



NORMATIVA SOBRE LAS BAJAS MÉDICAS

GUÍA SOBRE EL RD 625/2014 ACTUALIZADA
CON LA ORDEN DE DESARROLLO
ESS/1187/2015



Índice

RD 625/2014: Implicaciones más destacadas	3
Expedición de partes de baja, confirmación y alta	5
Informes médicos complementarios: justificación de la Incapacidad Temporal	6
Superados los 365 días	7
Seguimiento y control de la incapacidad temporal	7
Fin de contrato durante IT	9
Propuesta de alta médica realizada por la mutua	10
Determinación de contingencias	12
Reclamaciones a las mutuas	12

RD 625/2014: implicaciones más destacadas

Ámbito de aplicación

Este RD se aplica al régimen general y autónomo de la Seguridad Social, en los primeros 365 días después de la baja, tanto por las contingencias comunes como por las profesionales. No será de aplicación a los regímenes especiales de las Fuerzas Armadas, de los Funcionarios Civiles de la Administración del Estado y del personal al servicio de la Administración de Justicia.

Pasados 365 días es el INSS quien decide una de las tres opciones siguientes:

- dar el alta,
- conceder una prórroga de la baja por otros 180 días y, adicionalmente, máximo otros 180 días más, o
- hacer intervenir al tribunal médico para analizar la concesión de una incapacidad permanente.

El Sistema Público de Salud sigue teniendo la última palabra en el alta en enfermedades por contingencias comunes

Las mutuas no podrán dar el alta médica en los procesos de contingencia común, pero todavía podrán realizar propuestas de alta dirigidas al servicio público de salud. Estas propuestas de alta de las Mutuas tendrán que ser motivadas y acompañadas de los informes y pruebas que se hayan realizado.

Las personas trabajadoras ya no tendrán que desplazarse cada 7 días para recoger el parte médico.

Con esta nueva normativa, los partes se ajustarán a la previsión del seguimiento clínico. El personal médico dispondrá de tablas orientativas de duración estándar de las bajas según las patologías de la persona trabajadora, su edad y su actividad laboral.

Las mutuas podrán realizar el seguimiento y control en los procesos de contingencia común desde el primer día de la baja laboral

Para realizar el control, únicamente podrán acceder a los informes médicos relacionados con la enfermedad en proceso de baja, limitándose su acceso al resto del historial clínico del trabajador/a.

Las citaciones para realizar este control deben realizarlas con una antelación mínima de 4 días hábiles. La incomparecencia sin justificación de la persona citada puede suponer la suspensión cautelar o puede llegar incluso a la extinción de la prestación económica.

Por este motivo será importante que la persona comunique a los delegados y delegadas sindicales cualquier **irregularidad** que detecte, para dirigirla, si es necesario, a nuestros representantes en las **comisiones de control y seguimiento** de las mutuas.

Para derivar a un trabajador o trabajadora al sistema público de salud, las mutuas tendrán que realizar un informe médico

Anteriormente, cuando una mutua no reconocía el origen profesional de algún daño a la salud, venía obligada a dar la asistencia médica en caso de urgencia o riesgo vital, pero podía derivar a la persona sin más al sistema público al considerar una enfermedad de carácter común.

Con este RD, cuando rechacen el reconocimiento de la contingencia profesional, y para poder derivar a una persona a Medicina de Atención Primaria, las mutuas están obligadas a entregarle un informe médico que incluya diagnóstico, pruebas, tratamiento y los motivos de la discrepancia.

Este aspecto facilita la presentación de reclamaciones por parte de las personas trabajadoras y personal médico para que se determine si la patología es de origen común o profesional. Éste puede ser un punto de partida para limitar la infradeclaración de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Se establece un procedimiento para instar al cambio de contingencia

En caso de que en medicina de atención primaria se emita parte de baja, tanto el trabajador/a como el personal facultativo de atención primaria, podrán solicitar el reconocimiento de la contingencia profesional.

Si previamente hemos acudido a la mutua y ha considerado la patología como derivada de una contingencia común, esto permite argumentar mejor, a partir del informe que la propia mutua ha tenido que entregar, para derivar al paciente a medicina de atención primaria.

