



MINISTERIO  
DE EMPLEO  
Y SEGURIDAD SOCIAL

SECRETARÍA DE ESTADO  
DE LA SEGURIDAD SOCIAL



## MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO

**PROYECTO DE REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULAN DETERMINADOS ASPECTOS DE LA GESTIÓN Y CONTROL DE LOS PROCESOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL EN LOS PRIMEROS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO DÍAS DE SU DURACIÓN.**

---

**14 de enero de 2014**

PADRE DAMIÁN 4  
28036 MADRID  
TEL.: 91 568 83 00  
FAX: 91 561 10 51



La presente memoria se elabora de conformidad con el Real Decreto 1083/2009, de 3 de julio, por el que se regula la memoria del análisis de impacto normativo, y teniendo en cuenta la estructura establecida por el Acuerdo de Consejo de Ministros, de 11 de diciembre de 2009, por el que se aprueba la Guía Metodológica para la elaboración de la memoria del análisis de impacto normativo.

## **I. JUSTIFICACIÓN DE LA MEMORIA**

El Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por incapacidad temporal, modificado por el Real Decreto 1117/1998, de 5 de junio, y desarrollado por la Orden de 19 de junio de 1997, pretendía asegurar la efectividad en el percibo de la prestación económica de la Seguridad Social y evitar la utilización indebida de la protección, incidiendo en los principales aspectos de la gestión de la prestación. Al mismo tiempo, dicho real decreto también regulaba la forma de expedición de los partes de baja y alta médicas, así como el establecimiento de determinados controles en la comprobación del mantenimiento del derecho a la prestación, con la finalidad de conseguir un mayor rigor en la constatación de la enfermedad y de su repercusión en la capacidad de trabajo del interesado.

Sin embargo, con posterioridad, el contenido del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, se ha visto muy afectado por determinadas reformas legales, que han introducido importantes novedades en la regulación jurídica de la incapacidad temporal, por lo que se hace preciso dictar una nueva norma que le sustituya, adaptándose a los nuevos planteamientos legales y al avance en la coordinación de actuaciones por parte de los Servicios Públicos de Salud, de las Entidades Gestoras de la Seguridad Social y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.



Así, en virtud de lo establecido en el artículo 128.1.a) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, se atribuye al Instituto Nacional de la Seguridad Social y, en su caso, al Instituto Social de la Marina, la competencia para reconocer la situación de prórroga expresa de la incapacidad temporal a partir de los trescientos sesenta y cinco días del inicio de la situación, o bien para determinar la incoación del expediente de incapacidad permanente, acordar el alta médica por curación o por incomparecencia injustificada a reconocimientos médicos, así como para acordar nuevas bajas por recaída en los procesos en situación de prórroga, de manera que la vigente redacción del artículo 128.1a) de la Ley General de la Seguridad Social limita el contenido del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, a los procesos de incapacidad temporal que no hayan alcanzado el límite de trescientos sesenta y cinco días.

Además, la disposición adicional quincuagésima segunda de la Ley General de la Seguridad Social, que fue añadida por la disposición adicional decimonovena, cinco, de la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo, prevé que el Instituto Nacional de la Seguridad Social y, en su caso, el Instituto Social de la Marina, a través de los Inspectores Médicos adscritos a dichas entidades, ejercerán las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, para emitir un alta médica a todos los efectos, hasta el cumplimiento de la duración máxima de trescientos sesenta y cinco días de los procesos de incapacidad temporal del Sistema de la Seguridad Social.

En virtud del segundo párrafo de la citada disposición adicional, la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, por Resolución de 15 de noviembre de 2010, fijó la fecha en la que determinadas direcciones provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina, debían asumir dicha competencia, a través de los inspectores Médicos adscritos a ellas.



Por tanto, a partir del 26 de noviembre del año 2010, las direcciones provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social y del Instituto Social de la Marina, a través de los Inspectores Médicos adscrito al Instituto Nacional de la Seguridad Social, asumieron las competencias establecidas en la disposición adicional quincuagésima segunda del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

A su vez, la disposición adicional cuadragésima del citado texto legal permite, tanto a las Entidades gestoras, como a las inspecciones médicas de los Servicios Públicos de Salud, el intercambio de los datos médicos necesarios para ejercer sus respectivas competencias en materia de control de la incapacidad temporal.

Igualmente, el artículo 78, uno, de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, establece que la colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social con el Sistema Nacional de Salud, en la gestión de la incapacidad temporal, será objeto de desarrollo reglamentario, a fin de posibilitar la eficacia de sus actividades en este ámbito y, con dicha finalidad, se establecerán mecanismos para que el personal facultativo sanitario de ambos sistemas pueda acceder a los diagnósticos que motivan la situación de incapacidad temporal, con las garantías de confidencialidad en el tratamiento de los datos que se establecen.

Por otra parte, conviene destacar que el Instituto Nacional de la Seguridad Social ha venido suscribiendo con las Comunidades Autónomas y con el Instituto de Gestión Sanitaria, de acuerdo con la disposición adicional undécima de la Ley General de la Seguridad Social, Convenios de colaboración para el control de la incapacidad temporal, que han facilitado la transmisión, por vía telemática, de los partes médicos de baja y de alta y han coadyuvado a que la cooperación y coordinación necesaria en la gestión de la prestación de incapacidad temporal haya avanzado considerablemente, evitando molestar a



un trabajador que tiene quebrantada su salud y, por tanto, tiene justificada su ausencia al trabajo.

Estos Convenios han supuesto un avance en la coordinación de todas las Entidades que participan en la gestión de la prestación, puesto que han hecho posible un intercambio de datos entre los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas, el Instituto de Gestión Sanitaria, las Entidades Gestoras de la Seguridad Social y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

En este sentido, y puesto que las nuevas tecnologías permiten tanto el intercambio de datos médicos para el control de la incapacidad temporal, como el acceso por vía telemática de los Inspectores Médicos adscritos a las Entidades gestoras de la Seguridad Social, a las historias clínicas informatizadas que poseen los distintos Servicios Públicos de Salud de los trabajadores del Sistema de la Seguridad Social, se hace necesario adaptar también 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.

Básicamente se regulan en el real decreto diversos aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración, ya que el parte médico de alta puede ser expedido, tanto por el Servicio Público de Salud, como por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina, a través de los Inspectores Médicos adscritos a dichas entidades.

Además la cooperación y coordinación entre todas las Entidades ha hecho posible que se utilice una misma tabla de duraciones estándar por patologías para tener en cuenta al trabajador y no efectuarle control alguno hasta que dicha duración estándar se haya superado.



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 solo 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.

El conocimiento del código nacional de ocupación a través de los partes médicos de incapacidad temporal que transmiten los Servicios Públicos de Salud supondrá un avance en el conocimiento del comportamiento de esta prestación económica, que permitirá la comparación de datos a nivel internacional.

Por otra parte, es importante modificar el modelo actual dando la oportunidad al médico de atención primaria de que determine cuándo tiene que hacer un seguimiento de la enfermedad de su paciente sin condicionarlo, como actualmente, a que semanalmente debe de expedir un parte médico de confirmación de la baja.

A todas estas finalidades responde el presente real decreto, a través del cual se procede a regular también una nueva forma de expedición de los partes médicos de baja, confirmación y alta, de manera que, manteniendo el rigor en la constatación de la enfermedad del trabajador y de su incidencia en la capacidad para realizar su trabajo, ahorre trámites burocráticos y adapte la expedición de los partes médicos a los diferentes tipos de patología que pueden padecer los trabajadores del Sistema de la Seguridad Social.

Para ello, se ha establecido un protocolo de temporalidad de los actos médicos de confirmación de la baja, el cual, sin perjuicio de corresponder al criterio médico del facultativo que emite el parte asignar el plazo estimado de duración del proceso, facilita al mismo unos plazos orientativos que se basan en el diagnóstico, la ocupación y la edad del trabajador. Estos protocolos se



materializan en unas tablas tipificadas para los distintos procesos patológicos y su incidencia en las actividades laborales.

El real decreto se sitúa también en línea con la recomendación 10 del Informe de Evaluación y Reforma del Pacto de Toledo, en la cual la Comisión no permanente de seguimiento y evaluación de los Acuerdos del Pacto de Toledo considera también que deben potenciarse los mecanismos de colaboración y las posibilidades de control por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades profesionales, en relación con los diferentes procesos de incapacidad temporal de los trabajadores del sistema de la Seguridad Social.

En cumplimiento de esta recomendación y teniendo en cuenta los avances que se han experimentado a lo largo de estos años en la gestión de la prestación de incapacidad temporal, el presente real decreto introduce o mejora los mecanismos establecidos al objeto de aligerar los trámites y cargas burocráticas existentes en la actualidad para centrar los procesos de incapacidad temporal en la protección del trabajador afectado y en su pronta recuperación, mecanismos que adicionalmente suponen un mejor control de los procesos.

Por razones de sistematicidad y de clarificación del ordenamiento de la Seguridad Social, entre las opciones por abordar la elaboración de un nuevo real decreto o acometer la modificación del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, se ha escogido la primera de ellas, al objeto de regular los aspectos más relevantes de la materia, en aras de lograr la mayor eficacia, transparencia y seguridad jurídica en la gestión de la prestación y el control de las situaciones que la determinan y, aunque una parte del contenido del nuevo proyecto tiene su origen en lo establecido en el Real Decreto 575/1997, las nuevas disposiciones que se han incorporado hacen aconsejable efectuar una regulación *ex novo* y derogar el referido real decreto.



La propuesta normativa tiene una importante repercusión en el ámbito económico, y, asimismo, tendrá impactos apreciables en el ámbito social. Por este motivo, el proyecto de real decreto justifica la elaboración de una memoria completa.

## **II. BASE JURÍDICA Y RANGO DEL PROYECTO NORMATIVO**

El proyecto de real decreto se dicta de acuerdo con el artículo 149.1.17<sup>a</sup> de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, y al amparo del artículo 5.1 y de la disposición final séptima de la Ley General de la Seguridad Social, que faculta al Ministerio de Empleo y Seguridad Social para dictar las normas de aplicación y desarrollo de la Ley y proponer al Gobierno para su aprobación los Reglamentos generales de la misma.

Por tratarse de una norma de desarrollo y ejecución de disposiciones con rango de Ley, es necesario el rango de real decreto para el presente proyecto que, además, requiere el dictamen previo del Consejo de Estado, de conformidad con lo establecido en el artículo 22.3 de su Ley Orgánica reguladora 3/1980, de 22 de abril, y de acuerdo con el artículo 5.1.h) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno.

## **III. DESCRIPCIÓN DEL CONTENIDO Y DE LA TRAMITACIÓN DEL PROYECTO.**

### **A) CONTENIDO DEL PROYECTO**

El proyecto consta de un preámbulo, 11 artículos, tres disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y diez disposiciones finales.



## **Artículo 1. Ámbito de aplicación**

Se establece el ámbito de aplicación del real decreto, que se centra en 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.

Dicho ámbito de aplicación indica, por tanto, que el real decreto se aplicará no solamente a quienes desarrollen un trabajo o actividad, sino también a las relaciones entre las distintas Instituciones y a las actuaciones administrativas que tienen lugar sin la intervención del trabajador.

## **Artículo 2. Declaraciones médicas de baja y de confirmación de baja en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes y profesionales.**

1. El primer párrafo se corresponde parcialmente con el apartado 1 del artículo 1 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal.

Por su parte, el segundo párrafo reproduce el contenido del apartado 6 del artículo 1 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril. Señala que, cuando la cobertura de las contingencias profesionales haya sido concertada con una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, corresponderá a los servicios médicos de la propia Mutua expedir los partes de baja, de confirmación de la baja o de alta.



Han sido razones de coherencia y homogeneidad las que han aconsejado establecer en este real decreto, para los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales, los mismos plazos que para los derivados de contingencias comunes. Por lo que respecta a un proceso concreto de incapacidad laboral, no se aprecia diferencia alguna cuando una misma lesión ha sido provocada, por ejemplo, por un accidente laboral o por un accidente no laboral.

2. El primer párrafo también se corresponde con lo establecido en el apartado 2 del artículo 1 del Real Decreto 575/1997, vinculando ahora expresamente además el parte médico de baja a la posible incapacidad para realizar un trabajo.

Además, en el presente proyecto se establece que el Servicio Público de Salud o la Mutua de AT y EP, según la entidad facultada para emitir el parte de baja, deben remitir, por vía telemática, al Instituto Nacional de la Seguridad Social, los datos personales del trabajador y una serie de datos obligatorios que figuran en el parte de baja, como son la fecha de la baja, la contingencia, el código de diagnóstico, el código nacional de ocupación del trabajador y la duración probable del proceso. También se indicará, en su caso, si el proceso es recaída de uno anterior y, finalmente, se hará constar la fecha del siguiente reconocimiento médico.

El INSS, de esta forma, 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 de AT y EP los que se refieran a trabajadores que tengan la protección de IT a cargo de tales Entidades.

Por otra parte, en este apartado 2 se recoge lo dispuesto en el artículo 3.2 del Real Decreto 575/1997 de 18 de abril, que establecía que, con el fin de que las actuaciones médicas de control de incapacidad temporal contaran con el mayor respaldo técnico, se pondría a disposición de los médicos, a los



que correspondieran 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.

El responsable de justificar y emitir los partes de baja, confirmación y alta que conlleva la prestación de incapacidad temporal es el médico del servicio público de salud, en el acto de la consulta médica correspondiente, donde también puede acometer la solicitud de pruebas médicas, la prescripción de fármacos o derivar a un servicio de urgencias o bien a otro médico especialista.

Todo parte médico de baja irá 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 para precisar la patología objeto de diagnóstico. Los partes de confirmación de baja se han venido extendiendo al cuarto día del inicio y sucesivamente, mientras la misma situación se mantuviera, cada siete días, sin tener en cuenta en los plazos dados para los partes de confirmación ni la patología responsable de la situación de incapacidad temporal, ni otras posibles circunstancias conocidas condicionantes del mantenimiento de dicha situación.

Se ha venido requiriendo, a su vez, la emisión de un informe médico complementario -expedido por el facultativo que extiende los sucesivos partes de confirmación- en el tercero de estos partes y, luego, con una periodicidad de cuatro semanas. Pues bien, este hecho implica un exceso de visitas médicas con una finalidad de control de la prestación económica, a veces sin contenido clínico.

En la práctica médica habitual, en atención primaria, muchas patologías que conllevan baja médica son de previsible buena evolución en pocos días. Sin



embargo, el requerimiento del alta con fecha concreta y previa a la reincorporación al trabajo, induce la necesidad de establecer una consulta con carácter inmediato, no programable y a menudo de forma urgente, a personas ya sanas para acreditar su salud recuperada y su disposición para incorporarse al trabajo. En caso contrario, el paciente retrasa en uno o más días la incorporación al trabajo hasta obtener el documento acreditativo del alta médica.

Las actuaciones médicas de control de las situaciones de incapacidad temporal deben asumir, por tanto, la necesaria existencia de unos tiempos de recuperación de la capacidad laboral de los trabajadores, necesarios para que los servicios asistenciales desarrollen todas las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que conduzcan a la mejoría del estado de salud o curación del trabajador.

Con la finalidad, en consecuencia, de adecuar razonablemente los actos de control médico, encaminados a confirmar o no la prestación de incapacidad temporal, a los criterios clínicos del propio médico del Servicio Público de Salud, convenientes con una patología y un trabajador concreto, se ha establecido un protocolo de temporalidad de dichos actos de confirmación de la baja médica basado en el diagnóstico, la ocupación y la edad del trabajador, construyéndose unas tablas de duraciones tipificadas de acuerdo con variables de tipo de enfermedad, ocupación laboral y edad de los trabajadores.

El Instituto Nacional de la Seguridad Social asumió la tarea de editar en 2003, revisándose la edición en 2009, 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. Los tiempos estándar constituyen 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, 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. Por este motivo, se ha procedido 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 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.



3. Por cuanto antecede, en el apartado 3 de este artículo el proyecto contempla un nuevo sistema de partes médicos, basado en cuatro grupos de procesos de IT derivada de cualquier contingencia, atendiendo a su duración y que implican una considerable simplificación para la gestión de esta prestación.

La incapacidad temporal es una prescripción facultativa en la que el médico de atención primaria determinará el reposo que debe guardar el trabajador en función de su patología, edad y actividad profesional, sustituyendo la vigente obligatoriedad de los partes de confirmación semanales, por los partes de confirmación que considere necesario emitir el médico de atención primaria estableciendo un límite máximo de días en cada uno de los tres grupos en los que está previsto emitir parte de confirmación (un máximo de 14 días, 28 días o 35 días).

La incapacidad temporal tendrá una duración diferente en función de la patología, edad y ocupación del trabajador. De esta forma una misma patología puede dar lugar a una duración diferente del proceso de incapacidad temporal en trabajadores que tengan distinta edad y realicen diferentes actividades profesionales. En todo caso, esta duración vendrá determinada por el médico asistencial del trabajador.

El parte de baja y de alta podrá expedirse en el mismo acto médico, siempre que el facultativo entienda que la situación de incapacidad temporal va a ser inferior a 5 días, y siempre que se garantice al trabajador que puede acudir a la consulta del médico de atención primaria el día que se haya fijado como fecha de alta, si el trabajador no se encontrase en condiciones de reiniciar su actividad laboral.

En cierto modo, se pasa de un sistema estandarizado con periodicidad reglada, a otro también reglado pero más flexible y más ajustado a cada patología y a cada trabajador.



- a) El primero de ellos se refiere a los procesos de duración inferior a 5 días naturales, en los cuales el médico del SPS podrá emitir el parte de baja y el parte de alta en el mismo acto médico. Esta actuación constituye una importante novedad en relación con la situación actual, en la cual se emite de entrada un parte de baja y al cuarto día el primer parte de confirmación, lo que genera habitualmente dos visitas al médico por parte del trabajador. Nada impide, por otra parte, que en estos procesos de duración breve el trabajador solicite su reconocimiento médico y el médico emita el parte de confirmación de baja.
- b) El segundo grupo comprende los procesos de entre 5 y 30 días naturales de duración. En este caso, en el parte de baja inicial se hace constar la fecha de la próxima revisión médica, que no podrá diferirse en más de 7 días naturales desde la baja inicial. En esa revisión, o bien el médico acuerda el alta, o bien emite el primer parte de confirmación de la baja y, a partir de este, los sucesivos partes de confirmación, si son necesarios, no podrán superar una diferencia de más de 14 días naturales entre sí. En consecuencia, el segundo parte de confirmación se emitiría, como máximo, a los 21 días contados desde la baja inicial.
- c) El tercero comprende los procesos de entre 31 y 60 días naturales de duración. En este caso, en el parte de baja inicial se hace constar la fecha de la próxima revisión médica, que no podrá diferirse en más de 7 días naturales desde la baja inicial. En esa revisión, o bien el médico acuerda el alta, o bien emite el primer parte de confirmación de la baja y, a partir de este, los sucesivos partes de confirmación, si son necesarios, no podrán superar una diferencia de más de 28 días naturales entre sí. En este supuesto, el segundo parte de confirmación se emitiría, como máximo, a los 35 días contados desde la baja inicial.



d) Finalmente, el cuarto grupo comprende los procesos de 61 o más días naturales de duración. En este caso, en el parte de baja inicial se hace constar la fecha de la próxima revisión médica, que no podrá diferirse en más de 14 días naturales desde la baja inicial. En esa revisión, o bien el médico acuerda el alta, o bien emite el primer parte de confirmación de la baja y, a partir de este, los sucesivos partes de confirmación, si son necesarios, no podrán superar una diferencia de más de 35 días naturales entre sí. El segundo parte de confirmación se emitiría, como máximo, a los 49 días contados desde la baja inicial.

Se trata de unos plazos máximos, ya que siempre están condicionados a que el médico del SPS pueda expedir el parte de alta en el momento en que considere que el trabajador ha recuperado su capacidad laboral.

4. El INSS, como entidad receptora de los partes, es responsable de transmitir al Instituto Social de la Marina y a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil al de su recepción los partes de baja y de confirmación de baja relativos a los trabajadores respecto de los que gestionen la incapacidad temporal cada una de ellas.

Por otro lado, este apartado reproduce, en cuanto a los partes médicos, los mismos términos del apartado 7 del artículo 1 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, añadiendo que en el parte médico debe figurar el código identificativo del Centro de Salud emisor del mismo.



### **Artículo 3. Normas especiales para las declaraciones médicas de baja y confirmación de baja en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales.**

En este artículo se abordan cuestiones específicas de los procesos de incapacidad temporal que tienen su causa en un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.

1. En el apartado 1 se establece que el Servicio Público de Salud, el Instituto Social de la Marina o las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, que hayan emitido el parte de baja, podrán instar, motivadamente, ante el INSS la revisión de la consideración inicial de la contingencia, mediante el procedimiento regulado en el nuevo artículo 6 del Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, cuya redacción se lleva a cabo en la disposición final cuarta, cuatro, del presente proyecto.

Debe tenerse en cuenta que la competencia del ISM para emitir partes de baja en todo el territorio nacional solo se mantiene en los territorios donde no se ha traspasado la competencia en materia de asistencia sanitaria a la respectiva Comunidad Autónoma, pero no en el resto, donde la competencia recae en el Servicio Público de Salud.

Sin embargo, aunque el ISM no tenga competencia para emitir el parte de baja en determinadas Comunidades Autónomas, sí puede instar al INSS, como entidad gestora de la prestación, la revisión de la calificación de la contingencia según el procedimiento previsto en el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio.

2. Se contempla el supuesto en el que la Mutua, previo reconocimiento del trabajador y tras las pruebas correspondientes, llega a la conclusión de que el presumible proceso por contingencia profesional, en realidad lo es por



contingencia común. En tal caso, se prevé que el beneficiario pueda manifestar su discrepancia, acerca de la consideración otorgada a la contingencia causante, ante el INSS, por ser la Entidad gestora con competencia para determinar la contingencia causante, mediante el procedimiento establecido en el artículo 6 del 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 incapacidad temporal. Este artículo 6 ha sido incorporado por la disposición final cuarta, cuatro, de este proyecto.

También, el facultativo que emita el parte de baja podrá formular su discrepancia frente a la consideración de la contingencia que otorgó la Mutua, en los términos establecidos en el artículo 6 mencionado, sin perjuicio de que el parte médico produzca plenos efectos.

#### **Artículo 4. Informes complementarios**

1. Procede del apartado 3 del artículo 1 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, en lo que se refiere a la elaboración del informe médico complementario que ha de acompañar al parte de confirmación de la baja, y su contenido. No obstante, se han homologado los plazos de los informes complementarios, con independencia de que el proceso de incapacidad temporal derive de contingencia común o profesional.

Se ha modificado el módulo temporal para su elaboración, estableciéndose la obligación de acompañar el informe junto con el segundo parte de confirmación de la baja, para los procesos derivados tanto de contingencias comunes como profesionales con duración superior a 30 días naturales.

Los informes médicos complementarios se actualizarán con cada dos partes de confirmación de baja. De acuerdo con este planteamiento, en un proceso por contingencias comunes o profesionales de una duración entre 31 y 60



días, con el segundo parte de confirmación se emitirá el informe complementario a los 35 días de la baja. Por su parte, en procesos de 61 días o más, con el segundo parte de confirmación se emitirá el informe complementario a los 49 días de la baja y se actualizaría dicho informe cada dos partes.

Hasta ahora, el primer informe complementario, en procesos de contingencias comunes, se adjuntaba al cuarto parte de confirmación y los siguientes se emitían con una periodicidad de cuatro semanas.

2. Se determina la emisión de los informes de control trimestrales, conforme a lo dispuesto en el artículo 1.5 del Real Decreto 575/1997, si bien se extienden a los procesos derivados tanto de contingencias comunes como profesionales. Hasta ahora, dichos informes debía expedirlos la Inspección Médica del Servicio Público de Salud, sin embargo, el real decreto extiende también a los médicos de atención primaria la competencia para emitirlos.
3. Se contemplan los informes médicos como una parte del proceso de incapacidad temporal. Por tal motivo, podrán acceder a ellos los inspectores médicos del Servicio Público de Salud y de las Entidades gestoras, así como los facultativos de las Mutuas.

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.



## **Artículo 5. Declaraciones médicas de alta en procesos derivados de contingencias comunes y de contingencias profesionales.**

1. Regula la expedición de los partes de alta médica por contingencia común. Se trae del apartado 4 del artículo 1 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, aunque con aspectos novedosos en su contenido por modificaciones legales posteriores.

En primer lugar, se mantiene la expedición del parte de alta por el correspondiente facultativo del Servicio Público de Salud, y se matiza que, además, de la causa del alta médica, debe recogerse en el parte el código de diagnóstico definitivo y la fecha de la baja inicial.

Por otra parte, -y aquí es donde ha cambiado el ámbito de competencias atribuidas a los distintos órganos que intervienen en la determinación y el control de las situaciones de incapacidad temporal frente a la redacción anterior-, se incorpora al real decreto la posibilidad de que los partes de alta sean extendidos también por el inspector médico del Servicio Público de Salud, por el inspector médico del INSS o, en su caso, del ISM.

Ello es consecuencia de la regulación prevista en la disposición adicional quincuagésima segunda de la LGSS (Competencias sobre los procesos de incapacidad temporal), añadida por la disposición adicional decimonovena, cinco, de la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. Esta disposición determina que, hasta el cumplimiento de la duración máxima de trescientos sesenta y cinco 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, ejercerán las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, para emitir un alta médica a todos los efectos.



Ya se había eliminado así la exigencia del Real Decreto 575/1997 de que, para expedir los partes de alta médica por el facultativo adscrito al INSS, se debiera comunicar tal intención a la Inspección Médica u órgano similar del Servicio de Salud correspondiente, con el fin de que dichos órganos pudieran manifestar su disconformidad.

Por último, tal y como ya estaba establecido, se recogen los efectos del alta médica, que conlleva la extinción del proceso de incapacidad temporal del trabajador y la reincorporación del trabajador a su puesto de trabajo, sin perjuicio de que el Servicio Público de Salud siga prestando la asistencia sanitaria que estime conveniente. Los partes de alta se comunicarán a las Mutuas en la forma establecida en el artículo 2.4, para que a su vez estas comuniquen a la empresa la extinción del derecho al subsidio, su causa y la fecha de efectos.

2. Se corresponde, aunque no literalmente, con el apartado 6 del artículo 1 del Real Decreto 575/1997, pues se incluyen en este apartado los supuestos de partes médicos de alta expedidos por el facultativo 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.
3. Como ya se ha señalado, el artículo 128.1.a) de la LGSS establece que, una vez agotado el plazo de trescientos sesenta y cinco 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 por el INSS.

De acuerdo con esta disposición, y con el fin de dar continuidad a los procesos de incapacidad temporal ya iniciados, el real decreto establece que, una vez agotado el plazo citado, el médico del Servicio Público de Salud



o el servicio médico de la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, -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, de ISM-, “dejarán de emitir partes de confirmación”, si bien el SPS deberá comunicar al INSS el agotamiento de los 365 días del proceso de incapacidad temporal

**Artículo 6. Propuestas de alta médica formuladas por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, en los procesos derivados de contingencias comunes.**

El artículo único del Real Decreto 1117/1998 incorporó un nuevo artículo 6.bis al Real Decreto 575/1997 en los términos de posibilitar que, ante una propuesta de alta formulada por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales al Servicio Público de Salud, cuando esta no fuese resuelta en los plazos señalados, pudiera reiterarse dicha propuesta de alta ante el Servicio Público de Salud o bien plantear la iniciativa de alta médica ante los Servicios Médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social.

Asimismo, dicho Real Decreto 1117/1998 estableció que los partes de alta médica podrían también ser extendidos por el facultativo adscrito al Instituto Nacional de la Seguridad Social. Para ello, dicho facultativo, tras el reconocimiento del trabajador debía comunicar a la Inspección Médica u órgano similar del Servicio de Salud correspondiente, su intención de extender el parte de alta médica, a fin de que dichos órganos pudieran en el plazo de tres días hábiles, manifestar su disconformidad.

Posteriormente, la disposición adicional quincuagésima segunda de la Ley General de la Seguridad Social ha establecido que, hasta el cumplimiento de la duración máxima de trescientos sesenta y cinco días de los procesos de incapacidad temporal del Sistema de la Seguridad Social, el Instituto Nacional de la Seguridad Social, y en su caso, el Instituto Social de la Marina, a través de



los Inspectores Médicos adscritos a dichas entidades, ejercerán las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de la Seguridad Social u órgano equivalente del respectivo Servicio Público de Salud, para emitir un alta médica a todos los efectos. Y, cuando el alta haya sido expedida por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o el Instituto Social de la Marina, estos 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 ciento ochenta días siguientes a la citada alta médica por la misma o similar patología.

Este artículo del proyecto viene a regular de nuevo las propuestas de alta médica formuladas por las MATEPSS en los procesos de IT derivados de contingencias comunes, una vez que tanto las iniciativas como las intenciones de alta han devenido en procedimientos ya superados.

Los apartados 1 y 2 se corresponden casi literalmente con lo dispuesto en el artículo 5 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, si bien ahora referidos únicamente a las propuestas de los servicios médicos de las MATEPSS y con modificación de los plazos establecidos para los facultativos y Unidades de inspección del SPS.

En el apartado 3 se recoge que si la propuesta de alta formulada por una mutua no fuese resuelta en plazo, 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 quincuagésima segunda de la Ley General de la Seguridad Social. En estos supuestos, la Entidad gestora resolverá en el plazo de los 8 días siguientes.



**Artículo 7. Tramitación de los partes médicos y expedición de altas médicas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina.**

1. Procede en parte de lo dispuesto en el apartado 2 del artículo 2 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, con un matiz ya reiterado en el proyecto, 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 referencia a las Mutuas).

Se incide en la inmediatez de la remisión de los partes médicos por el Servicio Público de Salud, al establecerse el envío al INSS, por vía telemática, con carácter inmediato y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente a su expedición. Se mantiene la entrega de dos copias del parte médico de baja, confirmación y alta al trabajador y la obligación de presentar en la empresa, en el plazo de tres días, la copia destinada a ella del parte de baja y de confirmación.

2. En este apartado se incorporan los preceptos de 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. Esta norma se deroga con el presente real decreto, pero su contenido queda reflejado en este apartado y a lo largo del proyecto, 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 quien, a su vez, dará tramitación a los destinados a él y procederá a distribuir y reenviar el resto al ISM y a las Mutuas, según corresponda (artículo 2 de la Orden).



Se añade, asimismo, que el INSS facilitará a la Tesorería General de la Seguridad Social siempre que lo precise, los datos de los trabajadores que se encuentran en situación de incapacidad temporal con derecho a prestación económica durante cada período de liquidación de cuotas, con el fin 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, descontándolas de las liquidaciones que han de efectuar para el ingreso de las cuotas de la Seguridad Social.

Esta comunicación entre entidades será necesaria, en todo caso, para que la TGSS, pueda autorizar las citadas compensaciones cuando la cotización se efectúe a través del sistema RED.

