
Principales novedades en la gestión y control de la incapacidad temporal en los primeros 365 días (Real Decreto 625/2014, de 18 de julio)

En el BOE del 21 de julio de 2014 se ha publicado el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros 365 días de su duración, con efectos de 1 de septiembre.

Ámbito de aplicación

Este régimen se aplica durante los primeros 365 días, a los procesos de incapacidad temporal, en cualquiera de los regímenes del sistema de la Seguridad Social, tanto derivados de contingencias comunes como profesionales.

Emisión partes de baja y de confirmación de la baja

La declaración de la baja médica, cualquiera que sea la contingencia determinante, precisa del correspondiente parte médico de baja expedido por el médico del servicio público de salud, que debe ir precedido de un reconocimiento médico. Sin embargo, en el caso de que la causa de la baja sea un accidente de trabajo (AT) o una enfermedad profesional (EP) y el trabajador preste servicios en una empresa asociada a una mutua, los partes de baja y de confirmación de la baja son expedidos por la mutua.

Como novedad se incluye como dato obligatorio en el parte de baja la duración estimada del proceso de incapacidad temporal y la fecha de revisión.

Además, se establece que los médicos dispondrán de tablas de duración óptimas tipificadas por los distintos procesos, así como tablas sobre el grado de incidencia en las distintas actividades laborales.

La emisión de los partes de baja y de confirmación se realiza de acuerdo a la duración estimada por el médico, de acuerdo con los siguientes grupos:

- ✓ Hasta 5 días de baja, se puede expedir el parte de baja y de alta en la misma visita médica.
- ✓ Entre 5 y 30 días de baja, el primer parte de baja se extiende para 7 días como máximo y los siguientes cada 14 días.
- ✓ Entre 31 y 60 días de baja, el primer parte de baja se extiende para 7 días como máximo y los siguientes cada 28 días.
- ✓ En procesos de larga duración, más de 61 días, el primer parte de baja se extiende para 14 días como máximo y los siguientes la confirmación se expedirá cada 35 días.

En todo caso, si se produce una modificación o actualización del diagnóstico, se debe emitir un parte de confirmación con la nueva duración estimada.

Determinación de la contingencia de la incapacidad temporal

El servicio público de salud, el Instituto Social de la Marina (ISM) o las mutuas, que hayan emitido el parte de baja, pueden instar, motivadamente, ante el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) la revisión de la consideración inicial de la contingencia.

La mutua puede inicialmente, previo reconocimiento médico preceptivo y la realización, de las pruebas que correspondan, considerar que la patología causante es de carácter común y remitir al trabajador al servicio público de salud para su tratamiento, sin perjuicio de dispensarle la asistencia precisa en los casos de urgencia o de riesgo vital. A tal efecto, debe entregar al trabajador un informe médico en el que describa la patología y señale su diagnóstico, el tratamiento dispensado y los motivos que justifican la determinación de la contingencia causante como común, al que acompañará los informes relativos a las pruebas que se hubieran realizado.

Si, a la vista del informe de la mutua, el médico del servicio público de salud emite parte de baja por contingencia común, el beneficiario puede formular reclamación ante el INSS.

Por su parte, el médico que emita el parte de baja puede formular su discrepancia frente a la consideración de la contingencia efectuada por la mutua, correspondiendo al INSS establecer el carácter común o profesional de la contingencia causante y el sujeto obligado al pago de las prestaciones derivadas de la misma y a la prestación de asistencia sanitaria, en su caso.

Informes complementarios y de control en los procesos de incapacidad temporal cuya gestión corresponda al servicio público de salud

Si la duración prevista es superior a 30 días naturales, el segundo parte de confirmación de la baja debe ir acompañado de un informe médico complementario expedido por el facultativo que haya extendido el parte anterior.

En los procesos con una duración inferior y que sobrepasen este periodo, dicho informe médico complementario debe acompañar al parte de confirmación de la baja que pueda emitirse, en su caso, una vez superados los 30 días naturales.

Los informes médicos complementarios se deben actualizar con cada dos partes de confirmación de baja posteriores.

Trimestralmente, a contar desde la fecha de inicio de la baja médica, la inspección médica del servicio público de salud o el médico de atención primaria, bajo la supervisión de su inspección médica, debe expedir un informe de control de la incapacidad en el que debe pronunciarse expresamente sobre todos los extremos

que justifiquen, desde el punto de vista médico, la necesidad de mantener el proceso de incapacidad temporal.

