



ESCUELA DE FORMACIÓN CONFEDERAL ELADIO VILLANUEVA

MODIFICACIÓN DEL RÉGIMEN DE MUTUAS E INCAPACIDAD TEMPORAL

**EN LOS PRIMEROS 365 DÍAS
DE SU DURACIÓN**

Nº 148 - MARZO 2015

BOLETÍN

INFORMATIVO



1. Introducción

- 1.1. Objeto del presente boletín: Ley de Mutuas (Ley 35/2014 de 26 de diciembre) y RD 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 (RD 625/2104 de 18 de julio).
- 1.2. Breve antecedente normativo de las Mutuas.
- 1.3. Entidades y funciones tradicionales en la gestión de las contingencias de la Seguridad Social.

2. Ley 35/2014, en relación con el régimen jurídico de las Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social.

- 2.1. Cambio en la denominación de las Mutuas.
- 2.2. La gestión por las Mutuas de la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.
 - 2.2.1. Carácter provisional de los dos primeros meses de pago de la IT.
 - 2.2.2. Proposición de alta médica al SPS.
- 2.3. Modificaciones respecto a la organización de las Mutuas.
 - 2.3.1. Constitución de las Mutuas.
 - 2.3.2. Composición y órganos de gobierno.
 - a) Junta General de la Mutua.
 - b) Juntas Directivas
 - c) Comisión de Control y Seguimiento
 - d) Comisión de Prestaciones Especiales
 - e) Director gerente.
 - 2.3.3. Planes de pensiones, seguros colectivos y planes de previsión social.
- 2.4. Funcionamiento de la Mutua.
 - 2.4.1. Expreso reconocimiento inicial de la IT por contingencias profesionales.
 - 2.4.2. Obligación de motivación.
 - 2.4.3. Dispensación de prestaciones sanitarias.
 - 2.4.4. Prohibición de las mutuas como servicios de prevención ajenos.
- 2.5. Régimen económico-financiero de las Mutuas y la aplicación de resultados económicos de la gestión.
- 2.6. Aplicación de la Ley 2/2011, de 4 de marzo de economía sostenible

3. RD 625/2014, DE 18 DE JULIO. Regula determinados aspectos de la gestión y control por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.

- 3.1. Objeto del RD 625/2014
- 3.2. Frecuencia en la emisión de los partes médicos de baja por CC y CP.
- 3.3. Informes complementarios y de control
- 3.4. Declaraciones médicas de alta en los procesos de IT.
- 3.5. Propuestas de altas médicas formuladas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes.
- 3.6. Determinación de la contingencia causante de la incapacidad temporal.
- 3.7. Tramitación de los partes médicos.
- 3.8. Procedimiento para la revisión de las declaraciones de altas médicas expedidas por las Mutuas en procesos de IT derivados de contingencias profesionales dentro de los 365 días.
- 3.9. Seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal.
- 3.10. Requerimientos a las personas trabajadoras para reconocimiento médico.
- 3.11. Libros de reclamaciones y documentación
- 3.12. Acceso a la documentación clínica por parte de los médicos del ISM con objeto de garantizar las condiciones psicofísicas de las personas trabajadoras sean compatibles con sus puestos de trabajo.

1. INTRODUCCIÓN

“La Ley de Mutuas Patronales, ese arma de destrucción masiva de la salud de las personas trabajadoras, ya es un hecho desde el 1 de Enero de 2015”.

El Gobierno del PP, enemigo número uno de los derechos de los trabajadores y trabajadoras, vuelve a mostrar el más absoluto desprecio hacia uno de los derechos esenciales de la vida: la salud, en este caso la salud laboral, la cual se convierte en un artículo de lujo y por consiguiente, privativo de las clases altas y poderosas (empresarios, políticos, ejecutivos, directivos).

La Ley se constituye sobre dos principios, absolutamente opuestos al principio de garantizar siempre la salud y estos son:

Primero: Conciben a las personas trabajadoras enfermas por el hecho de trabajar, como auténticos delincuentes, los cuales son siempre presumiblemente sospechosos de cometer fraude, intentando escaquearse de su obligación de trabajar.

Por lo tanto y basado en esta concepción, la Mutuas Patronales se convierten en gestoras de todas las bajas, bien por accidentes de trabajo y/o enfermedad profesional, bien por Incapacidades Temporales por contingencias comunes. Su misión **vigilar y castigar**.

Segundo: El sistema público de salud, los y las profesionales de la medicina, que acceden al trabajo por concurso público donde se valora sus méritos y su capacidad, se ve cuestionado profesional y médicamente, dejando en manos del mercado privado (medicina privada) la capacidad para determinar si una persona trabajadora se encuentra enferma o no y, ahí, los criterios del mercado (rentabilidad, productividad) primarán sobre la realidad de la salud.

Todas las Empresas vienen obligadas a contratar los servicios de una Mutua, debiendo ingresar un porcentaje del salario de cada persona trabajadora a la Tesorería de la Seguridad Social. Por lo tanto si bien las aportaciones las realiza la Empresa, no olvidemos que son rentas del trabajo de los y las asalariados y asalariadas. Cuando nos “accidentan”, cuando nos causan una enfermedad profesional” los patronos, la Mutua tiene la obligación de correr con los gastos de nuestro restablecimiento y, en consecuencia, cuanto más acorten el período de recuperación, cuanto más disminuyan el tiempo de la baja, cuantos menos recursos tengan que utilizar (pruebas, consultas, terapias, etc.), cuantas menos muertes por enfermedades profesionales existan, más beneficio para la Mutua. ¿Qué tiene que ver esto con la garantía de la salud? Nada, absolutamente nada.

El estado Español es el único país de la OCDE que, según los datos de las Mutuas, desde el año 2000 al 2004, no se produjeron ninguna muerte por enfermedad profesional. Solamente 3 muertes en el 2005. El Grupo de Investigación de Salud Laboral de la Universidad Pompeu Fabra, considera que en el estado español mueren 14.000 hombres y más de 2.000 mujeres por enfermedades contraídas en el lugar de trabajo. Cada año hay 9.400 personas muertas por cáncer, 3.600 por enfermedades cardiovasculares y 1.700 por enfermedades respiratorias, todas ellas muertes como consecuencia de trabajar y, ninguna de éstas aparecen en los registros de las Mutuas. ¿Porqué nuestro Sistema de Salud permite esta negligencia y falta de asunción de responsabilidad? Simplemente es negocio: miles de millones van a las cuentas de resultados de las Mutuas a costa de la salud y la vida de miles y miles de personas trabajadoras.

Las Mutuas están dirigidas y gestionadas por directivos y ejecutivos, no independientes, sino que en su inmensa mayoría, la relación entre las Mutuas y las Empresas, son dirigidas por quienes tienen intereses privados y sólo se rigen por la lógica del beneficio privado, los empresarios.

Directivos pertenecientes a grandes corporaciones empresariales de cualquier actividad (alimentación, automoción, energía, comercio, etc.) entre los más significativos directivos de Empresas como Danone, Ford, Renault, Aguas de Barcelona, El Corte Inglés, ABC, etc. dirigen estas entidades (Mutuas) que se dedican a la sanidad, a una sanidad no privada, sino pública, la de las personas trabajadoras y lo hacen ungidos con la transferencia de esa obligación que corresponde al Sistema Sanitario Público, a través de la Ley.

La Ley, da un paso más en esa “carrera a ninguna parte” que los gobiernos liberales han emprendido de privatización de todo lo público, violando los principios de equidad, universalidad y suficiencia para todos y todas.

Volvemos a una concepción de la Seguridad Social “franquista”, donde se dualiza el sistema de Sanidad Pública: una privada (mutualizada) para trabajadores y trabajadoras cotizantes y otra pública, casi descapitalizada, que semeja la beneficencia.

El saqueo de lo público en esta Ley es preclaro: traspaso de fondos públicos bien provenientes de las cotizaciones, bien de las pruebas de diagnóstico y de tratamiento, a la vez que se “autonomiza” la gestión de las propias mutuas, las cuales se regirán solamente por principios de ahorro de costes y rentabilidad.

CGT se opone y se opondrá en la calle y en toda la red sanitaria a esta “ley de mutuas de destrucción masiva de la salud de los trabajadores y trabajadoras” y lucha y luchará por un SISTEMA DE SALUD PUBLICO, UNIVERSAL Y SUFICIENTE para todos y todas.

1.1. Objeto del presente boletín.

La regulación de las recién denominadas Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social (en adelante mutuas) ha venido experimentando una constante transformación a golpe de modificación normativa manteniendo el paradigma de ser asociaciones privadas que desempeñan funciones públicas gestionando el acceso de las personas trabajadoras a derechos sociales reconocidos tales como el derecho a la salud y al trabajo.

Las dos normas más recientes que han variado la configuración de las mutuas y que siguen la estela de una progresiva retirada de las funciones de los entes sanitarios y una mayor presencia de las entidades gestoras en donde se encuentran las Mutuas, son las siguientes siendo el objeto del presente boletín.