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

3. Se refiere al trámite que debe dar el INSS a los partes recibidos y, para el reenvío de los mismos al ISM y a las Mutuas, se establece el mismo plazo que el indicado en el artículo 2.4.
4. Se mantiene la misma redacción del primer párrafo del apartado 4 del artículo 2 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, en relación con las consecuencias del incumplimiento por parte del empresario de la obligación de remitir al INSS, a través del sistema RED, los datos de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta que les presenten los trabajadores.



Únicamente se ha actualizado la referencia a la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social y se ha eliminado la referencia a las Mutuas, como destinatarias de los partes médicos, ya que, como se ha señalado anteriormente, ahora es el INSS el que centraliza toda la información relativa a los procesos de IT.

5. Establece las consecuencias de la no remisión de los partes médicos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, lo que podrá 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.

Tiene su fundamento este apartado en la nueva redacción del artículo 77.2 de la LGSS, dada por la disposición final dos de la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014.

6. Tal y como indica la disposición adicional quincuagésima segunda de la LGSS, hasta el cumplimiento de la duración máxima de trescientos sesenta y cinco 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.

Cuando se ejerza tal competencia y dichos Inspectores Médicos expidan el parte médico de alta, el real decreto determina que una copia del parte deberá remitirse al correspondiente Servicio Público de Salud y otra a la Mutua, en su caso. Además, se entregará su copia al propio trabajador para que se incorpore a su trabajo el día siguiente al de la expedición. Se establece así 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.



7. Reproduce literalmente lo dispuesto en el primer párrafo de la disposición adicional quincuagésima segunda, y en el artículo 128.1.a), de la LGSS, que atribuyen a la entidad gestora correspondiente la competencia, en exclusiva, para 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.

#### **Artículo 8. Seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal.**

1. Se refiere, en términos generales, a las facultades de control y seguimiento de la incapacidad temporal por parte del INSS, ISM y Mutuas, a través de su personal administrativo o médico, en tanto que Entidades responsables de la prestación económica. Por tanto, el real decreto les atribuye competencias genéricas para poder realizar todo tipo de actividades encaminadas a comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originaron el derecho al subsidio, desde que se expidió el parte de baja, sin que ello afecte a las competencias del SPS en materia estrictamente sanitaria.

Se mantiene la redacción del artículo 4 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, 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 objeto de cobertura 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 concepto se modifica en el real decreto; ahora, se establece como referente 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.



El segundo párrafo de este apartado se corresponde con el apartado 2 del artículo 4 del Real Decreto 575/1997; se 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. Determina que los actos de comprobación de la incapacidad que realicen los médicos del Servicio Público de Salud, los inspectores médicos del INSS o, en su caso, del ISM, o los servicios médicos de las Mutuas, deberán fundamentarse en los datos del parte médico de baja y en los de confirmación de la baja, así como en los que se deriven de posteriores reconocimientos e informes médicos.

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

Mediante el tercer párrafo, se facilita el acceso a los datos relativos a las situaciones de incapacidad temporal, que sean necesarios para poder ejercer sus funciones de control interno, a aquellos órganos que deben conocer los mismos en el ejercicio de sus funciones, tal como se desprende del artículo 13.1 del Real Decreto 706/1997, de 16 de mayo, por el que se desarrolla el régimen de control interno ejercido por la Intervención General de la Seguridad Social, y del artículo 145.2 y 3 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria. Este acceso a los datos derivados de las actuaciones médicas está justificado por el hecho de que los datos e informes a que se refiere forman parte de un expediente de contenido económico y, en consecuencia, debe ser susceptible de comprobación por la Intervención en su totalidad.

Además, los inspectores médicos del INSS o, en su caso, del ISM, en el ejercicio de sus competencias, tendrán acceso, por vía telemática, a la documentación clínica tanto de atención primaria como de atención



especializada, de los trabajadores del Sistema de la Seguridad Social. De esta manera, se incide en un control más directo de la prestación. 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).

2. 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 en las ocupaciones laborales, con la finalidad de facilitar y respaldar técnicamente sus actuaciones (expedición del parte de baja, aclaración de si el proceso es recaída de uno anterior,...).
3. Recoge el carácter confidencial de los datos derivados de las actuaciones médicas, pudiendo cifrarse mediante claves codificadas para garantizar el derecho a la intimidad de los trabajadores afectados, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Se incluye la finalidad de utilización de los datos derivados de las actuaciones médicas, tal y como se contiene actualmente en el artículo 3.3 del Real Decreto 575/1997.

### **Artículo 9. Requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico.**

Los tres primeros apartados reproducen casi literalmente el artículo 6 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril.



1. Se regula la facultad que asiste a la Entidad gestora (INSS o ISM) para disponer que los trabajadores que se encuentren en situación de incapacidad temporal sean reconocidos por sus inspectores médicos.

En idénticos términos, se prevé para las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, en relación con los trabajadores incluidos en su ámbito de colaboración, que perciben la prestación económica derivada de contingencias comunes.

2. Destaca el derecho a la intimidad y a la dignidad de los trabajadores en el que se enmarcan los citados reconocimientos médicos, garantizando, en todo caso, la confidencialidad de la información sobre su estado sanitario, de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
3. Establece las consecuencias de la negativa, por parte de los trabajadores, a someterse a los reconocimientos médicos para los que sean requeridos. Tal circunstancia determinará la expedición del alta médica a todos los efectos por parte de la Entidad gestora correspondiente, lo que conlleva la extinción del proceso de incapacidad temporal del trabajador, sin perjuicio de que el Servicio Público de Salud siga prestando al trabajador la asistencia sanitaria que considere conveniente.
4. En este apartado se prevé una incomparecencia ante un llamamiento a reconocimiento médico originado por los controles habituales que lleva a cabo periódicamente la Entidad gestora en los procesos de incapacidad temporal.

Al respecto se determina que, en caso de incomparecencia, el Director provincial dicte una resolución suspendiendo cautelarmente el abono del subsidio hasta tanto se compruebe la causa de la no comparecencia.



De acuerdo con el artículo 131 bis, la incomparecencia injustificada a cualquiera de las convocatorias para los exámenes y reconocimientos establecidos por los médicos adscritos al INSS, da lugar a la extinción del derecho al subsidio.

Sin embargo, el supuesto que se regula en este apartado 4 no llega al extremo de la extinción del subsidio, porque antes debe averiguarse la causa de la incomparecencia. De ahí que, como paso intermedio, se establezca la posibilidad de la suspensión cautelar, que ya ha sido regulada mediante la adición de un nuevo apartado 3 en el artículo 132 de la LGSS, según la redacción dada por la disposición final cuatro de la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014, que establece lo siguiente:

*“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”.*

Por tanto, este apartado 4 del artículo 9 viene a dar cumplimiento al referido mandato legal.

En el segundo párrafo de este apartado 4 se fijan determinados criterios para poder interpretar qué debe entenderse por “incomparecencia justificada” y, a tal efecto, se indican entre ellos la aportación de informe emitido por el médico del SPS, un plazo previo para la cita inferior a 5 días o la justificación por parte del beneficiario de la imposibilidad de su asistencia por cualquier otra circunstancia.



En los casos en que se justifique la incomparecencia, se dejará sin efecto el acuerdo de suspensión del subsidio y se efectuará el pago directo de las prestaciones devengadas durante el periodo de suspensión por la Entidad gestora o colaboradora que corresponda en cada caso, en el plazo de quince días siguientes a la fecha en que se alce la suspensión.

### **Artículo 10. Cooperación y coordinación.**

1. La redacción del apartado 1 se corresponde parcialmente con la del artículo 8 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril.

Contempla la cooperación y coordinación en la gestión de la incapacidad temporal entre las distintas Entidades y Organismos que intervienen en el proceso, estableciendo la suscripción de acuerdos y convenios con el fin de hacer más eficaz su seguimiento y control.

Incluye, como novedad, que la prestación de consentimiento de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social a los Acuerdos y Convenios que firmen requerirá la autorización previa de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.

2. Se prevé la creación de una Comisión entre el INSS y las MATEPSS, para coordinar las actuaciones, según las competencias de cada Entidad.



## **Artículo 11. Procedimientos de revisión en los procesos de incapacidad temporal.**

1. En este apartado, el proyecto de real decreto conecta con el artículo 4 (apartados 1, 2 y 12) del 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. Se amplía el plazo establecido en el referido artículo 4, pasando de 4 a 10 días, porque el primero es insuficiente. A este efecto, se modifican también, mediante la disposición final cuatro, uno y tres, respectivamente, el apartado 2 y el segundo párrafo del apartado 5 del artículo 4 del Real Decreto 1420/2009, de 11 de septiembre.

Dicho artículo 4 establece el procedimiento administrativo de revisión de las altas médicas expedidas en los procesos de incapacidad temporal por las Mutuas o empresas colaboradoras, antes del cumplimiento de los 365 días de duración de aquella.

Además, las resoluciones que se dicten en los procedimientos administrativos de revisión tendrán la consideración de resolución de reclamación previa y podrán ser recurridas ante el Orden Social de la Jurisdicción, con arreglo a lo establecido en la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social.

2. Además de la vía indicada en el apartado anterior, por la que el interesado puede instar la revisión del alta médica mediante el procedimiento establecido en el artículo 1 del Real Decreto 1430/2009, cabe también la posibilidad de plantear –frente a las altas médicas- una reclamación previa a los efectos previstos en la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social, ya que, conforme al artículo 71 de esta Ley, en los procedimientos de impugnación de altas médicas anteriores a los 365 días



de incapacidad temporal, deberá presentarse reclamación previa en un plazo máximo de 11 días desde la notificación de la resolución. Este apartado se limita a recoger tal posibilidad.

Finalmente, se impide el supuesto de ejercicio de acciones múltiples fundadas en la misma causa, por razones de seguridad jurídica.

**Disposición adicional primera. Remisión de los datos por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.**

Establece la obligación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social de remitir a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social los datos e información que se les solicite al objeto de conocer el desarrollo de las actuaciones y evaluar su eficacia.

Esta medida se enmarca en la recomendación 10 de la Comisión del Pacto de Toledo, en virtud de la cual deben potenciarse los mecanismos de colaboración y las posibilidades de control, en relación con los diferentes procesos de incapacidad.

**Disposición adicional segunda. Facultativos o inspectores médicos del Instituto Social de la Marina.**

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 serán 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 los territorios de Ceuta y Melilla.

Del mismo modo y, por la misma causa, los inspectores médicos del Instituto Social de la Marina en estos territorios ejercen una doble función: 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 esta disposición adicional segunda.

### **Disposición adicional tercera. Acceso a la documentación clínica por parte de los médicos del Instituto Social de la Marina.**

Esta disposición adicional atiende a las necesidades surgidas en el ejercicio de otra competencia específica del ISM, cual es la de los reconocimientos médicos de embarque marítimo.

El Proyecto de real decreto enunciado se justifica, según se recoge en el preámbulo del mismo, entre otras cuestiones, en la necesidad de adaptación a las nuevas tecnologías que permiten tanto el intercambio de datos médicos para el control de la incapacidad temporal como el acceso por vía telemática de los Inspectores Médicos adscritos a las Entidades gestoras de la Seguridad Social a la documentación clínica que poseen los distintos Servicios Públicos de salud de los trabajadores del sistema de la Seguridad Social y en la actualización de la normativa reguladora de la incapacidad temporal en base a las importantes reformas que se han producido en los últimos años.

La importancia del intercambio de datos médicos entre las diferentes administraciones, Servicios Públicos de Salud y Entidades Gestoras de la Seguridad Social, viene siendo recogida en numerosa legislación del sector.

En este sentido el Real Decreto 1696/2007, de 14 de diciembre, por el que se regulan los reconocimientos médicos de embarque marítimo (RMEM), en el que se establece que dichos reconocimientos serán realizados por los facultativos adscritos al Servicio de Sanidad Marítima del ISM, contempla la colaboración de este personal en la notificación de enfermedades de



declaración obligatoria a las autoridades competentes de la red nacional de vigilancia epidemiológica, así como en la comunicación de sospechas de padecimiento de enfermedades profesionales en los términos previstos en el artículo 5 del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de Seguridad Social.

Igualmente y teniendo en cuenta que el traspaso a las CC.AA. de las competencias que en materia de asistencia sanitaria venía prestando el ISM ha determinado la desaparición paulatina de la figura del inspector médico de este organismo en la composición de los equipos de valoración de incapacidades establecida en el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio, por el que se desarrolla en materia de incapacidades laborales del sistema de Seguridad Social, la Ley 42/1994, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y de orden social, el mencionado Real Decreto 1696/2007, incorpora en su disposición adicional primera, un procedimiento de coordinación entre los componentes de los equipos de valoración de incapacidades y los facultativos del ISM en los procesos de valoración y revisión de incapacidad permanente de los trabajadores del mar.

El objetivo de los RMEM es garantizar que las condiciones psicofísicas de los solicitantes sean compatibles con las características del puesto de trabajo y no supongan peligro para la salud y seguridad del individuo ni del resto de tripulación, o puedan incluso poner en riesgo la navegación marítima, y su práctica constituye una actividad dentro del ámbito preventivo de los riesgos laborales en cumplimiento de lo establecido en el artículo 22 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales y sus normas de desarrollo.

La realización de estos RMEM incluye la anamnesis y una serie de exploraciones y pruebas clínicas complementarias especificadas en el anexo I del mencionado Real Decreto 1696/2007, así como las exploraciones e



informes de los especialistas que precise el médico reconocedor para evaluar el grado de aptitud del solicitante. Los datos de cada RMEM se incluyen en una historia clínico laboral cuyo acceso está restringido al personal adscrito a los centros de sanidad marítima, el centro radio médico español y los buques sanitarios del ISM, y todas las actuaciones con las mismas se realizan de conformidad con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal y 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.

Teniendo en cuenta lo anterior se han realizado gestiones desde las Direcciones Provinciales del ISM ante las CC.AA. para que se posibilite el acceso desde los centros de sanidad marítima a las bases de datos clínicos de los correspondientes servicios públicos de salud, pues la información contenida en dichas bases de datos puede servir de ayuda importante en la labor que realizan los médicos del ISM, gestiones que han tenido una desigual respuesta desde los entes autonómicos.

Los artículos 4.3 y 8.2 del proyecto de Real decreto precisamente abordan la cuestión del acceso a la documentación clínica de atención primaria y especializada, al disponer que tendrán acceso a la misma los inspectores médicos del propio Servicio Público de Salud y los adscritos al INSS o, en su caso, al ISM.

#### **Disposición transitoria primera. Partes médicos de incapacidad temporal.**

El apartado 4 del artículo 2 del real decreto prevé la elaboración de nuevos modelos de partes médicos de incapacidad temporal, que permitan una gestión informatizada que ahorre trámites burocráticos. No obstante, y en tanto se produzca su aprobación, esta disposición mantiene transitoriamente la validez de los modelos vigentes en la actualidad.



Asimismo, y mientras no se implante la remisión a las empresas, por vía telemática, a través del sistema RED, de las resoluciones dictadas por los directores provinciales de las Entidades gestoras, se establece la posibilidad de adelantar su contenido por correo electrónico, sin perjuicio de una comunicación posterior por otro soporte.

### **Disposición transitoria segunda. Adaptación a las Mutuas de los sistemas informáticos.**

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 el Instituto Social de la Marina.

### **Disposición derogatoria única. Disposiciones que se derogan.**

Además de la cláusula de derogación genérica, se derogan expresamente las siguientes normas:

- El Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal. (Sin perjuicio de lo establecido en la disposición transitoria primera).
- La Orden de 19 de junio de 1997, por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal.
- La Orden TASS/399/2004, de 12 de febrero, sobre presentación en soporte informático de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta correspondientes a procesos de Incapacidad Temporal.



**Disposición final primera. Modificación 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.**

Se modifica el título del artículo 16 (Documentación y Libros de Reclamaciones) y se añade un apartado 2 al mismo, de modo que los beneficiarios podrán formular reclamaciones ante el órgano de dirección y tutela de las Mutuas, si observan deficiencias de la gestión llevada a cabo por las entidades.

También, las Mutuas dispondrán en todos sus Centros, con independencia de los servicios que alberguen, de los libros de reclamaciones que serán de conocimiento público y estarán a disposición de los interesados.

Se prevé también que los interesados puedan formular sus quejas a la Dirección General citada, mediante internet, 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.

**Disposición final segunda. Modificación del Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, de estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social y de modificación parcial de las correspondientes a la Tesorería General de la Seguridad Social.**

Se propone una nueva redacción al párrafo primero del artículo 15.3 del Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre que establece actualmente: “Para el reconocimiento del derecho a las prestaciones económicas de la Seguridad Social, en la gestión atribuida a Instituto Nacional de la Seguridad Social, serán competentes, con carácter general, los directores provinciales de las provincias en que se presente la correspondiente solicitud”, por la siguiente redacción:

“Para el reconocimiento del derecho a las prestaciones económicas de la Seguridad Social, y *el reconocimiento de la condición de asegurado y*



*beneficiario de la prestación de asistencia sanitaria*, en la gestión atribuida a Instituto Nacional de la Seguridad Social, serán competentes, con carácter general, los directores provinciales de las provincias en que se presente la correspondiente solicitud”.

Se trata de una mejora técnica del Real Decreto 2583/1996, que debe conectarse con la modificación introducida en la disposición final tercera respecto del artículo 6.1. del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto.

**Disposición final tercera. Modificación del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural.**

Mediante esta disposición final se llevan a cabo cinco modificaciones en el Real Decreto 295/2009:

a) La primera de ellas añade dos nuevos párrafos al apartado 8 del artículo 3 del referido Real decreto. Esta modificación viene motivada por la necesidad de 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.

La redacción se corresponde en gran medida con lo dispuesto en el apartado 3 de la disposición adicional 39ª de la LGSS respecto de las pensiones. Se trata de subsidios sustitutivos del salario de un trabajador que deben tener la mayor inmediatez posible y, por tanto, aun cuando a la Entidad gestora no le conste el ingreso de las últimas cotizaciones anteriores al hecho causante, no debe existir impedimento para establecer la presunción de su ingreso y resolver la



prestación, sin perjuicio de que aquella lleve a cabo las inevitables comprobaciones con posterioridad.

b) La segunda de las modificaciones da nueva redacción al apartado 1 del artículo 13 del mismo real decreto y tiene por objeto evitar la expedición del informe de maternidad, simplificando la gestión, de modo que se elimina la necesidad de emitir dicho informe en la gran mayoría de los supuestos, reservándolo solamente para situaciones excepcionales (inicio del descanso antes del parto o fallecimiento del hijo). A este respecto, conviene recordar que la Entidad gestora tendrá conocimiento inmediato, a través del Registro Civil, de los nacimientos habidos, lo que da apoyo a la eliminación del informe.

c) La tercera de las modificaciones, por la que se suprime el párrafo c) del apartado 2.1º del artículo 14 del Real Decreto 295/2009, se refiere a la supresión del certificado de cotizaciones o, en su caso, a la acreditación de los últimos recibos de abono de cuotas. Esta supresión documental debe conectarse con lo indicado en relación con la modificación operada en el apartado 8 del artículo 3, es decir, si se presumen abonadas las cuotas del mes del hecho causante y los dos meses previos, es evidente que no es necesario exigir al interesado que acredite documentalmente tal circunstancia. De ahí, la eliminación del párrafo indicado.

d) La inclusión que se realiza de los dos nuevos párrafos tercero y cuarto al apartado 8 del artículo 3, relativo a los beneficiarios del subsidio de maternidad, afecta solamente a los beneficiarios de este subsidio. Por razones de coherencia, también deben modificarse los artículos que regulan la misma materia respecto de los subsidios por paternidad y de riesgo durante el embarazo de trabajadoras por cuenta propia.

En consecuencia, se añaden también sendos párrafos a los artículos 23.6 (subsidio por paternidad) y 41.2 (subsidio por riesgo durante el embarazo de trabajadoras por cuenta propia) del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo. No



es preciso modificar artículo alguno respecto del subsidio por riesgo durante la lactancia natural, en virtud de la remisión contenida en el artículo 50 al capítulo IV del mencionado real decreto.

**Disposición final cuarta. Modificación del 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.**

**Uno.** En el apartado uno se lleva a cabo la modificación del artículo 4.2. del referido Real Decreto 1430/2009, con la finalidad de ampliar de 4 a 10 días hábiles el plazo de que dispone el interesado para instar la revisión del alta médica emitida por la entidad colaboradora, toda vez que la práctica administrativa ha venido demostrando la insuficiencia del plazo anterior.

**Dos.** En el apartado dos se da nueva redacción al apartado 4 del mismo artículo 4, también para ampliar el plazo de dos a cuatro días hábiles, de que dispone la Mutua para aportar los antecedentes relacionados con el proceso de incapacidad temporal.

**Tres.** Iguales razones de ampliación del plazo han motivado, en el apartado tres, la nueva redacción del segundo párrafo del apartado 5 del reiterado artículo 4, ampliando de 4 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.

**Cuatro.** Se añade un nuevo artículo 6 al Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, al objeto de regular el procedimiento administrativo de determinación de la contingencia de la que derivan los procesos de incapacidad temporal.

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. Sin



embargo, esta facultad de los EVI está orientada a una calificación de incapacidad permanente.

Por otra parte, los procedimientos previstos en el Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, tienen como finalidad, por una parte, que el interesado manifieste la disconformidad con el alta médica emitida por las entidades gestoras (artículo 3) y, por otra, iniciar un procedimiento especial de revisión de las altas médicas expedidas en procesos de incapacidad temporal (artículo 4).

Por ello, se implanta este nuevo procedimiento para la determinación de la contingencia, en el que se establecen las distintas formas de iniciación, la tramitación a cargo del INSS, la fase de presentación de alegaciones por parte de las entidades o beneficiarios, el informe preceptivo del EVI y la resolución del Director Provincial en la que determinará, entre otros extremos, la contingencia de la que deriva el proceso de incapacidad temporal y el sujeto responsable de las prestaciones que se deducen del mismo.

**Cinco.** Se añade un nuevo artículo 7 al Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, 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 131 bis regula la prolongación de los efectos de la incapacidad temporal para aquellos casos en los que, tras permanecer 545 días en dicha situación y 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; esta podrá retrasarse por el período preciso, que en ningún caso podrá rebasar los 730 días siguientes a la fecha en que se haya iniciado la incapacidad temporal.



El real decreto establece que, a propuesta de los órganos competentes para evaluar, calificar y revisar la situación de incapacidad laboral, el Director provincial de la Entidad gestora correspondiente dicte resolución expresa demorando la calificación de la incapacidad permanente, en atención a la situación clínica del interesado y su capacidad para trabajar. Dicha demora de la calificación no podrá sobrepasar los setecientos treinta días naturales siguientes a la fecha en que se haya iniciado la incapacidad temporal. Respecto de los procesos correspondientes a trabajadores protegidos por las Mutuas, se dará previa audiencia a estas por un plazo máximo de siete días hábiles.

Conviene advertir que este artículo se refiere a la prolongación de los efectos de la incapacidad temporal, es decir, al periodo de incapacidad temporal comprendido entre el agotamiento de los 545 días de permanencia en dicha situación y el límite de los 730 días que marca la Ley.

El apartado 2 del artículo complementa, desde el punto de vista de la gestión, lo dispuesto en su apartado 1.

**Disposición final quinta. Modificación del Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, por el que se regula el establecimiento de un sistema de reducción de las cotizaciones por contingencias profesionales a las empresas que hayan contribuido especialmente a la disminución y prevención de la siniestralidad laboral.**

Se añade un nuevo párrafo segundo al apartado 2 del artículo 8, con la finalidad de salvar la actual laguna legal existente, que obliga a tramitar los supuestos de nulidad de los incentivos conforme al procedimiento ordinario de revisión de oficio, el cual, sin embargo es inoperante en este procedimiento ya que el sistema de reducción de cotizaciones regulado en el referido Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, afecta a todo el tejido empresarial español y, por tanto, sus revisiones afectan anualmente a un número muy elevado de empresas y por importes muy diferentes. En consecuencia, resulta necesario



prever el carácter revisable de oficio de las resoluciones favorables durante un plazo de cuatro años.

**Disposición final sexta. Modificación del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y recuperadores por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.**

Se da nueva redacción al artículo 10 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 la modificación de este artículo del Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, en concordancia con el tratamiento recogido en el artículo 10 del proyecto, de los acuerdos y convenios de cooperación y coordinación.

**Disposición final séptima. Modificación del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.**

La modificación del primer párrafo del apartado 1 del artículo 6 del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, viene ocasionada por las recientes innovaciones legislativas de la prestación de asistencia sanitaria que establecen, con carácter general, en relación al reconocimiento de este derecho, un modelo de gestión ágil, simplificado y prácticamente automatizado, por lo que parece contradictorio que, ante este contexto, la competencia territorial para el reconocimiento de este derecho se centrara solo en la dirección provincial del domicilio del solicitante, teniendo en cuenta también, además, que la herramienta informática de gestión (BADAS) de esta prestación permite realizar todos los trámites relacionados con la misma desde cualquier lugar del territorio nacional.



El vigente artículo 6.1 indica: *“En los supuestos no previstos en el artículo anterior, el reconocimiento de la condición de persona asegurada o beneficiaria requerirá la presentación de una solicitud de los interesados dirigida a la dirección provincial del Instituto de la Seguridad Social o, en su caso, del Instituto Social de la Marina, correspondiente a su domicilio”*. Esta redacción quedaría sustituida por la siguiente: *“En los supuestos no previstos en el artículo anterior, el reconocimiento de la condición de persona asegurada o beneficiaria requerirá la presentación de una solicitud de los interesados dirigida al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina”*. Se suprime, por tanto, la necesidad de que la solicitud se dirija necesariamente a la dirección provincial del domicilio correspondiente.

Por otra parte, de no llevarse a cabo esta modificación y a tenor de lo dispuesto en la redacción actual del párrafo primero del artículo 15.3, del Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre, la prestación de asistencia sanitaria quedaría como la única prestación cuya competencia territorial para su gestión y resolución se ciñera a una única dirección provincial, no apreciándose en el trámite de esta prestación ninguna causa que justifique la aplicación de las reglas especiales en la competencia territorial del reconocimiento del derecho contempladas en este artículo.

#### **Disposición final octava. Título competencial.**

Desde el punto de vista competencial, de acuerdo con el artículo 149.1.17<sup>a</sup> de la Constitución, el Estado tiene competencia exclusiva sobre “legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social”.

Conforme a la Guía Metodológica para la elaboración de la Memoria de Análisis de Impacto Normativo, aprobada en Consejo de Ministros el 11-12-2009, debe identificarse el título competencial prevalente, incluyendo la motivación de la



elección del mismo, siendo la regla general que solamente debe existir un único título prevalente aplicable a cada precepto del proyecto.

Por ello, se ha considerado conveniente la inclusión en el proyecto de esta disposición final relativa a la habilitación constitucional, haciendo referencia al artículo 149.1.17ª de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre la legislación básica y el régimen económico de la Seguridad Social. No obstante, se ha mantenido como título prevalente el “régimen económico” de la Seguridad Social, de acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Constitucional (STC 84/1982; STC 38/1983; STC 46/1985; STC 124/1989 y 195/1996).

#### **Disposición final novena. Facultades de aplicación y desarrollo.**

Las facultades para dictar las instrucciones necesarias para la ejecución y desarrollo del real decreto se atribuyen al Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

#### **Disposición final décima. Entrada en vigor.**

La entrada en vigor del real decreto se retrasa hasta el día 1º del segundo mes siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», con la finalidad de adaptar los procedimientos, el modelaje y el nuevo protocolo de temporalidad de los partes médicos a los planteamientos previstos en el real decreto.



## **B) DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN DEL PROYECTO**

Como se ha indicado anteriormente, el proponente del proyecto es el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, en virtud de las competencias atribuidas al mismo para dictar normas de aplicación y desarrollo de la Ley General de la Seguridad Social y es ponente el Instituto Nacional de la Seguridad Social, por mandato expreso de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social.

Durante la elaboración del proyecto se han llevado a cabo reuniones por parte de la Dirección General del Instituto Nacional de la Seguridad Social con las siguientes entidades y agentes sociales:

- 1.- Reuniones sucesivas con la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.
- 2.- Reuniones sucesivas con la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- 3.- Reuniones sucesivas con los agentes sociales sindicales y empresariales.

### **Proceso de negociación**

Tras esta primera etapa de negociación con los interlocutores sociales y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en la que quedaron de manifiesto sus alegaciones, se redactó un nuevo proyecto que recogía en gran parte un texto consensuado en términos generales.

No obstante, de nuevo se ha solicitado informe a los interlocutores sociales y en razón de la materia regulada, también se han recabado informes de los



órganos de la Administración de la Seguridad Social, (Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, Intervención General de la Seguridad Social, Tesorería General de la Seguridad Social, Instituto Social de la Marina, Servicio Jurídico de la Seguridad Social y Secretaría de Estado de Empleo).

Finalmente, también debe solicitarse informe a la Secretaría General Técnica del Ministerio de Empleo y Seguridad Social y ha de emitir dictamen el Consejo de Estado.

A continuación se analizan los informes recibidos hasta la fecha y se da cuenta de su incidencia en el proyecto. (Se refleja en letra cursiva la contestación del ponente a las observaciones formuladas en cada uno de los informes).

#### **a) Instituto Social de la Marina**

El ISM ha emitido informe fechado el 21 de octubre de 2013, en el que pone de manifiesto las siguientes observaciones:

- a) Por lo que respecta al contenido del Proyecto, subraya el ISM que es preciso realizar una observación general en cuanto a las competencias sanitarias que este Instituto sigue manteniendo 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 serán 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 los territorios de Ceuta y Melilla.

Del mismo modo, y por la misma causa, los inspectores médicos del Instituto Social de la Marina en estos territorios ejercen una doble función: una como inspectores médicos sustitutos 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.



Para recoger estas competencias, el ISM sugiere introducir una nueva disposición adicional en la que se recojan las particularidades del Instituto Social de la Marina, a cuyo efecto propone la redacción literal que debería contener la citada disposición.

*Se acepta esta sugerencia y se traslada al texto, como disposición adicional segunda, la redacción propuesta.*

- b) Por otra parte, afirma el ISM, que en el artículo 3 relativo a las declaraciones médicas de baja y confirmación de la baja en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales, en el apartado 1, tal y como está redactado se parte de la competencia del ISM para emitir partes de baja en todo el territorio nacional al no hacer distinciones. Esta competencia, como se ha expuesto, solo se mantiene en los territorios donde no se ha traspasado la competencia en materia de asistencia sanitaria a la respectiva Comunidad Autónoma, pero no en el resto, donde la competencia recae en el Servicio Público de Salud.

