

# **ESTUDIO DEL REAL DECRETO 625/2014, DE 18 DE JULIO, POR EL QUE SE REGULAN DETERMINADOS ASPECTOS DE LA GESTIÓN Y CONTROL DE LOS PROCESOS DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN LOS PRIMEROS 365 DÍAS DE SU DURACIÓN**

Joaquín Mur Torres

1-9-2014

## **Sumario**

### **1. Tres cuestiones introductorias.**

### **2. Modificaciones del Real Decreto 625/2014 en materia de incapacidad temporal.**

#### **2.1. Ámbito de aplicación del Real Decreto 625/2014 (artículo 1).**

#### **2.2. Documentos médicos de control de la incapacidad temporal.**

##### **2.2.1. Parte médico de baja y partes médicos de confirmación de la baja.**

A) Características del parte médico de baja (artículo 2, apartados 1 y 2).

B) Nuevo sistema de partes médicos basado en cuatro grupos de procesos (artículo 2, apartados 3 y 4).

C) Remisión al INSS por los servicios públicos de salud o las mutuas de los datos personales del trabajador, los datos obligatorios del parte de baja y la fecha del próximo reconocimiento (artículo 2.2 p<sup>o</sup> 2<sup>o</sup>):

D) Normas relativas a la determinación de la contingencia causante de la baja médica (artículo 3).

##### **2.2.2. Informes médicos complementarios e informes trimestrales de control (artículo 4).**

##### **2.2.3. Parte médico de alta.**

A) Normas generales de los partes de alta en procesos de IT derivados de contingencias comunes y profesionales (artículo 5).

B) Normas particulares relativas a las propuestas de alta médica formuladas por las Mutuas en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes (artículo 6).

C) Partes médicos de alta expedidos por los Inspectores Médicos adscritos al INSS o ISM (artículo 7, apartados 5 y 6).

**2.3. Tramitación de los partes médicos (artículo 7, apartados 1 a 4).**

**2.4. Control y coordinación de la prestación y de la situación de incapacidad temporal.**

**2.4.1. Facultades de seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal por parte del INSS, ISM y Mutuas (artículo 8).**

**2.4.2. Requerimientos a los trabajadores para reconocimientos médicos (artículo 9).**

**2.4.3. Cooperación y coordinación entre INSS, ISM, Mutuas y Servicios Públicos de Salud (artículo 10).**

**2.5. Procedimientos específicos en materia de incapacidad temporal.**

**2.5.1. Procedimiento de disconformidad con el alta médica emitida por las Entidades Gestoras (recordatorio).**

**2.5.2. Procedimiento de revisión de las altas médicas emitidas por las Mutuas y empresas colaboradoras en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales (disposición final tercera.Uno, Dos y Tres que modifica el artículo 4 del RD 1430/2009).**

**2.5.3. Procedimiento administrativo de determinación de la contingencia causante de los procesos de incapacidad temporal (disposición final tercera.Cuatro que añade un artículo 6 al RD 1430/2009).**

**2.5.4. Procedimiento de demora de la calificación de la incapacidad permanente. Prolongación de los efectos de la incapacidad temporal (disposición final tercera.Cinco que añade un artículo 7 al RD 1430/2009).**

**2.6. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (disposición adicional cuarta)**

**2.7. Facultativos e Inspectores Médicos del Instituto Social de la Marina (Disposición adicional segunda).**

**2.8. Derecho transitorio.**

**2.8.1. Partes médicos de incapacidad temporal. (Disposición transitoria primera).**

**2.8.2. Plazos para la tramitación de las propuestas de alta formuladas por las Mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes (disposición transitoria segunda).**

**2.8.3. Adaptación a las Mutuas de los sistemas informáticos (disposición adicional tercera).**

**3. Modificaciones del RD 625/2014 en materias conexas con la incapacidad temporal.**

**3.1. Reclamaciones ante el órgano de dirección y tutela de las Mutuas y ante las Mutuas. (Disposición final primera que modifica el artículo 16 del Reglamento de Colaboración de las Mutuas - RD 1993/1995 ).**

**3.2. Aprobación de los instrumentos de colaboración de las Mutuas con las Administraciones públicas sanitarias y con las Entidades Gestoras de la Seguridad Social. (Disposición final cuarta que modifica el RD 1630/2011).**

**3.3. Remisión de datos por las Mutuas a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. (Disposición adicional primera).**

#### **4. Modificaciones del RD 625/2014 en materias distintas de la incapacidad temporal**

**4.1. Prestaciones económicas por maternidad, paternidad y riesgos durante el embarazo y durante la lactancia natural (disposición final segunda que modifica el RD 295/2009).**

**4.2. Acceso a la documentación clínica por parte de los médicos del Instituto Social de la Marina (disposición final quinta)**

## **1. Tres cuestiones introductorias**

### **Cuestión primera: ¿Cuáles son las razones fundamentales de la publicación del Real Decreto 625/2014?**

De acuerdo con la exposición de motivos del Real Decreto 625/2014, debemos citar las tres razones siguientes:

#### Razón primera:

El contenido del Real Decreto 575/1997, de 16 de abril, se había visto muy afectado por determinadas reformas legales, que habían introducido importantes novedades en la regulación jurídica de la incapacidad temporal, por lo que se hacía preciso dictar una norma reglamentaria que se adaptase a los nuevos planteamientos legales.

Entre estas reformas legales producidas, hay que citar las tres siguientes:

— *Modificación operada en el artículo 128.1.a) de la LGSS, estableciendo (Ley 26/2009):*

1º) Que el INSS, o en su caso el ISM, es el único competente para, agotado el plazo de duración de la IT de 365 días, a) reconocer la situación de prórroga expresa con un límite de ciento ochenta días más, o b) determinar la iniciación de un expediente de incapacidad permanente, o c) emitir el alta médica por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados por el INSS.

2º) Que el INSS, o en su caso el ISM, es asimismo el único competente para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal cuando aquélla se produzca en un plazo de ciento ochenta días naturales posteriores a la antes citada alta médica por la misma

o similar patología.

Por lo que, entre otras consecuencias, esto produce que el nuevo Real Decreto tenga un contenido más limitado que el Real Decreto 575/1997. En efecto, el Real Decreto 625/2014 solo se va a referir a los primeros 365 días de duración de la IT.

— *Inclusión en la LGSS de la disposición adicional 52ª*, estableciendo (Ley 35/2010):

1º) Que, *hasta el cumplimiento de la duración de 365 días de la IT*, el INSS y, en su caso, el ISM ejercerán, a través de los Inspectores Médicos adscritos a dichas entidades, 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.

2º) Que, cuando el alta haya sido expedida por el INSS o ISM, éstos serán los únicos competentes, a través de sus propios médicos, para emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal si aquella se produce en un plazo de 180 días siguientes a la citada alta médica por la misma o similar patología.

— *Modificación operada en la disposición adicional 40ª de la LGSS*, estableciendo (Leyes 51/2007 y 35/2010):

1º) Que las entidades gestoras de la Seguridad Social, en el ejercicio de sus competencias de control y reconocimiento de las prestaciones, pueden solicitar la remisión de los partes médicos de incapacidad temporal expedidos por los servicios públicos de salud, las mutuas y las empresas colaboradoras, a efectos del tratamiento de los datos contenidos en los mismos.

2º) Que la inspección médica de los servicios públicos de salud puede solicitar la remisión de los datos médicos, necesarios para el ejercicio de sus competencias, que obren en poder de las entidades gestoras de la Seguridad Social.

De ahí que el Real Decreto 625/2014 tenga *la función de, adaptándose a las reformas legales mencionadas, sustituir* al RD 575/1997, al que deroga expresamente.

Debemos añadir que, aunque por razones de sistematicidad y de clarificación del ordenamiento de la Seguridad Social se optó por la elaboración de un nuevo Real Decreto en vez de modificar el 575/1997, lo cierto es que parte del contenido del nuevo Real Decreto repite literalmente o con pequeños cambios lo que decía el Real Decreto 575/1997 del que trae su origen el 625/2014.

#### Razón segunda:

Se hacía necesario adaptar determinados aspectos del control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal a las nuevas herramientas de las Administraciones Públicas en la *era de las comunicaciones por vía electrónica*.

Esto lo va a regular el Real Decreto 625/2014 a través de los tres medios de comunicación siguientes:

- *La vía telemática:* Se deberá utilizar esta vía para:
  - El servicio público de salud o la mutua remitir al INSS los datos personales del trabajador y los obligatorios del parte de baja, añadiendo la fecha en que se realizará el siguiente reconocimiento (artículo 2.2, 2º párrafo).
  - El servicio público de salud o la mutua remitir al INSS los partes médicos de baja, confirmación de baja y alta (artículo 7.1 pfº 4º).
  - Los inspectores médicos del INSS o del ISM tener acceso, preferentemente por esta vía, a la documentación clínica de atención primaria y especializada (artículos 4.3 pfº 2º y 8.1 pfº 4º).
  - La entidad gestora o la mutua comunicar los siguientes actos relativos a los requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico: acuerdos de suspensión a enviar a la empresa y TGSS; acuerdos de extinción a enviar al servicio público de salud, empresa y TGSS (artículo 9, apartados 4, 6 y 7).
  - El INSS o el ISM remitir a la empresa el resultado de la resolución de demora de la calificación de la incapacidad permanente (disposición final tercera.Cinco).
- *La vía informática:* Se utilizará esta vía para:
  - El INSS reenviar al ISM o a la mutua que proceda los partes recibidos que correspondan a dichas entidades; (artículo 7.3 pfº 1º).
  - Las mutuas en su día comunicarse con el INSS y el ISM (disposición adicional tercera).
- *El sistema RED:* Se utilizará esta vía para:
  - Las empresas remitir al INSS los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta que les presenten los trabajadores, cumplimentados con los datos que les correspondan (artículo 7.2).

#### *Razón tercera:*

Esta razón puede resumirse en las siguientes palabras-clave del RD 625/2014: control, respaldo técnico y cooperación-coordinación-colaboración.

#### — *Control:*

Esta palabra-clave, además de incluirse en el mismo título de la norma, aparece 21 veces dentro del texto legal. Se habla reiteradamente del control de los procesos de incapacidad temporal y del control de la prestación de incapacidad temporal.

#### — *Respaldo técnico:*

Según el RD 625/2014, para que las actuaciones médicas cuenten con el mayor respaldo técnico, se pondrá a disposición de los médicos a los que competan dichas actuaciones tablas de duraciones óptimas, tipificadas para los distintos procesos patológicos susceptibles de generar incapacidades, así como tablas sobre el grado de incidencia de dichos procesos en las diversas ocupaciones laborales.

Dice la exposición de motivos: “Actualmente, se ha dado un nuevo paso técnico en la estimación teórica de la duración de una situación de incapacidad temporal teniendo en cuenta no sólo la patología del trabajador, sino también su edad y su ocupación, pretendiendo así dotar al facultativo de una herramienta de respaldo técnico, fundamentada en el análisis de amplias bases de datos y en la experiencia de profesionales expertos en la materia que le oriente en su decisión”.

— Cooperación-coordinación-colaboración:

El artículo 10.1 del RD 625/2014 incide en la *cooperación y coordinación* en la gestión de la incapacidad temporal entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Social de la Marina, las mutuas, los servicios públicos de salud de las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; lo que se instrumentará institucionalmente a través de acuerdos, los cuales podrán ser desarrollados mediante convenios específicos, necesitando los acuerdos y convenios en los que sean parte las mutuas autorización previa de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.

A su vez el artículo 10.2 del RD 625/2014 prevé el establecimiento de mecanismos específicos y estables de *colaboración* entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social y las mutuas, que tendrán por objeto coordinar actuaciones, de acuerdo con sus respectivas competencias, sin perjuicio de las funciones de dirección y tutela que ostenta la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social sobre las mutuas y sobre las funciones y servicios que desarrollan.

### **Cuestión segunda: ¿Cuál es el contenido del RD 625/2014?**

Debemos considerar un contenido principal y un contenido complementario:

- *Contenido principal*: Se refiere a los siguientes aspectos de la incapacidad temporal:
  - Nueva regulación de los documentos médicos de control de la incapacidad temporal: partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta; informes médicos complementarios e informes trimestrales de control.
  - Tramitación de los partes médicos.
  - Control y coordinación de la situación de incapacidad temporal.
  - Regulación de los requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico.
  - Procedimientos específicos en materia de incapacidad temporal.
- *Contenido complementario*: Se refiere a:
  - *Aspectos conexos* con la incapacidad temporal: reclamaciones por las actuaciones de las Mutuas ante la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social; aprobación de los instrumentos de colaboración de las Mutuas con las Administraciones públicas sanitarias y con las Entidades Gestoras de la Seguridad Social.
  - *Materias distintas* de la incapacidad temporal: presunción de ingreso de las cuotas correspondientes al mes del hecho causante y los dos meses previos a aquel a efectos de las prestaciones de maternidad,

paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural; supuestos en los que se exige el informe de maternidad; supresión de acompañar, a las solicitudes de maternidad y paternidad, la certificación de cotizaciones de la última o últimas empresas o la acreditación de la cotización con los recibos del abono de cuotas; acceso a la documentación clínica por parte de los médicos del ISM a efectos de los preceptivos reconocimientos de embarque marítimo.

### **Cuestión tercera: ¿Cuándo entra en vigor el Real Decreto 625/2014?**

En principio, el Real Decreto 625/2014 ha entrado en vigor el 1 de septiembre de 2014 (día primero del segundo mes siguiente al de su publicación en el BOE).

