

28 de agosto de 2014

Autor: Cofederación Sindical CC.OO.
Secretaría: Salud Laboral y Políticas Públicas.

Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros 365 días de su duración.

El lunes 21 de julio de 2014 se publica en el Boletín Oficial del Estado el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos de incapacidad temporal en los primeros 365 días de su duración.

Posteriormente será el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) / Instituto Social de la Marina (ISM) los únicos responsables de los procesos.

Este Real Decreto aporta una serie de mejoras respecto al RD 575/1997, como:

- **La obligación por las mutuas de “motivar el rechazo” de los casos que atienden susceptibles de origen profesional y que derivan al sistema público para que sean tratados como contingencia común.**
- **La mejora de criterios para la presentación de partes de confirmación de baja, ya que desaparecen la necesidad de acudir semanalmente al médico de familia para que confirme la baja y enviar esta confirmación a la empresa. Se establecen cuatro tramos según la previsión de la duración de la baja y conforme a esos tramos se establecen las obligaciones para los partes de confirmación.**
- **El establecimiento de tablas de referencia de duración estándar para las patologías que tengan en cuenta la ocupación y edad del trabajador/a.**
- **La introducción del tratamiento informatizado de las comunicaciones.**
- **La ampliación en los plazos para solicitar la revisión de las altas que extienden las mutuas. Se pasa del actual criterio de 4 días naturales a 10 días hábiles, para que el trabajador prepare la documentación en la que fundamenta la solicitud de revisión del alta.**
- **El establecimiento del criterio que la notificación de la cita a los trabajadores para reconocimiento médico se tiene que hacer con un plazo mínimo de 4 días hábiles.**

No obstante, han quedado aspectos en el tintero, como:

- **El no haber aprovechado la oportunidad para regular el pago de los desplazamientos cuando los trabajadores/as se ven obligados a viajes costosos en recursos y tiempo para someterse a las revisiones de la IT por parte de mutuas, que carecen de medios en el ámbito geográfico próximo al trabajador.**
- **La elaboración de propuestas que permitan evitar el subregistro de las enfermedades profesionales y relacionadas con el trabajo.**
- **El haber limitado que sólo se citara a reconocimientos médicos de control o seguimiento en los casos en que se superen los criterios establecidos como estándares en las tablas de duración de los procesos.**

A continuación se exponen de forma gráfica los diversos aspectos del texto para facilitar a los trabajadores y trabajadoras la interpretación de los artículos y conseguir poner en valor los derechos de las personas en las situaciones de necesidad por incapacidad temporal para el desempeño del trabajo habitual.

El presente RD 625/2014 entrará en vigor el 1 de septiembre de 2014, a excepción de algún plazo que lo hará en febrero de 2015 (como se expone más adelante).

* Referencia al articulado en todo momento al Real Decreto 625 / 2014

1. **Ámbito de aplicación. Art. 1.**

Régimen general y autónomo. Primeros 365 días tras la baja. Pasado este tiempo es el INSS quien decide una de las tres opciones siguientes: extender el **ALTA**, la **prórroga** de la baja por otros 180 días y máximo otros 180 días más, o paso por el tribunal para análisis de una **incapacidad permanente**.

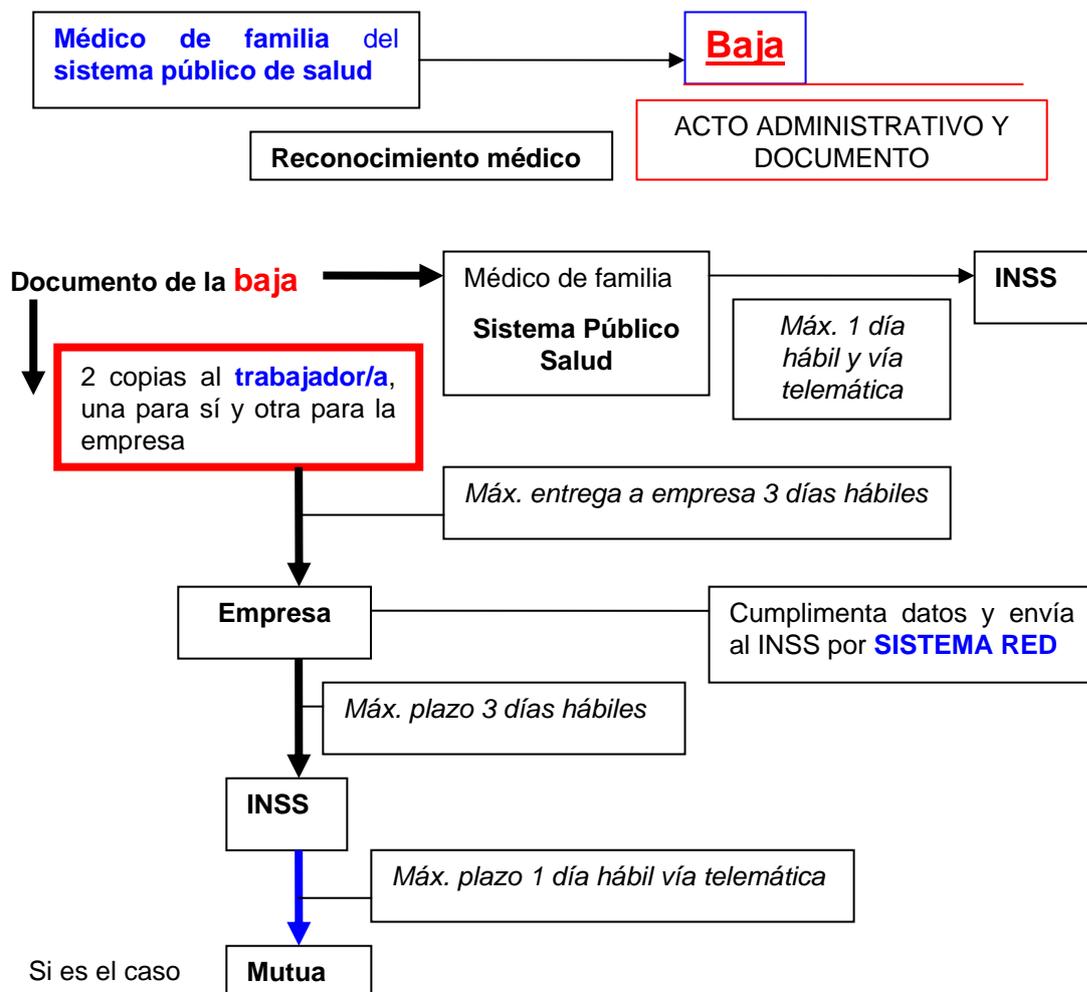
No se aplica para MUFACE, ISFAS ni MUGEJU.