Sin embargo, el ISM, aunque no tenga competencia para emitir el parte de baja en determinadas Comunidades Autónomas, sí puede instar al INSS, como entidad gestora de la prestación, la revisión de la calificación de la contingencia según el procedimiento previsto en el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio. Con la finalidad de salvar esta posibilidad de instar la revisión de la calificación de la contingencia por parte del ISM en todos los supuestos (tenga o no competencia para emitir partes de baja, competencia que queda salvada con la disposición adicional segunda propuesta).

*Por ello, el ISM propone cambiar la redacción del párrafo e incluye una redacción alternativa, que se acepta en su integridad trasladándola al articulado.*



c) Aparte de las observaciones expuestas al contenido del Proyecto, se propone por parte del ISM la inclusión de una nueva disposición adicional para poder atender las necesidades surgidas en el ejercicio de otra competencia específica del ISM, cual es la de los reconocimientos médicos de embarque marítimo.

En base a los argumentos expuestos en el análisis de esta disposición adicional, el ISM propone que se añada al proyecto de Real Decreto una disposición adicional en los términos que expresamente indica.

*Se considera oportuna la observación y se traslada al texto, como disposición adicional tercera, la redacción propuesta por el ISM.*

## **b) Unión General de Trabajadores**

UGT realiza, en su informe del 22 de octubre de 2013, una serie de consideraciones generales que, a continuación, concreta en consideraciones particulares a determinados artículos.

En consecuencia, seguidamente se analizan conjuntamente las observaciones generales y particulares al articulado.

### Artículo 2.2. Párrafo tercero

UGT propone añadir un texto que especifique que, de las tablas sobre el grado de incidencia de procesos en las diversas actividades laborales se elaboren estudios con una periodicidad mínima semestral, que se pondrán a disposición de las Administraciones y los agentes sociales para su análisis en las consiguientes comisiones que se creen para ello, pues considera que este aspecto es importante ya que es un testigo interesante para detectar enfermedades profesionales o relacionadas con el trabajo.

*No se comparte esta observación, ya que se considera que no se debe recoger, a nivel de real decreto, el compromiso de realizar estudios de carácter*



*semestral. Otra cosa es que efectivamente se realicen y con la periodicidad que se estime necesaria, pero sin estar contemplados reglamentariamente.*

#### Artículo 2.4. Párrafo segundo

UGT propone que en los partes médicos de incapacidad temporal, en lugar del código identificativo del Centro de Salud emisor de aquellos, figure un código identificativo del facultativo emisor.

*No se admite esta observación porque el código que identifica al facultativo emisor de los partes consta ya, actualmente, en los modelos de partes médicos y dicho campo se va a seguir manteniendo en los que sustituyan a los vigentes y que serán contemplados en una orden ministerial.*

#### Artículo 3. 1

UGT propone la homogeneización de los plazos para emitir el parte de confirmación para contingencias comunes y contingencias profesionales, pues no existe causa justificada para diferenciar los plazos según el tipo de contingencia, en todo caso, por el proceso o la duración del mismo.

*Se admite esta observación, porque no se aprecian motivos para que la misma dolencia tenga diferente sistema de control según que la contingencia sea común o profesional (un claro ejemplo es una rotura de menisco en el trabajo y una rotura de menisco esquiando un fin de semana en la sierra).*

#### Artículo 3.3

UGT propone la modificación de este apartado sustituyendo el inciso final: "..., expedirán el parte médico de alta en el momento en que considere que el trabajador ha recuperado su capacidad laboral" por "... expedirán el parte médico de alta en el momento en que considere que el trabajador es apto para la realización de su trabajo habitual".

En opinión de UGT, con la redacción dada se puede dejar al trabajador en situación de alta sin curación, teniendo capacidad para la realización de



algunos trabajos y no para la realización de su trabajo habitual. Podría provocarse incluso el despido del trabajador por la falta de aptitud para la realización de su trabajo habitual.

*No se admite esta observación ya que la IT está referida no solo a que el trabajador reciba asistencia sanitaria, sino a su capacidad para desempeñar el trabajo concreto y habitual. Una misma patología puede generar o no una IT en función de las tareas que realiza un trabajador. Por otra parte, la curación puede ser posterior a que el trabajador haya recuperado la capacidad laboral y, por tanto, puede estar prestando servicios en su empresa y seguir recibiendo asistencia sanitaria.*

#### Artículo 5.1, (actual 4) párrafo segundo y tercero

UGT propone homogeneizar la periodicidad de los informes complementarios en ambos tipos de contingencias.

No existe justificación para dar distinto tratamiento a las contingencias comunes y las profesionales. Aunque las contingencias profesionales, prácticamente en el 100% de los casos, van a ser atendidas por las propias MATEPSS, los informes complementarios son de utilidad no solo para estas, sino también para los servicios de inspección del INSS, que deberían mostrar el mismo interés de supervisión que sobre los SPS.

*No se admite esta observación, porque no tiene sentido que las MATEPSS que, en contingencias profesionales, se hacen cargo tanto del tema asistencial como del control y pago de la prestación, realicen informes para ellas mismas. Por otra parte, existen ya procedimientos de intercambio de todo tipo de datos entre el INSS y las MATEPSS que no hacen necesario estos informes en soporte papel. Esta cuestión sería dar un paso atrás, introduciendo trámites burocráticos que no son necesarios.*



Artículo 5.3, (actual 4.3) último párrafo y Artículo 9.2, (actual 8.2) último párrafo

Propone UGT la supresión de los párrafos citados que, respectivamente, indican:

“Asimismo, 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 a la historia clínica informatizada de atención primaria y especializada.”

“En todo caso, los inspectores médicos del Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, del Instituto Social de la Marina, en el ejercicio de sus competencias, tendrán acceso, por vía telemática, a la totalidad de la historia clínica informatizada, tanto de atención primaria como de atención especializada, de todos los trabajadores del Sistema de la Seguridad Social.”

Según UGT, el acceso a la historia clínica viene regulado 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. En el art. 16.1 se regula su uso, especificando que “La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente.” En el apartado 5 reconoce, sin embargo, su acceso al personal de la inspección, pero de los SPS: “El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria”.

Por tanto, descarta, porque no lo recoge, el acceso a la historia por parte de la Inspección del INSS para su utilización en el control de la gestión económica de la IT.

Por otra parte, en opinión de UGT, en este real decreto se especifica y articula la emisión de unos informes complementarios destinados a facilitar a la



Inspección de los SPS, INSS y MATEPSS suficiente información para realizar el seguimiento y control de la IT, a tal punto, que esta información tiene que servir a las MATEPSS para realizar la propuesta de alta motivada.

Por tanto, si por una parte los servicios de Inspección del INSS no tienen reconocida legalmente competencia para acceder a la historia clínica con fines de control de la gestión económica de la prestación por IT y, por otra parte, existen instrumentos suficientes para realizar las labores que tiene encomendadas la inspección del INSS hasta los primeros 365 días de baja por IT, que es lo que debe regular esta norma, según UGT es innecesario extender su acceso a los servicios de Inspección del INSS. En todo caso, si se considera insuficiente la información que constituyen los informes complementarios, deberá mejorarse esta, en la línea que se ha realizado en este proyecto de Real Decreto al incluir también las pruebas diagnósticas en los informes complementarios.

En conclusión, UGT entiende que la inclusión de este párrafo vulnera al menos tres normativas vigentes: art. 18.4 de la Constitución Española, Ley 15/1999, LOPD y Ley 41/2002 de autonomía del paciente. En consecuencia, exige su eliminación.

*Se ha eliminado del texto la expresión “historia clínica informatizada” y se ha sustituido por “documentación clínica”. Por otra parte, la disposición adicional cuadragésima de la LGSS habilita al INSS (que siempre lo efectúa a través de sus inspectores médicos) para todos aquellos datos médicos, informes y documentación clínica que resulten relevantes para la resolución de un procedimiento.*

*Además, los inspectores médicos del INSS pertenecen al mismo cuerpo y escala que los inspectores médicos de los SPS, estableciéndose en la disposición adicional quincuagésima segunda que, hasta el cumplimiento de la duración máxima de 365 días de los procesos de IT, el INSS e ISM, a través de los inspectores médicos adscritos a estas entidades, ejercerán las mismas competencias que la inspección de servicios sanitarios de la Seguridad Social. Por último, es necesario señalar que es consustancial a la función inspectora acceder a todo tipo de datos, informes y documentación clínica para considerar*



*o desechar aquellos que considere, máxime cuando se está evaluando el menoscabo laboral de un trabajador que puede llegar a generar una incapacidad permanente para toda la vida y que no tiene por qué derivar exclusivamente del último proceso de IT.*

#### Artículo 6.4, (actual 7.4) párrafo segundo

UGT no entiende por qué debe ser el Ministerio de Empleo y Seguridad Social el que deje en suspenso la deducción del pago por IT en la cotización mensual correspondiente, por lo que solicita aclaración.

*Este párrafo se ha eliminado en una versión posterior, sustituyéndolo por otros dos párrafos que contemplan las actuaciones que llevan a cabo el INSS y la TGSS, en relación con las deducciones y compensaciones en las liquidaciones de cuotas, cuando existen procesos de incapacidad temporal. En todo caso, cabe indicar que son las entidades que dependen del MEYSS (DGOSS, INSS, ISM Y TGSS), las que tienen atribuidas las competencias de gestión de prestaciones económicas -INSS e ISM-; de recaudación de cuotas de la Seguridad Social -TGSS e ISM- y las competencias de coordinación y tutela de las MATEPSS, así como de la evolución del presupuesto de la seguridad social –en el caso de la DGOSS-.*

#### Artículo 7 (actual 6)

UGT propone la eliminación del artículo en su totalidad.

*Conviene advertir que el informe de UGT se está refiriendo a una versión anterior de este artículo. En efecto, ante lo controvertido de su redacción, la nueva versión –ahora, artículo 6- mantiene casi en su literalidad lo dispuesto en el artículo 5 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, al que se ha añadido un nuevo apartado 3 para conectar con las competencias atribuidas al INSS e ISM en la disposición adicional 52ª de la LGSS.*

#### Artículo 8.2 (integrado en el artículo 7 actual)

UGT propone la eliminación del apartado 2 pues, a su juicio, supone poner trabas para el acceso del trabajador a la prestación de I.T., sin motivo



justificado. No tiene en cuenta las singularidades geográficas del Estado. En muchos lugares de España el cumplimiento de este apartado supone obligar al trabajador que tiene quebrantada su salud y sus condiciones físicas, a desplazarse distancias muy considerables, hasta los lugares donde el INSS pueda emitir esos partes de baja. Mientras tanto, existen unos servicios de salud perfectamente capacitados a los que se les niega esta competencia y que están ubicados en todas las localidades del territorio nacional.

*En relación con esta observación, se considera que actualmente los procedimientos de gestión están habilitados para que el trabajador sea citado a reconocimiento médico con mucha inmediatez; además el volumen de supuestos es bajo y no hay constancia de que existan problemas para el trabajador. Por otra parte, si los médicos inspectores del INSS expiden un alta, son ellos, al igual que lo hacen los inspectores de los SPS, los únicos competentes para emitir una nueva baja por similar o igual patología porque, si no fuera así, se entraría en un cauce de innumerables problemas entre facultativos de distintas entidades.*

*Además, es necesario señalar que si la causa de la baja es por distinta patología, el SPS es el que debe de expedir el parte de baja médica que iniciaría un nuevo proceso de IT.*

#### Artículo 9.4. (actual 8.4) 2º párrafo

UGT propone la modificación de este párrafo mediante una redacción alternativa.

*Se acepta esta observación y, en consecuencia, se traslada al articulado la redacción propuesta.*

#### Artículo 10. (actual 9)

Propone UGT la inclusión en el mismo de un apartado en el que quede claro que: “cuando el trabajador sea requerido para reconocimiento médico, la entidad que realiza dicho requerimiento, cubrirá el coste de la asistencia del trabajador al mismo”.



Es una obligación que viene recogida en la Orden TIN/971/2009, de 16 de abril, por la que se establece la compensación de gastos de transporte en los casos de asistencia sanitaria derivada de riesgos profesionales y de comparecencias para la realización de exámenes o valoraciones médicas. Se ha de tener en cuenta que existen CC.AA. en la que los traslados son muy largos y suponen un coste considerable para el trabajador, a veces injustificados, dada la poca coordinación que existe entre los posibles solicitantes (SPS, INSS y MATEPSS) en esta materia.

*No se estima aceptable esta observación ya que todo lo referente al reembolso de gastos, su alcance e interpretación está establecido también en la Resolución de la Secretaria de Estado de 21 de octubre de 2009.*

#### Artículo 10.4, (actual 9.4) primer párrafo

UGT solicita su modificación por seguridad jurídica. El artículo evidencia un espíritu de presunción de conducta inadecuada y fraudulenta por parte de los pacientes y de dejación de responsabilidades por parte de los MAP.

No es preceptivo primero sancionar y después comprobar el incumplimiento. Además UGT no entiende a qué efectos hay que comunicarle la incomparecencia a la empresa, porque la situación de IT no se extingue y, por tanto, no existe obligación de acudir al puesto de trabajo y la sanción es puramente económica.

Por último, parece improcedente que una Ley tenga que desarrollar un Real Decreto (disposición transitoria segunda), cuando el procedimiento habitual sería que el Real Decreto desarrollara la misma.

*No se tiene en cuenta esta observación puesto que no existe una voluntad de sancionar, sino todo lo contrario, se trata de racionalizar la prestación de IT y que el subsidio sea en todo momento percibido por un trabajador que tiene quebrantada su salud y que lo perciba durante todo el tiempo que permanezca en dicha situación, garantizándose con la suspensión que, en el caso de proceder indebidamente, se repondrá todo el pago desde el principio.*



*Es importante no olvidar que el procedimiento general actual opera de la siguiente forma:*

*- se cita al trabajador por teléfono (que da muy buenos resultados y que prácticamente no tiene coste) y, si acude al reconocimiento médico, se le efectúa y se toma la decisión procedente.*

*- si el trabajador no acude a esa cita que se ha efectuado por teléfono, se le cita con carta con acuse de recibo.*

*- si el trabajador no recibe la carta en su domicilio por estar ausente o porque no lo considera oportuno, la oficina de correos le deja un aviso para que vaya a recogerla en un plazo determinado.*

*- si el trabajador no va a recoger dicha carta a la oficina de correos, el acuse de recibo se devuelve por esta oficina a la entidad gestora.*

*- la entidad gestora no puede dar por notificada la citación y comienza todo un procedimiento que puede acabar en edictos. Este procedimiento dura mucho más tiempo que los 545 días que tiene de plazo máximo de duración la IT, por lo que a la hora de extinguir el subsidio, realmente no hay nada que extinguir.*

*Por tanto, la suspensión cautelar es totalmente adecuada ante la situación de ausencia del trabajador a la citación para efectuarle un reconocimiento médico, porque en el caso de que el trabajador justifique su ausencia se le repone el pago inmediatamente.*

*Por otra parte, con posterioridad al informe de UGT y como ya se ha indicado en el análisis al artículo 9.4, la suspensión cautelar ha sido regulada mediante la adición de un nuevo apartado 3 en el artículo 132 de la LGSS, según la redacción dada por la disposición final cuatro de la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014.*



*Por tanto, este apartado 4 del artículo 9 viene a dar cumplimiento al referido mandato legal.*

*Además, para evitar perjuicios a los trabajadores, en los casos en que se justifique la incomparecencia, se dejará sin efecto el acuerdo de suspensión del subsidio y se efectuará el pago directo de las prestaciones devengadas durante el periodo de suspensión por la Entidad gestora o colaboradora que corresponda en cada caso, en el plazo de quince días siguientes a la fecha en que se alce la suspensión.*

#### Disposición adicional segunda. (actual primera)

UGT propone su modificación para preservar el derecho a la intimidad y garantizar la protección de datos de los trabajadores.

*No se acepta esta observación porque la información que se contempla en la redacción de este artículo no se refiere a información clínica, sino a información sobre las actuaciones de gestión para conocer cómo efectúan la gestión y control de la prestación las MATEPSS.*

#### Disposición Adicional tercera (desglosada ahora en art. 11 y final 1ª)

UGT considera el texto confuso, por lo que sería deseable una propuesta que pormenorizase detalladamente los procedimientos de revisión aplicables a las diversas situaciones que se pueden dar.

*Se han introducido matices en la redacción que han mejorado la comprensión de esta disposición.*

#### Disposición transitoria primera

Según UGT, es necesario incluir el plazo que se da para la adaptación y modificación de los programas informáticos de los Servicios Públicos de Salud de las CC.AA, tanto asistenciales como de la Inspección de Servicios Sanitarios, y cómo se financiarán estos.



*Se estima que con el actual sistema de colaboración y coordinación con los SPS, el plazo es más que suficiente, si verdaderamente existe interés en desarrollar estas funcionalidades.*

### **c) Intervención General de la Seguridad Social**

La IGSS, en su informe de 22-10-2013, formula las siguientes observaciones al contenido del proyecto:

**Primera.-** Una de las novedades que el proyecto normativo introduce en el vigente ordenamiento, según se resalta en el propio preámbulo del mismo, viene referida al protocolo de temporalidad de los actos médicos de confirmación de la baja, que se materializa en unas tablas tipificadas para los distintos procesos patológicos y su incidencia en las diferentes actividades laborales, lo que ha de facilitar la tarea del facultativo a la hora de emitir el parte de baja al proporcionarle información sobre los plazos orientativos de previsible duración del proceso que en cada caso se trate.

Contando con los beneficios que, sin duda, se han de derivar de tal innovación, se suscita la duda de si está justificado restringir la misma con relación solo a los procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes, sin que se aplique igual criterio cuando dicha situación sea debida a contingencias profesionales.

*La duda es correcta y se comparte con la IGSS la oportunidad de establecer el mismo procedimiento para las contingencias comunes y profesionales, pero la decisión deberá llevarse a cabo con el parecer favorable de la DGOSS, como organismo coordinador de las MATEPSS.*

**Segunda.-** También en el propio preámbulo del proyecto se señala como uno de los objetivos a perseguir el de ahorrar trámites burocráticos y adaptar la expedición de los partes médicos a los diferentes tipos de patología que pueden padecer los trabajadores del sistema de la Seguridad Social. En la Memoria del Análisis de Impacto Normativo se indica al respecto que la utilización de una tabla de duraciones estándar por patologías, evitará en el futuro que, como sucede hasta ahora, deba semanalmente expedirse un parte



médico de confirmación de la baja, al evitar control alguno al trabajador hasta que la duración estándar que corresponda haya sido superada.

La regulación de tal materia se encuentra recogida en el apartado 3 del artículo 2 de la norma en proyecto y no se corresponde exactamente con lo anunciado en la aludida Memoria. Así, por ejemplo, en los procesos cuya duración estimada se halle entre 31 y 60 días naturales, la fecha de la primera revisión médica a consignar en el parte de baja no podrá exceder, “en ningún caso”, en más de siete días naturales a la fecha de baja inicial. Aun cuando para los sucesivos partes de confirmación tal plazo se alarga (a no más de 28 días), lo cierto es que el primero de ellos ha de tener lugar cuando no se haya cumplido ni siquiera una cuarta parte del tiempo mínimo (31 días) que para este tipo de procesos se prevé. Esa misma circunstancia es predicable con relación a los procesos cuya duración estándar se estima en 61 o más días naturales, supuestos para los que el primer control se prevé que se efectúe antes de que trascurren 14 días desde la baja inicial, período de tiempo muy alejado de lo que constituye el mínimo de la aludida duración estándar.

Quiere con ello decirse que, al margen de esa aparente falta de sintonía entre memoria y texto normativo, que se podría avanzar aún más en la simplificación de actos médicos si, en casos como los descritos, los plazos para la primera revisión se acercaran en mayor medida al tiempo que como mínimo se prevé que puede durar el proceso de que se trate. Teniendo en cuenta que el facultativo de turno dispone en todo caso de facultad para acortar libremente y sin limitación alguna los plazos máximos que en el proyecto se prevén para cada tipo de revisión, no habría motivo para temer que la revisión médica se vaya a demorar más de lo debido.

En este mismo sentido y en conexión con lo indicado en el punto anterior, la no toma en consideración en los casos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de las duraciones estándar, trae consigo que para los casos derivados de tales contingencias las revisiones y confirmaciones se hayan de producir obligatoriamente, y sin ningún otro margen, cada siete días, aun en aquellos supuestos en que el correspondiente facultativo previera con toda evidencia lo innecesario de llevar a cabo controles en intervalos tan cortos, lo



cual no parece congeniar con el propósito declarado de eliminar actos médicos innecesarios y evitar al interesado trámites de control injustificados.

*No se comparte la afirmación de la IGSS, ya que desde el punto de vista estratégico y con el fin de que no se alarguen los procesos de IT, se estima necesario que los partes de confirmación se ajusten a los plazos establecidos, los cuales han sido elaborados por la Subdirección General de Coordinación Médica atendiendo a criterios médicos contrastados y valorados muy positivamente por las asociaciones de médicos de Atención primaria y por las inspecciones médicas de los Servicios Públicos de Salud. En consecuencia, se estima que los criterios de profesionales médicos deben prevalecer sobre otros.*

**Tercera.-** Respecto al artículo 2 relativo a las declaraciones médicas de baja y de confirmación de baja en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes, la IGSS indica lo siguiente:

En el mismo no se establece el plazo que tienen los Servicios Públicos de Salud para la remisión de los partes médicos de baja y de confirmación de la baja al Instituto Nacional de la Seguridad (INSS), a diferencia de cuando la expedición de los mismos se realiza por las Mutuas en los procesos de contingencias profesionales (artículo 3), a las que se fija para su transmisión al INSS un plazo máximo de cinco días naturales contados desde el momento de la expedición de los partes, plazo que está en consonancia con el fijado en el artículo 2 (apartados 2 y 3) del Real Decreto 575/1997 y la Orden de 19 junio de 1997.

Sin embargo, es en el artículo 6 (actual 7), relativo a la tramitación de los partes médicos, en el último párrafo de su apartado 1, en el que se establece que el SPS remitirá al INSS los partes de baja, confirmación de la baja y alta el mismo día de su expedición. En consecuencia o bien deberían mantenerse todos los plazos de remisión de partes en el artículo 6 (7), con la consiguiente inclusión en el mismo de los partes referentes a las contingencias profesionales cubiertas con Mutuas, o bien debería incluirse en este artículo 2 el plazo que tienen los SPS para la remisión de los mismos.

Respecto a las posibilidades a las que se hace referencia en el párrafo anterior, la IGSS sería más favorable a la opción de que todos los plazos de remisión de



partes se incluyesen en el artículo 6, por lo que, en consecuencia, en ese caso, se debería proceder a suprimir las referencias a los plazos de remisión de los partes de contingencias profesionales de mutuas del artículo 3 e incluirse en el artículo 6 (actual, 7).

*Esta afirmación se comparte por razones de coherencia interna del proyecto y, a tal efecto, se modifican los artículos 2.2., 3.1. y 6.1. (actual 7) al objeto de recoger todos los plazos en el indicado artículo 6, ya que desde un punto de vista técnico-jurídico se considera acertada la observación de la IGSS.*

**Cuarta.-** Respecto al artículo 3 del proyecto, relativo a las declaraciones médicas de baja y confirmación de baja en procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales, se manifiesta lo siguiente:

1. En el artículo 3.1 se designan como expedidores de los partes de baja y confirmación al médico del Servicio Público de Salud y los servicios médicos de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. Se silencia, sin embargo, que tal función también puede ser llevada a cabo por los facultativos del Instituto Social de la Marina. Es una opción que debería quedar explicitada, aun cuando sea lo que cabe deducir de lo establecido en el último párrafo del citado apartado.

*Este aspecto ya ha sido matizado por el propio ISM, y se comparte con la IGSS.*

2. En el segundo párrafo del apartado 2, se contempla la posibilidad de que el beneficiario reclame respecto a la calificación de la contingencia que efectúa la Mutua, y para ello se realiza una remisión al procedimiento establecido en el Real Decreto 1430/2009. A estos efectos, se entiende que sería conveniente especificar el artículo del real decreto referido que sería de aplicación, al contenerse en el mismo dos procedimientos de disconformidad diferentes, uno, frente a las altas médicas emitidas por las entidades gestoras (artículo 3), y otro, frente a las que emiten las mutuas (artículo 4, actual 5), siendo este último el que sería de aplicación al presente supuesto de planteamiento de discrepancia.



*Se precisa en este punto que el planteamiento del segundo párrafo se ha modificado, mediante la remisión al nuevo artículo 6 del Real Decreto 1430/2009, cuya redacción se acomete en la disposición final cuarta, cuatro, del proyecto.*

Por otra parte, en el último inciso de este segundo párrafo, en relación con la resolución a dictar por el INSS en caso de discrepancia, para dilucidar el carácter común o profesional de la contingencia causante de la incapacidad temporal, se alude a que en tal resolución se determinará el sujeto obligado al “pago de las prestaciones” derivadas de la misma. Es cierto que se está efectuando una regulación en materia de incapacidad laboral y de la prestación económica a que dicha situación da lugar. Pero para evitar erróneas interpretaciones podría especificarse que ese sujeto obligado puede verse también obligado, además de al pago de la correspondiente prestación, a reanudar o a iniciar la asistencia sanitaria precisa (como sería el caso en el supuesto de Mutua que dejó de prestar la misma por considerar común la patología causante del proceso, una vez que tal criterio haya sido revocado por la posterior resolución del INSS).

*Se considera correcta la apreciación de la IGSS y se incluye un inciso en el texto, en línea con lo indicado por aquella.*

3. Se propone la supresión del apartado 3, en el que se establece qué facultativo ha de expedir el correspondiente parte médico de alta, dado que estas declaraciones médicas de alta se regulan en el artículo 4 (actual 5) del real decreto, en el que se contemplan las declaraciones médicas de alta en los procesos de IT, tanto los derivados de contingencias comunes como profesionales y en cuyo apartado 2 se determinan los facultativos que expedirán los partes de alta en los procesos originados por contingencias profesionales.

*Se comparte esta observación y se elimina el apartado 3 antes indicado.*

**Quinta.-** En el apartado 3 del artículo 4 (actual 5) se propone incluir el momento en que se comunicará al interesado que el control del proceso de IT pasa a la entidad gestora correspondiente, entendiendo adecuado que la



referida comunicación se efectúe tras la expedición del último parte médico de confirmación antes de agotarse el plazo de los 365 días, tal y como se contiene en el artículo 1 del Real Decreto 1430/2009.

*La IGSS propone una redacción alternativa, que se comparte plenamente y, por tanto, se traslada al texto del proyecto.*

**Sexta.-** En el apartado 3 del artículo 5 (actual 4), así como en el artículo 9 (actual 8) se contempla el acceso y transmisión de datos médicos especialmente protegidos por la Ley 15/1999, del 13 de diciembre, Ley Orgánica de Protección de Datos, cuya cesión solo puede establecerse sin consentimiento del afectado mediante norma con rango de ley. Se considera por tanto conveniente, remitir a la Ley que habilitaría para este acceso e intercambio de información, en este caso, la disposiciones adicional cuadragésima de la LGSS.

*Esta afirmación y redacción se comparte con la IGSS y, en consecuencia, se traslada al texto del artículo 5.3 y 9.2. (actuales, arts. 4.3 y 8.2).*

**Séptima.-** En relación con el artículo 6 (actual 7) relativo a la tramitación de los parte médicos, se realizan las siguientes puntualizaciones:

- Respecto al primer párrafo del apartado 2, en el que se contempla la remisión que las empresas deben efectuar de los partes médicos, se entiende conveniente que se precise, al no incluirse en la redacción actual, a quién deben remitirse los referidos partes médicos.

*Esta afirmación no se comparte con la IGSS ya que, desde el punto de vista de gestión, el único camino de remisión por el sistema RED es hacia el INSS, y es el INSS el que los distribuye y reenvía, por lo que el procedimiento no plantea dudas.*

- Se reitera la observación manifestada en la consideración tercera del presente informe relativa a los plazos de remisión de los partes médicos.



*Como ya se ha indicado, se han modificado los artículos 2.2., 3.1. y 6.1. al objeto de recoger todos los plazos en el artículo 6.*

**Octava.-** El apartado 2 del artículo 8 (integrado en el art. 7, como apdos. 5 y 6) se limita a reproducir lo dispuesto en la disposición adicional quincuagésima segunda de la LGSS, por lo que no se considera necesario repetirlo en este Real Decreto.

*Por razones sistemáticas y de integración de la norma, es preferible, en este caso, mantener el texto, a pesar de su repetición.*

**Novena.-** En cuanto al artículo 9 (actual 8) se efectúan las siguientes puntualizaciones en relación con el primer párrafo de su apartado 4:

Se observa que este apartado 4 tiene una redacción diferente a la establecida en el artículo 3.3 del Real Decreto 575/1997. Así, el artículo 3.3 de este real decreto se refiere a que están sujetos al deber de secreto profesional “quienes los consulten”, mientras que en el proyecto quedan sujetos a dicho deber los facultativos a que se refiere el artículo 8.2; es decir, que el artículo 8.4 del proyecto es más restrictivo que el artículo 3.3 del Real Decreto 575/1997.

Además, dicha restricción impediría el acceso a los órganos de control interno que deben conocer los mismos en el ejercicio de sus funciones, tal como se desprende del artículo 13.1 del Real Decreto 706/1997, de 16 de mayo, por el que se desarrolla el régimen de control interno ejercido por la Intervención General de la Seguridad Social, y del artículo 145.2 y 3 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria. Este acceso a los datos derivados de las actuaciones médicas está justificado por el hecho de que los datos e informes a que se refiere forman parte de un expediente de contenido económico y, en consecuencia, debe ser susceptible de comprobación por la Intervención en su totalidad.

Además de lo anterior, se propone la inclusión de la finalidad de utilización de los datos derivados de las actuaciones médicas, tal y como se contiene actualmente en el artículo 3.3 del Real Decreto 575/1997.



Por todo lo anterior, la IGSS propone añadir un nuevo párrafo al apartado 2, a cuyo fin presenta una redacción que es aceptada y se traslada al texto.

*Esta redacción se comparte parcialmente con la IGSS, porque esta podrá acceder a los datos relativos a las situaciones de incapacidad temporal que sean necesarios para ejercer sus funciones de control interno, pero no podrán acceder a los informes médicos, por contener datos especialmente protegidos. Por este motivo se añade un nuevo párrafo tercero a este apartado, dotándolo de una redacción más precisa.*

*Asimismo, la IGSS propone una redacción alternativa para el apartado 4 (actual 3) de este artículo 9 (actual 8), que también se acepta y se traslada al articulado.*

**Décima.-** En cuanto al contenido de la disposición adicional primera (actual final 4ª, cinco) se manifiesta lo siguiente:

En cuanto a la denominación que se da a la misma, “Prolongación de la incapacidad temporal”, se propone su sustitución por la de “Prolongación de efectos de la incapacidad temporal”, ya que como quiera que la incapacidad temporal se extingue al agotamiento del plazo establecido en el párrafo primero del apartado a) del artículo 128 del TRLGSS, lo que se produce es una prolongación de sus efectos.