Ahora bien, hay que tener en cuenta las siguientes normas de Derecho transitorio:

a) Mientras no se aprueben los *nuevos modelos* de partes médicos de incapacidad temporal, que permitan su gestión informatizada e incluyan el código identificativo del centro de salud emisor, *mantendrán su validez los actualmente vigentes, que serán tramitados conforme a la normativa anterior*. Lo que significa que, hasta que no suceda tal aprobación, no será de aplicación la nueva regulación de los partes que establecen los artículos 1.3, 4, 5 y 7 del RD 625/2014.

b) Durante los primeros seis meses desde la entrada en vigor del Real Decreto 625/2014, es decir, desde el 1 de septiembre de 2014 al 28 de febrero de 2015, determinados plazos, relativos a la tramitación de las propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes, serán distintos a los que rijan posteriormente. (Epígrafe 2.2.3.B).

c) La disposición adicional tercera del RD 625/2014 prevé que en el plazo máximo de tres meses siguientes a la entrada en vigor de este real decreto se establecerán las medidas necesarias al objeto de que las mutuas puedan comunicarse por vía informática con el Instituto Nacional de la Seguridad Social y con el Instituto Social de la Marina.

## **2. Modificaciones del Real Decreto 625/2014 en materia de incapacidad temporal**

### **2.1. Ámbito de aplicación del Real Decreto 625/2014. (Artículo 1)**

Lo dispuesto en este real decreto se aplica a los procesos de incapacidad temporal, cualquiera que sea la contingencia determinante, cuya duración se extienda, como máximo, hasta el cumplimiento de los trescientos sesenta y cinco días, en los que se encuentren quienes estén incluidos en cualquiera de los regímenes que integran el sistema de la Seguridad Social, por desarrollar un trabajo o actividad, por cuenta ajena o propia.

Hay que mencionar que el Real Decreto se refiere sólo a los 365 días primeros de duración de la incapacidad temporal, porque a partir del día 366 de dicha duración desaparecen las competencias del Servicio Público de Salud y Mutuas en el control de dicha situación, con lo cual ya no es necesaria la cooperación-colaboración-coordinación antes mencionada.

El RD 625/2014 *no afecta* a los regímenes especiales de las Fuerzas Armadas, de los Funcionarios Civiles de la Administración del Estado y del personal al servicio de la Administración de Justicia.

## **2.2. Documentos de control de la incapacidad temporal**

### **2.2.1. Parte médico de baja y partes médicos de confirmación de la baja**

#### A) Características del parte médico de baja (artículo 2, apartados 1 y 2):

Las características que indica el artículo 2.1 del RD 625/2014, coincidentes con las mencionadas en el artículo 1 del derogado RD 575/1997, son las siguientes:

1ª. La emisión del parte médico de baja es el *acto que origina la iniciación de las actuaciones* conducentes al reconocimiento del derecho al subsidio por incapacidad temporal.

2ª. 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*, a cuyo efecto el médico requerirá al trabajador los datos necesarios que contribuyan tanto a precisar la patología objeto de diagnóstico, como su posible incapacidad para realizar su trabajo.

3ª. La declaración de la baja médica, en los procesos de incapacidad temporal, se debe formular en el correspondiente parte médico de baja expedido:

— por el médico del servicio público de salud que haya efectuado el reconocimiento del trabajador afectado, cualquiera que sea la contingencia determinante;

— por los servicios médicos de la Mutua correspondiente,

- en el caso de que la causa de la baja médica sea un accidente de trabajo o una enfermedad profesional

- y el trabajador preste servicios en una empresa asociada, para la gestión de la prestación por tales contingencias, a dicha Mutua,

- o se trate de un trabajador por cuenta propia adherido a la Mutua para la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de las mismas contingencias;

- lo que es extensivo a la expedición de los partes de confirmación de la baja y de alta.

B) Remisión al INSS por los servicios públicos de salud o las mutuas de los datos personales del trabajador, los datos obligatorios del parte de baja y la fecha del próximo reconocimiento (artículo 2.2 pfº 2º):

El artículo 2.2 pfº 2º del RD 625/2014 dispone que el Servicio Público de Salud o la Mutua, según la entidad facultada para emitir el parte de baja, deben remitir, *por vía telemática*, al Instituto Nacional de la Seguridad Social, de manera inmediata y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su emisión, los siguientes datos:

- los datos personales del trabajador
- y, además, los datos obligatorios del parte de baja relativos a:
  - la fecha de la baja,
  - la contingencia causante,
  - el código de diagnóstico,
  - el código nacional de ocupación del trabajador
  - la duración probable del proceso,
  - y, en su caso, la aclaración de que el proceso es recaída de uno anterior, así como, en este caso, la fecha de la baja del proceso que lo origina.

Asimismo, se hará constar la fecha en que se realizará el siguiente reconocimiento médico.

Conviene hacer dos observaciones:

1ª. Esta obligación de remisión de datos es distinta de la obligación de remisión de los partes que deben efectuar asimismo los servicios públicos de salud y las mutuas, según se prescribe en el artículo 7.1 pfº 4º que después examinaremos.

2ª. El INSS, con esta recepción obligatoria de datos y partes, se convierte en la Entidad que centraliza los datos básicos de los procesos de IT y, posteriormente, transmite a su vez al Instituto Social de la Marina y a las Mutuas los que se refieran a trabajadores que tengan la protección de IT a cargo de tales Entidades.

C) Nuevo sistema de partes médicos basado en cuatro grupos de procesos (artículo 2, apartados 3 y 4):

Antes, el artículo 2.2 del derogado RD 575/1997 establecía:

— Partes de confirmación por contingencias comunes: El primero se extiende al cuarto día del inicio de la situación de incapacidad temporal. Los siguientes, cada siete días contados a partir del primer parte de confirmación.

— Partes de confirmación por contingencias profesionales: El primero se extiende al séptimo día natural siguiente al inicio de la incapacidad temporal. Los siguientes, cada siete días contados a partir del primer parte de confirmación.

Con vigencia desde el 1 de septiembre de 2014 y aplicación suspendida hasta la aprobación de los nuevos modelos de partes médicos de incapacidad temporal, el RD 625/2014 determina cuanto sigue:

1°. Los partes de baja y de confirmación de la baja se extienden en función del periodo de duración *que estime* el médico que los emite, si bien *dentro de determinados límites* marcados por el RD 625/2014.

2°. A estos efectos se establecen *cuatro grupos de procesos*:

Grupo primero. Procesos muy cortos: de duración estimada inferior a 5 días naturales:

En estos procesos el facultativo del servicio público de salud, o de la mutua, emitirá el parte de baja y el parte de alta *en el mismo acto médico*.

El facultativo, en función de cuando prevea que el trabajador va a recuperar su capacidad laboral, consignará en el parte la fecha del alta, que podrá ser:

- la misma que la de la baja
- o cualquiera de los tres días naturales siguientes a esta.

No obstante, el trabajador podrá solicitar que se le realice un reconocimiento médico el día que se haya fijado como fecha de alta, y el facultativo podrá emitir el parte de confirmación de la baja, si considerase que el trabajador no ha recuperado su capacidad laboral.

Grupo segundo. Procesos cortos: de duración estimada entre 5 y 30 días naturales:

En estos procesos, el facultativo del servicio público de salud, o de la mutua, emitirá el parte de baja consignando en el mismo la *fecha de la revisión médica* prevista que, *en ningún caso, excederá en más de siete días* naturales a la fecha de baja inicial.

En la fecha de revisión se extenderá el parte de alta o, en caso de permanecer la incapacidad, el parte de confirmación de la baja.

Después del primer parte de confirmación, *los sucesivos*, cuando sean necesarios, *no podrán emitirse con una diferencia de más de catorce días* naturales entre sí.

Grupo tercero. Procesos largos: de duración estimada entre 31 y 60 días naturales:

El facultativo del servicio público de salud, o de la mutua, emitirá el parte de baja consignando en el mismo la fecha de la revisión médica prevista que, en ningún caso, excederá en más de siete días naturales a la fecha de baja inicial, expidiéndose entonces el parte de alta o, en su caso, el correspondiente parte de confirmación de la baja. (Como en el grupo 2°).

Después de este primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, *no podrán emitirse con una diferencia de más de veintiocho días naturales entre sí.*

Grupo cuarto. Procesos muy largos: de duración estimada de 61 o más días naturales:

El facultativo del servicio público de salud, o de la mutua, emitirá el parte de baja en el que fijará la fecha de la revisión médica prevista, la cual *en ningún caso excederá en más de catorce días naturales a la fecha de baja inicial*, expidiéndose entonces el parte de alta o, en su caso, el correspondiente parte de confirmación de la baja.

Después del primer parte de confirmación, los sucesivos, cuando sean necesarios, *no podrán emitirse con una diferencia de más de treinta y cinco días naturales entre sí.*

3°. Los límites, que hemos mencionado, en la expedición de los partes de confirmación pueden reflejarse esquemáticamente así:

<b>Duración estimada del proceso</b>	<b>Primer parte de confirmación de la baja</b>	<b>Sucesivos partes de confirmación de la baja</b>
Procesos muy cortos: menos de 5 días naturales.	No hay, salvo excepción instada por el trabajador. (En mismo acto médico, partes de baja y alta).	No hay.
Procesos cortos: entre 5 y 30 días naturales.	En ningún caso excederá en más de <b>7</b> días naturales a la fecha de baja inicial.	Diferencia no mayor a <b>14</b> días naturales entre sí.
Procesos largos: entre 31 y 60 días naturales.	En ningún caso excederá en más de <b>7</b> días naturales a la fecha de baja inicial.	Diferencia no mayor a <b>28</b> días naturales entre sí.
Procesos muy largos: de 61 o más días naturales.	En ningún caso excederá en más de <b>14</b> días naturales a la fecha de baja inicial.	Diferencia no mayor a <b>35</b> días naturales entre sí.

4°. Procede efectuar las siguientes observaciones:

a) Se pasa de un sistema de partes de confirmación estandarizado con periodicidad semanal reglada (salvo en el primer parte de confirmación por contingencias comunes) a un sistema bastante flexible, en el que el médico asistencial puede adaptar la emisión de los partes de confirmación a la patología, ocupación y edad del trabajador dentro de los límites anteriormente expuestos.

b) Los partes de confirmación por contingencias comunes y por contingencias profesionales tienen los mismos límites.

c) La fecha de revisión médica siguiente se debe fijar en el parte de baja, salvo en el de procesos muy cortos que no prevé revisión, y en cada parte de confirmación.

d) Siempre que se produzca una modificación o actualización del diagnóstico, se emitirá un parte de confirmación que recogerá la duración estimada por el médico que lo emite, expidiéndose los siguientes partes de confirmación en función de la nueva duración estimada.

e) En todo caso, el facultativo del servicio público de salud, o de la mutua, expedirá el parte de alta cuando considere que el trabajador ha recuperado su capacidad laboral.

#### 5°. Procede, por último, indicar:

Con el fin de que estas actuaciones médicas cuenten con el mayor respaldo técnico, el artículo 2.2 del RD 625/2014 establece que “se pondrá a disposición de los médicos a los que competan dichas actuaciones *tablas de duración óptima* tipificadas por los distintos procesos patológicos susceptibles de generar incapacidades, así como *tablas sobre el grado de incidencia* de aquellos procesos en las distintas actividades laborales”. Lo que ya a su vez se reflejaba en el artículo 3.2 del RD 575/1997 que decía expresamente que “con el fin de que las actuaciones médicas a las que se refiere este artículo cuenten con el mayor respaldo técnico, se pondrá a disposición de los médicos a los que competan dichas actuaciones *tablas de duraciones medias*, tipificadas para los distintos procesos patológicos susceptibles de generar incapacidades, así como *tablas sobre el grado de incidencia* de dichos procesos en las diversas actividades laborales”.

Conviene decir a este respecto que el Instituto Nacional de la Seguridad Social asumió ya en 2003 la tarea de editar un “Manual de Tiempos Estándar de Incapacidad Temporal” con la finalidad de homogeneizar criterios en las actuaciones médicas de seguimiento y control de la incapacidad temporal; manual que fue revisado en 2009.

Según el Manual, los tiempos estándar constituían duraciones tipificadas por patologías ordenadas siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9).

De esta forma, se definió el tiempo estándar como el tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica

y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador. Es conceptualmente, por tanto, el tiempo de recuperación funcional suficiente para el desempeño de los requerimientos o tareas profesionales del trabajador en términos de homogeneidad. El proceso de elaboración y definición de los tiempos estándar se fundamentó en la experiencia de los médicos participantes, ajustada con los estudios estadísticos sobre la duración de todos los partes de baja y alta enviados al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Sin embargo, resultando que pueden existir factores dependientes del propio paciente o del tipo de actividad laboral realizada, que condicionen el tiempo de recuperación funcional suficiente para permitir la reincorporación laboral al trabajo, se procedió a una nueva revisión de los tiempos estándar de incapacidad temporal para realizar un ajuste siguiendo la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 2011 (CON-11). Para ello, se creó una nueva variable según sus correspondencias exactas a cuatro dígitos siguiendo la nueva clasificación CON-11. Estas nuevas categorías fueron agrupadas según los criterios de la Encuesta de Población Activa del Instituto Nacional de Estadística, y se crearon 17 grupos de ocupación que fueron finalmente los analizados.