Ley 35/2014, de 26 de diciembre, por la que se modifica el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social en relación con el régimen jurídico de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Los argumentos sobre los que se basa la Ley de Mutuas, según su exposición de motivos, sigue la estela de las anteriores modificaciones, esto es, lucha contra el absentismo (las denominadas bajas de complacencia) y la reducción de un presunto gasto insostenible de IT para la Seguridad Social, poniendo bajo sospecha a las personas trabajadoras a las que se achaca una conducta fraudulenta y defraudadora y a los profesionales sanitarios de atención primaria. Es decir, los objetivos de la reforma es consolidar y ampliar funciones de gestión privada de las Mutuas para contribuir a sus fines: incidir en el control del gasto y reducir el absentismo laboral injustificado y por tanto mejorar la competitividad de las empresas y en consecuencia la economía en su conjunto.

No obstante a lo anterior, los citados argumentos no responden a la realidad. Según datos del Ministerio de Empleo, el gasto en IT Ha pasado de 7.53 millones en 2008 a 4.878 millones en 2014 así como que la tasa de absentismo bajó desde 2007 a 2012 en un 3,29 % según los datos del INE. Así, aparte de la falta de justificación de la reforma, priman más los argumentos economicistas para evitar el presunto fraude y “mejorar la economía” que salvaguardar el derecho a la salud de las personas trabajadoras y mejorar en todo caso el sistema nacional de salud.

La tan esperada Ley de Mutuas no supone la creación de una ley que integra en una norma la dispersión normativa sobre las mutuas sino que procede a modificar determinadas leyes, fundamentalmente el Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS a partir de ahora), estableciendo un nuevo régimen jurídico de las hasta ahora denominadas Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. Por otro lado, el texto remite en innumerables ocasiones, hasta veinte, a la normativa de desarrollo con lo que implica en determinados aspectos una indefinición legal. En este sentido, la disposición adicional quinta de la Ley establece que **“En el plazo de seis meses a partir de la entrada en vigor de esta ley el Gobierno aprobará cuantas normas reglamentarias sean necesarias en relación con el régimen de funcionamiento de los órganos de gobierno, gastos de administración, procedimiento de**

formalización de los convenios de asociación y documentos de adhesión, así como su contenido y efectos, régimen de retribuciones y de aplicación de las reservas de las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.”

En cuanto a la técnica legislativa, la Ley de Mutuas tiene por finalidad regular en su integridad el régimen jurídico de las mutuas y de las funciones que desarrollan como entidades asociativas privadas que participan en funciones públicas. De esta manera, se pretende integrar la dispersión de la pluralidad de normas de distinto rango que conforman su régimen jurídico aunque no se lleva a cabo en su totalidad, de tal forma, que se elevan a rango legal una serie de disposiciones procedentes de la normativa de desarrollo.

La citada ley, pese a que no varía la naturaleza de las mutuas más allá del cambio de la denominación, incorpora reformas puntuales en especial en los ámbitos económicos y financieros (establecer topes salariales al Director gerente y personal ejecutivo), otorga un mayor control a las mutuas, de modo que van a poder controlar las bajas desde el primer día también en los procesos de IT derivados de contingencias comunes, frente a la normativa anterior que era a partir del decimoquinto día así como que consagra la minoración de los plazos de que disponen los Servicios Públicos de Salud (en adelante SPS) para responder a las propuestas de alta que les formulen los servicios médicos de las Mutuas.

Así mismo, modifica las siguientes leyes: Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL), Ley 2/2011, de 4 de marzo, de economía sostenible, Ley 32/2010, de 5 de agosto, por la que se establece un sistema específico de protección por cese de actividad de los trabajadores autónomos, Ley de Impuesto de Sociedades, aprobado por el Real Decreto Legislativo 4/2004, de 5 de marzo, ley 27/2011, de 1 de agosto sobre actualización y modernización del sistema de Seguridad Social y la Ley sobre Infracciones y sanciones en el orden social (RD Legislativo 5/2000 de 4 de agosto)

En el presente boletín nos detendremos en el grueso de la modificación en el marco de la LGSS así como que reflejaremos lo que afecta en la LPRL y la Ley de Transparencia.

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

El citado RD viene a sustituir fundamentalmente el RD 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, quedando derogado éste último así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan al primero. Por otro lado, modifica determinados RD tales como el Reglamento sobre colaboración de las mutuas (RD 1993/1995), RD por el que se regula las prestaciones económicas de maternidad, paternidad, riesgo durante el embarazo y riesgo durante la lactancia natural (RD 295/2009, de 6 de marzo), RD de desarrollo de la Ley 40/2007 de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal (RD1430/2009, De 11 de septiembre).

Dicho Real Decreto supone un paso más en la ampliación de las facultades de las Mutuas en el ámbito de la incapacidad temporal dentro de los trescientos sesenta y cinco días en perjuicio de los derechos de las personas trabajadoras.

1.2. Breve antecedente normativo de las Mutuas.

La reforma de la ley de Mutuas ha sido publicada en el BOE el 29 de diciembre de 2014 y ha entrado en vigor el 1 de enero de 2015.

La configuración de las Mutuas arranca con la Ley de Accidentes de Trabajo de 30 de enero de 1900. Aunque no será obligatorio hasta 1932, se autoriza a los empresarios a sustituir sus obligaciones frente a los riesgos profesionales por el abono de una prima a una sociedad de seguros (mutua o acciones), siendo el comienzo por parte del empresario de externalizar los riesgos de su actividad sobre la salud de los trabajadores. El régimen privado del sistema de protección se mantiene hasta la Ley de Bases de la Seguridad Social vigente en 1967. En ese mismo año se establece legalmente la prohibición del ánimo de lucro en la gestión de la Seguridad Social y se produce la gran transformación de las entidades que actuaban en el mercado para convertirse en las Mutuas actuales, sin verse afectadas en su desarrollo por la aprobación de la Constitución Española ni haberse recogido de

manera expresa en la Carta Magna¹.

Ya en el período postconstitucional, la LGSS dedica a las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, la Subsección 2ª de la Sección Cuarta, titulada "Colaboración en la gestión de la Seguridad Social" del Capítulo VII del Título I (artículos 68 a 76). Junto con lo recogido en la LGSS, el régimen jurídico con carácter previo a la Ley de Mutuas queda completado en lo fundamental, por las previsiones de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales y el Reglamento de colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades de la Seguridad Social (RMAT), aprobado por RD 1993/1995 de 7 de diciembre, modificado con posterioridad en varias ocasiones.

Así, conforme a las previsiones de la disposición adicional 14ª de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, de actualización, adecuación y modernización del sistema de la Seguridad Social y siguiendo las recomendaciones de determinados acuerdos políticos (recomendación 9ª del pacto de Toledo de 2011) y sociales (Acuerdo social y económico, de 2 de febrero de 2011), la Ley 35/2014, de 26 de diciembre establece un nuevo régimen jurídico de las hasta ahora denominadas Mutuas de accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, al tiempo que modifica la regulación del sistema de protección por cese de actividad.

1.3. Entidades y funciones tradicionales en la gestión de las contingencias de la Seguridad Social.

De manera muy sintética se viene a recordar las entidades que tienen un papel protagonista en la gestión de las contingencias en la Seguridad Social siendo las Mutuas, organismos que colaboran en la gestión de la Seguridad Social tal y como se ha apuntado anteriormente. Nos centramos en la contingencia de la incapacidad temporal, objeto de modificación de las dos normativas que versan el presente informe y pilar fundamental de la seguridad social.

Las entidades son las siguientes:

- Entidad gestora: Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) o Instituto Social de la Marina (ISM), según el régimen de Seguridad Social en que se encuentren encuadrado el trabajador beneficiario.
- Organismos sanitarios: servicios de salud de las CCAA o el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria² (INGESA) en donde no se haya transferido las competencias sanitarias (Ceuta y Melilla).
- Entidad colaboradora: mutua o empresa que pueda llevar a cabo la cobertura de esta prestación, siempre que haya habido una elección previamente por la empresa o por el propio trabajador por cuenta propia.

Las funciones tradicionales que llevan a cabo las citadas entidades son las siguientes:

- Área sanitaria llevada a cabo por los servicios públicos de salud: ámbito en el que se certifica la incapacidad de la persona trabajadora para realizar su trabajo a causa de su estado de salud o por el contrario, la recuperación de dicha capacidad.
- Área de gestión económica asumida por el INSS/ISM y las Mutuas: que verifica el cumplimiento de los demás requisitos exigidos para el acceso a la prestación económica, reconocimiento de la prestación, abono de la misma y llevaba a cabo controles de gestión en su evolución.

Dicho esto, uno de las derivas de la regulación sobre este tema, ha consistido en una progresiva reducción de las funciones de los entes sanitarios y un mayor protagonismo de las Mutuas, tal y como se refrenda en las normativas que motivan el presente informe. Así mismo, también se ha venido ampliando las funciones de las entidades gestoras (INSS/ISM)

1 Ane Varela Mateos, "Participación de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en la gestión de las prestaciones del sistema de bienestar español" (2010-2012), Trabajo de fin de Master de Políticas Públicas y Sociales.