*Se acepta la observación y se incluye como rúbrica al nuevo artículo 7 del Real Decreto 1430/2009.*

Además de lo anterior, sería interesante incluir en el título los supuestos concretos a los que se refiere, cuales son los que se contemplan en el párrafo segundo del apartado 2 del artículo 131 bis del TRLGSS, para que de su lectura se pueda determinar el contenido de lo que se regula en la disposición referida.

En consecuencia, se propone la siguiente redacción:



“Prolongación de los efectos de la incapacidad temporal en los supuestos previstos en el párrafo segundo del apartado 2 del artículo 131 bis de la Ley general de la Seguridad Social.”

*Esta afirmación no se comparte con la IGSS, pues en el texto del apartado 1 ya se indica a qué supuestos se refería la disposición adicional, cuyo contenido se recoge ahora en el nuevo artículo 7 del RD 1430/2009, introducido mediante la disposición final cuarta, cinco, del proyecto.*

**Undécima.**- En la disposición adicional tercera (desglosada en art. 11 y final 1ª actuales) se contemplan los procedimientos de revisión y los libros de reclamaciones en los procesos de incapacidad temporal, respecto de la que se manifiesta lo siguiente:

1. Se propone separar en disposiciones adicionales diferentes, al tratarse de asuntos diferentes, lo que son procedimientos de revisión de las quejas susceptibles de plantearse ante los órganos de tutela de las Mutuas. Por lo tanto, las quejas ante los órganos de tutela de las Mutuas pasarían a incluirse en otra disposición adicional, que sería la cuarta.

2. En relación al apartado 1 de la misma, relativo a las altas médicas expedidas por las Mutuas en los procesos de incapacidad temporal por contingencias profesionales, se considera más adecuado la inclusión de la expresión “antes del agotamiento de los trescientos sesenta y cinco días” con objeto de delimitar con más claridad el supuesto que se contempla en el mismo.

En cuanto al plazo que se da, de diez días hábiles, para que el interesado pueda solicitar su revisión ante el INSS en los procedimientos de impugnación de altas médicas, tal vez, debería ampliarse a 11 días desde la notificación de la resolución, tal y como se contiene en el artículo 71.2 de la Ley 36/2011 y como también se especifica en la Memoria que se acompaña al proyecto.

3. En el primer párrafo del apartado 2, relativo a los acuerdos de las mutuas de suspensión, extinción o anulación de los procesos de incapacidad temporal, se propone lo siguiente:



- Se entiende que, tal vez, debiera suprimirse de este apartado la alusión que se efectúa a las altas médicas del apartado 1, ya que puede generar dudas respecto a que se considere que el procedimiento de revisión pueda no tener naturaleza de reclamación previa, cuando éste, conforme se contiene en el párrafo segundo del apartado 1, es el que hace las veces de reclamación previa.

- Asimismo, podría ser conveniente, replantear la redacción en cuanto a la posibilidad que se da al interesado para formular reclamación previa “a los efectos previstos en la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la Jurisdicción Social” ya que a los efectos previstos en la Ley 36/2011 es a los efectos de iniciar el procedimiento judicial, procedimiento para cuya iniciación es necesario que se haya presentado la correspondiente reclamación previa, conforme se contiene en el artículo 71.1 de la Ley 36/2011.

Por ello se propone sustituir “podrá” por “deberá”.

- Por último, sería conveniente citar ante quién se formulará la reclamación previa.

En consecuencia, la IGSS propone la siguiente redacción para la disposición adicional tercera:

“Disposición adicional tercera.- Procedimientos de revisión en los procesos de incapacidad temporal.

1. Frente a las altas médicas expedidas por las Entidades colaboradoras en la gestión de la Seguridad Social en procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales con anterioridad al agotamiento de trescientos sesenta y cinco días, el interesado podrá solicitar su revisión ante el INSS, en el plazo de once días siguientes a su notificación, con arreglo al procedimiento...  
Las resoluciones...

2. Frente a los acuerdos que adopten las Mutuas de...el interesado deberá formular reclamación previa frente al acuerdo adoptado ante...”.



4. En la citada memoria se manifiesta que la regulación que se prevé en el apartado 3 de la disposición adicional tercera “tiene por objeto la regulación del procedimiento para formular quejas ante las Mutuas por parte de los beneficiarios”. Si se acude a la disposición en cuestión se observa que, a diferencia de lo apuntado, lo que se establece es la posibilidad de que los beneficiarios formulen quejas no ante las Mutuas sino “ante el órgano de dirección y tutela de las Mutuas”, por más que en párrafo siguiente se viene a precisar que tal queja se habrá de formalizar por medio del modelo de reclamación establecido que habrá de ser presentado ante la Mutua, la cual habrá de dar traslado de aquélla al citado órgano. Procedimiento que no obstante, y como se viene a aclarar en el inciso final de tal disposición, no impide que los interesados puedan dirigir sus quejas directamente al repetido órgano administrativo. Probablemente esta regulación podría simplificarse, señalándose únicamente que las quejas de los interesados ante el citado órgano administrativo podrán ser formuladas directamente o a través de la correspondiente Mutua y por medio del modelo de reclamación establecido por estas.

*Se acepta la sugerencia. La disposición adicional tercera se ha desglosado en el artículo 11 y en la disposición final 1ª, mediante la que se da nueva redacción al artículo 16 (libro de reclamaciones) del Reglamento de colaboración de las MATEPSS, aprobado por Real Decreto 1993/1995. Por otra parte, mediante la disposición final cuarta, apartados uno a tres, se ha modificado el artículo 4.2., 4.4. y segundo párrafo del apartado 5, también del artículo 4, del Real Decreto 1430/2009, con la finalidad de incrementar los plazos previstos en este último artículo, equiparándolos a los establecidos en el proyecto.*

**Duodécima.-** En la disposición final segunda se procede a la modificación de algunos artículos del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo, por el que se regulan las prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social por maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural, respecto de la cual se efectúan las siguientes observaciones a lo que se contiene en su apartado Uno:

- Al apartado 8 del artículo 3 (relativo a los beneficiarios del subsidio de maternidad, en el caso de trabajadores que sean responsables del ingresos de



sus cotizaciones) se añaden dos nuevos párrafos, tercero y cuarto, en virtud de los cuales se presumen ingresadas, a efectos de reconocer el derecho al subsidio, las cotizaciones correspondientes al mes del hecho causante y a los dos meses previos a aquel cuyo ingreso aún no conste en los sistemas de información de la Seguridad Social, sin que se compute el periodo de los tres meses referidos siempre que el trabajador acredite el periodo mínimo de cotización exigible.

No obstante lo anterior, en la modificación que se realiza, no se contempla que, en caso de no acreditarse el periodo mínimo de cotización, será necesario justificar el ingreso de las cotizaciones correspondientes cuyo ingreso aún no conste en los sistemas de información de la Seguridad Social. Justificación cuya inclusión se entiende obligatoria y necesaria al haberse suprimido el párrafo c) del apartado 2.1º del artículo 14.

En consecuencia, este Centro directivo propone que se incluya lo siguiente:

“Lo previsto en el...sin computar el periodo de los 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 cuyo ingreso aún no conste en los sistemas de información de la Seguridad Social”.

*Esta afirmación se comparte con la IGSS, pero se propone una nueva redacción, que se inserta en el texto, ya que en la práctica el juego de los tres meses puede no darse.*

- Además de lo anterior, la inclusión que se realiza de los dos nuevos párrafos tercero y cuarto al apartado 8 del artículo 3, relativo a los beneficiarios del subsidio de maternidad, afecta solamente a los beneficiarios del subsidio referido. Por ello, en caso de que la modificación pretenda efectuarse también respecto a los beneficiarios del resto de subsidios que se regulan en el Real Decreto 295/2009, también deberían incluirse los párrafos referidos en los artículos correspondientes.

*Esta afirmación se comparte con la IGSS y, en consecuencia, se añaden también sendos párrafos a los artículos 23.6 (subsidio por paternidad) y 41.2 (subsidio*



*por riesgo durante el embarazo de trabajadoras por cuenta propia) del Real Decreto 295/2009, de 6 de marzo. No es preciso modificar artículo alguno respecto del subsidio por riesgo durante la lactancia natural, en virtud de la remisión contenida en el artículo 50 al capítulo IV del mencionado real decreto.*

**Decimotercera.-** En todo el proyecto debería hacerse constar la denominación correcta del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

*No se entiende esta observación, toda vez que en el proyecto no se menciona expresamente a dicha Entidad, sino que siempre se alude al Servicio Público de Salud, entendiéndose comprendidos en esta denominación todos los servicios de salud de las CC.AA. y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ceuta y Melilla).*

**d) Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE) y Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME).**

La CEOE-CEPYME, en su informe de 24 de octubre de 2013, han presentado las observaciones al proyecto que a continuación se analizan.

#### A) CONSIDERACIONES DE CARÁCTER PRELIMINAR

**Primera.-** CEOE-CEPYME manifiestan la necesidad de elaborar un proyecto de norma con rango adecuado, coherente con la voluntad manifestada reiteradamente por el Poder Ejecutivo.

*Dentro del diálogo social se han ido acercando posturas para encontrar puntos de encuentro a través de diversas redacciones del proyecto que, en algunos casos, se acercan mucho a las posturas mantenidas por la CEOE-CEPYME.*

**Segunda.-** CEOE-CEPYME pone de manifiesto diversos argumentos por los que las Mutuas deben poder dar el alta en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes, efectuando consideraciones de tipo jurídico, con apoyo en la cualificación sanitaria de las Mutuas, los recursos sanitarios disponibles, datos de diagnósticos y otras consideraciones económicas y de gestión.



*Al respecto, cabe indicar que los datos existentes en el INSS en el seguimiento de los convenios con los Servicios Públicos de Salud, en los que participan las Mutuas, no coinciden en la actualidad con lo reflejado en el informe de CEOE, ya que la información existente en la propia plataforma de AMAT, recoge que el 78,88% de las propuestas han sido contestadas por los SPS (dato enero-septiembre 2013).*

*El funcionamiento de los convenios ha sido muy positivo en el sentido de sensibilizar a los SPS sobre el control de la IT. En consecuencia, no se coincide con las observaciones ni con las estimaciones realizadas por la CEOE. Especialmente no se coincide con el ahorro establecido en los convenios de IT, porque los mismos no solamente comprenden esta situación sino que aseguran un sistema de gestión de la transmisión de datos a todo el sistema, sin el cual el control no podría ser eficaz y eficiente.*

*Sobre la experiencia de Navarra, procede indicar que la misma fue como consenso con ANFAC y los datos se consideran positivos, en este sentido, en el 2012 la duración media de Navarra, que ya está más extendida en sus centros de salud desde que se inició la experiencia, en IT/CC es de 26,87 días de promedio; el dato acumulado a septiembre de 2013 es 25,81. En el resto de España, los mismos datos correlativamente son 38,74 en el 2102 y 38,66 días medios de duración en el 2013.*

## **B) OBSERVACIONES DE CARÁCTER GENERAL**

En opinión de CEOE, esta nueva versión del Proyecto sigue la misma línea de las anteriores modificaciones de la normativa sobre la gestión de la incapacidad temporal por contingencias comunes, que atribuyen el protagonismo principal en la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes a la Administración (Servicios Públicos de Salud e Instituto Nacional de la Seguridad Social), considerando a las Mutuas subordinadas respecto a la Administración, que cada vez dispone de mayores recursos económicos (por ejemplo, sólo en el año 2013 se han destinado más de 315 millones de euros a los conciertos del INSS con las diferentes Comunidades Autónomas para que realicen las funciones a las que ya están



obligadas legalmente), manteniendo una burocracia ineficaz y estructuras sobredimensionadas.

*No se coincide con esta observación sobre los convenios de IT, porque los mismos van encaminados a conseguir una serie muy diferenciada de objetivos, aseguran un sistema de coordinación y de gestión de la transmisión de datos a todo el sistema de la Seguridad Social sin el cual el control no podría ser eficaz y eficiente. Los propios representantes de AMAT que acuden a las subcomisiones reconocen los efectos positivos de los mismos y los avances que ha habido en el control de esta prestación.*

**Primera.**-El Proyecto ahora analizado recoge importantes novedades en relación con la prestación de incapacidad temporal, novedades que darán lugar a un nuevo sistema de emisión de los partes y control de esa prestación, y que pueden incidir considerablemente en las distintas variables de estas situaciones, como por ejemplo la duración, incidencia, prevalencia, etc.

La norma recoge que se pondrá a disposición de los médicos de los Servicios Públicos de Salud (SPS) tablas de duración óptimas 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, en base a las cuales se valorará la expedición de un parte médico de baja y se fijará la cadencia a la hora de emitir los partes de confirmación.

Asimismo, las tablas de duración y las tablas de incidencia, deberían ser informadas previamente por los interlocutores sociales, debiendo estar su contenido consensuado con los profesionales médicos de las Mutuas, expertos en salud laboral y en la evaluación de incapacidades.

Pues en caso contrario, si las tablas de duraciones óptimas no se adecuan a la realidad objetiva, se producirá seguramente un incremento de la duración media de los procesos de baja, situación ésta que repercutirá claramente en un incremento de los costes soportados por el conjunto del Sistema de Seguridad Social y por las empresas.



Con independencia de lo anterior, las referidas tablas deberán ser única y exclusivamente de carácter orientativo, debiéndose estar al caso concreto y particular de cada trabajador, y evitar que por parte de los médicos del Servicio Público de Salud se haga un uso generalizado que pueda comportar un tratamiento indebido del proceso de enfermedad.

*No se comparten estas afirmaciones de la CEOE porque únicamente ponen en tela de juicio las modificaciones previstas en el proyecto, porque los ajustes de la expedición de partes no tienen que conllevar el incremento de días de duración, pues se puede adaptar al tiempo necesario de recuperación. Se obvia el sistema actual y el hecho de que las altas coinciden semanalmente con la emisión del parte de confirmación cuando deberían durar menos si el sistema fuera más flexible, circunstancia que este proyecto posibilita y que pone como herramienta consensuada con los médicos del sistema de salud.*

**Segunda.-** Hay que señalar que el Proyecto recoge numerosas y variadas conexiones telemáticas entre la Entidad Gestora, Mutuas, Servicios Públicos de Salud y Empresas a la hora de intercambiar información y acceder a determinados datos clínicos; a tal fin, y con el objetivo de que todas las previsiones del Proyecto sean cumplidas una vez que la norma entre en vigor, sería necesario reflexionar previamente sobre si, en la actualidad, se dispone de los oportunos y adecuados canales de comunicación entre las entidades implicadas en la gestión de la prestación de incapacidad temporal.

Precisamente se ha avanzado en este campo con las mutuas a través del diseño de protocolos de comunicación y está previsto el avance también con las empresas a través del sistema RED.

**Tercera.-** En opinión empresarial debe destacarse que el Proyecto recoge en general procedimientos poco operativos, farragosos y complicados de gestionar, con plazos difícilmente aplicables, lo que podría generar una inseguridad jurídica a todas las entidades implicadas en la gestión, así como a las empresas y trabajadores. A título ejemplificativo señala CEOE diversas cuestiones, entre otras, la tramitación de las propuestas de alta, comunicaciones a las empresas y trabajadores, el procedimiento de revisión de las altas médicas de contingencias profesionales emitidas por las MATEPSS, a



cargo de la entidad gestora, la de determinación de contingencia a instancia del trabajador, que incorpora el proyecto, a formular cuando la mutua le remite al Servicio Público de Salud tras el reconocimiento inicial y las pruebas necesarias para calificar la contingencia como común, etc.

*El proyecto desarrolla competencias que están establecidas en ley y que no pueden ser modificables por vía de real decreto. Otros aspectos que se mencionan son procedimentales y relacionados con otros reales decretos, su tratamiento global va en contra de la regulación y finalidad específica de lo que se quiere regular por esta norma, ya que se están planteando temas de profundo calado sobre la gestión de la IT que no pueden ser abordados por este real decreto.*

**Cuarta.-** Habría que señalar que el nuevo modelo de emisión de partes de confirmación incidiría en el correcto control de los procesos de baja en la modalidad de pago directo, así como en el adecuado cálculo de las deducciones sociales por parte de las empresas en los supuestos de pago delegado de la prestación, repercusiones que parece ser que el Proyecto no ha tenido en cuenta.

*No se comparte esta afirmación porque no se justifica, ya que el modelo se considera neutro en estos ámbitos.*

**Quinta.-** Como se señalaba anteriormente, se deben establecer mecanismos que permitan a las empresas conocer las fechas de incorporación prevista del trabajador en IT y de la fecha de entrega de los partes de confirmación. Ello es necesario por:

- La división de los mecanismos de gestión de la IT (expedición partes de baja, confirmación y alta) en cuatro bloques, atendiendo a la duración posible/óptima del proceso, muy probablemente dificultará el conocimiento por la empresa de la fecha posible de incorporación del trabajador.
- Además de lo indicado precedentemente al respecto, las tablas de duraciones estimadas, en todo caso orientativas, deberían de ser públicas para permitir a la empresa, por razones organizativas, conocer la duración



posible del proceso y de los plazos en que se expedirán los partes de confirmación en cada caso.

Lo anterior, aparte de las dificultades administrativas asociadas a la duración de la sustitución del trabajador en IT (en caso de que sea necesaria), conllevará también una imposibilidad de conocer un posible incumplimiento del trabajador de los plazos de entrega de los partes de confirmación.

*En este sentido, se pretende avanzar entre la comunicación del INSS con las mutuas y las empresas facilitando toda la información necesaria. Desde el punto de vista de la enfermedad y con independencia de que las tablas sean públicas. El diagnóstico será un dato reservado, por lo que no se podrá conocer por la empresa la duración en relación con la enfermedad.*

**Sexta.-** Dada la continua referencia a formatos de informes y remisión o intercambio de información, la fecha de entrada en vigor debería supeditarse a la emisión de una norma que concrete todos estos aspectos, ya que la puesta en marcha mediante procedimientos transitorios, puede crear confusión y problemas cuya trascendencia puede ser importante para empresas y trabajadores.

*No se pueden establecer fechas específicas ligadas a avances informáticos dependientes de desarrollos complicados y de disponibilidad presupuestaria.*

**Séptima.-** No está claramente resuelto en las menciones a los movimientos de información, la validez del comienzo y final de los plazos, ya que cuando se dice, por ejemplo, que hay un plazo de cuatro días para responder o impugnar, debería concretarse cuándo comienza el plazo y cuándo termina, en base al conocimiento real por los afectados de la información que está en juego.

Se establecen los plazos de forma general como en otras normas.

**Octava.-** No queda muy claro si al ponerse en marcha el envío telemático de la información, deja de ser necesario que el trabajador aporte los documentos de baja, confirmación y alta en la empresa. Debería evitarse duplicidad de trámites.



*El sistema debe mantenerse para evitar la falta de información. Si se depende solo de los SPS puede originar problemas importantes de gestión, por lo que se estima necesaria la doble vía.*

**Novena.-** Igualmente, debería concretarse mejor el momento en que un trabajador debe incorporarse tras un alta, ya que podría tener programados turnos en festivos y la mención a días hábiles que se hace en el artículo 4, puede inducir a confusión.

*No es posible cargar con esta responsabilidad a los médicos cuando no conocen la situación laboral y depende de lo que el trabajador informe.*

**Décima.-** Debe conferirse efectos jurídicos vinculantes a los informes de los facultativos de las MATEPSS, como es el caso, a título de ejemplo, de la participación de las mismas en el procedimiento de evaluación para la prolongación de la situación de IT y en las revisiones de calificación de Incapacidad Permanente. En este y resto de casos, el informe de la Mutua debería ser vinculante para la Entidad Gestora.

En tal sentido, hay que tener en cuenta que las últimas modificaciones legislativas en materia de jubilación, como por ejemplo alargar la edad de jubilación, podrían provocar un incremento en las tramitaciones de las incapacidades permanentes.

*No se debe olvidar que las mutuas son colaboradoras y por tanto no se comparte el criterio de informe vinculante cuando va a ser un órgano colegiado el que valore la situación.*

**Décimo primera.-** Debe considerarse a la empresa como parte interesada en el expediente administrativo para la revisión de la calificación de la contingencia de común a profesional. Ello implica la notificación a la empresa de forma automática al inicio del mismo, para que realice las actuaciones que a su derecho convenga, incluida la de ser parte en el mismo.

*No es la finalidad de la regulación de este proyecto.*



**Décimo segunda.-** Los arts. 7, 9 y 10 (6, 8 y 9, actuales) regulan el sistema de control y seguimiento de la prestación por parte del INSS, las MATEPSS y los Servicios de Salud, estableciendo la posible suspensión y/o extinción de la prestación. Dicho sistema ha sido una reivindicación patronal que por supuesto ahora se comparte; ahora bien, también en su momento se señaló, y ahora se reitera, que es necesario que dichos efectos suspensivos de la prestación se produzcan también ante la negativa del trabajador de acudir a los controles médicos que establezca la empresa.

Como señala la disposición transitoria tercera (actual 2ª), la suspensión cautelar que se prevé en el art. 7.4 y 10.4 (arts. 6 y 9 actuales) requiere una cobertura con rango de ley, que se espera se produzca cuanto antes. La ampliación de esa suspensión a los supuestos que ahora requerimos evidentemente también. En ese sentido, proponemos que se modifique el art. 20.4 del Estatuto de los Trabajadores para que, concretamente la negativa del trabajador a someterse a reconocimiento médico por parte de la empresa a efectos de verificar el estado de enfermedad o accidente, no solo suponga la suspensión del complemento económico que paga la empresa, sino también la de la propia prestación de IT (o al menos que se produzca ese efecto suspensivo hasta el decimoquinto día).

*Con posterioridad al informe de CEOE-CEPYME y como ya se ha indicado en el análisis al artículo 9.4, la suspensión cautelar ha sido regulada mediante la adición de un nuevo apartado 3 en el artículo 132 de la LGSS, según la redacción dada por la disposición final cuatro de la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014.*

*Por tanto, este apartado 4 del artículo 9 viene a dar cumplimiento al referido mandato legal.*

**Décimo tercera.-** En el documento no se fijan procedimientos para las empresas autoaseguradoras para las contingencias profesionales, salvo que se realice de forma explícita una mención a su equiparación con las Mutuas.



*No es la finalidad de la regulación de este proyecto, sino que debería regularse a través de la modificación de las normas específicas que regulan la colaboración, no por este real decreto.*

**Décimo cuarta.-** Debería establecerse con carácter general la facultad de todos los médicos adscritos a los servicios médicos de empresa para expedir recetas médicas para su personal. Esto permitiría reducir a 10 minutos las ausencias del puesto de trabajo, en lugar de las 4 horas de media que supone dicha ausencia cuando el trabajador debe acudir a los Servicios Públicos de Salud. Actualmente, esta facultad está reconocida sólo individualmente, “*ad personam*”, para tratamientos fijados por médicos de los Servicios Públicos de Salud, y las CCAA no están concediendo nuevas autorizaciones cuando el médico titular de la misma se jubila o abandona la empresa.

*No es la finalidad de la regulación de este proyecto, ni tampoco el ámbito normativo, al tenerse que regular por ley.*

**Décimo quinta.-** Hay muchas patologías que requieren de largos procesos de rehabilitación o de tratamientos específicos durante los cuales el trabajador no está incapacitado para trabajar, pero existe un problema de incompatibilidad horaria. Igualmente puede ocurrir que en algunos supuestos en que el trabajador se reincorpora tras un largo proceso de baja resulte necesario una reentrada progresiva. Son situaciones en las que actualmente el trabajador o bien sigue en IT hasta que concluye absolutamente el tratamiento, o bien se reincorpora al trabajo, pero esos tiempos para la rehabilitación o tratamientos corren a cargo de la empresa. Esas situaciones podrían resolverse con esa nueva figura de la IT parcial. Dicha figura requeriría una regulación legal, pero podría procederse como se ha hecho con la suspensión cautelar, que ya se regula en el real decreto sin perjuicio de que se suspenda su aplicación hasta que se apruebe la ley.

*No es la finalidad de la regulación de este proyecto, ni tampoco el ámbito normativo, al tenerse que regular por ley.*



## C) OBSERVACIONES DE CARÁCTER ESPECÍFICO

### **Primera.-** Exposición de motivos.

Entre las referencias normativas que se citan en la Exposición de Motivos del Proyecto, no se recoge el reconocimiento a las Mutuas en el año 2000 de la posibilidad de emitir altas médicas a los efectos económicos que introdujo el artículo 44 del Real Decreto-Ley 6/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia en Mercados de Bienes y Servicios.

Igualmente no se recoge la previsión comentada anteriormente en la Disposición Adicional Cuarta de la Ley 3/2012, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral, que establece que el Gobierno, previa consulta con los interlocutores sociales, estudiará en un plazo de tres meses la modificación del régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social para una más eficaz gestión de la incapacidad temporal.

En opinión empresarial se deberían citar ambas referencias, el artículo 44 del Real Decreto-Ley 6/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia en Mercados de Bienes y Servicios, y la Disposición Adicional Cuarta de la Ley 3/2012, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral.

Con independencia de lo anterior, como se señalaba en el apartado introductorio, las últimas modificaciones realizadas en la exposición de motivos, atentan contra el espíritu de la norma que, como se señalaba en el anterior Real Decreto y en línea con lo establecido en el Informe de Evaluación y Reforma del Pacto de Toledo, en parte iba dirigido a incrementar los mecanismos de control y seguimiento de las prestaciones, especialmente las de incapacidad temporal, a fin de evitar, entre otras cuestiones, prácticas abusivas, sin que de ello se derivase una menor protección para el trabajador.

*Se ha considerado una redacción más adecuada, que no afecta al contenido sustancial.*



**Segunda.-** Al Artículo 2. Declaraciones médicas de baja y de confirmación de baja en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes.

Si se tiene en cuenta que hace 16 años, en el año 1997 con la modificación legal en la evaluación de la incapacidad permanente ya se recogía unas tablas similares, y que nunca se desarrolló, es de suponer que esta nueva sistemática difícilmente será aplicable en los próximos años.

En todo caso, sí que hay que destacar que en el primer bloque de los procesos, referidos a procesos de baja que cuya duración estimada sea inferior a cinco días, se prevé la emisión del parte de baja y alta en el mismo momento, lo que podría producir automáticamente que procesos que actualmente duran dos o tres días, se alarguen hasta los cinco días. Se entiende que puede ser conveniente, por razones obvias, que el precepto explicita que la duración de dicho proceso, cuyo parte de alta y baja se emite a la vez, no tiene que ser de cinco días, sino que puede ser de una duración inferior.

*La propia redacción habla de “inferior a 5 días”, es decir, de 1 a 5, no dice que serán de 5 días, como parece que la CEOE ha interpretado.*

También hay que destacar que, al regular el contenido obligatorio de los partes médicos de baja, no se incluyen datos tan necesarios para un adecuado control, como es el teléfono de contacto del trabajador, dirección de correo electrónico, número de colegiado del Médico de Atención Primaria, así como también el Código Nacional de Actividades Económicas, de cara a realizar las oportunas estadísticas de seguimiento de la prestación. Sobre el Código Nacional de Ocupaciones, dato de carácter obligatorio, sería deseable valorar la posibilidad de incluir información sobre la actividad laboral concreta del trabajador, con referencia a las labores y requerimientos más importantes del puesto.

Igualmente, hay que señalar que, dado que ciertos plazos empiezan a contar desde la fecha de expedición del parte médico y dada la transcendencia que puede tener en la imputación de responsabilidades por falta de alta en la



Seguridad Social, dicha fecha de expedición debería complementarse con la hora de expedición del parte médico de baja.

Con independencia de lo anterior, se considera que los supuestos en que se emita el parte de baja y el de alta en el mismo acto no debieran limitarse a aquellos con duración estimada de cinco días naturales, sino extenderse también hasta los procesos con duración hasta 15 días, medida que permitiría agilizar la gestión de estos procesos, que son los más comunes.

*No se comparten estas afirmaciones, los datos técnicos se extraen de otros ficheros, como el fichero general de afiliación y la propuesta de la CEOE rompe el principio de simplificación administrativa.*

**Tercera.-** Al Artículo 2. Apartado 2. Declaraciones médicas de baja y de confirmación de baja en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes.

En el apartado 2 de este artículo, se establece que todo parte médico de baja irá precedido de un reconocimiento médico del trabajador que permita la determinación objetiva de la IT para el trabajo habitual, a cuyo efecto el médico requerirá al trabajador los datos necesarios que contribuyan tanto a precisar la patología objeto del diagnóstico, como su posible incapacidad para realizar su trabajo. Se comparte la oportunidad de esa previsión: que resulta imprescindible para que el médico conozca las funciones que realiza el enfermo para que efectivamente pueda evaluar si las limitaciones propias de la enfermedad le imposibilitan o no para su trabajo habitual. Sin embargo, y en coherencia con lo dispuesto en las Observaciones Generales se han de hacer dos precisiones:

1) Si no se protocoliza ese requerimiento de información es más que dudoso que los médicos, con la carga de trabajo que tienen, cumplimenten adecuadamente esa obligación.

2) Es correcto que el médico requiera al trabajador la información sobre las características de su trabajo, de cara a la emisión de una baja (excepto en casos



evidentes de incapacidad para cualquier trabajo), pero tal información debería ser facilitada por la empresa.

Quizás en este Real Decreto pudiera articularse algún procedimiento que permita una relación fluida entre la empresa, el Servicio Público de Salud (en particular con la Inspección Médica), con el INSS y con las Mutuas; de manera que, por ejemplo, las empresas puedan facilitar al Servicio Público de Salud información relevante sobre los requerimientos que conlleva el puesto de trabajo ocupado por el trabajador; o que en determinados supuestos se puedan elevar alegaciones o recursos frente a las decisiones administrativas (es decir, más allá de una mera remisión de información sobre la situación de los procesos).

Asimismo, se debería reconocer a las empresas colaboradoras con el INSS en la gestión del pago de la IT por contingencia común con servicio médico, como “entidad competente de gestionar la prestación económica”, en el mismo concepto al que se reconoce a las Mutuas en su gestión de la contingencia común para el envío de información de la baja IT.

*No es la finalidad de la regulación de este proyecto, ni tampoco el ámbito normativo, al tenerse que regular por ley.*

**Cuarta.-** Al Artículo 2. Apartado 3. Declaraciones médicas de baja y de confirmación de baja en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes.

Se considera que en el caso del control de la baja en contingencia común, la revisión para la emisión de partes de confirmación no debería exceder en ningún caso los 20 días naturales entre revisiones.

Como ya se ha señalado anteriormente, se considera que los periodos de incapacidad temporal deben durar estrictamente lo necesario, en términos de recuperación del trabajador para desempeñar sus funciones no debiendo prolongarse innecesariamente.



*Ya se han valorado desde el punto médico estas duraciones y no se coincide en cambiarlas.*

**Quinta.-** Al Artículo 2. Apartado 4. Declaraciones médicas de baja y de confirmación de baja en los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes.