2. **Declaración médica de la baja. Art. 2 en concordancia con art. 7.1.**

- Para IT contingencia común:

El profesional "médico de familia" es el empleado público que inicia el acto administrativo de la baja médica para reconocimiento de derechos, al considerar que el estado de salud temporal es incompatible con la profesión habitual de la persona.

Para ese acto se procede en el parte médico que expide el profesional de medicina de familia.

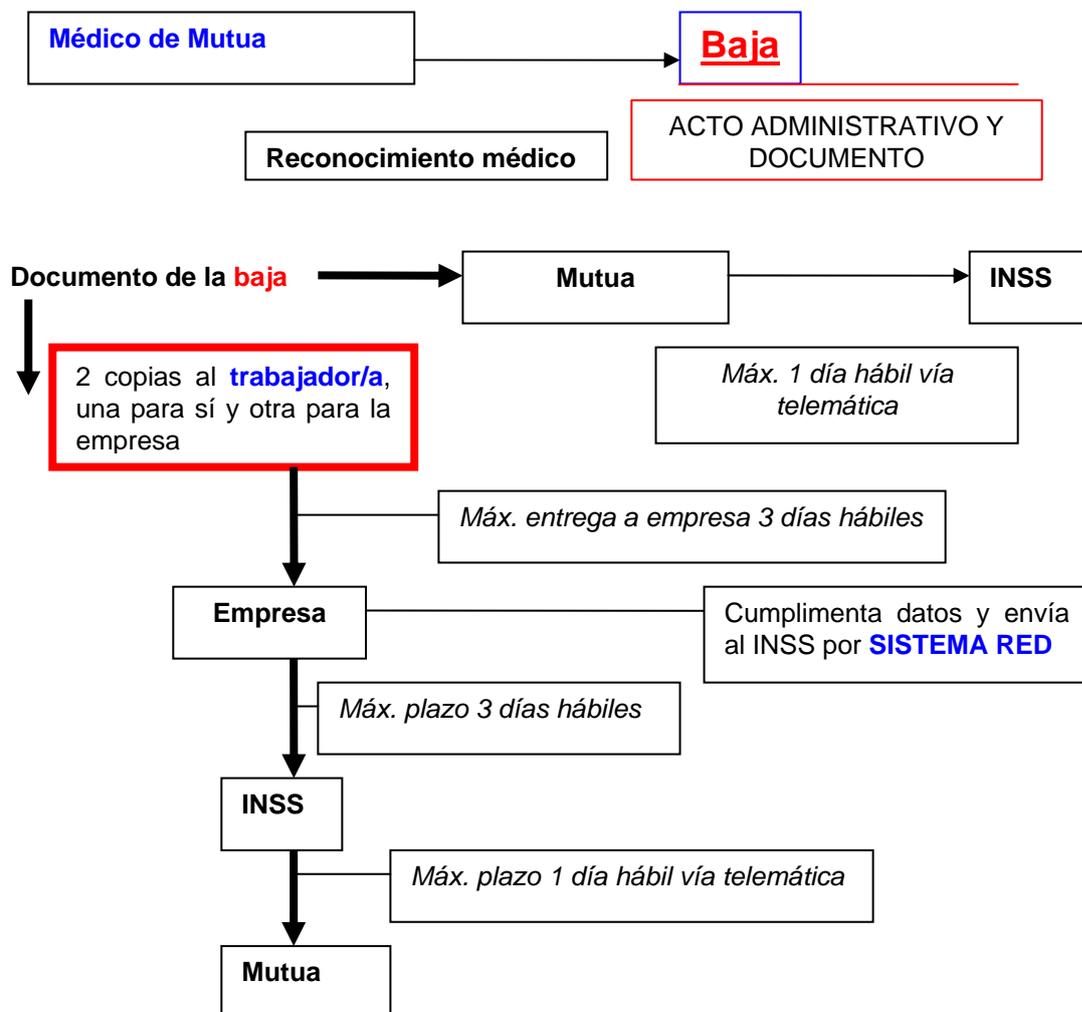


El mismo procedimiento y plazos se aplica para los partes de confirmación de la baja.