2 Después del traspaso de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, el INSALUD, entidad de prestaciones sanitarias de carácter público a nivel estatal se denominó INGESA, para gestionar la Seguridad Social (Pensiones del Estado etc.) así como las competencias sanitarias no transferidas como Ceuta y Melilla.

De manera esquemática, se ha vivido un proceso de ampliar las funciones por parte de la entidad responsable de la prestación que han supuesto mayor control para éstas con carácter general y en particular, en la expedición de las bajas y altas médicas de la IT, siendo un botón de muestra las siguientes modificaciones³:

- Posibilidad de las entidades del pago de la prestación (INSS/ISM o Mutua) a someter a reconocimiento médico a través de los correspondientes servicios médicos y en consecuencia, proponer a los Servicios de Salud en procesos de IT, las propuestas de altas correspondientes así como pudiendo acceder los servicios médicos de las Mutuas a los informes y diagnóstico del beneficiario llevados a cabo por los servicios médicos del Servicio Público de Salud.(Artículo 78 de la Ley 13/1996 y artículo 5 del RD 575/1997)
- En caso de incomparecencia a los citados exámenes del INSS/ISM o Mutua, pueda dar lugar a la suspensión cautelar del derecho, al objeto de comprobar si aquella fue o no justificada. (Art. 132.3 LGS)⁴. Reglamentariamente se regulará el procedimiento de suspensión del derecho y sus efectos.
- Expedir altas médicas, en un primer momento al INSS/ISM y en un momento posterior a las Mutuas, a través de los servicios médicos correspondientes, a los exclusivos efectos económicos de la prestación económica¹. Altas médicas que precisaban la conformidad, expresa o tácita de los Servicios de Salud en el plazo de 3 días hábiles siguientes a la recepción de la iniciativa de la entidad gestora, en caso contrario, surtía efectos a partir de ese plazo.
- La Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social, modificó nuevamente el artículo 128 de la LGSS, en el cual concentraba en el INSS/ISM todas las competencias tanto en el ámbito de asistencia sanitaria como de gestión económica en el período de 180 días, una vez se haya agotado el período inicial del doce meses de duración de la incapacidad temporal. Esto es, la resolución del INSS/ISM tenía efectos tanto en el ámbito de la prestación como a efectos sanitarios si bien podría reconsiderar su decisión en el caso de lo que los servicios públicos de salud así se lo requirieran.
- La Ley 35/ 2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo modificó la LGSS ampliando las facultades establecidas para la inspección médica de los Servicios de Salud, de modo que podían expedir partes de alta en los procesos de IT durante el período de 365 días dentro del citado proceso y no sólo a los efectos de incapacidad temporal. En estos supuestos, estos órganos serán los únicos competentes para, a través de sus facultativos, emitir una nueva baja médica en la situación de incapacidad temporal si aquella se produce en el plazo de 180 días siguientes a la citada alta médica por la misma o similar patología. Esta nueva competencia atribuida al INSS supuso la desaparición de las propuestas del alta así como de las iniciativas del alta desde el INSS/ISM hasta los SPS.

2. LEY 35/2014, EN RELACIÓN CON EL RÉGIMEN JURÍDICO DE LAS MUTUAS COLABORADORAS CON LA SEGURIDAD SOCIAL.

A continuación se abordará las modificaciones más relevantes de la Ley de las Mutuas, en relación con la LGSS así como que reflejaremos lo que afecta en la LPRL y la Ley de Transparencia.

2.1. Cambio en la denominación de las Mutuas.

Pasan a denominarse Mutuas colaboradoras con la Seguridad Social. Según la exposición de motivos de la Ley el cambio se debe a identificar más claramente al objeto de las mismas siendo éste la colaboración en la gestión de la Seguridad Social.

3 Para una lectura más detallada leer a: José Antonio Panizo Robles “Un nuevo paso en el control de la prestación de la seguridad social por incapacidad temporal: el RD 625/2014” en RTSS. CEF, núms. 377-378 y Susana Rodríguez Escanciano “Control de la incapacidad temporal: su incidencia sobre la contención del gasto público y el aumento e la productividad empresarial” Temas Laborales núm. 118/2013.

4 Introducida por la Ley 2/2013 de 23 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014 a través de la Disposición Final Cuarta. Anteriormente, si se producía la incomparecencia no justificada tenía como consecuencia la extinción de la prestación económica pero una vez después de cuando la persona trabajadora en el plazo de diez días no pudiera justificar su ausencia.

No obstante a lo anterior, tanto en el proyecto aprobada por el Gobierno como en su aprobación por el Congreso de los Diputados, la denominación era de "Mutuas colaboradoras de la Seguridad Social" con lo que se hacía destacar no sólo la colaboración en la gestión del sistema de la Seguridad Social, sino que formaban parte del citado sistema de Seguridad Social.

Así mismo hay que recordar que la naturaleza de las Mutuas son entidades formalmente sin ánimo de lucro, que forman parte del sector público en base al artículo 2.1 d) de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria y desde el 2007 está afectada a la Ley de contratación del sector público.

No obstante a lo anterior, las mutuas no dejan de ser asociaciones de empresas de gestión privada sin estar sujetos al principio de servicio al ciudadano ya que no se encuentra afectada por la Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE) y que por tanto son entidades de gestión privada formada por las propias empresas gestionando en definitiva el derecho a la salud y al trabajo de las personas trabajadoras.

2.2. La gestión por las Mutuas de la prestación de incapacidad temporal derivada de contingencias comunes

La Ley de Mutuas recoge expresamente la gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes⁵ cuando tenga encomendado ser la encargada de la prestación económica respecto a aquellas personas trabajadores que se encuentren bajo su cobertura así como a los trabajadores por cuenta propia.

Corresponde a la Mutua la función de declaración del derecho a la prestación económica, así como las de denegación, suspensión anulación y declaración de extinción del mismo, sin perjuicio del control sanitario de las altas y bajas médicas por parte de los servicios públicos de salud.

2.2.1. Carácter provisional de los dos primeros meses de pago de la IT.

Una de las novedades introducidas, versa sobre que una vez adoptado por la Mutua el acuerdo de declaración inicial del derecho a la prestación así como determinar el importe del subsidio (después de recibir el parte médico de baja y haber comprobado el cumplimiento por el beneficiario de los requisitos de afiliación, carencia etc.), durante el plazo de dos meses siguientes a la liquidación y pago del subsidio, los pagos que se realicen tendrán el carácter provisional, pudiendo las mutuas regularizar los pagos provisionales, que adquirirán el carácter de definitivos cuando transcurra el mencionado plazo de dos meses.

2.2.2. Proposición de alta médica al SPS.

Otra de las modificaciones de mayor relevancia es incluir en la Ley el procedimiento de proposición de alta por parte de los servicios médicos de la mutua cuando entiendan que la persona trabajadora no se encuentra impedida para trabajar con la consecuente reducción de los plazos de que disponen los servicios médicos del SPS para responder a las citadas propuestas. No obstante a lo anterior, tanto el procedimiento como la minoración del plazo de respuesta por parte de los servicios médicos del SPS es una innovación atribuible a la Ley de Mutuas sino que el citado procedimiento ya se encontraba recogido con la consecuencia reducción del plazo, a través del RD 625/2014 cuya entrada en vigor tal y como se ha dicho anteriormente es septiembre de 2014, manteniéndose hasta la publicación del presente boletín su inicial redacción sin sufrir modificaciones.

Dicho esto, el procedimiento de proposición de alta emitido por la mutua recogido en la Ley viene a conferir rango legal al recogido en el RD 625/2014, siendo el mismo aunque no hay una coincidencia total. En este sentido, la Ley de mutuas añade en relación al RD 625/2014, la posibilidad de la Inspección médica del SPS si así lo considera necesario, de citar a la persona trabajadora dentro del mismo plazo de cinco días que tiene para responder sobre la propuesta del alta emitida por la mutua.

Dicho esto, el procedimiento de proposición de alta es el siguiente.

⁵ Aunque ya venía recogido en el vigente Real Decreto 1993/1995 de 7 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre colaboración de las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social.

Cuando las mutuas, en base en el contenido de los partes médicos y de los informes emitidos en el proceso, así como a través de la información obtenida de las actuaciones de control y seguimiento o de los exámenes y reconocimientos médicos, consideren que el beneficiario podría no estar impedido para el trabajo, podrán formular propuestas motivadas de alta médica a través de los servicios médicos de las mutuas, dirigidas a la Inspección Médica de los SPS. Las mutuas comunicarán simultáneamente a la persona trabajadora afectada y al INSS para su conocimiento que se han enviado la mencionada alta.

La Inspección médica de los SPS tiene un plazo de 5 días hábiles (11 días hasta el 1 de marzo de 2015) desde el día siguiente a la recepción de la propuesta de alta, para responder a la mutua. El plazo de cinco días tal y como hemos dicho anteriormente lo introdujo el RD 6257/2014 siendo el plazo anterior al citado RD, de 10 días. La respuesta por parte de la Inspección Médica contendrá o bien la estimación de la propuesta con la emisión del alta o su denegación en cuyo caso acompañará informe médico motivado que lo justifique y pruebas en su caso se hubiere realizado. La estimación de la propuesta de alta dará lugar a que la mutua notifique la extinción del derecho a la persona trabajadora y a la empresa, señalando los efectos de la misma.