Se considera necesario incluir a otras entidades colaboradoras, como pudieran ser las empresas colaboradoras con el pago de la prestación de IT por contingencia común y con servicio médico, para que el INSS remita partes de baja y confirmación tal como se propone para el resto de entidades.

*No es la finalidad de la regulación de este proyecto, debería regularse a través de la modificación de las normas específicas que regulan la colaboración, no por este real decreto.*

**Sexta.-** Al Artículo 3. Declaraciones médicas de baja y confirmación de baja en los procesos de incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales.

El Proyecto recoge que, en el caso de que la incapacidad temporal derive de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional, el médico del Servicio Público de Salud o de la Mutua expedirá el correspondiente parte de baja y, posteriormente, a los siete días naturales siguientes, expedirá el primer parte de confirmación y sucesivamente, cada siete días, a partir del primer parte de confirmación.

Desde la óptica empresarial carece de justificación el mantenimiento de este tipo de partes cuando es la Mutua la que controla el proceso desde su origen, por lo que se considera oportuno que en el caso de que la incapacidad temporal derive de contingencias profesionales, la emisión de los partes de confirmación sea suprimida, o alternativamente, siempre y cuando no se elimine su cumplimentación, se adecue a las previsiones relativas a los procesos por contingencias comunes, en función del periodo de duración probable de la baja y según se estime por el profesional médico.



*Como ya se ha indicado en el análisis al artículo 3, razones de coherencia y homogeneidad han aconsejado establecer en este real decreto, para los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales, los mismos plazos que se han indicado en el apartado 3 del artículo 2 para los derivados de contingencias comunes.*

Igualmente hay que señalar que, dentro de este precepto, no se recoge ninguna mención sobre la emisión de los partes médicos en el caso de las empresas que asumen la colaboración en la gestión de la asistencia sanitaria, previsión que tendría que tenerse en cuenta, proponiéndose la siguiente redacción:

“ (...) A tal efecto entregará al beneficiario un informe médico en el que describa la patología y señale su diagnóstico, el tratamiento dispensado y los motivos que justifican su calificación de la contingencia causante como común, al que acompañará los informes relativos a las pruebas que, en su caso, se hubieran realizado, y el Servicio Público de Salud emitirá, en su caso, el correspondiente parte de baja desde la fecha del reconocimiento por los Servicios Médicos de la Mutua, asumiendo la asistencia sanitaria que fuera precisa. (...) “.

Por último, debe destacarse que el apartado dos de este artículo recoge un procedimiento en el caso de que el facultativo de la Mutua califique inicialmente la patología causante de un proceso común, remitiendo al trabajador al Servicio Público de Salud para su tratamiento, existiendo la posibilidad de que el trabajador discrepe con la calificación realizada por la Mutua ante la Entidad Gestora. En la regulación del citado procedimiento, y de cara a evitar una desprotección del trabajador durante la resolución de la calificación de la contingencia, sería necesario incluir una mención expresa para que el Servicio Público de Salud emita el correspondiente parte médico de baja por contingencias comunes, prestando la asistencia sanitaria que precise el trabajador hasta la resolución.

Por otra parte se propone que se incluya al final del apartado 3 la siguiente mención “para su trabajo habitual”.



*No se puede imponer por norma la emisión de un parte de baja. El médico del SPS deberá valorar la situación y en su caso, a través del INSS, la contingencia si discrepa.*

**Séptima.-** Artículo 4 (actual 5). Declaraciones médicas de alta en los procesos derivados de contingencias comunes y de contingencias profesionales.

Este precepto establece que el alta médica extinguirá el proceso de incapacidad temporal, con efectos del primer día siguiente al de su emisión, lo que obligará al trabajador a reincorporarse a su puesto de trabajo el mismo día en que produzca sus efectos el alta médica. De cara a una mayor seguridad sobre los efectos del alta, se entiende más idóneo que la norma recoja que el alta médica extinguirá el proceso de incapacidad, con efectos desde el día de su emisión, lo que obligará al trabajador a reincorporarse a su puesto de trabajo al día hábil siguiente., salvo en dos causas de alta médica que no se ajustan a esa regla y que prorrogarían la situación de IT: el alta médica por propuesta de incapacidad permanente, y el alta médica por pase al control del INSS.

*Se considera una cuestión de redacción, el contenido es prácticamente el mismo.*

En relación al contenido del parte, resulta necesario que entre la información a incluir, en el mismo debe recogerse necesariamente la fecha del alta médica. La norma menciona, sin perjuicio de la emisión del alta, la posibilidad de que el Servicio Público siga prestando al trabajador la asistencia sanitaria que considere conveniente, siendo necesario incluir también la mención de la posibilidad de que las Mutuas también puedan seguir prestando la asistencia sanitaria, e incluso tratamientos rehabilitadores, que sin requerir la emisión de una nueva baja, se considere oportunos.

Por último, dentro del apartado tercero de este artículo, se recoge la asunción de competencias de la Entidad Gestora en los procesos de incapacidad temporal que superan la duración de los 365 días en consonancia con las previsiones recogidas en el artículo 128 de la Ley General de la Seguridad Social; sobre este aspecto, independientemente de las competencias del INSS a partir de ese momento, resulta oportuno incluir una mención que garantice la



competencia de las Mutuas para realizar las oportunas labores de control y seguimiento de estos procesos.

En todo caso, y de cara al cómputo de la duración de los procesos de baja que alcanzan 365 días de duración, debería aclararse que se computará el periodo comprendido desde la emisión del alta médica con propuesta de incapacidad permanente, hasta la resolución denegatoria de la incapacidad por parte de la Entidad Gestora.

Los partes médicos de alta deben también comunicarse a las empresas colaboradoras con el pago de la prestación de IT por contingencia común y con servicio médico, tal y como ocurre con las mutuas cuando gestionan la contingencia común.

*Las observaciones no son de rango de real decreto, sino de ley.*

**Octava.-**Artículo 5. (actual 4). Informes complementarios.

Este artículo regula la emisión de los informes complementarios e informes trimestrales; sobre tal previsión, hay que tener en cuenta que la emisión de los informes mismos ya se recoge en el actual Real Decreto 575/1997 y, a pesar de haber transcurrido casi dieciséis años, existe un claro incumplimiento de los Servicios Públicos de Salud en su cumplimentación. Según datos manifestados por la Subdirección General de Gestión de IT del INSS, en las reuniones de las Comisiones de Seguimiento de los Convenios de Financiación para la racionalización de la IT, en 2012, a nivel nacional se cumplimentó únicamente el 63% de los informes médicos de control correspondientes al primer trimestre y el 73% del tercer trimestre.

A la luz de este incumplimiento, y de cara a descargar de trabajo administrativo a los facultativos de los Servicios Públicos de Salud, se propone la supresión de tales informes complementarios e informes trimestrales, tanto en procesos por contingencias comunes como profesionales, todo ello sin perjuicio de mantener las previsiones recogidas en el apartado tres de este artículo sobre el acceso a la historia clínica de atención primaria por parte los médicos del INSS y de las Mutuas.



*No se comparte esta afirmación, ya que los informes tienen un significado de control y de reflexión por parte de los médicos sobre el caso específico de IT. Además, a través de los Convenios se está incrementando el número y la implicación de los SPS.*

En relación a la posibilidad anterior de acceso al historial por parte de los facultativos de las Mutuas, la norma no concreta el procedimiento telemático en base al cual se articularía tal acceso, considerándose imprescindible la concreción de mismo, recogiendo de forma expresa el acceso por parte de los facultativos de las Mutuas a la información de la historia clínica relacionada con el proceso de baja; en este sentido en la reunión del Grupo de Trabajo sobre la IT, creado en el seno del Consejo General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, que se celebró el pasado 11 de septiembre, se analizó el contenido del Proyecto que ahora se informa, y por parte de los representantes de la Administración se manifestó que era su voluntad permitir ese acceso al apartado de la historia referida al proceso de baja que motiva la situación de incapacidad temporal, aspecto este que tendría que recoger y concretar el Proyecto.

Sobre ese acceso, hay que señalar que no existe ningún impedimento legal para que el trabajador pueda autorizar al profesional médico de la Mutua a proceder a tal acceso, ya que según las previsiones recogidas en el artículo 18 del 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, el trabajador tiene recogido el derecho de acceso a su historia clínica, facultad que puede delegar en un tercero. En opinión empresarial debería concretarse el procedimiento telemático concreto en base al cual los médicos de las Mutuas tendrían acceso a la historia clínica de Atención Primaria, o al menos a la parte de la historia relacionada con el proceso de incapacidad temporal, previa autorización del trabajador para acceder a la citada información.

Igualmente se debe facilitar el acceso a los informes médicos complementarios a las empresas colaboradores con el pago de la prestación de IT por



contingencia común y con servicio médico, tal y como ocurre con las mutuas cuando gestionan la contingencia común.

*Los informes también servirán a las Mutuas para el control; el acceso a la historia clínica no está habilitado para sus profesionales médicos, al no ser funcionarios. En una nueva versión del texto la expresión “historia clínica informatizada” se ha sustituido por “documentación clínica”.*

**Novena.-** Artículo 6 (actual 7). Tramitación de los partes médicos.

Como se ha venido reiterando, resulta fundamental que la empresa conozca cuanto antes la situación de baja del trabajador, para que pueda adoptar convenientemente las decisiones organizativas que correspondan. En ese sentido resulta mejorable la previsión del art. 6.1, que señala que “en el plazo de tres días hábiles el trabajador entregará a la empresa la copia destinada a ella...”.

En otros apartados del Real Decreto se prevén remisiones inmediatas de ciertas resoluciones vía telemática (Arts. 7.4, 10.4, Disposición Adicional Primera, Disposición Transitoria primera). Pues bien, se considera que también para el supuesto que se regula en el Art. 6.1 (la comunicación de la baja y sus confirmaciones) debiera preverse un sistema ágil e inmediato (telemático, correo electrónico, etc.).

Dado que uno de los fines que persigue este Proyecto de Real Decreto es aligerar los trámites y cargas burocráticas, se considera necesario eliminar la obligatoriedad de que las empresas deban transmitir los partes médicos al INSS, dado que el Servicio Público de Salud ya los envía, y este, fruto de los Acuerdos suscritos, cuenta con todos los datos de la empresa a través de los cruces con la Tesorería General de la Seguridad Social. De esta manera, se eliminaría un trámite burocrático importante para las empresas.

*Ya está analizada esta problemática en otros apartados.*

Asimismo, en el apartado tercero, se recoge que el INSS distribuirá y reenviará de manera inmediata y, en todo caso, en el primer día hábil de su recepción,



los partes destinados al Instituto Social de la Marina y a las Mutuas, considerándose más oportuno que, de cara a una mayor inmediatez que permita un mejor control de la prestación, el envío de los partes médicos por la Entidad Gestora a las Mutuas y al Instituto Social de la Marina, se produzca en el día de su recepción por parte del INSS.

*Técnicamente no es posible, porque no se puede realizar un tratamiento on line, por lo que hay que esperar a recoger todos los partes del día y enviarlos el día siguiente.*

Se propone incluir en el punto 1 antes del párrafo tercero un nuevo párrafo con el siguiente tener literal: “el parte médico de alta destinado a la empresa, será entregado por el trabajador dentro de las 24 horas siguientes a su expedición a la empresa, o en su caso a la Entidad Gestora o Mutua en los casos indicados de finalización del contrato en IT (indicados en el párrafo anterior)”.

*Se comparte esta observación, ya que no se ve la causa de demora del parte de alta a 3 días y, en consecuencia, se traslada al articulado el texto propuesto por la CEOE.*

Igualmente se propone Incluir en el punto 2 la siguiente mención “... las empresas remitirán al INSS...”

Al igual que sucede con las Mutuas, las empresas colaboradoras en el pago de IT por contingencia común puedan, en el caso de trabajador despedido seguir recibiendo partes tal como ocurre con las Mutuas.

*También se comparte esta aclaración.*

En todo caso, hay que destacar que la regulación de la tramitación de los partes médicos, no hace referencia al colectivo de trabajadores por cuenta propia y su obligación de presentar los partes médicos de baja, confirmación y alta a la Entidad Gestora o Colaboradora con la que se proteja la prestación económica de Incapacidad Temporal.



*Desde el punto de vista de gestión no se presentan problemas para este colectivo.*

Con independencia de lo anterior, en este artículo se establece que el incumplimiento del empresario dará lugar a una serie de responsabilidades con las consecuentes sanciones. Sin embargo no se recoge la posibilidad de que exista una justificación para este incumplimiento que pueda exonerar al empresario de esta responsabilidad.

Sería conveniente que esta posibilidad se recogiera en el contenido de este artículo, proponiéndose a tal efecto la siguiente redacción:

“Artículo 6. Tramitación de los partes médicos  
(...)”

El incumplimiento por el empresario, sin causa justificada, de las obligaciones establecidas en los apartados anteriores, así como la falta de consignación en los partes de baja y de confirmación de baja de las declaraciones y hechos que corresponda señalar al empresario, o su consignación defectuosa, de forma que impida el conocimiento de los mismos, se considerará infracción de las tipificadas en el artículo 21.6 de la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social, texto refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto.

Asimismo, la no remisión de los partes médicos al Instituto Nacional de la Seguridad Social, sin causa justificada, podrá dar lugar a que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a propuesta de la Entidad Gestora o de la Mutua, deje en suspenso las correspondientes deducciones por incapacidad temporal efectuadas en los boletines de cotización.

De la suspensión acordada se dará traslado a la Tesorería General de la Seguridad Social, así como a la Entidad Gestora o Mutua.”

Esta matización ha de hacerse dentro del espíritu de la norma, dado que en el Artículo 9 cuando se abordan los requerimientos a los trabajadores para el reconocimiento médico si se tiene en cuenta, y así se recoge en su apartado 4, la posibilidad de que el trabajador no comparezca por causa justificada.



En base a lo expuesto y por rigor legislativo no puede imponerse mayor exigencia a los empresarios, debiéndose aplicar el principio de la buena fe a sus comportamientos en el sentido de otorgar la capacidad de que puedan justificar la falta de incumplimiento de las obligaciones que les vienen impuestas por el artículo 7.4.

*Al respecto se indica que existirán comunicaciones previas a las empresas para avisarlas y valorar la situación antes de proceder a la suspensión.*

**Décima.-** Artículo 7 (actual 6). Propuestas de alta médica formuladas por la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social en los procesos derivados de contingencias comunes.

*La CEOE realiza observaciones en relación con este artículo 7 (ahora 6), pero respecto de una versión anterior, la cual, como ya se ha indicado, ha sido sustituida por una nueva redacción que mantiene casi literalmente lo dispuesto actualmente en el artículo 5 del Real Decreto 575/1997.*

**Décimo primera.-** Artículo 8 (integrado en el art. 7, como apdos. 5 y 6). Expedición de altas médicas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social u el Instituto Social de la Marina.

Este artículo, en el apartado primero, recoge que cuando el INSS emita un alta médica, la comunicación de ese alta a la empresa se realizará por parte de la Mutua, dictando el acuerdo y declarando extinguido el derecho, sus motivos y efectos.

Actualmente cuando el INSS emite altas, esa notificación a la empresa la realiza directamente esa Entidad, produciendo los oportunos efectos desde su expedición; esta novedad, en cuanto a la comunicación a la empresa, traslada una carga administrativa desde el INSS a las Mutuas, sin ningún tipo de justificación, y que además podría producir un retraso de los efectos del alta acordada por la Entidad Gestora. Por tanto se estima que la comunicación a las empresas de las altas emitidas por el INSS, deben ser realizadas directamente por esa Entidad.



*Se comparte esta apreciación y se modifica el texto del proyecto.*

Como se ha venido señalando se considera necesario el envío de alta al trabajador por parte del INSS a las empresas colaboradoras en la gestión del pago de la IT por contingencia común y con servicio médico, al igual que se envía a las mutuas en su gestión en el pago de la IT en contingencia común.

En la última versión del Proyecto se ha eliminado el apartado tercero, que recogía que las Mutuas podían formular propuestas de alta ante los Inspectores Médicos de la correspondiente Entidad Gestora, con arreglo al procedimiento regulado en los apartados 3 y 4 del artículo 7 (actual 6), apartados que también se han eliminado del Proyecto.

Sobre esa posibilidad, habría que reiterar los comentarios realizados en el apartado anterior sobre la necesidad de recoger expresamente la posibilidad de que las Mutuas puedan presentar propuestas de alta ante la Entidad Gestora al igual que se presentan ante los Servicios Públicos de Salud, ya que hay que tener en cuenta que los Inspectores Médicos del INSS ejercen las mismas competencias que la Inspección de Servicios Sanitarios de los Servicios Públicos, por lo que si la Mutua puede presentar propuestas de alta al Servicio Público de Salud, igualmente se debería poder plantear dichas propuestas ante la Entidad Gestora, sin condicionar expresamente a que exista una previa desestimación por el Servicio Público de Salud.

*Como ya se ha indicado, el artículo 7 (actual 6) ha sido modificado dándole una redacción distinta a la analizada por la CEOE.*

**Décimo segunda.-** Artículo 9 (actual 8). Seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal.

El artículo propuesto recoge, en el apartado segundo, que los actos de comprobación de la incapacidad temporal que lleven a cabo los médicos 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, pudiendo



acceder a los informes médicos, pruebas y diagnósticos, considerándose oportuno la mención de la posibilidad de acceso además a las actuaciones de control y seguimiento que se hubieran podido realizar.

Dentro de este apartado, se recoge que los Inspectores Médicos de la Entidad Gestora tendrán acceso, por vía telemática, a la totalidad de la historia clínica informatizada, tanto de atención primaria como de atención especializada del Servicio Público de Salud, de todos los trabajadores del Sistema de la Seguridad Social, olvidándose de incluir a las Mutuas en ese acceso, previsión que debería recogerse expresamente; sobre este acceso, hay que tener en cuenta que en la reunión, del pasado 11 de septiembre, del Grupo de Trabajo de IT, creado en el seno del Consejo General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, por parte de la Administración se aclaró que la voluntad del Proyecto era permitir que los facultativos de las Mutuas pudieran acceder al apartado correspondiente de la historia clínica informatizada relacionada con el proceso de incapacidad temporal que motiva la situación de baja.

En relación a ese acceso por parte de las Mutuas, y en consonancia con lo comentado en el apartado 5 del Proyecto, hay que señalar que no existe ningún impedimento legal para que el trabajador pueda autorizar al profesional médico de la Mutua a proceder a tal acceso, ya que según las previsiones recogidas en el artículo 18 del 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, el trabajador tiene recogido el derecho de acceso a su historia clínica, facultad que puede delegar en un tercero, por ello debería incluirse a los facultativos de las mutuas en el acceso a la totalidad de la historia clínica informatizada, tanto de atención primaria como de atención especializada, siempre y cuando exista una autorización por parte del trabajador en situación de baja.

Además hay que señalar, tal y como se comentaba en relación al artículo 5 del Proyecto, que en la reunión del Grupo de Trabajo sobre la IT, creado en el seno del Consejo General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, que se celebró el pasado 11 de septiembre, por parte de los representantes de la Administración se manifestó su voluntad de permitir el acceso de los facultativos de las Mutuas al apartado de la historia relativo al proceso de baja



que motiva la situación de incapacidad temporal, aspecto este que tendría que recoger y concretar el Proyecto.

Como ya se ha señalado anteriormente, se considera que los Servicios Médicos de las MATEPSS deberían tener acceso a las historias médicas de los beneficiarios en las mismas condiciones que el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en relación con sus trabajadores protegidos de aquellos apartados de la historia clínica relacionada con el proceso de incapacidad temporal.

Asimismo se debería Incluir en el seguimiento y control de la prestación económica de la IT a las empresas colaboradoras en la gestión del pago de la IT por contingencia común y con servicio médico, al igual que se incluyen a las mutuas en su gestión en el pago de la IT en contingencia común.

*El acceso a la historia clínica no está habilitado para las Mutuas al no ser funcionarios sus profesionales médicos. En todo caso, en el texto se ha sustituido la mención a la historia clínica por la de “documentación” clínica y se ha eliminado el término “informatizada”.*

**Décimo tercera.-**Artículo 10 (actual 9). Requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico.

Este artículo regula los requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico, recogiendo que, si el trabajador no hubiese comparecido por cualquier causa a la citación, se procederá a la suspensión cautelar del subsidio hasta tanto se compruebe si es o no justificada la no comparecencia. Dicha resolución se comunicará a la empresa, por vía telemática, a través del sistema de Remisión Electrónica de Datos (RED), previo informe de los médicos adscritos a sus centros de gestión directa.

En cuanto a la posibilidad de realizar esa comunicación a través del Sistema RED, resulta necesario valorar si técnicamente resulta posible realizar tal comunicación por ese sistema.

*En efecto, técnicamente es posible.*



Igualmente resulta necesario eliminar la mención al previo informe a los centros de gestión directa de las Mutuas, ya que la justificación o no de la incomparecencia del trabajador a reconocimiento, la debe de realizar el correspondiente médico que forme parte de la red sanitaria de la Mutua, que es quien realice el correspondiente seguimiento de la situación de baja, independientemente de que corresponda a un facultativo de un centro propio o concertado. Se propone suprimir la mención a los centros de gestión directa de la Mutua, y subsidiariamente de mantenerse el texto, añadir los servicios médicos de centros concertados con otras Mutuas y Entidades Mancomunadas.

*No se admite esta observación y se mantiene el texto en sus términos.*

Por último, el párrafo segundo del apartado cuarto recoge como novedad una definición de incomparecencia injustificada, que se basa en un informe emitido por el médico del Servicio Público de Salud; esa valoración por parte del Servicio Público, además de no adecuarse a las previsiones del artículo 131 bis de la Ley General de Seguridad Social, no se considera idónea y acertada, correspondiendo en todo caso a la Entidad Gestora o Mutua valorar, en cada caso concreto, si existen causa concreta que justifique la incomparecencia a un reconocimiento.

Se propone que se suprima en su totalidad el segundo párrafo del apartado cuarto de este artículo, y en caso de que se mantenga, en lugar de “..se señale que la personación era desaconsejable” se añada “...se acredite que la personación era desaconsejable”, así como respecto a las causas que puedan justificar la incomparecencia del trabajador en el supuesto de requerimiento para reconocimiento médico, no se deje como numerus apertus, a “cualquier otra circunstancia”. Igualmente, debe eliminarse la consideración de la ausencia como justificada cuando se cite al trabajador en un plazo inferior a 5 días hábiles (párrafo 2º, apartado 4º, art. 10), ya que este límite, de facto, impide dar el alta por incomparecencia a reconocimiento en procesos de corta duración.



En coherencia con las reiteradas manifestaciones realizadas, se debería incluir en los requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico a las empresas colaboradoras en la gestión del pago de la IT por contingencia común y con servicio médico, al igual que se incluyen a las mutuas en su gestión en el pago de la IT en contingencia común.

*No se comparte esta observación, porque se entiende que el artículo ofrece garantías a las dos partes antes de extinguir la prestación.*

*Con posterioridad al informe de CEOE-CEPYME y como ya se ha indicado en el análisis al artículo 9.4, la suspensión cautelar ha sido regulada mediante la adición de un nuevo apartado 3 en el artículo 132 de la LGSS, según la redacción dada por la disposición final cuatro de la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014.*

*Por tanto, este apartado 4 del artículo 9 también viene a dar cumplimiento al referido mandato legal.*

**Décimo cuarta.-** Artículo 11 (actual 10). Cooperación y coordinación.

Este artículo está dedicado a la cooperación y coordinación entre las entidades implicadas en la gestión de la prestación de incapacidad temporal, que se instrumentalizará a través de Acuerdos de Colaboración.

Dentro de este artículo, se considera oportuno incluir una mención que permita a las Mutuas asumir con cargo al patrimonio de la Seguridad Social la realización de pruebas diagnósticas, tratamientos y procesos de recuperación funcional dirigidos a evitar la prolongación innecesaria de los procesos de baja laboral por contingencias comunes, salvo que en los correspondientes Acuerdos suscritos y autorizados por la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, se hubiera previsto expresamente el resarcimiento posterior por los Servicios de Salud.

Se debe incluir en la cooperación y coordinación entre entidades colaboradoras a las empresas colaboradoras en la gestión del pago de la IT por contingencia



común y con servicio médico, al igual que se incluyen a las mutuas en su gestión en el pago de la IT en contingencia común.

*La observación planteada excede el ámbito de aplicación de la presente norma.*

**Décimo quinta.**-Disposición Adicional Primera (actual final 4ª, dos). Prolongación de la incapacidad temporal y agotamiento de la misma.

No hay correspondencia entre el título de la disposición adicional primera con el contenido de la misma, toda vez, que en su desarrollo no se hace ninguna mención al agotamiento de la incapacidad temporal, circunscribiéndose únicamente a la prolongación de la incapacidad temporal.

Las previsiones contenidas en esta Disposición deberían recogerse en el artículo 4 (actual 5) del Proyecto, en el que se regulan las competencias del INSS en los procesos de incapacidad temporal que han superado los 365 días de duración.

*Se ha introducido un nuevo artículo 7 en el Real Decreto 1430/2009, que se recoge en la disposición final 4ª, cinco, aclarando los efectos de esta situación de prolongación de la incapacidad temporal.*

**Décimo sexta.**- Disposición adicional segunda (actual, primera). Remisión de los datos por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Entidades Profesionales de la Seguridad Social.

Esta disposición recoge que las Mutuas 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 y la evaluación de su eficacia; la anterior previsión es demasiado amplia y genérica, y se considera que debe estar centrada exclusivamente en la gestión de la prestación de incapacidad temporal, añadiéndose por tanto una mención para que la información solicitada por la Dirección General de Ordenación, esté referida a la gestión de la prestación económica de incapacidad temporal.



*Se mantiene la redacción en sus términos, toda vez que la Dirección General de Ordenación es el órgano de dirección y tutela de las Mutuas.*

**Décimo séptima.**-Disposición adicional tercera (desglosada en art. 11 y final 1ª actuales). Procedimientos de revisión y libro de reclamaciones en los procesos de incapacidad temporal.

En esta Disposición, se recoge un procedimiento de formulación de quejas, sobre la gestión de las Mutuas en los procesos de incapacidad temporal, si bien no recoge ninguna previsión sobre la posibilidad de que los trabajadores puedan presentar quejas sobre la gestión realizada por el correspondiente Servicio Público de Salud o la Entidad Gestora. Igualmente, y con el fin de evitar duplicidades en la presentación de quejas y reclamaciones, sería conveniente que se analizara la posibilidad de eliminar el procedimiento para impugnar las altas médicas emitidas por las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social recogido en el Real Decreto 1430/2009.

En esta versión del Proyecto, sigue ampliando de cuatro días a diez días el plazo para que los trabajadores puedan impugnar ante el INSS las altas por contingencias profesionales emitidas por las Mutuas, con lo que se deroga parcialmente de forma implícita el Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, que fija este plazo en cuatro días naturales, incluyendo además en este procedimiento de revisión a las altas presuntas, en el caso de que el Servicio Público de Salud no conteste a una propuesta de alta presentada por las Mutuas y a los acuerdos sobre calificación de contingencias establecido en el artículo 3 del Proyecto.

Esta ampliación del plazo previsto en el Real Decreto 1430/2009 se considera injustificada, más aun si tenemos en cuenta que, por el contrario, no se amplía correlativamente el plazo de cuatro días naturales con el que cuentan los trabajadores para impugnar en vía administrativa las altas emitidas por el INSS tras los 365 días de IT.

En todo caso, aplicar el procedimiento del Real Decreto 1430/2009, que únicamente recoge un procedimiento de revisión de las altas de las Mutuas por



contingencias profesionales a otros supuestos (revisión a las altas presuntas en el caso de que el Servicio Público de Salud no conteste a una propuesta de alta presentada por las Mutuas y a los acuerdos sobre calificación de contingencias), sin aludir a una modificación expresa de ese Real Decreto, no se consideraría correcto en términos de técnica jurídica.

Además sobre la presentación de quejas, hay que señalar que, con la redacción propuesta podría interpretarse que las Mutuas vendrían obligadas a notificar a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social cualquier notificación del trabajador con valor de “queja”, lo cual podría incluir también aquellas que tienen valor de “reclamación previa”. Entendemos que no es el fin perseguido por lo que debería aclararse que deben notificarse únicamente aquellas que no tengan valor de reclamación previa.

Por otro lado, la referencia que se hace en el párrafo 2º del apartado 3 a remitir a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social “sin más trámite ni practicar comunicaciones” podría dar pie a incumplir algunos de los procedimientos legalmente establecidos a nivel autonómico. En este sentido, gran parte de la normativa autonómica, como por ejemplo el “Decreto 121/2013, por el que se regulan las hojas oficiales de queja, reclamación y denuncia en las relaciones de consumo en Cataluña”, o el “Decreto 778/2008, por el que se regulan las hojas de quejas y reclamaciones de las personas consumidoras y usuarias en Andalucía y las actuaciones administrativas relacionadas con ellas”, establecen un determinado procedimiento de tramitación y plazo de tiempo para contestar al reclamante y, en otros tantos casos, obligan a enviar, en este caso a la Mutua, copia de la reclamación al organismo oficial designado al efecto por la propia Comunidad.

Por último, en el segundo párrafo del apartado 3 la referencia al artículo 38 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre debería aclararse que el mismo se refiere a las reclamaciones presentadas ante la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, ya que las Mutuas no tienen la consideración de Administración Pública a los efectos de lo previsto en esa Ley.

*Ante las observaciones recibidas por diferentes vías en relación con esta disposición adicional, se ha perfilado la redacción, y se ha dividido el contenido*



*en el artículo 11 y se ha añadido una disposición final 1ª modificando el artículo 16 del Reglamento de colaboración de las MATEPSS (Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre).*

**Décimo octava.-** Disposición transitoria primera. Partes médicos de incapacidad temporal.

El Proyecto recoge que, en tanto no se publiquen las tablas de duraciones óptimas por patologías y ocupaciones, o cuando la incapacidad temporal derive de una patología no incluida en dichas tablas, la periodicidad en la emisión de los partes se ajustará a las previsiones actuales.

Esa previsión hará que coexistan dos sistemas de controles diferentes de las situaciones de baja médica, lo que claramente resulta poco operativo y va en contra de una eficaz gestión de las situaciones de baja, tanto para las empresas, como para las Mutuas, a la hora de fijar las posibles actuaciones de control que pudieran establecerse.

Es más, la propia disposición parece recoger una entrada paulatina del nuevo marco normativo en cada Comunidad Autónoma en virtud de las resoluciones que se dicten por el Secretario de Estado de la Seguridad Social, situación esta que se considera no será operativa para las empresas con trabajadores ubicados en distintas Comunidades, y que tendrán que fijar procedimientos de gestión de recursos humanos diferentes en función del territorio.

Por todo lo expuesto, se propone suprimir esta disposición, o en su caso, se revisen las previsiones de la misma.