Se obliga a las mutuas a comunicar directamente a la Seguridad Social todas las reclamaciones formuladas

Las mutuas tendrán que enviar a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, todas las quejas que se realicen a través del libro de reclamaciones, sin necesidad de más trámites ni practicar comunicaciones adicionales.

Se amplían los plazos para presentar las reclamaciones de las personas trabajadoras en desacuerdo con el alta emitida por la Mutua

Desde la entrada en vigor del RD 625/2014, se dispone 10 días hábiles para presentar la revisión ante el INSS del alta médica emitida por la mutua, es decir, la reclamación por estar en desacuerdo con el alta.

Expedición de partes de baja, confirmación y alta

Los partes médicos en los procesos declarados como contingencia común seguirán siendo expedidos por el Sistema Público de Salud. En las contingencias profesionales, los partes seguirán siendo expedidos por las mutuas, siempre que nuestra empresa haya concertado la protección de estas contingencias con una mutua.

La frecuencia con la que se emitirán dependerá del período de duración de la baja que estime el personal médico. El facultativo/a podrá alterar esta duración en un momento posterior, en cuyo caso emitirá un parte de confirmación, que recogerá la nueva duración.

El personal médico cuenta con unas tablas tipificadas con los plazos orientativos según diagnóstico, ocupación y edad del trabajador o trabajadora, y también con tablas sobre el grado de incidencia de los mismos en las diferentes actividades laborales.

La baja se extenderá inmediatamente después de un reconocimiento previo, y el alta se emitirá cuando el médico (del Sistema Público de Salud o de la mutua) considere que la persona trabajadora está en condiciones de poder volver a trabajar, o por propuesta de incapacidad permanente.

El trabajador o trabajadora deberá entregar a su empresa:

- El parte de baja y los partes de confirmación durante los 3 días posteriores a partir de la fecha de expedición.
- El parte de alta, en las 24 horas siguientes a su expedición. Deberá reincorporarse al día siguiente.
- Si durante la baja, se extingue la relación contractual, deberá entregar los partes al INSS o a la mutua, según a quien corresponda, en el mismo plazo.
- La incomparecencia en la revisión médica prevista en los partes de baja y confirmación, puede suponer el alta médica.

Duración prevista de la baja	Emisión de partes y periodicidad
Proceso de duración estimada muy corta: Inferior a 5 días naturales	El médico emitirá parte de baja y alta en el mismo momento y en un solo documento. La fecha de alta prevista podrá ser la misma que la de la baja o alguno de los 3 días naturales siguientes. El trabajador/a podrá solicitar reconocimiento médico para el día de alta fijado, para que se valore en su caso continuar con la baja. En este caso, el médico emitirá un parte de confirmación de baja, que dejará sin efecto el alta prevista en el parte de baja. El trabajador/a deberá entregar el parte de confirmación junto con la baja en las 24 horas siguientes.
Proceso de duración estimada corta: Entre 5 y 30 días naturales	El parte de baja señalará la fecha para una revisión médica (máximo 7 días después) Entre los diferentes partes de confirmación no podrá existir una diferencia de más de 14 días naturales.
Proceso de duración estimada media: Entre 31 y 60 días naturales	En el parte de baja se señalará la fecha para una revisión médica (máximo 7 días después) Entre las diferentes partes de confirmación no podrá existir una diferencia de más de 28 días naturales.
Proceso de duración estimada larga: 61 días naturales o más	En el parte de baja se señalará la fecha para una revisión médica (máximo 14 días después) Entre las diferentes partes de confirmación no podrá existir una diferencia de más de 35 días naturales.

Informes médicos complementarios: justificación de la Incapacidad Temporal

En los procesos de Incapacidad Temporal (IT) gestionados por el Servicio Público de Salud, existen dos vías por las que se justifica que se mantiene un proceso de Incapacidad Temporal (IT). Esta justificación deberá incluirla el personal facultativo en informes médicos complementarios o la Inspección Médica en informes de control, en estos casos:

	Tipo de proceso	¿Quién emite el informe?	¿Cuándo debe emitirse?	¿Cada cuánto se actualiza?	¿Qué incluye?
Informes complementarios	Procesos inicialmente previstos con una duración inferior a 30 días pero que finalmente superan este período	Médico/a de atención primaria	Con el comunicado de confirmación de la baja, superados los 30 días naturales	Cada dos partes de confirmación posteriores	Dolencias sufridas, tratamiento médico prescrito, pruebas médicas realizadas, evolución de las dolencias, incidencia sobre la capacidad funcional del trabajador/a
	Procesos de duración estimada superior a 30 días naturales		Con el segundo comunicado de confirmación de la baja		
Informes de control	Procesos de más de 3 meses	Inspección Médica del Servicio Público o medico/a de atención primaria bajo la supervisión de la Inspección	Trimestralmente		Elementos, criterios que justifican la necesidad de mantener la IT
Tanto las mutuas como la Inspección Médica del INSS tienen acceso en los informes complementarios y de control.					