Como otra variable para ajustar los tiempos de duración estándar se ha analizado por el INSS la edad de los trabajadores en el momento de producirse la baja médica, estableciendo un ajuste en tres grupos según sean trabajadores de edad inferior a 35 años, desde 35 a 55 años y mayores de 55 años. De esta forma se pretende predecir de forma óptima el periodo de incapacidad temporal previsto para un trabajador enfermo.

D) Normas relativas a la determinación de la contingencia causante de la baja médica (artículo 3):

Debemos decir:

1°. Por una parte, el RD 625/2014 crea un procedimiento administrativo de determinación de la contingencia causante de los procesos de incapacidad temporal, lo que efectúa añadiendo, mediante la disposición final tercera. Cuatro del RD 625/2014, un nuevo artículo 6 al Real Decreto 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 incapacidad temporal.

2°. Por otra parte, el RD 625/2014 quiere dejar en su propio articulado constancia de la creación de este procedimiento, por lo que indica en el artículo 3.1 que “el Servicio Público de Salud, el Instituto Social de la Marina o las Mutuas, que hayan emitido el parte de baja, podrán instar, motivadamente, ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social la revisión de la consideración inicial de la contingencia, mediante el procedimiento regulado en el artículo 6 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre”.

3°. Ahora bien, el RD 625/2014 considera que *no es suficiente* con la remisión al nuevo procedimiento para solucionar los problemas de determinación de la contingencia causante de la baja médica, por lo que en el artículo 3.2 plantea el

*supuesto específico de facultativo de la Mutua que asiste inicialmente al trabajador y que lo remite al Servicio Público de Salud por entender que la patología causante del proceso es de carácter común. La solución que se da al supuesto es la siguiente:*

a) El *facultativo de la Mutua* que asiste al trabajador *puede inicialmente*, previo reconocimiento médico preceptivo y la realización, en su caso, de las pruebas que correspondan, considerar que la patología causante es de carácter común *y remitir*, por tanto, al trabajador al Servicio Público de Salud para su tratamiento.

- Esta remisión es posible, si bien *sin perjuicio* de dispensar al trabajador la asistencia precisa en los casos de urgencia o de riesgo vital.
- La remisión al Servicio Público de Salud *exige, además, entregar* al trabajador un informe médico en el que se describa la patología y se señale su diagnóstico, el tratamiento dispensado y los motivos que justifican la determinación de la contingencia causante como común, al que se acompañarán los informes relativos a las pruebas que, en su caso, se hubieran realizado.

b) Si, a la vista del informe de la Mutua, *el trabajador acude al Servicio Público de Salud* y el médico de este emite parte de baja por contingencia común,

- por una parte, *el beneficiario* puede formular reclamación ante el INSS con relación a la consideración otorgada a la contingencia, que se sustanciará y resolverá aplicando el procedimiento mencionado regulado en el artículo 6 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre;
- por otra parte, *el facultativo* que emita el parte de baja puede formular su discrepancia frente a la consideración de la contingencia que otorgó la Mutua, en los términos establecidos en dicho artículo 6. Ahora bien, ello sin perjuicio de que el parte médico produzca plenos efectos hasta, en su caso, la resolución del procedimiento.

c) La resolución que se dicte establecerá el carácter común o profesional de la contingencia causante y el sujeto obligado al pago de las prestaciones derivadas de la misma y a la prestación de asistencia sanitaria, en su caso.

### **2.2.2. Informes médicos complementarios e informes trimestrales de control (artículo 4)**

El artículo 4 del RD 625/2014, que regula estos informes, procede de los apartados 3 y 5 del artículo 1 del derogado Real Decreto 575/1997, de 18 de abril.

Las modificaciones producidas han sido las siguientes:

*Modificación primera:* *Ha cambiado el módulo temporal para la elaboración de los informes médicos complementarios en los procesos de incapacidad temporal cuya gestión corresponda al Servicio Público de Salud. Así se establece:*

- a) *Procesos de duración prevista superior a 30 días naturales*: El segundo parte de confirmación de la baja irá acompañado de un informe médico complementario expedido por el facultativo que haya extendido dicho parte de confirmación.
- b) *Procesos inicialmente previstos con una duración inferior a 30 días naturales y que posteriormente sobrepasen el periodo estimado*: El informe médico complementario deberá acompañar al parte de confirmación de la baja que pueda emitirse, en su caso, una vez superados los 30 días naturales.
- c) Los informes médicos complementarios *se actualizarán, necesariamente, con cada dos partes* de confirmación de baja posteriores.

De acuerdo con este planteamiento y hablando de emisión de los partes de confirmación agotando los plazos máximos, en un proceso por contingencias comunes o profesionales de una duración entre 31 y 60 días, el único informe complementario se emitiría a los 35 días de la baja. Por su parte, en procesos de 61 días o más, el primer informe complementario se emitiría a los 49 días de la baja y se actualizaría dicho informe cada dos partes de confirmación.

*Recordatorios:*

- a) *Hasta ahora*, los informes complementarios se adjuntaban al tercer parte de confirmación y los siguientes se emitían con una periodicidad de cuatro semanas.
- b) *Antes y ahora*, los informes complementarios se expiden por el facultativo que haya extendido el parte de confirmación que corresponda, recogándose en él:
  - las dolencias padecidas por el trabajador,
  - el tratamiento médico prescrito,
  - las pruebas médicas en su caso realizadas,
  - la evolución de las dolencias
  - y su incidencia sobre la capacidad funcional del interesado.

*Modificación segunda:* Se extiende a los médicos de atención primaria la competencia para emitir los informes *trimestrales de control*.

*Recordatorio:*

Hasta ahora, los informes trimestrales debían ser expedidos necesariamente por la Inspección Médica del Servicio Público de Salud. Ahora pueden ser expedidos por el médico de atención primaria “bajo la supervisión de su inspección médica”. Con esta salvedad, se mantienen los informes trimestrales que deben pronunciarse expresamente “sobre todos los extremos que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener el proceso de incapacidad temporal del trabajador”.

*Modificación tercera:* Se contemplan los informes médicos complementarios, los informes trimestrales de control, sus actualizaciones y las pruebas médicas realizadas como *una parte del proceso de incapacidad temporal*. Por tal motivo, *pueden acceder a ellos*, al objeto de realizar sus funciones, los inspectores médicos del Servicio Público de Salud y de las Entidades gestoras, así como *los facultativos de las Mutuas* respecto

de los procesos por contingencias comunes correspondientes a los trabajadores protegidos por las mismas.

Sin embargo, *exclusivamente* los inspectores médicos del propio Servicio Público de Salud y los inspectores médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina tendrán acceso, preferentemente por vía telemática, a la *documentación clínica de atención primaria y especializada*. Acceso que, según el artículo 4.3 del RD 625/2014, deberá efectuarse de conformidad con la disposición adicional 40ª de la LGSS, que establece que “en los procedimientos de declaración de la incapacidad permanente, a efectos de las correspondientes prestaciones económicas de la Seguridad Social, así como en lo que respecta al reconocimiento o mantenimiento del percibo de las prestaciones por incapacidad temporal, orfandad o asignaciones familiares por hijo a cargo, *se entenderá otorgado el consentimiento* del interesado o de su representante legal, a efectos de la remisión, por parte de las instituciones sanitarias de los informes, documentación clínica, y demás datos médicos estrictamente relacionados con las lesiones y dolencias padecidas por el interesado que resulten relevantes para la resolución del procedimiento, *salvo que conste oposición expresa y por escrito* de aquéllos”.

### **2.2.3. Parte médico de alta**

Distinguiremos:

- Normas generales de los partes de alta en procesos de IT derivados tanto de contingencias comunes como de contingencias profesionales.
- Normas particulares relativas a las propuestas de alta médica formuladas por las Mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes.
- Normas particulares relativas a la expedición de altas médicas por el INSS o, en su caso, el ISM.

#### **A) Normas generales de los partes de alta en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes y profesionales (artículo 5)**

Estas normas generales se regulan en el artículo 5 del RD 625/2014, que consta de tres apartados: el primero regula la expedición de los partes de alta médica en los procesos derivados de contingencias comunes; el segundo regula la expedición de los partes de alta médica en los procesos derivados de contingencias profesionales; el tercero se refiere a temas comunes.

*Apartado 1:*

Este apartado, referido como hemos dicho a *las contingencias comunes*, trae su origen del apartado 4 del artículo 1 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, aunque con aspectos novedosos que conviene destacar:

— Se mantiene la expedición del parte de alta tras el reconocimiento del trabajador, con carácter general por el correspondiente *facultativo del Servicio Público de Salud*, pero se matiza que, *además* de la causa del alta médica, debe recogerse en el

parte de alta:

- el código de diagnóstico definitivo
- y la fecha de la baja inicial.

(En la normativa anterior, el parte de alta contenía la causa del alta médica y el resultado del reconocimiento).

— Por otra parte, - al haber cambiado, en relación con el texto del Real Decreto 575/1997, el ámbito de competencias atribuidas a los distintos órganos que intervienen en la determinación y el control de las situaciones de incapacidad temporal- , *se incorpora* al Real Decreto 625/2014 la posibilidad de que, tras el reconocimiento médico del trabajador afectado, *los partes de alta sean extendidos también:*

- por los inspectores médicos del Servicio Público de Salud,
- y por los *inspectores médicos del INSS* o, en su caso, del ISM.

Ello es consecuencia de la regulación establecida en la disposición adicional 52ª de la LGSS (Competencias sobre los procesos de incapacidad temporal), añadida por la disposición adicional 19ª, cinco, de la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. Esta disposición adicional 52ª de la LGSS determinó que, hasta el cumplimiento de la duración máxima de 365 días de los procesos de incapacidad temporal, el INSS y, en su caso, el ISM, a través de los inspectores médicos adscritos a dichas entidades, ejercerían 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; añadiendo esta disposición que "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 aquella se produce en un plazo de 180 días siguientes a la citada alta médica por la misma o similar patología".

— El apartado recoge las siguientes *consecuencias del alta médica:*

- el alta médica extingue el proceso de incapacidad temporal del trabajador *con efectos del día siguiente de su emisión;*
- el alta médica determina la obligación de que el trabajador se reincorpore a su puesto de trabajo el mismo día en que produzca sus efectos (es decir, el día siguiente de su emisión).

Todo ello sin perjuicio de que el Servicio Público de Salud siga prestando al trabajador la asistencia sanitaria que considere conveniente.

— Por último, hay que mencionar que los partes médicos de alta por contingencias comunes, en los casos de trabajadores protegidos por las Mutuas, se comunicarán a estas en la forma establecida en el artículo 2.5 de este Real Decreto 625/2014 que comentamos, es decir: por el INSS; de manera inmediata y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su recepción; en el nuevo modelo de parte de alta que permita su gestión informatizada y en el que figure el código identificativo del centro de salud emisor. A su vez la Mutua debe comunicar a la empresa la

extinción del derecho al subsidio, su causa y la fecha de efectos.

#### *Apartado 2:*

Este apartado se corresponde, aunque no literalmente, con el apartado 6 del artículo 1 del Real Decreto 575/1997, indicándose que en los procesos originados *por contingencias profesionales*, el parte médico de alta se expedirá:

- por el facultativo o inspector médico del Servicio Público de Salud o por el inspector médico adscrito al INSS o al ISM si el trabajador está protegido con una Entidad Gestora;
- o por el médico dependiente de la Mutua a la que corresponda la gestión del proceso.

#### *Apartado 3:*

Este apartado 3 es consecuencia del artículo 128.1.a) de la LGSS, que establece que, una vez agotado el plazo de 365 días de duración de las situaciones de incapacidad temporal, el INSS o, en su caso, el ISM, a través de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la incapacidad permanente del trabajador, son los únicos competentes para emitir el alta médica por curación o por incomparecencia injustificada a los reconocimientos médicos convocados.

Pues bien, de acuerdo con dicha norma, y con el fin de dar continuidad a los procesos de incapacidad temporal ya iniciados, el Real Decreto 625/2014 establece que, una vez agotado el plazo citado, el médico del Servicio Público de Salud o el servicio médico de la Mutua, *en lugar de emitir un parte de alta* con la indicación de que el control del proceso pasa a la competencia del INSS o, en su caso, del ISM,

- comunicarán dicha circunstancia al interesado *en el acto de reconocimiento medico*
- y “dejarán de emitir partes de confirmación”.

Añade el apartado 3 que examinamos que el SPS debe comunicar al INSS el agotamiento de los 365 días del proceso de incapacidad temporal *de manera inmediata y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente.*

### ***B) Normas particulares relativas a las propuestas de alta médica formuladas por las Mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes (artículo 6).***

a) El artículo 6 del Real Decreto 625/2014 regula de nuevo las propuestas de alta médica formuladas por las Mutuas en los procesos de IT derivados de contingencias comunes, correspondiéndose sus apartados 1 y 2 casi literalmente con lo dispuesto en el artículo 5 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, si bien ahora la norma:

- se refiere únicamente a las propuestas de los servicios médicos de las Mutuas pues, a partir de la disposición adicional 52ª de la LGSS, introducida por la Ley

35/2010, el INSS ya no hace propuestas de alta sino altas en los 365 días primeros de los procesos de IT;

- establece *plazos distintos* a los fijados anteriormente en relación con las actuaciones de los facultativos y Unidades de Inspección del Servicio Público de Salud; plazos que se fijan asimismo diferentes según se trate del periodo 1-9-2014 a 28-2-2015 o del periodo 1-3-2015 en adelante.

b) Así pues, la regulación de las propuestas de alta médica formuladas por las Mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes ha quedado actualmente así:

1°. La Mutua podrá formular, a través de los médicos adscritos a ella, *propuestas motivadas de alta médica*, a las que acompañarán los informes y pruebas que, en su caso, se hubiesen realizado, cuando, a la vista de los partes médicos de baja o de confirmación de la baja, de los informes complementarios o de las actuaciones de control y seguimiento que desarrolle, considere que el trabajador puede no estar impedido para el trabajo. Recordemos que las Mutuas tienen acceso a esta documentación, pero no a la documentación clínica de atención primaria y especializada.