- Para IT contingencia profesional:

El profesional médico de la entidad colaboradora o mutua es el que inicia el acto administrativo para reconocimiento de derechos de la baja médica, al considerar que el estado de salud temporal es incompatible con la profesión habitual de la persona y tal daño proviene de una exposición en el trabajo: accidente o enfermedad.

Para ese acto se procede en el parte médico de baja que expide el profesional de la mutua. Dichos profesionales NO SON EMPLEADOS públicos, aunque ejercen sus funciones en colaboración con la Seguridad Social.



*En todo caso el parte médico de **alta** con destino a la empresa será entregado por el trabajador/a a la misma en las 24 horas siguientes a su expedición.*

*El sistema público de salud o la mutua remitirán los partes médicos de **alta** al INSS por vía telemática en el plazo máximo de 1 día hábil siguiente a su expedición.*

Para contingencia común, si por cualquier circunstancia en el periodo de la baja la persona pierde su empleo, el trabajador o trabajadora deberá presentar ante el INSS o la mutua (caso de gestionar la contingencia común) los partes correspondientes de baja y confirmación de la misma en el plazo máximo de **3 días hábiles** siguientes a la extensión de los mismos. Procediendo el INSS o la mutua a la gestión de la documentación para el **pago directo** de la prestación o subsidio.

Si el trabajador / a en baja conserva su vínculo laboral contractual, la empresa facilita a la persona el **pago delegado** de la prestación, descontándose o compensándose la empresa de su deuda mensual con Seguridad Social los correspondientes pagos efectuados a los trabajadores en baja. Colaboración de las empresas que se aplica si se cumple con todas las obligaciones de información con el INSS.

3. Partes de confirmación. Art. 2.3.

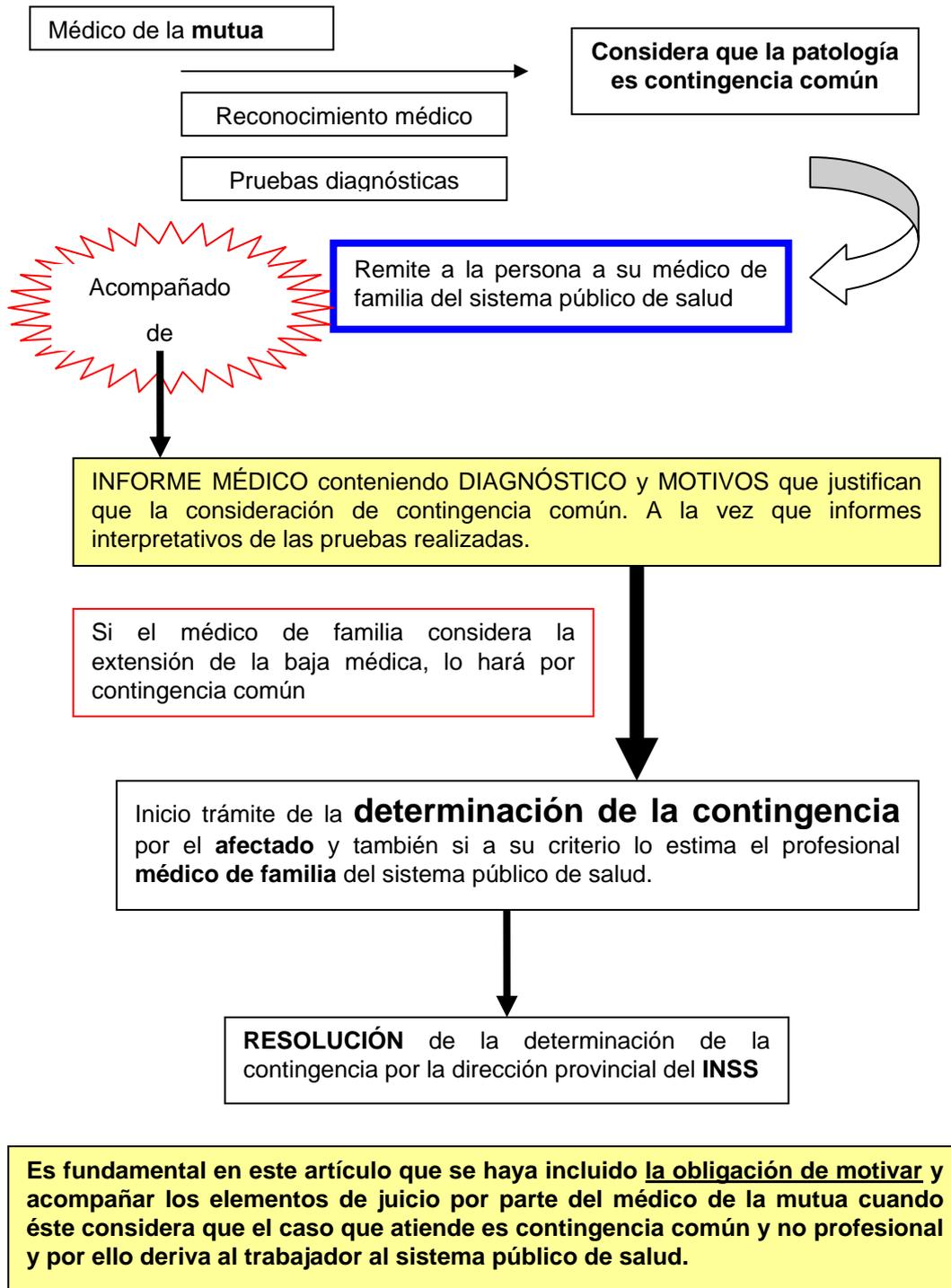
Se avanza al liberar a los trabajadores y trabajadoras de la obligación de acudir al médico de familia semanalmente para cumplir con el trámite de los partes de confirmación. Situación que dadas algunas situaciones particulares (ausencia de familia o allegados próxima) dificultaba al trabajador/a su periodo de descanso para la recuperación plena de la salud. Nuevas situaciones:

