha de comunicar la empresa al INSS una vez que es informada de la baja médica del trabajador. Su contenido se corresponde con parte del recogido anteriormente en el ejemplar del parte de baja/alta destinado a la empresa, concretamente con los datos identificativos del trabajador y los datos a cumplimentar por la empresa. Además, se ha añadido un apartado referido a la descripción de las funciones desempeñadas por el trabajador, así como algunos cambios de redacción.

5. VALORACIONES O REFLEXIONES FINALES

A la vista de lo anteriormente analizado podría hacerse algunas reflexiones finales sobre:

A) Realmente están justificadas las críticas acerca de un supuesto desinterés por parte de la Administración en un control de la IT

Pues a la vista de lo expuesto en los distintos apartados de este estudio (significativamente en el apartado 1) no puede, sin faltar a la verdad mantenerse esa afirmación. Otra cosa es que hayan sido o sean eficacias las diversas medidas hasta ahora tomadas.

B) Sobre la bondad o no de la concurrencia y de la 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 comportan 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.

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

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.

C) Las 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 DA 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 deben 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.

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.

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

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.

C) Las 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.

D) El 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 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 —como antes se ha señalado— muy limitado.

E) La 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 es 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.

F) El 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.

G) 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.

H) 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.

I) La falta de un uso responsable de la IT

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.

J) 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 se ha analizado en el apartado 4 es una parte muy importante de los Convenios INSS y CC.AA.

K) 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

L) 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.

M) 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.

N) La reforma “estrella” o principal novedad para 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.

6. BIBLIOGRAFÍA

Esteban Lejarreta, R., “El papel actual de la verificación empresarial de la enfermedad o accidente del art. 20.4 ET: Sentido y alcance del precepto tras las amplias reformas introducidas en el control de la incapacidad temporal”, en AA. VV., *Las incapacidades laborales y la Seguridad Social en una sociedad en transformación*, Laborum, Murcia, 2017.

Fernández Orrico, F.J., “Gestión y Control de la incapacidad temporal tras el RD 625/2014, de 18 julio”, *REDT*, núm. 168, 2014.

EL CONTROL Y LA GESTIÓN DE LA INCAPACIDAD TEMPORAL

- Ferrando García, F., "La reforma de la incapacidad temporal", en AA.VV., *La reforma de la Seguridad Social (El Acuerdo de 13 de julio de 2006 y su ulterior desarrollo normativo)*, Editorial Bomarzo, Albacete, 2007.
- García Piñeiro, N.P., "La reforma en la prestación de incapacidad temporal", en AA.VV. (Sempere Navarro, A.V., Dir. y Areta Martínez, M., Coord.), *La reforma de la Seguridad Social de 2007-2008*, Thomson-Aranzadi, Pamplona, 2008.
- López Insua, B.M., *El control de la incapacidad temporal tras la reforma legislativa de las Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social*, Comares, Granada, 2015.
- López Insua, B.M., "Modificaciones en la prestación de incapacidad temporal e incapacidad permanente: Panorama general", en AA.VV. (Monereo Pérez, J.L. y Rodríguez Iniesta, G., Dirs.), *Las reformas laborales y de Seguridad Social para 2019. Estudio sistemático del RD-ley 28/2018, de 28 de diciembre, para la revalorización de las pensiones y otras medidas urgentes en materia social, laboral y de empleo*, Ediciones Laborum, Murcia, 2019.
- Monereo Pérez, J.L., *Despido objetivo por ineptitud e incapacidades laborales. Estudio Técnico y Jurídico-Crítico de su régimen jurídico*, Bomarzo, Albacete, 2017.
- Monereo Pérez, J. L y Rodríguez Iniesta, G., "La trascendencia jurídico-social de las innovaciones establecidas por el RD-ley 28/2018, de 28 de diciembre, en la rama de pensiones y otras materias: una primera aproximación", en AA.VV. (Monereo Pérez, J.L. y Rodríguez Iniesta, G., Dirs.), *Las reformas laborales y de Seguridad Social para 2019. Estudio sistemático del RD-ley 28/2018, de 28 de diciembre, para la revalorización de las pensiones y otras medidas urgentes en materia social, laboral y de empleo*, Ediciones Laborum, Murcia, 2019.
- Panizo Robles, J.A., "La Seguridad Social en los Presupuestos Generales del Estado para 2018", *RTSS, CEF*, núm. 425-426, agosto-septiembre 2018.
- Panizo Robles, J.A., "De nuevo el control de la IT: Apuntes sobre el RD 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control en los procesos de incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración", *Revista Información Laboral*, núm. 7, 2014.
- Pérez Alonso, M.A., "Los complementos de incapacidad temporal en la Administración del Estado tras el RDL 20/2012", *Revista Doctrina Aranzadi Social*, núm. 4, 2013.
- Rodríguez Iniesta, G., *El control de la incapacidad temporal*, Laborum, Murcia, 2014.
- Tortuero Plaza, J.L., "La reforma de la incapacidad temporal en la Ley 35/2010, de 17 de septiembre", en AA.VV. (Sempere Navarro, A.V., Dir.), *La reforma laboral del 2010*, Aranzadi, Cizur Menor, 2010.