2°. Las propuestas de alta de las Mutuas *se dirigirán* a las Unidades de la *Inspección médica* del Servicio Público de Salud, quienes *las remitirán inmediatamente* a los facultativos o servicios médicos a quienes corresponda la emisión de los partes médicos del proceso.

3°. Estos facultativos deberán pronunciarse

- bien confirmando la baja médica,
- bien admitiendo la propuesta, a través de la expedición del correspondiente parte de alta médica.

4°. Hay que distinguir:

— Supuesto de que *se confirme* la baja: En este caso se consignará el diagnóstico, el tratamiento médico dispensado, las causas que justifican la discrepancia y se señalarán las atenciones y los controles médicos que se considere necesario realizar. La Inspección médica debe trasladar a la Mutua este informe junto con la actuación realizada en el plazo máximo siguiente:

- Hasta el 31 de agosto de 2014: quince días desde la recepción de la propuesta de alta. (Artículo 5.2, RD 575/1997).
- Periodo 1 de septiembre de 2014 a 28 de febrero de 2015: once días desde la recepción de la propuesta de alta. (Disposición transitoria segunda, RD 625/2014).
- Periodo a partir de 1 de marzo de 2015: cinco días desde la recepción de la propuesta de alta. (Artículo 6.1, RD 625/2014). Plazo que es coincidente con el que se fija en el Proyecto de Ley por el que se modifica el texto refundido de la LGSS en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social – en el futuro,

Mutuas Colaboradoras de la Seguridad Social-. (Futura nueva disposición adicional undécima, 3 de la LGSS).

— Supuesto de que la Inspección Médica del correspondiente Servicio Público de Salud *no reciba contestación* de los facultativos o de los servicios médicos y supuesto de que la Inspección Médica *discrepe de la contestación*: La Inspección Médica podrá acordar el alta médica, efectiva e inmediata. En todo caso, la Inspección comunicará a la Mutua, dentro de los plazos antes indicados, la actuación realizada junto con los informes que el facultativo hubiera remitido.

5°. Por último, hay que destacar que cuando la propuesta de alta formulada por una Mutua no fuese resuelta y notificada en el plazo de los quince días siguientes a la fecha de su recepción en el periodo hasta 31-8-2014, o de once días en el periodo 1-9-2014 a 28-2-2015, o de cinco días a partir de 1-3-2015, la *Mutua podrá solicitar el alta al Instituto Nacional de la Seguridad Social* o, en su caso, al Instituto Social de la Marina, de acuerdo con las competencias previstas en la disposición adicional 52ª de la LGSS.

En estos supuestos, la *Entidad gestora resolverá* en el plazo de ocho días siguientes a su recepción en el periodo 1-9-2014 a 1-3-2015 - o de cuatro días a partir de 1-3-2015-, con arreglo al procedimiento establecido en el apartado 5 del artículo 7 del RD 625/2014, que a continuación veremos. Así pues, no hay alta presunta en el caso de que el SPS no resuelva y notifique en plazo; lo que hay, como antes, es la posibilidad de presentar la propuesta de alta ante el INSS por la falta de contestación del Servicio Público de Salud.

*Nota en relación con el seguimiento de la gestión de las propuestas de alta médica.*- El INSS y, en su caso, el ISM, realizarán el seguimiento del comportamiento del nuevo procedimiento de gestión y control de los procesos por incapacidad temporal. Asimismo, ambas entidades realizarán el seguimiento del *grado de motivación clínica* de las propuestas de alta de las mutuas y *de respuesta* de la inspección médica de los servicios públicos de salud o del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, así como *el grado de cumplimiento de los plazos* de las distintas entidades en lo que se refiere a las propuestas de alta. En caso de que se detectasen retrasos significativos se propondrán medidas adicionales que aseguren que el procedimiento se desarrolle con el necesario grado de celeridad. (Artículo 6.3 pfº 2º del RD 625/2014).

### **C) Partes médicos de alta expedidos por los Inspectores Médicos adscritos al INSS o al ISM (apartados 5 y 6 del artículo 7).**

Procede decir:

a) El apartado 5 se refiere a los requisitos de la expedición de altas médicas por los Inspectores Médicos adscritos al INSS o, en su caso, al ISM.

Hay que recordar que hasta el cumplimiento de la duración máxima de 365 días de los procesos de incapacidad temporal, el INSS y, en su caso, el ISM, a través de sus Inspectores Médicos, son competentes para emitir un alta médica a todos los efectos (disposición adicional 52ª de la LGSS).

Pues bien, cuando se ejerza tal competencia y dichos Inspectores Médicos expidan el parte médico de alta, *estos trasladarán* de manera inmediata y, en todo caso, *en el primer día hábil siguiente al de dicha expedición*:

- una copia del parte al correspondiente Servicio Público de Salud para su conocimiento;
- y otra copia a la Mutua, en el caso de trabajadores protegidos por la misma, con la finalidad de que esta dicte acuerdo declarando extinguido el derecho por causa del alta, sus motivos y efectos, y notifique el acuerdo a la empresa.

Asimismo, el Inspector Médico entregará dos copias del parte médico al *trabajador* (una para su conocimiento, otra con destino a la empresa), expresándole la *obligación de incorporarse al trabajo el día siguiente a su expedición*.

Se establece así a nivel reglamentario un protocolo administrativo con el fin de que todas las partes afectadas en un proceso de incapacidad temporal tengan conocimiento de la expedición del alta médica.

b) El apartado 6 reproduce literalmente lo dispuesto en el primer párrafo de la disposición adicional quincuagésima segunda antes citada, y en el artículo 128.1.a), de la LGSS, que atribuyen a la entidad gestora correspondiente la competencia, en exclusiva, para a través de los inspectores médicos adscritos a dicha entidad, emitir una nueva baja médica *por la misma o similar patología* dentro de los ciento ochenta días naturales siguientes a la expedición del parte de alta.

### **2.3. Tramitación de los partes médicos (apartados 1 a 4 del artículo 7)**

Analizaremos esta tramitación, teniendo en cuenta las obligaciones de trámite que impone la norma a cada una de las partes intervinientes en el proceso de incapacidad temporal en los 365 días primeros de su duración.

#### **A) Obligaciones de trámite del facultativo:**

El facultativo que expida los partes médicos de baja, confirmación y alta debe entregar *al trabajador*:

dos copias del parte de que se trate, una para el interesado y otra con destino a la empresa.

#### **B) Obligaciones de trámite del trabajador:**

El trabajador debe entregar *a la empresa*:

- en *el plazo de tres días* contados a partir del mismo día de la expedición de los partes, la copia destinada a aquella del *parte de baja y de los partes de confirmación*; si bien la presentación de los partes de confirmación deberá efectuarse ante la *Entidad Gestora o Mutua* si durante el periodo de baja médica se produjese la finalización del contrato de trabajo (igual plazo que en la legalidad anterior);
- *dentro de las 24 horas siguientes* a su expedición, la copia del *parte médico de*

alta destinada a ella o, en los casos indicados de finalización del contrato, a la Entidad Gestora o Mutua (igual plazo que en la legalidad anterior).

### **C) Obligaciones de trámite de la empresa:**

C<sub>1</sub>) La empresa debe remitir al INSS los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta que le presenten los trabajadores, cumpliendo los siguientes *requisitos*:

*Requisito 1º.* Los partes deben remitirse “con carácter inmediato y, en todo caso, en el plazo máximo de tres días hábiles (hasta el 31-8-2014, cinco) contados a partir de la recepción del parte presentado por el trabajador”.

*Requisito 2º.* Los partes deben remitirse al INSS en todo caso. Ha desaparecido la salvedad contemplada en el artículo 2.2 del RD 575/1997, según la cual, en el caso de que la baja derivase de enfermedad común o accidente no laboral y la empresa hubiese concertado la cobertura de esta prestación con una Mutua, los partes debían enviarse a la respectiva Mutua.

*Requisito 3º.* Los partes deben ser remitidos “cumplimentados con los datos que correspondan a la empresa”.

Debe indicarse a este respecto que los artículos 6 y 7 de la Orden del Ministerio entonces de Trabajo y Seguridad Social de 6 de abril de 1983 disponen la obligación de la empresa de realizar las siguientes operaciones:

- Comprobará que el número de afiliación del trabajador consignado por el facultativo en los partes de baja, confirmación o continuación de la incapacidad y alta concuerda con el que figura en el documento de afiliación del trabajador modelo TA-1, procediendo a rectificarlo en el caso de ser erróneo, o a consignarlo nuevamente cuando resulte ilegible.
- Deberá consignar en el ejemplar del parte de baja entregado por el trabajador, los datos sobre cotización relativos al mismo, a efectos de la determinación de la base reguladora de la prestación de incapacidad temporal.

*Requisito 4º.* Los partes deben ser remitidos al INSS a través del sistema de Remisión Electrónica de Datos (RED). El Real Decreto 625/2014 incorpora lo preceptuado en la Orden/TASS/399/2004, de 12 de febrero, por la que se regula la presentación en soporte informático de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta correspondientes a los procesos de IT. El contenido de la norma mencionada queda reflejado en el artículo 7.2 que examinamos y a lo largo del real decreto en lo que respecta a la utilización del sistema de Remisión Electrónica de Datos (RED) como procedimiento informático para la remisión de los datos de los partes médicos por las empresas al INSS.

C<sub>2</sub>) El incumplimiento por las empresas de la obligación de remisión de los partes al INSS puede producir las siguientes *consecuencias*:

*Consecuencia 1ª.* Puede constituir, en su caso, una infracción de las tipificadas en el artículo 21.6 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. Según este artículo, es infracción leve “no remitir a la entidad correspondiente las copias de los partes médicos de baja, confirmación de la baja o alta de incapacidad temporal facilitadas por los trabajadores, o su no transmisión por los obligados o acogidos a la utilización del sistema de presentación de tales copias, por medios informáticos, electrónicos o telemáticos”.

Debemos destacar que la infracción está constituida por la no remisión de los partes; no estando tipificada como infracción la falta de consignación en los partes, o la consignación defectuosa, de las declaraciones y hechos que corresponde señalar al empresario.

*Consecuencia 2ª:* Puede dar lugar a que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a propuesta de la Entidad Gestora o de la Mutua, *deje en suspenso la colaboración obligatoria de la empresa en el pago delegado* de las prestaciones económicas por incapacidad temporal, dando traslado de ello a la Tesorería General de la Seguridad Social, así como a la Entidad Gestora o Mutua.

Esta posibilidad de suspensión tiene su amparo legal en el artículo 77.2 de la LGSS, que en la nueva redacción por la disposición final dos de la Ley 22/2013, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014, dice: “El Ministerio de Empleo y Seguridad Social podrá suspender o dejar sin efecto la colaboración obligatoria cuando la empresa incumpla las obligaciones establecidas”.

#### **D) Obligaciones de trámite del Servicio Público de Salud o, en su caso, de la Mutua:**

Debemos indicar:

1º. El RD 625/2014 equipara a los efectos de las obligaciones de trámite de los partes a los Servicios Públicos de Salud y a las Mutuas. Estas últimas en relación con los partes que puedan emitir con respecto a la gestión de la IT por contingencias profesionales.

2º. Las obligaciones de trámite de los Servicios Públicos de Salud o, en su caso, de las Mutuas se hallan recogidas en dos normas distintas dentro del RD 625/2014, de las que ya hemos hablado antes pero que parece oportuno recordar en este lugar. Estas dos normas son las siguientes:

- *Artículo 7.1, párrafo 4º:* “El servicio público de salud o, en su caso, la mutua, remitirán los partes médicos de baja, confirmación y alta al Instituto Nacional de la Seguridad Social, por vía telemática, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su expedición”.
- *Artículo 2.2, párrafo 2º:* “El servicio público de salud o la mutua, según cuál sea la entidad facultada para emitir el parte de baja, remitirá por vía telemática al INSS, en el plazo establecido en el artículo 7.1, los datos personales del trabajador y, además, los datos obligatorios del parte de baja relativos:

- a la fecha de la baja,
- a la contingencia causante,
- al código de diagnóstico,
- al código nacional de ocupación del trabajador,
- a la duración estimada del proceso
- y, en su caso, la aclaración de que el proceso es recaída de uno anterior, así como, en este caso, la fecha de la baja del proceso que lo origina.

Asimismo hará constar la fecha en que se realizará el siguiente reconocimiento médico”.

3°. Del examen de estas dos normas se observa, como ya también lo mencionamos, que por un lado se establece la obligación de enviar los propios partes, sean de baja, confirmación o alta, mientras que por otro lado se dispone que con respecto al parte de baja se deben remitir una serie de datos que relaciona la norma. Hay que entender que estas obligaciones, a pesar de que han de cumplirse en idéntico plazo y que parecen reiterativas de datos, deben cumplirse las dos, considerándose que la obligación de remisión de datos que se establece respecto del parte de baja es una obligación adicional a la que con carácter general dispone la remisión de los partes.