Los informes médicos complementarios, los informes de control, sus actualizaciones y las pruebas médicas realizadas en el proceso de incapacidad temporal forman parte de este, por lo que deben tener acceso a los mismos los inspectores médicos del INSS, del ISM y los facultativos de las mutuas respecto de los procesos por contingencias comunes correspondientes a los trabajadores protegidos por las mismas.

Asimismo, exclusivamente los inspectores médicos del servicio público de salud y los inspectores médicos del INSS o del INS pueden tener acceso a la documentación clínica de atención primaria y especializada.

Requerimientos a los trabajadores para reconocimiento médico

El INSS o, en su caso, el ISM, puede disponer que los trabajadores que se encuentren en situación de incapacidad temporal sean reconocidos por los inspectores médicos de dichas entidades gestoras.

También corresponde esta facultad a las mutuas, respecto de los beneficiarios de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes incluido en su ámbito de gestión, para que sean reconocidos por los médicos dependientes de las mismas.

Estos reconocimientos deben llevarse a cabo respetando el derecho de los trabajadores a la intimidad y a la dignidad, a la protección de datos de carácter personal y la confidencialidad de la información objeto de tratamiento.

La citación a reconocimiento médico ha de comunicarse al trabajador con una antelación mínima de 4 días hábiles, informando de que en caso de no acudir, se procederá a suspender cautelarmente la prestación económica, y que si la falta de personación no queda justificada en el plazo de 10 días hábiles siguientes a la fecha fijada para el reconocimiento, se procederá a la extinción del subsidio.

Si el trabajador justificara, antes de la fecha fijada para el reconocimiento médico o en ese mismo día, las razones que le impiden comparecer al mismo, la entidad gestora o mutua, puede fijar una fecha posterior para su realización, comunicándolo al interesado con la antelación mínima de 4 días.

La entidad gestora o la mutua debe comunicar la suspensión acordada por vía telemática a la empresa y a la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS).

Emisión partes de alta

1. Contingencias comunes

Se expiden por el correspondiente facultativo del servicio público de salud. En todo caso, deben contener la causa de la alta médica, el código de diagnóstico definitivo y la fecha de la baja inicial. Asimismo, también ser extendidos por los inspectores médicos del servicio público de salud, del INSS o, en su caso, del ISM, tras el reconocimiento médico del trabajador.

El alta médica extingue el proceso de incapacidad temporal con efectos del día siguiente al de su emisión, determinando la obligación de reincorporación al puesto de trabajo el mismo día en que produzca sus efectos.

Propuestas formuladas por las mutuas

En los procesos de incapacidad temporal por contingencias comunes, si la mutua considera que el trabajador puede no estar impedido para el trabajo, puede formular propuestas motivadas de alta médica.

Las propuestas de alta de las mutuas deben dirigirse a la inspección médica del servicio público de salud, debiendo pronunciarse bien confirmando la baja médica, bien admitiendo la propuesta, a través de la expedición del correspondiente parte de alta médica.

En el caso de que se confirme la baja, debe consignarse el diagnóstico, el tratamiento médico dispensado, las causas que justifican la discrepancia y señalarse las atenciones y los controles médicos necesarios, debiendo trasladar a la mutua este informe junto con la actuación realizada en el plazo máximo de 5 días desde la recepción de la propuesta de alta¹.

Si la inspección médica del servicio público de salud no recibe contestación de los facultativos o discrepa de la misma, puede acordar el alta médica, debiendo comunicar a la mutua la actuación efectuada junto con los informes realizados, en el plazo de los 5 días siguientes a la fecha de recepción de la propuesta de alta².

Cuando la propuesta de alta formulada por una mutua no fuese resuelta y notificada en el plazo de cinco días³, la mutua puede solicitar el alta al INSS o, en su caso, al ISM, que debe resolver en el plazo de 4 días siguientes a su recepción⁴.

2. Contingencias profesionales

El parte médico de alta se expide por el facultativo o inspector médico del servicio público de salud, del INSS o del ISM si el trabajador está protegido con una entidad gestora, o por el médico de la mutua a la que corresponda la gestión del proceso, siendo, asimismo, de aplicación las condiciones establecidas para contingencias comunes.

Tramitación de los partes de baja y expedición de altas médicas

En el plazo de 3 días a partir del día de la expedición de los partes médicos de baja y de confirmación, el trabajador debe entregar copia a la empresa.

¹ Hasta 28 de febrero de 2015, el plazo será de 11 días.

² Hasta 28 de febrero de 2015, el plazo será de 11 días.

³ Hasta 28 de febrero de 2015, el plazo será de 11 días.