En la redacción del RD 625/2014 establece que en las propuestas de alta de las mutuas dirigidas a las unidades de la inspección médica del SPS, éstas remitirán inmediatamente a los facultativos o servicios médicos a quienes corresponda la emisión de los partes médicos del proceso, siendo éstos últimos los que tengan que emitir la estimación de la propuesta del alta o bien la denegación de la misma con el informe médico que lo avale. En el caso de que la inspección médica del correspondiente servicio público de salud no reciba contestación de los facultativos o de los servicios médicos, o en caso de discrepar de la misma, podrá acordar el alta médica, efectiva e inmediata. En todo caso, la inspección comunicará a la mutua, **dentro del plazo de los 5 días** siguientes a la fecha de recepción de la propuesta de alta,

En el supuesto de que la Inspección Médica considere necesario citar al trabajador para revisión médica, ésta se realizará dentro del mismo plazo de cinco días de respuesta ante la propuesta de alta sin suspender la citada obligación. No obstante, en el caso de incomparecencia del trabajador el día señalado para la revisión médica, se comunicará la inasistencia en el mismo día a la Mutua que realizó la propuesta. La Mutua dispondrá de un plazo de cuatro días para comprobar si la incomparecencia fue justificada y suspenderá el pago del subsidio con efectos desde el día siguiente al de la incomparecencia. En caso de que el trabajador justifique la incomparecencia, la Mutua acordará levantar la suspensión y repondrá el derecho al subsidio, y en caso de que la considere no justificada, adoptará el acuerdo de extinción del derecho y lo notificará al trabajador y a la empresa, consignando la fecha de efectos del mismo, que se corresponderá con el primer día siguiente al de su notificación al trabajador.

Cuando la Inspección Médica del Servicio Público de Salud hubiera desestimado la propuesta de alta formulada por la Mutua o bien no conteste a la misma en la forma y plazo establecidos, ésta podrá solicitar la emisión del parte de alta al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina, de acuerdo con las atribuciones conferidas en la disposición adicional quincuagésima segunda. En ambos casos, el plazo para resolver la solicitud será de cuatro días siguientes al de su recepción.

El plazo de respuesta de cinco días establecido para la contestación desde los SPS y el de cuatro días para los Médicos evaluadores del INSS parecen difíciles de cumplir, aún más teniendo en cuenta que dentro del primer plazo indicado, se puede incluir el requerimiento médico a la persona trabajadora con lo que se refleja un plazo realmente escueto como para poder verificar de manera directa con el propio interesado si se encuentra o no apto para trabajar.

2.3. Modificaciones respecto a la organización de las Mutuas.

2.3.1. Constitución de las Mutuas.

En cuanto a la constitución de las Mutuas, se modifican ligeramente sus requisitos en lo concerniente a:

Se amplía la fianza a 20 millones de euros en vez de los 9 millones anteriores.

2.3.2. Composición y órganos de gobierno.

Se mantiene el número y la denominación de los órganos de gobierno de la Mutua (Junta General, Junta Directiva y el Director Gerente) así como los órganos de participación social (Comisión de Control y Seguimiento y Comisión de Prestaciones Especiales). No obstante, se modifican unas cuestiones en relación con algunos de los órganos citados anteriormente:

a) Junta General.

Se amplía la composición de la Junta General de la Mutua, órgano de superior dirección de las mutuas, de la que pasan a formar, aparte de los empresarios asociados y un representante de los trabajadores que prestan servicios en la entidad, una representación de los trabajadores por cuenta propia adheridos por recomendaciones recogidas en normativas anteriores.

b) Junta Directiva.

A través de la Ley de Mutuas, se regula el régimen jurídico de las Juntas Directivas a través de una norma con rango de Ley (a través de la LGSS) toda vez antes se regulaba en las disposiciones reglamentarias, aparte de aprovechar para modificar algunas cuestiones de su regulación actual como las siguientes:

- Se modifica el número de miembros de la Junta Directiva. A través de la Ley de Mutuas se establecen los miembros entre 10 y 20, en función del tamaño de la entidad.
- En la anterior normativa el número de miembros dependía del lo establecido en los Estatutos con un máximo de 20.
- Respecto a las empresas representantes en la Junta Directiva, el menos el 30 % de los miembros representantes de las empresas que cuenten con mayor número de trabajadores, elegidas por la Junta General. Anteriormente, se establecía que cualquier empresa asociada, que sea elegida por la Junta General.
- En cuanto a los representantes de los trabajadores, aparte del trabajador que forme parte de la Junta General, se integra el trabajador por cuenta propia adherido, designado por la Junta General.

c) Comisión de Control y seguimiento.

Se modifica la composición de la Comisión de control y seguimiento de la Mutua, a través de la cual se configura la participación de los agentes sociales, ya que se amplía el número de máximo a 12 miembros, en función de lo que dispongan las disposiciones reglamentarias, estando anteriormente entre 6 y 10, en función del tamaño de la Mutua. Así mismo, se incluye la presentación de los trabajadores por cuenta propia adheridos, a través de las asociaciones más representativas de éstos últimos.

d) Comisión de prestaciones especiales.

La Comisión de Prestaciones Especiales también tendrá representación de los trabajadores por cuenta propia adheridos a cargo de sus asociaciones más representativas. Así mismo, a través de la Ley de Mutuas, frente a la regulación anterior, vuelve a obligar a las Mutuas a destinar el 10 % del resultado económico positivo de la gestión, una vez dotadas las correspondientes reservas obligatorias, a la dotación de la denominada "reserva de asistencia social".

e) Director Gerente.

En cuanto al Director Gerente, eje central de la gestión en las Mutuas, la Ley introduce una serie de modificaciones siendo las siguientes:

Se establece la relación laboral de alta dirección en vez de la que establezcan en los Estatutos.

En cuanto al límite de la retribución así como para la determinación del número máximo de personas que ejerzan funciones ejecutivas en las mutuas, la ministra de empleo y seguridad social, clasificará a las mutuas por grupos en función de su volumen de cuotas, número de trabajadores protegidos y eficiencia en la gestión. El sistema retributivo del director gerente y del personal que ejerza funciones

ejecutivas en las mutuas se clasificará en retribución básica y complementaria, y vendrán limitadas en función de la clasificación de la Mutua, así como que se deben de ajustar a la normativa de los directivos del sector público (RD 451/2012) sin que el conjunto de las retribuciones pueda ser superior al doble de las retribución básica. Así, las retribuciones básicas tendrán límites de 55.000, 80.000 y 105.000 euros, en función del número de las personas trabajadoras y el volumen de facturación. La retribución complementaria la fijará la Junta Directiva, estará sujeta a los límites antedichos y comprenderá un complemento del puesto y un complemento variable⁶.

El personal no directivo estará sujeto a relación laboral ordinaria regulado en el Estatuto de los Trabajadores (ET). En cualquier caso, ningún miembro del personal de la mutua podrá obtener unas retribuciones totales superiores a las del Director General, estando sujetas aquellas a las disposiciones sobre la masa salarial, limitaciones etc., recogidas en su caso, en las leyes de presupuestos generales del estado. Todo ello con la excepción del personal facultativo al servicio de las mismas que podrá percibir unas retribuciones por encima del límite de retribuciones totales fijadas para el director gerente, debiéndose respetar, en todo caso, las disposiciones sobre la masa salarial y las limitaciones o restricciones que establezcan en su caso las leyes de presupuestos del estado⁷

La ley establece una norma específica en cuanto a la aplicación de las normas en materia de retribuciones que se contienen en el presente epígrafe. Se establece que la eventual diferencia entre las retribuciones que se percibían antes de la ley de mutuas y las resultantes de la aplicación de lo previsto en la ley, será absorbida por terceras partes en los tres ejercicios siguientes.

2.3.3. Planes de pensiones, seguros colectivos y planes de previsión social.

Las Mutuas no podrán establecer planes de pensiones para su personal, ni seguros colectivos que instrumenten compromisos por pensiones, ni planes de previsión social empresarial sin la aprobación del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Los planes de pensiones, los contratos de seguros y los planes de previsión social empresarial, y las aportaciones y primas periódicas que se realicen estarán sujetos a los límites y criterios que las Leyes de Presupuestos Generales del Estado establezcan en esta materia para el sector público.

2.4. Funcionamiento de la Mutua.

Se lleva a cabo una modificación en cuanto al funcionamiento de las Mutuas.

2.4.1. Expreso reconocimiento inicial de la IT por contingencias profesionales.

Se establece expresamente que le corresponde a la Mutua el reconocimiento inicial de la contingencia respecto de las prestaciones derivadas de un riesgo profesional, aunque su decisión puede ser revisada por el INSS.

2.4.2. Obligación de motivación.

Obligación expresa a las Mutuas para que motiven y formalicen por escrito los actos de reconocimiento, suspensión, anulación o extinción de los derechos, quedando supeditada la eficacia de los mismos a su notificación a la persona interesada.