4°. La obligación de remisión de los partes procede en parte de lo dispuesto en el artículo 2.2 del Real Decreto 575/1997, con un matiz reiterado en el Real Decreto 625/2014: el hecho de que sea el INSS el único destinatario de los datos de los partes médicos de baja y de alta remitidos por el Servicio Público de Salud. (Ha desaparecido la remisión por el SPS, según corresponda, a las Mutuas).

5°. El apartado 3 del artículo 7 incide en la inmediatez de la remisión de los partes médicos de *baja, confirmación y alta al INSS* por el Servicio Público de Salud o, en su caso, por la Mutua, al establecerse el envío por vía telemática, con carácter inmediato y, *en todo caso, en el primer día hábil siguiente* a su expedición. (Hasta el 31-8-2014, en el plazo de cinco días contados desde el momento de su expedición).

#### ***e) Obligaciones de trámite del INSS:***

Hay que considerar las siguientes obligaciones del INSS:

*Obligación primera:* Debe dar el trámite que corresponda a los *partes médicos* destinados a él mismo.

*Obligación segunda:* Debe, a su vez, informáticamente, distribuir y reenviar de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su recepción, los partes destinados al ISM y a las Mutuas, según la Entidad a quien corresponda la gestión del proceso.

Esta obligación, que se especifica en el artículo 7.3 del RD 625/2014, es reiteración de la que se establece en el artículo 2.5 párrafo 1° de este Real Decreto que, en relación con los partes de baja y confirmación de la baja por contingencias comunes, dice: “El Instituto Nacional de la Seguridad Social transmitirá al Instituto Social de la Marina y a las mutuas, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer

día hábil siguiente al de su recepción, los partes de baja y de confirmación de la baja por contingencia común relativos a los trabajadores respecto de los que gestionen la incapacidad temporal cada una de ellas”.

En relación con la transmisión de los partes por medios informáticos, debe resaltarse que el párrafo 2º del artículo 2.5 que acabamos de mencionar establece que “los partes médicos de incapacidad temporal se confeccionarán con arreglo a un modelo que permita su gestión informatizada, en el que figurará un código identificativo del centro de salud emisor de aquellos”.

Ahora bien, esta transmisión inmediata del INSS por medios informáticos puede retrasarse por bastante tiempo, pues, como ya lo hemos dicho, la disposición transitoria primera del RD que examinamos establece que, “mientras no se aprueben los nuevos partes médicos de incapacidad temporal, en los términos establecidos en el artículo 2.5, mantendrán su validez los actualmente vigentes, *que serán tramitados por la normativa anterior*”.

*Obligación tercera:* El INSS debe facilitar a la Tesorería General de la Seguridad Social, siempre que se precise, los datos de los trabajadores que se encuentran en situación de incapacidad temporal,

- *tengan o no tengan derecho a prestación económica*

- *y durante cada período de liquidación de cuotas.*

Obligación que tiene la finalidad de que dicho Servicio Común lleve a cabo las actuaciones necesarias para que las empresas se compensen de las cantidades satisfechas a sus trabajadores en el pago por delegación de dicha prestación.

En relación con esta obligación, el artículo 7.3 hace hincapié en cuanto sigue:

- “Esta comunicación entre entidades será necesaria, en todo caso, para que la TGSS aplique las citadas compensaciones en la liquidación de cuotas”.

- “Cuando el empresario hubiese abonado a un trabajador una prestación de incapacidad temporal en pago delegado, sin haberse compensado de dicho importe mediante su deducción de las liquidaciones para el ingreso de las cuotas de la Seguridad Social, podrá solicitar ante el INSS el reintegro de las cantidades abonadas al trabajador por tal concepto y no deducidas”. Como en la legalidad anterior.

## **2.4. Control y coordinación de la prestación y de la situación de incapacidad temporal**

Examinaremos aquí:

— Las facultades de seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal por parte del INSS, ISM Y Mutuas.

— Los requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico.

— La cooperación y coordinación entre el INSS, el ISM, las Mutuas y los Servicios

#### **2.4.1. Facultades de seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal por parte del INSS, ISM y Mutuas (artículo 8)**

A) Estas facultades vienen recogidas *de modo genérico* en el párrafo 1º del artículo 8.1 del Real Decreto 625/2014, que establece que “el Instituto Nacional de la Seguridad Social, el Instituto Social de la Marina, en su caso, y las Mutuas, *a través de su personal médico y personal no sanitario*, ejercerán el control y seguimiento de la prestación económica de la incapacidad temporal objeto de gestión, pudiendo realizar a tal efecto aquellas actividades que tengan por objeto comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originaron el derecho al subsidio, *a partir del momento en que se expida el parte médico de baja*, sin perjuicio de las competencias que corresponden a los Servicios Públicos de Salud en materia sanitaria”.

Como puede observarse, se mantiene la redacción del artículo 4 del Real Decreto 575/1997, pero con una precisión importante:

— antes, se fijaba el momento en que las entidades gestoras o las Mutuas, según correspondiera, *asumían la gestión del gasto* de la prestación económica como *módulo temporal para ejercer el control* y seguimiento de la prestación económica de incapacidad temporal y realizar, en su caso, las actividades dirigidas a comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originó el derecho al subsidio;

— sin embargo, este momento se modifica en el Real Decreto 625/2014; ahora, se establece *como referente para el control el momento en que se expida el parte de baja*, ampliándose así el marco de actuación de las entidades gestoras y de las Mutuas en orden al control de las bajas médicas.

B) El segundo párrafo del artículo 8.1 del Real Decreto 625/2014, que se corresponde con el artículo 4.2 del Real Decreto 575/1997, posibilita el acceso a los informes y diagnósticos relativos a las situaciones de incapacidad temporal a los *servicios médicos de los distintos organismos y entidades que intervienen en el proceso*.

Así determina que “los actos de comprobación de la incapacidad temporal que lleven a cabo los médicos del respectivo Servicio Público de Salud, los inspectores médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, del Instituto Social de la Marina, así como los médicos dependientes de las Mutuas deberán basarse tanto en los datos que fundamenten los partes médicos de baja y de confirmación de la baja, como en los derivados de los reconocimientos médicos e informes realizados en el proceso”.

Para ello, dichos médicos e inspectores médicos podrán acceder a los informes médicos, pruebas y diagnósticos relativos a las situaciones de incapacidad temporal, a fin de ejercitar sus respectivas funciones.

C) Mediante el tercer párrafo del artículo 8.1 del Real Decreto 625/2014, se facilita, asimismo, a la *Intervención General de la Seguridad Social*, en sus funciones de

control interno, el acceso a los datos relativos a las situaciones de incapacidad temporal, que sean necesarios para poder ejercer dichas funciones de control interno.

D) Por último, el párrafo 4º del repetido artículo 8.1 establece que “en todo caso, los *inspectores médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, del Instituto Social de la Marina*, para el ejercicio de sus competencias, tendrán acceso, preferentemente por vía telemática, a la *documentación clínica de atención primaria y especializada* de los trabajadores del Sistema de la Seguridad Social, incluida la documentación clínica de los trabajadores protegidos frente a las contingencias profesionales con las Mutuas, en los términos establecidos en la disposición adicional cuadragésima de la Ley General de la Seguridad Social”.

Esta potestad, de carácter excepcional dada la obligada sensibilidad respecto de los datos sanitarios, tiene su *apoyo legal* en la disposición adicional 40ª (remisión de datos médicos necesarios para el reconocimiento de las prestaciones económicas de la Seguridad Social) y en la disposición adicional 52ª (competencias sobre los procesos de incapacidad temporal), ambas de la Ley General de la Seguridad Social.

Como lo establece el artículo 4.3 del RD 625/2014, las mutuas no pueden acceder a esta documentación clínica, aunque sí a “los informes médicos complementarios, los informes de control, sus actualizaciones y las pruebas médicas realizadas en el proceso de incapacidad temporal”.

E) Para el ejercicio de las funciones mencionadas, el artículo 8.2 del Real Decreto 625/2014 establece la necesidad de poner a disposición de los médicos competentes las *tablas de duraciones óptimas* de los distintos procesos patológicos, susceptibles de generar incapacidades, y *las tablas sobre el grado de incidencia de dichos procesos en las ocupaciones laborales* a que se refiere el apartado 2 del artículo 2, con la finalidad de que sus actuaciones cuenten “con el mayor respaldo técnico”.

F) Por último, el artículo 8.3 del RD 625/2014 establece que el tratamiento de los datos de los trabajadores afectados así como el acceso a los mismos quedará sujeto a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en sus disposiciones de desarrollo. Por lo que:

- Los datos únicamente podrán ser utilizados con la finalidad del control de los procesos de incapacidad y control interno, sin que puedan ser empleados para finalidades distintas. En ningún caso podrán ser utilizados con fines discriminatorios o en perjuicio del trabajador.
- El personal no sanitario únicamente accederá a los datos de los trabajadores afectados que sean estrictamente necesarios para el cumplimiento de las finalidades establecidas en el mismo.
- Deberán implantarse sobre los datos de carácter personal las medidas de seguridad establecidas en la normativa vigente en materia de protección de datos. En todo caso, se procederá al cifrado de los datos mediante su codificado.
- Los datos tendrán carácter confidencial siendo de aplicación a quienes accedan a los mismos las normas de protección de datos relacionadas con el deber de secreto así como las reguladoras del secreto profesional

## **2.4.2. Requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico (artículo 9)**

Para el control de la incapacidad temporal, es imprescindible la práctica de reconocimientos médicos a los trabajadores que se encuentren en dicha situación. De ahí que el RD 625/2014 dedique un artículo, el 9, a esta cuestión, artículo que denomina “Requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico”. Según este artículo, cuyos tres primeros apartados reproducen bastante literalmente el artículo 6 del Real Decreto 575/1997, los requerimientos para reconocimiento médico se regulan del siguiente modo:

### a) Competencia:

El *Instituto Nacional de la Seguridad Social* o, en su caso, el Instituto Social de la Marina, puede disponer que los trabajadores que se encuentren en situación de incapacidad temporal sean reconocidos por los inspectores médicos de dichas Entidades gestoras.

Igual facultad corresponde a las *Mutuas*, respecto de los *beneficiarios de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes* incluidos en su ámbito de gestión, para que sean reconocidos por los médicos dependientes de las mismas.

### b) Condiciones de los reconocimientos:

Los reconocimientos mencionados se llevarán a cabo:

- respetando, en todo caso, el derecho a la intimidad y a la dignidad de los trabajadores;
- con aplicación en todo caso de las garantías establecidas en relación con el derecho fundamental a la protección de datos de carácter personal de los trabajadores y la confidencialidad de la información objeto de tratamiento;
- con aplicación asimismo de lo dispuesto para las historias clínicas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

### c) Condiciones de las citaciones:

1ª. La citación a reconocimiento médico habrá de comunicarse al trabajador con una *antelación mínima* de cuatro días hábiles.

2ª. En dicha citación *se informará* al trabajador de que en caso de no acudir al reconocimiento, se procederá a suspender cautelarmente la prestación económica, y que si la falta de personación no queda justificada en el plazo de diez días hábiles siguientes a la fecha fijada para el reconocimiento, se procederá a la extinción del derecho al subsidio.

3ª. Si el trabajador justificara, antes de la fecha fijada para el reconocimiento médico o en ese mismo día, las razones que le impiden comparecer al mismo, la

entidad gestora o mutua, podrá fijar una fecha posterior para su realización, comunicándolo al interesado con la antelación mínima ya indicada.

d) Consecuencias de la no personación a reconocimiento médico en la fecha fijada:

Cuando el trabajador que hubiera sido citado a reconocimiento por la entidad gestora no se personara en la fecha fijada, el director provincial correspondiente dictará resolución, que será inmediatamente comunicada al interesado,

- disponiendo la suspensión cautelar del subsidio desde el día siguiente al fijado para el reconocimiento;
- e indicándole que dispone de un plazo de diez días hábiles, a partir de la fecha en que se produjo la incomparecencia, para justificar la misma.

Cuando el trabajador que hubiera sido citado a reconocimiento médico por una mutua, no acuda al mismo en la fecha fijada,

- aquella acordará la suspensión cautelar del subsidio desde el día siguiente al fijado para el reconocimiento;
- lo que comunicará inmediatamente al interesado indicándole que dispone de un plazo de diez días hábiles a partir de la fecha en que se produjo la incomparecencia, para justificarla.

Además, la entidad gestora o la mutua comunicará la suspensión acordada por vía telemática a la empresa y a la Tesorería General de la Seguridad Social.

e) Consecuencias de la justificación de la incomparecencia dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de citación:

Si el trabajador justifica su incomparecencia dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que estaba citado a reconocimiento médico,

- el director provincial del INSS o del ISM dictará nueva resolución, o la mutua nuevo acuerdo, dejando sin efecto la suspensión cautelar,
- y procederá a rehabilitar el pago de la prestación con efectos desde la fecha en que quedó suspendida.

En estos casos la entidad gestora o mutua, en el plazo de quince días siguientes a la fecha en que se dicte la resolución o acuerdo, pagará directamente al trabajador el subsidio correspondiente al período de suspensión. Asimismo, comunicará a la empresa y a la Tesorería General de la Seguridad Social la resolución o acuerdo por la que la suspensión queda sin efecto, informando de la fecha a partir de la cual procede reponer el pago delegado por parte de la empresa.