Superados los 365 días

En caso de que la IT supere los 365 días, el personal facultativo del Servicio Público o de la mutua, comunicará al trabajador o trabajadora, en el último parte de confirmación anterior a los 365 días, que después de este plazo el control del proceso corresponderá al INSS. A partir de ese momento será el INSS quien tiene la competencia para prorrogar otros 180 días, extender el alta o pasar a un procedimiento de incapacidad permanente. El Sistema Público de Salud o la mutua seguirán dando la asistencia sanitaria necesaria.

En los procesos que gestionan las mutuas (tanto por contingencia común como profesional) el INSS comunicará que, según sus bases de datos, el proceso ha alcanzado los 330 días y que a los 365 la competencia pasa al INSS.

Sólo en el caso de la contingencia profesional, de los 330 a los 345 días, la mutua podrá realizar al INSS una propuesta motivada de actuación para prórroga, alta o paso a una incapacidad permanente. Esta propuesta no es vinculante para el INSS.

Seguimiento y control de la incapacidad temporal

- Pueden realizarlo, tanto el INSS como las mutuas, a partir del momento en que se emite el parte de baja. Para que una mutua pueda realizar el seguimiento, la empresa debe tener contratado este servicio con ella.
- El personal médico de las mutuas únicamente podrá acceder a los informes médicos y pruebas diagnósticas relativas a esta baja. El personal médico del sistema público podrá acceder, además, al conjunto de la historia clínica del trabajador o trabajadora.
- Durante los reconocimientos aplican los derechos que tenemos como pacientes.
- La citación para el reconocimiento será comunicada al trabajador o trabajadora con una antelación mínima de 4 días hábiles.
- La incomparecencia sin justificación puede suponer la suspensión cautelar o extinción de la prestación económica.
- En caso de no asistir al reconocimiento:
 - Si el trabajador o trabajadora justifica su incomparecencia antes de la fecha fijada para el reconocimiento o en ese mismo día, la entidad gestora o mutua podrá fijar una fecha posterior para su realización, comunicándolo con la misma antelación.
 - Si no ha justificado su falta de asistencia dentro de estos 4 días, se suspenderá cautelarmente el subsidio desde el día siguiente al fijado para el reconocimiento. El trabajador/a dispondrá de 10 días hábiles para justificarla.