*Esta observación se refiere a una disposición transitoria que en la versión actual ya no figura. En todo caso, las tablas están ya desarrolladas y facilitadas a los SPS. La disposición transitoria primera se refiere ahora al periodo transitorio de cambio de los partes médicos, mientras estos se sustituyen.*



**Décimo novena.-** Disposición transitoria tercera (actual segunda). Adaptación a las Mutuas de los sistemas informáticos.

Esta disposición recoge que, en el plazo máximo de tres meses siguientes a la entrada en vigor del Proyecto, se establecerán las medidas necesarias al objeto de que las Mutuas puedan comunicarse por vía informática con los Centros de Atención Primaria y con las Inspecciones Médicas adscritas al Instituto Nacional de la Seguridad Social y al Instituto Social de la Marina.

De cara a garantizar el adecuado funcionamiento de las comunicaciones telemáticas, del cual depende el éxito de aplicación de la inmensa mayoría de las previsiones contenidas en el Proyecto, resulta necesario que en el plazo citado en la disposición se fijen los concretos canales de comunicación que usarán las Mutuas para ese acceso, garantizándose en todo caso la reciprocidad en el intercambio de información entre las Mutuas, Entidad Gestora y Servicios Públicos de Salud.

En todo caso, hay que señalar que la implantación de las oportunas vías de comunicación por parte de las Mutuas, debe venir acompañado de la autorización por parte de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, de las partidas presupuestarias suficientes y adecuadas que permitan la correcta aplicación y funcionamiento de los procedimientos telemáticos a implantar.

Por todo lo expuesto se propone que en el plazo máximo de tres meses se fijen los concretos canales de comunicación que usarán, garantizándose en todo caso la reciprocidad en el intercambio de información entre las Mutuas, Entidad Gestora y Servicios Públicos de Salud, así como se autoricen a las Mutuas las correspondientes partidas presupuestarias que permitan la correcta aplicación y funcionamiento de los procedimientos telemáticos a implantar.

Se debe Incluir en la adaptación a los sistemas informáticos a las empresas colaboradoras en la gestión del pago de la IT por contingencia común y con servicio médico, al igual que se incluyen a las mutuas en su gestión en el pago de la IT en contingencia común.



*Esta disposición transitoria segunda se ha modificado posteriormente, estableciendo únicamente comunicaciones por vía informática entre las Mutuas y el INSS e ISM.*

**Vigésima.-** Introducción de una nueva disposición adicional.

En consonancia con lo señalado en el artículo 11 (actual 10) del Proyecto relativo a la cooperación y coordinación entre las entidades implicadas en la gestión de la prestación de incapacidad temporal, y la posibilidad de que las Mutuas realicen pruebas diagnósticas, tratamientos y procesos de recuperación funcional dirigidos a evitar la prolongación innecesaria de los procesos de baja laboral por contingencias comunes, se entiende oportuno adaptar y adecuar los artículos 82 y 83.2 del actual Reglamento sobre Colaboración, a tales previsiones.

Se propone la siguiente redacción de los artículos 82 y 83.2 del Real Decreto 1993/1995:

“Artículo 82. Actuaciones sanitarias de urgencia de las Mutuas.

Cuando la situación de incapacidad se prolongase a consecuencia de la demora en la práctica de las pruebas diagnósticas o en la aplicación de tratamientos médicos o quirúrgicos prescritos por el Servicio de Salud correspondiente, los servicios médicos de las Mutuas podrán llevar a cabo dichas pruebas o tratamientos previo consentimiento informado del trabajador una vez comprobada la adecuación y calidad de los mismos, asumiendo a su cargo el coste de tales actuaciones, según los términos y condiciones que se establezcan en los Acuerdos y Convenios a que se refiere el artículo 83.2”.

“Artículo 83. Cooperación y coordinación.

(...)

2. Los acuerdos y convenios correspondientes, podrán fijar en su caso, las posibles compensaciones económicas que hayan de satisfacerse por el Servicio Público de Salud de que se trate como contraprestación por los servicios



realizados por las Mutuas, así como la forma y condiciones en que aquellas compensaciones serán satisfechas”.

*Técnicamente la redacción propuesta debería recogerse en una disposición final, no en una adicional. No obstante, no se considera oportuno recoger esta propuesta en el articulado.*

### **e) Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social**

La DGOSS, en su informe de 25-10-2013, pone de manifiesto las siguientes observaciones:

#### **1. Observaciones en cuanto a la oportunidad del proyecto.**

En opinión de la DGOSS, resulta evidente la oportunidad de aprobar una nueva norma reglamentaria en lugar de modificar el Real Decreto 575/1997, actualmente vigente y que el proyecto pretende sustituir.

No obstante, indica la DGOSS, que hubiera sido deseable que se aprovechara la ocasión para efectuar una refundición y adaptación con carácter general de todos los textos reglamentarios actualmente vigentes en materia de incapacidad temporal, a fin de acabar con la dispersión de que adolece esta normativa, en aras de la seguridad jurídica.

*Si bien se comparte esta apreciación con la DGOSS, conviene precisar que la refundición y adaptación de los textos reglamentarios no se circunscribe solo a la prestación de IT, sino que afectaría a todas las prestaciones del sistema de Seguridad Social y, en este momento, en el que está prevista la elaboración inmediata de un nuevo texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, no sería oportuno proceder a la elaboración de textos reglamentarios de carácter general. Una vez aprobado dicho texto, sería el momento de acometer uno o varios reglamentos generales de prestaciones.*

*Por otra parte, la iniciativa de dicho cometido correspondería a la propia DGOSS, toda vez que, conforme a lo establecido en el artículo 6.1.I) del Real Decreto 343/2012, de 10 de febrero, por el que se desarrolla la estructura*



*orgánica básica del Ministerio de empleo y Seguridad Social, corresponde a dicha Dirección General, entre otras, “la realización de las funciones de ordenación jurídica del sistema de la Seguridad Social, elaborando e interpretando las normas y disposiciones que afecten a dicho sistema”.*

La DGOSS estima conveniente destacar como muy positiva la reforma contenida en el proyecto en materia de plazos de emisión de los partes médicos de confirmación de la baja, dirigida a racionalizar y flexibilizar tales plazos en función de las diferentes patologías y circunstancias del trabajador, reduciendo así la rigidez e ineficiencia que propicia en muchos procesos de incapacidad temporal la vigente regulación.

## 2. Observaciones en cuanto al contenido del proyecto.

### Preámbulo

Se advierte que en la página 3, tercer párrafo, se alude al artículo 78 de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, afirmando que autoriza a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (en lo sucesivo Mutuas), a través de sus facultativos, a acceder al diagnóstico de los procesos que gestionan, para que puedan desarrollar eficazmente las funciones encomendadas de control y seguimiento de la prestación, afirmación que no responde exactamente al contenido de la norma citada, ya que lo que esta determina, a los efectos que aquí interesan, es que: “La colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social con el Sistema Nacional de la Salud, en la gestión de la incapacidad temporal, establecida en la Ley de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social de 1994, será objeto de desarrollo reglamentario, a fin de posibilitar la eficacia de sus actividades en este ámbito.

Con dicha finalidad deberán establecerse mecanismos para que el personal facultativo sanitario de ambos sistemas pueda acceder a los diagnósticos que motivan la situación de incapacidad temporal, con las garantías de confidencialidad en el tratamiento de los datos que se establezcan”, es decir, el aludido artículo no autoriza directamente a las Mutuas a acceder al diagnóstico



de los procesos que gestionan, sino a que se proceda al desarrollo reglamentario de la ley a ese objeto, por lo que convendría matizar la afirmación que se hace en este párrafo.

*Se comparte esta observación y se modifica el preámbulo en el sentido apuntado por la DGOSS.*

#### Artículo 1.

No parece que la definición del ámbito de aplicación del proyecto se adecúe a este, ya que se dice que el Real decreto se aplicará a “quienes desarrollen un trabajo o actividad,...”, lo que no es exacto, pues también deberá aplicarse a relaciones entre distintas instituciones y actuaciones administrativas sin intervención del trabajador. Por ello, se estimaría más correcta una definición del ámbito de aplicación similar a la que sigue:

“Lo dispuesto en este Real decreto se aplicará 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 desarrollen un trabajo o actividad, por cuenta ajena o propia, y estén incluidos en cualquiera de los regímenes que integran el sistema de la Seguridad Social”.

*Se comparte esta observación y se traslada la redacción al texto del proyecto.*

#### Artículo 2.

En relación con el título del artículo y su actual contenido en el proyecto, limitados ambos a contingencias comunes, la DGOSS remite al comentario del artículo 3.

El contenido del apartado 2, párrafo 2, del artículo resulta algo confuso (no se hace observación alguna al primer párrafo). Por ello, se apunta la conveniencia de incluir como segundo párrafo del mismo un texto en el que se determine claramente cuál debe ser el contenido mínimo obligatorio del parte médico de baja (cuyo conocimiento, aunque parece darse por sentado, no se deduce del



texto del actual segundo párrafo, pues no se distingue si todos los datos que deben remitirse deben estar también obligatoriamente incluidos en el parte de baja o solo una parte de ellos).

Asimismo, podría ser conveniente concentrar en un único precepto todo lo referente al contenido y formato del parte médico de baja, refundiendo el segundo párrafo del apartado 4 con el segundo párrafo (en los términos propuestos más arriba) del apartado 2, ambos de este artículo 2.

*Se comparten parcialmente estas observaciones, pues sería más práctico, con el fin de no incluir gran cantidad de datos en el proyecto, que hubiera una referencia al modelo de los partes, indicando que son de obligada cumplimentación por parte de los SPS; no obstante, la redacción actual establece una serie de campos, que expresamente por su importancia, se quiere mantener, para que no existan dudas sobre la necesidad de cumplimentación, sin perjuicio de los que ya se están enviando de acuerdo a cada tipología de trabajador y contingencia.*

Se observa, por otra parte, que el primer párrafo del apartado 2 debería suprimirse, ya que el mismo trámite se regula en el apartado 3 del artículo 6, correspondiendo al objeto de este.

*El ponente estima que no se debe eliminar el primer párrafo del apartado 2 del artículo 2, artículo de declaración de baja, pues es el que centra las condiciones de determinación objetiva de las limitaciones funcionales del trabajador al inicio de la incapacidad temporal, y el artículo 7 es el trámite de los partes, una vez emitidos.*

Finalmente, teniendo en cuenta la competencia que tiene esta Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social (DGOSS) en la administración de los ficheros CEPROSS, PANOTRATSS y el fichero informático de contingencias profesionales de la Seguridad Social, creados respectivamente por la ORDENTAS/1/2007, de 2 de enero, y por la Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio, se estima conveniente incluir dos nuevos campos en los partes médicos:



En caso de que la contingencia causante de la incapacidad temporal sea una enfermedad profesional (art. 116 de la LGSS), se consignará un nuevo campo en el que se recoja el código de enfermedad profesional, de acuerdo a la codificación recogida en el anexo 1 del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

Con objeto de mejorar el control y el seguimiento de las enfermedades causadas por el ejercicio de la actividad laboral, se propone incluir un nuevo campo de contingencia, denominado “Patologías. Art. 115.2 e) y f) de L.G.S.S.”, que se marcará aquellas enfermedades causadas por el trabajo que no están incluidas en el cuadro de enfermedades profesionales y que tienen la consideración de accidentes de trabajo a efectos de prestaciones, así como las enfermedades o defectos padecidos con anterioridad por el trabajador que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente, según la clasificación adoptada en esta Dirección General para el tratamiento de estas patologías, en aras a dar cumplimiento a lo establecido en el Anexo 2 del citado Real Decreto 1299/2006.

*Se comparte parcialmente esta observación. No obstante, esta observación es muy imprecisa. En principio debieran permanecer las cuatro contingencias reconocidas en la Ley General de la Seguridad Social, para que el médico marque la correspondiente en forma de campos obligatorios. Posteriormente, sería necesario precisar aquellos accidentes de trabajo correspondientes al concepto dado en el artículo 115.e, 115.f o bien precisar en las enfermedades profesionales del artículo 116, de la Ley General de la Seguridad Social, con la respectiva codificación establecida en el RD 1299/2006, es decir, debieran ser campos no obligatorios para el médico de atención primaria, ya que el facultativo no puede constatar, salvo casos concretos, la exclusividad causal exigida por el artículo 115.e, o bien el riesgo de exposición exigido para codificar en el caso del artículo 116 de la Ley General de Seguridad Social. En definitiva, si constaran estos datos en el parte de baja no debieran ser de carácter obligatorio, o bien solo con carácter de sospecha diagnóstica.*



Como tercer párrafo del apartado, se regularía la remisión de los datos por el Servicio Público de Salud al Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), vía telemática, aclarando qué datos del parte deben remitirse, así como cualesquiera otros, en su caso, ajenos al mismo que también se estimen pertinentes a ese fin. Se observa que no se fija plazo alguno al efecto para la remisión de datos por el indicado servicio, en tanto que a las Mutuas, en el segundo párrafo del artículo 3.1, se les da un plazo de hasta 5 días naturales para que remitan al INSS por vía telemática los partes médicos de baja, de confirmación de la baja y de alta. Se comparte esta observación, ya ha sido valorada en informes anteriores con el fin de reordenar plazos.

En cuanto al último párrafo del apartado 2, parecería mejor ubicado como apartado 3.5 del mismo artículo.

Por último, el apartado 3.5, que determina que en todo caso el médico del Servicio Público de Salud expedirá el parte de alta cuando considere que el trabajador ha recuperado su capacidad laboral, se considera redundante, pues el artículo 4 (actual 5) se ocupa específicamente de las declaraciones médicas de alta en los supuestos derivados de contingencias comunes y de contingencias profesionales y regula lo previsto en este apartado, por lo que se propone su supresión.

*No se acepta esta observación ya que, aunque están relacionados, tratan diferente casuística.*

### Artículo 3

Tal como se apunta en la Memoria del Análisis de Impacto Normativo del proyecto en relación con este artículo, parece preferible homologar los mismos tiempos de emisión de los partes médicos de baja y primer parte de confirmación de la baja tanto para contingencias comunes como para contingencias profesionales, pues parece lógico que también en contingencias profesionales haya procesos para los que sea previsible su escasa duración y que para otros la duración pueda preverse más larga o incierta. Por ello, no se entiende que se mantenga en el proyecto el actual régimen jurídico diferenciado para contingencias profesionales (que es solo una propuesta), a la



espera de recabar la conformidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ya que lo previsible es que este se muestre conforme o, como máximo, que sugiera alguna modificación puntual, por lo que si se introdujera la modificación desde el primer texto emitido a consulta del proyecto se agilizaría su tramitación, sin perjuicio de que en caso de radical disconformidad del citado Departamento se retomara el régimen jurídico diferenciado en este punto.

De homologarse ambas contingencias la materia se regularía con carácter común en el artículo 2, cuyo título debería modificarse, añadiendo "...y profesionales", reservándose el artículo 3 para regular las especialidades de los procesos derivados de contingencias profesionales, por lo que también el título de este artículo debería modificarse, comenzando por : "Normas especiales para las declaraciones médicas de baja...", y suprimir en el contenido del artículo 3 todas las cuestiones ya reguladas en el artículo 2.

*Se comparte esta observación y, en consecuencia, se acomodan los plazos de forma uniforme sin distinción por la contingencia de origen.*

En el tercer párrafo del apartado 1 se establece que: "El Servicio Público de Salud, el Instituto Social de la Marina o las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, que hayan emitido el parte de baja, podrán instar, motivadamente, ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social la revisión de la calificación inicial de la contingencia, mediante el procedimiento regulado en el Real Decreto 1300/1995, de 21 de julio...", sin embargo, de este real decreto solo el artículo 3.f) incide directamente en la cuestión, al atribuir a las EVIS la determinación del origen común o profesional de la incapacidad temporal; y en cuanto al procedimiento regulado en su artículo 4, se dirige sin duda, porque así expresamente se indica, a procesos de incapacidad permanente. En la Memoria, por otra parte, no se hace mención alguna a este párrafo. Por ello, y también para evitar nuevas dispersiones e inseguridades en la regulación de la incapacidad temporal, parecería preferible que en el texto del proyecto se incluyera la regulación de un procedimiento específico para instar ante el INSS la revisión de la calificación inicial de la contingencia.



El mismo problema se suscita en el apartado 2 del artículo, ya que prevé en el párrafo segundo que el beneficiario podrá discrepar de la calificación otorgada a la contingencia causante en el plazo de los diez días siguientes a la entrega del informe mencionado en el párrafo primero, formulando su reclamación ante el INSS, “que se sustanciará y resolverá aplicando el procedimiento regulado en el 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”, pero los procedimientos que se regulan en dicho real decreto son el de disconformidad del interesado con el alta médica emitida por el INSS y el Instituto Social de la Marina (artículo 3) y el de revisión de altas de las Mutuas y empresas colaboradoras (artículo 4), por lo que no parece una técnica normativa adecuada efectuar una remisión, sin más aclaraciones, a procedimientos diseñados para sustentar pretensiones distintas, por más que puedan tener relación, por lo que, junto con los motivos ya expuestos de evitar mayor dispersión reglamentaria en materia de incapacidad temporal y por seguridad jurídica, se estima preferible incluir una regulación propia en este artículo del proyecto.

*Se comparte esta observación que coincide con otras similares de otros informes y se procede a una clarificación de los procedimientos, modificando este artículo 3. Al mismo tiempo, se añade al real decreto una nueva disposición final, la cuarta, para modificar el 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. A tal fin, se añade un nuevo artículo 6 a dicho real decreto regulando el procedimiento administrativo de determinación de la contingencia de la que derivan los procesos de incapacidad temporal.*

Finalmente, teniendo en cuenta la ya mencionada competencia que tiene esta Dirección General en la administración de los ficheros CEPROSS, PANOTRATSS y el fichero informático de contingencias profesionales de la Seguridad Social, se propone la inclusión de un nuevo apartado dentro de este artículo 3, con el siguiente literal:



“En los supuestos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales, el Instituto Nacional de la Seguridad Social remitirá los partes médicos recibidos a la base de datos de contingencias profesionales de la Seguridad Social, por vía telemática y con carácter inmediato a su recepción.”

*Al respecto cabe indicar que no se define qué es el carácter inmediato; en procesos “on line” no es posible, por lo que se debe establecer dentro de las 24 horas a su recepción, ya que de otra manera técnicamente no es viable. Tampoco se entiende la remisión de los datos de contingencia profesional por el INSS cuando debe ser este Instituto el receptor de los partes.*

*Por otra parte, no se aprecia concordancia de esta observación con la Resolución de 19 de septiembre de 2007 de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, sobre la determinación de contingencia en prestaciones de incapacidad temporal, muerte y supervivencia.*

#### Artículo 4 (actual 5).

Se sugiere, como alternativa a la sistemática seguida en el proyecto, que el orden de los artículos relativos a los partes médicos y su tramitación se adapta al orden con que se suceden en los procesos de incapacidad temporal, de forma que este artículo 4 se ubique como artículo 5 (pasando el 4 actual a ser el 5), ya que se dedica a regular la declaración médica de alta en contingencias comunes y profesionales, que es un trámite posterior a la emisión de los informes complementarios, los cuales son siempre anteriores al alta pues se emite durante la baja médica.

*Se comparte esta observación y se intercambian de lugar los artículos.*

Se observa que el contenido del apartado 3 es similar al del párrafo segundo del artículo 1 del 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, por lo que su inclusión en el articulado del proyecto no parece necesaria, sino que más bien aumenta la actual profusión de normas reglamentarias. Sin perjuicio de que se considere oportuno efectuar alguna



modificación en el precepto citado, en cuyo caso lo adecuado sería modificar el citado Real Decreto 1430/2009 mediante la inclusión de una nueva disposición final en el proyecto a ese fin.

*Se comparte esta observación que coincide con otras similares de otros informes; sin embargo, se opta por mantener el apartado porque ayuda a una mayor comprensión del itinerario del proceso y a una clarificación de procedimientos.*

#### Artículo 5 (actual 4).

En concordancia con las observaciones al artículo 4, se propone ubicar este artículo 5 como artículo 4, a continuación de los preceptos que regulan las declaraciones médicas de baja y de confirmación de la baja, puesto que, como se ha dicho, el actual artículo 5 regula los informes complementarios y estos se emiten siempre antes que el parte de alta.

El artículo 4 actual, dedicado a la declaración médica de alta en contingencias comunes y profesionales, pasaría a ser el artículo 5.

En el supuesto de que finalmente se homologase la emisión de partes de baja y de confirmación de la baja para contingencias comunes y profesionales, también debería homologarse la emisión del informe complementario que acompañará al tercer parte de confirmación de la baja, lo que llevaría a modificar el artículo para incluir las referencias a contingencias profesionales.

*Se comparten estas observaciones y se modifica el texto en el sentido propuesto por la DGOSS.*

#### Artículo 6 (actual 7).

Se sugiere como alternativa que este artículo, en el que se regula la tramitación de partes médicos, se ubique como artículo 7 y este pase a ser el artículo 6, ya que el actual artículo 6 regula las propuestas de alta médica formuladas por las Mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes, materia sin duda afín con la declaración médica de alta en



contingencias comunes y profesionales regulada en el actual artículo 4, por lo que parece más lógico que el actual artículo 7 suceda al actual artículo 4, que se ha propuesto como artículo 5.

El apartado 3 reitera el contenido del apartado 4 del artículo 2, por lo que procedería la supresión de este último.

*Se acepta la observación y se intercambian los artículos.*

Por las mismas razones apuntadas en el artículo 3, en cuanto a las competencias de esta Dirección General en la administración de los ficheros CEPROSS, PANOTRATSS y el fichero informático de contingencias profesionales de la Seguridad Social, se considera conveniente la inclusión de un nuevo párrafo al final del apartado 1 de este artículo 6 con el mismo literal que el propuesto para su adición al artículo 3.

*Sobre esta materia ya se ha indicado anteriormente que no se entiende la remisión de los datos de contingencia profesional por el INSS, cuando debe ser este Instituto el receptor de los partes.*

Se remite a lo que se observa más adelante en relación con el artículo 8, en cuanto a la conveniencia de refundir ambos preceptos.

*Se acepta esta observación y se refunden los artículos.*

#### Artículo 7 (actual 6).

Se hace remisión en cuanto a su ubicación a lo expuesto al comentar el artículo 6.

Asimismo, se sugiere que el párrafo segundo del apartado 2 se ubique como último párrafo del apartado, y que determine tanto los efectos del alta presunta como del alta emitida por el INSS de acuerdo con lo previsto en el actual último párrafo del apartado, que queda en cierta indefinición.

*Se aceptan ambas sugerencias y se trasladan los artículos y se refunden.*



En cuanto al mencionado último párrafo del apartado 2, dispone que las propuestas de alta en incapacidad temporal derivada de contingencias comunes que hayan sido formuladas por las Mutuas y expresamente desestimadas por el Servicio Público de Salud, podrán ser trasladadas por los facultativos de aquéllas al INSS, determinando dicho Instituto “la procedencia del alta o de la continuidad de la baja en el plazo de los ocho días siguientes a la recepción de la petición, con arreglo al procedimiento establecido en el Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre”, pero los procedimientos que regula el mencionado real decreto son, en su artículo 3, el de disconformidad del interesado con el alta médica emitida por el INSS o por el ISM, y, en su artículo 4, el de disconformidad del interesado con el alta médica emitida por las Mutuas en procesos de contingencias profesionales, por lo que se reitera la conveniencia de regular en el artículo un procedimiento específico, por conveniencia de técnica normativa, para no incrementar la dispersión de la regulación reglamentaria en materia de incapacidad temporal y por seguridad jurídica.

*La DGOSS está haciendo referencia a una versión anterior del proyecto. En todo caso, en cuanto al procedimiento específico de determinación de contingencia, se comparte esta observación que coincide con otras similares de otros informes y se procede a una clarificación de los procedimientos. Al mismo tiempo, se añade al real decreto una nueva disposición final, la cuarta, para modificar el 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. A tal fin, se modifica el artículo 4 y se añade un nuevo artículo 6 a dicho real decreto regulando el procedimiento administrativo de determinación de la contingencia de la que derivan los procesos de incapacidad temporal.*

#### Artículo 8 (integrado en el art. 7, como apdos. 5 y 6).

Quizá este artículo debería integrarse en el artículo 6, dado que este artículo 8 en realidad se está ocupando de un aspecto la tramitación de los partes médicos, lo cual es materia del artículo 6, lo que parece aconsejar refundirlos en un único precepto.



*Se acepta la observación y se procede a la refundición de los preceptos.*

#### Artículo 9 (actual 8).

En el apartado 3 quizá convendría aludir expresamente el artículo en el que se regulan las tablas de incidencia de los procesos patológicos en las ocupaciones laborales, añadiendo como último inciso: "...a que se refiere el apartado 2 del artículo 2". No obstante, se reitera la conveniencia de que el último párrafo del artículo 2.2 pase a ser el apartado 3.5 del mismo artículo y de que se suprima el actual apartado 3.5.

*Se acepta la primera de las sugerencias y se traslada el inciso al texto. La segunda no se comparte y se mantiene el texto en sus términos.*

#### Artículo 10 (actual 9)

El apartado 4 autoriza la suspensión cautelar del subsidio por el Director Provincial cuando el trabajador no hubiese comparecido por cualquier causa a la citación de la Entidad gestora para reconocimiento médico y, por tanto, este no se hubiese producido, hasta tanto se compruebe si es o no justificada la no comparecencia. Como se reconoce en la Memoria del Análisis de Impacto normativo, esta norma reglamentaria carecería de respaldo legal, por lo que la disposición transitoria segunda aplaza su aplicación hasta que tal previsión se autorice por norma con rango de ley formal.

No parece una técnica normativa adecuada, ya que desde un reglamento se está dando por hecho que se va a aprobar una ley con un determinado contenido, por lo que parece preferible esperar a que tal modificación legal se tramite e incluir en la norma proyectada su propio desarrollo, dotado de rango reglamentario, como viene haciéndose sin mayores dificultades.

*Como ya ha quedado expuesto anteriormente en el análisis al artículo 9.4, con posterioridad al informe de la DGOSS, la suspensión cautelar ha sido regulada mediante la adición de un nuevo apartado 3 en el artículo 132 de la LGSS, según*



*la redacción dada por la disposición final cuatro de la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014.*

*Por tanto, este apartado 4 del artículo 9 viene a dar cumplimiento al referido mandato legal.*

*Además, para evitar perjuicios a los trabajadores, en los casos en que se justifique la incomparecencia, se dejará sin efecto el acuerdo de suspensión del subsidio y se efectuará el pago directo de las prestaciones devengadas durante el periodo de suspensión por la Entidad gestora o colaboradora que corresponda en cada caso, en el plazo de quince días siguientes a la fecha en que se alce la suspensión.*

#### Artículo 11 (actual 10).

Se prevé en este artículo el uso común de información por parte de Mutuas, Entidades gestoras, Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas e Instituto de Gestión Sanitaria, previos Acuerdos desarrollados mediante Convenios específicos. Dado que dicha información va a versar necesariamente sobre la salud de los trabajadores y afectar a su intimidad, podría ser oportuno incluir en el apartado 2 la previsión de que tales Convenios, en todo caso, incluirán garantías para la protección del derecho a la intimidad de los trabajadores afectados, quedando sus datos protegidos según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

*Las garantías están ya indicadas en otras normas, por lo que no se considera necesario modificar el artículo.*

#### Disposición adicional primera (pasa a final 4ª, cinco).

Esta disposición incide en aspectos del proceso de incapacidad temporal posteriores a los 365 días iniciales, lo que no responde a su ámbito de aplicación, tal como se ha definido en el artículo 1 ni al propio título del



proyecto, motivo por el cual, según se aclara en la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, su contenido se incluye como disposición adicional.

Sin perjuicio de admitir la corrección técnica de incluir la regulación de este aspecto de la gestión de la incapacidad temporal como disposición adicional y de la necesidad de aprobar dicha regulación reglamentaria, se consideraría más adecuado incluir el texto que contiene la disposición adicional primera en el Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre, modificándolo, ya que este, aun cuando conforme se deduce de su título y del preámbulo, desarrolla la Ley 40/2007, de 4 de diciembre, tiene por objeto el período posterior al agotamiento de los primeros 12 meses en incapacidad temporal, por lo que su contenido es más acorde con el de esta disposición adicional primera que el del proyecto.

En atención a lo expuesto, y teniendo en cuenta una vez más la conveniencia de no aumentar la dispersión de la regulación reglamentaria en materia de incapacidad temporal, se propone convertir el texto de la disposición adicional primera en una disposición final por la que se modifique el Real Decreto 1430/2009, de 11 de septiembre. Ello sin perjuicio de otras modificaciones del citado reglamento a las que ya se ha hecho referencia en las observaciones al artículo 4.3.

*Se comparte esta observación que coincide con otras similares de otros informes, por lo que procede una clarificación de procedimientos y se traslada el contenido de esta disposición adicional a una disposición final, la cuarta, cinco, mediante la cual se añade un nuevo artículo 7 al Real Decreto 1430/2009.*

Disposición adicional tercera (se desglosa en el art. 11 y final 1ª).

Regula esta norma los procedimientos de revisión y queja en los procesos de incapacidad temporal, pero no se entiende la necesidad de incluirlo como disposición adicional, ya que tales procedimientos pueden tener lugar dentro de los 365 días iniciales de duración de los procesos de incapacidad temporal, sin perjuicio de que pueda aclararse estos procedimientos serán igualmente de



aplicación cuando la solicitud de revisión o la queja tengan lugar después de agotarse el indicado periodo.

Al margen de lo expuesto, se advierte que en el apartado 3, relativo a quejas 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 (la DGOSS) con motivo de deficiencias en la gestión desarrollada por las entidades, convendría especificar que las quejas dirigidas a dicho órgano podrán formularse ante este o ante la Mutua, debiendo esta, en este segundo caso, remitir tal queja a la DGOSS.

Asimismo, convendría aclarar para el supuesto de que la queja se formule directamente ante la Dirección General citada, que esta recabará informe en el plazo de X días a la Mutua, el cual deberá ser remitido por esta en el plazo de X días.

*Se comparte esta observación, se modifica el texto y se traslada la disposición adicional pasando a numerarse como artículo 11 (revisión) y se añade una disposición final 1ª, mediante la que se modifica el artículo 16 del Reglamento de colaboración de las MATEPSS (libro de reclamaciones).*

#### Disposición transitoria segunda (eliminada).

En concordancia con las observaciones al artículo 10.4 se propone su supresión.

*Se comparte esta observación ya que está prevista la norma en la próxima LGPE.*

....