2.4.3. Dispensación de prestaciones sanitarias.

La dispensación de las prestaciones sanitarias, que formen parte de la protección de las contingencias profesionales, se ha de llevar a cabo por las Mutuas a través de los medios e instalaciones adscritos a las mismas, mediante convenios con las administraciones públicas sanitarias, con otras mutuas así como mediante conciertos con medios privados.

2.4.4. Prohibición de las mutuas como servicios de prevención ajenos.

⁶ El artículo 71.4 de la LGSS dice que: "El complemento del puesto se asignará teniendo en cuenta la situación retributiva del directivo en comparación puestos similares del mercado de referencia, la estructura organizativa dependiente del puesto, el peso relativo del puesto dentro de la organización y el nivel de responsabilidad.

⁷ El complemento variable, que tendrá carácter potestativo, retribuirá la consecución de unos objetivos previamente establecidos por la Junta de Empleo y Seguridad de la Mutua de conformidad con los criterios que pueda fijar el Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Estos objetivos tendrán carácter anual y deberán estar fundamentados en los resultados del ejercicios generados por la Mutua en la gestión de las diferencias actividades de la Seguridad Social en las que colabora."

⁷ Disposición adicional Sexta de la Ley de Mutuas.

A través de la LPRL, al hilo de lo contemplado en su artículo 32, se establece la prohibición de la participación de las Mutuas en el desarrollo de las funciones correspondientes a los servicios de prevención ajenos, ni participar con cargo a su patrimonio histórico en el capital social de una sociedad mercantil en cuyo objeto figure la actividad de prevención. En este sentido, la Ley de Mutuas

- Regulación del plazo para que las mutuas que hubieran aportado capital de su patrimonio histórico en sociedades mercantiles de prevención han de presentar las propuestas de venta de las mismas antes del 31 de marzo de 2015, debiendo de proceder a la enajenación de todas las participaciones, antes del 30 de junio de 2015. Si finalizado ese plazo las mutuas no hubieran enajenado el 100 por 100 de sus participaciones en las sociedades, éstas últimas entrarán en causa de disolución como servicios de prevención ajenos.
- Hasta el plazo que medie la total desinversión, las mutuas no pueden celebrar contratos con la sociedad de prevención propia ni de otra mutua, ni realizar aportaciones a las mismas o contraer obligaciones a favor o en beneficio de aquellas, salvo autorización expresa del MESS.

No obstante a lo anterior, la ley establece que las mutuas en el marco de la gestión de las contingencias profesionales pueden realizar las actividades preventivas de seguridad social que se califican como prestaciones asistenciales a favor de los empresarios asociados y de sus trabajadores dependientes, así como de los trabajadores autónomos adheridos, dirigidas a asistir a los mismos en el control y, en su caso, reducción de los accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales de la seguridad social. También se incluyen las actividades de asesoramiento a las empresas asociadas al objeto de que adapten sus puestos de trabajo y estructuras para la recolocación de las personas trabajadoras accidentadas o con patologías de origen profesional.

Corresponderá al órgano de dirección y tutela de las mutuas, establecer la planificación periódica de las actividades preventivas de la seguridad social que desarrollarán las mutuas, sus criterios, contenido y orden de preferencias, así como tutelar su desarrollo y evaluar su eficacia y eficiencia.

2.5. Régimen económico-financiero de las Mutuas y la aplicación de resultados económicos de la gestión.

La gestión por parte de las mutuas, queda sometida a un resultado económico-patrimonial determinado anualmente por la diferencia entre los ingresos y los gastos imputables a las actividades comprendidas en cada uno de los ámbitos de la gestión de la mutua:

- a) Gestión de las contingencias de accidentes de trabajo y de las enfermedades profesionales, de la prestación económica por riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, de la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave y de las actividades preventivas de la Seguridad Social.
- b) Gestión de la prestación económica por incapacidad temporal derivada de contingencias comunes.
- c) Gestión de la protección por cese de actividad de los trabajadores por cuenta propia, sin perjuicio de que la Mutua actúe en este ámbito exclusivamente como organismo gestor.

Tradicionalmente la regulación legal y reglamentaria establecía un régimen jurídico para garantizar la solvencia y liquidez de las mutuas a fin del cumplimiento de sus funciones encomendadas. Por un lado están el régimen de reservas obligatorias para hacer frente a sus obligaciones. Una vez satisfechas éstas, el resto de resultados económicos positivos se dotaban a las reservas de las actividades anteriormente citadas.

Las cuantías de las reservas son las siguientes:

- A) Reserva de estabilización de contingencias profesionales tendrá una cuantía mínima equivalente al 30 por ciento de la media anual de las cuotas ingresadas en el último trienio por las contingencias y prestaciones señaladas anteriormente en el apartado a), el cual, voluntariamente, podrá elevarse hasta el 45 por ciento, que constituirá el nivel máximo de

dotación de la reserva, estando en un 50 por ciento en la regulación anterior.

Del excedente que resulte de dotar la reserva de estabilización de contingencias profesionales un 10 % se aplicará a la dotación de la reserva complementaria que constituirán las mutuas, cuyos recursos se podrán destinar al pago de exceso de gastos de administración, de gastos procesales derivados de pretensiones que no tengan por objeto prestaciones de Seguridad Social y de sanciones administrativas, en el caso de que no resulte necesaria su aplicación para afrontar resultados negativos en los ámbitos previstos en el apartado a) y b).

- B) Reserva de estabilización de contingencias comunes tendrá una cuantía mínima equivalente al 5 por ciento de las cuotas ingresadas durante el ejercicio económico por las mencionadas contingencias, la cual podrá incrementarse voluntariamente hasta el 25 por ciento, que constituirá el nivel máximo de cobertura. Esta regulación se mantiene idéntica a la normativa anterior.

El excedente que resulte después de dotar la reserva de estabilización de contingencias comunes se ingresará en el fondo de reserva de la seguridad social.

- C) Reserva de estabilización por cese de actividad.

Existen dos tipos de reservas:

1. Reservas de estabilización por cese de actividad en la mutuas: cuantía mínima equivalente al 5% de las cuotas ingresadas por esta contingencia durante el ejercicio, que podrá incrementarse voluntariamente hasta el 25 % de las mismas cuotas, que constituirá el nivel máximo de cobertura, siendo el anterior el 80 %.

2. Reserva por cese de actividad en la TGSS. Las mutuas ingresarán en la TGSS, la dotación de la reserva complementaria de estabilización por cese de la actividad, que constituirá la misma, con la finalidad de garantizar la suficiencia financiera de este sistema de protección. La cuantía se corresponderá con la diferencia entre el importe destinado a la reserva de la estabilización por cese de actividad y la totalidad del resultado neto positivo.

Se define el destino del excedente resultante para cada una de las contingencias una vez descontadas las reservas correspondientes, siendo las siguientes:

Contingencias profesionales

El 80 % del excedente proveniente de contingencias profesionales, antes era el 100%, se destinará al Fondo de Contingencias Profesionales de la Seguridad Social, anteriormente denominado Fondo de Prevención y Rehabilitación, situado en TGSS y cuyos fondos se aplicarán, entre otras funciones, a actividades en investigación, desarrollo e innovación que mejoren las técnicas y tratamientos terapéuticos y rehabilitadores para la recuperación de los trabajadores y a incentivar acciones en prevención.

El 10% restante se aplicará a la dotación de la reserva complementaria que constituirán las mutuas, cuyos recursos se podrán destinar al pago de exceso de gastos de administración, de gastos procesales derivados de pretensiones que no tengan por objeto prestaciones de Seguridad Social y de sanciones administrativas, en el caso de que no resulte necesaria su aplicación para afrontar resultados negativos en los ámbitos previstos en el apartado a) y b).

Si los estatutos de la mutua incorporan la existencia de una reserva de asistencia social éste debe incorporar hasta el 10 % de ese excedente quedando la diferencia para la anterior reserva complementaria.

Contingencias comunes.

El excedente que resulte después de dotar la reserva de estabilización de contingencias comunes se ingresará en el fondo de reserva de la seguridad social.

2.6. Aplicación de la Ley 2/2011, de 4 de marzo de Economía Sostenible

En el artículo 35 de la citada ley se amplía el ámbito de aplicación a las Mutuas Colaboradoras con la Seguridad Social.

3. RD 625/2014, DE 18 DE JULIO. REGULA DETERMINADOS ASPECTOS DE LA GESTIÓN Y CONTROL POR INCAPACIDAD TEMPORAL EN LOS PRIMEROS TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO DÍAS DE SU DURACIÓN.

3.1. Objeto del RD 625/2014

Los mecanismos de control recogidos en el citado RD se refieren únicamente a los procesos de IT durante los primeros 365 días cualquiera que sea la contingencia determinante (común o profesional) que correspondan a personas afiliadas a los regímenes de Seguridad Social tanto por cuenta ajena como propia, encontrándose excluidos las personas incluidas en los diferentes regímenes especiales de funcionarios públicos.