Procesos	Baja	Revisión médica	Confirmación	Alta
Duración estimada menos 5 días naturales	En el mismo acto médico se procede a la baja y al alta			
Duración estimada entre 5 y 30 días naturales	Extensión de la baja	Máx 7 días tras la baja. Se extiende el alta. O se confirma la baja.	Máx. cada 14 días naturales entre sí Siempre si se modifica diagnóstico	
Duración estimada entre 31 y 60 días naturales	Extensión de la baja	Máx 7 días tras la baja. Se extiende el alta. O se confirma la baja.	Máx. cada 28 días naturales entre sí 2º parte confirmación incluirá un informe médico complementario	
Duración estimada 61 días naturales ó más	Extensión de la baja	Máx 14 días tras la baja. Se extiende el alta. O se confirma la baja.	Máx. cada 35 días naturales entre sí	

Para el establecimiento de las estimaciones la Administración se compromete a elaborar una tablas de referencia de "duraciones óptimas" (Arts. 8.2 y 2.3) que tendrán en cuenta el diagnóstico o patología, la edad y la ocupación de la persona. No se ha adoptado la **variable de género** para evitar que exista un criterio discriminatorio según los resultados de días promedio de las bajas.

4. Determinación de la contingencia causante. Art. 3.

IMPORTANTE: aunque se habilita para que quien haya emitido la baja pueda instar motivadamente ante el INSS la revisión de la consideración de la contingencia, normalmente la iniciativa en estos procesos es del sistema público de salud y del trabajador o trabajadora afectados.



5. Novedad: se añade el art. 6 al RD 1430/2009, que regula procedimiento administrativo de determinación de la contingencia causante de los procesos de IT.

Procedimiento de la Determinación de la contingencia

Parte de baja y discrepancia del origen de la patología causante por:

- **INSS DE OFICIO** a iniciativa o solicitud motivada de la Insp. de Trabajo y Seguridad Social (ITSS) y/o el sistema público de salud (SPS).
- **Afectado/a.**
- **Mutua / empresa colaboradora** autoaseguradora, si es el caso.

Trabajador /a: acompañar toda la documentación que apoye la consideración como profesional: identificación de riesgos, evaluación de riesgos, vigilancia de la salud, información/formación preventiva recibida...

Además de los informes y pruebas médicas realizados.

¿Ante quién se presenta? **A la dirección provincial del INSS**

El INSS comunica inicio procedimiento al SPS, MUTUA, empresa colaboradora, si son implicados y ellos no hubiesen iniciado este procedimiento. Para:

Plazo máx. **4 días hábiles**

Puede **CITAR**

Si **NO FUE** el trabajador quien inició el procedimiento se le comunica por el INSS para que en **máx. 10 días hábiles** aporte documentación v aleque

Aporte de antecedentes del caso e informes.

15 días

Informe propuesta del EVI (equipo de valoración de incapacidades)

Para que el **DIRECTOR/A PROVINCIAL DEL INSS RESUELVA** y dicte **Resolución** calificando la contingencia origen del daño. Además:

- **Determinación contingencia: común o profesional.**
- **Existencia o no de recaída de un proceso anterior.**
- **Responsables de las prestaciones económicas y sanitarias.**

6. Informes complementarios e informes de control. Art. 4.

Informes complementarios: para patologías de duración prevista de más de 30 días naturales de baja.

Tras el 2º parte de confirmación. Incluirá:

- Expedición por el facultativo que atiende y extiende la baja.
- Dolencias de la persona.
- Diagnóstico.
- Tratamiento prescrito.
- Pruebas médicas realizadas.
- Evolución e incidencia en la capacidad de la persona para su trabajo habitual.