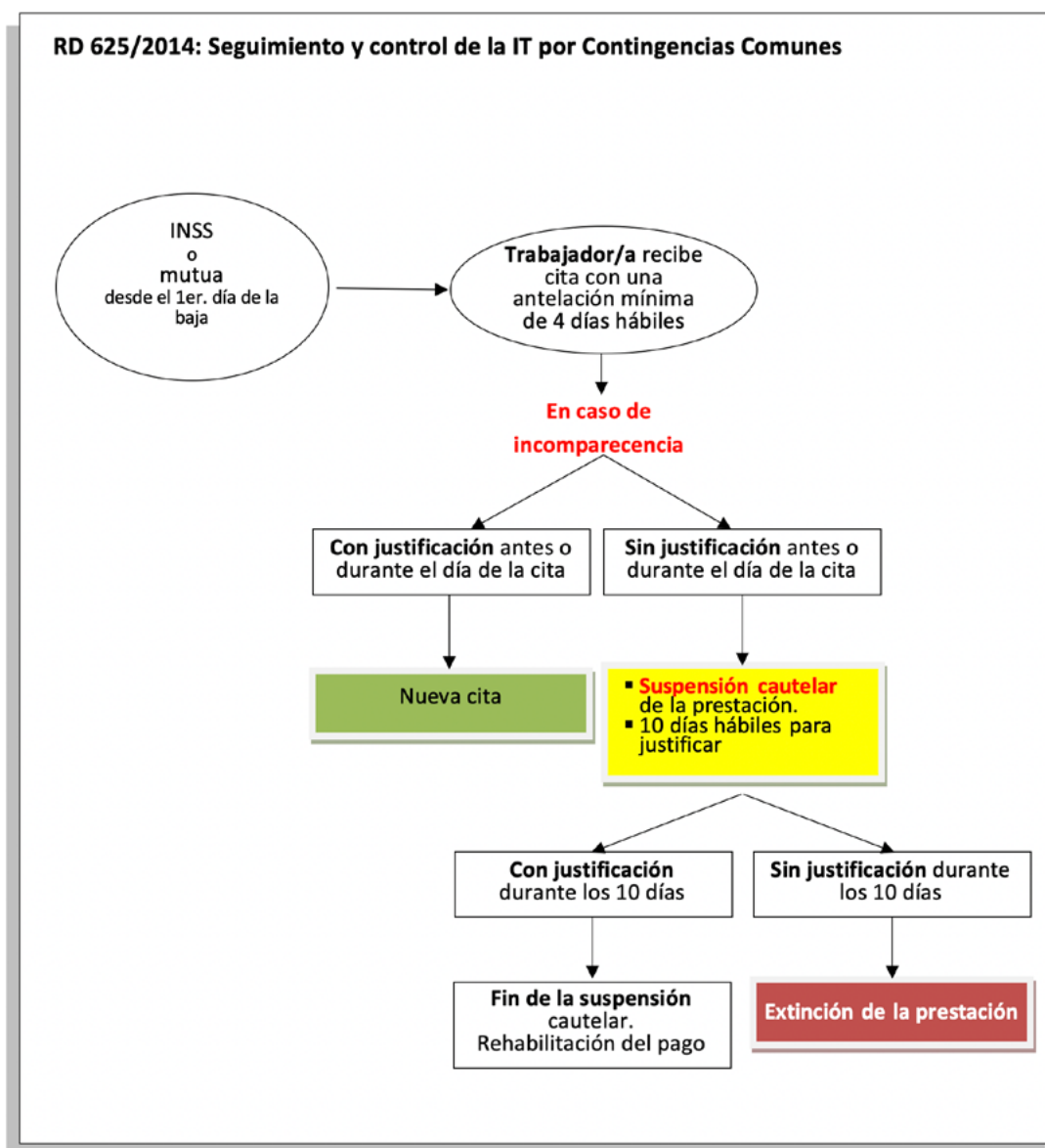
- Si se justifica la incomparecencia dentro de estos 10 días hábiles, se dejará sin efecto la suspensión, procediendo a rehabilitar el pago de la prestación con efectos desde la fecha en que quedó suspendida.
- Si aún después de estos 10 días hábiles, el trabajador o trabajadora no hubiera justificado suficientemente la falta de asistencia, se extinguirá la prestación.
- Se entenderá que la incomparecencia fue justificada:
 - Cuando la persona trabajadora aporte informe, emitido por personal médico del servicio público de salud, que le dispense la asistencia sanitaria por ser desaconsejable para su estado.
 - Cuando la cita se hubiera realizado con un plazo previo inferior a 4 días hábiles.
 - Cuando la persona beneficiaria acredite la imposibilidad de su asistencia por otra causa suficiente.

Es importante insistir en que todas las citas se hagan por escrito, a través de medios que dejen constancia de su recepción, evitando los canales que no garantizan la confidencialidad de los datos que compartimos, por ejemplo, el teléfono.

Recomendamos a los trabajadores y trabajadoras **no aceptar llamadas** para ser citados y solicitar en todo momento que se le cite **por escrito y con acuse de recibo**.

Si una empresa cambia de mutua, los trabajadores y trabajadoras deben **conocer su derecho de cancelación de datos** de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

Es importante puesto que las mutuas tienen acceso a los informes médicos relacionados con la baja. Por tanto, la mutua podrá formular alegaciones en el futuro, si el trabajador/a solicita una incapacidad permanente por contingencias profesionales o un cambio de contingencias.



Fin de contrato durante IT

Si finaliza el contrato mientras se está de baja por incapacidad temporal (enfermedad común o accidente no laboral), se seguirá percibiendo la prestación económica de incapacidad temporal hasta la fecha del alta médica, pero pasará a percibirse en la cuantía correspondiente a una prestación por desempleo.