⁴ Hasta 28 de febrero de 2015, el plazo será de 8 días.

No obstante, si durante el período de baja médica se produjese la finalización del contrato de trabajo, el trabajador viene obligado a presentar dicha copia ante la entidad gestora o la mutua, en el mismo plazo de 3 días.

Dentro de las 24 horas siguientes a su expedición, el parte médico de alta con destino a la empresa, debe ser entregado por el trabajador a la misma o, en los casos de finalización del contrato, a la entidad gestora o mutua.

El servicio público de salud o la mutua, deben remitir los partes médicos de baja, confirmación y alta, al INSS, por vía telemática, de manera inmediata, y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su expedición.

Las empresas tienen la obligación de remitir al INSS, con carácter inmediato y, en el plazo máximo de 3 días hábiles contados a partir de la recepción del parte presentado por el trabajador, a través del sistema de Remisión Electrónica de Datos (RED), los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta que les presenten los trabajadores, debidamente cumplimentados con los datos que correspondan a la empresa.

El incumplimiento de la esta obligación puede constituir una infracción tipificada en la Ley sobre Infracciones y Sanciones en el Orden Social.

El INSS debe distribuir y reenviar de manera inmediata, mediante medios informáticos y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su recepción, los partes destinados al ISM y a las mutuas, según la entidad a quien corresponda la gestión del proceso.

El INSS debe facilitar a la TGSS los datos de los trabajadores que se encuentran en situación de incapacidad temporal durante cada período de liquidación de cuotas, con el fin de que dicho servicio lleve a cabo las actuaciones necesarias para que en la liquidación de cuotas se compensen las cantidades satisfechas a los trabajadores en el pago por delegación de dicha prestación.

Cuando el empresario hubiese abonado a un trabajador una prestación de incapacidad temporal en pago delegado, sin haberse compensado dicho importe mediante su deducción en las liquidaciones de cuotas, puede solicitar ante el INSS o ante la mutua, el reintegro de las cantidades abonadas al trabajador.

La no remisión de los partes médicos al INSS puede dar lugar a que el Ministerio de Empleo y Seguridad Social, a propuesta de la entidad gestora o de la mutua, deje en suspenso la colaboración obligatoria de la empresa en el pago delegado de las prestaciones económicas por incapacidad temporal.

Cuando el parte médico de alta sea expedido por el inspector médico del INSS o del ISM, estos deben trasladar de manera inmediata y, en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de dicha expedición, una copia del parte al correspondiente servicio público de salud para su conocimiento y otra copia a la mutua, en el caso de trabajadores protegidos por la misma, con la finalidad de que se declare

extinguido el derecho por causa del alta y notifique el acuerdo a la empresa. Asimismo, el inspector médico debe entregar dos copias al trabajador, una para conocimiento del mismo y otra con destino a la empresa, expresándole la obligación de incorporarse al trabajo el día siguiente al de la expedición.

Cuando se expida el parte médico de alta por los inspectores médicos del INSS o del ISM, durante los 180 días naturales siguientes a la fecha en que se expidió el alta, son estas entidades las únicas competentes, a través de sus propios médicos, para emitir una nueva baja médica por la misma o similar patología.

Seguimiento y control de incapacidad temporal

El INSS, el ISM y las mutuas, ejercen el control y seguimiento de la prestación económica de la incapacidad temporal objeto de su gestión, pudiendo realizar, desde el momento en que se expida el parte médico de baja, aquellas actividades encaminadas a comprobar el mantenimiento de los hechos y de la situación que originaron el derecho al subsidio, sin perjuicio de las competencias que corresponden a los servicios públicos de salud en materia sanitaria.

Los actos de comprobación de la incapacidad temporal que lleven a cabo los médicos de los servicio público de salud, los inspectores médicos del INSS o del ISM, así como los médicos de las mutuas deben 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. A tal efecto, aquellos pueden acceder a los informes médicos, pruebas y diagnósticos relativos a las situaciones de incapacidad temporal, a fin de ejercitar sus respectivas funciones.

Asimismo, la Intervención General de la Seguridad Social puede acceder a los datos relativos a las situaciones de incapacidad temporal que sean estrictamente necesarios para poder ejercer dichas funciones.

Los inspectores médicos del INSS o del ISM, para el ejercicio de sus competencias, tienen acceso a la documentación clínica de atención primaria y especializada de los trabajadores del sistema de la Seguridad Social, incluida la documentación clínica de los trabajadores protegidos frente a las contingencias profesionales con las mutuas.

El tratamiento de los datos de los trabajadores afectados queda sujeto a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