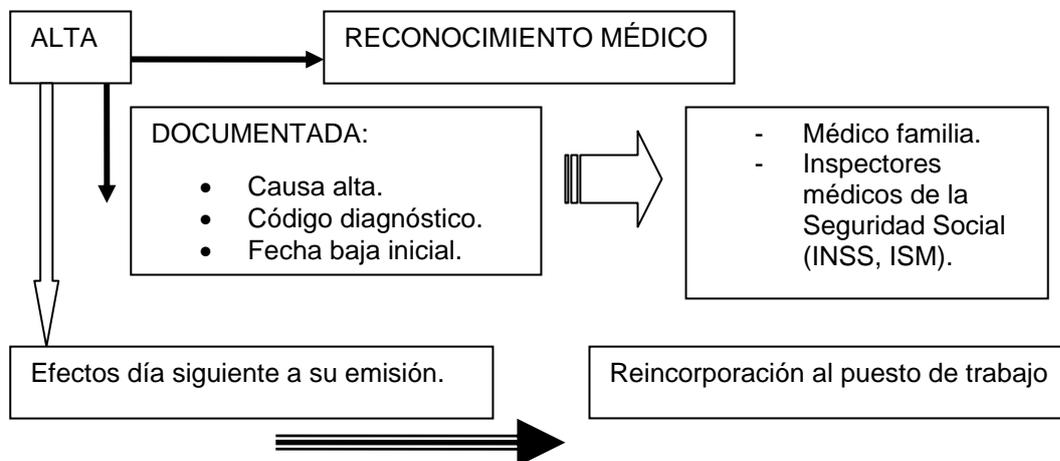
Actualizable cada dos partes de confirmación.

Trimestralmente la inspección médica del sistema público de salud hará un "Informe de control" de la IT.

Los profesionales sanitarios de las mutuas sólo accederán a los informes del proceso de IT que corresponda si tienen la gestión económica de la prestación.

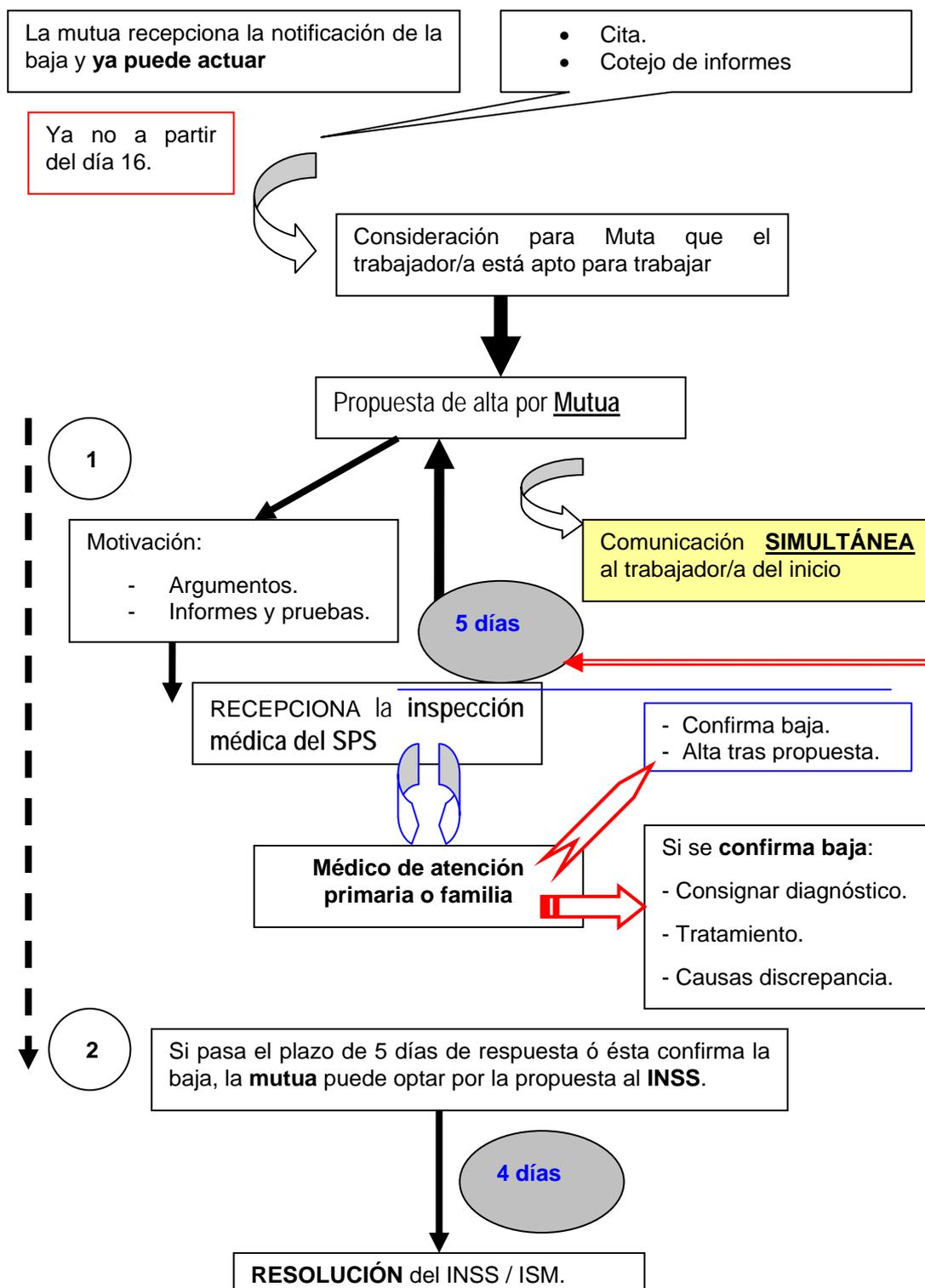
¡Se incrementa el trabajo burocrático de los profesionales de los sistemas públicos de salud!