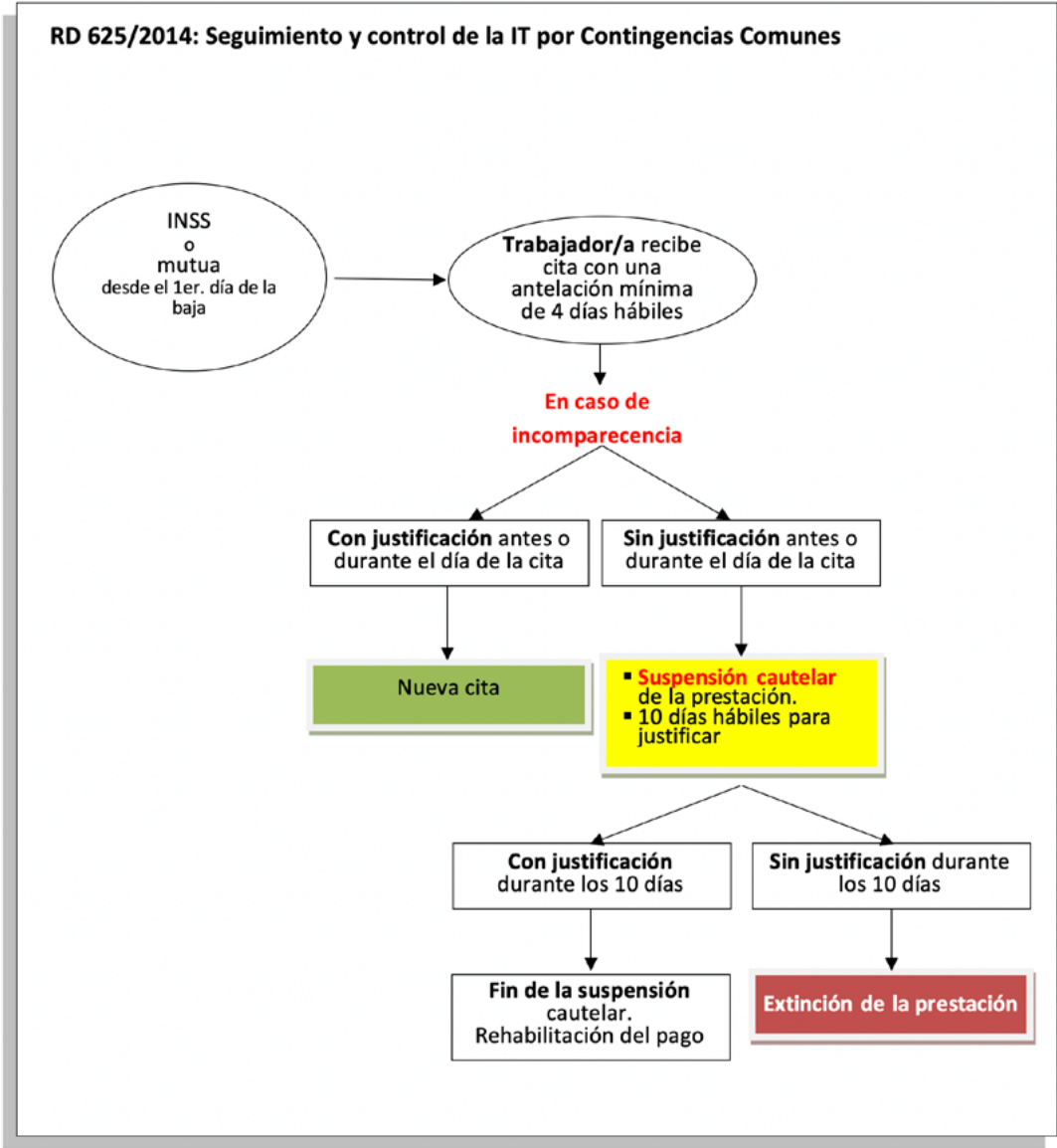
El periodo de baja por incapacidad temporal, mientras el contrato haya estado en vigor, se tiene en cuenta como período de ocupación cotizada para acceder a las prestaciones por desempleo.