3.2. Frecuencia en la emisión de los partes médicos de baja por CC y CP.

Manteniendo la normativa anterior, se recoge que con el fin de que las actuaciones médicas cuenten con el mayor respaldo técnico se pondrá a disposición de los médicos, tablas de duración óptima para cada proceso de IT teniendo en cuenta, no sólo la patología, sino puesto de trabajo y también la edad del trabajador. En este sentido, el INSS publicó en su día un Boletín de tiempos estándar de incapacidad temporal con el objetivo de homogeneizar criterios en la actuación médica y de control de la IT.

Así mismo una de las novedades del **RD 625/2014** es que los partes de confirmación de baja, dejarán de tener una periodicidad semanal, es decir, las personas trabajadoras ya no tendrán que ir al Centro de Salud cada 7 días a recoger su parte de confirmación de baja

La periodicidad de los partes de baja y de confirmación de baja se extenderá en función de duración estimada de la IT, independientemente si es por CC o CP.

Se establecen cuatro grupos o protocolos de temporalidad de los actos médicos para los partes de baja y de confirmación de la baja:

1. En los procesos de duración estimada inferior a cinco días naturales:

El facultativo del SPS, o de la Mutua, emitirá el parte de baja y el parte de alta en el mismo acto médico, eliminándose así el parte de confirmación. No obstante, el trabajador podrá solicitar un reconocimiento en la fecha de alta, y se podrá emitir un nuevo parte de baja si el médico o Mutua lo estiman necesario.

2. En los procesos de duración estimada de entre 5 y 30 días naturales:

El facultativo del SPS, o de la Mutua, emitirá el parte de baja, en la fecha de revisión médica prevista no podrá exceder de 7 días naturales a partir de la baja inicial. Los sucesivos partes de confirmación se expedirán cada 14 días como máximo.

3. En los procesos de duración estimada de entre 31 y 60 días naturales.

El facultativo del SPS, o de la Mutua, emitirá el parte de baja, en la fecha de revisión médica prevista que no puede exceder de 7 días naturales a partir de la baja inicial. Los sucesivos partes de confirmación se expedirán cada 28 días como máximo.

4. En los procesos de o bajas estimada de entre 61 días o más días naturales.

El facultativo del SPS, o de la Mutua, emitirá el parte de baja, en la fecha de revisión médica prevista no puede exceder de 14 días naturales a partir de la baja inicial. Los sucesivos partes de confirmación se expedirán cada 35 días como máximo.

3.3. Informes complementarios y de control

Se mantiene la obligación de que junto a los partes de baja y confirmación de baja vayan acompañados de los informes adicionales, denominados "informes complementarios e informes de control", si bien se modifican a través del **RD 625/2014** las fechas de expedición de los citados informes en consonancia con las previsiones sobre expedición de los partes de confirmación según la duración estimada de las bajas médicas. Esto es:

En relación a los informes complementarios:

- En los procesos de duración estimada superior a 30 días naturales: se expide con el segundo parte de confirmación de la baja esto es a los 35 días de la baja.
- En los procesos de más de 60 días naturales: se expide con el segundo parte de confirmación, esto es, a los 49 días de la baja.

En cuanto a los informes de control de la incapacidad se mantienen la periodicidad de 3 meses ampliándolo a la obligación a todos los procesos de IT, cualquier que sea la contingencia de la que deriven. El RD autoriza para su emisión no sólo a la Inspección Médica del respectivo SPS que ya lo recogía en exclusiva la normativa anterior sino que lo amplía a los facultativos de atención primaria.

3.4. Declaraciones médicas de alta en los procesos de IT.

El **RD 625/2014** distingue dos supuestos, según sea la contingencia común o profesional.

Procesos derivados de contingencias comunes.

Los partes de alta se emiten por el correspondiente facultativo del SPS. Tienen como contenido obligatorio: causa del alta médica, código de diagnóstico y la fecha de la baja inicial. También podrán emitir el parte del alta, los inspectores médicos del SPS, del INSS o del ISM sin condición alguna en virtud de la **Ley 35/2010**, de 17 de septiembre que introdujo la Disposición adicional quincuagésima segunda de la LGSS toda vez con carácter anterior, era necesario previa comunicación a la inspección médica del servicio de salud y que éste no manifestara su disconformidad, equiparando el INSS y ISM a la Inspección de servicios sanitarios de la Seguridad Social y órganos equivalentes de los SPS de las CCAA. En estos supuestos, será el INSS o el ISM, el único competente para emitir una nueva baja por IT si se produce en los 180 días siguientes a la fecha del alta médica por la misma o similar patología.

Procesos derivados de contingencias profesionales.

El parte médico del alta se emitirá por los servicios médicos dependientes de la mutua, cuando se trate de trabajadores pertenecientes a empresas asociadas o trabajadores por cuenta propia adheridos a la mutua.

En todos los casos, cualquiera que sea la contingencia, con el parte de alta médica se extingue el proceso de incapacidad temporal con efectos del día siguiente al de su emisión. A su vez, emitida el alta médica la persona trabajadora debe reincorporarse a su puesto de trabajo el mismo día en que produce sus efectos.

3.5. Propuestas de altas médicas formuladas por las mutuas en los procesos derivados de contingencias comunes

Esta ha sido una de las cuestiones más relevantes que ha modificado el **RD 625/2014** en torno a disminuir el plazo de respuesta así como que ha venido recogido por la Ley de Mutuas con los añadidos que se exponen en el epígrafe 2.2.

En los procesos de incapacidad temporal derivados de contingencias comunes cuya cobertura prestacional corresponda a una mutua (conforme al artículo 68.2b) LGSS), las mutuas obviamente no pueden cursar un alta médica pero sí que pueden formular propuesta de alta médica cuando a la vista de los partes médicos de baja o de confirmación de la baja, de los informes complementarios o de las actuaciones de control y seguimiento que desarrolle, considere la mutua que el trabajador puede no estar impedido para el trabajo. Podrá formular, a través de los médicos adscritos a ella, propuestas motivadas de alta médica, ante el correspondiente SPS. Junto con la propuesta de alta médica deberán de acompañar los informes y pruebas que, en su caso, se hubiesen realizado. Las mutuas comunicarán simultáneamente al trabajador afectado, para su conocimiento, que se ha enviado la propuesta de alta.

Las propuestas de alta de las mutuas se dirigirán a las unidades de la inspección médica del SPS, quienes las remitirán inmediatamente a los facultativos o servicios médicos a quienes corresponda la emisión de los partes médicos del proceso. Estos facultativos deberán 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, se consignará el diagnóstico, el tratamiento médico

dispensado, las causas que justifican la discrepancia y se señalarán las atenciones y los controles médicos que se considere necesario realizar.

La inspección médica trasladará a la mutua este informe en el **plazo máximo de 5 días** (11 días hasta el 1 de marzo de 2015) desde la recepción de la propuesta de alta, siendo el plazo anterior al **RD 625/2014** de 10 días. En el caso de que la inspección médica del correspondiente servicio público de salud no reciba contestación de los facultativos o de los servicios médicos, o en caso de discrepar de la misma, podrá acordar el alta médica, efectiva e inmediata. En todo caso, la inspección comunicará a la mutua, **dentro del plazo de los 5 días** siguientes a la fecha de recepción de la propuesta de alta, (11 días hasta el 1 de marzo de 2015) la actuación realizada junto con los informes que el facultativo hubiera remitido. (El plazo anterior al **RD 625/2014** era de 15 días).

Cuando la propuesta de alta formulada por una mutua no fuese resuelta y notificada en el plazo de 5 días establecido en el apartado anterior, la mutua podrá solicitar el alta al INSS o, en su caso, al ISM. La entidad gestora resolverá **en el plazo de 4 días** siguientes a su recepción. En la normativa anterior, no existía un plazo expreso de contestación por lo que se acudía al plazo general de 3 meses. El INSS y, en su caso, el ISM, realizarán el seguimiento del comportamiento del nuevo procedimiento de gestión y control de los procesos por IT.

3.6. Determinación de la contingencia causante de la incapacidad temporal.

Con anterioridad al **RD 625/2014** no existía un procedimiento específico para la determinación de la contingencia, procedimiento que se asimilaba al proceso de revisión de las altas emitidas por la Mutua recogido en el **artículo 4 del RD 1430/2009** (que desarrolla reglamentariamente la **Ley 40/2007**, de medidas en materia de Seguridad Social, en relación con la prestación de incapacidad temporal). Fruto de lo anterior, el **RD 625/2014** introduce un nuevo **artículo 6 al RD 1430/2009** a efectos de determinación de la contingencia de la que deriva la IT. Las cuestiones principales del citado procedimiento son las siguientes:

Es al INSS el competente para la determinación del carácter común o profesional de la contingencia del proceso de la IT. El procedimiento puede iniciarse.

De oficio:

INSS por propia iniciativa o a consecuencia de petición motivada del:

Inspección de Trabajo y Seguridad Social.
SPS encargado de gestionar la asistencia sanitaria

ISM

A instancia de parte interesada.
Mutua o empresa colaboradora.