7. Declaraciones médicas de alta en los procesos de IT. Art. 5.



Es importante que antes de agotar el plazo de los 365 días, tanto los profesionales del sistema público como de las mutuas avisarán de tal al trabajador/a afectados para que conste que a partir de ese momento toma competencias exclusivas el INSS ó el ISM.

8. Propuesta de alta médica formuladas por las mutuas en IT. Art. 6.

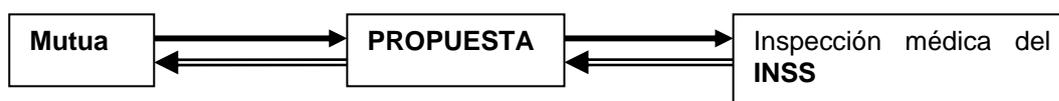


En los primeros SEIS MESES de vigencia del RD 625/2014, es decir desde el 1 de septiembre de 2014 hasta el 28 de febrero de 2015:



Plazo **11 días** (posterior al 28/02/2015 será de **5 días**)

Dispos. Transit. 2ª RD 625/2014



Plazo **8 días** (posterior al 28/02/2015 será de **4 días**)

Dispos. Transit. 2ª RD 625/2014

La **RESOLUCIÓN** del INSS se notifica al afectado. Luego, el parte médico de alta emitido por el INSS se traslada a efectos de su conocimiento, en el plazo máximo de 1 día hábil, a:

- Sistema público de salud.
- Mutua.

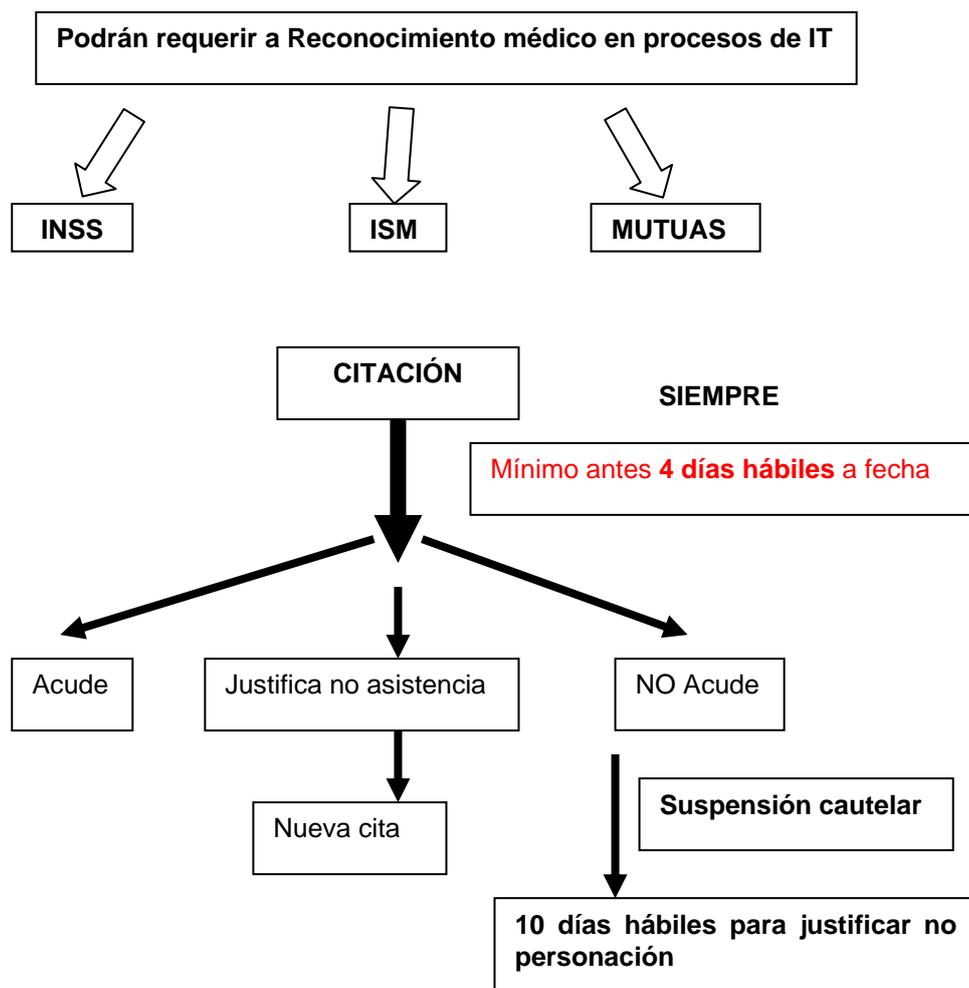


La Mutua extingue la prestación económica por efecto del alta y comunica a la empresa este acuerdo.