Es importante señalar que *la incomparecencia se entiende justificada:*

- cuando el trabajador aporte informe emitido por el médico del servicio público de salud que le dispense la asistencia sanitaria, en el que se señale que la personación era desaconsejable conforme a la situación clínica del paciente;
- cuando la cita se hubiera realizado con un plazo previo inferior a cuatro días

hábiles:

- o bien cuando el beneficiario acredite la imposibilidad de su asistencia por otra causa suficiente.

f) Consecuencias de la no justificación suficiente de la incomparecencia dentro de los diez días hábiles siguientes a la fecha de citación:

— *Citación por INSS o ISM:*

Transcurridos diez días hábiles desde la fecha en que estaba citado a reconocimiento médico por el INSS o el ISM, sin que el trabajador haya aportado justificación suficiente de su incomparecencia, el director provincial correspondiente dictará resolución declarando *la extinción del derecho* a la prestación económica con efectos desde el día en que hubiera sido efectiva la suspensión. Dicha resolución se notificará al interesado. La entidad gestora comunicará la extinción acordada, por vía telemática, al servicio público de salud, a la empresa y a la Tesorería General de la Seguridad Social.

Por otra parte, el Inspector Médico del INSS o del ISM podrá expedir *el alta médica por incomparecencia* en el ejercicio de las competencias previstas en la disposición adicional quincuagésima segunda de la Ley General de la Seguridad Social.

— *Citación por Mutua:*

Transcurridos diez días hábiles desde la fecha en que estaba citado a reconocimiento médico por la mutua correspondiente, sin que el trabajador haya aportado justificación suficiente de su incomparecencia, la mutua acordará la extinción del derecho a la prestación económica con efectos desde el día en que hubiera sido efectiva la suspensión. Dicho acuerdo se notificará al interesado. La mutua comunicará la extinción acordada, por vía telemática, al servicio público de salud, a la empresa y a la Tesorería General de la Seguridad Social

g) Precisiones:

El artículo 9.4 del RD 625/2014 debe ser relacionado con:

- Artículo 131 bis.1 de la LGSS, en redacción por Ley 22/2013, según el cual la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al INSS o a la Mutua, da lugar a *la extinción* del derecho al subsidio.
- Artículo 132.3 de la LGSS, añadido por Ley 22/2013, que establece que “la incomparecencia del beneficiario a cualquiera de las convocatorias realizadas por los médicos adscritos al Instituto Nacional de la Seguridad Social y a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social para examen y reconocimiento médico producirá *la suspensión cautelar del derecho, al objeto de comprobar si aquella fue o no justificada. Reglamentariamente* se regulará el procedimiento de suspensión del derecho y sus efectos”.

Aparece así la suspensión cautelar como el *paso previo* a la aplicación, en su caso, *de la extinción*.

Resulta así que el artículo 9 del RD 625/2014 constituye el *desarrollo reglamentario* previsto en el artículo 132.3 transcrito de la LGSS.

### **2.4.3. Cooperación y coordinación entre INSS, ISM, Mutuas y Servicios Públicos de Salud (artículo 10)**

Esta cooperación y coordinación entre Entidades se regula en el artículo 10 del real decreto que comentamos, correspondiéndose parcialmente con el artículo 8 del derogado Real Decreto 575/1997.

Los aspectos que se regulan en este artículo 10 son los siguientes:

1°. La cooperación y coordinación en la gestión de la incapacidad temporal entre el INSS, el ISM, las Mutuas, los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas y el Instituto de Gestión Sanitaria se instrumentarán institucionalmente a través de *Acuerdos*, los cuales podrán ser desarrollados mediante *Convenios específicos*.

2°. Se establece, como novedad, que los Acuerdos y Convenios en los que sean parte las Mutuas requerirán la *autorización previa de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social*.

3°. En virtud de la referida cooperación y coordinación, las Entidades que suscriban los Acuerdos y Convenios promoverán el *perfeccionamiento y la utilización en común de la información*, con el fin primordial de hacer más eficaz el seguimiento y control de la gestión relativa a las situaciones de incapacidad temporal.

4°. En todo caso, los Acuerdos o Convenios suscritos establecerán las garantías de confidencialidad previstas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

5°. Se establecerán *mecanismos específicos y estables* de colaboración entre el INSS y las Mutuas, que tendrán por *objeto coordinar actuaciones*, de acuerdo con sus respectivas competencias, sin perjuicio de las que ostenta la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social sobre las Mutuas y sobre las funciones y servicios que desarrollan.

### **2.5. Procedimientos específicos en materia de incapacidad temporal**

El Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, por el que se desarrolla la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social en relación con la prestación de incapacidad temporal, establecía dos procedimientos de impugnación de las altas médicas:

- Uno, regulado en el artículo 3, que se refiere al *procedimiento de disconformidad* con el alta médica emitida por las *Entidades Gestoras al agotarse los 365 días* de duración de la incapacidad temporal. Procedimiento no modificado por el RD 625/2014.
- Otro, regulado en el artículo 4, que se refiere al *procedimiento de revisión* de

las altas médicas expedidas por las *Mutuas* y empresas colaboradoras en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales. Procedimiento modificado en cuanto a plazos por el RD 625/2014.

A estos dos procedimientos el repetido RD 625/2014 añade uno tercero relativo a la determinación de la contingencia causante de la incapacidad temporal. Este procedimiento administrativo se regula por medio de un nuevo artículo 6 que el RD 625/2014 adiciona en el Real Decreto 1430/2009.

Podría, por otra parte, considerarse como un nuevo procedimiento el de demora de la calificación de la incapacidad permanente que, de modo escueto, se recoge en el nuevo artículo 7 añadido por el Real Decreto 625/2014 al Real Decreto 1430/2009.

### **2.5.1. Procedimiento de disconformidad con el alta médica emitida por las Entidades Gestoras (recordatorio).**

Para que el estudio de los procedimientos específicos en materia de incapacidad temporal quede completo, creemos conveniente exponer el procedimiento de disconformidad con el alta médica emitida por las Entidades Gestoras, aunque el RD 625/2014 no haya efectuado modificaciones en el mismo. Así pues, digamos:

#### A) Normativa reguladora:

El procedimiento de disconformidad se regula en los párrafos 3º, 4º y 5º del artículo 128.1 a) de la LGSS, según redacción por Ley 40/2007 y en el artículo 3 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre.

#### B) Identificación del procedimiento:

Revisión ante la Entidad Gestora:

- a instancia del trabajador;
- del alta médica emitida por el INSS o, en su caso, el ISM;
- en los procesos de incapacidad temporal;
- cuando el alta médica se emite al agotarse los 365 días de duración de la incapacidad temporal.

#### C) Actuaciones de los intervinientes en el procedimiento:

a) *Entidad gestora (primera actuación)*: dicta resolución de alta médica, fijando los efectos del alta a los cinco días hábiles siguientes a la decisión del EVI.

b) *Interesado*: puede manifestar su disconformidad, en el *plazo máximo de los cuatro días naturales siguientes* a la notificación de la resolución. El modelo de solicitud (modelo CO61) se encuentra disponible en la página web de la Seguridad Social. La manifestación de disconformidad se presenta ante la inspección médica del servicio público de salud. Asimismo, puede presentarse ante alguno de los órganos señalados en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Hay que destacar: el interesado que inicie el procedimiento de disconformidad, lo

*comunicará a la empresa* en el mismo día en que presente dicha disconformidad o en el siguiente día hábil. No hay comunicación de la Entidad Gestora a la empresa, por el contrario de lo que sucede en el procedimiento de revisión de las altas médicas emitidas por las Mutuas por contingencias profesionales. No obstante, aunque la Entidad Gestora no está obligada a comunicar a la empresa la manifestación de disconformidad, sí debe comunicar a la empresa, «a la mayor brevedad posible, todas las *decisiones* que puedan afectar a la duración de la situación de incapacidad temporal del interesado».

c) *Inspección médica*: puede en el plazo de siete días naturales:

- no pronunciarse;
- confirmar la decisión de la Entidad Gestora;
- discrepar de la decisión de la Entidad Gestora.

d) *Entidad Gestora (segunda actuación)*: debe, en todo caso, emitir una segunda resolución siempre que haya habido disconformidad del interesado, haya existido o no discrepancia de la Inspección médica; incluso cuando la disconformidad del interesado haya sido extemporánea.

La impugnación judicial de esta resolución de la Entidad Gestora está exceptuada de la interposición de reclamación previa, debiendo formularse la demanda en el plazo de veinte días desde la adquisición de plenos efectos del alta médica. (Artículo 71 de la Ley reguladora de la jurisdicción social).

#### D) Consecuencias del procedimiento:

1ª) La disconformidad del interesado produce automáticamente la prórroga de la IT, que durará:

- *si no hay pronunciamiento* de la Inspección médica: 11 días naturales siguientes a la fecha de efectos del alta.
- *si hay conformidad* de la Inspección médica: los días que medien entre la fecha de efectos del alta médica y la fecha del acuerdo de conformidad del Servicio Público de Salud, con un máximo de 11 días naturales;
- *si hay discrepancia* de la Inspección médica y la Entidad Gestora *se reafirma* en su decisión: los días que medien entre la fecha de efectos del alta médica hasta el día de la firma de la segunda resolución por parte del director provincial de la Entidad Gestora;
- *si hay discrepancia* de la Inspección médica y la Entidad Gestora *reconsidera* su decisión: se reconoce al interesado la prórroga de la situación de IT a todos los efectos desde la fecha de efectos del alta médica.

2ª) No obstante la automaticidad mencionada de la prórroga de IT, debe solicitarse el abono del subsidio que, en todo caso, estará supeditado a la no reincorporación al trabajo. El abono de los días que correspondan se efectuará en pago directo.

3ª) Cuando la Entidad Gestora emita un alta médica que venga precedida de una prórroga expresa de IT, no procede la opción de disconformidad del trabajador, que sólo se puede producir cuando la Entidad Gestora emite la primera resolución, al agotarse los primeros 365 días de la IT.

### E) Precisión:

De acuerdo con la regla 5.<sup>a</sup> del artículo 3 del RD 1430/2009, las comunicaciones entre las entidades gestoras, los servicios públicos de salud y las dirigidas a la empresa se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos.

### **2.5.2. Procedimiento de revisión de las altas médicas emitidas por las Mutuas y empresas colaboradoras en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales. (Disposición final tercera.Uno, Dos y Tres que modifica el artículo 4 del RD 1430/2009).**

Los cambios efectuados por el RD 625/2014 en el artículo 4 del RD 1430/2009 han sido los siguientes:

- Se modifica el apartado 2 del artículo 4 del referido Real Decreto 1430/2009, con la finalidad de ampliar *de 4 días naturales a 10 días hábiles* el plazo del que dispone el interesado para instar la revisión del alta médica emitida por la entidad colaboradora.
- Se modifica el apartado 4 del mismo artículo 4, para ampliar *de dos días hábiles a cuatro días hábiles* el plazo del que dispone la Mutua para aportar los antecedentes relacionados con el proceso de incapacidad temporal.
- Se modifica el apartado 5 del reiterado artículo 4, ampliando *de 4 días naturales a 10 días hábiles* el plazo para que el interesado pueda iniciar el procedimiento especial de revisión, ante la existencia de dos procesos distintos de incapacidad temporal que pudieran estar relacionados.

En todos estos casos se trata de ampliaciones de plazo porque la práctica administrativa había venido demostrando la insuficiencia de los plazos anteriores.

Por tanto, el procedimiento de revisión de las altas médicas emitidas por las Mutuas y empresas colaboradoras en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales ha quedado regulado así:

#### A) Normativa reguladora:

El procedimiento estaba anunciado en la disposición adicional 19<sup>a</sup> de la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, que decía: «Reglamentariamente se regulará el procedimiento administrativo de revisión, por el Instituto Nacional de la Seguridad Social y a instancia del interesado, de las altas que expidan las entidades colaboradoras en los procesos de incapacidad temporal».

Esta reglamentación anunciada se llevó a cabo mediante el artículo 4 del Real Decreto 1.430/2009, de 11 de septiembre, modificado ahora por el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio.

#### B) Identificación del procedimiento:

Revisión ante la Entidad Gestora:

- a instancia del trabajador;
- de las altas médicas emitidas por las Mutuas y empresas colaboradoras;
- en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales;
- cuando el alta médica se ha emitido con anterioridad al agotamiento del plazo de 365 días de duración de dicha situación.

C) Fase primera del procedimiento. Iniciación:

- Por el trabajador:

— mediante solicitud:

- disponible en la página web de la Seguridad Social;
- a presentar ante el INSS (o ISM);
- en el plazo de los diez días hábiles siguientes al de la notificación (antes, cuatro días naturales);

— a la que se acompañará necesariamente:

- el historial médico previo relacionado con el proceso de IT,
- o, en su caso, copia de la solicitud de dicho historial a la entidad colaboradora.

- Deben efectuarse las siguientes *advertencias*:

1ª) El interesado que inicia el procedimiento de revisión debe comunicarlo a la empresa en el *mismo día* en que presente su solicitud o en el *siguiente día hábil*.

2ª) La iniciación del procedimiento *suspende* los efectos del alta médica emitida, entendiéndose prorrogada la situación de IT y manteniéndose, en su caso, el abono de la prestación en la modalidad de pago delegado.