El supuesto más común en estos casos consiste en que el servicio médico de la Mutua que reconozca a la persona trabajadora entienda que según la patología causante del proceso es de carácter común. En estos casos, la Mutua deriva a la persona trabajadora junto con los documentos médicos que lo justifican al SPS para su calificación y tratamiento.

En el SPS pueden existir varias alternativas consistentes por un lado en atender el requerimiento de la mutua y proceder a la emisión del parte de baja derivado de un proceso de IT por contingencias comunes, pudiendo la persona trabajadora reclamar ante el INSS. Por otro, el facultativo que emita el parte puede mostrar su discrepancia frente a la contingencia que determinó la mutua, sin perjuicio de que el parte médico por contingencias comunes emitido por el facultativo produzca plenos efectos, abriendo la vía de oficio por parte del INSS.

A pesar de la tramitación de la reclamación ante el INSS, el parte de baja opera de manera ordinaria, implicando el inicio del pago de la prestación por parte de la entidad gestora o mutua, según sea el titular del aseguramiento de la prestación.

El INSS ha de comunicar la iniciación del procedimiento al SPS competente, mutua o a la empresa colaboradora, según corresponda cuando el procedimiento no se hubiera iniciado a su instancia. En el plazo de 4 días hábiles deben de aportar todo aquello que sustente o justifique para la determinación

de la contingencia. En el caso de que la persona trabajadora no ha sido la que inició el procedimiento se le dará un plazo de 10 días hábiles para que aporte la documentación y alegaciones oportunas.

En la tramitación del oportuno expediente, es preceptivo el dictamen del EVI quien ha de elevarlo al director provincial del INSS, pronunciándose éste último en el plazo de 15 días hábiles a contar desde la aportación de la documentación por las partes interesadas o desde el agotamiento de los plazos fijados para ello. La resolución del INSS deberá de contener haciendo distinción:

- Determinación de la contingencia, común o profesional de la que derive el proceso de IT y si el proceso es o no recaída de otro anterior.
- Efectos que correspondan, en el proceso de IT, como consecuencia de la determinación de la contingencia causante, cuando coincidan en el tiempo dolencias derivadas de distintas contingencias
- Sujeto responsable de las prestaciones económicas y sanitarias.

La resolución del INSS se ha de comunicar al interesado, a la empresa, a la mutua y al SPS. Así mismo, la resolución del INSS tiene los mismos efectos que una reclamación previa con lo que queda abierta la vía de demanda ante la jurisdicción social.

3.7. Tramitación de los partes médicos.

Los trámites, requisitos y plazos relativos a la expedición de los partes médicos así como los traslados de las copias a los interesados se encuentran recogidos y compilados en el **RD 625/2014** en donde se derivan las obligaciones de cada de las entidades involucradas así como para la persona trabajadora. Distinguimos entre:

Traslados de los partes médicos a las personas trabajadoras y obligaciones de éstas.

El órgano que expida el parte médico de la baja, confirmación y alta entregará a la persona trabajadora dos copias de cada uno. Uno es para la propia persona trabajadora y el otro es para la empresa. En cuanto a los plazos para que éste se lo remita a la empresa, el **RD 625/2014** distingue entre los partes de baja y confirmación y los partes de alta médica. Para los partes de alta médica, establece un plazo de 24 horas siguientes a su expedición. Para los partes de baja y confirmación el plazo es de tres días, computándose a partir del mismo día de la expedición de los respectivos partes médicos. En ambos supuestos, si mientras la baja se produce la finalización del contrato, en cada plazo referido se deberán de enviar los partes respectivos a la entidad gestora o mutua.

Traslados de los partes médicos del SPS o por las Mutuas al INSS.

Deben de emitir los partes médicos de baja, confirmación y alta, tanto el SPS como las Mutuas, al INSS de manera inmediata por vía telemática y en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su expedición.

Traslados de los partes médicos por el INSS.

El INSS, atendiendo las funciones que tiene encomendadas, debe de realizar el traslado de todos los partes médicos, distinguiendo las siguientes situaciones según sus facultades aunque compartiendo un plazo común de traslado del primer día hábil siguiente al de expedición:

- En el ejercicio de sus facultades de control de los procesos de IT, una vez recibidos los partes médicos de baja, confirmación y alta, la entidad gestora distribuirá y reenviará de manera inmediata, y en todo caso, en el primer día hábil siguiente al de su recepción, los partes destinados al ISM o a las Mutuas, según la entidad a quien corresponda la gestión del proceso.
- En los supuestos en que el INSS haya expedido un alta médica (o en su caso el ISM), trasladará una copia del parte médico de alta al SPS para su conocimiento y otra copia a la Mutua, en el primer día hábil siguiente al de la expedición con la finalidad de que ésta dice acuerdo declarando extinguido el derecho por causa del alta, sus motivos y efectos, y ha de notificar el acuerdo a la empresa. Al tiempo, deberá de entregar dos copias a la persona trabajadora, para conocimiento del mismo, expresándole la obligación de incorporarse al trabajo el día siguiente al de la expedición, y otra con destino a la empresa.

Así mismo, el **RD 625/2014** aprovecha la regulación para establecer reglas dirigidas a controlar las deducciones de las cuotas de la seguridad social en compensación con el pago delegado del subsidio de la IT. Conforme a lo anterior, el INSS debe de facilitar a la TGSS los datos de las personas trabajadoras que se encuentran en situación de IT con o sin derecho a prestación económica durante cada período de liquidación de cuotas, con el objetivo de que por la TGSS se puedan llevar a cabo las actuaciones necesarias para que en la liquidación de cuotas de la seguridad social se compensen, en su caso, las

cantidades satisfechas a las personas trabajadoras en el pago por delegación de la prestación de IT.

Traslados por los partes médicos por las empresas.

Las empresas tienen la obligación de remitir al INSS los partes médicos de baja, confirmación de la baja y alta que les presenten las personas trabajadoras, después de cumplimentar lo que corresponda por la empresa. El traslado debe ser 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 la persona trabajadora. Previo al **RD 625/2014** el plazo se encontraba recogido en cinco días. La remisión ha de ser a través del sistema de remisión electrónica de datos (RED). El incumplimiento de la obligación de la empresa puede constituir una infracción leve de las tipificadas en el artículo 21.6 de la LISOS.

A su vez, la normativa vigente establece que en tanto no se implante la remisión a las empresas, a través del sistema informático, de los resultados de las remisiones citadas en el párrafo anterior, el contenido de las mismas se les podrá adelantar mediante correo electrónico, sin perjuicio de comunicación posterior en otro soporte. Pese a lo referido anteriormente, la obligación de las empresas de remitir, a través del sistema RED, se encuentra regulado en la **Orden/TAS/399/2004** de 12 de febrero.

3.8. Procedimiento para la revisión de las declaraciones de altas médicas expedidas por las Mutuas en procesos de IT derivados de contingencias profesionales dentro de los 365 días.

El **RD 625/2014** modifica el artículo 4 del RD 1430/2009 el cual recoge el procedimiento de revisión de altas médicas por las Mutuas derivadas de contingencias profesionales. Las fases de procedimiento son las siguientes:

El plazo para la solicitar la revisión de la resolución del alta médica expedida por la Mutua es de diez días hábiles, (siendo el plazo de 4 días naturales con carácter previo a la reforma) siguientes a la notificación de la alta emitida por la Mutua. Se presenta ante el INSS o ISM, según sea la entidad gestora. El contenido debe de versar sobre los motivos de disconformidad así como el historial médico previo de la IT de que se trate o con copia de la solicitud de dicha historial a la entidad colaboradora. Así mismo, la persona trabajadora ha de comunicar el inicio del procedimiento de revisión a la empresa en el mismo día que presenta la solicitud o en el día siguiente hábil. Los efectos de la solicitud de revisión es la suspensión de los efectos del parte de alta durante toda la tramitación de todo el procedimiento, manteniéndose, en su caso, el abono de la prestación en la modalidad de pago delegado, siendo incompatible la prestación económica de la IT con las rentas derivadas del ejercicio profesional.

La entidad gestora competente, INSS o ISM, tiene que llevar a cabo dos comunicación en relación con el inicio del procedimiento de revisión:

- Solicitar a la Mutua en el plazo de 4 días hábiles (el plazo previo al **RD 625/2104** era de dos días naturales), aporte antecedentes del proceso de IT y en su caso, presente informe sobre las causas que motivaron la emisión del alta médica.
- Solicitar a la empresa en el plazo de dos días hábiles siguientes a la presentación de la solicitud por parte del interesado. Cuando el interesado hubiera presentado a la empresa parte médico de baja emitido por el SPS, la empresa deberá informar de dicha circunstancia al INSS/ISM a fin de coordinar la actuaciones procedentes.