En este apartado es importante destacar que **ha desaparecido**, por la presión de los trabajadores y trabajadoras por medio de sus representantes, referencia alguna que, durante borradores previos, estuvo incluida y se hacía mención como <<ALTA PRESUNTA>>, es decir, al alta por silencio administrativo que se producía cuando ni el servicio público de salud ni el INSS respondían en plazo a la propuesta de alta de la mutua.

Hay que destacar también la **OBLIGACIÓN**, que antes no existía, de comunicar por parte de la MUTUA al trabajador/a interesado que se inicia una PROPUESTA DE ALTA en su proceso de IT.

9. Requerimientos a trabajadores/as para reconocimiento médico. Art. 9



Todas las citaciones que se hagan a los trabajadores tienen que ser por medios que dejen constancia de la recepción de esa cita: carta certificada, burofax... Además, ha de citarse con una antelación mínima de 4 días hábiles desde la recepción a la fecha de la cita.

No hay que transmitir información de salud a través del teléfono, ya que si llama la mutua, ésta debe tener los datos que le facilitan el INSS y los sistemas públicos de salud sobre el proceso de IT que interesa y gestiona la mutua. Otros datos que se soliciten sólo se aportarán si el trabajador quiere, no estando obligado a ello.

Si a la persona en baja por IT le llaman desde ámbitos distintos a la mutua para el control de la IT, sólo se podrán usar los datos si el trabajador presta su consentimiento para ello.

Ante la duda siempre se recomienda no responder a lo que se solicita por teléfono y presentar aquella información en la cita formal que se haga para reconocimiento médico.

En la relación con las mutuas, las empresas de control de absentismo y cualquier servicio médico son aplicables los criterios de la *Ley Básica del Paciente*, sus desarrollos en las Comunidades Autónomas, así como las garantías de la *Ley Orgánica de Protección de Datos*.

10.Reclamaciones

Recomendamos en todo momento hacer uso de la Oficina Virtual de Reclamaciones (OVR) para usuarios y usuarias reclamantes ante las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

<http://www.ovrmatepss.es/virtual/>

Es una alternativa que fue demandada por la representación de los trabajadores para evitar que:

- Las reclamaciones se pierdan en los vericuetos de la atención al cliente de la mutua y no trascienda al organismo público de control, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social.
- Se de traslado de estas reclamaciones a través de las oficinas de consumo de los gobiernos territoriales sin que tome interés en el asunto la Seguridad Social por no tener constancia de dicha reclamación.

La reclamación a través de la OVR sigue el siguiente recorrido:



Se ha de acompañar los documentos que se estime oportuno para respaldar la reclamación.

Es recomendable realizar exposiciones breves, claras y concisas y terminar con una pregunta concreta para evitar respuestas evasivas.

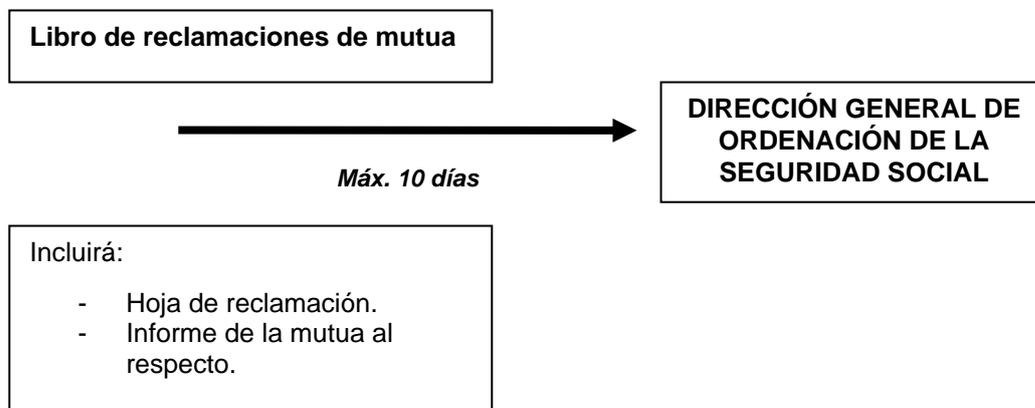
Siempre el interlocutor será la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, aunque el intermediario para la gestión sea AMAT, de tal modo que la reclamación la recepciona esa dirección general que la transmite a la mutua para que responda; la misma dirección general recibirá la respuesta y la facilitará al reclamante. Por lo que la Dirección General de Ordenación cumple con su papel de dirección y tutela de las actuaciones de las mutuas.