Como consecuencia de los informes recibidos hasta la fecha, los cambios estructurales acometidos en el proyecto han sido los siguientes:

- Art. 4 pasa a 5
- Art. 5 pasa a 4



- Art. 7 pasa a 6
- Art. 6 pasa a 7
- Art. 8 pasa a apdos. 5 y 6 del art. 7
- Art. 9 pasa a 8
- Art. 10 pasa a 9
- Art. 11 pasa a 10
- Disposición adicional 1ª pasa a final 3ª, dos.
- Disposición adicional 2ª pasa a adicional 1ª
- Disposición adicional 3ª pasa a arts. 11 (apdos. 1 y 2) y 12 (apdo. 3)
- Se elimina la disposición transitoria segunda.
- La disposición transitoria tercera pasa a segunda.
- Se introduce una nueva disposición final tercera, con dos apartados.
- La disposición final 3ª pasa a final 4ª; la 4ª a 5ª; la 5ª a 6ª y la 6ª a 7ª.

Posteriormente, la DGOSS ha remitido un documento fechado el 13 de noviembre de 2013, por el que formula diversas modificaciones al proyecto, proponiendo redacciones literales, las cuales el ponente ha aceptado casi en su integridad. Dichas modificaciones han afectado a los siguientes artículos y disposiciones:

- Artículo 3, apartado 1, párrafos 2º y 3º
- Artículo 4
- Artículo 6
- Artículo 7
- Artículo 10
- Artículo 11
- Disposición adicional 2ª
- Disposiciones finales 1ª, 4ª, 5ª y 6ª

#### **f) Confederación Sindical de Comisiones Obreras (CCOO)**

En su informe de 30 de octubre de 2013, CCOO realiza las siguientes observaciones sobre el proyecto:



## **1. Introducción.**

Como consideración general podemos avanzar que la mayoría de las materias que están contenidas en este proyecto de RD son cuestiones que han sido objeto de debate entre la Administración de Seguridad Social y las organizaciones sindicales y empresariales en distintos marcos de trabajo (Comisión Ejecutiva y Consejo General del INSS, grupos de trabajo,...) en los que se han venido discutiendo diferentes opciones que permitan la mejora de la gestión de los procesos de incapacidad temporal. El presente proyecto de RD es la primera concreción escrita que la Administración ha realizado de estos trabajos.

## **2. Consideraciones al texto.**

### **Artículo 2- Declaraciones médicas de baja y de confirmación de baja en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes**

Proponemos que para que la modificación propuesta sea eficiente y eficaz, se consensúen los tramos con las propuestas mayoritarias de los especialistas sanitarios en este tema. Para que la decisión cuente con la complicidad de los profesionales expertos. Estando de acuerdo que la modificación de plazos de partes de confirmación ya que está bien orientado hacia la reducción de trámites administrativos para trabajadores y facultativos.

*Esta afirmación no se comparte, ya que desde el punto de vista estratégico y con el fin de que no se alarguen los procesos de IT, se estima necesario que los partes de confirmación se ajusten a los plazos establecidos, estos plazos han sido elaborados por la Subdirección General de Coordinación Médica atendiendo a criterios médicos contrastados y valorados muy positivamente por las asociaciones de médicos de atención primaria y por las inspecciones médicas de los Servicios Públicos de Salud.*



### **Artículo 3- Declaraciones médicas de baja y confirmación de baja en los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias profesionales.**

En contingencias profesionales no se modifican los plazos de confirmación de los partes de baja, cada 7 días naturales, sin justificar la diferencia que se establece con las contingencias comunes.

Proponemos que como en el artículo anterior, los criterios médicos/especialistas se armonicen y que se establezca el que cuente con el mayor consenso entre los profesionales. Teniendo en cuenta las patologías más que el origen de la contingencia, enfermedad común o profesional.

*Se comparte con esta observación que también ha sido puesta de manifiesto por otras Entidades en sus informes. Por ello, se ha modificado el texto homologando el tratamiento de todas las declaraciones médicas de baja, confirmación y alta, cualquiera que sea la contingencia determinante.*

En relación a los procedimientos de revisión de la contingencia, en el párrafo tercero del apartado 1, se hace referencia a que el Servicio Público de Salud, el Instituto Social de la Marina y las MATEPSS podrán instar, ante el INSS la revisión de la calificación inicial de la contingencia, mediante el procedimiento regulado en el RD 1300/1995, de 21 de julio. Sin embargo la redacción vigente de esa norma no incluye específicamente el procedimiento de revisión de la contingencia por incapacidad temporal, sino la revisión de contingencia para la incapacidad permanente.

Por tanto consideramos que, dada la dispersión de la regulación de la Incapacidad Temporal y en especial de los procedimientos de determinación de la contingencia, sería conveniente aprovechar este Real Decreto para clarificar los procedimientos incluidos en el Real Decreto 1430/2009 y el aludido en la Resolución de 19 de septiembre de 2007.

*En la disposición final 4ª, cuatro, del proyecto se ha introducido un nuevo artículo 6 en el Real Decreto 1430/2009, al objeto de regular el procedimiento*



*para la determinación de la contingencia de la que derivan los procesos de incapacidad temporal.*

**Artículo 7 (actual 6).- Propuestas de alta médica formuladas por la Mutua en los procesos derivados de contingencias comunes.**

Indica CCOO que ya ha adelantado su posición rotundamente contraria a una regulación por la que se atribuya a las MATEPSS la capacidad, directa o indirecta, de emitir las altas médicas en los procesos derivados de contingencias comunes; esta oposición se extiende a procedimientos como el contemplado en el proyecto analizado, mediante el cual la MATEPSS notificaría el alta si su propuesta no es contestada expresamente por la inspección del SPS.

*CCOO manifiesta su oposición con diversos argumentos jurídicos a la redacción del artículo 7 (actualmente, 6). No obstante, la redacción a la que se refiere CCOO ha sido eliminada y sustituida por otra en la que, como se ha indicado en el análisis a este artículo, los apartados 1 y 2 se corresponden casi literalmente con lo dispuesto en el artículo 5 del Real Decreto 575/1997, de 18 de abril y en el apartado 3 se recoge que si la propuesta de alta formulada por una mutua no fuese resuelta en plazo, 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 quincuagésima segunda de la Ley General de la Seguridad Social.*

*Dicha nueva redacción presumiblemente está en consonancia con lo manifestado por CCOO.*

**Artículo 10 (actual 9).- Requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico.**

La principal novedad de este artículo es la regulación de la suspensión cautelar de la prestación de incapacidad temporal ante la incomparecencia del trabajador a un reconocimiento médico notificado por el INSS, el ISM o las



MATEPSS, hasta tanto se compruebe si la incomparecencia ha sido o no justificada. La aplicación de esta medida se supedita a su regulación por Ley. Pero su inclusión en el Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado, la haría aplicable desde el 1 de enero de 2014.

La redacción propuesta en el Proyecto de Ley de los Presupuestos Generales del Estado para 2014, apartado 3 en el artículo 132 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, es el siguiente:

*“3. 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”.*

En nuestra opinión una reforma en dicho sentido es excesiva e innecesaria. Se presumiría siempre que la incomparecencia del trabajador es, por defecto, injustificada. Este tratamiento por el que se estigmatiza a los trabajadores, siempre, como potenciales defraudadores no puede admitirse en un Estado de Derecho. Pero además, resulta ineficiente desde el punto de vista de la gestión administrativa, multiplicando los trámites con el único objetivo de presionar ilegítimamente al trabajador enfermo. Es mucho más económico y eficiente un sistema por el que se da un plazo para justificar la incomparecencia y, desde luego, más respetuoso con la dignidad de las personas (art. 10 CE).

No es tema menor la distinción en este punto de los conceptos de “suspensión” y de “extinción”.

- La suspensión se entiende como la “interrupción” del abono de la prestación económica y la cotización. Continuando la asistencia médica en el sistema público de salud. La “suspensión” interrumpe un periodo de derecho al percibo de una prestación, que salvo que exista una sanción, permite la reanudación hasta completar el periodo hasta su agotamiento y en iguales condiciones.



- La extinción, por el contrario, por analogía con otras prestaciones del sistema de Seguridad Social, acaba con todos los derechos a percibir la prestación, en principio sin posibilidad de activar o reanudar el derecho, excepto que transcurra un tiempo de carencia y se cumplan los requisitos que se señalen.

- Hasta ahora la Ley General de la Seguridad Social establecía la extinción por incomparecencias. Anulándose la misma en el caso de que antes de transcurridos 10 días tras la notificación, se justificase la causa de la inasistencia.

- El actual procedimiento propuesto en el proyecto de Real Decreto prevé dos resoluciones (suspensión y extinción) que han de comunicarse, con los correspondientes plazos para subsanar las causas de suspensión o extinción.

Por lo que pensamos que ello puede ir en detrimento de los dos aspectos fundamentales que se han de proteger, que son: el derecho al percibo de una prestación si se cumplen los requisitos que dan acceso a la misma, es decir, IT que impide acudir al trabajo mientras se recibe asistencia sanitaria y la necesidad de celeridad en resolver situaciones que pueden limitar el acceso a la prestación económica mientras se está en IT.

A nuestro juicio no se justifica la razón de esta modificación de la normativa actual que supone suspender la prestación de IT sin esperar a que el trabajador presente la justificación de su incomparecencia. La redacción propuesta presupone que todas las incomparecencias serán injustificadas de antemano.

El apartado 3 establece que la “negativa infundada” a someterse a los reconocimientos médicos establecidos por el INSS o por la Mutua supondrá la expedición del alta por parte del INSS o que la Mutua pueda declarar extinguido el subsidio; hasta ahora la regulación reglamentaria del artículo 131 bis (que dispone que la extinción del subsidio puede declararse en los casos de incomparecencia injustificada) ha desarrollado el precepto priorizando el control sanitario sobre la situación del paciente de manera que la “negativa infundada” (que no es lo mismo que la incomparecencia injustificada) lo que conlleva es una propuesta de alta que debe ser examinada y resuelta



expresamente por la Inspección del Servicio Público (arts 5 y 6 del RD 575/1997).

Este proyecto, establece una regulación bastante discutible pues no parece fundamentado que la Mutua, como entidad meramente colaboradora pueda calificar qué es lo que resulta “infundado” y, en todo caso, se hace sin intentar conciliar aquel precepto con el resto de la regulación y los intereses que protege. Por ello, tanto si la “negativa infundada” se produce ante el INSS o ante la Mutua, el alta o la extinción del derecho no pueden operar automáticamente sino que debe establecerse la audiencia al interesado pues nuestro ordenamiento no permite disponer consecuencias sancionadoras sin tramitar con las debidas garantías un expediente contradictorio. Hay que tener en cuenta, además, que la negativa puede darse por preservar derechos fundamentales como el de la intimidad personal.

Con carácter específico debemos hacer las siguientes consideraciones: La negativa de acudir a la cita a reconocimiento médico sin fundamento, según el punto 3 del artículo 10, produce el ALTA MÉDICA por parte del INSS / ISM.

Tanto al INSS como a las mutuas se les da la misma facultad para citar, pero ya existe una clara diferencia con la capacidad de las administraciones públicas del INSS/ISM y las mutuas: ya que el INSS/ISM extienden el alta a todos los efectos, es decir, con la consecuencia de la incorporación al trabajo; mientras que para las mutuas se señala la extinción de la prestación económica, sin tratar las consecuencias sanitarias.

Por tanto, de persistir este redactado se puede volver a situaciones paradójicas de antaño (que se superaron con la Ley 40/2007), en la que un trabajador se encuentra con la prestación económica extinguida, independientemente de continuar la asistencia sanitaria del sistema público de salud y por tanto, una baja sin prestación económica.

Desde CC.OO. siempre hemos defendido que la situación de baja tiene que reunir ineludiblemente la condición de tener una prestación económica (si se cumple con los requisitos de carencia para ello). Por tanto, es confuso tratar de dar las mismas facultades a los órganos públicos INSS / ISM y a las mutuas, si se



derivan distintas consecuencias. Es preferible regular por separado las facultades y competencias de las entidades gestoras y de las entidades colaboradoras. En la regulación de los reconocimientos médicos creemos puede desaparecer la situación de negativa infundada, que es poco clara, y reconducirse a las situaciones de comparecencia ó incomparecencia al reconocimiento y el procedimiento de justificación en caso de incomparecencia.

En el apartado 4 se establece que la incomparecencia a la cita a reconocimiento médico por el INSS/ISM produce Resolución del Director Provincial del INSS/ISM con la suspensión de la prestación hasta que se compruebe la causa de la incomparecencia. Se comunica la suspensión a la empresa, se supone que en los casos de pago delegado, para que éste no se produzca.

Pero no se menciona cuándo se comunica al trabajador que se ha producido la suspensión cautelar ó en su defecto en qué momento se le informa de los efectos de su incomparecencia así como del plazo en el que puede aportar la documentación justificando su incomparecencia.

Además se hace referencia a que las Mutuas deben seguir el mismo procedimiento en estas situaciones, previo informe de los médicos adscritos a sus centros de gestión directa, al objeto de comprobar si la incomparecencia a reconocimiento fue infundada. No se comprende cual debe ser el contenido de un informe médico cuando la suspensión cautelar obedece a la incomparecencia al reconocimiento médico.

Por tanto, un trato similar a las dos situaciones requeriría una redacción en los siguientes términos “La Mutua acordará la suspensión cautelar del subsidio, y se lo comunicará al trabajador y la empresa, hasta tanto se compruebe si la incomparecencia al reconocimiento ha sido justificada “

En el último párrafo se establece la obligación del trabajador de reincorporarse al trabajo cuando la suspensión se convierte en extinción de la prestación, pero debería explicitarse que los efectos se producen a partir el día siguiente hábil a la notificación del acuerdo o la resolución de la extinción.



Proponemos que no se modifique la normativa vigente en cuanto la suspensión de la prestación de IT, ya que este subsidio es garantía indispensable para la persona en el estado de necesidad por accidente o enfermedad que le impide trabajar.

Además proponemos que se incluya en este artículo como punto primero lo que en la exposición de motivos (página 4, penúltimo párrafo) se refiere: “que se utilice una misma tabla de duraciones estándar por patologías para tener en cuenta al trabajador y no efectuarle control alguno hasta que dicha duración estándar se haya superado.

Lo que es más, hay que desarrollar cómo se compensarán los gastos de desplazamiento que la asistencia a dichos reconocimientos médicos supongan al trabajador/a cuando no exista un transporte público colectivo razonable en tiempo y precio y la prueba se haya de realizar en un lugar distinto al área de salud del paciente.

*No se comparten las observaciones de CCOO, puesto que no existe una voluntad de sancionar, sino todo lo contrario. Se trata de racionalizar la prestación de IT y que el subsidio sea en todo momento percibido por un trabajador que tiene quebrantada su salud y que lo perciba durante todo el tiempo que permanezca en dicha situación, garantizándose con la suspensión que, en el caso de proceder debidamente, se repone todo el pago desde el principio.*

*Es importante no olvidar que el procedimiento general actual opera de la siguiente forma:*

*- se cita al trabajador por teléfono (que da muy buenos resultados y que prácticamente no tiene coste) y si acude al reconocimiento médico se le efectúa y se toma la decisión procedente.*

*- si el trabajador no acude a esa cita que se ha efectuado por teléfono se le cita con carta con acuse de recibo.*



- si el trabajador no recibe la carta en su domicilio por estar ausente o porque no lo considera oportuno, la oficina de correos le deja un aviso para que vaya a recogerla en un plazo determinado.

- si el trabajador no va a recoger dicha carta a la oficina de correos el acuse de recibe se devuelve por la oficina de correos a la entidad gestora.

- la entidad gestora no puede dar por notificada la citación y comienza todo un procedimiento que puede acabar en edictos. Este procedimiento dura mucho más tiempo que los 545 días que tiene de plazo máximo de duración la IT, por lo que a la hora de extinguir el subsidio, realmente no hay nada que extinguir. Por tanto, la suspensión cautelar es totalmente adecuada ante la situación de ausencia del trabajador a la citación para efectuarle un reconocimiento médico, porque en el caso de que el trabajador justifique su ausencia se le repone el pago inmediatamente.

En cuanto a las compensaciones de gastos de transporte, se indica que todo lo referente al reembolso de gastos, su alcance e interpretación está establecido en la Orden TIN/971/2009, de 16 de abril y también en la Resolución de la Secretaria de Estado de la Seguridad Social, de 21 de octubre de 2009, por lo que no debe ser objeto de tratamiento en este proyecto, al estar ya desarrollado y regulado todo ello.

Por otra parte, con posterioridad al informe de CCOO y como ya se ha indicado en el análisis al artículo 9.4, la suspensión cautelar ha sido regulada mediante la adición de un nuevo apartado 3 en el artículo 132 de la LGSS, según la redacción dada por la disposición final cuatro de la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014.

Por tanto, este apartado 4 del artículo 9 viene a dar cumplimiento al referido mandato legal.

Además, para evitar perjuicios a los trabajadores, en los casos en que se justifique la incomparecencia, se dejará sin efecto el acuerdo de suspensión del subsidio y se efectuará el pago directo de las prestaciones devengadas durante



*el periodo de suspensión por la Entidad gestora o colaboradora que corresponda en cada caso, en el plazo de quince días siguientes a la fecha en que se alce la suspensión.*

### **Disposición adicional tercera (actuales art. 11 y final 1ª).- Procedimiento de revisión y queja (libro de reclamaciones) en los procesos de IT.**

Tal como hemos señalado en el artículo 3, los procedimientos de revisión y queja en los procesos de IT, resultan de difícil comprensión y utilización para el trabajador, por lo que convenía aprovechar este proyecto de Real Decreto para clarificar su contenido.

En este Real Decreto se contemplan supuestos concretos para revisar, como son las señaladas en el artículo 7 (actual 6) en los casos de propuestas de alta desestimadas expresamente por la inspección médica del SPS que las Mutuas trasladan al INSS, la solicitud de revisión por el trabajador de las altas presuntas y la determinación de contingencia del artículo 3, apartado 2.

En estos casos el proyecto se remite a los procedimientos regulados en el Real Decreto 1430/2009, y sin embargo este no prevé estas circunstancias, lo que hace ininteligible la regulación. Convendría aprovechar esta regulación para adaptar también los Reales Decretos aludidos (1430/2009 y 1300/1995) y hacer más comprensible los trámites a seguir.

A su vez, en el apartado 3 de esta disposición, se establece que las Mutuas dispondrán en todos sus Centros de los correspondientes modelos de reclamación que facilitarán a los interesados, aunque no se establece si deberá haber o no un modelo único. No olvidemos, que la propia DA primera menciona la necesidad de poner en marcha un nuevo modelo de parte médico de gestión informatizada, lo que, hasta que esto se produzca, abre un lapso de tiempo en el que la propuesta del RD se hace especialmente dificultosa.

Por otro lado, tampoco se aclara en qué situación quedará la actual oficina virtual de reclamaciones como receptora de estas quejas. En su momento, esta oficina se puso en valor por la garantía de respuesta escrita en un breve espacio de tiempo y la posibilidad que la Administración tuviese de acceso a



todas las reclamaciones que se formulase de las mutuas. Por ello ha de mantenerse en un papel activo a dicha oficina.

Proponemos que se clarifiquen los procedimientos de revisión, incluso modificando los reales decretos citados, en aras de garantizar su comprensión por parte de los destinatarios de la norma y que se aclare la situación de la Oficina Virtual de Reclamaciones en el caso que entrasen en vigor los aspectos de este proyecto en cuanto a las reclamaciones.

*La disposición adicional 3ª se ha desglosado en el artículo 11 y en la disposición final 1ª (modificación del artículo 16 del Reglamento de colaboración de las MATEPSS, para una mayor claridad y comprensión. Asimismo, el procedimiento de determinación de contingencia se recoge ahora en la disposición final 4ª, cuatro, mediante la cual se añade un nuevo artículo 6 al Real Decreto 1430/2009.*

### **Disposición transitoria tercera (ahora, segunda).- Adaptación a las Mutuas de los sistemas informáticos.**

Por los motivos ya señalados en los comentarios al art. 11 (actual 10), a nuestro juicio las Mutuas, aún debiendo colaborar con el resto de administraciones públicas implicadas en la gestión de la IT, deben mantener en todo caso un status diferenciado ya que no son administraciones públicas propiamente dichas, y su acceso a determinadas bases de datos resulta cuanto menos controvertida.

Proponemos que quede evidencia de la situación de las mutuas diferenciada de la del INSS/ISM en cuanto a que las primeras son entidades privadas, aunque gestionando recursos públicos y los segundos son administraciones públicas.

*Esta disposición transitoria ha sido modificada posteriormente y ahora solamente se prevén comunicaciones por vía informática entre las Mutuas y el INSS e ISM.*



## **g) Tesorería General de la Seguridad Social**

La TGSS, en su informe de 5 de noviembre de 2013, formula las siguientes observaciones:

### **NUEVO TIPO SANCIONADOR.- Artículo 6.4 (actual, 7.4)**

Este precepto reglamentario tiene una doble naturaleza, por un lado regula la presentación de los partes médicos como correspondería a un reglamento de desarrollo de esta materia, pero, al mismo tiempo, es una norma de carácter sancionador que amplía el supuesto de hecho tipificado por la Ley de Infracciones y sanciones en el orden social, aprobada por Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto (en adelante LISOS), en su sección 1ª “Infracciones de los empresarios, trabajadores por cuenta propia y asimilados” artículo 21 “Infracciones leves”: que establece:

“Son infracciones leves:... 6. “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.”

La ampliación del supuesto infractor se refiere al incumplimiento de las obligaciones establecidas en los apartados anteriores, nº 1, 2 y 3, del precepto reglamentario, así como a la falta de consignación en los partes de baja y de confirmación de baja de las declaraciones y hechos que corresponda señalar al empresario, o su consignación defectuosa, de forma que impida el conocimiento de los mismos.

En cuanto a las obligaciones de los apartados 1, 2 y 3, en el apartado 1 solo se establecen obligaciones para el facultativo que expida los partes de baja, confirmación y alta, para el trabajador afectado y para el Servicio Público de Salud; asimismo en el apartado 2, sí se establece una obligación para las empresas: la remisión con carácter inmediato y, en todo caso, en el plazo máximo de tres días hábiles contados a partir de la recepción del parte presentado por el trabajador, a través del sistema de Remisión Electrónica de



Datos (RED), de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta que les presenten los trabajadores, cumplimentados con los datos que correspondan a la empresa. Esta obligación se extiende a las agrupaciones de empresa y a los profesionales colegiados que por acuerdo o representación de la empresa vengán presentado dichos partes médicos; finalmente, en el apartado 3, se establece una obligación para el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

De esta forma, el supuesto infractor se ampliaría no a la falta de presentación de los partes como tal, pues así ya se establece en la redacción actual del artículo 6 de la LISOS, sino en que su remisión ha de realizarse a través del sistema RED. También se ampliaría el supuesto infractor por “la falta de consignación en los partes de las declaraciones y hechos que corresponda señalar al empresario o su consignación defectuosa, de forma que impida el conocimiento de los mismos.”

Por tanto, se está ampliando un supuesto de hecho infractor tipificado en la LISOS, norma de rango legal que establece el régimen sancionador, a través de una norma reglamentaria que regula aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal, lo que no parece sea acorde con el principio de legalidad sancionador que precisa una norma de rango legal en la tipificación de infracciones y sanciones, ni respetuoso con el principio de jerarquía normativa al pretender modificar una ley sancionadora por medio de un reglamento de gestión.

Circunstancias que ponen en cuestión la competencia del titular del departamento ministerial para regular estas cuestiones y, por consecuencia, la extralimitación en el uso de la habilitación concedida en el citado artículo 30 de la Ley 50/1998, a cuyo amparo se dicta el presente reglamento.

#### SUSPENSIÓN RECAUDATORIA COMO SANCIÓN ADICIONAL

Pero aquí no finaliza la cuestión sancionadora porque a continuación de extender el tipo sancionador del artículo 21.6 de la LISOS, en el párrafo siguiente el artículo 6.4 (actual, 7.4) establece que la no remisión de los partes médicos al Instituto Nacional de la Seguridad Social podrá dar lugar a que se



deje en suspenso las correspondientes deducciones por incapacidad temporal efectuadas en los boletines de cotización.

Esta medida puede ser considerada en el fondo como un aumento de la carga sancionadora imputable al incumplimiento de las obligaciones en materia de presentación de partes médicos establecidos en el párrafo anterior.

Efectivamente, la penalización económica que supone para una empresa dejar en suspenso las deducciones por la prestación económica de incapacidad temporal será en la mayoría de los casos considerablemente superior a la sanción tipificada en el artículo 40 de la LISOS para las infracciones previstas en el artículo 21.6 (en el peor de los casos, 625,00 €) que este Proyecto de real decreto amplía en el párrafo inmediatamente anterior del artículo 6.4.

Por ello, la suspensión de la deducción tiene un claro componente sancionador aunque no se revista formalmente como tal en el Proyecto. Téngase en cuenta que se decide la suspensión de la deducción inmediatamente a continuación de haber ampliado el supuesto infractor del artículo 21.6 y que el perjuicio económico en la mayoría de los supuestos será superior a los 625 euros de multa previstos para las faltas leves en su grado máximo.

Por tanto, la suspensión de la deducción podría calificarse como una sanción adicional a la multa, establecida al margen de la propia LISOS.

## COMPENSACIÓN DE CRÉDITOS POR PRESTACIONES

El artículo 26.2 de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, (LGSS en adelante) establece:

“La transmisión de las liquidaciones o la presentación de los documentos de cotización en plazo reglamentario permitirá a los sujetos responsables compensar su crédito por la prestaciones abonadas como consecuencias de su colaboración obligatoria con la Seguridad Social y su deuda por las cuotas debidas en el mismo periodo a que se refieren los documentos de cotización o las liquidaciones transmitidas, cualquiera que sea el momento del pago de tales cuotas.



Fuera del supuesto regulado en este número, los sujetos responsables del pago de cuotas no podrán compensar sus créditos frente a la Seguridad Social por las prestaciones satisfechas en régimen de pago delegado o por cualquier otro concepto con el importe de aquellas cuotas, cualquiera que sea el momento del pago de las mismas y hayan sido o no reclamadas en periodo voluntario o en vía de apremio, sin perjuicio del derecho de los sujetos responsables para solicitar el pago de sus respectivos créditos frente a la Tesorería General de la Seguridad Social o la Entidad Gestora correspondiente.”

Por otro lado, el Reglamento General de Recaudación, aprobado por Real Decreto 1415/2004, de 11 de junio, en su artículo 60 desarrolla este precepto legal permitiendo la compensación cuando los sujetos responsables del pago presenten los documentos de cotización dentro del plazo de ingreso.

Otra cuestión que se suscita es si la compensación prevista en el artículo 26.2 de la LGSS en los términos anteriores puede verse suspendida por una norma de rango reglamentario en materia de gestión y control de los procesos de incapacidad temporal.

La compensación de los créditos contenida en el precepto se establece como una consecuencia de la presentación de los documentos de cotización o la transmisión de las liquidaciones en plazo, obligación cuyo cumplimiento sólo dependería del sujeto responsable, sin relación alguna, por tanto, con la presentación de documentos, como los partes médicos de baja, confirmación y alta que no tienen la naturaleza de documentos de cotización y cuya presentación efectiva ante la empresa depende del propio trabajador afectado, cuya falta de diligencia o incumplimiento en la presentación de los partes médicos en ningún caso se podría imputar al empresario, especialmente con las graves consecuencias económicas que lleva anudadas la suspensión de la compensación recaudatoria.

De ahí que la medida contemplada en el Proyecto de real decreto constituya una excepción al régimen legal de la compensación establecido por una norma con rango de ley como es la LGSS.



Por otra parte es preciso señalar el importante papel que juega la institución de la compensación recaudatoria al armonizar la obligación de presentación de los documentos de cotización y la liquidación de cotizaciones en plazo, con el abono en régimen de pago delegado por la empresa de la prestación económica por incapacidad temporal. Téngase en cuenta además, que en el Proyecto normativo no se recogen los efectos de la suspensión, sin conocer por tanto los efectos sobre las cotizaciones de los periodos de suspensión ni de la duración de la propia suspensión, ni el derecho de la empresa a la devolución del pago de la prestación a cargo de la entidad gestora y del pago de intereses correspondientes, todo con la consiguiente inseguridad jurídica.

#### SUBSANACIÓN DE ERRORES

Por otra parte, al incluir en el tipo infractor del artículo 21.6 de la LISOS la falta de consignación en los partes médicos de las declaraciones y hechos que corresponda señalar al empresario “o su consignación defectuosa”, se prescinde del régimen legal de subsanación de los actos administrativos contenido en el artículo 71 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Así, ante una consignación defectuosa o errónea en un documento presentado por el interesado, como es un parte médico, que desde la Administración actuante no se promueva su subsanación en los términos legales y, por el contrario, se aplique el régimen sancionador con la imposición directamente de una multa y además un perjuicio económico equiparable a otra sanción, podría incrementar el riesgo de forma significativa de anulación de las actuaciones administrativas en sede judicial.

*En relación con estas observaciones y, sin perjuicio de los matices del apropiado rango normativo del real decreto a los efectos de sanción indicados, con posterioridad a la emisión del informe por parte de la TGSS, se ha llevado a cabo la modificación del apartado 2 del artículo 77 de la LGSS, mediante la redacción dada por la disposición final cuarta dos de la LGPE para 2014. Por tanto, la necesaria regulación legal previa, para dar cobertura al proyecto reglamentario, ya se ha producido.*



## GESTIÓN DE LA LIQUIDACIÓN DE COTIZACIONES

La necesidad de disponer de información actualizada para poder calcular las liquidaciones de cuotas se verá extraordinariamente acentuada con la implementación del nuevo procedimiento liquidatorio CRETA por parte de esta Tesorería General de la Seguridad Social, toda vez que a partir de este momento la liquidación de las cuotas será calculada no por la empresa sino por este Servicio Común, lo que requiere de un control determinante de la suspensión de la compensación recaudatoria, y esto solo puede garantizarse si la competencia para dictar la resolución administrativa de suspensión se efectúa por el órgano administrativo que liquida las cotizaciones.

Téngase en cuenta que la compensación del artículo 26.2 de la LGSS es un mecanismo puramente recaudatorio, por lo que hacer depender su gestión del Ministerio de Empleo y Seguridad Social no añadiría valor al procedimiento.

A lo anterior se suma la dificultad técnica que pueda presentarse para hacer coincidir la detección de la falta de remisión de los partes médicos (especialmente, teniendo en cuenta los plazos que se otorgan al trabajador de tres días y posteriormente a la empresa de otros tres días) de la posterior resolución administrativa de suspensión, todo ello en el tiempo necesario para liquidar las cotizaciones en plazo reglamentario.

También habría que considerar los efectos en el procedimiento recaudatorio del régimen de impugnación de la resolución administrativa que determine la suspensión de la compensación e incluso de la eventual solicitud de adopción de medidas cautelares ante el evidente perjuicio económico que cause a las empresas.