Otra supuesto existente sobre la misma materia consiste en que la persona trabajadora solicite una baja médica derivada de contingencia común y, del reconocimiento médico, se desprenda la existencia de un proceso previo de IT derivada de contingencias profesional en el que se haya emitido un alta médica. En este caso, el SPS ha de informar al interesado sobre la posibilidad de iniciar el procedimiento especial de revisión en el plazo de 10 días hábiles (frente a los 4 días naturales anteriores). Además, con carácter inmediato el SPS ha de comunicar a la entidad gestora competente la existencia de dos procesos distintos de IT que puedan estar relacionados. En consecuencia, se trata de un supuesto de determinación de la contingencia de la que ha derivado el proceso de IT, ya que el INSS tiene la facultad para calificar el proceso de IT, cualquier que sea la entidad responsable de la gestión y el pago de la prestación económica.

El INSS/ISM ha de dictar en el plazo de 15 días hábiles a contar desde la aportación de la documentación por parte de la entidad colaboradora, la resolución que corresponda en la que debe de constar el informe preceptivo del EVI. La resolución ha de fijar la fecha y efectos del alta médica o el mantenimiento de la baja médica, fijando al contingencia de la que deriva el proceso de IT y, en su caso, la nulidad de otras bajas médicas que pudieran haberse emitido durante la tramitación del procedimiento especial de revisión por el SPS.

El **RD 1430/2009** establece el contenido de los posibles pronunciamientos sin haber sido afectados por el **RD 625/2014**.

3.9. Seguimiento y control de la prestación económica y de las situaciones de incapacidad temporal

El **RD 625/2014** mantiene a grandes rasgos el sistema anterior en relación a las actividades de seguimiento y control de la prestación económica por IT, con las siguientes modificaciones:

- Ampliación del período de control por parte de la Mutua en el marco de los procesos de IT por contingencias comunes. Previo al **RD 625/2014**, se llevaba a cabo a partir del decimosexto día, (momento en el cual es la Mutua la titular de abonar la prestación económica), no obstante a partir de la reforma, el control se puede efectuar a partir del parte de baja, esto es desde el primer día de la baja en donde se llevarán a cabo 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.
- Restricción en cuanto al acceso a la documentación clínica de atención primaria y especializada prevista únicamente para los inspectores médicos del INSS, o en su caso del ISM en el ejercicio de sus competencias tanto en procesos de IT derivados de contingencias comunes como profesionales. Los servicios médicos de las mutuas no tienen acceso a la citada documentación en aquellos procesos de IT derivados de contingencias comunes, protegidos por las mutuas.

3.10. Requerimientos a las personas trabajadoras para reconocimiento médico.

En el marco de las funciones de seguimiento y control de las situaciones de IT, la entidad gestora puede requerir reconocimiento médico para aquellas personas trabajadoras que se encuentren en situación de IT, facultad que se amplió a los servicios médicos de las Mutuas a través de la Disposición adicional 52^a de la LGGSS, introducida por la **Ley 35/2010**, en relación a los beneficiarios de la prestación económica por IT derivada de contingencias comunes incluidos en su ámbito de gestión.

Así, en el **RD 625/2014** se establecen las consecuencias derivadas de la no comparecencia o falta de justificación de la misma al requerimiento médico solicitado por la entidad gestora o la mutua.

- Establece el plazo mínimo de 4 días hábiles para comunicar a la persona trabajadora el reconocimiento médico por parte del INSS/ISM o Mutua.
- En el supuesto de que la persona trabajadora justificara antes de la fecha de reconocimiento o en el mismo día, las razones por las cuales le impiden comparecer al mismo, la entidad gestora o Mutua ha de fijar una fecha posterior para su realización, comunicándole a la persona trabajadora con la misma antelación mínima.
- En el caso de no acudir al reconocimiento, se procederá a suspender cautelarmente la prestación económica por parte de la entidad gestora o la mutua, teniendo un plazo de 10 días hábiles para poder justificar la incomparecencia.

A) Si la persona trabajadora justificara en plazo su incomparecencia, el director provincial del INSS o del ISM, ha de dictar nueva resolución, o la mutua nuevo acuerdo, dejando sin efecto la suspensión cautelar y rehabilitando el pago de la prestación con efectos desde la fecha en quedó suspendida, comunicando a la empresa y a la TGSS la resolución o acuerdo por la que la suspensión queda sin efecto.

Se considera que la incomparecencia fue justificada en los siguientes supuestos:

- Aportación informe emitido por el médico del SPS que le dispense la asistencia sanitaria que contenga que es desaconsejable su personación en el requerimiento conforme a la situación clínica del paciente.
- Cuando la cita se hubiera realizado con un plazo previo inferior a 4 días hábiles.
- El beneficiario acredita la imposibilidad de su asistencia por otra causa suficiente.

- B) Transcurridos el plazo de 10 días hábiles sin que la persona trabajadora aporte justificación suficiente de su incomparecencia, la entidad gestora dictará resolución o la mutua acordará la extinción del derecho a la prestación económica con efectos desde el día en que hubiera sido efectiva la suspensión, notificándolo a la persona interesada. Así mismo, se deberá de comunicar la extinción acordada por vía telemática al SPS, la empresa y a la TGSS.

3.11. Libros de reclamaciones y documentación

El **RD 625/2014** añade el **apartado 2 al artículo 16 del RD 1993/1995** de 7 de diciembre del Reglamento sobre colaboración de las MATEPS que dice así:

Los beneficiarios podrán formular reclamaciones ante el órgano de dirección y tutela de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, dependiente del Ministerio de Empleo y Seguridad Social, con motivo de deficiencias en la gestión desarrollada por las entidades.

Las mutuas dispondrán en todos sus centros, con independencia de los servicios que alberguen, de los libros de reclamaciones integrados por las correspondientes hojas, de cuya existencia darán conocimiento público y que estarán a disposición de los interesados. Las reclamaciones que se formulen serán remitidas por la mutua, sin más trámites ni practicar comunicaciones, a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social en el plazo máximo de diez días siguientes a su presentación, adjuntando informe de la entidad sobre los hechos y circunstancias en que aquella se fundamente y su consideración sobre el objeto de la misma. Todo ello, conforme a las funciones de dirección y tutela que ostenta la DGOSS sobre las mutuas y sobre las funciones y servicios que desarrollan.

Igualmente los interesados podrán formular sus quejas a la Dirección General citada, mediante internet, a través de la sede electrónica de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, así como a través del registro general de la administración.

3.12. Acceso a la documentación clínica por parte de los médicos del ISM con objeto de garantizar las condiciones psicofísicas de las personas trabajadoras sean compatibles con sus puestos de trabajo.

En relación al acceso de la siguiente documentación, tal y como se comenta en el título del presente apartado, los médicos del ISM podrán acceder no ya sólo en el marco de las facultades establecidas como órgano gestor del proceso de IT sino para garantizar que las personas trabajadoras que se encuentran bajo su régimen, cumplan con las condiciones psicofísicas compatibles con sus puestos de trabajo.

- Documentación clínica de atención primaria y especializada.
- Partes de baja, confirmación de la baja, reconocimientos médicos e informes realizados en el proceso de IT. Acceso a los informes médicos, pruebas y diagnósticos relativos a las situaciones de incapacidad temporal

**E s c u e l a d e F o r m a c i ó n C o n f e d e r a l
E l a d i o V i l l a n u e v a**



**BOLETÍN
INFORMATIVO
Nº 148
MARZO 2015**

**COORDINACIÓN
SECRETARIADO
PERMANENTE
DEL
COMITÉ CONFEDERAL**

**REDACCIÓN
ESCUELA DE FORMACIÓN
CONFEDERAL
ELADIO VILLANUEVA**

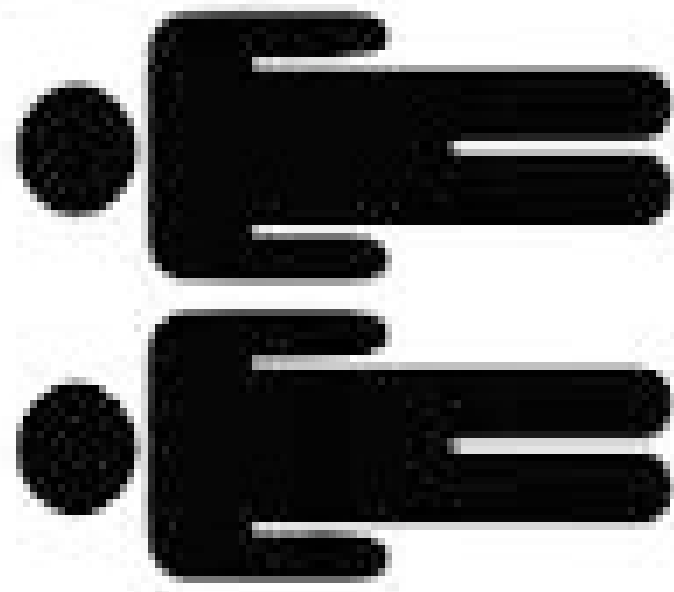
**IMPRESIÓN
SERVICIOS REPROGRÁFICOS
COMITÉ CONFEDERAL**

**REDACCIÓN
SAGUNTO, 15 - 1º
28010 MADRID**

**TEL.: 91 593 16 28
FAX.: 91 445 31 32**



¿Alta?



¿Incapacidad?