Pero —atención— sin *perjuicio* de que posteriormente puedan considerarse *indebidamente percibidas* las prestaciones económicas de incapacidad temporal, si se confirma la fecha de alta médica de la entidad colaboradora o se establece una nueva fecha de extinción de la IT anterior al fin del procedimiento.

C) Fase segunda del procedimiento. Instrucción:

— La tramitación del procedimiento iniciado debe considerarse *preferente* por la Entidad Gestora, con el fin de que se dicte la resolución correspondiente en el menor tiempo posible. El plazo máximo para dictar resolución es el de *15 días hábiles* a contar desde la aportación de la documentación por parte de la entidad colaboradora.

— Los apartados 4 y 5 del artículo 4 del Real Decreto 1.430/2009 regulan las siguientes actuaciones:

a) *Actuaciones Entidad Gestora - Mutua:*

— Entidad Gestora: comunicará a la Mutua el inicio del expediente para que esta en el plazo improrrogable de cuatro días hábiles (antes, dos días hábiles) aporte los antecedentes del proceso e informe sobre las causas del alta.

— Mutua:

Puede no presentar la documentación requerida. Se dictará la resolución que

proceda, teniendo en cuenta la información facilitada por el interesado.

Puede pronunciarse reconociendo la improcedencia del alta emitida, lo que motivará, sin más trámite, el archivo del procedimiento.

*b) Actuaciones Entidad Gestora - empresa:*

— Entidad Gestora: comunicará a la empresa el inicio del procedimiento en el plazo de los dos días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud por el interesado.

— Empresa: si el interesado hubiera presentado a la empresa parte médico de baja emitido por el Servicio Público de Salud, lo comunicará a la Gestora con carácter inmediato.

*c) Actuaciones Servicio Público de Salud – interesado - Entidad Gestora:*

— Si el interesado solicita ante el Servicio Público de Salud una baja médica por contingencias comunes y del reconocimiento médico se desprendiera la existencia de un proceso previo de IT por contingencia profesional en el que se hubiera emitido un alta médica, el Servicio Público de Salud:

- deberá informar al interesado de la posibilidad de iniciar, en el plazo de los diez días hábiles siguientes (antes, cuatro días naturales) al de notificación del alta médica emitida por la entidad colaboradora, este procedimiento de revisión de alta médica;

- deberá comunicar, con carácter inmediato, a la Gestora la existencia de dos procesos distintos de IT que pudieran estar relacionados.

— Debe efectuarse la siguiente *advertencia*: en los supuestos de alta en un proceso de IT por contingencias profesionales a la que sigue una baja por contingencias comunes, se iniciará el abono de la prestación por *contingencias comunes* hasta la fecha de resolución del procedimiento.

Ello sin perjuicio de que, en el supuesto de que se declare el alta de la Mutua sin efecto alguno, ésta deba reintegrar a la Entidad Gestora la prestación abonada al interesado, y a éste la diferencia que resulte a su favor.

*D) Fase 3.ª del procedimiento. Resolución:*

Hay que destacar los siguientes aspectos:

1º) *Plazo máximo de resolución*: 15 días hábiles, como se ha dicho, desde la aportación de la documentación por la entidad colaboradora.

2º) *Informe preceptivo previo*: del Equipo de Valoración de Incapacidades, que debe examinar y valorar el caso concreto.

3º) *Contenido de la resolución*: debe determinar la fecha y efectos del alta médica y el mantenimiento o improcedencia de las bajas médicas que hubieran podido emitirse durante la tramitación del procedimiento. La resolución, por tanto, puede incluir alguno de los siguientes pronunciamientos:

- *Confirmación del alta médica* de la Mutua y declaración de extinción de la IT en la fecha de la mencionada alta.

- *Mantenimiento de la situación de IT* por contingencia profesional, no produciendo

el alta médica de la Mutua efecto alguno.

- *Determinación de la contingencia*, común o profesional, de la que derive la situación de IT, cuando coincidan procesos intercurrentes.
- Declaración sin efectos del alta médica de la Mutua por considerarla prematura y *fijación de nueva fecha de efectos del alta*, cuando el interesado hubiera recuperado la capacidad laboral durante la tramitación del procedimiento.

4º) *Carácter de la resolución*: puede considerarse dictada con efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 71 de la Ley 36/2011, reguladora de la jurisdicción social. (Artículo 4.12, R.D. 1.430/2009).

#### *E) Advertencias finales:*

1ª) Las comunicaciones efectuadas entre la Gestora, la Mutua, el Servicio Público de Salud y la empresa se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos.

2ª) Si durante la tramitación de este procedimiento especial de revisión se cumpliera el plazo de 365 días de duración de la situación de incapacidad temporal, la Gestora resolverá de conformidad con lo previsto en el artículo 128.1 a) de la Ley General de la Seguridad Social.

3ª) El abono de la prestación de IT durante la tramitación de este procedimiento será incompatible con las rentas derivadas del ejercicio de la actividad profesional.

4ª) De acuerdo con el criterio de gestión del INSS de 3 de diciembre de 2009 (RJ 210/2009), el INSS únicamente puede revisar el alta de las Mutuas o empresas colaboradoras a través del cauce ordenado en el R.D. 1430/2009. Si el interesado presenta reclamación previa, el INSS no puede entrar en el fondo del asunto por carecer de competencia para ello a través del procedimiento de reclamación previa. Ahora bien, puede reconducirse al procedimiento del Real Decreto 1430/2009 la disconformidad presentada por el interesado en el plazo de diez días hábiles marcado por la norma, aun cuando se haga bajo la denominación de reclamación previa.

### ***2.5.3. Procedimiento administrativo de determinación de la contingencia causante de los procesos de incapacidad temporal (disposición final tercera. Cuatro que añade un artículo 6 al RD 1430/2009)***

La adición por el RD 625/2014 de un nuevo artículo 6 al Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, tiene por objeto regular el procedimiento administrativo de determinación de la contingencia de la que derivan los procesos de incapacidad temporal.

Podemos examinar este nuevo procedimiento de acuerdo con las siguientes fases:

#### *Fase primera del procedimiento. Iniciación:*

El procedimiento para la determinación de la contingencia causante de los procesos de incapacidad temporal se puede iniciar, *a partir de la fecha de emisión del parte de baja médica*:

- *De oficio*, por propia iniciativa del Instituto Nacional de la Seguridad Social, o como consecuencia de petición motivada de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, del Servicio Público de Salud competente para gestionar la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, o a propuesta del Instituto Social de la Marina.
- A instancia del *trabajador* o su representante legal.
- A instancia de las *Mutuas* o de las empresas colaboradoras, en aquellos asuntos que les afecten directamente.

Las solicitudes deberán ir acompañadas de toda la documentación necesaria para poder determinar la contingencia, incluidos, en su caso, los informes y pruebas médicas realizados.

*Fase segunda del procedimiento. Instrucción:*

Hay que considerar:

*a) Comunicaciones del INSS:*

El Instituto Nacional de la Seguridad Social comunicará la iniciación del procedimiento al *Servicio Público de Salud* competente, a la *Mutua* o a la empresa colaboradora, según corresponda, *cuando el procedimiento no se hubiera iniciado a su instancia y en aquellos asuntos que les afecten*, para que, en el plazo improrrogable de cuatro días hábiles, aporten los antecedentes relacionados con el caso de que dispongan e informen sobre la contingencia de la que consideran que deriva el proceso patológico y los motivos del mismo.

*También* se dará traslado al *trabajador* de la iniciación del procedimiento, cuando esta no hubiera sido a instancia suya, comunicándole que dispone de un plazo de diez días hábiles para aportar la documentación y hacer las alegaciones que estime oportunas.

Asimismo, el Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá solicitar los informes y realizar cuantas actuaciones considere necesarias para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en virtud de los cuales debe dictar resolución.

*b) Abono inicial de la prestación por contingencia común, determinando la resolución el carácter profesional de la contingencia:*

Cuando por el servicio público de salud se hubiera emitido parte de baja por contingencias comunes, se iniciará el abono de la prestación de incapacidad temporal que por estas corresponda hasta la fecha de resolución del procedimiento, sin perjuicio de que cuando *la resolución determine el carácter profesional* de la contingencia, la mutua que la cubra deba:

- abonar al interesado la diferencia que resulte a su favor,
- y reintegrar tanto a la entidad gestora, en su caso, la prestación abonada a su cargo, mediante la compensación de las cuantías que procedan, como al

servicio público de salud el coste de la asistencia sanitaria prestada.

Asimismo, cuando la contingencia profesional estuviera a cargo de la entidad gestora, esta abonará al interesado las diferencias que le correspondan.

*c) Abono inicial de la prestación por contingencia profesional, determinando la resolución el carácter común de la contingencia:*

De igual modo se procederá cuando la resolución determine el carácter común de la contingencia, modificando la anterior calificación como profesional y su protección hubiera sido dispensada por una Mutua.

En este caso, la Mutua deberá ser reintegrada por la entidad gestora y el servicio público de salud de los gastos generados por las prestaciones económicas y asistenciales hasta la cuantía que corresponda a dichas prestaciones en consideración a su carácter común.

Asimismo, la mutua, cuando ambas contingencias fueran protegidas por la misma, realizará las correspondientes compensaciones en sus cuentas.

*d) Actuación del Equipo de Valoración de Incapacidades:*

El Equipo de Valoración de Incapacidades emitirá un *informe preceptivo*, que elevará al director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el que se pronunciará sobre la contingencia que ha originado el proceso de dicha incapacidad.

Téngase en cuenta que el artículo 3.1.f) del Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, atribuye a los Equipos de Valoración de Incapacidades la función de examinar la situación de incapacidad del trabajador, a fin de determinar el carácter común o profesional de la enfermedad que origine la situación de incapacidad temporal.

*Fase tercera del procedimiento. Resolución:*

*a) Plazo para la resolución:*

Emitido el informe del EVI, el director provincial competente del INSS dictará la resolución que corresponda, en el plazo máximo de quince días hábiles a contar desde la aportación de la documentación por las partes interesadas, o del agotamiento de los plazos fijados para tal aportación.

En el ámbito de aplicación del Régimen Especial de Trabajadores del Mar, el informe preceptivo del correspondiente EVI será formulado ante el director provincial del ISM, para que este adopte la resolución que corresponda y proceda a su posterior notificación a las partes interesadas.

*b) Contenido de la resolución:*

La resolución que se dicte deberá pronunciarse sobre los siguientes extremos:

— Determinación de la *contingencia*, común o profesional, de la que derive la situación de incapacidad temporal y si el proceso *es o no recaída* de otro anterior.

— *Efectos* que correspondan, en el proceso de incapacidad temporal, como consecuencia de la determinación de la contingencia causante, cuando coincidan en el tiempo dolencias derivadas de distintas contingencias.

— *Sujeto responsable* de las prestaciones económicas y sanitarias.

*c) Comunicación de la resolución:*

La resolución será comunicada:

- al interesado;
- a la empresa;
- a la mutua;
- y al servicio público de salud.

Las comunicaciones efectuadas entre las entidades gestoras, la mutua y la empresa se realizarán preferentemente por medios electrónicos, informáticos o telemáticos que permitan la mayor rapidez en la información.

*d) Carácter de la resolución:*

Las resoluciones emitidas por la entidad gestora, en el ejercicio de las competencias establecidas en este procedimiento, podrán considerarse dictadas con los efectos atribuidos a la resolución de una reclamación previa, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 71 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.

## **2.6. Procedimiento de demora de la calificación de la incapacidad permanente. Prolongación de efectos de la incapacidad temporal (disposición final tercera.Cinco que añade un artículo 7 al RD 1430/2009).**

El Real Decreto 625/2014 añade un nuevo artículo 7 al Real Decreto 1430/2009 con la finalidad de regular la prolongación de efectos de la incapacidad temporal y agotamiento de la misma.

El primer párrafo de este nuevo artículo 7 procede del apartado 3 del artículo 7 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, aunque se refería a una redacción del artículo 131.bis.2.2º párrafo de la LGSS, ya inexistente.

Actualmente, el apartado 2 del artículo 131 bis de la LGSS establece cuanto sigue:

- Cuando el derecho al subsidio se extinga por el transcurso del período de quinientos cuarenta y cinco días naturales, se examinará necesariamente, en el plazo máximo de tres meses, el estado del incapacitado a efectos de su calificación, en el grado de incapacidad permanente que corresponda.
- No obstante, en aquellos casos en los que, continuando la necesidad de tratamiento médico por la expectativa de recuperación o la mejora del estado

del trabajador, con vistas a su reincorporación laboral, la situación clínica del interesado *hiciera aconsejable demorar* la citada calificación, ésta podrá retrasarse por el período preciso, *sin que en ningún caso se puedan rebasar los setecientos treinta días naturales* sumados los de incapacidad temporal y los de prolongación de sus efectos.

- Durante los períodos previstos en este apartado, de tres meses y de demora de la calificación, no subsistirá la obligación de cotizar.

Pues bien, el artículo 7 adicionado al RD 1430/2009 regula el procedimiento de demora de la calificación del siguiente modo:

— La *prolongación de los efectos* de la incapacidad temporal, en los supuestos contenidos en el párrafo segundo del apartado 2 del artículo 131 bis de la Ley General de la Seguridad Social, *requerirá*:

- que el órgano competente para evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad temporal determine la *conveniencia de no proceder de inmediato* a la calificación de la incapacidad permanente, atendida la situación clínica del interesado y su capacidad laboral;

- que en el supuesto de proceso correspondiente a trabajador protegido por una Mutua, se de *audiencia a la misma por un plazo máximo de siete días hábiles*;

- que el Director Provincial de la Entidad gestora, a propuesta del órgano competente y previa audiencia de la Mutua en su caso, dicte *resolución expresa demorando*, en su caso, la calificación, *que no podrá sobrepasar los setecientos treinta días naturales* siguientes a la fecha en que se haya iniciado la incapacidad temporal.