*A efectos del control de este procedimiento, el INSS comunicaría a la TGSS todas aquellas resoluciones de suspensión de la compensación, vía fichero informático, por lo que la TGSS conocería de forma automática estas suspensiones. A estos efectos, habrá que canalizar un sistema con las MATEPSS para coordinar la información en un punto común como ya se está realizando para otros supuestos. Sobre el reintegro de la prestación de IT suspendida, se*



*habilitaría el mecanismo del pago directo a los trabajadores y el descuento de las cuotas debidas para estos casos de suspensión que se entiende que van a ser excepcionales. En consecuencia, a juicio del ponente, parece que existen mecanismos que van a posibilitar esta suspensión, permitiendo el pago de cuotas y posteriormente el pago del subsidio cuando corresponda.*

*En todo caso, se han añadido dos nuevos párrafos al apartado 3 del artículo 7, con la finalidad de que el INSS facilite a la TGSS los datos de los trabajadores en situación de IT, al objeto de practicar correctamente las liquidaciones.*

#### DUPLICIDAD DE PROCEDIMIENTOS DE REMISIÓN DE PARTES MÉDICOS

El artículo 6 (ahora, 7) del Proyecto establece una doble vía de comunicación de los partes médicos de baja, confirmación y alta. La segunda vía, que ahora se comenta, a través del Servicio de Salud Público podría hacerse extensiva y única a todos los supuestos para transmitir los partes médicos evitando así acudir a la vía sancionadora contra las empresas y a la suspensión recaudatoria.

Existiría una primera vía, ya analizada previamente en este informe, que se contiene en el artículo 6 del Proyecto y cuyo iter procedimental es el siguiente: el facultativo expide el parte médico y le entrega dos copias al trabajador, una para él y otra para que la presente en la empresa (entrega en soporte papel del documento-parte médico) para lo que dispone de un plazo de tres días contados a partir del mismo día de la expedición, la empresa a su vez deberá remitir el parte a través del sistema de remisión electrónica de datos (RED) para lo que dispone de un plazo máximo de tres días hábiles.

Por otra parte, se establece otra vía de presentación de los partes médicos, distinta a la anterior, más rápida y con mayores garantías, a través del artículo 2 respecto de las bajas médicas por contingencias comunes.

El artículo 2.2 del Proyecto establece que el Servicio Público de Salud remitirá por vía telemática al Instituto Nacional de la Seguridad Social, cualquiera que será la entidad competente de gestionar la prestación económica, 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 ocupación del trabajador, etc.

El apartado 4 del citado artículo dispone que el Instituto Nacional de la Seguridad Social transmitirá al Instituto Social de la Marina y a las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales, de manera inmediata y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su recepción los partes de baja y de confirmación respecto de los trabajadores de los que gestionen la incapacidad temporal.

Los partes médicos de incapacidad, continua el precepto, se confeccionarán con arreglo a un modelo que permita su gestión informatizada, en el que figurará un código identificativo del Centro de Saludo emisor.

Más adelante el Proyecto en su artículo 6.1, último párrafo, reitera que el Servicio Público de Salud remitirá el mismo día de su expedición los partes médicos de baja, confirmación y alta, por vía telemática, al Instituto Nacional de la Seguridad Social, con el contenido que establece el artículo 2.2 al que cita expresamente.

Esta segunda vía de remisión de los partes médicos solo obligaría al Servicio Público de Salud y posteriormente al Instituto Nacional de la Seguridad Social a efectuar las remisiones de los datos. A través del cual la citada Entidad gestora conoce el parte médico el mismo día de su expedición por vía telemática con todos los datos necesarios para la gestión y control del proceso por incapacidad temporal. Y al día siguiente, como máximo, de la expedición de los partes médicos dicha información estaría ya disponible para el Instituto Social de la Marina y las Mutuas de AT/EP.

Esta última vía de conocimiento de datos es perfectamente extensible a la Tesorería General de la Seguridad Social, de tal forma que pudiera disponer de la misma información desde el mismo día de la expedición de los partes médicos, al igual que la conoce el Instituto Nacional de la Seguridad Social. Esto permitiría la gestión inmediata de los procesos por incapacidad temporal y con ello garantizar el control sobre la compensación del pago de la prestación económica con las cotizaciones correspondientes.



En definitiva, a través de esta última vía los partes médicos serían conocidos de forma inmediata, el mismo día de su expedición, tanto por el Instituto Nacional de la Seguridad Social como por la Tesorería General de la Seguridad Social. Siendo precisamente la no remisión de los partes médicos por la empresa y, por tanto, su desconocimiento por la Administración actuante, lo que podrá dar lugar a la sanción por falta leve y a la suspensión de la compensación recaudatoria.

#### VULNERACIÓN DEL DERECHO DE LOS CIUDADANOS

Partiendo de este sistema de remisión de partes médicos, por vía telemática, a efectuar el mismo día de la expedición de los mismos, con la participación del propio Servicio Público de Salud y del Instituto Nacional de la Seguridad Social, es decir, con la garantía de que el proceso se realiza en su integridad a través de la administraciones públicas intervinientes, sería cuestionable que se establezca otro sistema paralelo que utilizando también la remisión electrónica de datos, obliga a intervenir al trabajador (que se encuentra de baja médica) quien deberá presentar el parte médico ante la empresa mediante su entrega material, y que posteriormente obliga a intervenir a la empresa, que para poder remitir el parte médico dependerá de que el trabajador haya cumplido previamente con su obligación en plazo y que podría demorarse, conforme a la regulación del Proyecto, hasta el sexto día posterior a la expedición de los partes.

Es decir, se obliga al trabajador y a la empresa a presentar un documento del que ya dispondría la administración actuante. Este sistema es especialmente gravoso para la empresa que puede verse perjudicada con la suspensión de la compensación y la imposición de una sanción por infracción del orden social, tal como prevé el artículo 6.4 (7.4) del Proyecto.

#### INCREMENTO DE CARGAS ADMINISTRATIVAS

Por otra parte, la vía que obliga a intervenir al trabajador y la empresa supone para la Administración actuante un incremento de cargas administrativas ya que se ve obligada a establecer unos trámites de comprobación y control



respecto de unos partes médicos de los que dispone desde el día de su expedición por remisión del Servicio Público de Salud y que supone incrementar el número de trámites en el procedimiento recaudatorio incrementando su complejidad, además de las consecuencias sancionadoras que ya han sido apuntadas.

La vía de remisión a través del Sistema Público de Salud y del Instituto Nacional de la Seguridad Social garantiza la veracidad e integridad de los partes médicos remitidos que no pueden ser objeto de manipulación externa, y la celeridad con la que se dispone (el mismo día de su expedición) contrasta con los plazos de hasta seis días otorgados a trabajador y empresa para realizar el mismo trámite.

Por todo ello, esta Tesorería General de la Seguridad Social propone el mantenimiento de la presentación electrónica a través del Servicio Público de Salud por los motivos expuestos y, especialmente, para evitar supuestos de suspensión de la compensación recaudatoria a los que se ha hecho mención.

*No es posible el conocimiento y puesta disposición el mismo día del envío, ya que son procesos técnicos “pesados” que requieren que su tratamiento se realice una vez almacenados los datos diarios de todos los SPS que han enviado datos. Por lo que la respuesta será dentro de las 24 horas posteriores a su envío. Es necesario mantener una duplicidad de envíos por los SPS y las empresas con el fin de conocer que los SPS están cumpliendo con la emisión de todos los partes debidos, la canalización por solo una forma de envío, pone en riesgo el sistema.*

#### OBLIGACIÓN DE COMUNICAR A LA TGSS

No se contiene en el texto del Proyecto una referencia expresa a la obligación de comunicar a la Tesorería General de la Seguridad Social la información de los procesos por incapacidad temporal de los trabajadores así como la contenida en los partes médicos de baja, confirmación y alta de los trabajadores. Dicha información resulta necesaria para gestionar correctamente la cotización en la situación de incapacidad temporal y controlar la compensación de cuotas aplicables a las liquidaciones en estos supuestos.



Por ello, se propone la inclusión de este Servicio Común entre las entidades receptoras de los partes médicos de baja, confirmación y alta con la información prevista, bien por remisión procedente del Instituto Nacional de la Seguridad Social por vía electrónica, prevista en el artículo 2.4 del Proyecto, o bien por recepción directa junto con a la Entidad gestora de la remisión electrónica realizada por el Servicio Público de Salud, prevista en el artículo 2.2 y 6.1 del Proyecto.

Esta necesidad de disponer de la información de los procesos de incapacidad temporal se verá incrementada con la implementación del nuevo procedimiento liquidatorio CRETA, donde la Tesorería General de la Seguridad Social asume la competencia de calcular la cotización.

*Esta información ya se está dando en la actualidad a la TGSS y existe un procedimiento coordinado con la TGSS para que tengan la información necesaria.*

*En todo caso, se han añadido dos nuevos párrafos al apartado 3 del artículo 7, con la finalidad de que el INSS facilite a la TGSS los datos de los trabajadores en situación de IT, al objeto de practicar correctamente las liquidaciones.*

#### ESTABLECIMIENTO DE PLAZOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE TRÁMITES

Una de las ventajas del sistema de remisión electrónica de partes médicos que realiza el Servicio Público de Salud es la inmediatez en la disposición de la información.

El otorgamiento de plazos amplios dificulta que la Tesorería General de la Seguridad Social disponga con prontitud de la información necesaria de la situación de incapacidad temporal a fin de poder practicar las liquidaciones de cuotas a las empresas de forma correcta, especialmente con la implementación en el futuro del nuevo procedimiento liquidatorio CRETA.

Por ello se propone que el Proyecto reduzca y unifique los plazos para la remisión de la información por vía electrónica de forma que esta se realice de



forma inmediata a su disposición, sin que se mantengan diferencias de días en función del tipo de contingencia, común o profesional, o de si quien realiza la transmisión de los datos es un Servicio Público de Salud o una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Además sería conveniente que el cómputo de los días en los plazos se realice de igual forma en todo el articulado del Proyecto, ya sean considerados hábiles o naturales, sin perjuicio de que determinados procesos electrónicos de transmisión de la información puedan efectuarse de forma inmediata en cualquier periodo temporal, incluso en días declarados inhábiles.

*Como ya se ha indicado, no es posible el conocimiento y puesta disposición el mismo día del envío, ya que son procesos técnicos “pesados” que requieren que su tratamiento se realice una vez almacenados los datos diarios de todos los SPS que han enviado datos, por lo que la respuesta será dentro de las 24 horas posteriores a su envío. Si se pretende extender esta obligación en el mismo sentido a las contingencias profesionales, se debe hacer mención a las MATEPSS, ya que son estas las entidades que mayoritariamente expiden los partes en los procesos de IT por contingencia profesional. El INSS una vez recogidos los datos los puede poner a disposición de la TGSS, tal y como se está haciendo, en las 24 horas siguientes con independencia del tipo de contingencia.*

## OBLIGACIONES DE EMPRESA Y AUTORIZADOS RED

El artículo 6.2 (actual, 7.2) del Proyecto, en su párrafo segundo, extiende la obligación de las empresas de remitir los datos de los partes médicos a través del sistema RED también a las agrupaciones de empresas y a los profesionales colegiados que por acuerdo o representación de la empresa vengán presentando dichos partes médicos.

Conviene precisar a la redacción del Proyecto que la obligación de remisión de datos ha de recaer siempre sobre la empresa con independencia de si esta utiliza medios propios para su cumplimiento o si utiliza los servicios de profesionales autorizados en el sistema RED. En todo caso, conviene precisar que se trata de una obligación empresarial y así debería constar en la norma.



Por otra parte, los profesionales autorizados por las empresas para remitir datos e información a través del sistema RED ya tienen definidas sus funciones en la normativa específica sin que sea necesaria ni conveniente su mención en el Proyecto que se informa, evitando así posibles interpretaciones erróneas que cuestionen la exclusiva responsabilidad empresarial en la remisión de los partes médicos, sin perjuicio de quien los envíe en su nombre.

*Se comparte esta observación y, en consecuencia, se modifica el apartado 2 del artículo 7.*

#### SUSPENSIÓN CAUTELAR Y EXTINCIÓN DEL SUBSIDIO POR INCOMPARENCIA DEL TRABAJADOR AL RECONOCIMIENTO MÉDICO

El artículo 10.4(actual 9.4) del Proyecto regula el supuesto de incomparencia al reconocimiento médico del trabajador afectado por un proceso de incapacidad temporal y de las consecuencias en orden a la suspensión cautelar y extinción del derecho al subsidio así como la obligación de incorporarse al trabajo, sin embargo, a pesar de su inclusión en el articulado del Proyecto, su aplicación queda aplazada a la espera de que una norma con rango de ley formal lo establezca, conforme se dispone en la disposición transitoria segunda del Proyecto.

Es decir, la propia disposición transitoria segunda –*ahora ya eliminada*– reconoce que el contenido del artículo 10.4 (actual 9.4) no puede ser regulada por una disposición reglamentaria sino que precisa de una norma de rango de ley formal, de ahí que se decreta su aplazamiento en la aplicación.

Si la norma no tiene el rango adecuado, es decir, si se trata de materia propia de una ley y no de real decreto debe ser eliminada del articulado del Proyecto, so pena de declaración de nulidad.

La aplicación del principio de legalidad podría verse cuestionado cuando se incluye materia cuya regulación está reservada para una norma con rango de ley y así se reconoce en el propio texto del Proyecto.



Por otra parte, difícilmente se puede aceptar que una materia que goza de reserva de ley sea regulada en un reglamento y que al mismo tiempo decida que “quedará aplazada la aplicación”. Si la titular del Departamento no es competente para regular la suspensión y extinción del derecho al subsidio de incapacidad temporal por incomparecencia al reconocimiento médico, menos competente es para decidir su aplazamiento en la aplicación. Simplemente no puede regular dicha materia y así se reconoce de forma clara en la disposición transitoria segunda.

Desde el punto de vista de la técnica normativa carece de todo sentido incluir, a sabiendas, una disposición normativa nula por contravenir el principio de reserva de ley para a continuación decretar su inaplicación hasta que una ley formal la recoja, es decir, se convierte en una norma inaplicable.

Si lo que se pretende es incorporar el texto de una futura regulación legal a la norma reglamentaria, técnica normativa utilizada en los reglamentos de aplicación y desarrollo, habrá que esperar a que la efectiva aprobación de dicha ley establezca los términos en que esta materia ha de ser regulada o cuando menos establezca una habilitación reglamentaria.

Una ley formal, como la que exige la disposición transitoria segunda –*ya eliminada del proyecto*- tiene su origen fuera del ámbito ministerial, al tratarse de una ley que emana del Poder legislativo, cuya voluntad no se constata hasta su entrada en vigor mediante la publicación en el BOE de la norma finalmente aprobada, no pudiendo una norma reglamentaria de desarrollo anticiparse a la ley a desarrollar, como si con ello pretendiera condicionar su posterior aprobación en los términos incluidos en el artículo del Proyecto.

*Se comparten estas apreciaciones, si bien la cuestión ha quedado subsanada porque, como ya se ha indicado en el análisis al artículo 9.4, la suspensión cautelar ha sido regulada mediante la adición de un nuevo apartado 3 en el artículo 132 de la LGSS, según la redacción dada por la disposición final cuatro de la Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014.*



*Por tanto, este apartado 4 del artículo 9 viene a dar cumplimiento al referido mandato legal.*

## EMPRESAS COLABORADORAS EN EL PAGO DE LA INCAPACIDAD POR CONTINGENCIAS PROFESIONALES

Por otra parte, se informa del interés de la Tesorería General de la Seguridad Social por incluir en el Proyecto normativo la regulación de la presentación de los partes médicos de las empresas colaboradoras en la prestación de la asistencia sanitaria y de la incapacidad temporal derivadas de las contingencias de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, conforme contempla el artículo 77 de la Ley General de la Seguridad Social.

Sin perjuicio de las competencias del Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre los procesos de incapacidad temporal, es preciso señalar que a efectos de control y cálculo de las liquidaciones de cuotas de estas empresas son relevantes las situaciones de incapacidad temporal de sus trabajadores para la determinación correcta de la base de cotización.

Por ello, la información sobre los partes médicos de baja, confirmación y alta debería afectar también a estas empresas de forma similar a la obligación regulada para los Servicios Públicos de Salud en el Proyecto normativo, a fin de que la Tesorería General de la Seguridad Social pueda recibir esta información para el cálculo correcto de las liquidaciones de cuotas procedente de la Entidad gestora.

*Ya se están realizando actuaciones con la TGSS para dar la información que este Servicio Común necesita para el control recaudatorio de las empresas colaboradoras. La regulación de las mismas debería abordarse en otro contexto específico de normas.*

### **h) Dirección del Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social.**

La DSJASS ha formulado sus consideraciones al proyecto de real decreto en el informe de fecha 13 de noviembre de 2013.



## Consideraciones de carácter general

Indica la DSJASS que podría valorarse la posibilidad de incluir en la norma proyectada, a fin de unificar el régimen jurídico de la incapacidad temporal, algunos aspectos que se recogen en otras normas y que podrían incorporarse al mismo, como es el caso del procedimiento administrativo de revisión de las altas médicas expedidas en los procesos de incapacidad temporal regulado en el artículo 4 del RD 1430/2009, de 11 de septiembre.

En este orden de cosas, también señala que podría hacerse en la norma proyectada alguna referencia a la existencia de las referidas empresas colaboradoras en la prestación de incapacidad temporal por contingencias profesionales, a las que el texto proyectado no hace mención en ningún momento.

*No se comparten ambas apreciaciones, la primera, porque el actual proyecto regula cuestiones diferentes a las contempladas en el Real Decreto 1430/2009, al que, sin embargo, se han añadido dos nuevos artículos (6 y 7) mediante la disposición final 4ª, con la finalidad de regular la determinación de la contingencia de la IT y la prolongación de los efectos. Por otra parte, se reitera que, dada la proximidad de la elaboración de un nuevo texto refundido, no sería el momento oportuno para unificar regímenes jurídicos establecidos en normas dispersas.*

*Por lo que se refiere a las empresas colaboradoras, el propósito de este proyecto ha sido que queden excluidas del mismo y mantengan su régimen específico en las normas que particularmente les atañen.*

## Consideraciones de carácter particular

### Artículo 1

A efectos de redacción, señala la DSJASS que la expresión “a quienes desarrollen un trabajo o actividad” quizás pudiera inducir a pensar que es necesario el desarrollo actual de tal trabajo o actividad, circunstancia que no se da en quienes perciben prestaciones por desempleo o cese de actividad.



*Por ello, propone un cambio de redacción, que se acepta y se traslada al texto.*

## Artículo 2

En opinión de la DSJASS quizás podría completarse el precepto señalando cuál será el plazo para la emisión de los partes de confirmación posteriores a ese primero que puede emitirse.

*No se considera necesario, pues en tal caso la duración del proceso de IT salta de tramo, es decir, se situaría en la estimación de entre 5 y 30 días naturales.*

## Artículo 3

Indica la DSJASS que se prevén dos posibles actuaciones para la determinación de la contingencia, una la que pueden promover el Servicio Público de Salud, la entidad gestora o la Mutua, que se tramitará mediante el procedimiento regulado en el RD 1300/1995, y la impugnación de la consideración de contingencia común que puede formular el beneficiario, que se tramitará por el procedimiento del RD 1430/2009. Teniendo ambas actuaciones el mismo objeto, podría valorarse la posibilidad de someter ambas actuaciones a un mismo procedimiento.

*Valorada esta posibilidad, finalmente se ha optado por mantener en sus términos el Real Decreto 1300/1995 y modificar el Real Decreto 1430/2009, incluyendo un nuevo procedimiento administrativo de determinación de la contingencia de los procesos de incapacidad temporal, mediante la incorporación en la disposición final 4ª, cuatro, de un nuevo artículo 6 al Real Decreto 1430/2009.*

## Artículo 5 (actual 4) Primer apartado

Según la DSJASS, en el apartado 1, en los informes complementarios, la referencia a los procesos de duración prevista superior a 31 días parece que debería serlo a los procesos de duración prevista superior a 30 días, al objeto



de ajustarse a las referencias temporales establecidas en el artículo 2 (procesos entre 5 y 30 días y procesos entre 31 y 60 días).

*La DSJASS propone una redacción literal del mencionado apartado, que se acepta en su totalidad y se traslada al texto.*

#### Artículo 5 (actual 4). Tercer apartado

En relación con la previsión del párrafo segundo, respecto a la posibilidad ilimitada de acceso de los inspectores médicos a la historia clínica informatizada de atención primaria y especializada, señala la DSJASS que la posibilidad de acceso de los inspectores médicos adscritos al INSS o al ISM a la totalidad de la historia clínica, a su juicio, no se encuentra amparada por norma legal y, por tanto, dicho acceso, en virtud de las previsiones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), planteado en esos amplios términos, precisaría el consentimiento del interesado.

En relación con esta cuestión, la normativa fundamental viene constituida por la citada LOPD y su desarrollo reglamentario, llevado a cabo por el RD 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la LO 15/1999 (RDLOPD). Asimismo ha de considerarse la Ley Orgánica Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LOAP).

Es por ello que, en resumen, según la DSJASS, el texto proyectado debería incluir alguna limitación al acceso a los datos de salud en términos semejantes a los previstos en la disposición adicional cuadragésima de la LGSS.

*Se acepta esta observación y se sustituyen en el articulado todas las referencias a la historia clínica por la de “documentación clínica” y se elimina el término “informatizada”, acomodando, por tanto, la redacción a lo establecido en la disposición adicional 40ª de la LGSS.*



#### Artículo 8 (actual 7, apartado 6)

La referencia, en el inciso final, al “procedimiento establecido en el apartado anterior” resulta confusa, puesto que el apartado anterior se refiere al alta del trabajador, cuestión distinta a la baja que se regula en este apartado 2.

*Se comparte esta sugerencia y se elimina el inciso del texto.*

#### Artículo 9 (actual 8)

La DSJASS reitera las observaciones anteriormente formuladas en relación con el apartado 3 del artículo 5 (actual 4) del proyecto.

*Como ya se ha indicado, se acepta esta observación y se sustituyen en el articulado todas las referencias a la historia clínica por la de “documentación clínica” y se elimina el término “informatizada”, acomodando, por tanto, la redacción a lo establecido en la disposición adicional 40ª de la LGSS.*

#### Disposición adicional tercera (actual art. 11)

La DSJSS indica que debería aclararse qué procedimiento de los dos previstos en el RD 1430/2009 (a los que ya se aludió en las observaciones al párrafo segundo del apartado 2 del artículo 3 del proyecto) es al que se está haciendo referencia, toda vez que este precepto regula actuaciones de sujetos diversos.

*Como ya se ha indicado anteriormente, el actual proyecto regula cuestiones diferentes a las contempladas en el Real Decreto 1430/2009, cuyo artículo 4 se modifica y al que también se han añadido dos nuevos artículos (6 y 7) mediante la disposición final 4ª, con la finalidad de regular la determinación de la contingencia de la IT y la prolongación de los efectos. Por otra parte, se reitera que, dada la proximidad de la elaboración de un nuevo texto refundido, no sería el momento oportuno para unificar regímenes jurídicos establecidos en normas dispersas.*



#### **i) Secretaría de Estado de Empleo**

La Secretaría de Estado de empleo, mediante correo electrónico de 19-11-2013, manifiesta que no formula observaciones, en relación con el proyecto de real decreto.

#### **IV. OPORTUNIDAD DEL PROYECTO**

El proyecto tiene como finalidad y objetivos fundamentales:

- regular diversos aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.
- permitir, a través de las nuevas tecnologías, tanto el intercambio de datos médicos para el control de la incapacidad temporal, como el acceso por vía telemática de los Inspectores Médicos adscritos a las Entidades gestoras de la Seguridad Social, a la documentación clínica que poseen los distintos Servicios Públicos de Salud de los trabajadores del Sistema de la Seguridad Social.
- regular también una nueva forma de expedición de los partes médicos de baja, confirmación y alta.
- homologar la emisión y tramitación de los partes de baja, confirmación y alta, cualquiera que sea la contingencia causante de la incapacidad temporal.
- establecer un protocolo de temporalidad de los actos de confirmación de la baja médica basado en el diagnóstico, la ocupación y la edad del trabajador.
- ahorrar trámites burocráticos y adaptar la expedición de los partes médicos a los diferentes tipos de patología que pueden padecer los trabajadores del Sistema de la Seguridad Social.



- reordenar la gestión de la incapacidad temporal para atender al necesario equilibrio entre el control del fraude y la protección del trabajador impedido para su actividad laboral.
- evitar el uso indebido de la protección.

## **V. LISTADO DE NORMAS DEROGADAS**

Se derogan expresamente las siguientes normas:

- El Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal.
- La Orden de 19 de junio de 1997, por la que se desarrolla el Real Decreto 575/1997, de 18 de abril, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de la prestación económica de la Seguridad Social por Incapacidad Temporal.
- La Orden TASS/399/2004, de 12 de febrero, sobre presentación en soporte informático de los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta correspondientes a procesos de Incapacidad Temporal.

## **VI. IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO**

### **a) Impacto económico**

La entrada en vigor de este real decreto supondrá un notable ahorro de costes para las Entidades encargadas de la gestión de la incapacidad temporal, porque al simplificarse los procedimientos y la expedición de los partes médicos, se reducirán considerablemente el número de actos médicos.



## **b) Reducción de cargas.**

La promulgación del real decreto implica una importante reducción de cargas administrativas para las Entidades gestoras de las prestación de incapacidad temporal, debido a una mayor clarificación de las competencias en la gestión de la prestación, a la implantación de procesos y herramientas informáticas para su gestión y control y a la simplificación, reducción y tramitación del número de partes médicos y de los documentos exigidos para el reconocimiento de la prestación.

De la presente norma no se deduce un incremento de las actividades de naturaleza administrativa que deban llevar a cabo las empresas o los ciudadanos para cumplir con las obligaciones que se derivan de este real decreto; antes, al contrario, al intensificarse los tratamientos informáticos para la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal por parte de todas las Entidades implicadas y, al haberse simplificado la expedición de los partes médicos, presumiblemente se logrará un ahorro de costes para las empresas y se producirán menores molestias a los trabajadores, sin que ello suponga una merma en la prevención del uso indebido de la prestación.

## **c) Impacto por razón de género**

En el contexto de aplicación de la norma proyectada no existen desigualdades entre hombres y mujeres y la misma afecta por igual a ambos sexos, por lo que no se deriva impacto por razón de género.

Por consiguiente, el impacto por razón de género es nulo.



<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>			
<b>Ministerio/ Órgano proponente</b>	Empleo y Seguridad Social	Fecha	14/1/2014
<b>Título de la norma</b>	<b>REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULAN DETERMINADOS ASPECTOS DE LA GESTIÓN Y CONTROL DE LOS PROCESOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL EN LOS PRIMEROS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO DÍAS DE SU DURACIÓN.</b>		
<b>Tipo de memoria</b>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Abreviada <input type="checkbox"/>		
<b>OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA</b>			
<b>Situación que se regula</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Las modificaciones que introduce el real decreto regulan diversos aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.</li><li>• A través de las nuevas tecnologías se permite tanto el intercambio de datos médicos para el control de la incapacidad temporal, como el acceso por vía telemática de los Inspectores Médicos adscritos a las Entidades gestoras de la Seguridad Social, a las historias clínicas informatizadas que poseen los distintos Servicios Públicos de Salud de los trabajadores del Sistema de la Seguridad Social.</li></ul>		



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se regula también una nueva forma de expedición de los partes médicos de baja, confirmación y alta, cualquiera que sea la contingencia.</li><li>• Se establece un protocolo de temporalidad de los actos de confirmación de la baja médica basado en el diagnóstico, la ocupación y la edad del trabajador.</li></ul>
<b>Objetivos que se persiguen</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Ahorrar trámites burocráticos y adaptar la expedición de los partes médicos a los diferentes tipos de patología que pueden padecer los trabajadores del Sistema de la Seguridad Social.</li><li>✓ En línea con la recomendación núm. 10 del Pacto de Toledo III, se reordena la gestión de la incapacidad temporal y se introducen o mejoran los mecanismos establecidos al objeto de aligerar los trámites y cargas burocráticas existentes en la actualidad para centrar los procesos de incapacidad temporal en la protección del trabajador afectado y en su pronta recuperación.</li></ul>
<b>Principales alternativas consideradas</b>	Por un lado, al tratarse de una norma de desarrollo y ejecución de disposiciones con rango de Ley, es necesario el rango de real decreto para el presente proyecto. Por otro lado, debe sustituir a otra norma que también tiene rango de real decreto. En consecuencia, no cabía otra alternativa para establecer el rango que debía tener la norma proyectada.
<b>CONTENIDO Y ANÁLISIS JURÍDICO</b>	
<b>Tipo de norma</b>	Real Decreto.



<b>Estructura de la norma</b>	Un preámbulo, once artículos, tres disposiciones adicionales, dos disposiciones transitorias, una disposición derogatoria y diez disposiciones finales.
<b>Informes recabados</b>	<p>Se ha llevado a cabo un proceso de negociación entre el ponente, Instituto Nacional de la Seguridad Social, y la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los interlocutores sociales (CEOE, CEPYME, CCOO, UGT) y las MATEPSS. Además, posteriormente, ante un nuevo borrador, CEOE-CEPYME, CCOO y UGT han presentado alegaciones por escrito, de las que se da cuenta en esta Memoria.</p> <p>También, en el ámbito del Ministerio de Empleo y Seguridad Social se han recabado informes de: Intervención General de la Seguridad Social; Tesorería General de la Seguridad Social; Instituto Social de la Marina, Dirección del Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social, Secretaría de Estado de Empleo y Secretaría General Técnica.</p>
<b>Trámite de audiencia</b>	La propuesta se ha sometido a trámite de consulta y negociación con las organizaciones empresariales y sindicales más representativas en el ámbito estatal (UGT; CCOO; CEOE-CEPYME).
<b>Otros informes</b>	Al tratarse de un Reglamento ejecutivo, se requiere dictamen preceptivo del Consejo de Estado.
<b>ANÁLISIS DE IMPACTOS</b>	
<b>ADECUACIÓN AL ORDEN DE COMPETENCIAS</b>	Artículo 149.1.17ª de la Constitución.



<b>IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO</b>	Efectos sobre la economía en general	.
	En relación con la competencia	La norma no tiene efectos significativos sobre la competencia.
	Desde el punto de vista de las cargas administrativas	La norma afecta a las cargas administrativas del ámbito de la Entidad gestora de las prestaciones.  Se logrará un ahorro de costes para las empresas y se producirán menores molestias a los trabajadores, sin que ello suponga una merma en la prevención del uso indebido de la prestación.
	Desde el punto de vista de los presupuestos, la norma:  Sí <input type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de la Seguridad Social	<input type="checkbox"/> No implica un gasto:  Cuantificación estimada:  <input type="checkbox"/> Implica un ingreso.  Cuantificación estimada:



	<p>NO <input type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos AGE</p> <p>NO <input type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales</p>	
<b>IMPACTO DE GÉNERO</b>	<p>La norma tiene un impacto de género:</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Positivo</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Negativo</b></p> <p>X <input checked="" type="checkbox"/> <b>Neutro</b></p>
<b>OTROS IMPACTOS CONSIDERADOS</b>	<p>Discapacidad: impacto neutro.</p>	