Las mutuas deberán conservar la documentación relativa a prestaciones y su gestión por un plazo **MÍNIMO** de **5 AÑOS**

Las mutuas dispondrán EN TODOS SUS CENTROS de libros de RECLAMACIONES integrados por las correspondientes HOJAS, que serán conocidos y estarán a disposición del público.

Las reclamaciones serán remitidas por la mutua a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social en el plazo máximo de 10 días tras la formulación presentada, adjuntando informe de la mutua sobre los hechos.

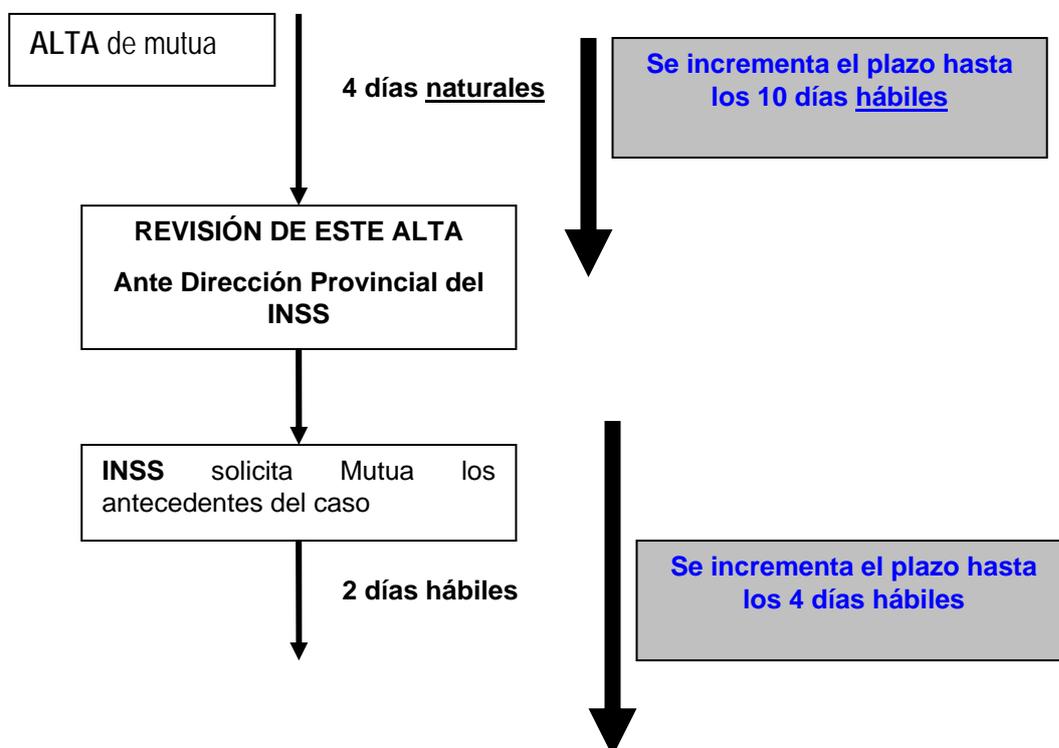


Cuando las personas perciban que las actuaciones de las mutuas no se atienen a la función de restablecimiento de la salud, que es para lo que deben estar, han de dejar constancia por escrito de estas situaciones.

Dejar evidencia de las actuaciones susceptibles de atentar contra los derechos de los trabajadores es fundamental para que los representantes de los trabajadores tengamos argumentos en nuestros debates con las mutuas en las Comisiones de Control y Seguimiento, así como con la Administración correspondiente; ya que hay poca prueba escrita del malestar de las personas respecto a las actuaciones de las mutuas.

Nuestro objetivo, por supuesto, no es proponer conflicto donde no hay; sino que es, en todo momento, obtener unas herramientas para mejorar las actuaciones de las mutuas respecto a sus principales usuarios que son los trabajadores y trabajadoras; a la vez que conseguir que los mismos puedan verse resarcidos adecuadamente de los posibles daños que esas actuaciones de las entidades colaboradoras puedan suponer tanto a nivel de salud como de perjuicio económico. Ya que hay que recordar que las mutuas trabajan con los recursos públicos de cuotas, aportadas por empresarios y trabajadores, que Seguridad Social pone a su disposición para esa labor de colaboración con el sistema.

11.Modificación RD 1430/2009, Art. 4 aprtdo. 2 Procedimiento especial de revisión EN PLAZOS



Se han incrementado los plazos para que el trabajador o trabajadora puedan cursar la revisión del alta de la mutua, de tal modo que facilite la aportación de documentos y pruebas que respalden la solicitud.

No obstante, si se tienen los documentos antes del límite de los plazos, es oportuno adelantar la presentación, ya que hay que tener en cuenta que en el procedimiento administrativo de revisión de las altas médicas expedidas por mutuas no se ha modificado que la Resolución del INSS puede incluir la devolución de las "cantidades indebidamente percibidas" en supuestos de prórroga de la situación de IT por contingencia profesional, sin haber mediado baja de contingencia común.

Ante cualquier duda en la aplicación de los criterios establecidos en este Real Decreto, contacta con tu sindicato.