— Las Entidades gestoras remitirán a las empresas, por vía telemática, el resultado de la referida resolución.

## **2.7. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (disposición adicional cuarta)**

Las referencias a los servicios públicos de salud que se contienen en el Real Decreto 625/2014 han de entenderse también realizadas al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, entidad gestora de la Seguridad Social a quien le corresponde la gestión de las prestaciones sanitarias en el ámbito de las ciudades de Ceuta y Melilla.

## **2.8. Facultativos o Inspectores Médicos del Instituto Social de la Marina (disposición adicional segunda)**

Hay que indicar que el ISM sigue manteniendo las competencias sanitarias en la Comunidad Autónoma de Madrid, al no haberse producido la transferencia de las competencias en materia de asistencia sanitaria a la misma, por lo que son los médicos del citado Instituto los competentes para emitir los partes de baja, confirmación y alta en lugar de los médicos del Servicio Público de Salud en dicha Comunidad Autónoma, además de en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

Por dicha causa los inspectores médicos del Instituto Social de la Marina ejercen una doble función en estos territorios: una como inspectores médicos sustitutivos de los inspectores médicos del Servicio Público de Salud, y, otra como inspectores médicos de la Entidad Gestora al efecto del control de la prestación de incapacidad temporal.

Estas competencias y particularidades del ISM son las que se recogen en la disposición adicional segunda del RD 625/2014, que establece: “Las referencias que se realizan en este real decreto a los facultativos del Servicio Público de Salud, así como a los inspectores médicos del Servicio Público de Salud, podrán entenderse realizadas a los facultativos o inspectores médicos del Instituto Social de la Marina en aquellos casos en los que estos últimos ejerzan las mismas funciones, por no haberse producido la transferencia de la competencia de asistencia sanitaria a una Comunidad Autónoma”.

## **2.9. Derecho transitorio**

Consideraremos las siguientes dos cuestiones recogidas en sendas disposiciones transitorias:

- Nuevos modelos de partes médicos de incapacidad temporal.
- Propuestas de alta médica formuladas por las Mutuas.

Examinaremos también aquí la adaptación a las mutuas de los sistemas informáticos, cuestión que se recoge en una disposición adicional (la tercera) pero cuyo contenido se puede identificar como de derecho transitorio.

### ***2.9.1. Partes médicos de incapacidad temporal (disposición transitoria primera)***

Dos cuestiones de derecho transitorio trata la disposición transitoria primera del RD 625/2014:

*Cuestión primera:*

Mientras no se aprueben los *nuevos modelos* de partes médicos de incapacidad temporal, en los términos previstos en el apartado 2.5 del RD 625/2014, *mantendrán su validez los actualmente vigentes, que serán tramitados conforme a la normativa anterior.*

Téngase en cuenta que el artículo 2.5 referenciado determina que los partes médicos de incapacidad temporal se confeccionarán:

- con arreglo a un modelo que permita su *gestión informatizada*,
- en el que figurará un *código identificativo del centro de salud emisor* de aquellos.

Por tanto, hay que entender que a fecha 1 de septiembre de 2014 – fecha inicial de vigencia del RD 625/2014 - no es de aplicación:

- la expedición de los partes de baja y confirmación de la baja de acuerdo con los cuatro grupos de procesos a que se refiere el artículo 1.3 del RD 625/2014;
- los informes complementarios y de control en la regulación que efectúa el artículo 4 del RD 625/2014;
- las declaraciones médicas de alta, tal cual se regulan en el artículo 5 del RD 625/2014;
- y la tramitación de los partes médicos según se detalla en el artículo 7 del RD 625/2014.

Es necesario esperar a la aprobación de los nuevos modelos de partes para la aplicación de este extenso contenido del RD 625/2014, ahora suspendido de eficacia.

*Cuestión segunda:*

En tanto no se implante la remisión a las empresas, a través del sistema informático, de los resultados de las resoluciones indicadas en el artículo 7.2 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, el contenido de aquellas se les podrá adelantar mediante correo electrónico, sin perjuicio de comunicación posterior en otro soporte.

Téngase en cuenta que el artículo 7.2 referenciado determina que “cuando se dicte resolución administrativa por el director provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del Instituto Social de la Marina, en virtud de lo establecido en el apartado anterior (resolución de demora de la calificación), las entidades gestoras remitirán a las empresas, por vía telemática, el resultado de la referida resolución”.

**2.9.2. Plazos para la tramitación de las propuestas de alta médica formuladas por las Mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes (disposición transitoria segunda)**

Durante los primeros seis meses desde la entrada en vigor del Real Decreto 625/2014, es decir, desde el 1 de septiembre de 2014 al 28 de febrero de 2015, los siguientes plazos, relativos a la tramitación de las propuestas de alta médica formuladas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes, serán los siguientes:

- el plazo de cinco días establecido en los párrafos segundo y tercero del artículo 6.2 será de once días;
- los plazos de cinco y cuatro días establecidos en el artículo 6.3 serán de once y ocho días, respectivamente.

**2.9.3. Adaptación a las Mutuas de los sistemas informáticos (disposición adicional tercera)**

En el plazo máximo de tres meses siguientes a la entrada en vigor de este real decreto se establecerán las medidas necesarias al objeto de que las mutuas puedan comunicarse por vía informática con el Instituto Nacional de la Seguridad Social y con el Instituto Social de la Marina.

En el mismo plazo, se iniciarán las actuaciones para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 16.2 del Reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre, que faculta a los interesados para formular sus quejas a través de la sede electrónica de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social.

### **3. Modificaciones del RD 625/2014 en materias conexas con la incapacidad temporal**

#### **3.1. Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre (modificación del artículo 16 por la disposición final primera).**

La disposición final primera del RD 625/2014 ha modificado el Reglamento de colaboración de las Mutuas (RD 1993/1995) en dos aspectos:

— El título del artículo 16, denominado Documentación, ha pasado a denominarse Documentación y libros de reclamaciones.

— Se ha añadido un apartado 2 a dicho artículo que dice cuanto sigue:

- Los beneficiarios podrán formular *reclamaciones ante el órgano de dirección y tutela de las mutuas* de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, con motivo de deficiencias en la gestión desarrollada por las entidades. (Actualmente, este órgano de dirección y tutela es la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social).
- Las mutuas dispondrán en todos sus centros, con independencia de los servicios que alberguen, de los libros de reclamaciones mencionados en el artículo 12.6, integrados por las correspondientes hojas, de cuya existencia darán conocimiento público y que estarán a disposición de los interesados. Las reclamaciones que se formulen serán remitidas por la mutua, sin más trámites ni practicar comunicaciones, a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social en el plazo máximo de diez días siguientes a su presentación, adjuntando informe de la entidad sobre los hechos y circunstancias en que aquella se fundamente y su consideración sobre el objeto de la misma.
- Igualmente los interesados podrán formular sus quejas a la Dirección General citada, mediante internet, a través de la sede electrónica de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, así como a través de los medios establecidos en el artículo 38 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

### **3.2. Aprobación de los instrumentos de colaboración de las Mutuas con las Administraciones públicas sanitarias y con las Entidades Gestoras de la Seguridad Social. (Disposición final cuarta que modifica el artículo 10 del RD 1630/2011)**

La disposición final cuarta del RD 625/2014 da nueva redacción al artículo 10 del RD 1630/2011 que se refiere a la aprobación de los instrumentos de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias y con las Entidades gestoras de la Seguridad Social.

Se incorpora esta modificación en concordancia con el tratamiento recogido en el artículo 10 del Real Decreto 625/2014, relativo a los acuerdos y convenios de cooperación y coordinación.

El artículo 10 modificado del RD 1630/2011 dice cuanto sigue:

Los convenios y acuerdos de colaboración con las Administraciones públicas sanitarias, así como los instrumentos de colaboración con las Entidades gestoras de la Seguridad Social, y en su caso, con los Servicios Públicos de Salud, deberán someterse a la *aprobación de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social* previamente a su suscripción, así como sus modificaciones o rescisiones.

### **3.3. Remisión de datos por las Mutuas a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social. (Disposición adicional primera)**

Las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social remitirán a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social los datos e información que se les solicite, para el conocimiento de las actuaciones desarrolladas, así como para evaluar su eficacia.

## **4. Modificaciones del RD 625/2014, en materias distintas de la incapacidad temporal**

### **4.1. Prestaciones económicas por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural (disposición final segunda que modifica el Real Decreto 295/2009).**

Mediante esta disposición final del Real Decreto 625/2014 se llevan a cabo las siguientes modificaciones en el Real Decreto 295/2009:

a) *La primera de las modificaciones* añade dos nuevos párrafos al apartado 8 del artículo 3 del referido Real Decreto; apartado que se refiere al supuesto de trabajadores responsables del ingreso de las cotizaciones. Este cambio pretende dotar de *mayor agilidad al procedimiento* para reconocer el derecho a los subsidios en determinados supuestos. Así, cuando no conste en los sistemas de información de la Seguridad Social el ingreso de las cotizaciones correspondientes al mes del hecho causante y los dos meses previos a aquel, tales cotizaciones se presumirán ingresadas

siempre que se cumpla el periodo mínimo de cotización exigible y sin perjuicio de las comprobaciones posteriores.

Esta modificación se efectúa *en concordancia* con lo dispuesto en el apartado 3 de la disposición adicional 39ª de la LGSS respecto de las *pensiones*.

La redacción literal de estos dos nuevos párrafos es la siguiente:

“A efectos de reconocer el derecho al subsidio, las cotizaciones correspondientes al *mes del hecho causante y los dos meses previos* a aquel, cuyo ingreso aún no conste en los sistemas de información de la Seguridad Social, *se presumirán ingresadas*. En estos supuestos, la Entidad gestora efectuará posteriormente las comprobaciones necesarias para verificar el ingreso puntual y efectivo de dichas cotizaciones. De no ser así, se procederá a la suspensión inmediata de la prestación y al reintegro de las cantidades indebidamente percibidas.

Lo previsto en el párrafo anterior será de aplicación siempre que el trabajador *acredite el periodo mínimo de cotización exigible*, sin computar el periodo de hasta tres meses referido en el mismo. En caso de no acreditarse el periodo mínimo de cotización exigible, deberá justificarse el ingreso de las cotizaciones correspondientes que aún no conste en los sistemas de información de la Seguridad Social”.

b) La *segunda de las modificaciones* da nueva redacción al apartado 1 del artículo 13 del Real Decreto 295/2009 y tiene por objeto *evitar la expedición del informe de maternidad* en la mayoría de los supuestos, reservándolo solamente para las siguientes situaciones excepcionales: inicio del descanso antes del parto y fallecimiento del hijo.

La nueva redacción del apartado es la siguiente:

“1. El facultativo del Servicio Público de Salud que atienda a la trabajadora embarazada expedirá un informe de maternidad en el que se certificarán, según los casos, los siguientes extremos:

a) Fecha probable del parto, cuando la trabajadora inicie el descanso con anterioridad a aquel.

b) Fallecimiento del hijo, tras la permanencia en el seno materno durante, al menos, ciento ochenta días.

En los demás supuestos, no se requerirá el informe de maternidad”.

c) La *tercera de las modificaciones* suprime el párrafo c) del artículo 14.2.1º y el párrafo 3º del artículo 30.2 del Real Decreto 295/2009, por lo que ya no debe acompañarse preceptivamente a las solicitudes de los subsidios de maternidad y paternidad ni el certificado de cotizaciones de la última o últimas empresas ni, si el causante es el obligado al ingreso de cuotas, la acreditación de la cotización con los recibos de los abonos de cuotas.

Nota.- La inclusión que hemos mencionado de los dos nuevos párrafos tercero y cuarto al apartado 8 del artículo 3 del RD 295/2009, relativo a los beneficiarios del

subsidio de *maternidad*, afecta solamente a los beneficiarios de este subsidio. *Por razones de coherencia*, el RD 625/2014 añade a los artículos 23.6 (subsidio por paternidad en el caso de trabajadores responsables del ingreso de las cotizaciones) y 41.2 (subsidio por riesgo durante el embarazo de trabajadoras por cuenta propia) del Real Decreto 295/2009, el siguiente párrafo:

“A efectos de reconocer el derecho al subsidio, se tendrá en cuenta lo dispuesto en los párrafos tercero y cuarto del artículo 8.3”.

No se modifica artículo alguno respecto del subsidio por riesgo durante la lactancia natural, puesto que no era necesario en virtud de la remisión contenida en el artículo 50 al capítulo IV del mencionado RD 295/2009.

#### **4.2. Acceso a la documentación clínica por parte de los médicos del Instituto Social de la Marina. (Disposición final quinta)**

Lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 4 y en el apartado 1 del artículo 8 del Real Decreto 625/2014, sobre el acceso a la documentación clínica de atención primaria y especializada, se hará extensivo a los médicos del Instituto Social de la Marina, con el objeto de que dispongan de la información necesaria respecto de los trabajadores a los que realizan los *preceptivos reconocimientos médicos de embarque marítimo* que tienen por objeto garantizar que las condiciones psicofísicas de estos sean compatibles con sus puestos de trabajo.