Si la incapacidad hubiera sido por contingencias comunes y corresponde una prestación de nivel contributivo (por tener cotizados 360 días o más), el tiempo que va desde el fin de la relación laboral hasta el alta médica se descontará de la duración de la prestación. El Servicio Público de Empleo Estatal (SEPE) cotizará también ese periodo por contingencias comunes, incluida jubilación, hasta el final de la prestación por desempleo.

Propuesta de alta médica realizada por la mutua

- La mutua puede realizar una propuesta de alta médica (no vinculante) dirigida a la Inspección Médica del Servicio Público de Salud, que dispone de un plazo máximo de 5 días para responder.
- Simultáneamente debe comunicar al trabajador o trabajadora afectada el inicio de este procedimiento.
- Esta propuesta debe ser motivada y acompañada de los informes y pruebas que se hayan realizado.
- La Inspección Médica remitirá la propuesta al facultativo del Servicio Público de Salud responsable de la emisión de los partes médicos. Este deberá pronunciarse:
 - Confirmando la baja (con informe sobre tratamiento, causas de discrepancia...), o
 - Dando de alta al trabajador o trabajadora (aceptando la propuesta de la mutua).
- Cuando la Inspección Médica no reciba respuesta del personal facultativo o los servicios médicos, o bien discrepa de esta respuesta, podrá emitir el alta, efectiva e inmediata.
- Si la propuesta de la mutua no es resuelta y notificada en el plazo de 5 días, puede solicitar el alta en el INSS, el cual deberá contestar en un plazo máximo de 4 días.

Es importante **la obligación de comunicar por parte de la MUTUA** a la persona trabajadora interesada que se inicia una PROPUESTA DE ALTA en su proceso de IT.



Determinación de contingencias

- El Instituto Nacional de la Seguridad Social es quien se encarga de dilucidar en segunda instancia si realmente el origen de la patología es laboral (como defiende la persona interesada) o común (como defiende la mutua correspondiente), en caso de denegación de origen laboral en primera instancia por parte de la mutua.
- El procedimiento puede iniciarse de oficio (por iniciativa propia del INSS o a petición de la Inspección de Trabajo o del Servicio Público de Salud) o a instancia del trabajador/a o de la mutua.
- Es recomendable que sea el propio trabajador o trabajadora quien solicite el cambio al INSS. Es aconsejable pedir al personal médico de atención primaria que nos derive en la Unidad de Salud Laboral para reforzar la solicitud.
- Si previamente se ha acudido a la mutua y ésta no ha reconocido el origen profesional de la enfermedad, esto permite argumentar mejor la solicitud a partir del informe que la propia mutua tiene obligación de entregar cuando deriva al sistema público.
- Cuando no ha sido la persona trabajadora quien ha solicitado el cambio, el INSS está obligado a comunicarle su inicio. Asimismo, se lo comunicará a la mutua y al Servicio Público de Salud.
- El trabajador/a dispondrá de 10 días hábiles para presentar alegaciones, informes y documentación, mientras que la mutua y el Servicio Público de Salud cuentan con 4 días hábiles.
- El equipo de valoración de incapacidades debe hacer un informe pronunciándose sobre el origen de la contingencia, a partir del cual, el INSS dictará resolución. Para ello dispone de un plazo máximo de 15 días desde la presentación de documentación por las partes interesadas.
- Esta resolución será comunicada a trabajador/a, empresa, mutua y Servicio Público de Salud.

Reclamaciones a las mutuas

Las mutuas tendrán que enviar a la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social todas las quejas que se realicen a través del libro de reclamaciones, sin más trámites ni comunicaciones.

Además, los trabajadores y las trabajadoras pueden realizar estas reclamaciones vía Internet mediante la página web de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social.

Actualmente es posible presentar reclamaciones a través de la Oficina Virtual de Reclamaciones (OVR) del Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

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

Es importante insistir a las trabajadoras y trabajadores para que realicen sus quejas tanto en el libro de reclamaciones como vía Internet.

Con este mismo fin, la Seguridad Social también tiene a disposición y servicio telefónico, atendido de lunes a viernes, de 8 a 14 horas y de 16 a 18 horas.

902 112 651

Dejar evidencia de las actuaciones susceptibles de atentar contra los derechos de las personas trabajadoras es fundamental para que la RLPT tenga argumentos en los debates con las mutuas en el seno de las Comisiones de Control y Seguimiento, así como con la correspondiente Administración.

